



**ПРОЦЕС КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА
МАРШРУТ ДІАГНОСТИКИ,
ЛІКУВАННЯ, МОНІТОРИНГУ
ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВІРУСНИМИ
ГЕПАТИТАМИ В, С
(моноінфекцією та з ко-інфекцією ВІЛ, ТБ)**



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



Шановні Колеги, це видання створено нами для спрощення надання фахової допомоги пацієнтам з хронічними гепатитами (ХГ) вірусної етіології, а саме ХГС та ХГВ з/та без ко-інфекцій.

Воно покликане систематизувати найкращий міжнародний та український практичний досвід надання медико-соціальної допомоги пацієнтам з хронічними гепатитами.

В брошурі зібрано матеріали з достовірних джерел, що базуються на доказовій медицині. Брошура не замінює Міжнародних та Національних протоколів і керівництво з лікування ВГ, а спрощує процес пошуку необхідної інформації.

Ви можете скористатися розміщеними QR кодами, перейшовши за якими Ви матимете доступ до першоджерел інформації даного видання.



Команда ГО БСД, щиро вдячна за фінансування створення та розповсюдження даного видання EATG та CoPE. Радо отримуємо зворотній зв'язок про брошуру на нашому сайті <http://bcd.org.ua/fakhivtsiam/> де Ви можете завантажити електронну версію видання.

Вступ	2
Зміст	2
Словник	3
Хронічні Гепатити вірусної етіології в Україні.....	4
Основна інформація про вірусні гепатити В і С.	4
Основні групи ризику щодо інфікування	5
Побудова діалогу та налагодження комунікації для взаємодії з пацієнтами	6
Шляхи передачі.....	9
Профілактика	10
Діагностика	11
Лікування ХГС	14
Особливості лікування ХГС у дітей та підлітків 3-17 років	15
Лікування ХГВ	16
Оригінальні та генеричні препарати для лікування ХГВ і ХГС.	17
Особливості лікування ВГ в поєднанні з ко-інфекціями	17
Гепатит В та ВІЛ	17
Гепатит С та ВІЛ	18
Гепатит Сі Туберкульоз	18
Взаємодія між ПППД та антиретровірусними ЛЗ	18
Взаємодія між ПППД та наркотичними ЛЗ	19
Контакти організацій, що надають допомогу пацієнтам із ВГ.	22
Мета обстежень та коментарі до них	23



СЛОВНИК

- АЛТ** Аланінамінотрансфераза
- АНТИ** Антитіла до відповідного антигену/збудника (наприклад, анти-НВе – антитіла до НВеAg)
- АРТ** Антиретровірусна терапія
- АСТ** Аспаратамінотрансфераза
- ВГ** Вірусний гепатит
- ВГВ** Вірус гепатиту В
- ВГС** Вірус гепатиту С
- ВГД** Вірус гепатиту дельта (D)
- ХГВ** Хронічний (вірусний) гепатит В
- ХГС** Хронічний (вірусний) гепатит С
- ХГД** Хронічний (вірусний) гепатит Д
- ВІЛ** Вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ** Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГЦК** Гепатоцелюлярна карцинома
- ДНК** Дезоксирибонуклеїнова кислота
- ЗОЗ** Заклад охорони здоров'я
- ЗПТ** Замісна підтримуюча терапія
- ІФА** Імуноферментний аналіз
- ЛВІН** Люди, що вживають ін'єкційні наркотики
- ЛЗ** Лікарський засіб
- ЛЖВ** Люди які живуть з ВІЛ-інфекцією
- МОЗ** Міністерство охорони здоров'я України
- НА** Нуклеоз(т)идні аналоги
- ПВТ** Противірусна терапія
- ПППД** Препарати прямої противірусної дії
- РНК** Рибонуклеїнова кислота
- СВВ** Сійка вірусологічна відповідь
- ТБ** Туберкульоз
- ЧСЧ** Чоловіки, що мають секс з чоловіками
- ШТ** Швидкі діагностичні тести
- ХГ** Хронічний гепатит
- ABC** Абакавір
- ADV** Адефовір діпівоксил
- APRI** Неінвазивний тест діагностики стану печінки
- ATZ/r** Атазанавір/ритонавір
- DCV** Даклатасвір
- DRV/r** Дарунавір/ритонавір
- DTG** Долутегравір
- EASL** Європейська асоціація з дослідження печінки
- EFV** Ефавіренц
- FIB-4** Неінвазивний тест діагностики стану печінки
- GLE/PIB** Глекапревір/пібрентасвір
- GZR/EBR** Гразопревір/елбасвір
- НВеAg** Антиген е вірусу гепатиту В
- НBSAg** Поверхневий антиген вірусного гепатиту В
- IFN** Інтерферон
- Ig** Імуноглобуліни розрізняють імуноглобуліни різних класів: А (IgA), С (IgC), М (IgM)
- LPV/r** Лопінавір/ритонавір
- METAVIR** Шкала оцінки даних біопсії печінки
- NVP** Невірапін
- OBV/PTV/r** Омбітасвір/паритапревір/ритонавір
- RAL** Ралтегравір
- SOF/LDV** Софосбувір/ледіпасвір
- SOF/VEL** Софосбувір/велпатасвір
- SOF/VEL/VOX** Софосбувір/велпатасвір/воксілапревір
- TAF** Тенофовіру алафенамід
- TDF** Тенофовіру дизопроксил фумарат
- XTC** Емтрицитабін/ламівудин
- /r** Ритонавір;
- ZDV** Зидовудин



ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

Хронічні гепатити В і С становлять загрозу громадському здоров'ю багатьох країн, оскільки 96% цирозу та гепатоцелюлярної карциноми викликані саме цими двома типами ВГ.

В Україні, за оціночними даними, 3,6% (1 342 418 осіб) хворіють хронічним гепатитом С, з яких, згідно з даними ЦГЗ, під медичним наглядом станом на 01.01.2020 року перебуває 6,5% (87 269 осіб).

За оціночними даними в Україні у 1,5% (559 341 осіб) хворіють хронічним гепатитом В, але під медичним наглядом перебуває 4,2% (23 631 особа).

В Україні з року в рік спостерігається низький рівень вакцинації дітей від ВГВ, що призводить до подальшого поширення інфекції. Вакцинація розпочалася лише після 2000 року, а отже, майже все доросле населення країни не має захисту від інфекції.

У листопаді 2019 року Україна приєдналася до Глобальної стратегії з елімінації вірусних гепатитів В та С, ухваливши Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року.

