



Проф., д-р мед. наук Штефан Цейцем

# Гепатит С

Риски, профилактика  
и лечение

ELPA



European Liver  
Patients Association

F. De Renesselaan, 57  
B – 3800 Sint-Truiden,  
Belgium

email: [contact@elpa-info.org](mailto:contact@elpa-info.org)



Уважаемая пациентка, уважаемый пациент!

Данная брошюра должна помочь Вам узнать новую информацию о Вашем заболевании и научиться лучше уживаться с ним. Она должна придать Вам мужества для сохранения нормального общения с близкими Вам людьми и помочь избавиться от необоснованной боязни заражения. При помощи данной брошюры мы также хотели бы проинформировать Вас о последствиях для Вашего здоровья, связанных с хроническим заболеванием гепатитом С, а также о возможностях лечения этого заболевания. Мы надеемся, что таким образом мы сможем Вам помочь. Если у Вас возникнут дополнительные вопросы, Вы можете на доверительной основе обратиться за консультацией к Вашему лечащему врачу.

*Надинэ Пиорковски  
Президент Европейской ассоциации пациентов с заболеваниями печени (European Liver Patient Association, ELPA)*

*Проф. д-р Штефан Цейцем  
Научный советник ассоциации ELPA*

# Содержание

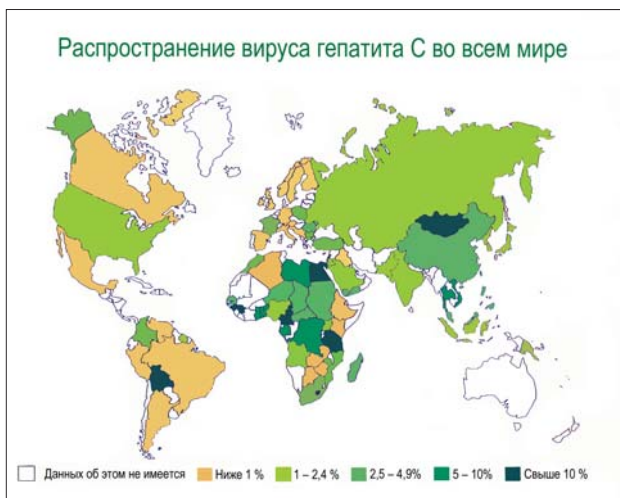
Введение	стр. 4
Печень	стр. 5
Вирус гепатита С	стр. 6
Заражение	стр. 8
Отдаленные осложнения гепатита С	стр. 9
Исследования крови	стр. 12
Биопсия печени (пункция печени)	стр. 13
Лечение гепатита С	стр. 14
Существуют ли альтернативные методы лечения?	стр. 22
Возможности лечения в будущем	стр. 23
Можно ли сделать прививку против гепатита С?	стр. 25
На что мне нужно обращать внимание при моем питании?	стр. 25
Гепатит С и беременность	стр. 26
Об ассоциации ELPA	стр. 27

Версия: август 2009 г.  
Layout: © 2007 Deutsche Leberhilfe e. V.

## Введение

Несколько миллионов человек в Европе страдает хроническим заболеванием печени. Среди взрослых в возрасте от 30 до 50 лет цирроз печени (рубцовое изменение ткани печени) относится к одной из четырех наиболее частых причин наступления смерти, вызванных заболеваниями.

Наряду с алкоголем в качестве причин, приводящих к хроническим заболеваниям печени, следует назвать, в первую очередь заболевания, вызываемые вирусами гепатита В и С. Под гепатитом подразумевают воспаление печени. В Европе ежегодно приходится считаться с несколькими тысячами случаев нового заражения гепатитом В и С. По оценкам, в зависимости от страны, заражение гепатитом составляет 0,5–5 % (от 5 до 50 человек на 1000 жителей).



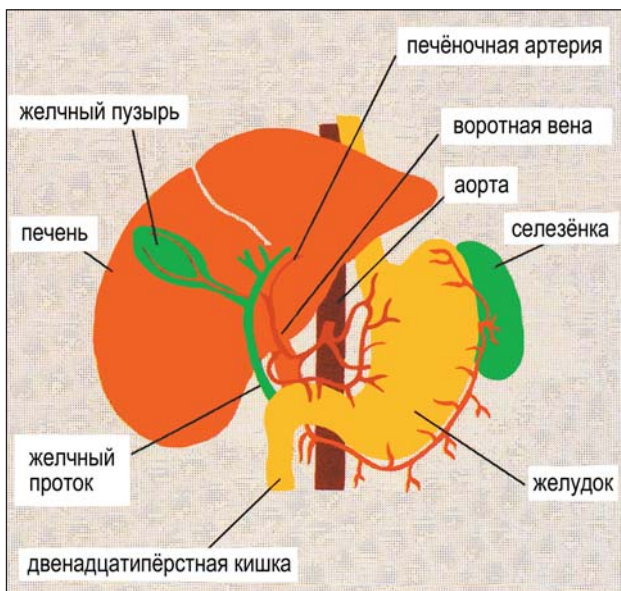
# Печень

Печень, весящая около 1500 г, является самым большим внутренним органом тела человека. Она расположена в правой части надчревной области и окружена капсулой из соединительной ткани.

