

# ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С



ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ  
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ  
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

## **Автор:**

Степанова Е.Ю., к.м.н., врач-инфекционист

Подготовлено по заказу Фонда развития МСП

[www.spdfund.org](http://www.spdfund.org)



**Фонд развития межсекторного  
социального партнерства**

Брошюра содержит ответы на основные вопросы пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, задумывающихся о начале лечения или начавших его. Предназначено для консультирования пациентов, столкнувшихся с этим заболеванием, чтобы помочь принять взвешенное и информированное решение о начале противовирусного лечения и успешно дойти до его окончания. Брошюра содержит основную информацию о заболевании ВГС, предоставляемых гражданам государством бесплатных режимах лечения, схемах лечения с учетом новых лекарственных препаратов, побочных эффектах и приверженности терапии.

## Оговорка о представленной информации о лекарственных препаратах

---

*В соответствии с Федеральным законом  
"Об обращении лекарственных средств"  
№61-ФЗ*

Информация о рецептурных лекарственных препаратах, представленная в данной публикации, предназначена для специалистов в области здравоохранения и медицины и не является рекламой.

Представленная информация о лекарственных препаратах и их применении не может быть использована пациентами для принятия решения о приобретении и использовании лекарств, изменении режима и способа их применения, не может рассматриваться как рекомендация пациентам по диагностике и лечению каких-либо заболеваний, и не может служить заменой консультации с врачом. Точка зрения, отраженная в представленных материалах, может не отражать официальную точку зрения уполномоченных государственных органов и не совпадать с мнением компаний-производителей лекарственных средств и другой медицинской продукции (если прямо не указано обратное).

Издатели и авторы не несут ответственности за возможные негативные последствия использования данной информации потребителями, не являющимися специалистами. Представленные сведения и материалы не обязательно отражают точку зрения Фонда развития МСП и организаций, поддержавших выпуск данного издания, а упоминание в них каких-либо лекарственных препаратов, способов их применения и методов диагностики не означает, что Фонд развития МСП рекомендует их или отдает им предпочтение.



<b>ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ</b> .....	<b>6</b>
Что такое гепатит? .....	6
Портрет вируса – самые важные штрихи .....	7
Печень – главная мишень вирусов гепатита. Как устроена печень? .....	7
Важные функции печени .....	8
Как вирус гепатита С разрушает печень? И чем всё может закончиться? .....	8
Как можно заразиться вирусным гепатитом С? .....	9
Профилактика гепатита С .....	10
Как узнать, что есть гепатит? .....	10
Нашли антитела к гепатиту! Что делать? .....	11
<i>Знаете ли вы свои лабораторные данные? Запишите их</i> .....	12
Всегда ли гепатит С нужно лечить? .....	13
Что будет, если не лечить гепатит вообще? .....	13
<i>Классификация цирроза печени по Чайлд-Пью</i> .....	14
От чего зависит скорость развития цирроза? .....	15
Вирусный гепатит С и желание стать родителями .....	15
Совместимы ли спорт и гепатит? .....	16
<i>Домашнее задание «Решение о начале ПВТ»</i> .....	16
<b>ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С</b> .....	<b>18</b>
Какое бывает лечение гепатита. Цели противовирусной терапии (ПВТ) .....	18
Кому нужно лечить хронический гепатит С? .....	19
Эволюция противовирусной терапии гепатита С. Механизм действия препаратов .....	19
Положено ли пациентам бесплатное лечение? .....	21
Какими препаратами можно бесплатно лечить гепатит С? .....	22
Какими препаратами лучше лечить гепатит С? .....	22
Вспомогательные методы лечения .....	25
Оценка эффективности лечения .....	25
<i>Возможные варианты «исчезновения» вируса из организма</i> .....	25
Обследование перед началом противовирусного лечения .....	27
<i>План обследования перед началом противовирусного лечения</i> .....	27
Недостатки лечения .....	28
Обследование во время ПВТ .....	29
Побочные эффекты ПВТ .....	29
Взаимодействие ПВТ с другими препаратами .....	31
<b>РЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ</b> .....	<b>34</b>
Что такое резистентность и почему нужно это знать? .....	34
Что такое приверженность? И как быть приверженным? .....	35
От чего зависит приверженность? .....	35
<i>Домашнее задание «Ради чего я решаюсь пройти терапию»</i> .....	37
<i>Памятка «Что нужно знать про свои препараты?»</i> .....	38
<i>Памятка «Техника проведения инъекции»</i> .....	39
<i>Приложение 1. Схема диагностики вирусного гепатита С</i> .....	40
<i>Приложение 2. Перечень документов, регламентирующих оказание медицинской помощи людям, инфицированным вирусными гепатитами В, С</i> .....	42

# ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С. **ОБЩИЕ ВОПРОСЫ**

## *Что такое гепатит?*

Гепатит – это воспалительное заболевание печени, которое может иметь различное происхождение. Гепатиты различают по причине, которая их вызвала: вирусные, бактериальные, токсические, аутоиммунные, наследственные (генетические) и др. Существует множество вирусов, вызывающих гепатиты, но в данной публикации мы будем говорить только о вирусном гепатите С (ВГС/НСV), в силу ряда особенностей именно этого типа вируса и способов его лечения.

В России гепатиты В и С включены в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при этом особенностью гепатита С является его бессимптомность, что затрудняет его своевременное выявление. В то же время, это заболевание важно диагностировать на ранних стадиях, когда повреждения печени минимальны. Тем более, сейчас появилось множество новых и эффективных противовирусных препаратов, позволяющих добиваться полного излечения гепатита С без тяжёлых побочных эффектов.



## Портрет вируса – самые важные штрихи

**01** Вирус гепатита С, как и все вирусы, может размножаться исключительно попав в нужную клетку. Основным местом размножения вируса гепатита являются клетки печени. Также он способен размножаться в клетках почек, поджелудочной железы, костного мозга, крови, селезенки и в лимфатических узлах.

**02** Вирус состоит из внешней и внутренней оболочек, генетического материала (РНК) и ферментов, необходимых для размножения вируса после того, как он попадёт в клетку. Самые важные ферменты: протеаза NS3/4A, репликаза (NS5A), РНК-полимераза (NS5B).

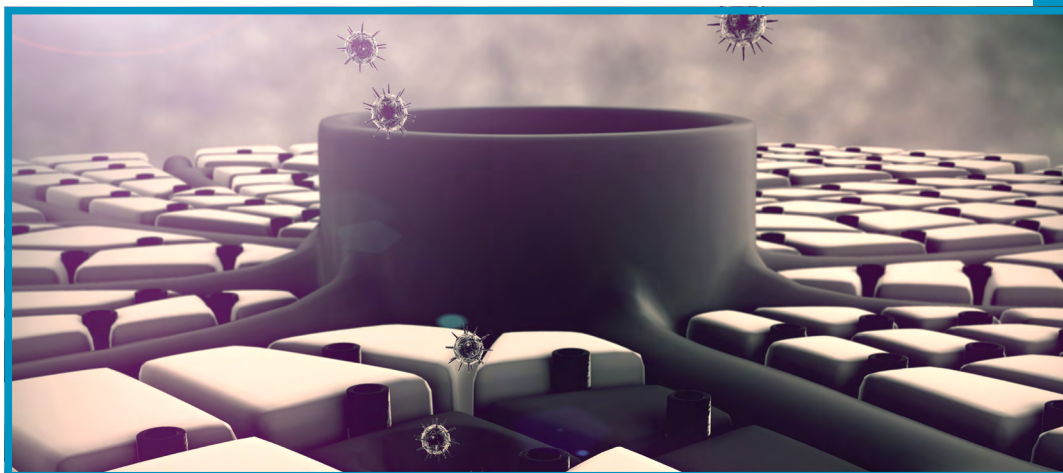
Подробнее о значении этих ферментов написано в разделе брошюры про лечение.

**03** Существует 6 генотипов вируса гепатита С и большое число подтипов – это означает, что заразиться вирусом гепатита С можно несколько раз. В России распространены генотипы 1 и 3 (подтипы 1в и 3а, реже 1а), генотип 2 встречается редко, а генотипы 4-6 практически не регистрируются.

**04** Важной особенностью ВГС является его способность к мутациям – постоянным изменениям вируса.

## Печень – главная мишень вирусов гепатита. Как устроена печень?

Основные клетки печени – гепатоциты. Они объединены в печёночные балки. Одна сторона балки обращена к кровеносному синусу, другая – к желчным протокам. Из балок образуется долька. В центре дольки – кровеносные и лимфатические сосуды, а на периферии – желчные протоки. Кроме гепатоцитов печень образована и другими клетками.



## Важные функции печени

---

Функций печени множество – как самая большая железа в организме, печень принимает участие в процессах обмена веществ, пищеварения, кровообращения и кроветворения. Но мы упомянем только некоторые функции, проведя аналогию с русской печкой:

**01** Как в печке можно сжечь отходы, так и печень обезвреживает токсические вещества и перерабатывает практически всё, что попадает в организм. Очень важно понимать, что в печени вредные вещества не остаются – они «вылетают», как дым в печную трубу. Так что «чистить» печень – занятие бессмысленное.

**02** Как печка обогревает дом, так и печень обеспечивает организм энергией, запасая гликоген (при необходимости он тратится).

**03** Как в печке можно приготовить пищу, так и печень образует новые вещества:

- желчь, необходимая для переваривания жиров
- альбумин, который удерживает воду в сосудах
- фибриноген и другие вещества, регулирующие свертываемость крови

**04** Как печка хранит тепло и уют, так и печень запасает витамины, железо и некоторые другие нужные организму вещества.

## Как вирус гепатита С разрушает печень? И чем всё может закончиться?

---

Попавший в кровь вирус гепатита С попадает на поверхность клетки печени – **гепатоцита** и проникает в нее. Клетка становится «фабрикой» по производству вирусов, при этом на её поверхности появляется «чужеродная метка». Новые вирусы образуются при помощи ферментов вируса из веществ клетки. Клетки иммунной системы по метке находят заражённые клетки, разрушают их и убивают вирусы.

Таким образом, клетки печени разрушаются силами иммунной системы. Однако возможно и прямое разрушение клеток. Когда клетки печени разрушаются, то их содержимое попадает в кровь. Это можно увидеть по анализам: повышение АЛТ (аланинаминотрансферазы), билирубина.

Благодаря способности печени к восстановлению, разрушенные гепатоциты постоянно заменяются новыми. При этом есть данные, что вирус гепатита С вызывает ускорение образования новых печёночных клеток за счёт стимуляции воспаления и некроза (омертвления клеток).