Цілями реалізації Державної стратегії до 2030 року є:

- попередження 90% нових випадків вірусних гепатитів;
- 90% осіб, які хворіють на ВГ, будуть продіагностовані та знатимуть про свою хворобу;
- до 90% хворих отримають лікування, яке буде ефективним і призведе до повного одужання (для ВГС) або ефективного контролю хвороби (для ВГВ).



Завдяки низькій адвокаційних заходів міжнародних та неурядових організацій в Україні, Міністерство охорони здоров'я України забезпечило доступ до генеричних форм лікарських засобів. Наразі зареєстровано 11 таких препаратів для лікування ВГС, які закуповуються за кошти державного бюджету, що допомогло розширити доступ до лікування не збільшуючи витрати держави.

ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В І С

- ВГВ і ВГС можуть перебігати безсимптомно до того часу, поки не призведуть до серйозних уражень печінки. Швидкість розвитку ураження печінки залежить від багатьох факторів, зокрема, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, наявності інших супутніх захворювань тощо.
- Вірусні гепатити В та С можуть протікати як у гострій, так і у хронічній формі. У 80% людей, які інфікувалися вірусом гепатиту С, відсутні будь-які симптоми гострого захворювання.
- За допомогою сучасних ПППД можнавилікувати більш як 95% людей з інфекцією гепатиту С, проте доступ до діагностики та лікування залишається низьким.
- Лікування хронічного вірусного гепатиту В дуже рідко призводить до повного одужання, проте є ефективні ліки, які дозволяють зупинити розвиток хвороби та попередити ураження печінки.



- Наразі не існує вакцини від вірусного гепатиту С, проте інфікування вірусом гепатиту В можна попередити за допомогою сучасної, безпечної та ефективної вакцини.
- Інкубаційний період (період від моменту інфікування до перших клінічних проявів) триває в середньому 75 днів, але може варіювати від 30 до 180 днів.
- Антитіла, що виявляються в організмі інфікованої людини після одужання від гепатиту С, не захищають від повторного інфікування вірусом.
- В осіб із хронічною інфекцією вірусу гепатиту С ризик розвитку цирозу печінки протягом 20 років становить 15–30%.
- Віруси гепатитів В і С можуть залишатися активними поза межами людського організму щонайменше сім і чотири дні відповідно.
- У хворих з вірусним гепатитом В можливе інфікування гепатитом Дельта (ВГД). Наявність одночасно з вірусним гепатитом В гепатиту Дельта прискорює розвиток більш тяжкого захворювання у 70–90% людей, зокрема сприяє швидшому розвитку цирозу (цироз розвивається майже на десять років раніше, ніж у людей з моноінфекцією ВГВ).

Хронізація гепатиту В та С

Вірусні гепатити В та С можуть протікати як у гострій, так і у хронічній формі. Частота переходу гострої форми у хронічну залежить від різних факторів, на які наразі неможливо впливати.

ВГВ

- У немовлят і дітей: хронічна інфекція розвивається у 80–90% немовлят, інфікованих протягом першого року життя, та у 30–50% дітей, інфікованих у віці до 6 років
- У дорослих: менше ніж у 5% здорових людей, які інфікуються в дорослому віці, розвивається хронічна інфекція, а у 20–30% дорослих із хронічною інфекцією розвивається цироз і/або ГЦК.

ВГС

- У немовлят і дітей: хронічна інфекція розвивається у 80–90% немовлят, інфікованих протягом першого року життя, та у 30–50% дітей, інфікованих у віці до 6 років
- У дорослих: менше ніж у 5% здорових людей, які інфікуються в дорослому віці, розвивається хронічна інфекція, а у 20–30% дорослих із хронічною інфекцією розвивається цироз і/або ГЦК.

ОСНОВНІ ГРУПИ РИЗИКУ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ

- Реципієнти крові та її компонентів є однією з ключових груп ризику щодо інфікування ВГ, якщо кров перед переливанням перевіряється не на належному рівні. Наразі вся кров, яка переливається, ретельно перевіряється, проте це було не завжди. Тому всім, хто отримував переливання крові до 2000 року, рекомендовано пройти обстеження на ВГ.
- Люди, які вживають ін'єкційні наркотики, належать до груп ризику щодо інфікування ВГ.
- Діти, народжені матерями з ХГВ та/або ХГС. Приблизно у 40% немовлят,



народжених від ВГВ-інфікованих матерів, у разі відсутності імунопрофілактики, існує ризик розвитку ХГВ. Близько 6 із 100 дітей, народжених матерями з ВГС, інфікуються ВГС. ВГС не передається через грудне молоко, проте варто уникати годування груддю, якщо є травми сосків, які супроводжуються виділенням крові.

- Особи, які перебувають в місцях позбавлення волі, мають підвищений ризик інфікування ВГ внаслідок вживання наркотиків, користування спільними лезами для гоління, зубними щітками, ножицями, а також у результаті татуювання, яке здійснюється багаторазовим інструментом.
- Люди, які роблять татуювання та пірсинг, отримують косметологічні послуги, які можуть супроводжуватися контактом з інфікованою кров'ю інших людей. Зазначений ризик існує, якщо провайдери послуг не дотримуються правил стерилізації та дезінфекції інструментарію, використовують забруднений інструментарій, на якому можуть залишатися невидимі оку частки крові.
- Медичні працівники, які контактують з кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнтів. Інфікування ВГВ та ВГС також може бути пов'язане з професійними ризиками, оскільки медичні працівники перебувають у групі ризику та можуть інфікуватися при виконанні професійних обов'язків, зокрема, при випадковому пораненні голками та інструментарієм, що може містити сліди крові.
- Люди, які подорожують у країни з високою поширеністю ВГВ.
- Люди, які живуть з ВІЛ. Загальносвітовий показник поширеності вірусних гепатитів серед ЛЖВ вищий, ніж показник серед загального населення. Наявність супутньої ВІЛ-інфекції зазвичай призводить до більш важких та швидкого прогресуючих захворювань печінки, а також частіших випадків цирозу, ГЦК та смертей.¹

ПОБУДОВА ДІАЛОГУ ТА НАЛАГОДЖЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ ДЛЯ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ

Кейс-менеджмент або ведення випадку – це процес забезпечення доступу пацієнтам до послуг і ресурсів, відповідно до їх індивідуальних потреб, з метою покращення якості їх життя, захисту прав та інтересів.

В центрі кейс-менеджменту перебуває пацієнт/ка з його індивідуальними потребами та історією життя.

Основним завданням є активне наснаження й підвищення самостійності пацієнтів у вирішенні власних проблем, розвиток їх потенціалу.

Саме тому вони залучаються до формування плану супроводу, на них покладаються обов'язки й відповідальність за досягнення результатів.

