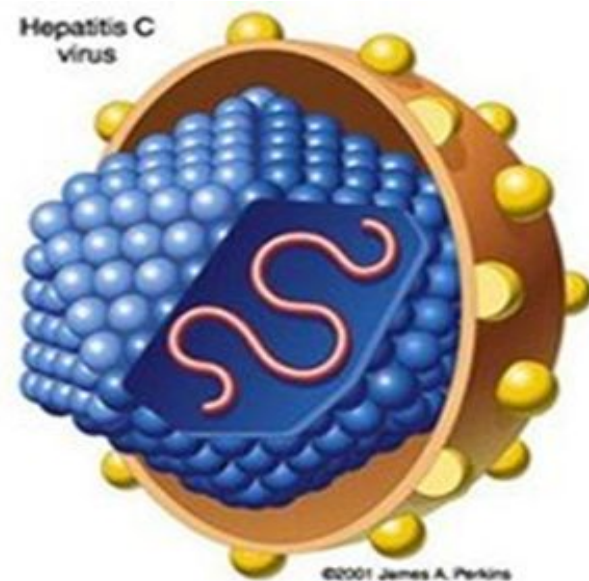


Вирусный Гепатит С



Вирусный гепатит С

- острое антропонозное вирусное заболевание с преимущественно парентеральным механизмом передачи, характеризующееся легким или субклиническим течением острого периода болезни, частым формированием хронического гепатита С, с возможным развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.



Актуальность проблемы **НСV**-инфекции

По России показатели количества инфицированных больных составляют порядка около 5 миллионов, если же рассматривать мировую распространенность, то она составляет около 500 миллионов.

- ❖ В России на долю НCV-инфекции приходится около 40% всех случаев хронического гепатита.
- ❖ Ежегодно регистрируется новых случаев НCV-инфекции — около 4-5 миллионов в год;
- ❖ Частое развитие после перенесенного острого заболевания хронического гепатита - до 85%.
- ❖ Гепатоцеллюлярная карцинома — одна из главных причин смерти от злокачественных новообразований в мире.
- ❖ Экономические потери (гигантские средства на лечение и профилактику).

Г Е П А Т И Т С

Характеристика возбудителя

Семейство - Flaviviridae

Имеет липидную оболочку,

сферическую форму,

имеет средний диаметр 50 нм.

РНК-содержащий вирус.



Особенность строения генома HCV – это

его

высокая мутационная изменчивость

и способность постоянно изменять свою антигенную структуру, что позволяет вирусу избегать элиминации и длительно персистировать в организме.

В зависимости от этого выделяют 6 генотипов вируса и свыше **100** субтипов HCV.

В мире 1a, 1b, 2a, 2c, 3a – 90%

Россия: 1b, 2a, 3a, реже – 1a, 2b, 2c

Генотип 4 – Египет

Генотипы 5, 6 – Ю.Африка, Ю-В Азия

Генотип **не влияет** на исход инфекции!

Генотип **позволяет** предсказать эффективность и длительность лечения.

Связь между путем передачи и генотипом

- 1в – гемотрансфузии, профессиональное инфицирование
- 3а – введение наркотиков
- 2а – чаще при коинфицировании HBV

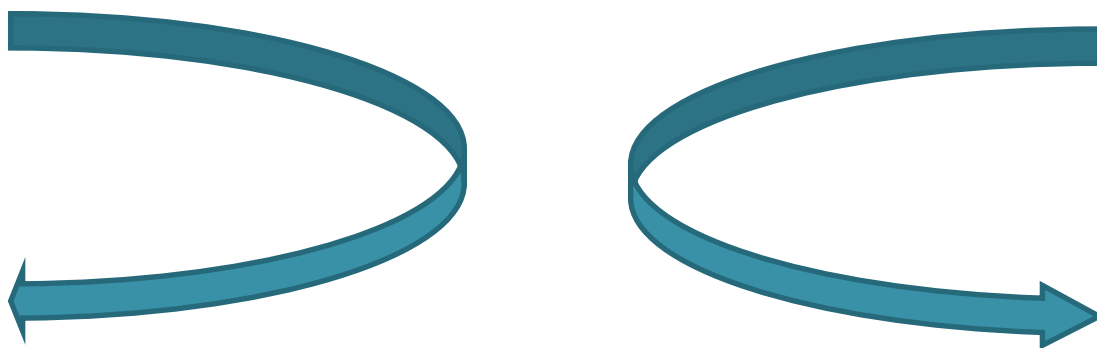
- Генотипы 1в, 1а - ассоциированы с наибольшей изменчивостью, значительной виремией, наименьшим ответом на ИФН
- Генотип 3а (2а, 2в) – невысокая виремия, хороший ответ на ИФН