Однако если вирус очень активен, а также если помимо него на клетки печени воздействуют другие вирусы или токсические вещества (алкоголь, наркотики, лекарства), то организм не успевает создавать гепатоциты и заменяет часть ткани печени соединительной тканью, вследствие чего образуются рубцы, при этом правильное строение печени еще сохраняется. Это явление называется **фиброзом**, который поддается лечению. В запущенных случаях может развиваться **цирроз** печени, являющийся тяжелым



необратимым заболеванием, при котором начинают разрушаться печеночные дольки. В этом заключены следующие серьезные проблемы:

**01** Соединительная ткань (рубцы) перекрывает кровоток в печени – кровь ищет обходные пути, которыми становятся вены пищевода и прямой кишки. Они расширяются, что может приводить к кровотечениям. Это называется **синдром портальной гипертензии**. При этом токсические вещества не проходят через печень, а значит – не обезвреживаются.

**02** Если соединительной ткани много, а клеток печени становится мало, то развивается **печёночная недостаточность**. Печень перестает справляться со своими важными функциями. Возникают отёки, нарушение свертываемости крови, депрессия.

## Как можно заразиться вирусным гепатитом С?

Пути передачи гепатита С:

- *Основной путь передачи – через кровь. Имеет место при контакте с зараженной кровью, использовании нестерильного инструментария во время медицинских и косметических (пирсинг, татуировки) манипуляций.*
- *Половой путь – до сих пор является обсуждаемым, т.к. риск передачи вируса половым путем относительно невелик. Вероятно, это зависит от сексуальных практик и наличия крови при половых контактах.*
- *Бытовой путь – также связан с контактом с зараженной кровью, например, при совместном использовании бритв, маникюрных принадлежностей, зубных щеток, а также при попадании крови от носителя вируса в кровь заразившегося (при травме, порезе, укусе, через ссадины и пр.). Гепатит С не передается воздушно-капельным путем (при разговоре, чихании, со слюной и пр.), при объятиях, рукопожатии, пользовании общей посудой, едой и напитками.*
- *Передача от матери к ребёнку во время родов – риск также относительно невелик, однако он возрастает, если у мамы ещё есть ВИЧ-инфекция. Нет данных о риске передачи вируса с молоком матери, однако, кормление грудью при наличии гепатита С у матери рекомендуется отменить, если имеются нарушения целостности кожи молочных желез, кровотечение.*

К числу групп населения повышенного риска инфицирования ВГС относятся:

- *лица, употребляющие инъекционные наркотики;*
- *лица, подвергшиеся введению инфицированных продуктов крови или инвазивным процедурам в медицинских учреждениях с недостаточными методами контроля инфекции;*
- *дети, родившиеся у матерей с ВГС;*
- *лица с ВИЧ-инфекцией;*

■ лица, чьи сексуальные партнеры инфицированы ВГС;

■ лица, использующие интраназальные препараты;

■ лица, сделавшие себе татуировку или проколы кожи.

## Профилактика гепатита С

В настоящее время вакцины от гепатита С не существует, но в этой области ведутся научные исследования. Для защиты от гепатита С возможна только неспецифическая профилактика, т.е. – исключить все вышеописанные пути передачи. Не контактировать с чужой кровью, нестерильными инструментами, использовать презервативы при сексуальных контактах, соблюдать личную гигиену. Для женщин, которые планируют рождение ребёнка, желателен излечение от гепатита за полгода до зачатия.

Кроме того, всем у кого есть гепатит С необходима профилактика других гепатитов: трехкратная вакцинация от гепатита В и двукратная вакцинация от гепатита А.

## Как узнать, что есть гепатит?

Многие люди пытаются найти видимые признаки гепатита. Важным признаком может быть желтуха. Но стоит помнить, что желтушность кожи и глаз развивается не всегда, а чаще при остром гепатите. Кроме того, существуют и безжелтушные формы заболевания. Симптомами гепатита, вызываемыми дисфункцией печени, могут быть слабость, утомляемость, снижение аппетита, тошнота, изменение цвета мочи и кала.

Во многих случаях симптомы могут отсутствовать и только лабораторное обследование позволяет выявить наличие гепатита. Часто заболевшие узнают о своём диагнозе случайно, пройдя лабораторное исследование. Рекомендуется раз в несколько лет сдавать скрининговый анализ. В России стандартным методом скрининга является **ИФА (иммуноферментный анализ)**, с помощью которого определяют антитела к вирусу гепатита С.

Обязательное обследование на гепатит С (на анти-ВГС в крови методом ИФА) предусмотрено санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами» для определенных групп людей, среди которых:

- доноры;
- беременные;
- реципиенты крови и ее компонентов;
- новорожденные у женщин, больных острым (в III триместре беременности) и хроническим ГС, а также с бессимптомной инфекцией («носительство» анти-ВГС);
- пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии;
- больные с любой хронической патологией (туберкулез, онкология, психоневрология и др.);

- больные с хроническим поражением печени (хронический гепатит, циррозы печени, гепатокарцинома и др. хронические заболевания гепатобиллиарной системы), а также при подозрении на эти заболевания;
- пациенты наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров;
- пациенты, поступающие в стационары для плановых оперативных вмешательств;
- др. контингенты.

О возможности бесплатного прохождения теста на гепатит можно поинтересоваться в территориальной поликлинике.

## Нашли антитела к гепатиту! Что делать?

Антитела к вирусу гепатита С определяют методом ИФА. Иногда этот анализ может быть ложноположительным. Чтобы исключить ложноположительный результат, необходимо повторить ИФА. При подтверждении результата стоит продолжить обследование.

Антитела остаются даже если вирус «покинул» организм. Поэтому нужно обязательно определить – есть ли сам вирус в крови. На этом этапе качественный тест **ПЦР (полимеразная цепная реакция)** даст ответ на вопрос – есть ли вирус в организме. Если вируса гепатита С в крови нет, то нужно повторить обследование через несколько месяцев. Повторный отрицательный тест свидетельствует, что вирус «ушёл» из организма.

С результатами повторных обследований необходимо посетить врача-инфекциониста (например, в поликлинике или в специальных гепатологических центрах). Если есть возможность выбрать врача – то лучше сразу обратиться к тому, кто имеет опыт противовирусного лечения гепатита.

Если диагноз подтверждается, то специалист назначает продолжение обследования:

- 01 Определение количества вируса в крови (ПЦР количественная). Определение и количественную оценку РНК ВГС следует проводить с помощью чувствительного метода (оптимальная чувствительность тест-системы для определения РНК ВГС – 10 МЕ/мл, по российской рекомендациям<sup>1</sup> – не менее 50 МЕ/мл).
- 02 Определение генотипа вируса.
- 03 Биохимический анализ крови для контроля за состоянием печени - функциональные пробы печени:
  - Синдром цитолиза (разрушения клеток): повышение – АЛТ, АСТ, уровня железа, прямого билирубина.

<sup>1</sup> Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С, 2014 год, экспертная группа по вопросам вирусных гепатитов Минздрава России.

- Синдром мезенхимального воспаления (воспаление ткани): повышение гамма-глобулина, СРБ (С-реактивный белок), СОЭ (скорость оседания эритроцитов).
- Синдром холестаза (застоя желчи): повышение непрямого билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), холестерина.
- Печёночно-клеточная недостаточность (нарушение синтезирующей функции печени): снижение общего белка, альбумина, ПТИ (протромбиновый индекс).

04

#### Инструментальное обследование для контроля за состоянием печени:

- УЗИ органов брюшной полости – определение состояния печени, селезёнки, желчного пузыря, размеров вен.
- Пункционная биопсия печени – является «золотым стандартом» для определения наличия фиброза. При биопсии проводится прокол печени толстой иглой через кожу – для последующего анализа

полученных таким образом клеток печени. Важно знать, что у четверти пациентов с нормальным уровнем АЛТ при проведении биопсии печени определяют признаки фиброза. В последнее время биопсию заменила фиброэластометрия.

- Фиброэластометрия (фиброскан) – позволяет оценить изменение ткани печени без прокола (напоминает проведение УЗИ). Результат по шкале METAVIR выражается в цифрах:

F0 говорит об отсутствии фиброза,  
F1 и F2 – начало фиброза,  
F3 – далеко зашедший процесс фиброза,  
F4 – цирроз печени.

Исследование может дать неточный результат у пациентов с избыточным весом, с выраженным стеатозом печени (большое количество жира в печени), при высоком уровне АЛТ (выше нормы более чем в 3 раза).

- Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) – позволяет определить, есть ли расширенные вены в пищеводе, назначается по показаниям.

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами», больные острой и впервые выявленной хронической формами вирусных гепатитов подлежат обязательной регистрации в центрах государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) и, как правило, госпитализации в инфекционные стационары.

### Знаете ли вы свои лабораторные данные? Запишите их.

ПЦР РНК ВГС	
Генотип	
АЛТ	
Билирубин	
Альбумин	
ПТИ	
Тромбоциты	
Фиброэластометрия (фиброскан)	

## Всегда ли гепатит С нужно лечить?

Гепатит С требует лечения не всегда, поскольку у некоторых людей инфекция прекращается благодаря иммунному ответу. Однако если вирус определяется в крови, то лечение обязательно. По данным ВОЗ, примерно 15-45% инфицированных лиц спонтанно избавляются от вируса в течение 6 месяцев после заражения без всякого лечения. У остальных 55-85% лиц развивается хроническая инфекция ВГС. У лиц с хронической инфекцией ВГС риск цирроза печени составляет 15-30% в пределах 20 лет. При попадании вируса гепатита С в кровь есть три варианта развития событий:

**01** **Острое заболевание**, в результате которого либо произойдет самоизлечение, либо разовьётся хроническая форма. Острый гепатит С диагностируется редко и часто случайно. Острый гепатит может развиваться на ранней стадии заражения вирусом (длительность до 6 мес.).

**02** **Хроническое заболевание**. В клинической практике диагноз ВГС устанавливают в основном на этапе хронического вирусного гепатита (длительность заболевания более 6 мес.). При гепатите С у 55-85% инфицированных людей сразу развивается хроническая форма. Длительный хронический процесс может приводить к развитию цирроза или рака печени и/или гепатоцеллюлярной карциномы.

**03** **Излечение** – вирус может «уйти» из организма самостоятельно или после лечения. Спонтанное самоизлечение при остром гепатите С отмечено в 15-45% случаев.

*Если возможности лечиться нет, то важным является регулярное обследование для контроля за состоянием печени. При медленном развитии заболевания есть время, чтобы подготовиться к лечению. Необходимо помнить, что хорошее самочувствие не говорит об отсутствии поражения печени.*

## Что будет, если не лечить гепатит вообще?

В отсутствие лечения клетки печени постепенно разрушаются, вместо них в печени образуется соединительная ткань – так постепенно развивается фиброз, а затем и цирроз печени.

