



**ВИЧ и КОИНФЕКЦИИ  
ГЕПАТИТЫ, ТУБЕРКУЛЕЗ**



## ТУБЕРКУЛЕЗ

Важно знать, что ни диагностика, ни лечение туберкулеза не могут производиться самостоятельно. Если у вас появились подозрения, что вы больны туберкулезом, – сразу же обращайтесь к врачу. Почти все пациенты с впервые выявленным туберкулезом могут быть излечены при правильной терапии. В противном случае последствия могут быть очень серьезными и необратимыми.

Туберкулез может поражать различные органы и ткани человека: глаза, кости, кожу, мочеполовую систему, кишечник и т.д. Но чаще всего встречается туберкулез легких. Очень трудно уберечь себя от туберкулеза, т.к. инфекция передается, в основном, воздушно-капельным путем, попадая в органы дыхания от заболевшего человека к здоровому. Поэтому заразиться можно где угодно и совсем не обязательно в результате прямого контакта с больным.

Возбудителем болезни является микобактерия туберкулеза, или палочка Коха. При активной форме туберкулеза палочка Коха быстро размножается в легких и, образно говоря, питается человеческими тканями, разрушая легкие, отравляя организм продуктами своей жизнедеятельности, выделяя в него токсины. Идет процесс туберкулезной интоксикации.

В некоторых случаях нелеченный туберкулез переходит в хроническую форму. Человек с хронической формой туберкулеза живет много лет, продолжая выделять микобактерии и заражать окружающих.

Заболеть туберкулезом можно двумя способами: путем заражения или путем активации латентной (дремлющей) инфекции.



### Палочка Коха

Инфекционная природа туберкулеза была доказана немецким ученым Робертом Кохом, когда он открыл возбудитель болезни, относящийся к роду микобактерий. Поэтому микобактерию туберкулеза до сих пор называют палочкой Коха. В отличие от других микробов,

она очень устойчива во внешней среде: способна сохранять свои свойства в земле, в снегу, во льду, устойчива к воздействию спиртом, кислотой и щелочью.

В то же время палочка Коха погибает под длительным воздействием прямых солнечных лучей, высоких температур, хлорсодержащих веществ.

## Как уберечься от туберкулеза?

Чтобы уменьшить вероятность первичного заражения окружающих, человек, больной активной формой туберкулеза, должен придерживаться определенных правил: прикрывать рот платком или рукой и отворачиваться при кашле; сжигать бумажные носовые платки немедленно после употребления; пользоваться отдельной посудой и не позволять пользоваться ею другим.

В целях дезинфекции можно пользоваться хлорсодержащими растворами. Хорошим и простым методом обеззараживания является проветривание и вывешивание на солнце одеял, шерстяных и хлопчатобумажных вещей, т.к. прямой солнечный свет убивает ТБ-бактерии в течение 5 минут (в то же время в темноте бактерии долго сохраняют жизнеспособность, и поэтому наибольшее распространение инфекции происходит в темных помещениях). Бактерии разрушаются при нагревании: в течение 20 минут при 60° и в течение 5 минут при 70°.

## Диагностика

**Мазок мокроты.** На ранней стадии болезни активный туберкулез выявляют с помощью микроскопического исследования мазка

мокроты. Метод микроскопии мазка – самый прямой, наиболее быстрый и дешевый способ диагностики туберкулеза. Образец мокроты, выделяемой при кашле, фиксируют на стеклянной пластинке, окрашивают определенным способом и исследуют в обычном микроскопе. Наличие палочки Коха в мазке свидетельствует об инфекционном туберкулезе.

Однако отрицательный результат мазка еще не означает отсутствие заболевания. Туберкулез в самой ранней стадии, а также туберкулез у детей часто дает отрицательный мазок. Поэтому при подозрении на туберкулез и отрицательном результате мазка рекомендуется повторять микроскопию мазка, как минимум, три раза.

