

<b>Управление инфекцией вирусного гепатита С</b> (краткая версия)	
<b>Цель клинического руководства:</b>	Данное руководство клинической практики EASL (PKP) призвано помочь врачам и специалистам системы здравоохранения, а также пациентам и заинтересованным лицам, в процессе клинического принятия решений, описывая оптимальное лечение пациентов с острыми и хроническими течением гепатита С.
<b>Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:</b>	1. Калиаскарова К.С.– д.м.н., профессор, руководитель отдела гепатологии Национального научного медицинского центра, вице-президент Казахской ассоциации гепатологов, главный гепатолог МЗ РК. 2. Отунбаева Д.И. – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии, КазНМУ им. С.Асфендиярова.
<b>Рецензенты:</b>	Рахметова В.С. – д.м.н., Главный внештатный гастроэнтеролог (гепатолог) УЗ г.Астана.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).	
<b>Дата пересмотра руководства:</b> при появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом гепатита С, но не реже чем 1 раз в 3	

<b>Управление инфекцией вирусного гепатита С</b> (краткая версия)	
<b>Цель клинического руководства:</b>	Данное руководство клинической практики EASL (PKP) призвано помочь врачам и специалистам системы здравоохранения, а также пациентам и заинтересованным лицам, в процессе клинического принятия решений, описывая оптимальное лечение пациентов с острыми и хроническими течением гепатита С.
<b>Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства:</b>	1. Калиаскарова К.С.– д.м.н., профессор, руководитель отдела гепатологии Национального научного медицинского центра, вице-президент Казахской ассоциации гепатологов, главный гепатолог МЗ РК. 2. Отунбаева Д.И. – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии, КазНМУ им. С.Асфендиярова.
<b>Рецензенты:</b>	Рахметова В.С. – д.м.н., Главный внештатный гастроэнтеролог (гепатолог) УЗ г.Астана.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертного Совета МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).	
<b>Дата пересмотра руководства:</b> при появлении новых доказанных данных по ведению пациентов с подтверждённым диагнозом гепатита С, но не реже чем 1 раз в 3	

года.	
<b>Пользователи руководства:</b>	Инфекционисты, гепатологи, терапевты.
<b>Категория пациентов:</b>	Взрослые пациенты с диагнозом гепатит С.
<b>Ключевые слова:</b>	Гепатит С
<b>Уровень доказательства</b>	<b>Доказательство</b>
<b>1</b>	Сильное доказательство (Факторы, влияющие на силу рекомендации, включают качество доказательств, предполагаемые важные результаты пациента, и стоимость)
<b>2</b>	Слабое доказательство (Изменчивость в предпочтениях и ценностях, или большая неопределенность. Рекомендация выполнена с меньшей уверенностью, высокой стоимостью или потреблением ресурсов)
<b>Качество доказательства</b>	<b>Доказательство</b>
<b>A</b>	Высокое (Дальнейшие исследования очень маловероятно, изменят нашу уверенность в оценке эффекта/воздействия)
<b>B</b>	Среднее (Дальнейшие исследования, вероятно окажут существенное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта/воздействия и могут изменить оценку)

года.	
<b>Пользователи руководства:</b>	Инфекционисты, гепатологи, терапевты.
<b>Категория пациентов:</b>	Взрослые пациенты с диагнозом гепатит С.
<b>Ключевые слова:</b>	Гепатит С
<b>Уровень доказательства</b>	<b>Доказательство</b>
<b>1</b>	Сильное доказательство (Факторы, влияющие на силу рекомендации, включают качество доказательств, предполагаемые важные результаты пациента, и стоимость)
<b>2</b>	Слабое доказательство (Изменчивость в предпочтениях и ценностях, или большая неопределенность. Рекомендация выполнена с меньшей уверенностью, высокой стоимостью или потреблением ресурсов)
<b>Качество доказательства</b>	<b>Доказательство</b>
<b>A</b>	Высокое (Дальнейшие исследования очень маловероятно, изменят нашу уверенность в оценке эффекта/воздействия)
<b>B</b>	Среднее (Дальнейшие исследования, вероятно окажут существенное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта/воздействия и могут изменить оценку)

<b>С</b>	Низкое (Дальнейшие исследования, весьма вероятно, оказывают значительное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта/воздействия и, вероятно, изменят оценку. Любое изменение оценки является неопределенным)
<b>Рекомендации</b>	
<b>1. Диагностика острого и хронического гепатита С</b>	
1.1 При обследовании пациентов необходимо выяснить подробный анамнез и провести физическое обследование.	A2
1.2 Пациенты должны быть опрошены на предмет потребления алкоголя.	A1
1.3 Диагностика гепатита С основана на выявлении антител ВГС методом ИФА и РНК ВГС чувствительным молекулярным методом.	A1
1.4 Для диагноза острого гепатита С требуется анализ РНК ВГС, так как РНК ВГС появляется до того как могут быть обнаружены антитела ВГС.	A2
1.5 Анти-ВГС положительные, РНК ВГС отрицательные пациенты с острым гепатитом должны быть повторно проверены через несколько недель.	B2
1.6 Положительность анти -ВГС и РНК ВГС не делает различий между острым гепатитом С и обострением хронического гепатита С или между острым гепатитом вызванным другими причинами у пациентов с хроническим гепатитом С.	B2

<b>С</b>	Низкое (Дальнейшие исследования, весьма вероятно, оказывают значительное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта/воздействия и, вероятно, изменят оценку. Любое изменение оценки является неопределенным)
<b>Рекомендации</b>	
<b>1. Диагностика острого и хронического гепатита С</b>	
1.1 При обследовании пациентов необходимо выяснить подробный анамнез и провести физическое обследование.	A2
1.2 Пациенты должны быть опрошены на предмет потребления алкоголя.	A1
1.3 Диагностика гепатита С основана на выявлении антител ВГС методом ИФА и РНК ВГС чувствительным молекулярным методом.	A1
1.4 Для диагноза острого гепатита С требуется анализ РНК ВГС, так как РНК ВГС появляется до того как могут быть обнаружены антитела ВГС.	A2
1.5 Анти-ВГС положительные, РНК ВГС отрицательные пациенты с острым гепатитом должны быть повторно проверены через несколько недель.	B2
1.6 Положительность анти -ВГС и РНК ВГС не делает различий между острым гепатитом С и обострением хронического гепатита С или между острым гепатитом вызванным другими причинами у пациентов с хроническим гепатитом С.	B2