Печень – это главный орган организма, отвечающий за обмен веществ. В круг её задач входит разложение токсичных веществ, попадающих в организм через кишечник, еще до того как эти вещества смогут проникнуть в большую систему кровообращения. Компоненты пищи, попадающие в печень из кишечника, продолжают перерабатываться в печени. Печень вырабатывает важные белки, которые, например, необходимы для сворачивания крови и защиты от инфекций.

Важной является также выработка желчи, которая по специальной системе желчных путей направляется в двенадцатиперстную кишку. При помощи желчи удаляются продукты разложения красных кровяных телец и создается возможность для переваривания жиров. При помощи желчи из организма также удаляются различные токсичные вещества.

Сама печень не содержит никаких нервных волокон, которые могли бы передавать боли дальше. Однако боли могут возникать в результате напряжения в капсуле из соединительной ткани, если из-за воспалительных процессов печень разбухает или покрывается рубцами.



*Расположение печени в надчревной области и её васкуляризация. Обогащенная питательными веществами кровь из кишечника через воротную вену попадает в печень.*

## Вирус гепатита С

Гепатит С – это вирусная инфекция печени. Её возбудителем является вирус гепатита С. Этот вирус размножается в печени, и из клеток печени он проникает в кровь. Примерно у 60-80 % пациентов их собственная защитная иммунная система не в состоянии успешно справиться с этим вирусом. В таких случаях заболевание гепатитом С принимает хроническую форму. Другая часть пациентов, составляющая 20-40 %, выздоравливает от гепатита С на протяжении полугода без какого-либо лечения.

## Симптомы гепатита С

Симптомы гепатита С почти незаметны, большинство пациентов вообще не замечают, что они заражены. Некоторые пациенты ощущают повышенную усталость, чувствуют себя разбитыми и замечают снижение своей работоспособности или у них возникают жалобы на неприятные ощущения с правой стороны надчревной области. Желтуха развивается обычно реже.

## Механизм развития болезни

При хронической инфекции вирусы гепатита постоянно заражают новые клетки печени. Признаком воспалительного процесса является проникновение белых кровяных телец в ткани печени. Эти белые кровяные тельца заботятся о том, чтобы инфицированные и погибшие клетки печени были уничтожены и удалены. Однако сам вирус они, как правило, победить не в состоянии. Отмершие клетки печени позже могут быть замещены клетками соединительной ткани (= рубцовая ткань). Если на печени произошли изменения соединительной ткани, то в таких случаях на ранней стадии врачи говорят о фиброзе печени, а позже – о циррозе печени. Организм уже не в состоянии преобразовать цирротическую рубцовую ткань в ткани печени.

## Заражение

Заражение вирусом гепатита С происходит в основном через прямой или непрямой контакт с кровью (парентеральное заражение).

До 1990 г. далеко не редким явлением было заражение вирусом гепатита С через препараты, изготовленные из крови, а также через препараты для улучшения свертываемости крови. В настоящее время при помощи современных методов тестирования можно выявлять доноров крови, являющихся носителями гепатита С. На сегодняшний день остаточный риск заражения инфекцией гепатита С при переливании крови является минимальным.

Вирус может передаваться от одного человека к другому также через зараженные шприцы, например, при употреблении наркотиков. Другими факторами риска для заражения вирусом гепатита С являются нанесение татуировок или вживление пирсинга. Возможно также и заражение через открытые раны, бритвенные лезвия или зубные щетки. Возможна передача вируса и сексуальным путем. Однако риск для сексуального партнера зараженного пациента оценивается как весьма незначительный. Риск заражения зависит от сексуального поведения.

Случаи заражения вирусом через неповрежденную кожу или через слюну до сих пор в научной литературе не описаны. Таким образом, если на посуде, на стаканах или на столовых приборах нет загрязнений кровью, то опасаться заражения не приходится.

