

Гепатит С (ВГС)

Вирус гепатита С был впервые обнаружен в 1980-х годах. До этого данный тип вируса гепатита был известен как «ни А, ни В». Вирус передается, в основном, через кровь, поэтому основными группами, уязвимыми к инфекции ВГС, являются потребители инъекционных наркотиков и реципиенты продуктов крови, например, больные гемофилией (группы, также уязвимые к инфицированию ВИЧ). Согласно данным последних исследований, риск инфицирования ВГС половым путем составляет 0-3 % (ВОЗ, 2006). Вероятность передачи гепатита С половым путем у людей, инфицированных ВИЧ и ВГС, скорее всего, выше, поскольку концентрация вируса в биологических жидкостях и секрете половых органов выше, чем у людей без ко-инфекции.

Согласно исследованиям, риск передачи гепатита С от матери ребенку составляет около 10 %, при этом гепатит С не передается при грудном вскармливании. Около 50% детей, инфицированных ВГС от матери, способны избавиться от этой инфекции самостоятельно.

Приблизительно у 25% взрослых людей, инфицированных ВГС, организм способен самостоятельно справиться с инфекцией.

Симптомы и течение заболевания

Проявления инфекции вируса гепатита С различны. У менее чем 5% инфицированных вирусом в момент заражения наблюдаются такие острые симптомы, как желтуха, диарея и тошнота, а довольно большое число людей вообще не ощущает никаких симптомов. Кроме того, типичными симптомами заболевания являются сильная утомляемость и депрессия.

Модели прогрессирования болезни весьма индивидуальны. У некоторых симптомы вообще никогда не проявляются; у других симптомы (такие, как усталость и тошнота) появляются только через 10-15 лет после инфицирования, и лишь у немногих может развиваться серьезная патология печени. Ускорению прогрессирования гепатита С также способствует целый ряд факторов, например, пол (у мужчин гепатит проявляется острее), потребление алкоголя, возраст и наличие ВИЧ-инфекции. Считается, что прогрессирование инфекции ВГС в цирроз печени у людей, инфицированных только ВГС, длится от 30 до 40 лет.

ВИЧ-инфекция считается специфическим фактором, ускоряющим развитие гепатита С и поражение печени; также у таких пациентов может быстрее развиваться СПИД.

Диагностика

Анализ крови на наличие антител к гепатиту С может показать, подвергались ли вы заражению этим вирусом, хотя проведение количественной ПЦР (полимеразной цепной реакции для определения количества вируса в единице объема крови - профессиональное название "вирусная нагрузка") может использоваться для подтверждения наличия инфекции. Функциональные пробы печени могут показать, воздействовал ли гепатит С на печень, хотя точно убедиться в этом можно только с помощью биопсии печени (когда для анализа берется небольшой образец тканей этого органа). ВИЧ-инфекция может затруднить диагностику гепатита С, поскольку тестирование на антитела у ВИЧ-инфицированных может и не обнаружить эту инфекцию.

Тест на вирусную нагрузку ВГС: этот тест очень похож на тест при ВИЧ (количество ВГС на единицу крови). В отличие от теста на вирусную нагрузку ВИЧ, который помогает определить, насколько быстро у человека может развиваться СПИД, **тест на вирусную нагрузку ВГС не может определить, разовьется ли, и если да – то когда именно, цирроз печени или ее распад у человека, инфицированного гепатитом С.** Чем ниже вирусная нагрузка ВГС, тем больше шансов у человека на успешное лечение гепатита С. **Низкой считается вирусная нагрузка менее, чем в 2 000 000 копий/мл.**

Очень важным является **тест на генотип**. Существует 11 различных «генотипов» гепатита С – т.е., хотя они выглядят и действуют очень схоже, их генетические структуры несколько отличаются. Генотипы 1а и 1b – самые сложные для лечения, тогда как генотипы 2 и 3, скорее всего, будут хорошо поддаваться лечению. Знание своего генотипа гепатита С поможет Вам и Вашему врачу определить, как лучше начать лечение (выбор метода и продолжительности лечения), когда для этого наступит время.

Лечение

В настоящее время основой для начала терапии гепатита С является ряд клинических факторов, включая в первую очередь наличие поражения печени, генотип и доступность лекарственных средств (к сожалению, этот фактор приходится учитывать в странах постсоветского региона, где препараты для лечения гепатита С продолжают оставаться недоступными).

Стандартом лечения гепатита С во всем мире признана комбинация пегилированного интерферона альфа-2а (2в) и рибавирина на протяжении от 24 до 48 недель (в зависимости от генотипа, наличия ко-инфекции ВИЧ и т.д.). Возможные побочные эффекты (сильная лихорадка, боль в суставах, депрессия и снижение количества лейкоцитов и тромбоцитов) могут оказаться тяжелыми, но в ходе лечения они снижаются. Рибавирин не рекомендуется применять одновременно с АЗТ (из-за повышенного риска анемии) и во время беременности.

У людей, инфицированных ВГС (тех, кто при этом не инфицирован ВИЧ), более, чем в 50% случаев можно ожидать устойчивого эффекта после 12 месяцев лечения.

В отношении людей с ко-инфекцией ВИЧ существует ряд стратегических подходов и принципов лечения:

- оптимальной стратегией является проведение лечения гепатита С до начала АРВ-терапии, однако наличие гепатита С НЕ ЯВЛЯЕТСЯ противопоказанием к началу АРВ;
- в случаях клинических стадий ВИЧ-инфекции (при снижении количества CD4 ниже 200 кл/мкл) рекомендовано лечение ВИЧ-инфекции;
- лечение гепатита С следует проводить 1 год (при любом подтипе);
- дозировка рибавирина может быть увеличена – до 1000-1200 мг (1 и 4 генотипы, высокая вирусная нагрузка ВГС).

Результаты лечения у людей с ко-инфекцией ВИЧ гораздо менее эффективны. У людей с ВГС генотип 1 – лечение эффективно приблизительно в 29% случаев. У людей с ВГС генотип 2 и 3 – лечение эффективно приблизительно в 73% случаев.