1.7 Хронический гепатит С должен быть доказан наличием как антител ВГС, так и РНК вируса гепатита С.	A1
1.8 Пациенты с иммунодефицитом могут потребовать анализ на РНК ВГС, если гепатит присутствует, но антитела ВГС не определяются.	B2
1.9 Лица, которые имели повреждение иглой, зараженной ВГС, должны быть проверены на РНК вируса гепатита С в течение 4 недель. Анализы на ВГС и АЛТ следует проводить после 12 и 24 недель.	B2
1.10 ВГС-инфицированные лица не должны совместно с любым другим лицом пользоваться потенциально опасными инструментами, такими как бритвы, ножницы, зубные щетки, иглы и т.д.	A1
1.11 Медицинские специалисты здравоохранения должны быть проверены на анти-ВГС. РНК ВГС–работники здравоохранения с положительным статусом должны избегать деятельность с повышенным риском случайного прокола или повреждения кожи или слизистой оболочки.	C2
1.12 Члены семьи ВГС-инфицированных пациентов должны быть проверены, по крайней мере, один раз на анти-ВГС.	C1
1.13 Использование презервативов во время полового акта рекомендуется только для лиц ведущих беспорядочную связь и гомосексуалистов.	A1

Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%
<b>Методология</b>
При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано клиническое руководство «Management of hepatitis C virus infection», разработанное European Association for the Study of the Liver в 2011 году для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были рассмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.
<b>Ссылки</b>
<a href="http://www.rcrz.kz">www.rcrz.kz</a>
<a href="http://www.easl.eu">www.easl.eu</a>

1.7 Хронический гепатит С должен быть доказан наличием как антител ВГС, так и РНК вируса гепатита С.	A1
1.8 Пациенты с иммунодефицитом могут потребовать анализ на РНК ВГС, если гепатит присутствует, но антитела ВГС не определяются.	B2
1.9 Лица, которые имели повреждение иглой, зараженной ВГС, должны быть проверены на РНК вируса гепатита С в течение 4 недель. Анализы на ВГС и АЛТ следует проводить после 12 и 24 недель.	B2
1.10 ВГС-инфицированные лица не должны совместно с любым другим лицом пользоваться потенциально опасными инструментами, такими как бритвы, ножницы, зубные щетки, иглы и т.д.	A1
1.11 Медицинские специалисты здравоохранения должны быть проверены на анти-ВГС. РНК ВГС–работники здравоохранения с положительным статусом должны избегать деятельность с повышенным риском случайного прокола или повреждения кожи или слизистой оболочки.	C2
1.12 Члены семьи ВГС-инфицированных пациентов должны быть проверены, по крайней мере, один раз на анти-ВГС.	C1
1.13 Использование презервативов во время полового акта рекомендуется только для лиц ведущих беспорядочную связь и гомосексуалистов.	A1

Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%
<b>Методология</b>
При поддержке консультантов канадской консалтинговой компании CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано клиническое руководство «Management of hepatitis C virus infection», разработанное European Association for the Study of the Liver в 2011 году для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были рассмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.
<b>Ссылки</b>
<a href="http://www.rcrz.kz">www.rcrz.kz</a>
<a href="http://www.easl.eu">www.easl.eu</a>

Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации
1. % лиц, страдающих гепатитом С, диагноз которым был поставлен на основе анализа РНК ВГС. Формула: (% лиц, страдающих гепатитом С, диагноз которым был поставлен на основе анализа РНК ВГС) / (все лица, страдающие гепатитом С). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 1.4
2. % лиц, страдающих гепатитом С, которым был определен генотип ВГС до начала противовирусного лечения. Формула: (% лиц, страдающих гепатитом С, которым был определен генотип ВГС до начала противовирусного лечения) / (все лица, страдающие гепатитом С). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 4.11
3. % лиц, страдающих гепатитом С, получающих ПЭГ-ИФН-α и рибавирин. Формула: (% лиц, страдающих гепатитом С, получающих ПЭГ-ИФН-α и рибавирин) / (все лица, страдающие гепатитом С). Источник данных: амбулаторная карта	Рекомендация 6.1

1.14 Потребители наркотиков должны быть осведомлены о путях передачи вируса гепатита С. Они должны регулярно проходить тестирование на анти-ВГС. Также, им должны предоставляться стерильные иглы.	B2
1.15 Кесарево сечение не рекомендуется для беременных женщин инфицированных вирусом гепатита С для профилактики вертикальной передачи ВГС. Дети ВГС-инфицированных матерей, должны быть проверены на РНК-ВГС через 1 месяц после рождения, так как пассивно переданные материнские антитела ВГС могут сохраняться в крови в течение несколько месяцев после рождения. Матерям с хроническим гепатитом С разрешается кормить грудью своих детей, пока они являются отрицательными на ВИЧ и не используют внутривенные наркотические препараты.	B2
1.16 Пациенты с хроническим гепатитом С должны быть вакцинированы против ВГА и ВГВ.	B2
<b>2. Цели и конечные точки лечения гепатита С</b>	
2.1 Целью терапии является искоренение инфекции ВГС.	A1
2.2 Конечной точкой терапии является устойчивый вирусологический ответ (УВО). Как только он будет получен, УВО обычно приравнивается к излечению инфекции у более, чем 99% пациентов.	A1
2.3 Промежуточными конечными точками для оценки вероятности УВО являются РНК ВГС на 4, 12 и 24 неделе терапии.	B2