## Отдаленные осложнения гепатита С

На основе хронического гепатита (воспаление печени, при котором в тканях печени имеются отчетливые признаки воспалительного процесса) в последующие годы примерно у 30 % пациентов развивается цирроз печени. Риск развития цирроза печени зависит, в том числе, от возраста пациента на момент заражения и от продолжительности заболевания. Это означает, что при заражении в более зрелом возрасте (старше 40 лет) болезнь часто развивается быстрее. К факторам, которые могли бы ускорить развитие цирроза печени, относятся дополнительные хронические заболевания печени, к примеру, заражение другими печеночными вирусами (например, дополнительная инфекция вирусом гепатита В) или вещества, наносящие вред печени иным образом. К ним относится, в первую очередь, алкоголь.

Врачи говорят о циррозе печени в тех случаях, когда большая часть ткани печени оказывается замещенной соединительной тканью. Вследствие этого нормальная структура ткани печени разрушается. В результате возникают изменения кровоснабжения, что может привести к повышению кровяного давления в воротной вене (вене, проходящей между кишечником и печенью). В результате застоя крови в пищеводе и в желудке могут образоваться расширенные вены (варикозные узлы). Если такие сосуды лопнут, то могут открыться тяжелые кровотечения в области кишечника и желудка. Опасность открытия кровотечения возрастает также еще и потому, что из-за ослабленного синтеза белка в печени и из-за уменьшения количества кровяных пластинок (тромбоцитов) сворачиваемость крови ограничена. В том числе из-за повышенного кровяного давления перед печенью в брюшной полости могут также скапливаться физиологические жидкости (асцит).

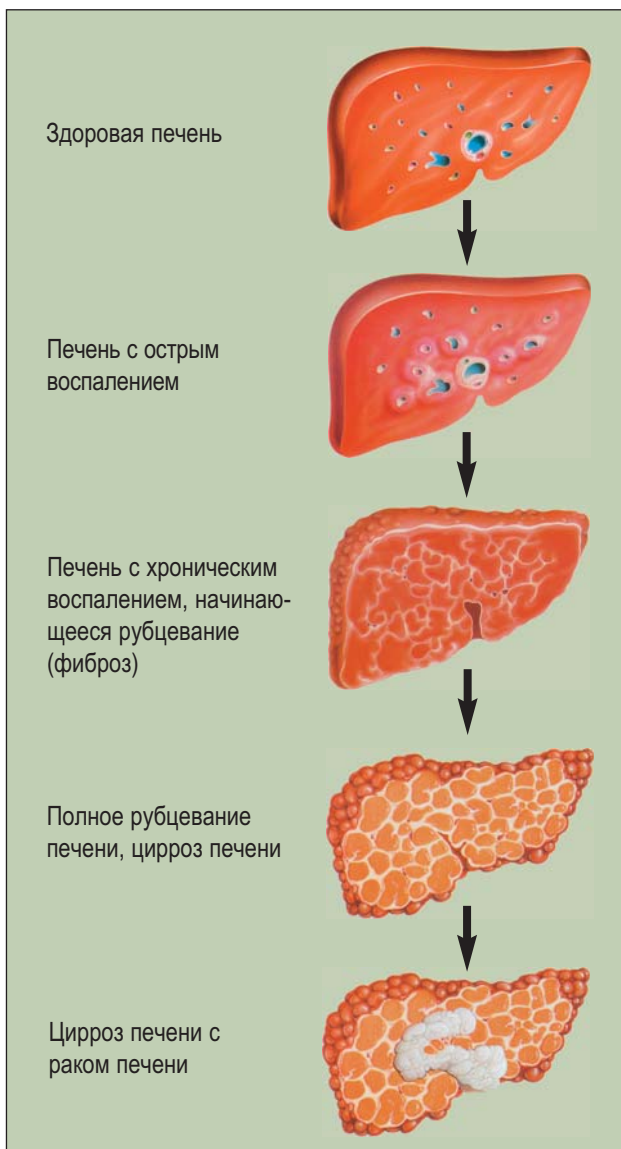
При наличии цирроза печени токсичные вещества, попадающие в кровь из желудочно-кишечного тракта, уже не могут перерабатываться печенью и, таким образом, они попадают в большой круг кровообращения. Это может привести к усилению утомляемости и снижению концентрационной способности (гепатическая энцефалопатия, «Encephalon» = головной мозг).

Из-за пониженной выработки белка в печени с цирротическими изменениями наряду с нарушениями процессов очистки крови также снижается выработка веществ, необходимых для защитных механизмов организма. Результатом является повышенная предрасположенность к инфекциям. Из-за застоя желчи при тяжелых заболеваниях печени глаза и кожа часто приобретают желтую окраску (желтуха). Это часто сопряжено также с зудом. Одновременно моча может приобрести темную окраску.