Цирроз печени на начальных стадиях является «компенсированным», потом происходит декомпенсация:

**01** **Компенсированный цирроз** – печень ещё справляется с нагрузкой. У пациента практически нет жалоб – могут быть желтуха или носовые кровотечения. Инструментально выявляется наличие портальной гипертензии (на УЗИ и ФГДС) и фиброз 4й стадии (при биопсии) или признаки фиброза 4й степени (фиброэластометрия).

**02** Декомпенсированный цирроз – появляются практически постоянные признаки и осложнения цирроза печени – увеличение живота в объеме за счет жидкости (асцит), отеки ног, желтуха, учащаются носовые кровотечения, кровотечения из вен пищевода, повышение температуры тела, снижение массы тела, кожный зуд, энцефалопатия. Лабораторно выявляется тромбоцитопения, анемия, снижение альбумина и ПТИ, повышение билирубина.

### Классификация цирроза печени по Чайлд-Пью

Признак	Баллы		
	1	2	3
Протромбиновое время (сек.) или ПТИ (%)	1-4 или >60%	4-6 или 40-60%	>6 или <40%
Содержание билирубина, мкмоль/л (мг/дл)	<34 (<2)	34-51 (2-3)	>51 (>3)
Содержание альбумина, г/л	>35	35-28	<28
Асцит	Нет	Легко лечится	Устойчив к лечению
Энцефалопатия	Нет	I-II стадии (легкая)	III-IV стадии (тяжелая)

**A** сумма баллов  
не более 6

**B** 7-9 баллов

**C** более 9 баллов

При классе «А» прогноз хороший (процесс можно остановить). Самый плохой прогноз при классе «С». Смертельные исходы обычно происходят из-за осложнений цирроза печени: кровотечений из расширенных вен или печеночной комы.

Ещё одним исходом хронического гепатита может стать гепатоцеллюлярная карцинома – рак печени. Однако при гепатите С он развивается реже, чем при гепатите В. Это связано с особенностями самих вирусов. Вирус гепатита В внедряется в генетический материал клеток печени и вызывает развитие опухоли. А при хроническом гепатите С рак может развиваться из-за постоянного воспаления и попыток восстановления печени на фоне цирроза (около 97% случаев<sup>2</sup>). Риск рака возрастает при наличии двух вирусов гепатита в организме.

<sup>2</sup> Ярошенко Е.Б., Бурневич Э.З., Мойсюк Я.Г. Роль вирусных гепатитов в развитии гепатоцеллюлярной карциномы // Практическая онкология, 2009, т.9, № 4, с. 189-193.



## От чего зависит скорость развития цирроза?

Ускоряют развитие гепатита С такие факторы:

- возраст старше 40 лет к моменту инфицирования
- мужской пол
- употребление алкоголя в любых количествах
- избыток массы тела – ожирение
- нарушение обмена железа
- повторное инфицирование

Если изменить первые два фактора невозможно, то контролировать остальные можно и нужно, особенно если нет возможности начать противовирусное лечение гепатита.

Самым губительным для печени является сочетание гепатита и употребления алкоголя. В этом случае цирроз развивается за несколько лет. Лучше всего полностью исключить употребление алкоголя.

Не стоит принимать лекарства, которые не назначены врачом, особенно регулярно и в больших дозах – это тоже оказывает вредное действие на печень.

Стоит следовать принципам здорового питания – это не только снизит «нагрузку» на печень, но и поможет не допустить избыток веса. Кроме того, это полезно для сердечно-сосудистой системы. Однако важно понимать разницу между здоровым питанием и диетами. Практически ни одна диета не является сбалансированной в достаточной мере, а это значит – вред от неё может превысить пользу.

Нельзя допускать повторного заражения вирусами гепатитов – нужно сделать прививку от гепатитов В и А, исключить риски инфицирования другими генотипами вируса гепатита С.

## Вирусный гепатит С и желание стать родителями

Если в паре хронический вирусный гепатит С есть только у мужчины, то важно не инфицировать партнершу при половых контактах. Достаточно часто зачатие происходит, а заражение партнерши – нет. В этом случае будущей маме важно исключить риск инфицирования гепатитом во время беременности (использовать презерватив при всех половых контактах), тогда она не сможет стать источником инфекции для ребёнка.

Если хронический вирусный гепатит С есть у женщины, то риск передачи гепатита С от матери к ребёнку во время беременности и родов составляет

около 3,5%. Специфической профилактики не существует. В этом случае у ребёнка в крови будут определяться «материнские» антитела, которые потом исчезнут, если ребёнок не инфицирован и у него не происходит выработка «своих» антител. Уточнить наличие гепатита С поможет ПЦР-диагностика.

Полностью исключить риск передачи инфекции отрицательному партнеру и ребёнку можно только при заблаговременном эффективном лечении гепатита С. Важно закончить противовирусное лечение за 6 месяцев до предполагаемого зачатия, потому что некоторые препараты обладают тератогенными свойствами

(могут вызвать уродства плода), другие – пока мало изучены в своем влиянии на репродуктивную функцию. Однако уже через полгода после окончания лечения зачатие ребёнка становится возможным и безопасным.

Для носителей вирусного гепатита ограничены возможности усыновления, опекуинства (попечительства) и патронажа. Согласно статье 127 Семейного кодекса РФ и Постановлению Правительства РФ от 14.02.2013 г. N 117, «инфекционные заболевания до прекращения диспансерно-

го наблюдения в связи со стойкой ремиссией» включены в Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью. Поскольку лица с гепатитами, даже при наличии пройденного лечения и стойкой ремиссии, состоят на диспансерном учете пожизненно, можно говорить о пожизненном запрете на усыновление или опеку. При таком положении вещей отстаивать свои права можно только в судебном порядке.

## Совместимы ли спорт и гепатит?

При гепатите не рекомендованы тяжёлые физические нагрузки. Однако никаких серьёзных исследований на эту тему не проводилось. Поэтому можно только логически предполагать – какие именно виды спорта разрешены, а какие – опасны.

Во-первых, если понимать под спортом профессиональные занятия или активное наращивание мышечной массы, то при наличии вируса в крови пользы такой спорт не принесёт.

Во-вторых, опасны травматичные

и контактные виды спорта – хоккей, футбол, борьба и бокс. Это связано с тем, что для увеличенной печени, имеющей растянутую капсулу, любая травма чревата разрывом.

Умеренные занятия спортом – плавание в бассейне, пробежки, йога и даже силовые тренировки с адекватным подходом не противопоказаны.

Все эти ограничения актуальны только для тех, у кого есть вирус в организме, а излечение гепатита снимает их при восстановлении функции печени.

## Домашнее задание “Решение о начале ПВТ”

В первой части брошюры мы обсудили особенности течения гепатита С и его влияние на здоровье. Лечение гепатита, о котором рассказывается в следующем разделе, – небыстрый и ответственный процесс. Решение о начале лечения должен принимать пациент по рекомендации своего лечащего врача, взвесив все аспекты такого решения. Приведенные ниже вопросы помогут поразмышлять о том, какое влияние заболевание ВГС оказало на Вашу жизнь, чтобы подойти к решению о начале лечения взвешенно и осознанно:

**1.** На какие сферы жизни оказало влияние заболевание гепатитом С? Какие изменения произошли в этих сферах?

■ *отношение к себе, к своему здоровью:*

---

---

■ *отношения с близкими людьми:*

---

---

■ *отношения с другими людьми:*

---

---

■ *учеба, работа, спорт:*

---

---

**2.** Как гепатит повлиял на построение планов на жизнь (профессия, семейные отношения, хобби)?

---

---

**3.** Какие ограничения внес гепатит в Вашу жизнь?

---

---

**4.** Каким изменениям к лучшему стал причиной гепатит?

---

---

# ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

*Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Европейская ассоциация по изучению печени (EASL) объявили вирусный гепатит С **излечимым заболеванием**. Это означает, что ограниченный по времени курс лечения противовирусными препаратами назначается пациенту один раз. Противовирусная терапия приносит успех в 50-90% случаев в зависимости от применяемой схемы и, по имеющимся данным, также сокращает развитие рака и цирроза печени.*

## **Какое бывает лечение гепатита. Цели противовирусной терапии (ПВТ)**

В лечении любого заболевания очень важно устранить причину – в случае с хроническим гепатитом С это значит, что нужно убрать вирус из организма. Речь идёт о **противовирусном лечении** – это единственный доказанный способ лечения гепатита, а избавление организма от вируса считается наилучшим результатом лечения.

В процессе противовирусного лечения очень часто достигается и ещё одна важная цель – улучшение состояния печени по данным УЗИ и эластометрии (снижение показателей фиброза вплоть до нормальных значений). Притом, улучшение состояния печени достигается даже при отсутствии излечения.

Все остальные виды лечения не имеют доказанной эффективности. Они могут поддерживать организм, но стоит понимать, что это только вспомогательные методы и на сам вирус они не оказывают никакого влияния.

## Кому нужно лечить хронический гепатит С?

Согласно рекомендациям ВОЗ, вышедшим в апреле 2014 года, у всех взрослых и детей с хроническим гепатитом С должна быть рассмотрена возможность противовирусного лечения. Речь идёт обо всех людях, имеющих положительную РНК ВГС методом ПЦР и не имеющих противопоказаний к лечению.

**В первую очередь лечение должно быть назначено:**

- *В период острой инфекции, если удалось рано поставить диагноз*
- *Людям с прогрессирующим фиброзом (F3, F4 по шкале METAVIR)*
- *Людям с активным воспалительным процессом в печени*
- *Людям, имеющим клинически значимые внепеченочные проявления (поражение почек и прочее).*

Пациентам с минимальным фиброзом или его отсутствием лечение может быть отсрочено, если в данный момент времени оно невозможно по различным причинам.

Европейская ассоциация по изучению печени (EASL) придерживается тех же принципов – противовирусную терапию должны получать все пациенты, готовые лечиться и не имеющие противопоказаний к ней. Единственное отличие от рекомендаций ВОЗ в рекомендациях EASL – пункт о том, что ПБТ показана и людям с умеренными стадиями фиброза (F2 по METAVIR).

## Эволюция противовирусной терапии гепатита С. Механизм действия препаратов

За последние несколько лет в лечении гепатита С был сделан серьёзный прорыв.

Противовирусное лечение гепатита начиналось ещё в конце 80-х годов с использования простого интерферона альфа (ИФН-альфа) 2a или 2b.