Индикаторы мониторинга/ аудита	Ссылки на определенные рекомендации
1. % лиц, страдающих гепатитом С, диагноз которым был поставлен на основе анализа РНК ВГС. Формула: (% лиц, страдающих гепатитом С, диагноз которым был поставлен на основе анализа РНК ВГС) / (все лица, страдающие гепатитом С). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 1.4
2. % лиц, страдающих гепатитом С, которым был определен генотип ВГС до начала противовирусного лечения. Формула: (% лиц, страдающих гепатитом С, которым был определен генотип ВГС до начала противовирусного лечения) / (все лица, страдающие гепатитом С). Источник данных: амбулаторная карта Частота определения: раз в полгода Показатель должен стремиться к 100%	Рекомендация 4.11
3. % лиц, страдающих гепатитом С, получающих ПЭГ-ИФН-α и рибавирин. Формула: (% лиц, страдающих гепатитом С, получающих ПЭГ-ИФН-α и рибавирин) / (все лица, страдающие гепатитом С). Источник данных: амбулаторная карта	Рекомендация 6.1

1.14 Потребители наркотиков должны быть осведомлены о путях передачи вируса гепатита С. Они должны регулярно проходить тестирование на анти-ВГС. Также, им должны предоставляться стерильные иглы.	B2
1.15 Кесарево сечение не рекомендуется для беременных женщин инфицированных вирусом гепатита С для профилактики вертикальной передачи ВГС. Дети ВГС-инфицированных матерей, должны быть проверены на РНК-ВГС через 1 месяц после рождения, так как пассивно переданные материнские антитела ВГС могут сохраняться в крови в течение несколько месяцев после рождения. Матерям с хроническим гепатитом С разрешается кормить грудью своих детей, пока они являются отрицательными на ВИЧ и не используют внутривенные наркотические препараты.	B2
1.16 Пациенты с хроническим гепатитом С должны быть вакцинированы против ВГА и ВГВ.	B2
<b>2. Цели и конечные точки лечения гепатита С</b>	
2.1 Целью терапии является искоренение инфекции ВГС.	A1
2.2 Конечной точкой терапии является устойчивый вирусологический ответ (УВО). Как только он будет получен, УВО обычно приравнивается к излечению инфекции у более, чем 99% пациентов.	A1
2.3 Промежуточными конечными точками для оценки вероятности УВО являются РНК ВГС на 4, 12 и 24 неделе терапии.	B2

<b>3. Результаты существующей терапии и предикторы ответа</b>	
3.1 УВО достигается у 40-54% пациентов, инфицированных вирусом гепатита С генотипа 1 пролеченных пегилированным ИФН-α плюс рибавирином в разрешенных дозах в течение 48 недель.	A1
3.2 УВО достигается у 65-82% пациентов, инфицированных вирусом гепатита С генотипами 2 или 3 пролеченных пегилированным ИФН-α плюс рибавирин в разрешенных дозах в течение 24 недель.	A1
3.3 Уровни УВО несколько выше у пациентов, инфицированных вирусом гепатита С генотипа 2, чем у пациентов с генотипом 3.	B2
3.4 Сильными базовыми предикторами УВО являются: <ul style="list-style-type: none"> <li>• генотип ВГС;</li> <li>• генетические полиморфизмы расположенные в 19-й хромосоме (IL28B), в частности у пациентов с генотипом 1;</li> <li>• стадия фиброза печени.</li> </ul>	A1
<b>4. Оценка до терапии</b>	
4.1 Выявление и количественное определение РНК ВГС должны быть сделаны чувствительным анализом (нижний предел выявления 50 МЕ/мл или меньше), в идеале анализ ПЦР в реальном времени и уровни РНК ВГС должны быть выражены в МЕ/мл.	C1
4.2 Должна быть установлена причинная связь между ВГС-инфекцией и заболеванием печени.	B1

хронического гепатита С.	
<b>17. Перспектива тройной терапии ПЭГ-ИФН-α, рибавирином, и ингибиторами протеазы</b>	
17.1 Новые противовирусные препараты прямого действия должны использоваться только в соответствии с этикеткой на упаковке.	-
17.2 Потенциальные проблемы следует учитывать при использовании ингибиторов протеаз ВГС в сочетании с ПЭГ-ИФН-α и рибавирином: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрое появление лекарственной резистентности, в частности, у пациентов не ответивших на предыдущее лечение, субъектов в полной мере не соблюдающих терапию и лиц, не переносящих оптимальные дозы лечения ПЭГ-ИФН-α и рибавирина.</li> <li>• Более строгий и частый мониторинг сыворотки РНК ВГС.</li> <li>• Низкие уровни ответа на тройную терапию у пациентов с запущенной формой фиброза печени.</li> <li>• Соблюдение рекомендуемых правил прекращения противовирусного агента и/или всей схемы лечения.</li> <li>• Дополнительные побочные эффекты, связанные с лечением ингибитором протеазы.</li> </ul>	-

<b>3. Результаты существующей терапии и предикторы ответа</b>	
3.1 УВО достигается у 40-54% пациентов, инфицированных вирусом гепатита С генотипа 1 пролеченных пегилированным ИФН-α плюс рибавирином в разрешенных дозах в течение 48 недель.	A1
3.2 УВО достигается у 65-82% пациентов, инфицированных вирусом гепатита С генотипами 2 или 3 пролеченных пегилированным ИФН-α плюс рибавирин в разрешенных дозах в течение 24 недель.	A1
3.3 Уровни УВО несколько выше у пациентов, инфицированных вирусом гепатита С генотипа 2, чем у пациентов с генотипом 3.	B2
3.4 Сильными базовыми предикторами УВО являются: <ul style="list-style-type: none"> <li>• генотип ВГС;</li> <li>• генетические полиморфизмы расположенные в 19-й хромосоме (IL28B), в частности у пациентов с генотипом 1;</li> <li>• стадия фиброза печени.</li> </ul>	A1
<b>4. Оценка до терапии</b>	
4.1 Выявление и количественное определение РНК ВГС должны быть сделаны чувствительным анализом (нижний предел выявления 50 МЕ/мл или меньше), в идеале анализ ПЦР в реальном времени и уровни РНК ВГС должны быть выражены в МЕ/мл.	C1
4.2 Должна быть установлена причинная связь между ВГС-инфекцией и заболеванием печени.	B1