Группы риска по заражению ВГС

1. Реципиенты крови, гемопрепаратов, спермы, органов
2. Наркоманы (ПИН-потребители инъекционных наркотиков)
3. Пациенты отделений гемодиализа и гематологии
4. Медицинские работники, имеющие контакт с кровью: процедурные и операционные сестры, акушеры-гинекологи, хирурги, анестезиологи-реаниматологи, стоматологи, представители лабораторной службы
5. Гомосексуалисты, лица коммерческого секса
6. Лица ведущие неупорядоченную половую жизнь
7. Дети, рожденные от инфицированных матерей
8. ВИЧ-инфицированные лица.

МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ

КРОВО-КОНТАКТНЫЙ



ЕСТЕСТВЕННЫЙ

ИСКУССТВЕННЫЙ

Вирус ВГС может находиться:

- **В сыворотке крови**
- **Сперме**
- **Вагинальном секрете**
- **Цереброспинальной жидкости**
- **Синовиальной жидкости**

- Грудном молоке
- Желчи
- Потовом секрете
- Слезной жидкости
- Слюне

ЕСТЕСТВЕННЫЕ ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

- **ПОЛОВОЙ**
ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНЫЕ
КОНТАКТЫ



- **ГОМОСЕКСУАЛЬНЫЕ**
КОНТАКТЫ



ВЕРТИКАЛЬНАЯ ПЕРЕДАЧА

Трансплацентарная передача вируса и во время родов



БЫТОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ

- ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ носителю ВГС
- ЗАГРЯЗНЕННОЕ КРОВЬЮ БЕЛЬЕ
- НОЖНИЦЫ, ЩИПЧИКИ
- ПИЛОЧКИ ДЛЯ НОГТЕЙ
- ЗУБНЫЕ ЩЕТКИ
- БРИТВЫ
- МОЧАЛКИ...



ИСКУССТВЕННЫЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧ Гемотрансфузии



внутривенное введение наркотиков



пирсинг



татуировки





ИСКУССТВЕННЫЙ (артифициальный) ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ

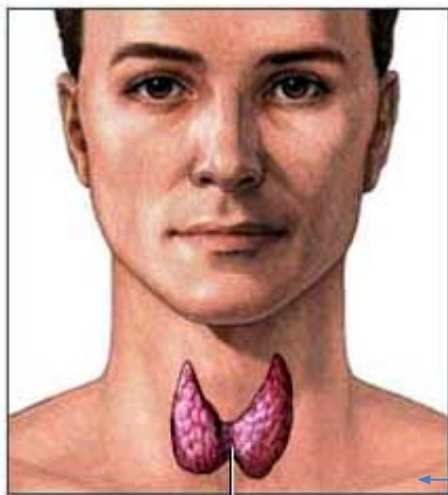
- ИНЪЕКЦИИ
- СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ
- ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ
- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ
- ПУТЬ АССОЦИИРОВАННЫЙ С
ОПЕРАЦИЯМИ
- КОСМЕТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ
- И Т.Д.

Г Е П А Т И Т С

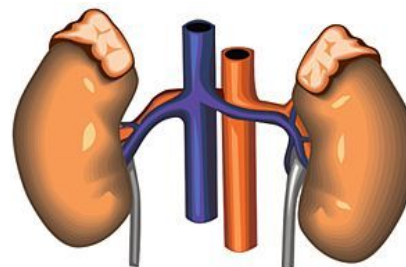
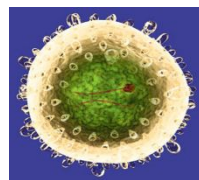
Клиническая картина

- постепенное начало болезни;
- преобладание безжелтушных форм;
- астеновегетативный синдром;
- диспепсический синдром;
- усиление интоксикации после появления желтухи;
- выраженная гепатоспленомегалия;
- медленная обратная динамика симптомов;
- преобладание хронических форм;
- характерны клинико-биохимические обострения;
- наличие внепеченочных знаков

Внепеченочные проявления HCV-инфекции



Щитовидная железа



Пальмарная эритема



ГЕПАТИТ С

Исходы

- **Выздоровление (20-30 %)**
- **Хронизация (40-60%)**
- **Цирроз печени (10-20%)**
- **Гепатоцеллюлярная карцинома**

ОВГС. От чего зависит частота хронизации?