Если пациент страдает хроническим гепатитом С на протяжении длительного времени, то у него также повышается и риск развития рака печени (гепатоцеллюлярная карцинома). У большинства пациентов гепатоцеллюлярная карцинома развивается на базе цирроза печени, однако, у небольшого числа пациентов с хроническим гепатитом С были также описаны случаи карциномы печени, несмотря на то, что у них еще не было цирроза печени.

Поэтому имеет смысл проводить регулярные ультразвуковые обследования, а также исследования крови.

В некоторых случаях гепатит С развивается в настолько тяжелой форме, что может потребоваться пересадка печени. Активность воспалительного процесса, а также степень ожирения печени и изменений в соединительных тканях можно установить только путем взятия гистологических проб. Для этого из печени необходимо взять ткань на пробу (биопсия печени). Степень развития фиброза печени можно также хорошо оценить при помощи таких неинвазивных методов, как например, эластография.



*Изображение: процесс, иллюстрирующий то, как хронический гепатит С на протяжении нескольких десятков лет может привести к циррозу печени и к раку печени. Терапия и здоровый образ жизни могут остановить или замедлить этот процесс.*

## Исследования крови

Наличие вируса гепатита С в крови может быть подтверждено либо прямым путем – на основании его наследственной информации (РНК) или же косвенно – на основании наличия в крови антител, выработанных белыми кровяными тельцами пациента. Положительное подтверждение РНК свидетельствует об остром заболевании, а наличие антител против вируса гепатита С (анти-НСV) не может отличить излеченную инфекцию гепатита С от сохраняющейся хронической инфекции. Поэтому также и у пациентов, излеченных от гепатита С, еще на протяжении длительного периода времени можно обнаружить антитела, но не РНК вируса гепатита С.

Основой диагностики гепатита С является подтверждение наличия антител к вирусу гепатита С (анти-НСV). Если такой тест окажется положительным (т.е. в крови пациента имеются антитела к вирусу гепатита С), то в данном случае необходимо провести прямое исследование на наличие вируса, например, так называемым методом PCR (полимеразная цепная реакция, ПЦР). Это – особенно чувствительный тест, предназначенный для подтверждения наличия вирусов гепатита С в крови.

Во всех тех случаях, когда возникает мысль о проведении противовирусной терапии, имеет смысл провести дополнительное исследование для определения количества вирусов в крови (вирусная нагрузка) а также генотипа вируса гепатита С.

С некоторыми ограничениями показатели печени (глутамин-пируват трансаминазы (ALT), оксалацетат-глутамат трансаминазы (AST), также именуемые «трансаминазами») дают информацию о воспалительной активности гепатита. Однако нормальные показатели печени не означают того, что можно исключить хроническое заболевание гепатитом

С. Для контроля показатели печени будут определяться также и во время процесса лечения.

Поскольку у пациентов с хронической формой гепатита С риск получения рака печени повышен, то у них через регулярные промежутки времени (от шести до двенадцати месяцев) необходимо определять наличие в крови онкомаркера рака печени – альфа-фетопротеина. С такими же интервалами времени следует проводить и ультразвуковое исследование печени.

## Биопсия печени (пункция печени)

Для того чтобы получить возможность оценить долю волокон соединительной ткани в печени, активность воспалительного процесса и степень ожирения, может возникнуть необходимость в пункции печени. При пункции печени под местным наркозом изымается небольшой кусочек ткани, гистологию которого затем исследуют под микроскопом. При проведении полного гистологического исследования будут отдельно определены показатели воспалительной активности (оценка степени активности – Grading) и стадии фиброза (Staging).

«Здоровые» носители вируса гепатита С (в крови выявлены вирусы, но показатели печени нормальны и пробы ткани печени тоже нормальны) встречаются чрезвычайно редко. У большинства пациентов даже при нормальных показателях печени можно подтвердить признаки хронического гепатита в тканях печени.

## Лечение гепатита С

Для того чтобы остановить или замедлить процесс развития болезни с сознанием ответственности можно провести курс лечения препаратом альфа-интерферон, по возможности, в комбинации с препаратом рибавирин.

Рибавирин – это вещество, подавляющее вирусы гепатита С, механизм этого воздействия пока еще не удалось выяснить во всех подробностях. Данное вещество оказывает особенно хорошее воздействие в комбинации с препаратом альфа-интерферон, его принимают в виде таблетки или капсулы.

Интерферон – это аутогенный белок, который вырабатывается, в том числе, белыми кровяными тельцами, особенно в тех случаях, когда организму необходимо бороться с вирусными возбудителями заболеваний. Альфа-интерферон, применяемый для лечения вируса гепатита, изготавливают при помощи биотехнологии. Также как и, например, при лечении инсулином пациентов, страдающих сахарным диабетом, препарат альфа-интерферон необходимо инъектировать в жировую подкожную ткань.