хронического гепатита С.	
<b>17. Перспектива тройной терапии ПЭГ-ИФН-α, рибавирином, и ингибиторами протеазы</b>	
17.1 Новые противовирусные препараты прямого действия должны использоваться только в соответствии с этикеткой на упаковке.	-
17.2 Потенциальные проблемы следует учитывать при использовании ингибиторов протеаз ВГС в сочетании с ПЭГ-ИФН-α и рибавирином: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрое появление лекарственной резистентности, в частности, у пациентов не ответивших на предыдущее лечение, субъектов в полной мере не соблюдающих терапию и лиц, не переносящих оптимальные дозы лечения ПЭГ-ИФН-α и рибавирина.</li> <li>• Более строгий и частый мониторинг сыворотки РНК ВГС.</li> <li>• Низкие уровни ответа на тройную терапию у пациентов с запущенной формой фиброза печени.</li> <li>• Соблюдение рекомендуемых правил прекращения противовирусного агента и/или всей схемы лечения.</li> <li>• Дополнительные побочные эффекты, связанные с лечением ингибитором протеазы.</li> </ul>	-

14.10 Лечение больных с наркотической зависимостью, принимающих наркотические средства, должно осуществляться на индивидуальной основе с привлечением к лечению врача-нарколога.	C2
14.11 Лечение больных с наркотической зависимостью, принимающих наркотические средства, с привлечением к лечению врача-нарколога дает лишь незначительно сниженные уровни УВО по сравнению с обычными пациентами с ВГС.	B2
14.12 Пациенты с гемоглинопатиями могут быть пролечены комбинированной терапией, но необходим тщательный мониторинг гематологических побочных эффектов.	C2
<b>15. Последующее лечение нелеченных пациентов и неустойчивых пациентов, не ответивших на лечение</b>	
15.1 Нелеченные пациенты с хроническим гепатитом С и пациенты, не ответившие на лечение, должны регулярно наблюдаться у врача.	C2
15.2 Скрининг ГЦК должен быть продолжен у пациентов с циррозом печени.	A2
<b>16. Лечение остро́го гепатита С</b>	
16.1 Монотерапия ПЭГ-ИФН- $\alpha$ (ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2a, 180 мг/неделю или ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2b, 1,5 мг/кг/неделю, в течение 24 недель) рекомендуется у пациентов с острым гепатитом С и приводит к ликвидации вируса у > 90% пациентов.	B2
16.2 Пациенты, которые не ответили на лечение, должны быть повторно пролечены в соответствии со стандартом лечения	C2

4.3 Тяжесть заболевания печени должна быть оценена до начала лечения.	B1
4.4 Выявление пациентов с циррозом печени имеет особое значение, так как их прогноз и вероятность ответа на терапию меняются, и они требуют мониторинга на наличие гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).	A1
4.5 Так как болезнь печени может развиваться у больных с нормальным уровнем АЛТ, оценка тяжести заболевания должна быть выполнена независимо от уровня АЛТ.	B2
4.6 Оценка степени тяжести фиброза печени играет важную роль в принятии решения у пациентов с хроническим гепатитом С.	A1
4.7 Биопсия печени до сих пор считается референс-методом для оценки степени воспаления и стадии фиброза.	A2
4.8 Переходная эластография (ПЭ) может быть использована для оценки фиброза печени у больных хроническим гепатитом С.	A2
4.9 Сочетание анализов крови или комбинации переходной эластографии и анализа крови, повышают точность и снижают необходимость использования биопсии печени для решения неопределенности.	C2
4.10 Генотип ВГС должен быть оценен до начала противовирусного лечения и будет определять дозу рибавирина и решения о лечении.	A1
4.11 Со стандартом помощи, только генотипы (1-6), а не подтип, нуждаются в определении.	A1

14.10 Лечение больных с наркотической зависимостью, принимающих наркотические средства, должно осуществляться на индивидуальной основе с привлечением к лечению врача-нарколога.	C2
14.11 Лечение больных с наркотической зависимостью, принимающих наркотические средства, с привлечением к лечению врача-нарколога дает лишь незначительно сниженные уровни УВО по сравнению с обычными пациентами с ВГС.	B2
14.12 Пациенты с гемоглинопатиями могут быть пролечены комбинированной терапией, но необходим тщательный мониторинг гематологических побочных эффектов.	C2
<b>15. Последующее лечение нелеченных пациентов и неустойчивых пациентов, не ответивших на лечение</b>	
15.1 Нелеченные пациенты с хроническим гепатитом С и пациенты, не ответившие на лечение, должны регулярно наблюдаться у врача.	C2
15.2 Скрининг ГЦК должен быть продолжен у пациентов с циррозом печени.	A2
<b>16. Лечение остро́го гепатита С</b>	
16.1 Монотерапия ПЭГ-ИФН- $\alpha$ (ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2a, 180 мг/неделю или ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2b, 1,5 мг/кг/неделю, в течение 24 недель) рекомендуется у пациентов с острым гепатитом С и приводит к ликвидации вируса у > 90% пациентов.	B2
16.2 Пациенты, которые не ответили на лечение, должны быть повторно пролечены в соответствии со стандартом лечения	C2

4.3 Тяжесть заболевания печени должна быть оценена до начала лечения.	B1
4.4 Выявление пациентов с циррозом печени имеет особое значение, так как их прогноз и вероятность ответа на терапию меняются, и они требуют мониторинга на наличие гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).	A1
4.5 Так как болезнь печени может развиваться у больных с нормальным уровнем АЛТ, оценка тяжести заболевания должна быть выполнена независимо от уровня АЛТ.	B2
4.6 Оценка степени тяжести фиброза печени играет важную роль в принятии решения у пациентов с хроническим гепатитом С.	A1
4.7 Биопсия печени до сих пор считается референс-методом для оценки степени воспаления и стадии фиброза.	A2
4.8 Переходная эластография (ПЭ) может быть использована для оценки фиброза печени у больных хроническим гепатитом С.	A2
4.9 Сочетание анализов крови или комбинации переходной эластографии и анализа крови, повышают точность и снижают необходимость использования биопсии печени для решения неопределенности.	C2
4.10 Генотип ВГС должен быть оценен до начала противовирусного лечения и будет определять дозу рибавирина и решения о лечении.	A1
4.11 Со стандартом помощи, только генотипы (1-6), а не подтип, нуждаются в определении.	A1