Кейс-менеджмент – це процес, який розвивається за певними ключовими стадіями:

¹ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL_MSF_2020_22_Januar_small.pdf



• **Входження в контакт.** Привітайтеся. Після привітання запитайте як ви можете звертатись до нього/неї. Дайте можливість розповісти про себе.

Якщо у вас є картка, яку треба заповнити, то запитайте ту інформацію, яка там визначена.

Розкажіть про те, як буде відбуватися ваш процес спілкування. Повідомте про можливість он-лайн консультування. Узгодьте час, тривалість, частоту зустрічей. Гарантуйте анонімність та конфіденційність. Обговоріть письмові записи, які ви будете вести, пояснивши їх мету, умови зберігання. Запропонуйте розповісти про ситуацію, яка його/її турбує, причини звернення.

Уважно слухайте і підтримуйте його/її.

Виділіть ключові питання, представленої проблеми. Підведіть підсумки, заплануйте наступні зустрічі та переходьте до наступного етапу.

• **Оцінка** – визначення можливостей і потреб. Це процес збору всебічної інформації про Вашого пацієнта/ки, його/її родину та оточення, аналіз цієї інформації, визначення потреб та проблем, підготовка висновків та рекомендацій для подальшого планування допомоги.

Особливості оцінки ситуації у пацієнтів з підозрою на ВГС. На даний час в Україні роблять діагностику на наявність антитіл до ВГС в таких випадках: перед хірургічним втручанням; жінкам під час вагітності; при здачі крові донором; при постановці на диспансерний облік з діагнозом ВІЛ; самостійному зверненні; тощо.

Консультанту обов'язково необхідно отримати від пацієнта/ки копію результатів обстеження або консультативного висновку.

Завдяки сучасним методам комунікації (месенджери, електронна пошта) та в умовах пандемії Covid 19 краще зробити це дистанційно.

Під час лікування ВГ у пацієнтів можуть виникати такі потреби:

- Діагностика – яка саме потрібна для лікування, вільний доступ, всебічність, регулярність, своєчасність. Діагностика перед початком та впродовж лікування ХГС вартісна, це може вплинути на доступність лікування, прихильність пацієнтів до медичних послуг, ви маєте враховувати це при консультації.
- Моніторингова діагностика під час 12/24 тижневого курс лікування ХГС-робиться через 4-ри та 12/24 тижні прийому ПВТ та контроль СВВ 12 та СВВ 24 тижні.
- Лікування - до якого ЗОЗ звертатися пацієнту (наразі існує «прив'язка» за місцем реєстрації, список ЗОЗ дивитись в таблиці на сторінці 20-21), наявність безкоштовних ліків у Вашому ЗОЗ, вільний доступ до безкоштовного лікування, наявність альтернатив безкоштовному лікуванню.
- Консультування щодо репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Перед лікуванням ХГС жінкам рекомендований тест на вагітність, оскільки це є протипоказанням для використання ППД. Також рекомендовано планувати вагітність, не раніше ніж через 6 місяців після проходження лікування ХГС батьками.



- Доступність лікування особам з ко-інфекціями ВІЛ/ХГ, ТБ/ХГ, мікст-інфекціями ХГВ та ХГС, з ускладненнями такими як цироз печінки і гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК) та інші.
- Юридичні консультації, адвокація та підтримка. Це може бути допомога в отриманні тимчасової реєстрації для доступу до лікування в ЗОЗ за місцем знаходження пацієнта/ки. Допомога в написанні Заяви до ЗОЗ та представництво інтересів пацієнтів у разі відмови в лікуванні.
- Індивідуальне представництво інтересів осіб, які потребують тимчасової або постійної сторонньої допомоги.
- **Планування, визначення цілей.** Під час підготовки індивідуального плану супроводу визначаються потрібні послуги та їх постачальники, визначається періодичність зустрічей / графік консультацій.

В процесі лікування ХГС потрібно розрізняти такі етапи:

- Проходження діагностики перед лікуванням, який є найбільш ресурсозатратним для пацієнтів і включає здачу аналізів у вибраній лабораторії та обстеження відповідно до переліку (перелік обстежень наведений в таблиці ст.11).
- Збір консультативних висновків вузьких спеціалістів при наявності хронічних захворювань. Для пацієнтів з ВІЛ обов'язково потрібна виписка з амбулаторної карти із зазначенням схеми АРТ, кількості СД4-клітин, останніх результатів ВН.

План – цілі, завдання / кроки та терміни їх виконання – має бути реалістичним. Планування здійснюється з урахуванням доступних ресурсів.

Не обіцяйте того, чого не можете забезпечити (ані ви, ані ваша організація чи партнери).

План формується спільно з пацієнтом/кою. Необхідно обговорювати усі деталі – він / вона мають погодитися з ним саме як зі своїм планом дій.

Для постановки цілей спільно з пацієнтом/кою можна використовувати такі питання:

Якими є ваші цілі? Що ви будете робити для того, щоб досягти цілей? Що Вам заважає досягти Вашої цілі? Що зміниться? Коли? Хто помітить ці зміни?

- **Інтервенція або реалізація плану.** Виконання плану здійснюється пацієнтами самостійно або під супроводом. Під час виконання плану відбуваються періодичні робочі зустрічі з консультантом із соціальних питань. Комунікація відбувається телефоном та за допомогою месенджерів.

Під час виконання плану здійснюється моніторинг реалізації плану – хід його впровадження.

В разі необхідності план коригується. Слід зазначити, що оцінювання дієвості плану та дій може проводитися за участі пацієнта/ки на різних етапах кейс-менеджменту.

Завдання консультанта із соціальних питань на цьому етапі:

- Виконувати ті заходи, дії, які належать до його/її компетенції



Вживання наркотиків в/в (спільні голки)	BC		
Переливання крові	BC		
Гемодіаліз	BC		
Перорально (передача зі слиною)		BC	
Статевим шляхом (через традиційний статевий акт) ⁴	B	C	C
Від матері до дитини при народженні	B	C	
Пірсинг тіла	BC		
Акупунктура/татуювання	BC		
Споживання кокаїну	BC		

ПРОФІЛАКТИКА

Вакцини проти гепатиту С не існують.

Гепатит В можна попередити шляхом вакцинації, яка передбачена національним Календарем профілактичних щеплень МОЗ України з 2000 року.

Усі діти та підлітки віком до 18 років, які раніше не були щеплені, повинні отримати вакцинацію від ВГВ. Згідно з рекомендаціями, усі діти грудного віку повинні отримувати щеплення проти гепатиту В якомога раніше після народження, бажано впродовж перших 24 годин життя. Окрім новонароджених, вакцинація від ВГВ рекомендована основним групам ризику щодо інфікування ВГВ та особливо пацієнтам з ВІЛ.