Для того чтобы улучшить частоту положительных ответов на лечение альфа-интерфероном и переносимость такого лечения, интерфероны можно комбинировать с полиэтиленгликолем (ПЭГ) (пегилированные альфа-интерфероны, пегинтерфероны альфа). Измененные таким образом интерфероны дольше сохраняют свое действие в организме, и поэтому их нужно инъектировать всего один раз в неделю.

Полиэтиленгликоль обволакивает альфа-интерферон и создает своего рода «защитную оболочку», предотвращая тем самым преждевременное разложение медикамента. Однако при этом те участки интерферона, которые отвечают за его противовирусное воздействие, остаются не заблокированными. Таким образом удастся поддерживать более

равномерный уровень воздействия препарата и на протяжении более длительного промежутка времени постоянно подавлять процесс размножения вируса.

Другой технологией для продления продолжительности действия альфа-интерферона является его комбинация с сывороточным альбумином человека. Альбумин – это естественное вещество с продолжительным периодом полураспада, выполняющее различные задачи в организме. Альфа-интерферон, скомбинированный с альбумином, (альбумин-интерферон) сохраняет антивирусное действие интерферона, однако, благодаря долгому периоду полураспада альбумина, этот препарат необходимо инъектировать лишь через каждые две-четыре недели.

Клинические исследования показали, что у пациентов, страдающих хроническим гепатитом С, принимающих препараты интерферона продолжительного действия, показатель частоты положительных вирусологических ответов намного лучше, чем данный показатель у пациентов, принимающих стандартные препараты интерферона кратковременного действия. За счет комбинации долго действующих интерферонов с препаратом рибавирин можно еще больше повысить частоту излечиваний. Также и с точки зрения

### Стандартные дозировки интерферона

Интерферон альфа-2a	3–6 миллионов единиц, трижды в неделю
Интерферон альфа-2b	3–5 миллионов единиц, трижды в неделю
Пегинтерферон альфа-2a	180 мкг один раз в неделю
Пегинтерферон альфа-2b	1,0–1,5 мкг/кг веса тела, один раз в неделю
Альбумин-интерферон альфа-2b	900 мкг один раз в две недели

переносимости лечения такая комбинация по своим качествам намного лучше, чем комбинация стандартных интерферонов с рибавирином.

Рекомендуемые дозировки интерферонов приведены в таблице на предыдущей странице. Также и дозу рибавирина Ваш врач должен подобрать Вам индивидуально, с учетом Вашей картины крови (особенно содержания красного кровяного пигмента [гемоглобина]), веса Вашего тела, а также генотипа вируса гепатита С. Обычно доза составляет от 800 до 1200 мг в день, её вводят в виде двух порций – утром и вечером. У особенно тяжелых пациентов можно задуматься о введении более высокой дозы. С учетом веса тела при заражении вирусом гепатита С с 1-м и 4-м генотипом доза рибавирина должна составлять около 15 мг на 1 кг веса тела, а в случае 2-го и 3-го генотипа – около 13 мг на 1 кг веса тела.

Главной целью лечения является прекращение прогрессирования болезни у данного пациента (предотвращение роста соединительных тканей [цирроз] в печени и связанных с этим осложнений). Данной цели можно достичь наилучшим образом, если вирус гепатита С будет полностью удален из организма, т.е. если на протяжении долгого периода времени РНК вирус гепатита С не удастся выявить даже применяя самые чувствительные методы исследования. Частота положительных ответов (количество пациентов, у которых во время лечения в крови больше не удастся выявить вирусы гепатита С) при лечении интерферонами продолжительного действия и рибавирином составляет около 60–90 %. К сожалению, у некоторых пациентов, у которых поначалу был хороший ответ на лечение, еще во время лечения (редко) или после прекращения приема медикаментов вновь выявляли вирусы гепатита С. Поэтому долговременный успех лечения при помощи комбинированной терапии интерфероном длительного действия в сочетании с рибавирином в общем составляет 50–60 %.

Особенно важен регулярный прием медикаментов. Если на фоне лечения альфа-интерфероном / рибавирином возникнут сильные побочные явления (например, депрессии), то, в случае необходимости, такие явления следует лечить при помощи медикаментов, однако всё-таки (если это возможно) необходимо продолжить лечение противовирусными медикаментами. Поскольку побочные явления от лечения альфа-интерфероном / рибавирином по окончании курса лечения очень быстро проходят, то сопутствующую терапию можно будет отменить.