Интерфероны активируют ферменты самой клетки (эндонуклеаза и протеинкиназа), которые нарушают образование многих вирусных белков. В результате клетка приобретает устойчивость к действию вируса гепатита на 24-48 часов.

Спустя почти десять лет – к концу 90-х годов – стала применяться комбинация простого ИФН-альфа и рибавирина.

Рибавирин действует более прицельно – он очень похож на вещество, из которого строится генетический материал и клетки человека, и вируса гепатита. При построении вирусной генетической информации рибавирин встраивается в цепочку и прерывает её образование. В результате вирус не может продолжать своё размножение. Этот препарат активен в отношении нескольких РНК- и ДНК-содержащих вирусов, включая вирус гепатита С.

В начале 2000-х годов формула интерферона была улучшена – были выпущены пегилированные ИФН-альфа 2a и 2b.

**Пегилированные интерфероны** действуют намного дольше простых за счет присоединённых молекул полиэтиленгликоля. Они сохраняются в организме не 1-2 суток, а целую неделю. Это снижает количество и частоту инъекций, а также делает более стабильной концентрацию лекарства в крови.

Сочетание пегилированных интерферонов и рибавирина более десяти лет занимало ведущие позиции в противовирусном лечении гепатита. Первое время большим ограничением являлась высокая стоимость такого лечения, но постепенно с годами она снижалась.

Тем не менее, все понимали недостатки имеющейся терапии – тяжёлое побочное действие при недостаточной эффективности. Кроме того, лечение было длительным – продолжалось минимум полгода, в большинстве случаев – год и даже полтора. Пациенты отказывались от лечения, опасаясь серьёзных побочных эффектов, либо прекращали уже начатое лечение, не выдержав побочного действия. Интерфероны и рибавирин оказывают довольно сильное действие на организм, поэтому нужны были принципиально иные препараты – точечного прямого действия на вирус. «Тяжелая артиллерия» в лечении гепатита, представленная интерферонами и рибавирином, имеющая большой радиус поражения помимо своей основной цели – клеток вируса, стала уступать место более точным «снайперам» – инновационным препаратам, обладающим меньшими побочными эффектами и негативным влиянием на организм.

В первой части брошюры описано, что вирус состоит из внешней и внутренней оболочек, генетического материала (РНК)

и ферментов, необходимых для размножения вируса после того, как он попадёт в клетку. Самые важные ферменты: протеаза NS3/4A, репликаза (NS5A), РНК-полимераза (NS5B).

Благодаря точному знанию жизненного цикла вируса гепатита С учёные смогли разработать препараты, которые целенаправленно подавляют работу его ферментов. Когда ферменты заблокированы, вирус не может размножаться и поражать новые клетки печени.

Ещё в 2011 году появились первые препараты «прямого действия» – бопрепревир и телпрепревир, блокирующие протеазу вируса гепатита С. Они смогли усилить интерфероновую терапию при генотипе 1 вируса гепатита. Таким образом, повышалась эффективность лечения, однако побочное действие оставалось не менее сильным. Было понятно, что необходимо продолжать поиски менее токсичного и ещё более эффективного лечения. Предполагалось, что для эффективного подавления вируса нужно заблокировать несколько его ферментов. Это позволит отказаться от интерферонов и рибавирина.

Именно это и произошло в дальнейшем – при появлении препаратов, подавляющих работу репликазы и РНК-полимеразы было положено начало безинтерфероновой эры противовирусной терапии гепатита С. Современное лечение гепатита С – это лечение только таблетками в течение 12-24 недель с минимальным побочным действием и практически 100% эффективностью.

Для более удобного приема уже появились комбинированные формы препаратов – когда все лечение заключено в одной упаковке. Таким образом, в лечении хронического вирусного гепатита С произошёл прорыв и открытия продолжают.



### Ингибиторы протеазы (NS3/4A):

- асунапревир (торговое название Сунвепра);
- боцепревир (торговое название Виктрелис);
- нарлапревир (торговые названия Арланса, Нарлапревир);
- симепревир (торговое название Совриад);
- теллапревир (торговое название Инсиво);

### Ингибиторы РНК-полимеразы (NS5B):

- софосбувир (торговое название Со-вальди);

### Ингибиторы репликазы (NS5A):

- даклатасвир (торговое название Даклинза);

### Комбинированные препараты:

- Викейра Пак (дасабувир + омбитасвир + паритапревир + ритонавир);
- Epclusa (велпатасвир + софосбувир) в РФ не зарегистрирован
- Harvoni (ледипасвир + софосбувир) в РФ не зарегистрирован
- Technivie (омбитасвир + паритапревир + ритонавир) в РФ не зарегистрирован
- Zepatier (гразопревир + элбасвир) в РФ не зарегистрирован

Все перечисленные препараты зарегистрированы и разрешены к использованию в России под указанными торговыми названиями, если в примечании не указано иное.

Для эффективного подавления репликации вируса гепатита С необходимо назначение нескольких препаратов, которые действуют на разные ферменты вируса. Чаще всего - это два препарата, которые блокируют полимеразу и репликазу.

## Положено ли пациентам бесплатное лечение?

Гражданам РФ бесплатная медицинская помощь оказывается на основании «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»<sup>3</sup>, в которой определены заболевания, лечение которых должно проходить бесплатно, при наличии медицинского полиса. В неё входят «инфекционные и паразитарные болезни», к которым относятся и вирусные гепатиты. Программа принимается ежегодно постановлением Правительства. Приложением к Программе государственных гарантий также устанавливаются виды и методы лечения в зависимости от модели пациента (диагноза). В каждом регионе дополнительно разрабатываются «Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи» с детальным перечнем препаратов, отпускаемых по рецептам врача бесплатно.

<sup>3</sup> Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год.

## Какими препаратами можно бесплатно лечить гепатит С?

К бесплатным препаратам относятся только те, которые вошли в «Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи». На данный момент времени в них включены только простые и пегилированные интерфероны и рибавирин.

В 2014 году Министерством здравоохранения РФ направлены в регионы Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С<sup>4</sup>, которые были разработаны экспертной группой по поручению Минздрава, содержащие

перечень препаратов, рекомендованных для лечения ВГС, включая первые ингибиторы протеазы (боцепревивир, симепревивир, телапревивир). Однако, как все подобные документы, он не имеет статус нормативного акта, носит лишь рекомендательный характер и не является обязательным к исполнению.

Для получения современного лечения есть два пути: приобретение препаратов за свой счет – для зарегистрированных в России препаратов, или участие в клинических исследованиях.

## Какими препаратами лучше лечить гепатит С?

Последние клинические рекомендации<sup>5,6</sup>, принятые в России, ещё не учитывают появившиеся новейшие препараты и не предусматривают схем лечения без интерферона. В этих рекомендациях ограничиваются добавлением ингибитора протеазы (боцепревивир/симепревивир/телапревивир) к комбинации интерферона и рибавирина.

Рекомендации ВОЗ 2016 года по лечению хронического вирусного гепатита С:

01

Для лечения инфекции гепатита С рекомендуется использовать схемы противовирусных препаратов прямого действия (ПППД) вместо схем с пегилированным интерфероном и рибавирином.

Настоятельная рекомендация, средний уровень доказательности;

02

Схемы с использованием боцепревивира или телапревивира более не рекомендованы для лечения инфекции гепатита С.

Настоятельная рекомендация, средний уровень доказательности.

<sup>4</sup> См. [www.rsls.ru](http://www.rsls.ru)

<sup>5</sup> Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С, 2014 год, экспертная группа по вопросам вирусных гепатитов Минздрава России.

<sup>6</sup> Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных взрослых. Клинические рекомендации, 2015 год, Национальное научное общество инфекционистов.

**Рекомендации EASL 2016 по терапии моноинфекции ВГС или ко-инфекции ВИЧ/ВГС у пациентов без цирроза, включая ранее не получавших терапию и пациентов, потерпевших вирусологическую неудачу при терапии пегилированным интерфероном альфа и рибавирином<sup>7</sup>**

Режим Генотип	Опыт терапии PegIFN +RBV	SOF +LED	SOF +VEL	OMB +PAR/r+ +DAS	GRZ +ELB	SOF +DAC
Генотип 1a	нет	8-12 нед. без RBV	12 нед. без RBV	12 нед. + RBV	12 нед. без RBV	12 нед. без RBV
	да	12 нед. + RBV* или 24 нед. без RBV				12 нед. + RBV или 24 нед. без RBV
Генотип 1b	нет	8-12 нед. без RBV		8-12 нед. без RBV	12 нед. без RBV	12 нед. без RBV
	да	12 нед. без RBV		12 нед. без RBV		
Генотип 2						
Генотип 3	нет	—	12 нед. + RBV*** или 24 нед. без RBV	—	—	12 нед. + RBV*** или 24 нед. без RBV
	да					

DAC – дактасвир;  
DAS – дасабувир;  
ELB – элбасвир;  
GRZ – grazопревир;

LED – ледипасвир;  
OMB – омбитасвир;  
PAR/r – паритапревир,  
усиленный ритонавиром;

PegIFN – пегилированный  
интерферон альфа;  
RBV – рибавирин;  
SOF – софосбувир.

\* – режим с рибавирином только у пациентов с установленными значимыми мутациями лекарственной устойчивости к ингибиторам NS5A;

\*\* – удлиненный до 16 недель курс терапии с RBV только у пациентов с установленными мутациями лекарственной устойчивости к элбасвиру;

\*\*\* – режим с рибавирином только при установленной мутации устойчивости к NS5A Y93H.

<sup>7</sup> Режимы лечения для генотипов 4-6 здесь не приводятся ввиду их нераспространенности в России. Полные рекомендации см. на [www.easl.eu](http://www.easl.eu).

**Рекомендации EASL 2016 по терапии моноинфекции ВГС или ко-инфекции ВИЧ/ВГС у пациентов с компенсированным циррозом (класс А по Чайлд-Пью), включая ранее не получавших терапию и пациентов, потерпевших вирусологическую неудачу при терапии пегилированным интерфероном альфа и рибавирином**

Режим Генотип	Опыт терапии PegIFN+RBV	SOF +LED	SOF +VEL	PAR/r+ OMB+DAS	GRZ +ELB	SOF +DAC	
Генотип 1а	нет	12 нед. без RBV	12 нед. без RBV	24 нед. + RBV	12 нед. при ВН ≤ 800 тыс. МЕ/мл или 16 нед. + RBV при ВН > 800 тыс. МЕ/мл**	12 нед. без RBV	
	да	12 нед. + RBV* или 24 нед. без RBV				12 нед. + RBV или 24 нед. без RBV	
Генотип 1б	нет	12 нед. без RBV		12 нед. без RBV	12 нед. без RBV	12 нед. без RBV	12 нед. без RBV
	да						
Генотип 2							
Генотип 3	нет	—	12 нед. + RBV*** или 24 нед. без RBV	—	—	24 нед. + RBV	
	да						

DAC – даклатасвир;  
DAS – дасабувир;  
ELB – элбасвир;  
GRZ – гразопревир;

LED – ледипасвир;  
OMB – омбитасвир;  
PAR/r – паритапревир,  
усиленный ритонавиром;

PegIFN – пегилированный интерферон альфа;  
RBV – рибавирин;  
SOF – софосбувир.