Вакцинація від ВГВ захистить і від ВГД також. Цей невеликий РНК-вмісний інфекційний агент є вірусом-сателітом, позаяк для його розмноження в клітинах і розвитку інфекції необхідно, щоб клітини були заражені ВГВ. ВГД використовує оболонкові білки вірусу гепатиту В (HBsAg) для упакування свого геному. Наразі ефективного лікування ХГД не існує.

Процес імунізації складається із введення трьох доз вакцини згідно з наступною схемою:

1-а доза: вибрана дата (для новонароджених дітей перша доба від народження, для дорослих обрана дата);

2-а доза: через 1 (2) місяці після введення першої дози;

3-я доза: через 6 місяців після введення першої дози.

Захист після 1 дози вакцини від ВГВ у новонароджених - 48% через місяць після застосування, після другої - 91% через два місяці, і після третьої - 96%, у віці 7 місяців усі немовлята були 100% захищені.

Три дози вакцини гепатиту В захищають на 30 років і довше.

Вчасна вакцинація дитини від гепатиту В при народженні у поєднанні з іншими підходами може зупинити передачу інфекції в перинатальному періоді. Послугами вакцинації від ВГВ необхідно охопити 90% новонароджених.

На сьогодні доступні високоефективні пероральні НА та ПППД, які можуть врятувати життя пацієнтів з ХГВ і ХГС. У випадку ХГВ лікування протягом всього життя НА призводить до вірусної супресії у 70-80% хворих. У випадку ХГС 12-24-тижневий курс терапії ПППД забезпечує повне одужання у понад 90% хворих.⁵

⁴ Анальний/оральний секс (нетрадиційний статевий акт)

⁵ https://ohc.org.ua/sites/default/files/users/user90/FINAL_MSF_2020_22_Januar_small.pdf

ДІАГНОСТИКА

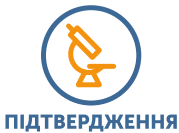
Дослідження та документи які необхідні для отримання безкоштовного лікування ХГС

1	Загальний аналіз крові розгорнутий	безкоштовно з направленням сімейного лікаря або 100-150 грн
2	АЛТ, АСТ	безкоштовно з направленням сімейного лікаря або 80-520 грн
	Біохімічні показники крові (ГГТ, ЛФ, загальний білок, альбумін, білірубін, глюкоза сироватки крові)	
3	Креатинін	безкоштовно з направленням сімейного лікаря або 60-210 грн
4	РНК ВГС (якісним або кількісним методом)	185-1100 грн
5	Генотипування ВГС*(обов'язково при застосуванні не пангенотипного режиму лікування)	350-800 грн
6	Вірус гепатиту В(HBV) , HBsAg	150-220 грн
7	Вірус гепатиту В(HBV) ,anti- HBcorAg	150-220 грн
8	Діагностика вираженого фіброзу/цирозу за допомогою неінвазивних тестів: APRI *, FIB-4**	 450-1200 грн
	Діагностика вираженого фіброзу/цирозу - еластометрія, еластографія, фіброскан + УЗД області черевної порожнини	
9	Для жінок: Огляд гінеколога	безкоштовно з направленням сімейного лікаря
	Тест на вагітність за 3-7 днів до початку терапії	20-350 грн
10	Скринінгове анкетування* симптомів, підозрілих на ТБ (кашель, підвищення температури тіла, нічне потовиділення)	 безкоштовно з направленням сімейного лікаря
	Рентгенологічне дослідження органів грудної клітини за наявності симптомів підозрілих на туберкульоз або/та у випадку відсутності рентгенологічного обстеження ОГК протягом попередніх 6 міс.	
	Результати тесту на ВІЛ (ІФА)	
11	Для пацієнтів із ко-інфекцією ВІЛ визначення: а) кількості CD4 лімфоцитів; б) вірусного навантаження РНК ВІЛ; в) схема АРТ;	безкоштовно
12	При наявності супутньої патології, висновок профільного спеціаліста	безкоштовно з направленням сімейного лікаря
13	Ксерокопія сторінок паспорта: 1, 2, а також сторінка з реєстрацією або ID з Витягом з ЄДРР	
14	Заява на ім'я головного лікаря ЗОЗ за місцем реєстрації (достатньо навіть тимчасової), де надають послуги з консультування та лікування ВГ, із проханням отримати лікування державним коштом	заповнюється власноруч на місці за встановленим зразком
	Дослідження обов'язкові	
	Дослідження рекомендовані	
	Необхідні документи	

АЛГОРИТМ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С І В



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я



* APRI — неінвазивний метод діагностики фіброзу печінки. Формула розрахунку: $APRI = \frac{ACT (од./л) \times 100}{\text{верхня межа норми } ACT (од./л) \times \text{тромбоцити } (т./л)}$.

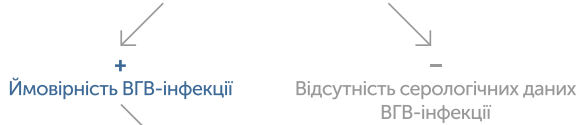
Значення більше 1,0 свідчить про високу ймовірність фіброзу, якщо менше 0,5 — про низьку.

** FIB-4 — неінвазивний метод діагностики фіброзу печінки. Формула розрахунку: $FIB-4 = \frac{\text{вік (роки)} \times ACT (од./л)}{\text{тромбоцити } (т./л) \times \sqrt{ALP (од./л)}}$. Якщо значення менше 1,45, то ймовірність фіброзу мала (близько 90%), якщо значення більше 3,25, то ймовірність фіброзу велика (близько 90%).