4.12 Определение полиморфизмов IL28B может помочь в оценке вероятности ответа пациента на лечение ПЭГ-интерфероном альфа и рибавирином.	B2
<b>5. Противопоказания к терапии</b>	
5.1 Пациенты с абсолютными противопоказаниями к лечению, описанному в стандарте оказания медицинской помощи не должны получать терапию.	A1
5.2 Все ранее не леченные пациенты с компенсированным заболеванием в связи с ВГС должны быть обследованы до момента начала лечения.	A2
5.3 Лечение должно быть начато сразу у пациентов с запущенным фиброзом, и настоятельно рассматриваться у пациентов с умеренным фиброзом.	B2
5.4 У пациентов с менее тяжелыми заболеваниями, показания к терапии является индивидуальным.	C2
<b>6. Терапия первой линии хронического гепатита С: рекомендации по лечению</b>	
6.1 Сочетание ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирина является разрешенным стандартом помощи для лечения хронического гепатита С.	A1
6.2 Две пегилированных ИФН-молекулы, ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2a (180 мкг раз в неделю) и ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2b (1,5 мг/кг один раз в неделю), могут быть использованы в комбинации с рибавирином.	-
6.3 Рибавирин следует давать по взвешенной дозе 15 мг/кг в день для генотипов 1 и 4-6 (A2) и по дозе 800 мг/сут для генотипов 2 и 3.	A2

но рибавирин, всегда должен быть взвешенно дозирован.	
14.3 В отдельных случаях может понадобиться более длительное лечение (72 недели для генотипа 1 и 48 недель для генотипов 2 и 3).	B2
14.4 Пациенты должны быть пролечены ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином, по тем же правилам, что и пациенты с моноинфекцией.	B2
14.5 Если ВГВ реплицируется на значительных уровнях до, во время или после клиренса ВГС, нуклеозид/нуклеотид аналоговая терапия существующего ВГВ также показана.	C2
14.6 Пациенты, находящиеся на гемодиализе, могут быть пролечены монотерапией ПЭГ-ИФН- $\alpha$ .	A2
14.7 Комбинированное лечение с индивидуальными дозами рибавирина может быть рассмотрено у отдельных групп пациентов.	C2
14.8 Пациенты с гепатитом С и терминальной стадией почечной недостаточности с запланированной трансплантацией почек должны пройти противовирусную терапию до трансплантации почек в связи с повышенным риском острого отторжения трансплантата.	B2
14.9 Потребление алкоголя крайне нежелательно.	A1

4.12 Определение полиморфизмов IL28B может помочь в оценке вероятности ответа пациента на лечение ПЭГ-интерфероном альфа и рибавирином.	B2
<b>5. Противопоказания к терапии</b>	
5.1 Пациенты с абсолютными противопоказаниями к лечению, описанному в стандарте оказания медицинской помощи не должны получать терапию.	A1
5.2 Все ранее не леченные пациенты с компенсированным заболеванием в связи с ВГС должны быть обследованы до момента начала лечения.	A2
5.3 Лечение должно быть начато сразу у пациентов с запущенным фиброзом, и настоятельно рассматриваться у пациентов с умеренным фиброзом.	B2
5.4 У пациентов с менее тяжелыми заболеваниями, показания к терапии является индивидуальным.	C2
<b>6. Терапия первой линии хронического гепатита С: рекомендации по лечению</b>	
6.1 Сочетание ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирина является разрешенным стандартом помощи для лечения хронического гепатита С.	A1
6.2 Две пегилированных ИФН-молекулы, ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2a (180 мкг раз в неделю) и ПЭГ-ИФН- $\alpha$ 2b (1,5 мг/кг один раз в неделю), могут быть использованы в комбинации с рибавирином.	-
6.3 Рибавирин следует давать по взвешенной дозе 15 мг/кг в день для генотипов 1 и 4-6 (A2) и по дозе 800 мг/сут для генотипов 2 и 3.	A2

но рибавирин, всегда должен быть взвешенно дозирован.	
14.3 В отдельных случаях может понадобиться более длительное лечение (72 недели для генотипа 1 и 48 недель для генотипов 2 и 3).	B2
14.4 Пациенты должны быть пролечены ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином, по тем же правилам, что и пациенты с моноинфекцией.	B2
14.5 Если ВГВ реплицируется на значительных уровнях до, во время или после клиренса ВГС, нуклеозид/нуклеотид аналоговая терапия существующего ВГВ также показана.	C2
14.6 Пациенты, находящиеся на гемодиализе, могут быть пролечены монотерапией ПЭГ-ИФН- $\alpha$ .	A2
14.7 Комбинированное лечение с индивидуальными дозами рибавирина может быть рассмотрено у отдельных групп пациентов.	C2
14.8 Пациенты с гепатитом С и терминальной стадией почечной недостаточности с запланированной трансплантацией почек должны пройти противовирусную терапию до трансплантации почек в связи с повышенным риском острого отторжения трансплантата.	B2
14.9 Потребление алкоголя крайне нежелательно.	A1

13.9 Лечение может быть начато в низких дозах ПЭГ-ИФН-α и рибавирина, с последующей схемой низких ускоренных доз, или полных доз. В последнем случае, снижение дозы и перерывы в лечении требуются в более чем 50% случаев.	C2
13.10 Пациенты с повторным проявлением гепатита С после трансплантации должны начать получать лечение, как только хронический гепатит установлен и гистологически доказан. Значительный фиброз или портальная гипертензия через год после трансплантации предсказывает быстрое прогрессирование болезни и потерю трансплантата и указывает на срочное противовирусное лечение.	B2
13.11 Не существует никаких доказательств пользы поддерживающей терапии ПЭГ-ИФН-α низкими дозами у пациентов, которые не достигают УВО.	C2
13.12 Отторжение трансплантата является редким осложнением, но может возникнуть во время терапии ПЭГ-ИФН-α. Биопсия печени должна проводиться всякий раз, когда анализы ухудшаются при противовирусной терапии.	C2
<b>14. Лечение особых групп</b>	
14.1 Показания для лечения гепатита идентичны тем, что и у пациентов с моноинфекцией ВГС.	B2
14.2 Та же схема ПЭГ-ИФН-α должна быть использована у пациентов, инфицированных ВИЧ, как и у пациентов без ВИЧ-инфекции,	B2