Особенно хороших результатов лечения можно добиться, если курс лечения будет начат как можно скорее. Переход острой формы заболевания гепатитом С в хроническую форму можно предотвратить путем 24-недельной монотерапии при помощи (ПЭГ)-альфа-интерферона. Для этого лечение острой формы гепатита С следует начать не позднее, чем через три-четыре месяца с момента заражения.

Лечение хронического гепатита С у более молодых пациентов с недолгим протеканием заболевания намного успешнее, чем лечение более пожилых пациентов, уже достигших стадии цирроза печени. При этом вероятность долговременного положительного вирусологического ответа (излечение) на комбинированную терапию у пациентов, зараженных вирусом 2-го или 3-го генотипа, намного лучше, чем у пациентов, зараженных вирусом гепатита С 1-го или 4-го генотипа. Также и продолжительность терапии оказывает большое влияние на успех лечения хронического гепатита С.

Действующие в настоящее время Положения о лечении гепатита С (в редакции 2009 г.) рекомендуют для пациентов вирусом гепатита С 2-го или 3-го генотипа проведение 24-недельной стандартной терапии, которую в самом благоприятном случае можно сократить до 16 недель (если пациент имеет нормальный вес, у него нет цирроза печени,

перед началом терапии он имеет низкую вирусную нагрузку и отличается быстрым вирусологическим ответом при условии, что уже в начале 4-й недели лечения у пациента больше не будут выявлены РНК вируса гепатита С). Пациенты, зараженные вирусом гепатита С 2-го или 3-го генотипа, в крови которых в начале 4-й недели лечения всё еще удастся выявить РНК вируса гепатита С, возможно, извлекут пользу из терапии, длящейся несколько дольше, чем 24 недели (36–48 недель).

Стандартная продолжительность терапии у пациентов, зараженных вирусом гепатита С с 1-м или 4-м генотипом, составляет 48 недель, однако у пациентов (без цирроза печени), которые перед началом проведения терапии имели более низкую вирусную нагрузку и в крови которых через четыре недели лечения уже не удастся выявить вирусы гепатита С, продолжительность терапии может быть сокращена до 24 недель. При этом шансы на долговременный вирусологический ответ на такую терапию не уменьшаются. Похоже, что пациенты, зараженные вирусами гепатита С 1-го или 4-го генотипа с медленным ответом на противовирусную терапию (к началу 12-й недели лечения в крови всё еще удастся выявить РНК вирусов гепатита С, но к 24-й неделе их уже больше не выявляют), получают большую пользу от продленного до 72 недель срока проведения лечения.

На основе таких показателей, как исходная вирусная нагрузка и начальное снижение вирусной нагрузки в крови, у пациентов, проходящих курс лечения, уже через четыре и через двенадцать недель можно сделать вывод о том, насколько высоки хорошие шансы на долговременное удаление вирусов. Пациенты и лечащие врачи могут бесплатно воспользоваться этим калькулятором. Шансы на излечение тем выше, чем быстрее и отчетливее протекает начальное снижение вирусной нагрузки. Шансы на долговременное уничтожение вирусов очень малы у тех пациентов,

которые в первые 12 недель лечения не достигнут хотя бы 99 % снижения исходной вирусной нагрузки.

Различные исследования показали, что в результате успешного комбинированного лечения интерфероном и рибавирином доля волокон соединительной ткани в печени уменьшается, и частота развития рака печени снижается. Однако и после полного удаления вируса гепатита С риск получения рака печени на протяжении многих лет по-прежнему сохраняется повышенным, поэтому и после успешной терапии всё-таки имеет смысл проходить регулярные контрольные ультразвуковые исследования печени.

Для всех пациентов с хронической формой гепатита С и с повышенной воспалительной активностью в печени существует принципиальная рекомендация провести противовирусное лечение при условии, что пациент не страдает дополнительными заболеваниями и что не существует иных обстоятельств, которые бы послужили основанием для запрещения проведения такой терапии. Решение о применяемых препаратах, о дозе и о продолжительности лечения всегда должен индивидуально проверять Ваш лечащий врач.

## **Какие побочные явления могут возникнуть при лечении альфа-интерфероном и рибавирином?**

В начале проведения курса лечения побочные явления встречаются часто, но в процессе лечения они в значительной мере ослабевают. Наиболее часто возникают такие похожие на грипп симптомы, как: температура, головные боли, боли в суставах и мышцах, усталость и сонливость, отсутствие аппетита, снижение веса. Иногда также встре-

чаются нарушения функции щитовидной железы. У некоторых пациентов на протяжении терапии возникают жалобы на сильную сухость кожи и / или на временное выпадение волос. К тому же у пациентов могут возникать изменения настроения, вплоть до депрессий. Кроме того, важными являются изменения картины крови, касающиеся, в первую очередь, белых кровяных телец.