\* – режим с рибавирином только у пациентов с установленными значимыми мутациями лекарственной устойчивости к ингибиторам NS5A;

\*\* – удлиненный до 16 недель курс терапии с RBV только у пациентов с установленными мутациями лекарственной устойчивости к элбасвиру;

\*\*\* – режим с рибавирином только при установленной мутации устойчивости к NS5A Y93H.

Таблицы приведены исключительно для ознакомления. Конечно, выбор схемы лечения – это совместное решение врача и пациента. Как минимум, для выбора схемы необходимо точно установить наличие/отсутствие цирроза, и это прерогатива врача.

## Вспомогательные методы лечения

К вспомогательным методам лечения относится применение гепатопротекторов. Это большая группа препаратов растительного происхождения или искусственно синтезированных, содержащих витамины и фосфолипиды. Во многих странах мира эти препараты не признаются, однако в России и бывших странах СССР получили широкое распространение.

Эти препараты не предназначены для лечения вирусного гепатита, но они могут быть назначены врачом в качестве вспомогательных исключительно по показаниям – по данным лабораторного обследования. Полезное действие препаратов, «защищающих печень», предсказать сложно: оно может случиться, а может не случиться. Доказанной эффективностью в лечении гепатита обладает только противовирусная терапия.

## Оценка эффективности лечения

Эффективность лечения оценивается по исчезновению вируса гепатита С из крови. Для мониторинга уровня РНК ВГС во время и после завершения лечения следует использовать ПЦР-диагностику в режиме реального времени с нижним порогом обнаружения менее 15 МЕ/мл. При использовании безынтерфероновых схем терапии РНК ВГС следует определять до начала лечения, через 2 нед. (оценка соблюдения режима лечения), через 4, 12 или 24 нед. (в конце лечения для пациентов, у которых курс терапии составляет соответственно 12 и 24 нед.), а также через 12 или 24 нед. после окончания лечения.

### Возможные варианты "исчезновения" вируса из организма

Вариант ответа	Критерии
Быстрый вирусологический ответ (БВО)	отрицательный результат ПЦР РНК ВГС после 4-й недели ПВТ, сохраняющийся до окончания лечения
Ранний вирусологический ответ (РВО)	отрицательный результат ПЦР РНК ВГС после 12-й недели ПВТ, сохраняющийся до окончания лечения
Медленный вирусологический ответ (МВО)	снижение уровня РНК ВГС в крови в 100 раз ниже исходного уровня после 12-й недели ПВТ и отрицательный результат ПЦР РНК ВГС через 24 недели ПВТ, что сохраняется до окончания терапии
Отсутствие ответа на лечение	после 12-й недели ПВТ уровень РНК ВГС снизился менее чем в 100 раз от исходного уровня

Вариант ответа	Критерии
Частичный ответ	уровень РНК ВГС снизился более чем в 100 раз от исходного уровня после 12-й недели ПВТ, но РНК ВГС определяется и на 12-й, и на 24-й неделе терапии
Вирусологический прорыв	повторное появление РНК ВГС после достижения вирусологического ответа в любое время в процессе ПВТ
Рецидив заболевания	появление РНК ВГС после окончания успешного курса терапии (отрицательный результат ПЦР РНК ВГС на момент окончания ПВТ)
Устойчивый вирусологический ответ (УВО)	неопределяемый уровень РНК ВГС в крови через 24 недели после окончания ПВТ

Устойчивый вирусологический ответ (если вирус не появился в течение 24 недель после ПВТ) равноценен полному пожизненному излечению. Благодаря новым схемам лечения этот период сокращен до 12 недель.

Кроме того, косвенно об эффективности говорят биохимические показатели – снижаются признаки воспаления печени. Улучшается гистологическая картина – восстанавливается ткань печени (косвенно об этом свидетельствует снижение степени фиброза по данным фиброэластометрии).

Если в 1998 году при лечении только простыми интерферонами всего 6% пациентов избавлялись от вируса, то излечение 54-61% пациентов при использовании комбинации пегилированных интерферонов с рибавирином казалось большим достижением. Однако сейчас практически 100% людей с гепатитом С могут быть излечены благодаря применению новых схем терапии. Новые режимы без интерферона позволяют значительно повысить возможность излечения даже при сложных случаях.



## План обследования пациента перед началом ПВТ, включающей интерфероны<sup>8</sup>

<b>История заболевания</b> (если есть опыт ПВТ – тщательный анализ ответа на нее)
<b>Наследственность и вредные привычки</b> (включая прием алкоголя в анамнезе)
<b>Осмотр пациента</b>
<b>Молекулярные и иммунохимические тесты:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ ИФА – антитела к ВГС</li><li>■ ПЦР РНК ВГС (количественный тест) – определение исходного уровня</li><li>■ Генотип ВГС</li><li>■ Исключение ко-инфицирования: антитела к ВИЧ, HBsAg и антитела к HBCorAg (гепатит В), антитела к вирусу гепатита D – только, если определяется HBsAg</li></ul>
<b>Генетические исследования пациента при генотипе 1:</b> анализ варианта полиморфизма гена ИЛ-28
<b>Клинический анализ крови</b> с лейкоцитарной формулой (абсолютное количество нейтрофилов) и тромбоцитов
<b>Биохимические показатели сыворотки крови</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, общий билирубин и его фракции, глюкоза, креатинин</li><li>■ Альбумин (оценка функции печени)</li><li>■ ПИ или ПВ или МНО – оценка функции печени</li><li>■ Гамма-глобулины (скрининг аутоиммунного гепатита)</li><li>■ IgG (иммуноглобулины класса G) - скрининг аутоиммунного гепатита</li><li>■ α-глобулины (скрининг α1-антитрипсина)</li><li>■ Процент насыщения трансферрина железом и ферритин (скрининг синдрома перегрузки железом)</li><li>■ Церуллоплазмин (скрининг болезни Вильсона)</li></ul>
<b>Общий анализ мочи</b>
<b>Кал на скрытую кровь</b>
<b>Оценка стадии заболевания печени (выраженность фиброза):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Пункционная биопсия печени или фиброзластометрия</li></ul>
<b>Рентгенологическое исследование легких</b>
<b>ЭКГ</b>
<b>УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства</b> (чтобы исключить очаговые образования печени, признаки портальной гипертензии, сопутствующую патологию)
<b>Осмотр офтальмолога</b> (обязательно исследование глазного дна) с учетом возможных побочных действий противовирусных препаратов

<sup>8</sup> Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С, 2014 год, экспертная группа по вопросам вирусных гепатитов Минздрава России.

АФП (α-фетопротеин)
ТТГ, свободный Т4, АТПО (с консультацией эндокринолога при выявлении отклонений)
Эзофагогастродуоденоскопия (по показаниям, особенно важно при циррозе печени для выявления и/или определения состояния вен пищевода и/или желудка)
Заполнение шкалы Бека (скрининговый тест для выявления депрессии)
Тест на беременность (у женщин детородного возраста)

Для выявления показаний и противопоказаний к ПВТ для выбора подходящей схемы лечения необходимо пройти обширное клинико-лабораторное обследование.

Если часть из этих исследований пройдена ранее, то следует обсудить с врачом – какие из них нужно пройти ещё раз. Однозначно, не нужно пересдавать анализ на полиморфизм гена ИЛ-28, т.к. этот показатель не меняется. Генотип вируса гепатита С тоже не меняется, однако возможны неточности лаборатории или новое заражение, а от генотипа зависит выбор схемы лечения, поэтому этот показатель врач может порекомендовать сдать повторно.

Перечень обследований перед началом безинтерфероновых режимов значительно меньше.

Обычно требуется провести ряд анализов и исследований:

- ПЦР РНК ВГС (количественный тест) – определение исходного уровня
- Генотип ВГС
- Биохимический анализ крови: АЛТ, общий и прямой билирубин, креатинин, уровень глюкозы, ПТИ (протромбиновый индекс или протромбиновое время) и альбумин
- Общий анализ крови и мочи
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- Фиброэластометрия (фиброскан)

Кроме того, чтобы исключить сопутствующие заболевания, необходимо сдать анализ на антитела к ВИЧ и гепатиту В (HBsAg и антитела к HBcorAg) и пройти флюорографию.

## Недостатки лечения

Итак, существует эффективное лечение гепатита. Однако лечение имеет ряд недостатков:

**01** Возможность отсутствия результата и длительность лечения (хотя они тем меньше, чем современнее схема лечения).

**02** Высокая стоимость – нередко чем современнее препарат, тем он дороже.

**03** Возможность развития резистентности – устойчивости вируса к лечению.

**04** При выборе режима с интерфероном – необходимость уколов, сложности хранения и транспортировки препаратов (при температуре от 2 до 8 градусов).

При выборе режима с интерфероном и рибавирином – тяжёлые побочные эффекты – влияние на психическое состояние, снижение гемоглобина и числа клеток крови, выпадение волос, снижение веса. У новых препаратов,

блокирующих ферменты вируса, побочные эффекты значительно менее выражены. Однако для первых ингибиторов протеазы (боцепревир и телапревир) также характерны анемия и усугубление прочих побочных эффектов интерферона и рибавирина.

## Обследование во время ПВТ

Во время ПВТ пациент находится под постоянным наблюдением врача:

1. Во-первых, это позволяет оценить эффективность лечения;
2. Во-вторых, это позволяет вовремя выявить и скорректировать побочное действие лекарств.

Все лабораторные обследования нужно проходить натошак.

Больше всего страхов и опасений вызывают побочные эффекты противовирусной терапии гепатита. Об этом пойдет речь дальше.

## Побочные эффекты ПВТ

Любое лекарство вызывает побочные эффекты, хотя не у всех и не всегда одинаковые. Один и тот же препарат может различно влиять на разных людей. Лекарства оказывают на организм дополнительное влияние – не всегда отрицательное, но отличающееся от цели лечения. Это влияние и есть побочный эффект. Например, мы принимаем препарат от головной боли. Головная боль прошла (цель достигнута), но появилась тошнота – побочный эффект.