6.4 Пациенты с генотипами 2 и 3 с базовыми факторами, предполагающими низкую чувствительность, должны получать взвешенный рибавирин в дозе 15 мг/кг в день.	C2
<b>7. Мониторинг лечения</b>	
7.1 Пациенты, получавшие ПЭГ-ИФН-α и рибавирин должны наблюдаться у врача как минимум на неделях 4 и 12 после начала лечения, потом минимум каждые 12 недель до конца лечения как для контроля эффективности лечения, так и для мониторинга наличия побочных эффектов, а также и на 24 неделе после окончания терапии для оценки УВО.	C2
7.2 Анализ на основе ПЦР в реальном времени с нижним пределом определения 10-20 МЕ/мл является лучшим инструментом для мониторинга эффективности проводимой терапии.	B1
7.3 Низкий, по сравнению с высоким базовым уровнем РНК вируса гепатита С, является полезным для принятия решения о тактике лечения (B2). Наилучший дискриминационный уровень РНК ВГС составляет от 400000 и 800000 МЕ/мл.	C2
7.4 Во время лечения измерение уровня РНК ВГС должно быть выполнено на 4, 12 и 24 неделях, чтобы, в случае необходимости, подкорректировать проводимое лечение.	A2
7.5 Оценка УВО должна быть проведена в конце лечения и через 24 недели после окончания лечения.	A1
7.6 Токсичность при лечении должна быть	C2

13.9 Лечение может быть начато в низких дозах ПЭГ-ИФН-α и рибавирина, с последующей схемой низких ускоренных доз, или полных доз. В последнем случае, снижение дозы и перерывы в лечении требуются в более чем 50% случаев.	C2
13.10 Пациенты с повторным проявлением гепатита С после трансплантации должны начать получать лечение, как только хронический гепатит установлен и гистологически доказан. Значительный фиброз или портальная гипертензия через год после трансплантации предсказывает быстрое прогрессирование болезни и потерю трансплантата и указывает на срочное противовирусное лечение.	B2
13.11 Не существует никаких доказательств пользы поддерживающей терапии ПЭГ-ИФН-α низкими дозами у пациентов, которые не достигают УВО.	C2
13.12 Отторжение трансплантата является редким осложнением, но может возникнуть во время терапии ПЭГ-ИФН-α. Биопсия печени должна проводиться всякий раз, когда анализы ухудшаются при противовирусной терапии.	C2
<b>14. Лечение особых групп</b>	
14.1 Показания для лечения гепатита идентичны тем, что и у пациентов с моноинфекцией ВГС.	B2
14.2 Та же схема ПЭГ-ИФН-α должна быть использована у пациентов, инфицированных ВИЧ, как и у пациентов без ВИЧ-инфекции,	B2

6.4 Пациенты с генотипами 2 и 3 с базовыми факторами, предполагающими низкую чувствительность, должны получать взвешенный рибавирин в дозе 15 мг/кг в день.	C2
<b>7. Мониторинг лечения</b>	
7.1 Пациенты, получавшие ПЭГ-ИФН-α и рибавирин должны наблюдаться у врача как минимум на неделях 4 и 12 после начала лечения, потом минимум каждые 12 недель до конца лечения как для контроля эффективности лечения, так и для мониторинга наличия побочных эффектов, а также и на 24 неделе после окончания терапии для оценки УВО.	C2
7.2 Анализ на основе ПЦР в реальном времени с нижним пределом определения 10-20 МЕ/мл является лучшим инструментом для мониторинга эффективности проводимой терапии.	B1
7.3 Низкий, по сравнению с высоким базовым уровнем РНК вируса гепатита С, является полезным для принятия решения о тактике лечения (B2). Наилучший дискриминационный уровень РНК ВГС составляет от 400000 и 800000 МЕ/мл.	C2
7.4 Во время лечения измерение уровня РНК ВГС должно быть выполнено на 4, 12 и 24 неделях, чтобы, в случае необходимости, подкорректировать проводимое лечение.	A2
7.5 Оценка УВО должна быть проведена в конце лечения и через 24 недели после окончания лечения.	A1
7.6 Токсичность при лечении должна быть	C2

оценена на 2 и 4 неделе терапии и через 4-8 недельные интервалы после этого.	
<b>8. Снижения дозы лечения и правила прекращения</b>	
8.1 Доза ПЭГ-ИФН-α должна быть уменьшена, если абсолютное число нейтрофилов падает ниже 750/мм <sup>3</sup> , или количество тромбоцитов падает ниже 50000/мм <sup>3</sup> , и прекращено, если количество нейтрофилов падает ниже 500/мм <sup>3</sup> или количество тромбоцитов падает ниже 25,000/мм <sup>3</sup> или если развивается тяжелая неуправляемая депрессия.	C2
8.2 Если количество нейтрофилов и тромбоцитов повышается, лечение может быть возобновлено, но при сниженной дозе ПЭГ-ИФН-α.	C2
8.3 Если происходит снижение уровня гемоглобина < 10 г/дл, доза рибавирина должна быть скорректирована в сторону понижения на 200 мг за один раз, и рибавирин отменён, если уровень гемоглобина падает ниже 8,5 г/дл.	C2
8.4 Лечение должно быть прекращено в случае вспышки тяжелого гепатита или тяжелого сепсиса.	C2
<b>9. Терапия, основанная на вирусологическом ответе</b>	
9.1 Продолжительность лечения должна быть подобрана к вирусологическому ответу во время лечения на 4 и 12 неделях, и на 24-й неделе. Вероятность УВО прямо пропорциональна времени исчезновения РНК ВГС.	B1

13.4 У пациентов, ожидающих трансплантацию, противовирусная терапия, когда возможно, предотвращает повторную инфекцию трансплантата, если УВО достигается. Многие пациенты имеют противопоказания к лечению и результаты терапии, как правило, плохие в этой группе лиц с очень запущенным заболеванием печени.	B1
13.5 Противовирусная терапия может быть начата во время проведения или ожидания процедуры трансплантации печени, с целью достижения УВО или клиренса РНК ВГС до ТП.	C2
13.6 Противовирусная терапия показана пациентам с сохраненной функцией печени, у которых показанием к трансплантации является ГЦК.	B2
13.7 У больных с циррозом Child-Pugh B, антивирусная терапия предлагается на индивидуальной основе в специализированных центрах, преимущественно у пациентов с хорошим ответом на лечение. Профилактика норфлоксацином должна быть начата, если присутствует асцит.	C2
13.8 Пациенты с циррозом Child-Pugh C не должны лечиться существующей противовирусной схемой, в связи с высоким риском осложнений опасных для жизни.	C1