- **Путь заражения (переливание крови 85 – 90%)**
- **Возраст и пол пациента (до 20 лет – 30%,
после 20 – 76%)**
- **Ко – инфекция ВГВ, ВИЧ**
- **Употребление алкоголя**
- **Иммунный статуса хозяина**
- **Клиническое течение и профиль АЛТ**

Хронический гепатит (ХГ)

- Хронический вирусный гепатит — это воспалительный дистрофически-пролиферативный процесс в печени, генетически обусловленный дефицитом клеточного и макрофагального звеньев иммунитета.
- ХГС – Если процесс не разрешается в течение 6 месяцев, заболевание называют хроническим.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХГ (СИНДРОМЫ)

1. АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ
2. ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ
3. БОЛЕВОЙ
4. ГЕПАТОМЕГАЛИЯ
5. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ
6. ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ
7. ЖЕЛТУХА, КОЖНЫЙ ЗУД
8. ПЕЧЕНОЧНЫЕ ЗНАКИ
9. КОНТРАКТУРА ДЮПИНТРЕНА
10. ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ
11. ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
12. ЭНДОКРИННЫЕ РАССТРОЙСТВА
13. СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
(ЛИХОРАДКА, ВАСПУЛИТЫ, СИНОВНИТЫ,
ПОРАЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ, СЛЮННЫХ
ЖЕЛЕЗ И ПАНКРЕАС)

Внепеченочные ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НСV ИНФЕКЦИИ

ЭНДОКРИННЫЕ

Аутоиммунный тиреоидит

Гипертиреоз

Гипотиреоз

Сахарный диабет 2 типа

ГЕМАТОЛО- ГИЧЕСКИЕ

Смешанная криоглобулинемия

Иммунная тромбоцитопения

Неходжкинская В-лимфома (НСV у
13)

Макроглобулинемия Вальдстрема

Апластическая анемия

**ПОРАЖЕНИЕ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И
ГЛАЗ**

Лимфоцитарный сиалоаденит

Язвы роговицы Mooren

Увеит

КОЖНЫЕ

**Поздняя кожная порфирия (НСV у
50%)**

Красный плоский лишай

Кожный некротизирующий
васкулит

Мультиформная эритема

Узловатая эритема

Крапивница

**НЕЙРОМЫШЕЧНЫЕ И
СУСТАВНЫЕ**

Миопатический синдром
Периферическая
полинейропатия
Синдром Гийена-Барре
Артриты, артралгии

ПОЧЕЧНЫЕ

**Гломерулонефрит
мембранопролиферативный**

ДРУГИЕ

Узелковый периартериит (НСV у 5-12%)