**Рентгеновское обследование.** Просвечивание рентгеном – рентгеноскопия и флюорография – позволяют с достаточно высокой достоверностью выявить туберкулез на более поздней стадии, когда уже начался распад легкого больного. Наличие очевидного распада в легких при отрицательном результате мазка, как правило, свидетельствует о некачественном проведении анализа мокроты.

**Посев мокроты.** Посев (культуральное исследование) заключается в выращивании культуры микобактерий в специально оборудованной лаборатории из образца мокроты пациента. В лабораторных условиях палочка Коха размножается медленно, поэтому данный анализ занимает два-три месяца. Однако его проведение чрезвычайно важно по следующей причине. Выросшую культуру микобактерии разделяют на несколько образцов и определяют ее чувствительность к различным антибиотикам. Это единственный способ выяснить, к каким лекарствам чувствительна данная разновидность палочки Коха, а к каким – нет. Ни мазок, ни рентген подобную информацию предоставить не могут.

К сожалению, не во всех российских лабораториях существуют условия для достоверного определения лекарственной чувствительности.

На основании результатов анализа лекарственной устойчивости выросшей культуры микобактерии врач может правильно подобрать комбинацию лекарств. В отсутствие данных по лекарственной устойчивости назначается лечение стандартным набором препаратов «первого ряда». Такое лечение «вслепую» успешно излечивает большую часть пациентов, зараженных обычным (чувствитель-

ным) туберкулезом. Однако меньшая часть пациентов, зараженная лекарственно-устойчивым туберкулезом, невосприимчива к действию препаратов первого ряда.

## Лечение

Правильное лечение обычного (чувствительного) туберкулеза почти всегда заканчивается полным выздоровлением.

Неправильное лечение обычного (чувствительного) туберкулеза приносит больше вреда, чем пользы, так как оно превращает легкоизлечимую форму болезни в трудноизлечимый лекарственно-устойчивый туберкулез.

Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза – долгая, мучительная, дорогостоящая и не всегда успешная процедура.

**Основные принципы лечения туберкулеза.** Лечение туберкулеза – длительный процесс и занимает от шести месяцев, в случае обычного (чувствительного) туберкулеза, до двух лет, в случае лекарственной устойчивости.

Лечение должно быть непрерывным. Палочка Коха не должна иметь возможности опомниться от «бомбардировки» ее мощной артиллерией противотуберкулезных препаратов до полного ее уничтожения.

Лечение обязательно должно проводиться одновременно несколькими противотуберкулезными препаратами. Каждое из 4–5 лекарств, которые больной ежедневно принимает, обладает различными механизмами действия, т.е. каждое из них воздействует на различные стороны и проявления жизни палочки Коха, и только вместе они могут достичь цели – уничтожить ее.

Лечение должно быть контролируемым. Это означает, что в течение нескольких месяцев, без перерывов, необходимо принимать несколько противотуберкулезных препаратов и каждый раз – под наблюдением медицинского работника.

Нарушение этих принципов приводит к лекарственной устойчивости.

Ни при каких обстоятельствах не следует лечиться неполным набором препаратов, преждевременно прекращать или временно прерывать начатый курс лечения или принимать таблетки нерегу-

лярно. При невозможности провести полный курс лучше отложить лечение, чем допустить проведение неполноценного курса.

**Лечение обычного (чувствительного) туберкулеза** проводится по стандартной схеме DOTS, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения.

При соблюдении основных принципов лечения DOTS излечивает обычный (чувствительный) туберкулез с вероятностью, приближающейся к 100%.

За ходом лечения следят путем анализа мазка мокроты.

Как правило, через две-три недели после начала курса лечения происходит абациллирование, т.е. прекращение выделения микобактерий в мокроте, а затем исчезновение других симптомов. Процесс распада легких замедляется и прекращается. Такой больной больше не опасен для окружающих. Однако ни в коем случае не следует прекращать лечение, даже если исчезли симптомы и прекратилось бактериовыделение, – через некоторое время недолеченный туберкулез возникает вновь уже в лекарственно-устойчивой форме.