оценена на 2 и 4 неделе терапии и через 4-8 недельные интервалы после этого.	
<b>8. Снижения дозы лечения и правила прекращения</b>	
8.1 Доза ПЭГ-ИФН-α должна быть уменьшена, если абсолютное число нейтрофилов падает ниже 750/мм <sup>3</sup> , или количество тромбоцитов падает ниже 50000/мм <sup>3</sup> , и прекращено, если количество нейтрофилов падает ниже 500/мм <sup>3</sup> или количество тромбоцитов падает ниже 25,000/мм <sup>3</sup> или если развивается тяжелая неуправляемая депрессия.	C2
8.2 Если количество нейтрофилов и тромбоцитов повышается, лечение может быть возобновлено, но при сниженной дозе ПЭГ-ИФН-α.	C2
8.3 Если происходит снижение уровня гемоглобина < 10 г/дл, доза рибавирина должна быть скорректирована в сторону понижения на 200 мг за один раз, и рибавирин отменён, если уровень гемоглобина падает ниже 8,5 г/дл.	C2
8.4 Лечение должно быть прекращено в случае вспышки тяжелого гепатита или тяжелого сепсиса.	C2
<b>9. Терапия, основанная на вирусологическом ответе</b>	
9.1 Продолжительность лечения должна быть подобрана к вирусологическому ответу во время лечения на 4 и 12 неделях, и на 24-й неделе. Вероятность УВО прямо пропорциональна времени исчезновения РНК ВГС.	B1

13.4 У пациентов, ожидающих трансплантацию, противовирусная терапия, когда возможно, предотвращает повторную инфекцию трансплантата, если УВО достигается. Многие пациенты имеют противопоказания к лечению и результаты терапии, как правило, плохие в этой группе лиц с очень запущенным заболеванием печени.	B1
13.5 Противовирусная терапия может быть начата во время проведения или ожидания процедуры трансплантации печени, с целью достижения УВО или клиренса РНК ВГС до ТП.	C2
13.6 Противовирусная терапия показана пациентам с сохраненной функцией печени, у которых показанием к трансплантации является ГЦК.	B2
13.7 У больных с циррозом Child-Pugh B, антивирусная терапия предлагается на индивидуальной основе в специализированных центрах, преимущественно у пациентов с хорошим ответом на лечение. Профилактика норфлоксацином должна быть начата, если присутствует асцит.	C2
13.8 Пациенты с циррозом Child-Pugh C не должны лечиться существующей противовирусной схемой, в связи с высоким риском осложнений опасных для жизни.	C1

12.2 Пациенты без устойчивого вирусологического ответа на терапию ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином могут повторно лечиться ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином, если есть срочное показание для терапии, и/или, если есть доказательство недостаточного воздействия к ПЭГ-ИФН- $\alpha$ или рибавирину в связи с корректировкой дозы или плохим соблюдением в течение первого курса терапии.	C2
12.3 Пациенты, инфицированные вирусом гепатита С других генотипов, кроме ВГС генотипа 1, которые не прошли предыдущую терапию ПЭГ-ИФН- $\alpha$ с наличием или без рибавирина могут быть повторнопролечены ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином.	B2
12.4 Поддерживающая терапия с низкой дозой ПЭГ-ИФН- $\alpha$ не рекомендуется.	A1
<b>13. Лечение больных с тяжелыми заболеваниями печени</b>	
13.1 Пациенты с компенсированным циррозом печени должны проходить лечение в отсутствии противопоказаний, в целях предотвращения кратко-среднесрочных осложнений.	A1
13.2 Тщательный мониторинг и лечение побочных эффектов, особенно связанных с портальной гипертензией и гиперспленизмом, необходим.	C2
13.3 Пациенты с циррозом печени должны проходить регулярный мониторинг ГЦК, независимо от УВО.	B1

9.2 Лечение всех генотипов ВГС должно быть остановлено на 12-й неделе, если снижение уровня РНК ВГС менее чем $2 \log_{10}$ МЕ/мл и на 24 неделе, если РНК ВГС по-прежнему выявляется ( $\geq 50$ МЕ/мл).	B1
9.3 У больных с быстрым вирусологическим ответом (БВО) и низкой базовой вирусной нагрузкой ( $< 400,000-800,000$ МЕ/мл), лечение в течение 24 недель (генотипы 1 и 4) или 12-16 недель (генотипы 2/3) могут быть рассмотрены. Если отрицательные предикторы ответа (т.е. запущенный фиброз/цирроз печени, метаболический синдром, резистентность к инсулину, стеатоз печени) присутствуют, доказательство равной эффективности укороченного лечения является недостаточным.	B2
9.4 Пациенты, которые имеют ранний вирусологический ответ (РВО), т.е. РНК ВГС, который можно обнаружить на 4 неделе, но не выявляемый на 12-й неделе должны быть пролечены в течение 48 недель независимо от генотипа и базовой вирусной нагрузки.	C2
9.5 Пациенты с генотипом 1 и задержанным вирусологическим ответом (ЗВО) могут быть пролечены в течение 72 недель. Это может также распространяться на другие генотипы.	B2
<b>10. Меры по улучшению показателей эффективности лечения</b>	
10.1 Полное соблюдение схем ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирина должно быть целью оптимизации УВО.	A1