Интерстициальный легочный фиброз

Легочный васкулит

Антифосфолипидный синдром

Кардиомиопатия

Аутоиммунный гепатит 1, 2 типа

Синдром Бехчета

Дерматомиозит

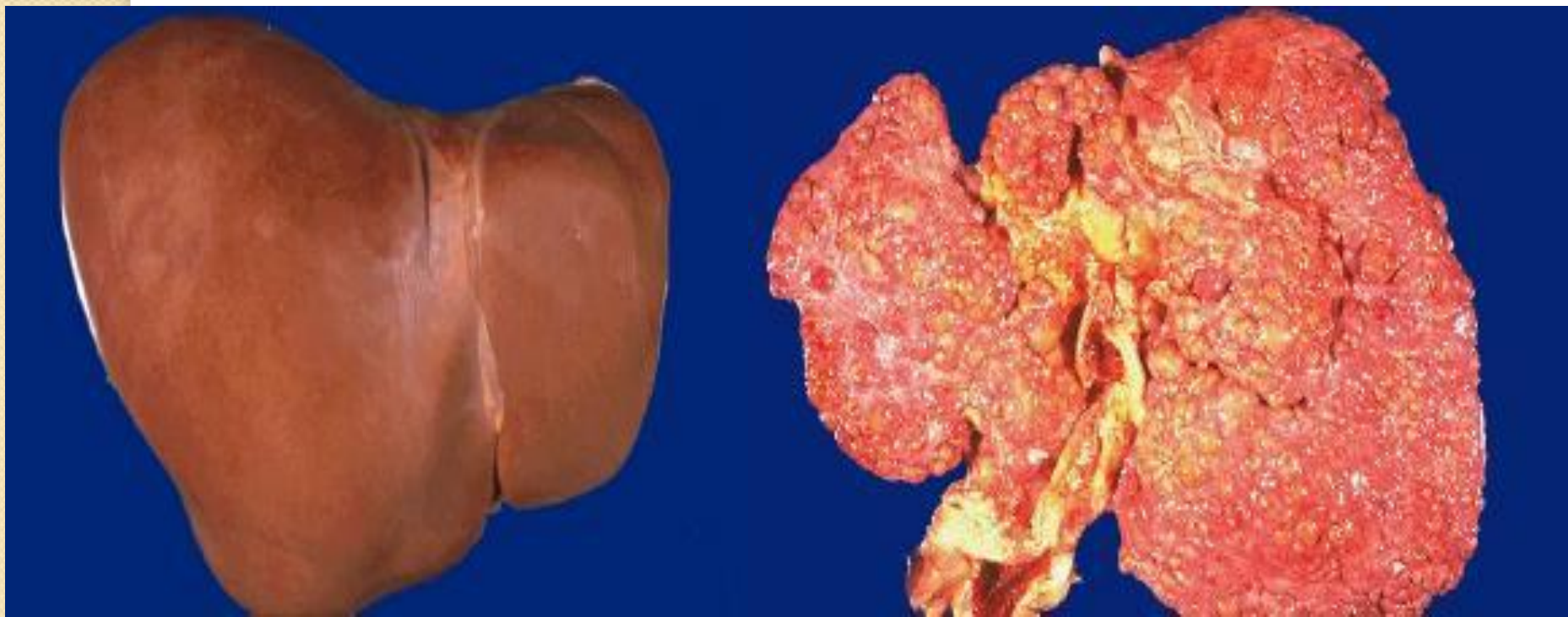
Цирроз печени

– прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся перестройкой нормальной структуры печени, вследствие чего нарушаются функции печени, и развитием в последующем печёночной недостаточности и портальной гипертензии.



**Здоровая
печень**

**Печень,
пораженная
циррозом**



Патогенетические механизмы формирования и прогрессирования ЦП

● Механизмы прогрессирования ЦП

- **Действие этиологических факторов** – некрозы гепатоцитов и прогрессирование фиброза
- **Повышение функциональной нагрузки на гепатоциты**, накопление в них токсических субстратов, ведущих к усилению ПОЛ, нарушению стабильности клеточных мембран и к некрозам гепатоцитов
- **Нарушение кровоснабжения паренхимы печени** (узлов регенерации) за счет капилляризации синусоидов и уменьшения сосудистого русла с развитием ишемических некрозов гепатоцитов
- **Включение аутоиммунных механизмов**
- **Прогрессирование фиброгенеза**

Клинические проявления цирроза печени обусловлены:

1. Печеночно-клеточной недостаточностью
2. Портальной гипертензией
3. Системными поражениями (иммунные и аутоиммунные нарушения, последствия портальной гипертензии)

● **Общие признаки цирроза печени.**

● Астенический синдром:

- снижение работоспособности;
- повышенная утомляемость, слабость, сонливость днем;
- снижение аппетита;
- подавленное настроение.

● Кахексия (истощение), снижение массы тела.

● Невысокая гипер-гамма-глобулинемия (умеренное повышение гамма-глобулинов (специфических белков иммунной системы) в крови — норма 8,0-13,5 г/л).

- Коэффициент Де Ритиса (отношение аспартатаминотрансферазы к аланинаминотрансферазе – специфические биологически активные вещества, участвующие в обмене веществ и нормальной функции печени). В норме этот коэффициент менее 1.
- Артериальная гипотония (снижение « верхнего» артериального давления ниже 100 мм рт. ст.).

Синдром « малых» печеночных признаков (синдром печеночно-клеточной недостаточности):

- телеангиоэктазии (сосудистые « звездочки» на лице и теле);
- пальмарная (на ладонях) и/или плантарная (на подошвах стоп) эритема (покраснение кожи);
- общая феминизация облика (мужчина приобретает часть очертаний и внешнего вида женщины: отложение жира на бедрах и на животе, тонкие конечности), скудное оволосение в подмышечной области и на лобке, гинекомастия (образование и увеличение молочных желез у мужчины), атрофия яичек (уменьшение объема ткани яичек, расстройство их функции), импотенция (расстройство половой и эректильной функции (эрекции) у мужчин, невозможность совершить нормальный половой акт);
- гипертрофия околоушных слюнных желез (симптом « хомячка»);
- расширенная капиллярная сеть на лице (симптом « долларовой» купюры, красное лицо);
- склонность к образованию « синяков»;
- контрактура Дюпюитрена (безболезненный подкожный тяж) деформация и укорочение сухожилий ладони, приводящее к ограничению функции ладони и ее сгибательной деформации);
- желтушная окраска кожи, слизистых оболочек полости рта и склер (белых оболочек глазного яблока);
- лейконихии (мелкие белые полосы на ногтях);
- симптомы « барабанных палочек» (увеличение размеров кончиков пальцев рук, отчего их внешний вид похож на барабанные палочки) и « часовых стекол» (увеличение размеров и округлое изменение ногтевых пластин).