Если после трех месяцев лечения по схеме DOTS не происходит абациллирования и симптомы не исчезают, то, вероятнее всего, у человека лекарственно-устойчивый туберкулез.

**Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза** – долгая, дорогостоящая и не всегда успешная процедура.

Наиболее опасным является туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ), к которому относят одновременную устойчивость, как минимум, к двум основным препаратам первого ряда – рифампицину и изониазиду.

Для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза применяются иные лекарства, нежели в схеме DOTS, – так называемые «резервные препараты», или «препараты второго ряда».

Основные принципы лечения такие же, как и при обычном туберкулезе: длительность, непрерывность, комбинация из нескольких лекарств, наблюдение со стороны медперсонала.

Нарушение этих принципов, в особенности использование только одного препарата или недолгосрочное лечение, приводит к выработке устойчивости к резервным препаратам, т.е. к полной неизлечимости.

Набор резервных препаратов для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза зависит от того, к каким из лекарств первого ряда имеется устойчивость, а это можно выяснить только путем посева мокроты.

В зависимости от спектра устойчивости лечение резервными препаратами продолжается от полутора до двух лет, а его успех колеблется в пределах от 50 до 80%.

Лечение резервными препаратами обязательно должно происходить под наблюдением квалифицированных врачей, по возможности в стационаре.

**Хирургическое вмешательство.** В большинстве стран мира хирургическое вмешательство при лечении туберкулеза используется крайне редко. Само по себе удаление очагов туберкулеза легких не может привести к излечению без проведения курса лечения лекарствами.

С другой стороны, успешно пролеченный по схеме DOTS обычный (чувствительный) туберкулез практически не дает рецидивов, поэтому нет никаких оснований для удаления остаточных очагов.

В редких случаях основанием для хирургического вмешательства может быть лекарственно-устойчивый туберкулез только в сочетании с лечением препаратами второго ряда.

**Санаторное лечение** туберкулеза неэффективно и дорого. В большинстве стран мира от него отказались в пятидесятых годах. В России по-прежнему сохраняется сеть противотуберкулезных здравниц, в основном, как форма социальной поддержки больных.

## Туберкулез и ВИЧ-инфекция

При активном туберкулезе и ВИЧ-инфекции обычно наблюдается обострение иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией, что способствует развитию других заболеваний, в первую очередь, пневмоцистной пневмонии, кандидозного эзофагита и криптококкового менингита.

Кроме того, согласно многочисленным данным, ТБ является непосредственной причиной смерти в среднем у 30% пациентов с

ВИЧ-инфекцией. Это подчеркивает необходимость раннего выявления и лечения туберкулеза у всех ВИЧ-положительных пациентов, особенно у пациентов с низким уровнем CD4-клеток.

Лечение туберкулеза у ВИЧ-положительных людей обладает приоритетом над высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ), и его начинают сразу же после выявления активного туберкулеза.

Курс противотуберкулезной терапии состоит из двух этапов: 1-й этап (начальная фаза) длительностью 2–3 месяца и 2-й этап (фаза продолжения) длительностью 4–5 месяцев. Риск возврата заболевания туберкулезом сводится к минимуму при использовании схемы, содержащей на протяжении всего курса лечения рифампицин.

Нередко активный туберкулез обнаруживается у пациентов на поздней стадии ВИЧ-инфекции и, следовательно, нуждающихся в ВААРТ. Нельзя отказываться от ВААРТ только из-за того, что пациенты получают или будут получать противотуберкулезные препараты. Однако желательно не начинать противотуберкулезную и антиретровирусную (ВААРТ) терапию одновременно. Если возможно, антиретровирусную терапию следует на некоторое время отложить

### Почему нельзя лечить одновременно туберкулез и назначать ВААРТ?

Большинство препаратов, используемых при лечении туберкулеза и ВИЧ-инфекции несовместимы. Они могут ослаблять или усиливать действия друг друга, что в некоторых случаях требует серьезной корректировки доз препаратов. Кроме того, как ВААРТ, так и противотуберкулезная терапия в некоторых случаях имеют побочные эффекты, которые при одновременном приеме двух терапий могут усиливаться.