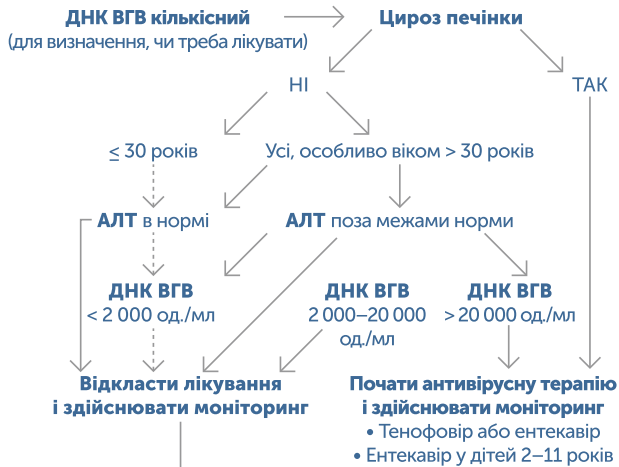
СЕРОЛОГІЧНЕ ТЕСТУВАННЯ

Тестування на поверхневий антиген вірусу гепатиту В (HBsAg)
(швидкий тест або імуноаналіз)



Оцінювання стадії ураження печінки

(з використанням клінічних критеріїв та неінвазивних тестів – APRI * > 2, еластографії)



ОЦІНЮВАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ

Виявлення ГЦК у людей із цирозом або із ГЦК у сімейному анамнезі (кожні 6 місяців)

- УЗД і АФП у сироватці

Відповідь на лікування і/чи прогресування захворювання (кожні 12 місяців)

- Якщо пацієнт проходить лікування, перевірка прихильності під час кожного візиту
 - АЛТ, ДНК ВГВ і HBeAg
- Визначення ступеня ураження печінки (клінічні критерії та неінвазивні тести (APRI у дорослих або фіброскан)



МОНІТОРИНГ

Моніторинг токсичності в осіб, які проходять курс лікування
(перед початком лікування і потім кожні 12 місяців)

- Функція нирок і фактори ризику ниркової дисфункції (креатинін, швидкість клубочкової фільтрації, протеїнурія, глюкозурія)
 - УЗД і АФП у сироватці



ЛІКУВАННЯ ХГС

Відповідно до Настанов ВООЗ (редакція 2018 року) рекомендовано лікувати усіх пацієнтів із ХГС ("наївних" та із досвідом лікування), які бажають отримати лікування та не мають протипоказань.⁶

У разі недостатньої кількості препаратів рекомендовано керуватися наступними принципами для надання першочергового лікування.

Клінічні покази:

- особи із наявним
- фіброзом печінки (F \geq 2),
- ризик прискореного
- розвитку фіброзу,
- метаболічний синдром
- позапечінкові прояви
- захворювання.

Епідеміологічні покази:

- належність до груп із підвищеним ризиком передачі ВГС:
- ЛВІН,
- ЛЖВ,
- ЧСЧ,
- секс-працівники,
- працівники, які мають контакт з кров'ю.
- пацієнти на гемодіалізі,

Для лікування гепатиту С використовують:

- таблетовані препарати прямої противірусної дії (ПППД)
- рибавірин (на додаток до ПППД) за призначенням лікаря

ПППД діють безпосередньо на різні структурні елементи вірусу гепатиту С, блокуючи його відтворення. Ці препарати мають найкращі показники успіху в лікуванні гепатиту С.

Рекомендовані Міжнародними Протоколами схеми лікування різних генотипів гепатиту С діляться на:

Пангенотипні режими (підходять для лікування всіх генотипів), доступні на сьогодні для застосування у дорослих віком 18 років та старше:

- софосбувір/велпатасвір **SOF/VEL**;
- софосбувір + даклатасвір **SOF + DCV**;
- софосбувір/велпатасвір/воксілапревір **SOF/VEL/VOX**;
- глекапревір/пібрентасвір **GLE / PIB**;

Генотип-специфічні режими:

- софосбувір/ледіпасвір **SOF / LED** для 1 та 4-6 генотипів;
- гразопревір/елбасвір **GZR / EBR** для 1 та 4 генотипів;
- омбітасвір + паритапревір + ритонавір + дасабувір **OBV / PTV/r + DSV** для 1 та 4 генотипів.

Усі ПППД заважають вірусу продукувати необхідні білки та використовувати власні ферменти, які необхідні йому для відтворення (реплікації). Якщо власні вірусні білки та ферменти блокуються впродовж 8-24 тижнів, це призводить до загибелі всіх наявних популяцій вірусу.

⁶ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Analitichna_dovidka_HCV_regiony_2019.pdf

Метою лікування гепатиту С є досягнення стійкої вірусологічної відповіді, яка визначається як відсутність РНК ВГС через 12 та 24 тижнів після завершення лікування (СВВ12/24).

Проведене ефективне лікування та досягнута СВВ 12/24, не гарантують повторного інфікування ВГС у разі продовження ризикованого стилю життя.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХГС У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ 3-17 РОКІВ

У квітні 2017 р. Управління з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (FDA) та Європейське агентство лікарських засобів (EMA) затвердило комбінації препаратів прямої противірусної дії (ПППД), софосбувір/ледіпасвір та софосбувір / рибавірин для лікування підлітків віком 12–17 років та вагою більше 35 кг, з хронічним гепатитом С. У 2018 р. вказані режими рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

28 серпня 2019 року Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (Food and Drug Administration - FDA) дозволило лікування гепатиту С у дітей від 3 х років препаратами прямої противірусної дії. Таке рішення стосується препаратів з діючими речовинами:

Софосбувір⁷



та софосбувір/ледіпасвір⁸



В березні 2020 року FDA дозволило використання схеми SOF/VEL для дітей з 6 років⁹



використання схеми



В квітні 2020 року FDA дозволило використання схеми для підлітків з 12 років та при вазі від 45 кг¹⁰

GLE/PIB

Таблиця з рекомендованими FDA та ВООЗ схемами лікування

ПППД	Вік 3 - 6 років	Вік ≥ 6 років	Вік ≥ 6 - =12 років	Вік ≥ 12 до 17	Вік ≥ 12 до 17
Добова доза	вага < 17 кг	вага ≥ 17 - < 30 кг	вага / ≥ 30 кг - < 35 кг	вага ≥ 35 кг	≥ 45 кг
SOF/LED1,4,5,6 генотипи	33,75 мг/150 мг	45 мг/200 мг	45 мг/200 мг	400 мг/90 мг	400 мг/90 мг
SOF/VEL всі генотипи		200мг/50/мг	400 мг/100 мг	400 мг/100 мг	400 мг/100 мг
GLE/PIB всі генотипи					100мг/ 40 мг

⁷ HIGHLIGHTS OF PRESCRIBING INFORMATION These highlights do not include all the information needed to use SOVALDI safely and effectively

⁸ https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/212477s0001bl.pdf

⁹ https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/208341s014bl.pdf

¹⁰ http://outbreaknewstoday.com/hepatitis-c-drug-mavyret-approved-treat-children-77318/?fbclid=IwAR14PomXoILK2OAVKmPXhJGqCnxaripVle_nRkue3V8FD0WEHmo3PZQUl



ЛІКУВАННЯ ХГВ

У всіх дорослих, підлітків і дітей віком 12 років або старше, яким показана протівірусна терапія, рекомендуються нуклеоз(т)идні аналоги (НА).