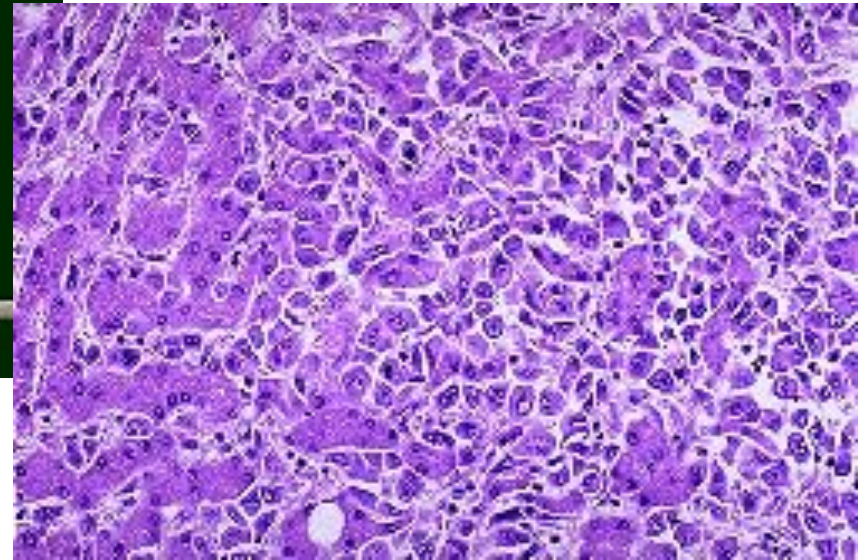
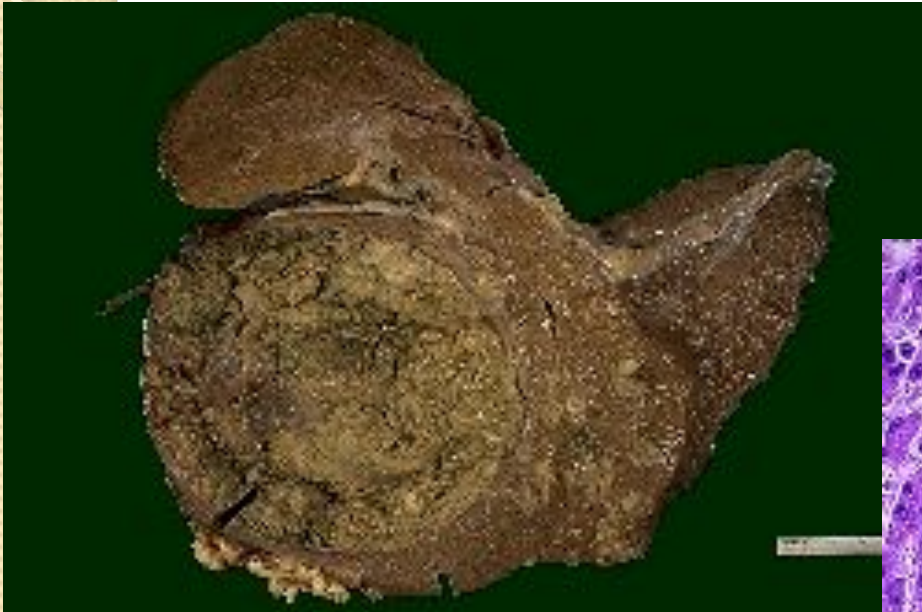
Синдром портальной гипертензии:

- увеличение селезенки;
- асцит (свободная жидкость в брюшной полости);
- варикозное (деформационное) расширение вен пищевода (выносящих кровь от пищевода);
- расширение параумбиликальных (находящихся в области пупка) вен – симптом «головой медузы» (характерный венозный рисунок на животе, в виде расходящихся в разные от пупка стороны синих вен);
- варикозное расширение верхних прямокишечных вен (выносящих кровь от верхней части прямой кишки).

Цирроз печени. Прогноз.

Сформировавшийся цирроз печени является необратимым состоянием, но лечение причины, вызвавшей цирроз, правильный образ жизни, успешное воздействие на активность процесса могут способствовать тому, что цирроз печени долгое время остается компенсированным.