Если вы принимаете наркотические вещества, то об этом обязательно необходимо сказать врачу. И не для того, чтобы вас ругали или осуждали. Дело в том, что некоторые препараты противотуберкулезной терапии и ВААРТ взаимодействуют с наркотическими веществами, что требует корректировки доз.

В некоторых случаях при лечении туберкулеза ВААРТ назначают сразу или подключают через несколько месяцев. Наиболее распро-

страненная схема лечения выглядит так (при лечении рифампицином):

### Предпочтительная

Зидовудин (Ретровир) + ламивудин (ЗТС) + ифавиренц (Стокрин)

### Альтернативная

Зидовудин (Ретровир) + ламивудин (ЗТС) + абакавир (Зиаген)

Данные схемы приведены для ознакомления. Более подробную информацию по лечению туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции вы можете получить у своего лечащего врача.

Лечение туберкулеза может вызвать ряд неприятных ощущений. Если это происходит, ни в коем случае нельзя самостоятельно прекращать лечение, а следует сообщить о всех неудобствах, которые вы испытываете, своему лечащему врачу. Самостоятельное прекращение лечения может привести к устойчивой лекарственной форме туберкулеза, лечить которую очень сложно, долго, и прогноз на выздоровление в этом случае будет намного хуже.

## ГЕПАТИТЫ

Вирусные гепатиты – распространенные и опасные инфекционные заболевания. Они могут проявляться по-разному, но среди основных симптомов выделяют желтушность кожи и боли в правом подреберье.

Чтобы поставить диагноз «Гепатит», нужно сделать анализы крови и мочи, а в сложных случаях – биопсию печени.

Из всех форм болезни гепатит А является наиболее распространенным. От момента заражения до появления первых признаков болезни проходит от 7 до 50 дней. Чаще всего начало заболевания сопровождается повышением температуры и может напоминать грипп.

Большинство случаев завершается спонтанным выздоровлением и не требует активного лечения. При тяжелом течении болезни назначают капельницы с лекарством, устраняющим токсическое действие вируса на печень.

Вирус гепатита В передается: половым путем, при инъекциях нестерильными шприцами у наркопотребителей и от матери плоду.

В типичных случаях заболевание начинается с повышения температуры, слабости, болей в суставах, тошноты и рвоты. Иногда появляются высыпания на теле. Происходит увеличение печени и селезенки. Также может быть потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Гепатит С – наиболее тяжелая форма вирусного гепатита, которую называют еще посттрансфузионным гепатитом. Это означает, что болезнь начала развиваться после переливания крови. Связано это с тем, что тестировать донорскую кровь на вирус гепатита С стали всего несколько лет назад.

Достаточно часто происходит заражение через шприцы у наркопотребителей.

Возможен половой путь передачи вируса, а также от матери – плоду.

Наибольшую опасность представляет собой хроническая форма этого заболевания, которая нередко переходит в цирроз и рак пече-

ни. Хроническое течение болезни развивается примерно у 70–80% больных. Сочетание гепатита С и других форм вирусного гепатита резко утяжеляет заболевание и грозит летальным исходом.

Гепатит D (Δ) – «болезнь-спутник», осложняющая течение гепатита В.

Гепатит E похож на гепатит А, но начинается постепенно и опаснее для беременных.

Последний в семействе гепатитов – гепатит G – похож на С, но менее опасен.

## Гепатит А

Гепатит А называют еще болезнью Боткина. Считается наиболее легкой формой гепатита, так как не имеет тяжелых последствий. Чаще всего гепатитом А заболевают дети: болезнь передается через грязные руки. Распространена, в основном, в слаборазвитых странах с низким уровнем гигиены. Иногда наблюдаются вспышки этого заболевания и в нашей стране.