Аллергические реакции могут быть вызваны как альфа-интерфероном, так и рибавирином. В качестве наиболее часто встречающегося побочного явления при приеме препарата рибавирин известно временное малокровие (анемия). Поэтому обязательно необходимо регулярно контролировать картину крови пациента.

Во время проведения данного курса лечения пациенты должны регулярно беседовать с лечащим врачом и точно описывать ему все возникающие у них побочные явления. На многие побочные явления комбинированной терапии альфа-интерфероном / рибавирином можно положительно повлиять путем адаптации доз этих препаратов или же путем (временного) назначения дополнительных медикаментов. Перед тем, как полностью прекратить проведение терапии из-за непереносимости или же из-за побочных явлений, всегда следует сначала исчерпать все имеющиеся возможности.

Ни в коем случае нельзя исключить то, что из-за приема препарата рибавирин риск детских пороков развития повышается. Поэтому пациенты, проходящие курс лечения препаратом рибавирин, на протяжении всего курса лечения, а также и в течение шести месяцев после его окончания должны применять надежный противозачаточный метод. Женщин, которые уже были беременны еще до начала проведения терапии, лечить таким методом нельзя.

## На что необходимо обращать внимание при лечении альфа-интерфероном и рибавирином?

Во время лечения альфа-интерфероном и рибавирином следует регулярно контролировать показатели печени (GPT, GOT), картину крови и показатели щитовидной железы. Кроме того, через четыре и через двенадцать недель проведения лечения (в случае необходимости также и через 24 недели) следует установить вирусную нагрузку в крови (РНК вируса гепатита С). Специалисты говорят о быстром вирусологическом ответе (RVR = „rapid virologic response“) в том случае, если при помощи чувствительного метода тестирования в начале 4-й недели лечения уже не удастся установить наличие РНК вирусов гепатита С в крови. В начале 12-й недели лечения делают разницу между полным ответом (сEVR = «complete early virologic response») и частичным ответом (pEVR = «partial early virologic response»). При полном ответе (сEVR) на 12-й неделе лечения в крови у пациента уже больше не удастся выявить РНК вируса гепатита С, в то время, как у пациентов с частичным ответом (сEVR) вирусная нагрузка по сравнению с вирусной нагрузкой к началу проведения терапии понизилась примерно на коэффициент равный 100, однако в крови пациента всё еще удастся обнаружить РНК вируса гепатита С. На основании результатов исследований содержания в крови РНК вирусов гепатита С, проведенных в начале 4-й и 12-й недели, можно сделать вывод о том, увенчается ли данный курс лечения успехом и о том, как долго его необходимо проводить.

## Существуют ли альтернативные методы лечения?

В настоящее время лечение при помощи только интерферона или же в комбинации с рибавирином – это единственная возможность для долговременного удаления вируса гепатита С из организма. Наряду с этим постоянно встречаются описания достигнутых успехов при помощи так называемых альтернативных веществ. Однако контролируемых исследований, в которых была бы испытана действенность таких препаратов, не существует. Поэтому вся информация о таких препаратах базируется на непроверенных сообщениях о полученном опыте.

Веществами, которые применяют для лечения заболеваний печени, является, например, экстракты расторопши пятнистой (силимарин), препараты артишока и глицир-

ризина, которые, в первую очередь, применяются в Юго-Восточной Азии. Определенные препараты силимарина (силибинин) могут снизить вирусную нагрузку, если их ежедневно в большой дозе внутривенно инъецировать пациенту. Однако до сих пор еще не выяснено, является ли данное вещество в столь высокой дозе безопасным, и в



*Изображение: расторопша пятнистая*

состоянии ли оно не только снизить вирусную нагрузку, но и улучшить показатель частоты излечиваний, достигаемый при лечении пегинтерфероном / рибавирином. В общеупотребительных дозировках в виде таблетки силимарин никак не влияет на размножение вируса.

Все растительные и прочие альтернативные препараты могут давать опасные побочные явления, повредить печень или проявлять нежелательное взаимное воздействие при приеме с другими медикаментами. Пациенты должны всегда информировать своих лечащих домашних врачей или же врачей-специалистов о дополнительно принимаемых препаратах для того, чтобы они смогли высказать свое мнение о переносимости этих препаратов и о возможных рисках, сопряженных с их приемом.