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК)



- Источник опухолевого роста - гепатоциты
- 70-95% среди всех злокачественных опухолей печени

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК)

- ГЦК (первичный рак печени) – неметастатическая опухоль из печеночных клеток и желчных протоков.
- Этиологические факторы: HBV, HCV, HDV
- ХГ → цирроз → ГЦК
ХГ → ГЦК

Факторы риска: мужской пол, старший возраст, в семейном анамнезе случаи ГЦК

Диагностика ВГС

- - на основании эпидемиологического анамнеза
- - **клинические данные** (постепенное начало, длительный преджелтушный период с диспепсическими расстройствами, выраженной слабостью, легкие желтушные формы)

Неспецифические методы диагностики

ОАК

- лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ

ОАМ на уробилин+желчные пигменты

- в разгар желчные пигменты положительные,
- уробилин отрицательный

Кал на стеркобиллин

- отрицательный (в периоде разгара)

Биохимический анализ крови

- Определение показателей цитолиза, нарушение пигментного обмена и функционального состояния печени

Биохимический анализ крови

общий билирубин
(17 – 20 мкмоль\л)

- повышается, за счет прямой фракции

АлАТ, АсАТ

- существенное (в 5 и более раз) и стабильное (10-20 дней и более) повышение, в большей степени АлАТ, АсАТ/АлАТ меньше 1

Тимоловая проба

- повышается (особенно при ВГА)

Сулемовая проба

- снижается, показатель тяжести

ПТИ

- Снижение при тяжелых формах

Биохимический анализ крови

Общий белок,
протеинограмма

- при тяжелых ВГ, ХВГ

В-ЛП, Холестерин

- повышение при холестазах,
снижение при тяжелом течении

Щелочная фосфатаза

- повышается при холестазах

Коагулограмма
Ионограмма
КЩР

- при тяжелом течении

1. ПЦР- анализ вирусного гепатита С- качественный метод:

- 1. «золотой» стандартом в диагностике,**
- 2. позволяет выявлять РНК- вируса гепатита С в плазме крови уже на 7-21-й день после инфицирования, задолго до появления первых антител.**

2. Вирусная нагрузка гепатита С (количественный метод - «ПЦР в реальном времени») – определяет количество РНК вируса гепатита С в плазме крови (единицы измерения - копий/мл).

3. ПЦР- анализ - генотипирование вирусного гепатита С:

- 1. для предсказания эффективности противовирусной терапии, прогноза тяжести течения и исхода заболевания.**


Маркеры гепатита С

<u>Маркер</u>	<u>Клиническое значение</u>
РНК HCV	Маркер наличия и репликации HCV
HCV IgM	Указывает на текущую инфекцию (острая или хроническая в стадии реактивации)
HCV антитела (HCV IgG)	Свидетельствует об инфицированности HCV или перенесенной инфекции

УЗИ ОБП

ИЗМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

- УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕЧЕНИ
- ИЗМЕНЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ ЕЕ ПАРЕНХИМЫ
- СУЖЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН
- УПЛОТНЕНИЕ И УТОЛЩЕНИЕ ИХ СТЕНОК
- ПРИЗНАКИ СОПУТСТВУЮЩЕГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПАНКРЕАТИТА
- РАСШИРЕНИЕ ВОРОТНОЙ И СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ВЕН
- СПЛЕНОМЕГАЛИЯ
- УВЕЛИЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ВОРОТАХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ



Также в качестве дополнительных методов можно использовать:

- Фиброэластограмму печени
- КТ печени
- МРТ печени

Лечение

- Зависит от тяжести заболевания, индивидуальных особенностей организма.
- необходимо соблюдать принцип как можно более раннего начала лечения
- В программе патогенетической терапии разграничивают **базисную терапию**, под которой понимают комплекс мероприятий, несвязанных с применением медикаментов, и **неспецифическую лекарственную терапию**.

Базисная терапия, основные компоненты:

1. **Охранительный режим:**

- ❖ соблюдение постельного режима в острую фазу гепатита;
- ❖ создание благоприятного психологического климата

2. Лечебное питание на весь период заболевания и реконвалесценции используется стол **№5**, детям **№5а**.

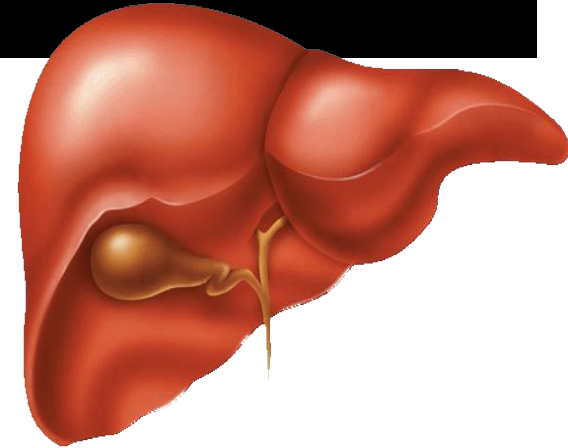
- ❖ Диета сбалансированная с полноценным составом белков, жиров и углеводов, удовлетворяющая физиологическую потребность.
- ❖ Механически, химически, термически щадящая.
- ❖ Жареное исключается, только вареное, тушеное запеченое. Блюда готовят без соли, добавляют во время еды (**10г\сут**).
- ❖ Не рекомендуются мясные супы богатые экстрактивными веществами.
- ❖ Питание дробное **4 – 5** кратное.