От момента заражения до появления первых признаков болезни проходит от 7 до 50 дней. Чаще всего начало заболевания сопровождается повышением температуры и может напоминать грипп. Спустя 2–4 дня моча темнеет, а кал становится бесцветным. С появлением желтухи состояние больных улучшается. Заболевание длится от 1 недели до 1,5–2-х месяцев, после чего наступает период восстановления, который может растянуться до полугода.

Большинство случаев завершается спонтанным выздоровлением и не требует активного лечения. При тяжелом течении назначают капельницы, устраняющие токсическое действие вируса на печень. Всем больным рекомендован постельный режим, специальная диета и препараты, защищающие печень (гепатопротекторы).

## Гепатит В

Эту довольно тяжелую и распространенную форму гепатита называют еще сывороточным гепатитом. Такое название обусловлено тем, что заражение вирусом гепатита В может произойти через

кровь, причем через чрезвычайно малую дозу. Вирус гепатита В может передаваться половым путем, при инъекциях нестерильными шприцами, а также от матери – плоду.

Гепатит В характеризуется поражением печени и протекает в разных вариантах: от носительства до острой печеночной недостаточности, цирроза и рака печени. От момента заражения до начала болезни проходит 50–180 дней. В типичных случаях заболевание начинается с повышения температуры, слабости, болей в суставах, тошноты и рвоты. Иногда появляются высыпания на теле. Происходит увеличение печени и селезенки. Также может быть потемнение мочи и обесцвечивание кала. Специфической реакцией для диагностики гепатита В или его носительства служит выявление HbsAg. Заболевание гепатитом В называют ВГВ-инфекция.

У 90–95% взрослых в результате острой ВГВ-инфекции формируется иммунный ответ. Это приводит к выработке защитных антител. Менее чем у 1% взрослых развивается молниеносный гепатит, у оставшихся 5–10% – хроническая ВГВ-инфекция.

Для профилактики заражения вирусом гепатита В применяют различные виды вакцин.

## Гепатит С

Наиболее тяжелая форма вирусного гепатита. В настоящее время вся донорская кровь обязательно тестируется на наличие вируса гепатита С. Среди ВИЧ-положительных людей гепатит С, в основном, распространен в группе употребляющих инъекционные наркотические средства. Возможен половой путь передачи заболевания, а также от матери – плоду, но они случаются реже.

От момента заражения до клинических проявлений проходит от 2-х до 26-ти недель. Это в том случае, если не диагностировано вирусоносительство – состояние, когда вирус многие годы находится в организме и человек является источником заражения. При этом вирус может напрямую действовать на клетки печени, приводя со временем к опухоли печени. В случае острого начала болезни начальный период длится 2–3 недели, и как при гепатите В, сопровождается суставными болями, слабостью, расстройством пищеварения. В отличие от гепатита В, подъем температуры отмечается редко так же, как и желтушность.

Наибольшую опасность представляет собой хроническая форма болезни, которая нередко переходит в цирроз и рак печени. Хроническое течение развивается примерно у 70–80% больных. Сочетание гепатита С и других форм вирусного гепатита резко утяжеляет заболевание и грозит летальным исходом. Лечение гепатита С – комплексное и во многом схоже с терапией при гепатите В. Опасность гепатита С еще и в том, что эффективной вакцины, способной защитить от инфицирования гепатитом С, не существует. В последние годы выявление вируса гепатита С по анализу крови не представляет трудностей.

## Гепатит D

Возбудитель D (дельта)-гепатита имеет дефект, который выражается в том, что вирус не может самостоятельно размножаться в организме человека, он нуждается в участии вируса-помощника. Таким помощником является вирус гепатита В. Такой тандем порождает довольно тяжелое заболевание. Врачи называют такой «союз» суперинфекцией.