## Возможности лечения в будущем

В настоящее время проводятся клинические испытания различных терапевтических подходов, в том числе ингибиторы специфичных ферментов вируса гепатита С, которые отвечают за размножение вируса (ингибиторы протеазы, хеликазы, белка NS5A и полимеразы). Наибольшего прогресса в клинической разработке удалось добиться с двумя ингибиторами протеазы вируса гепатита С (боцепревир и телапревир), которые соответственно в комбинации с пегинтерфероном альфа и с рибавирином в состоянии улучшить долговременные вирусологические частоты ответов у пациентов, зараженных вирусом 1-го генотипа примерно на 20 % до 70–75 %. Регистрации данных веществ в Европе следует ожидать в 2011-2012 г.г. Другие разработки

охватывают так называемые иммуномодуляторы и медикаменты, которые подавляют собственные структуры клетки, участвующие в процессе размножения вируса, а также терапевтические вакцины, т.е. сыворотки, которые должны помочь собственной иммунной системе победить вирус гепатита С или же замедлить протекание данного заболевания.

В долгосрочной перспективе существуют надежды на то, что в будущем с вирусом гепатита С можно будет также успешно бороться без инъекций интерферона. Однако для этого потребуются комбинации, по крайней мере, из двух или трех ингибиторов. Для всех новых веществ важным является то, чтобы они не допускали возможности для возникновения так называемых вариантов резистентности вируса гепатита С.

В общем следует настоятельно подчеркнуть, что ни одно из новых веществ не будет зарегистрировано, если для него не будут собраны обширные данные, полученные в клинических исследованиях эффективности, переносимости и безопасности данных веществ. Пациенты, заинтересованные в получении таких будущих медикаментов уже в настоящее время, должны обратиться в крупные центры по лечению заболеваний печени и там получить информацию о текущих испытаниях терапевтических методов.

## Можно ли сделать прививку против гепатита С?

Прививку можно сделать против гепатита А и В, но не против гепатита С. Также и в ближайшем будущем, скорее всего, в распоряжении врачей всё еще не будет вакцины, дающей эффективную защиту от гепатита С.

Если Вы до сих пор еще не болели гепатитом А или В, то, в случае необходимости, Вам не мешало бы сделать прививку против этих вирусов. Обязательно обсудите этот вопрос с Вашим лечащим врачом, поскольку острая коинфекция вирусом гепатита А или вирусом гепатита В у пациентов с хроническим гепатитом С может протекать особенно тяжело.

## На что мне нужно обращать внимание при моем питании?

Пока у Вас не нарушена функция печени, при хроническом гепатите С нет необходимости в соблюдении специальной диеты. При ограниченной функции печени может быть успешным уменьшение приема в пище белков (мясные и молочные продукты) и снижение количества употребляемой соли. Об этом с Вами должен поговорить Ваш врач, возможно совместно с диетологом. Важным является Ваш отказ от употребления алкогольных напитков.

## Гепатит С и беременность

Риск заражения вирусом гепатита С ребенка от матери во время беременности следует оценить как минимальный. Как правило, заражение происходит уже при родах. Однако вероятность заражения новорожденных вирусом гепатита С составляет менее 5 %. У пациенток, которые к тому же заражены вирусом СПИДа (ВИЧ), вероятность заражения вирусом гепатита С выше.

Ответ на вопрос о том, может ли произойти заражение вирусом гепатита С при кормлении грудью остается по-прежнему спорным. Однако большинство врачей-педиатров не рекомендуют матерям, зараженным вирусом гепатита С, принципиально отказываться от кормления ребенка грудью.



## Об ассоциации ELPA

Ассоциация ELPA возникла по желанию европейских групп самопомощи пациентов, страдающих заболеваниями печени, которые хотели обмениваться своим опытом с часто довольно отличающимся подходом к лечению в разных странах. В июне 2004 г. 13 групп пациентов из десяти европейских стран, а также из стран Средиземноморья встретились для того, чтобы инициировать создание данной организации. Ассоциация ELPA была основана 14 апреля 2005 г. во время конгресса по проблемам заболеваний печени, проводимого Европейской ассоциацией по изучению заболеваний печени (European Association for the Study of the Liver, EASL).

Целью ассоциации ELPA является представительство интересов людей, страдающих заболеваниями печени, в частности:

- информация о масштабах данной проблемы,
- разъяснение и предупреждение,
- указание на то, что широкая общественность уделяет значительно меньше внимания заболеваниям печени, чем иным медицинским сферам, например, заболеваниям сердца,
- обмен информацией об успешных мероприятиях и инициативах,
- сотрудничество с такими профессиональными организациями, как EASL и ЕС, чтобы обеспечить соответствие лечения пациентов с заболеваниями печени и ухода за ними наивысшим стандартам во всех странах Европы.

## **European Liver Patients Association (ELPA)**

F. De Renesselaan, 57  
B – 3800 Sint-Truiden,  
Belgium  
email: [contact@elpa-info.org](mailto:contact@elpa-info.org)

**Ваше местное  
контактное лицо:**