До НА, які були затверджені в Європі для лікування ХГВ належать ламівудин (LAM), адефовір діпівоксил (ADV), ентекавір (ETV), телбівудин (TBV), тенофовір (тенофовір дизопроксилу фумарат (TDF)) і тенофовір алафенамід (TAF).

Ці протівірусні препарати класифікуються на дві групи:

- з низьким бар'єром до розвитку стійкості до HBV (LAM, ADV, TBV)
- з високим бар'єром до розвитку стійкості (ETV, TDF, TAF)

Мета протівірусної терапії ХГВ – пригнічення реплікації ВГВ, зниження хворобливості та летальності у зв'язку з прогресуючою хворобою печінки.

Препаратами лікування першої лінії є НА з високим бар'єром резистентності.

Тенофовір і ентекавір є найбільш ефективними протівірусними засобами для досягнення таких рівнів ДНК ВГВ, що не визначаються тест-системами, і нормалізації рівнів АЛТ у HBeAg-позитивних та HBeAg-негативних осіб з ХГВ, які не отримували нуклеозиди.

Зручність введення (один раз на день перорально), низький рівень побічних реакцій і мінімальна потреба у моніторингу токсичності тенофовіру та ентекавіру сприяють їх доступності.

Рекомендовані препарати для лікування ХГВ та їх дози у дорослих¹¹

Препарат	Доза
TDF	300 мг один раз в день
ETV (дорослі з компенсованою хворобою печінки, які не отримували НА)	0,5 мг один раз на день
ETV (дорослі із ламівудин-резистентністю або декомпенсованим захворюванням печінки)	1 мг один раз на день
TAF	25 мг один раз на день

Рекомендовані препарати для лікування ХГВ та їх дози у дітей

TDF	ETV (у дітей 2-х років або старше з вагою принаймні 10 кг. Оральний розчин давати дітям з вагою до 30 кг)							
	Вага							
у дітей 12 років і старше з вагою принаймні 35 кг	10 до 11	>11 до 14	>14 до 17	>17 до 20	>20 до 23	>23 до 26	>26 до 30	>30
300 мг один раз в день	Рекомендована доза один раз на день орального розчину (мл)							
	3	4	5	6	7	8	9	10

¹¹ https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_613_akn_vgb_vooz.pdf



ОРИГІНАЛЬНІ ТА ГЕНЕРИЧНІ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВГВ І ВГС

Дженерики (генерики, генеричні препарати, препарати-генерики)- це лікарські засоби, що мають такий же склад діючих речовин, лікарську форму та ефективність, як і оригінальні препарати, але не володіють патентним захистом. Можуть відрізнитися від оригінального препарату за складом допоміжних речовин.

Наявність генеричних препаратів дозволяє значно знизити витрати на лікування і внаслідок цього охопити лікуванням більшу кількість хворих. Схвалення генеричних лікарських засобів ґрунтується на взаємозамінності або терапевтичній еквівалентності оригінального та генеричного препаратів шляхом проведення досліджень на біоеквівалентність.

Вимогу щодо проведення досліджень біоеквівалентності замість досліджень клінічної ефективності та безпечності для генеричних препаратів було запроваджено у Сполучених Штатах Америки (США) у 1984 р., і зараз це загальноприйнятий норматив.

Іншим механізмом, який використовується для підтвердження якості препаратів, є прекваліфікація ВООЗ. Прекваліфікація ВООЗ лікарського засобу дозволяє провести його оцінку та перевірити, чи відповідає він світовим вимогам щодо ефективності, безпеки та якості.

Протягом останнього часу опубліковано багато статей про генеричні форми ПППД, які за ефективністю не поступаються брендовим препаратам, проте з точки зору економічної ефективності є вигіднішими для країн із середнім та низьким рівнем доходів.

У Стратегії ВООЗ зазначає, що держави мають вживати заходи щодо ліквідації неефективного використання витрат в умовах обмеженого фінансування, орієнтуватися на ефективний розподіл та використання коштів з національного бюджету. В рамках елімінації ВГ це означає максимально ефективно планувати використання коштів для досягнення цілей забезпечення доступу до лікування максимальної кількості хворих, зокрема, через використання генеричних форм препаратів, які пройшли прекваліфікацію ВООЗ. Результати дослідження Центру аналізу захворюваності (Centre of Disease Analysis, CDA) показали, що темпи лікування ВГС недостатні для елімінації епідемії.

Протягом 2016 року у світі було проліковано 1 512 827 людей. Водночас, кількість нових випадків інфікування становила 1 597 877 осіб. За підрахунками CDA, орієнтовно 5 млн людей щороку потрібно лікувати ПППД, щоби досягнути цілі до 2030 року. Це можна зробити лише шляхом розширення доступу до препаратів. Наразі в світі проведено низку досліджень, які демонструють ефективність і безпечність генеричних препаратів для лікування гепатиту В та С.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВГ В ПОЄДНАННІ З КО-ІНФЕКЦІЯМИ

Гепатит В та ВІЛ. Проблеми з ко-інфекцією ВГВ/ВІЛ включають перехресну резистентність між препаратами проти ВІЛ та ВГВ, збільшення уражень печінки



через пряму гепатотоксичність або пов'язаних з АРТ, в результаті якої виникає імунна відповідь гепатиту з підвищенням АЛТ і навіть швидкопрогресуючий, тяжкий гепатит, якщо АРТ адекватно не контролює обидві інфекції ВІЛ і ВГС. У пацієнтів з ХГВ/ВІЛ антиретровірусне лікування починається незалежно від рівня CD4. У пацієнтів з ВІЛ та рівнем CD4 ≤500 клітин/мм³ антиретровірусне лікування ВІЛ починається незалежно від стадії ураження печінки.

Гепатит С та ВІЛ. В осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС зазвичай відзначають швидше прогресування захворювання ХГС, ніж у пацієнтів з моноінфекцією. Навіть за умови успішного контролю ВІЛ-інфекції завдяки АРТ, ризик виникнення декомпенсації печінки в осіб з ко-інфекцією є вищим, ніж в осіб тільки з інфекцією ВГС. Тому, починаючи з 2014 р., у настановах ВООЗ всіх осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ВГС визначено як пріоритетних отримувачів лікування ВГС.

У випадку одночасного діагностування ВІЛ/ВГС, спочатку потрібно розпочати прийом АРТ. Після моніторингу (2-4 тижні) нормальної переносимості додати ПППД.

Можливим є виникнення медикаментозних взаємодій між пангенотипними схемами лікування ВГС та схемами АРТ. Таким чином, слід наголосити на важливості перевірки потенційної взаємодії між препаратами для лікування ВІЛ та ВГС.