Чаще всего заражение происходит при переливании крови или через нестерильные шприцы. Возможен половой путь передачи заболевания, а также от матери – плоду. Все лица, инфицированные вирусом гепатита В, восприимчивы к гепатиту D.

Нередко заражение вирусами гепатитов В и D происходит одновременно. От момента заражения до развития болезни проходит (как и при гепатите В) 1,5–6 месяцев. Клиническая картина и лабораторные данные такие же, как при гепатите В.

Однако при смешанной инфекции преобладают тяжелые формы заболевания, нередко приводящие к циррозу печени. Врачи сходятся на том, что прогноз при данном заболевании часто неблагоприятный. Лечение такое же, как при гепатите В.

## Гепатит E

Раньше (до выявления вируса гепатита E) это заболевание, вместе с гепатитами С, D, G, входило в группу так называемых гепатитов «ни А ни В». Механизм заражения, как и у гепатита А, –

фекально-оральный. То есть болезнь передается от больного человека, который выделяет вирус с фекалиями. Нередко заражение происходит через воду. Как и при гепатите А, прогноз в большинстве случаев благоприятный. Исключения составляют женщины в последние три месяца беременности, среди которых смертность достигает 9–40% случаев. Восприимчивость к вирусному гепатиту E всеобщая. Преимущественно заболевают молодые люди в возрасте 15–29 лет. Гепатит E особенно распространен на территориях с жарким климатом и крайне плохим водоснабжением.

От момента заражения до начала болезни проходит от 14 до 50 дней. Гепатит E начинается постепенно с расстройства пищеварения, ухудшения общего самочувствия, реже – с непродолжительного повышения температуры. В отличие от гепатита А, с появлением желтушности самочувствие больных не улучшается. Спустя 2–4 недели от начала заболевания наблюдается обратное развитие симптомов и выздоровление. В отличие от других разновидностей вирусных гепатитов, при тяжелой форме гепатита E наблюдается выраженное поражение печени и почек.

При гепатите E чаще, чем при гепатите А, отмечаются среднетяжелые и тяжелые формы заболевания. Отличает гепатит E тяжелое течение у беременных во второй половине срока беременности с высоким количеством смертельных исходов. Гибель плода происходит практически во всех случаях. Для гепатита E не характерно хроническое течение и вирусоносительство. Лечение и профилактика, как при гепатите А.

## Гепатит G

Гепатит G (ВGG) распространен повсеместно. В России частота выявления возбудителя колеблется от 2% в Москве до 8% в Якутии. По образному выражению английских медиков, гепатит G – младший брат гепатита С. Действительно, у них много общего. Гепатит G передается тем же путем: через кровь. Отражением этого служит широкое распространение гепатита G среди потребителей инъекционных наркотиков. Инфицирование также происходит при гемотрансфузиях, парентеральных вмешательствах.

Возможен половой путь заражения и вертикальный путь передачи от инфицированной матери ребенку. По клиническим прояв-

лениям гепатит G также напоминает гепатит C. Вместе с тем, для него не характерно присущее гепатиту C прогрессирующее инфекционное заболевание с развитием цирроза и рака. Как правило, острый инфекционный процесс протекает мягко и бессимптомно. Основным маркером для диагностики гепатита G является метод ПЦР (полимеразной цепной реакции).

Исходами острого гепатита G могут быть: выздоровление, формирование хронического гепатита или длительного носительства вируса. Сочетание с гепатитом C может привести к циррозу.

## Гепатиты и ВИЧ-инфекция

Как коинфекцию при ВИЧ обычно выделяют два вирусных гепатита: В и С.

Совместное заболевание ВИЧ-инфекцией и гепатитами усугубляет течение обоих заболеваний. Также есть определенная специфика в лечении и наблюдении за коинфекциями вирусных гепатитов на фоне ВИЧ-инфекции.

Кроме того, негативным фактором является употребление алкоголя при наличии вирусных гепатитов. Даже при употреблении алкоголя примерно 50 мл в сутки, резко повышается размножение вирусов гепатита и ускоряется развитие фиброза печени.