Дезинтоксикационная терапия:

- **Пероральная дезинтоксикационная терапия** дополнительная водная нагрузка до **2 - 3 - 4** литров в сутки – минеральные воды комнатной температуры без газа, морсы, чай, компоты из свежих фруктов.
- По показаниям парентеральная дезинтоксикация **10%** р-р глюкозы, полиионные растворы до **1000-1200** мл в сутки

Метаболическая терапия

- Витамины
- Рибоксин
- Гепатопротекторы: гептрал, карсил, эссенциале, легалон, фосфоглив – в период реконвалесценции по показаниям



Эссливер Форте

- Эссенциальные фосфолипиды (300 мг)
- Витамин Е (6 мг)
- Витамин В1 (6 мг)
- Витамин В2 (6 мг)
- Витамин В6 (6 мг)
- Витамин В12 (6 мкг)
- Витамин РР (30 мг)
- Курс лечения по 2 капс. 2- 3 раза в день – минимум 3 месяца
- Детям можно с 12 лет.



ЭССЕНЦИАЛЕ ФОРТЕ Н и ЭССЕНЦИАЛЕ Н

- ампулы (5 мл) – 250 мг
- капсулы – 300 мг
- по 5-10 мл в сутки до 10-20 мл внутривенно в день 10 - 14 дней
- по 2 капсулы 3 раза, ПД 1 капс. 3 раза в день в день во время еды
- минимальный курс – 1 - 2 месяца
- оптимальный курс – 3 - 6 месяцев



Адеметионин (гептрал)

- Антиоксидант
- Антидепрессивное действие
- Купирование внутрипеченочного холестаза
- Антифиброзирующее действие



veropharm®
Гептор®
Адеметионин 400 мг (8-аденсил-L-метионин)

Алгоритм
восстановления

Применяя **Гептор 400 мг № 20**
у пациентов, злоупотребляющих
алкоголем, Вы нормализуете
у них функцию печени и улучшаете
самочувствие

Гептор 400 мг № 20
нормализует
функцию
печени
и улучшает
самочувствие

ФОСФОГЛИВ



● Данный препарат представляет собой комбинацию – эссенциальных фосфолипидов (фосфотидилхолина), оказывающих стабилизирующее влияние на мембраны клеток и глицириновой кислоты, обладающей высокой биологической активностью, а так как она является синергистом кортикостероидных гормонов, активирует макрофаги, обладает антиаллергенным и противовирусным действием, антиоксидантной активностью, выраженными детергентными свойствами, а также способствует выработке гамма-интерферона.

● Фосфоглив назначают по 1 капс x 3 раза в день, в течение 1—3 месяцев.

Желчегонные препараты

- Холекинетического действия – сульфат магния, кукурузные рыльца, фламин, холосас
- способствуют купированию зуда, применяют после прекращения полной ахолии, при длительно сохраняющемся «пестром кале»

При холестатических вариантах применяются:

- Абсорбенты желчных кислот – холестирамин по **4** г, билигнин по **5 –10** г в порошке в виде суспензий **3** раза в день за **30 – 40** минут до еды и не раньше **30-60** минут после приема других препаратов, на протяжении холестатического синдрома, одновременно витамины А и Е
- Сорбенты
- Урсофальк



Гепатит С противовирусная терапия



Цель терапии

Элиминация или прекращение репликации HCV

Уменьшение гистологических изменений ткани печени (уменьшение ИГА, ИФ)

Снижение темпов прогрессирования фиброза, цирроза печени и риска развития гепатоцеллюлярной карциномы

Улучшение качества жизни

Стратегия лечения больных ХГС определяется

Противовирусные средства - интерфероны: интерферон человеческий рекомбинантный альфа2b, интерферон человеческий рекомбинантный альфа2a, интерферон гамма человеческий рекомбинантный (ингарон).

Химиотерапевтические препараты - ламивудин, рибавирин.

С 2011 года в стандартную терапию больных с первым генотипом HCV стали включать третий компонент - ингибитор протеазы вируса гепатита С. Подобная схема противовирусной терапии при клинических испытаниях показала значительное увеличение эффективности.