Гепатит С і Туберкульоз. Особи з підвищеним ризиком інфікування ВГС також можуть зазнавати підвищеного ризику інфікування ТБ. Таким чином, клінічне оцінювання осіб для лікування ХГС повинне включати скринінг щодо активної форми ТБ.

Більшість ПППД метаболізуються у печінці, що призводить до підвищення або зниження рівня дії препаратів при спільному застосуванні з такими антибіотиками групи рифампіцинів, як рифабутин, рифампін (рифампіцин) та рифапентин, тому слід уникати одночасного лікування інфекції ВГС та ТБ або за умови ретельного вибору схеми лікування ВГ. Таким чином, лікування ТБ краще провести перед призначенням терапії ХГС.

ВЗАЄМОДІЯ МІЖ ПППД ТА АНТИРЕТРОВІРУСНИМИ ЛЗ

ПППД	ABC	ATZ/r	DRV/r	DTG	EFV	LPV/r	NVP	RAL	TDF	TAF	ZDV	3TC
DCV	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green
GLE/PIB	Green	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green
SOF	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
SOF/LED	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green



ПППД	ABC	ATZ/r	DRV/r	DTG	EFV	LPV/r	NVP	RAL	TDF	TAF	ZDV	XTC
SOF/VEL												
SOF/VEL/VOX												
OBV/PT Vr + DSV												
GZR/EBR												
Не можна застосовувати разом												
Можливе виникнення ознак токсичності/взаємодії/коригування дози, як зазначено												
Відсутність взаємодії; можливе одночасне застосування												

ВЗАЄМОДІЯ МІЖ ПППД ТА НАРКОТИЧНИМИ ЛЗ

	SOF	SOF/LED	SOF/VEL	OBV/PTV/r + DSV	GZR/EBR	SOF/VEL/VOX	GLE/PIB	DCV
Амфетамін	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Канабіс	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Кокаїн	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Діаморфін	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Діазепам	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Фентаніл	◆	◆	◆	◆	■	◆	■	◆
Гамма - гідроксibuтират	◆	◆	◆	■	■	◆	■	◆
Кетамін	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
МДМА (екстазі)	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Мефедрон	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Метадон	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Метамфетамін	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Оксикодон	◆	◆	◆	■	■	◆	■	◆
Фенциклідин	◆	◆	◆	■	◆	◆	◆	◆
Темазепам	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
◆	Ніяких клінічно значущих взаємодій не очікується.							
■	Потенційна взаємодія, яка може потребувати регулювання дози, зміни часу вживання або додаткового контролю.							
●	Ці ЛЗ не повинні застосовуватися разом.							



Деякі ЛЗ можуть вимагати зміни дози залежно від функції печінки. Будь ласка, ознайомтеся з інструкцією ЛЗ щодо рекомендованих доз. У випадку потреби у додатковій інформації стосовно взаємодій між ЛЗ для більш широкого кола ЛЗ, а також щодо докладних даних про фармакокінетичну взаємодію та коригування доз, звертайтеся до Ліверпульської таблиці^{12 13}



ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, В ЯКІ ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ РОЗПОДІЛ МЕДИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХГС

№	Адміністративно-територіальні одиниці	Провідний ЗОЗ, куди здійснюється розподіл препаратів	Контакти	Примітки
1	Вінницька	КНП «Міська клінічна лікарня №1» м. Вінниці	інфекційне відділення (0432) 51-12-15, гепатоцентр (0432) 43-73-72	спочатку у КЗ «База спеціального медичного постачання», вулиця Писарева, 23, потім передається у КНП «Міська клінічна лікарня №1» м. Вінниці м. Вінниця, вул. Хмельницьке шосе, 96
2	Волинська	КП «Волинська обласна інфекційна лікарня»	приймальне відділення (0322) 24-99-54, інфекційний відділ для дорослих (0332) 24-93-23	м. Луцьк, вул. Шевченка, 30
3	Дніпропетровська	КП «Дніпропетровський обласний центр соціальних значущих хвороб» Дніпропетровської обласної ради»	(056) 756-86-00, (068) 525-88-99	м. Дніпро, вул. Бехтерева, 1 49 115
4	Донецька	КНП «Міська лікарня №1 м. Краматорськ»	інфекційне відділення (0626) 41-66-26	вул. Олексі Тихого, 17. База отримання, потім іде розподіл препаратів у відділі охорони здоров'я райдержадміністрації
5	Житомирська	КУ «База спеціального медичного постачання Житомирської області»	(041) 234-54-25, (067) 170-07-62	місто Житомир, Корольовський район, вул. Комерційна, буд. 2
6	Закарпатська	Закарпатська обласна клінічна інфекційна лікарня	реєстратура (0312) 64-23-17	м.Ужгород, вул. Грибєдова, 20А
7	Запорізька	КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня»	реєстратура гепатоцентру (093) 619-19-35	м. Запоріжжя, бул. Гвардійський, 142
8	Івано-Франківська	Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня	реєстратура (0342) 50-49-06; амбулаторне відділення (0342) 56-39-17	м.Івано-Франківськ вул. Гетьмана Сагайдачного, 66
9	Київська	КЗ Київської обласної ради "База спеціального медичного постачання»	044 483 89 63	вул. Герцена, 31, м.Київ, Шевченківський район, 04050

¹² https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/10/2020_10_kn_vgc.pdf