## ВИЧ-инфекция и гепатит В

У людей с ВИЧ-инфекцией гепатит В усугубляет развитие фиброза и в 4,2 раза повышает риск развития цирроза, при этом быстрее наступает терминальная стадия заболевания печени.

В отличие от гепатита С, гепатит В можно вылечить. Для этого используется специальная терапия. Как и при лечении других заболеваний, очень важно соблюдать приверженность к лечению.

Для профилактики вирусного гепатита В ВИЧ-положительным людям рекомендуется делать прививку против гепатита В.

## ВИЧ-инфекция и гепатит С

Взаимное инфицирование ВИЧ-инфекцией и гепатитом С приводит к прогрессирующему обоим заболеваниям. Для наблюдения и лечения гепатита С важно знать генотип. Всего разделяют 4 генотипа гепатита С: 1-й, 2-й, 3-й и 4-й генотипы. Тактика лечения гепатита С основывается как на прогрессировании заболевания, определении генотипа, так и на прогрессировании ВИЧ-инфекции и показателях силы иммунитета. Важно знать, что генотипы 1-й и 4-й сложнее поддаются лечению, чем генотипы 2-й и 3-й. На эффективность лечения генотипов 1-го и 4-го серьезное влияние оказывает состояние иммунитета. Другими словами, чем выше иммунный статус, тем больше шансов при лечении гепатита С генотипов 1-го и 4-го. Если иммунный статус ниже или равен 350 клеткам CD4, то решение о начале лечения гепатита С принимается по результатам других анализов. Если иммунный статус ниже 200 клеток CD4, то лечение гепатита С не назначается, из-за его низкой эффективности, а рекомендуется начать принимать высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). В некоторых случаях может приниматься решение об одновременном начале ВААРТ и лечении гепатита С.

Если у вас есть какие-то сомнения в назначении одновременной терапии, поговорите об этом со своим лечащим врачом. Если вы употребляете наркотические средства или алкоголь, то при назначении ВААРТ необходимо рассказать, какие именно препараты вы употребляете. Это связано с тем, что некоторые препараты ВААРТ взаимодействуют с некоторыми наркотическими препаратами, поэтому терапия может быть неэффективна, или наоборот, может возникнуть риск передозировки наркотическими веществами.

Мнение о том, что наличие гепатита С негативно влияет на ВААРТ, – ошибочно!

Существует несколько стратегий лечения гепатита С. Для ее определения берется множество анализов. На их основании принимается решение о лечении гепатита С, начале приема ВААРТ, или одновременного лечения гепатита С и приеме ВААРТ.

В отличие от лечения туберкулеза препараты, применяемые при лечении вирусных гепатитов, не конфликтуют между собой.

Есть и противопоказания для лечения гепатита С.



Это:

- беременность;
- заболевания сердца (например, ишемическая болезнь или сердечная недостаточность);
- злоупотребление алкоголем;
- декомпенсированный цирроз печени.

Важно помнить, что при лечении гепатита С как побочный эффект от некоторых препаратов часто наблюдается депрессия. В этом случае не следует самостоятельно прерывать лечение, а необходимо обратиться к врачу!

Продолжительность лечения гепатита С в зависимости от стратегии лечения разная. Но в среднем продолжается примерно один год.

При наблюдении и лечении вирусных гепатитов очень важно проходить полное обследование, включая биохимические анализы крови. Это даст возможность лучше понять состояние организма, прогнозировать эффективность лечения и на ранней стадии предотвратить побочные эффекты.

Материалы изданы по заказу Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Открытым Институтом Здоровья в рамках «Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» в 2009 году.



Издание второе.

Москва, 2009 г.  
105062 Москва, а/я 302; РОФ «Шаги»  
электронная почта: shagi@hiv-aids.ru , editor@hiv-aids.ru  
www.stepsfund.ru