В апреле 2015 года в России зарегистрирована первая комбинация препаратов прямого противовирусного действия для безинтерфероновой терапии хронического гепатита С. Эта комбинация состоит из трех препаратов прямого (direct) действия, поэтому получила название 3D-терапия.

Эффективность терапии

- УВО – устойчивый вирусологический ответ – отсутствие РНК HCV через 24 недели после окончания лечения
- РВО – ранний вирусологический ответ – снижение уровня РНК HCV на 2 lg или до неопределяемого уровня через 12 недель от начала лечения
- При наличии РВО терапию продолжают до 24 недель. Если через 24 недели РНК HCV определяется терапию прекращают (прогноз отрицательного результата 100%)
- При отсутствии РВО – лечение прекращают (прогноз отрицательного результата 99-100%)

Основные показания к противовирусному лечению хронического гепатита С

- Повышенная активность АЛат в сыворотке
- Гистологические признаки септального фиброза и/или хронического гепатита (от умеренной до выраженной активности)
- РНК-ВГС (+), анти-НСV (+)
- Возраст старше 18 лет и моложе 60 лет

Противопоказания к применению ИНФ при хроническом гепатите

С. Тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы

- Декомпенсированный цирроз печени
- Суперинфекция (коинфекция) ВИЧ, ВГВ, ВГД
- Отсутствие готовности больного к сотрудничеству
- Алкоголизм
- Персистирующая наркомания
- Выраженное алиментарное ожирение?
- Исходно существующая депрессия
- Аутоиммунные заболевания
- Хроническая почечная недостаточность (больные отделений гемодиализа)

Абсолютные противопоказания к ИНФ-терапии

- Наличие цирроза печени класса С по Чайльду
- Тромбоцитопения (менее 50 000)
- Лейкопения (менее 1500/мкл)
- Тяжелые проявления депрессии
- Сопутствующие аутоиммунные заболевания
- Злокачественные опухоли
- СПИД
- Наркомания

Противопоказания к применению рибавирина

Абсолютные

- Тяжелое поражение почек
- Анемия
- Гемоглобинопатии
- Тяжелое поражение сердца
- Беременность
- Ненадежные методы контрацепции

Относительные

- Неконтролируемая артериальная гипертензия
- Пожилой возраст

Побочные эффекты интерферонов.

- Гриппоподобный синдром > 90%
- Лихорадка > 90%
- Озноб 60%
- Мышечные боли 50%
- Головные боли 40%
- Боли в суставах 15%
- Лейкопения 69%
- Тромбоцитопения 42%

- Со стороны ЦНС 18%
- Астения 31%
- Депрессия 3%
- Агрессия 1%
- Раздражительность 14%
- Бессонница 4%
- Изменения настроения 3%
- Аллопеция 6%
- Нейтропения 12%
- Анемия 7%


Преимущества безинтерфероновой терапии

-Клинические исследования, включавшие более 2000 пациентов в 25 странах мира, показали эффективность 95-100% в отношении достижения элиминации вируса в различных подгруппах больных.

-Таким образом, безинтерфероновые схемы терапии хронического гепатита С отличаются от содержащих интерферон-альфа схем более высокими эффективностью и безопасностью, а также более короткой длительностью терапии и удобством применения.

-С внедрением безинтерфероновых схем лечения получают шанс излечиться значительные по численности группы больных, у которых содержащая интерферона-альфа терапия имела противопоказания

-Применение безинтерфероновых схем лечения практически не имеет ограничений, за исключением случаев несовместимости препаратов прямого противовирусного действия с некоторыми лекарствами, принимаемыми пациентом по поводу другого заболевания, если эти лекарства нельзя заменить или временно отменить.



Хроническая инфекция вируса гепатита С - первая хроническая инфекция в мире, искоренение которой реально возможно не с помощью вакцины (которой не существует), а с помощью эффективного лечения.

Профилактика

- Раннее выявление и госпитализация больных гепатитами
- Активное выявление вирусоносителей
- Предупреждение парентерального инфицирования детей (использование одноразового медицинского оборудования, обработка инструментов, проверка доноров и т.д.)
- Повышение санитарно – гигиенического уровня населения
- Повышение невосприимчивости населения к гепатиту (пассивная и активная иммунизация)

**«Парентеральные вирусные гепатиты
остаются подлинной угрозой нации
в связи с повсеместным
распространением и выявлением не
столько острых, фульминантных
форм заболевания, сколько
малосимптомных, хронических,
нередко диагностируемых уже на
стадии осложнений – цирроза
печени и гепатоцеллюлярной
карциномы»**

Л.Г. Горячева