### ЧТО ТАКОЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ?

исследований, в том числе и для того, чтобы уменьшить его побочные эффекты. Даже препарат, который обладает мощным действием на вирус, может не получить разрешение на применение именно из-за своих побочных действий.

Создание противовирусных лекарств – очень сложная работа. Необходимо разработать не только препарат, который эффективно справляется с вирусом. Важно, чтобы лекарство имело минимум побочных эффектов и было удобно для приема. Каждый препарат, который допущен к использованию, прошел множество

Каждый препарат для противовирусной терапии гепатита С имеет свои побочные эффекты. Однако, чем он современнее, тем меньшим числом побочных эффектов обладает. Современные препараты, блокирующие ферменты вируса, практически не имеют побочных эффектов. Например, побочное действие встречается только у 5% людей, получающих софосбувир. В связи с появлением побочного действия только 0,3% пациентов прекратили и 0,5% пациентов прерывали лечение режимом «Викейра Пак» без рибавирина.

По медицинским показаниям отмена ПВТ требуется достаточно редко. Однако появление побочных эффектов приводит к сходу с терапии у большого числа пациентов – потому что они не были готовы к ним и не знали, что делать при их появлении. Планируя лечение гепатита, важно подготовиться к побочному действию терапии.

### **ЧАСТЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И КАК С НИМИ БОРОТЬСЯ?**

Кожная сыпь и зуд периодически могут встречаться в процессе лечения. Важно исключить причины этих жалоб, не связанные с ПВТ. Возможно применение антигистаминных средств и мазей на основе глюкокортикостероидов.

Похудание встречается практически при всех схемах лечения. В этом случае нужно дополнить рацион

питательными смесями. Масса тела обязательно возвращается к исходной после завершения терапии.

#### ***Влияние на репродуктивную функцию:***

Тератогенный эффект (возможность уродств у плода) рибавирина требует применения нескольких надёжных методов контрацепции на протяжении лечения и 6 месяцев после её окончания – например, одновременное использование и презерватива и оральных контрацептивов, (даже в случае если лечение проходит мужчина). Данных о влиянии современных препаратов на репродуктивную функцию пока недостаточно.

Алопеция (выпадение волос) доставляет множество неприятных эмоций. Влиять на это во время лечения невозможно. Можно изменить причёску, купить парик или носить головной убор, а также изменить своё отношение к проблеме (поможет психотерапевтическая беседа). После окончания ПВТ рост волос восстанавливается.

#### ***Влияние на самочувствие:***

Гриппоподобный синдром (повышение температуры, ломота в суставах, мышечные боли) чаще всего связан с инъекцией интерферона, поэтому инъекции лучше планировать на конец рабочей недели. Кроме того, подобное побочное действие есть и у софосбувира. При высокой температуре можно применять жаропонижающие препараты – парацетамол или диклофенак.

#### ***Влияние на клетки крови:***

Анемия (снижение гемоглобина) возникает часто в результате применения рибавирина и ингибиторов протеазы. Анемия приводит к слабости и утомляемости. Необходимо постоянный лабораторный контроль. Вместе с лечащим врачом нужно принять решение о продолжении лечения, снижении дозы или отмене препарата. Нельзя принимать препараты железа – они не только бесполезны, но и вредны в этой ситуации!

Также частым побочным действием становится недомогание в виде тошноты, утомляемости, головной боли. Идеальным будет на время терапии иметь облегченный режим труда и отдыха. Однако многие люди, прошедшие ПВТ, не снижали интенсивность работы.

#### ***Влияние на внешний вид:***

Характерно для схем терапии с интерферонами:

Лейкопения, нейтропения и тромбоцитопения (снижение числа лейкоцитов, нейтрофилов и тромбоцитов), связанные с применением интерферонов, требуют постоянного лабораторного контроля. Врач определит тактику: применение препаратов, стимулирующих кроветворение, снижение дозы препарата или даже отмена лечения. Задача пациента в этой ситуации – своевременно проходить лабораторное обследование и сообщать о появлении жалоб.

### **Влияние на щитовидную железу:**

Поражение щитовидной железы встречается нечасто в результате применения интерферонов, однако требует немедленного реагирования. Поэтому важно контролировать уровень гормонов щитовидной железы и при их изменении обратиться к эндокринологу.

### **Влияние на психику:**

Изменения в психической сфере – очень частый побочный эффект ПВТ при использовании интерферон-содержащих режимов. Это могут быть: возбуждение, перепады настроения, агрессивное поведение, бессонница, сложности с концентрацией и переключением внимания, снижение памяти, раздражительность, тревожность, хроническая усталость (65%), депрессия (20-30%), суицидальные мысли и даже попытки суицида. Эти симптомы появляются не сразу, а только на 4-12 неделю лечения, а иногда и позже.

Существуют факторы, увеличивающие вероятность появления и интенсивность этих побочных явлений – это факторы-дестабилизаторы. Они могут быть связаны с

состоянием организма (голод, недостаток сна, усталость), с окружающей ситуацией (душно, тесно), с социальной ситуацией (негатив со стороны окружающих людей, отсутствие поддержки и понимания), со злоупотреблением алкоголем и использованием наркотиков. Важная задача для профилактики влияния ПВТ на психику – исключить или уменьшить влияние дестабилизирующих факторов.

При появлении любых симптомов необходима консультация психотерапевта, который имеет опыт работы с пациентами, проходящими ПВТ. При выявлении симптомов депрессии врач может назначить антидепрессанты, которые в значительной степени улучшают качество жизни через 6-8 недель приёма. Ни в коем случае не начинайте и не прекращайте прием антидепрессантов без назначения врача!

Чтобы правильно бороться с побочными эффектами, рекомендуется вести дневник – для записи всех отклонений своего состояния, даже если вы пока ещё не знаете – связано ли это с приёмом лекарств.

Помните – все побочные действия ПВТ проходят с её окончанием.

## **Взаимодействие ПВТ с другими препаратами**

Ещё до начала лечения необходимо сообщить лечащему врачу о препаратах, которые вы постоянно или эпизодически принимаете, чтобы обсудить их взаимодействие с противовирусными препаратами. Если во время противовирусной терапии возникает потребность в приёме новых препаратов, обязательно консультируйтесь с врачом.

Интерфероны и ингибиторы протеазы подавляют некоторые ферменты печени (цитохром P-450), что приводит к нарушению преобразования многих препаратов.

При этом их концентрация в крови повышается, что может быть опасно.

В связи с риском возникновения нежелательных реакций со стороны ЦНС следует с особой осторожностью применять одновременно с интерфероном наркотические, снотворные и седативные препараты.

Рибавирин и другие таблетированные формы нельзя принимать одновременно со средствами, содержащими магний и алюминий (например, Альмагель, Гастал, Маалокс) или симетикон (например,

Эспумизан, Метеоспазмил), а также с кишечноными сорбентами (например, активированный уголь, Смекта, Энтеросгель,

Фильтрум), т.к. может снизиться всасывание и биодоступность противовирусных препаратов.

### Лекарственные взаимодействия между ПППД для лечения ВГС и APB препаратами для лечения ВИЧ-инфекции (Рекомендации EASL 2016)

		SOF	SOF/LDV	SOF/VEL	PAR/r+OMB+DAS	GZR/ELB	DAC	SIM
НИОТ	Абакавир	√	√	√	√	√	√	√
	Эмтрицитабин	√	√	√	√	√	√	√
	Ламивудин	√	√	√	√	√	√	√
	Тенофовир	√	+/-	+/-	√	√	√	√
ННИОТ	Эфавиренз	√	+/-	-	-	-	+/-	-
	Этравирин	√	√	-	-	-	+/-	-
	Невирапин	√	√	-	-	-	+/-	-
	Рилпивирин	√	√	√	+/-	√	√	√
Ингибиторы протеазы	Атазанавир, в т.ч. с ритонавиром, кобицистатом	√	√	√	+/-	-	+/-	-
	Дарунавир, в т.ч. с кобицистатом	√	√	√	+/-	-	√	-
	Лопинавир + ритонавир	√	√	√	-	-	√	-
Ингибиторы интегразы/слияния	Долутегравир	√	√	√	√	√	√	√
	Элвитегравир + кобицистат + эмтрицитабин + тенофовир дизопроксил фумарат	√	+/-	+/-	-	-	+/-	-
	Элвитегравир + кобицистат + эмтрицитабин + тенофовир алафенамид	√	√	√	-	-	+/-	-
	Маравирок	√	√	√	+/-	√	√	√
	Ралтегравир	√	√	√	√	√	√	√

"√"

Клинически значимого взаимодействия не ожидается

"+/-"

Возможно взаимодействие, требующее коррекции дозы, изменения времени приема или дополнительного мониторинга

"\_"

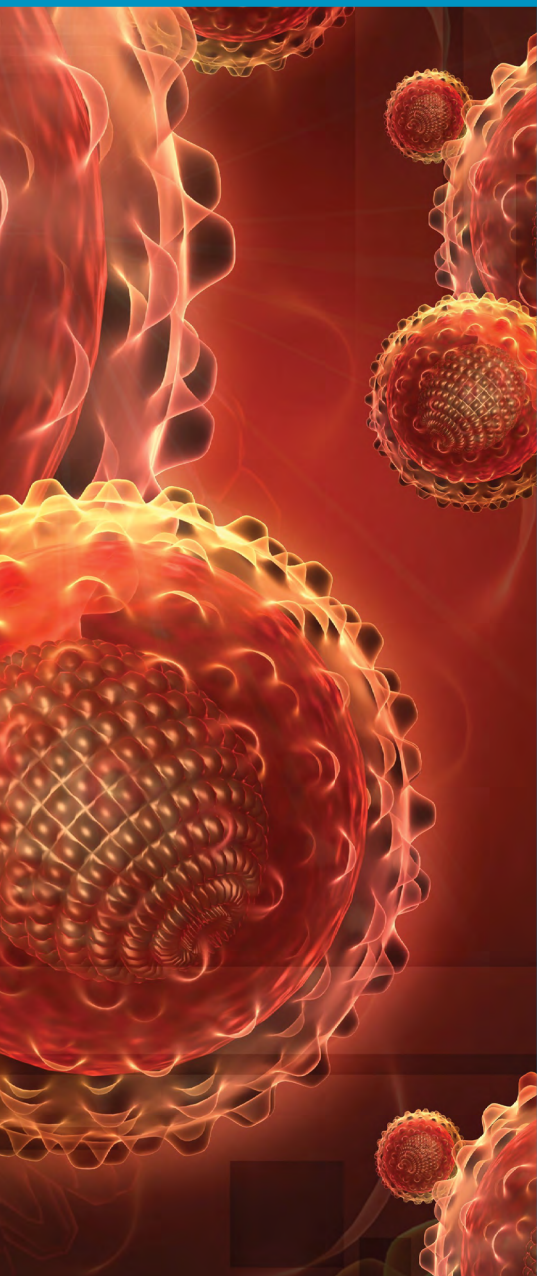
Препараты нельзя принимать совместно

DAC – дактасвир;  
DAS – дасабувир;  
ELB – элбасвир;  
GRZ – гразопревир;  
LED – ледипасвир;

OMB – омбитасвир;  
PAR/r – паритапревир,  
усиленный ритонавиром;  
PegIFN – пегилированный  
интерферон альфа;

RBV – рибавирин;  
SIM – симепревир;  
SOF – софосбувир.

# РЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ



## *Что такое резистентность и почему нужно это знать?*

Вирус может стать устойчивым к противовирусному лечению – лечение становится неэффективным. Как это происходит?

На фоне неправильного приёма препаратов, пропусков в лечении, приема других лекарств концентрация препаратов в крови может быть снижена. Вирус получает возможность размножаться, а при размножении вирус постоянно меняется (мутирует). Совершенно случайно на фоне низкой концентрации лекарства у вируса может возникнуть такая мутация, которая позволит ему размножаться даже в присутствии нормальной концентрации препарата. В результате препараты перестанут действовать на вирус и он вновь начинает размножаться полноценно.

О возможности формирования устойчивости вируса к рибавирину и интерферону известно давно. Несмотря на недавнее внедрение новых препаратов, уже хорошо описаны мутации в протеазе вируса, которые делают неэффективным лечение ингибиторами протеазы. Притом эти же мутации могут снижать чувствительность к интерферонам. Данных об устойчивости к ингибиторам полимеразы и репликазы вируса гепатита С пока недостаточно.



Именно из-за возможности формирования устойчивости (резистентности) требуется высокая приверженность лечению, чтобы минимизировать шансы появления у вируса мутаций, устойчивых к терапии.

## Что такое приверженность? И как быть приверженным?

---

Приверженность означает активное соблюдение пациентом режима приема препаратов в дозировках согласно назначению врача, в строго определенное время и правильным образом. Если все препараты приняты так, как надо – то риск развития устойчивости вируса к лечению будет низким.

Важно знать, что приверженность не означает слепого подчинения рекомендациям врача. Пациент может активно принимать участие в выборе схемы лечения, времени приема, совместной с врачом адаптации режима терапии к образу жизни.

Понимая, что каждый пропуск может быть опасен, а каждое лекарство, принятое без согласования с врачом, может привести к снижению его концентрации в организме, ответственность за результат лечения лежит также и на пациенте.

Приверженность измеряется в процентах. Чтобы узнать свою приверженность необходимо количество правильно принятых препаратов за месяц разделить на все количество препаратов, которые нужно было принять за этот месяц и умножить на сто. Чем ближе получившаяся цифра к 100%, тем лучше.

## От чего зависит приверженность?

---

Во многом уровень приверженности зависит от выбранной схемы лечения, от самих препаратов и их особенностей:

- *Многие пропускают прием или бросают терапию, если начинают испытывать побочное действие препарата и плохо себя чувствовать. Именно поэтому важно заранее знать возможные побочные эффекты выбранной схемы и как с ними эффективно бороться. Прекращать терапию следует только в случае серьезных побочных эффектов, проконсультировавшись с врачом, когда риск от побочных действий терапии превышает риск развития резистентности.*
- *Негативно влияет на приверженность неудобный режим приёма, в том числе необходимость уколов при лечении интерфероном, особенно если уколы нужно делать через день. Однако если иметь правильный настрой и всяческую поддержку, то и с этим можно справиться.*
- *Необходимость приема препаратов с едой иногда может быть неудобной. Тут важно продумать режим питания и его доступность, если прием препарата происходит не дома.*

Индивидуальные особенности пациента не менее важны для приверженности:

В первую очередь, снижает приверженность депрессия. Если человек не имеет мотива к жизни, то и лечение ему уже не интересно. Злоупотребление алкоголем также существенно снижает не только приверженность, но и эффективность лечения.

Значительно повышает приверженность хорошая информированность о своём заболевании и сути лечения. Чётко понимая, что пропуск препарата может привести к развитию устойчивости вируса и еще худшим последствиям для здоровья, пациент уже не пропустит приём лекарства. Хорошие знания о высокой эффективности лечения и способах справляться с побочными эффектами создают мотивацию на прием препаратов и уверенность в своей способности выполнить режим лечения. Если есть такая возможность, как посещение «Школы пациентов» по вопросам лечения гепатита, то этим следует воспользоваться (лучше всего еще до начала лечения), т.к. это позволит получить полезные знания и сильную психологическую поддержку.

Есть и внешние условия, влияющие на приверженность. Повышает приверженность дружелюбный персонал и удобный график работы клиники, в которой проводится наблюдение, а также возможность получения консультации у других специалистов при возникновении побочных эффектов. Крайне важно наличие поддержки в окружении – если родные и друзья будут знать о лечении и некоторых его особенностях, то это даст им понимание ситуации, особенно в случае побочного действия в виде раздражительности при интерфероновой терапии.

## Домашнее задание "Ради чего я решаюсь пройти терапию"

Итак, лечение сопряжено с определёнными сложностями: длительность, побочные эффекты, стоимость. Но, несмотря на это, люди решаются лечиться и успешно заканчивают терапию. Осознание того, ради чего нужно проходить лечение, часто является серьезной поддержкой при принятии решения о начале лечения и во время самого лечения. Вопросы ниже помогут подумать над тем – ради чего решаете лечиться именно вы?

■ *На какие изменения в вашей жизни вы надеетесь после завершения лечения?*

---

---

■ *В каких сферах жизни будут эти изменения?*

---

---

■ *Для кого из близких важны эти изменения?*

---

---

■ *Почему эти изменения важны для вас? В чем заключается наибольшая ценность этих изменений, если они произойдут?*

---

---

## Памятка "Что нужно знать про свои препараты?"

Если вы выбрали с вашим врачом схему лечения, то вы должны четко знать ответы на эти вопросы:

- Как называются лекарства/препараты?
- В какой дозировке и как часто нужно их принимать?
- Обязательно ли соблюдать точность приема – по часам? Что нужно делать, если пропущен установленный час приема лекарств?
- Принимать лекарства во время еды, натощак или независимо от приёма пищи?
- Как долго нужно принимать препараты?
- Употребление каких продуктов и трав избегать при приеме лекарств? Например, алкоголь, чай со звербоем и т.д.
- Какие лекарства и биодобавки нежелательно принимать одновременно? Какие лекарства можно принимать при повышении температуры или головной боли?
- Есть какие-то ограничения по видам деятельности во время приема лекарств? Например, можно ли управлять автомобилем и т.д.
- Какие существуют побочные эффекты от приема лекарства? И какие из них наиболее часты и опасны? Какие признаки будут говорить о том, что Вам следует срочно обратиться за помощью?
- Как хранить лекарство – в холодильнике или при комнатной температуре?

Не надейтесь на свою память. Начиная новое лечение, вы находитесь в стрессовой ситуации, поэтому чтобы не забыть ответы врача – обязательно запишите их.

При получении препарата в аптеке сверьте название и дозировку с рецептом доктора.

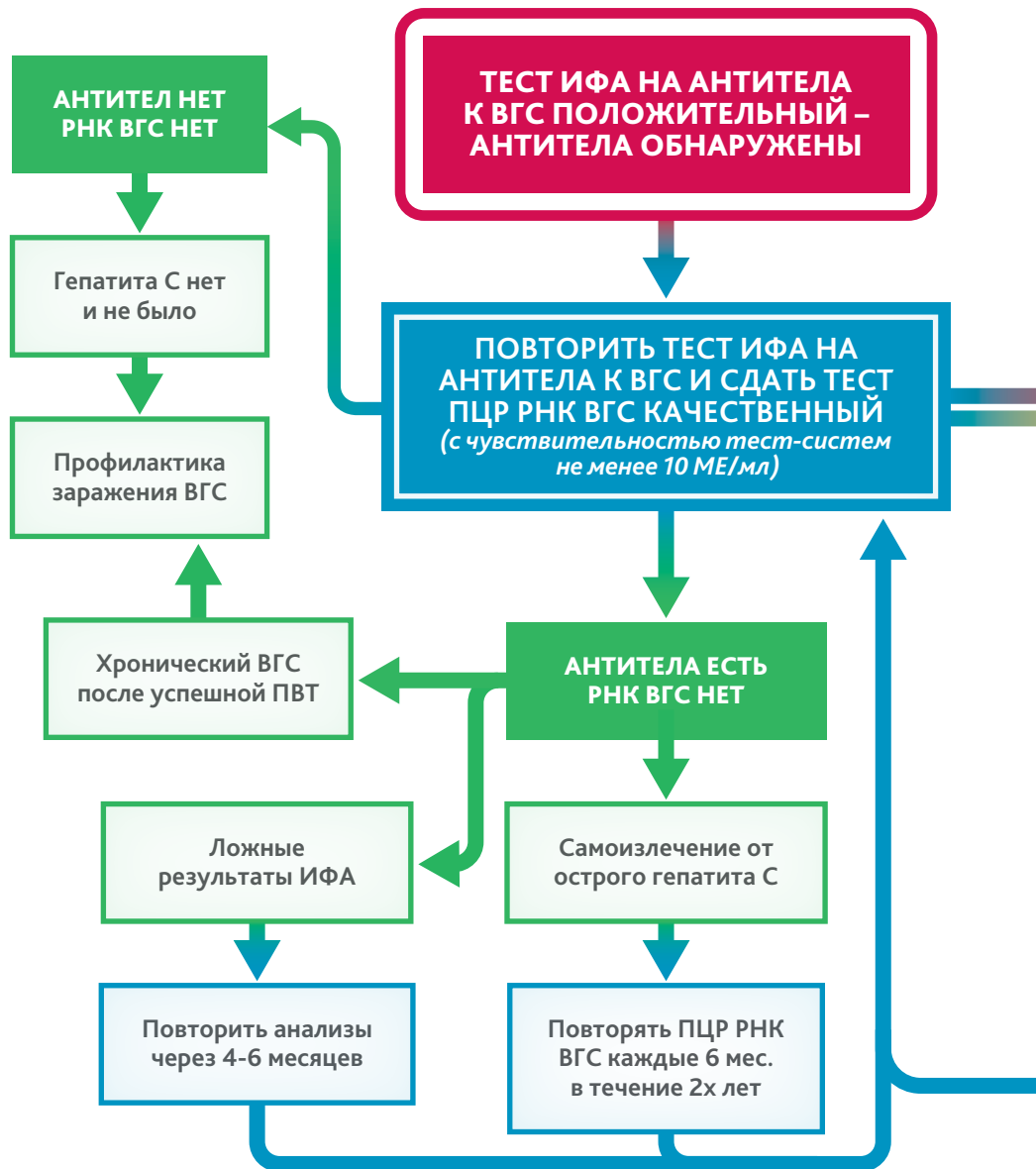
## Памятка “Техника проведения инъекции”