¹³ <https://www.hep-druginteractions.org/checker>



№	Адміністративно-територіальні одиниці	Провідний ЗОЗ, куди здійснюється розподіл препаратів	Контакти	Примітки
10	Кіровоградська	КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»	інфекційне відділення (0522) 39-71-07	Університетський проспект, 2/5, Кропивницький, Кіровоградська область, 25000
11	Луганська	КЗ «Рубіжанська міська лікарня»	інфекційне відділення (06453) 6 43 58	вулиця Студентська, 19, Рубіжне, Луганська область, 93000
12	Львівська	КНП Львівської обласної ради «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»	гастроентерологічне відділення (032) 275 75 82	вулиця Пекарська, 54, Львів, Львівська область, 79000
13	Миколаївська	Миколаївська обласна інфекційна лікарня	приймальне відділення (0512) 22-12-47; відділення №1 (0512) 22-00-47	вулиця Космонавтів, 43, Миколаїв, Миколаївська, 54000
14	Одеська	КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб ООР»	тел. 050 412 57 20	вул. Леонтовича 11, м. Одеса, Одеська область, 65000
15	Полтавська	КП «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня ПОР»	приймальне відділення (0532) 60-87-52; діагностичне відділення (0532) 52-21-28	Першотравневий проспект, 22, Полтава, Полтавська область
16	Рівненська	Центральна міська лікарня м. Рівне	гепатоцентр (0362) 63-65-97	вулиця Миколи Карнаухова, 25 А, Рівне, Рівненська область, 33017
17	Сумська	Обласний комунальний заклад «Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.І. Красовицького»	реєстратура (0542) 701-226	вулиця 20-річчя Перемоги, 15, Суми, Сумська область, 40000
18	Тернопільська	КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», інфекційне відділення	Приймальне відділення (0352) 25 08 13; Інфекційне відділення (0352) 52 77 71	вул. Шпитальна, Тернопіль, Тернопільська область, 46003
19	Харківська	КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна інфекційна лікарня»	Гепатологічний центр (0572) 97-60-16; відділення вірусних гепатитів (0572) 97-50-04	проспект Героїв Сталінграду, 160, Харків, Харківська область, 61000
20	Херсонська	КЗ «Херсонська обласна інфекційна лікарня ім.Г.Горбачевського» ХОР	(0552) 37-25-82, (0552) 37-29-80	вул. Миколи Гринька, 1А, Херсон, Херсонская, 73000
21	Хмельницька	Хмельницька міська інфекційна лікарня	(0382) 70-43-93	вул. Сковороди, 17, Хмельницький, Хмельницька, 29000
22	Черкаська	КНП «Черкаська міська інфекційна лікарня» Черкаської МР	інфекційне відділення (доросле і дитяче) (0472) 64-30-94	вул. Рози Люксембург, 210/1, Черкаси, Черкаська область, 18000
23	Чернівецька	ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня»	інфекційне відділення (0372) 51-47-44	Головна вулиця, 137, Чернівці, Чернівецька область, 58000
24	Чернігівська	«Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради	Центр гематології та терапевтичної панкреатології (04622) 5-64-43	вул. Волковича, 25, Чернігів, Чернігівська область, 14029
25	м. Київ	Київська міська клінічна лікарня №5 Київська міська клінічна лікарня №15	інфекційне відділення (044) 409-20-69 реєстратура (044) 425-20-31	вул. Відпочинку, 11, Київ, 03115 вул. Григорія Сковороди, 2А, Київ, 04070



КОНТАКТИ ОРГАНІЗАЦІЙ, ЩО НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ВГ

ГО БСД
073 044 73 44



МБФ
«Альянс громадського
здоров'я»



БФ
«Надія та Довіра»



Національна Гаряча Лінія
з питань вірусних гепатитів
0-800-50-33-10



БО
«100% Життя.
Київський регіон»



ВБО
«Конвіктус
Україна»



БО
«100% ЖИТТЯ»



МЕТА ОБСТЕЖЕНЬ ТА КОМЕНТАРІ ДО НИХ. ПОЯСНЕННЯ ДО ТАБЛИЦІ НА СТОРІНЦІ 11

Мета обстеження	Обстеження	Коментарі
Підтвердження та характеристика ВГС	РНК ВГС	Свідчать про наявність та є основою оцінки відповіді на лікування
	Генотип і підтип ВГС	Вибір лікування у випадку призначення непангенотипного режиму
Оцінка ураження печінки	Загальний аналіз крові	Тромбоцити важливі для APRI, FIB 4. Тромбоцитопенія може вказувати на цироз печінки і портальну гіпертензію
	АЛТ	Маркер пошкодження клітин печінки
	АСТ	Маркер пошкодження клітин печінки
	Гамма-глутамілтрансфераза	Підвищення може вказувати на цитоліз, холестаз, інтоксикацію алкоголем, пухлинні утворення в печінці, медикаментозну інтоксикацію
	Лужна фосфатаза	Частіше її рівень підвищується при закупорці жовчних шляхів, об'ємних процесах та дифузних ураженнях печінки
	Білірубін	Підвищений рівень білірубіну або міжнародного нормалізованого відношення чи гіпоальбумінемія можуть вказувати на серйозне порушення функції печінки
	Міжнародне нормалізоване відношення (або протромбіновий час)	
	Альбумін	
Креатинін	Показник функції нирок, показує, чи можна застосовувати ППГД на основі SOF. Ниркова дисфункція збільшує гемолітичну анемію, пов'язану з рибавірином (РБВ)	
Діагностика вираженого фіброзу	APRI, FIB 4, еластометрія, еластографія, фіброскан	Показник ступеню фіброзу впливає на схему та тривалість курсу лікування (F0-F4)
	Ультразвукове обстеження органів черевної порожнини	Може виявити ознаки цирозу печінки та показує стан органів та систем сусідніх з печінкою
Вірусні ко-інфекції	HBsAg	Виключення ко-інфекції ВГВ
	anti- HBcAg	При позитивному результаті обов'язкове обстеження на ДНК ВГВ якісно, а при позитивному результаті і кількісно для оцінювання потреби в призначенні лікування ХГВ
	Антитіла до ВІЛ	Виключення ко-інфекції ВІЛ
Виключення інших причин ураження печінки	Альфа-1-антитрипсин	Альфа-1-антитрипсинова недостатність
	Церулоплазмін	Хвороба Вільсона
	Феритин, залізо в сироватці, загальна залізов'язуюча здатність сироватки крові	Надлишок заліза
	Антинуклеарні антитіла	Аутоімунний гепатит
	Антимітохондріальні антитіла	Первинний біліарний цироз
	IgG	Часто підвищується при аутоімунному гепатиті та цирозі будь-якої етіології
Відсутність ТБ процесів	Скринінгове анкетування симптомів, підозрілих на ТБ або рентгенологічне обстеження органів грудної клітини	Потрібно виключити наявність ТБ процесів у пацієнта до початку лікування (протипоказання одночасного застосування протитуберкульозних препаратів та ППГД)

Запропоновано тести, необхідність проведення яких визначається індивідуально. Верхню межу норми для АЛТ слід вважати верхню межу норми тієї лабораторії, в якій проводилося тестування



Автори: Раус Ірина, дитячий інфекціоніст, кандидат медичних наук, КМЦ СНІДу, Юрій Войналович, Руслана Арсентій

Експертна оцінка: Віктор Третяков лікар-інфекціоніст, кандидат медичних наук, БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ»

Видання підготовлено та опубліковано командою ГО БСД за технічної підтримки ЦГЗ в рамках проекту, **COPE** continuous patient education **що фінансується** **EA TG** European AIDS Treatment Group

© ГО «БСД», 2020

Наклад: 3 000 примірників Поширюється безкоштовно.