Можно обратиться в процедурный кабинет, чтобы первую инъекцию препарата и инструктаж по его введению получить от профессионала. Потом при самостоятельных инъекциях пригодится эта подсказка:

- *вымойте руки (наденьте перчатки);*
- *обработайте место инъекции последовательно двумя ватными шариками со спиртом или спиртовыми салфетками: вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции;*
- *возьмите в руку шприц с дозой препарата («уложите» его в руку: указательным пальцем руки держите канюлю иглы, средним и безымянным пальцами держите цилиндр снизу, а большим пальцем – сверху);*
- *соберите левой рукой кожу в месте инъекции в складку треугольной формы основанием вниз («треугольник» указывает вверх);*
- *введите иглу под углом  $45^\circ$  ( $\sphericalangle$ ) в основание кожной складки на глубину  $2/3$  длины иглы, придерживайте указательным пальцем канюлю иглы;*
- *перенесите другую руку на поршень и введите лекарственное средство (не перекладывайте шприц из одной руки в другую).*

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## Схема диагностики вирусного гепатита С



**АНТИТЕЛА ЕСТЬ  
РНК ВГС ЕСТЬ**

- Острый гепатит С (если РНК ВГС выявляется менее 6 мес.)
- Хронический гепатит С (если РНК ВГС положителен более 6 мес.)

Консультация гепатолога с целью подготовки к противовирусному лечению.

Желательно иметь данные обследования:

- Количественная ПЦР РНК ВГС
- Генотип вируса, при генотипе 1 – полиморфизм гена ИЛ-28
- Биохимические анализы: АЛТ, АСТ, железо, билирубин, ЩФ, ГГТ, холестерин, общий белок, альбумин, ПТИ, креатинин
- УЗИ ОБП и рентген ОГК
- Антитела к ВИЧ и HBsAg, антиген HBsAg
- Пункционная биопсия печени или фиброэластометрия (оценка степени фиброза)

**АНТИТЕЛ НЕТ  
РНК ВГС ЕСТЬ**

- Начало острого гепатита С (до образования антител)
- Хронический ВГС при низком иммунитете
- Ложноположительный результат ПЦР РНК ВГС (встречается редко)

Срочность ПВТ определяется степенью фиброза по шкале METAVIR:

- F3 и F4 – срочно;
- F2 – крайне желательно;
- F1 и F0 – в спокойном режиме

Повторить анализы  
через 4-6 месяцев

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2

## Перечень документов, регламентирующих оказание медицинской помощи людям, инфицированным вирусными гепатитами В, С

Наименование документа, дата принятия, номер	Основные положения
<b>Обследование на гепатиты В и С</b>	
<p>Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00 "Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами" (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 1 февраля 2000 г.)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение распространения заболеваний вирусными гепатитами.</li><li>■ Устанавливают, что больные острой и впервые выявленной хронической формами вирусных гепатитов подлежат обязательной регистрации в центрах государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) и, как правило, госпитализации в инфекционные стационары.</li><li>■ Устанавливают группы людей, подлежащие обязательному обследованию на HBsAg и АНТИ-ВГС в крови методом ИФА, а также периоды обследования.</li><li>■ Правила определяют, что выявление больных вирусными гепатитами осуществляют медицинские работники учреждений здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности при амбулаторном приеме, посещении больного на дому, устройстве на работу и периодических медицинских осмотрах определенных групп населения, наблюдении за детьми в коллективах, при обследовании контактных в очагах инфекции, а также лабораторном обследовании лиц из групп высокого риска заражения вирусом гепатитов А, В, С, D, G (ме-</li></ul>



Наименование документа, дата принятия, номер	Основные положения
	<i>дицинские работники, пациенты отделений гемодиализа, доноры, персонал учреждений службы крови и др.).</i>
<p>Приказ Минздрава РФ от 14 сентября 2001 г. №364 "Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Устанавливает порядок обследования донора крови;</li> <li>■ Закрепляет вирусные гепатиты среди противопоказаний к донорству крови и ее компонентов.</li> </ul>
<p>Приказ Минздрава РФ от 21 октября 2002 г. №322 "О применении в практике здравоохранения иммуно-ферментных тест-систем для выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в сыворотке крови человека"</p>	<p>Устанавливает определенные тест-системы в практике здравоохранения, а также запрет на применение других.</p>
<p>Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. №715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"</p>	<p>Устанавливает, что гепатиты В и С являются социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.</p>
<p>Приказ Минздравсоцразвития РФ и Минюста РФ от 17 октября 2005 г. №640/190 "О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу"</p>	<p>Закрепляет обязанность медицинских частей учреждений уголовно-исполнительной системы при первичном осмотре беременной произвести лабораторные исследования на носительство вируса гепатита В и С, а также устанавливает сроки таких исследований. Также устанавливается необходимость проведения лабораторных исследований для выявления инфекций, передающихся половым путем, всем поступающим в учреждения.</p>
<p>Приказ Минздрава РФ от 30 августа 2012 г. №107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению"</p>	<p>Закрепляет медицинское обследование на гепатиты В и С для граждан при подготовке к программе вспомогательных репродуктивных технологий.</p>

Наименование документа, дата принятия, номер	Основные положения
<p>Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 февраля 2008 г. №14 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 "Профилактика вирусного гепатита В"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проводимых с целью предупреждения возникновения и распространения заболевания.</li> </ul>
<p>Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. №58 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита С"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Описывают лабораторную диагностику, выявление, регистрацию и учет случаев заболеваний, организацию диспансерного наблюдения за больными.</li> <li>■ Определяют контингенты населения, подлежащие обязательному обследованию, и периоды обследования.</li> </ul>
<p>Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2013 г. №117 "Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью"</p>	<p>Инфекционные заболевания до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией включены в перечень заболеваний, при которых лицо не может быть усыновителем или опекуном. В связи с этим проводится обязательное обследование на гепатиты для кандидатов в опекуны (усыновители).</p>
<b>Профилактика гепатитов</b>	
<p>Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. №157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней";</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 21 марта 2014 г. №125н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"</p>	<p>Национальный календарь профилактических прививок включает в себя профилактические прививки против гепатита В.</p>
<p>Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 февраля 2008 г. №14 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 "Профилактика вирусного гепатита В"</p>	<p>Определяют профилактические и противоэпидемические мероприятия при заболевании.</p>

Наименование документа, дата принятия, номер	Основные положения
<p>Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. №58 "Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 "Профилактика вирусного гепатита С"</p>	<p>Определяют профилактические и противоэпидемические мероприятия при заболевании.</p>
<p><b>Медицинская помощь больным наркоманией с вирусными гепатитами</b></p>	
<p>Приказ Минздрава РФ от 6 октября 1998 г. №290 "О медицинской помощи больным наркоманией с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Устанавливает необходимость выделения дополнительных помещений наркологической службе одной из инфекционных больниц субъекта федерации для развертывания соответствующих отделений для лечения больных наркоманией с ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами.</li> <li>■ Закрепляется необходимость оказывать больным наркоманией с парентеральными вирусными гепатитами медицинскую помощь в инфекционных стационарах с организацией в них в необходимом объеме наркологической помощи.</li> <li>■ Предписывает оказание амбулаторно-поликлинической помощи и диспансерное наблюдение за больными наркоманией осуществлять в зависимости от местных условий наркологическими диспансерами (отделениями, кабинетами) и центрами по профилактике и борьбе со СПИДом.</li> </ul>
<p><b>Лечение гепатитов</b></p>	
<p>Приказ Минздрава СССР от 12 июля 1989 г. №408 "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране"</p>	<p>Утверждает методические указания по диспансеризации и лечению вирусных гепатитов у взрослых и детей, устанавливает, что все больные ГВ (или подозрением на ГВ) подлежат госпитализации и лечению в инфекционных стационарах.</p>
<p>Приказ Минздрава РФ от 8 ноября 2012 г. №689н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"</p>	<p>Возлагает на Центры СПИД осуществление функции профилактики, диагностики и лечения парентеральных вирусных гепатитов у больных ВИЧ-инфекцией.</p>

Наименование документа, дата принятия, номер	Основные положения
<p>Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 г. №1382)</p>	<p>Устанавливает, что высокотехнологичная медицинская помощь в виде терапевтического лечения оказывается при хронических гепатитах В и С в сочетании с хроническим аутоиммунным гепатитом в рамках программы обязательного медицинского страхования.</p>
<p>Приказ Минздрава РФ от 9 ноября 2012 г. №786н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите В";</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 7 ноября 2012 г. №681н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В легкой степени тяжести";</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 7 ноября 2012 г. №682н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В средней-тяжелой степени тяжести";</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 9 ноября 2012 г. №729н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В тяжелой степени тяжести"</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 7 ноября 2012 г. №685н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепатите С";</p>	<p>Устанавливают стандарты оказания медицинской помощи<sup>10</sup> при различных формах заболевания, включая перечни методов исследования, медицинских услуг и назначаемых лекарственных препаратов.</p>

<sup>10</sup> Также в ноябре-декабре 2012 г. Минздравом РФ рядом приказов утверждены стандарты специализированной медицинской помощи детям при острых и хронических вирусных гепатитах.

Наименование документа, дата принятия, номер	Основные положения
<p>Приказ Минздрава РФ от 9 ноября 2012 г. №728н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром гепатите С легкой степени тяжести»;</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 9 ноября 2012 г. №733н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С средней степени тяжести»;</p> <p>Приказ Минздрава РФ от 7 ноября 2012 г. №678н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С тяжелой степени тяжести»</p>	
<p>Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С, 2014 год, экспертная группа по вопросам вирусных гепатитов Минздрава России</p>	<p>Рекомендации служат руководством для практикующих врачей, осуществляющих ведение и лечение пациентов на разных стадиях заболевания. Могут использоваться для защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов в конкретных случаях.</p>
<p>Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных взрослых. Клинические рекомендации, 2015 год, Национальное научное общество инфекционистов</p>	<p>(Рекомендации не являются нормативным актом и не являются обязательными для применения).</p>







**Фонд развития межсекторного  
социального партнерства**

Публикация распространяется бесплатно.  
Воспроизводство и тиражирование любой  
части публикации возможны с письменного  
разрешения Фонда развития МСП.