12.2 Пациенты без устойчивого вирусологического ответа на терапию ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином могут повторно лечиться ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином, если есть срочное показание для терапии, и/или, если есть доказательство недостаточного воздействия к ПЭГ-ИФН- $\alpha$ или рибавирину в связи с корректировкой дозы или плохим соблюдением в течение первого курса терапии.	C2
12.3 Пациенты, инфицированные вирусом гепатита С других генотипов, кроме ВГС генотипа 1, которые не прошли предыдущую терапию ПЭГ-ИФН- $\alpha$ с наличием или без рибавирина могут быть повторнопролечены ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирином.	B2
12.4 Поддерживающая терапия с низкой дозой ПЭГ-ИФН- $\alpha$ не рекомендуется.	A1
<b>13. Лечение больных с тяжелыми заболеваниями печени</b>	
13.1 Пациенты с компенсированным циррозом печени должны проходить лечение в отсутствии противопоказаний, в целях предотвращения кратко-среднесрочных осложнений.	A1
13.2 Тщательный мониторинг и лечение побочных эффектов, особенно связанных с портальной гипертензией и гиперспленизмом, необходим.	C2
13.3 Пациенты с циррозом печени должны проходить регулярный мониторинг ГЦК, независимо от УВО.	B1

9.2 Лечение всех генотипов ВГС должно быть остановлено на 12-й неделе, если снижение уровня РНК ВГС менее чем $2 \log_{10}$ МЕ/мл и на 24 неделе, если РНК ВГС по-прежнему выявляется ( $\geq 50$ МЕ/мл).	B1
9.3 У больных с быстрым вирусологическим ответом (БВО) и низкой базовой вирусной нагрузкой ( $< 400,000-800,000$ МЕ/мл), лечение в течение 24 недель (генотипы 1 и 4) или 12-16 недель (генотипы 2/3) могут быть рассмотрены. Если отрицательные предикторы ответа (т.е. запущенный фиброз/цирроз печени, метаболический синдром, резистентность к инсулину, стеатоз печени) присутствуют, доказательство равной эффективности укороченного лечения является недостаточным.	B2
9.4 Пациенты, которые имеют ранний вирусологический ответ (РВО), т.е. РНК ВГС, который можно обнаружить на 4 неделе, но не выявляемый на 12-й неделе должны быть пролечены в течение 48 недель независимо от генотипа и базовой вирусной нагрузки.	C2
9.5 Пациенты с генотипом 1 и задержанным вирусологическим ответом (ЗВО) могут быть пролечены в течение 72 недель. Это может также распространяться на другие генотипы.	B2
<b>10. Меры по улучшению показателей эффективности лечения</b>	
10.1 Полное соблюдение схем ПЭГ-ИФН- $\alpha$ и рибавирина должно быть целью оптимизации УВО.	A1

10.2 Избыточная масса тела неблагоприятно влияет на ответ на терапию ПЭГ-ИФН-α и рибавирином (A2). Снижение веса тела у пациентов с избыточным весом до начала лечения может увеличить вероятность УВО.	C2
10.3 Резистентность к инсулину связана с неэффективным лечением (B2). Сенситизаторы инсулина не имеют доказанную эффективность в улучшении УВО у инсулин-резистентных пациентов.	C2
10.4 Пациентам следует рекомендовать воздерживаться от употребления алкоголя во время противовирусной терапии.	C1
10.5 Рекомбинантный эритропоэтин (РЭП) может быть назначен пациентам, когда уровень гемоглобина ниже 10 г/дл во избежание снижения дозы или прекращения рибавирина.	C2
10.6 Не существует никаких доказательств, что нейтропения во время терапии ПЭГ-ИФН-α и рибавирином связана с более частыми эпизодами инфекции, или, что использование гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF) снижает уровень инфекции и/или улучшает УВО.	C1
10.7 Пациенты с анамнезом и/или признаками депрессии должно быть осмотрены у психиатра до начала терапии. Пациенты, у которых развивается депрессия во время терапии, следует лечить антидепрессантами. Профилактическая терапия антидепрессантами у отдельных субъектов может снизить уровень депрессии во время лечения.	B2

безо всякого воздействия на УВО.	
<b>11. Наблюдение за пациентами после лечения, которые достигают УВО</b>	
11.1 Пациенты без цирроза печени с УВО должны быть повторно обследованы на АЛТ и РНК ВГС через 48 и 96 недель после лечения, затем выписаны, если уровень АЛТ нормальный и РНК ВГС отрицательный.	C2
11.2 В дополнение к вышесказанному, больные с циррозом печени с УВО должны быть осмотрены на варикозно-расширенные подслизистые вены пищевода каждые 1-2 года и ГЦК каждые 6 месяцев с помощью УЗИ и α-фетопротеина.	B1
<b>12. Повторное лечение пациентов без устойчивого вирусологического ответа на терапию ПЭГ-ИФН-α и рибавирином</b>	
12.1 Пациенты, инфицированные вирусом гепатита С генотипа 1, которые не смогли избавиться от ВГС в предшествующей терапии ПЭГ-ИФН-α и рибавирином, как правило, не должны быть повторно пролечены такой же лекарственной схемой. Они могут быть рассмотрены для повторного лечения тройной комбинацией ПЭГ-ИФН-α, рибавирином, и ингибитором протеазы при их наличии.	A2

10.2 Избыточная масса тела неблагоприятно влияет на ответ на терапию ПЭГ-ИФН-α и рибавирином (A2). Снижение веса тела у пациентов с избыточным весом до начала лечения может увеличить вероятность УВО.	C2
10.3 Резистентность к инсулину связана с неэффективным лечением (B2). Сенситизаторы инсулина не имеют доказанную эффективность в улучшении УВО у инсулин-резистентных пациентов.	C2
10.4 Пациентам следует рекомендовать воздерживаться от употребления алкоголя во время противовирусной терапии.	C1
10.5 Рекомбинантный эритропоэтин (РЭП) может быть назначен пациентам, когда уровень гемоглобина ниже 10 г/дл во избежание снижения дозы или прекращения рибавирина.	C2
10.6 Не существует никаких доказательств, что нейтропения во время терапии ПЭГ-ИФН-α и рибавирином связана с более частыми эпизодами инфекции, или, что использование гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF) снижает уровень инфекции и/или улучшает УВО.	C1
10.7 Пациенты с анамнезом и/или признаками депрессии должно быть осмотрены у психиатра до начала терапии. Пациенты, у которых развивается депрессия во время терапии, следует лечить антидепрессантами. Профилактическая терапия антидепрессантами у отдельных субъектов может снизить уровень депрессии во время лечения.	B2

безо всякого воздействия на УВО.	
<b>11. Наблюдение за пациентами после лечения, которые достигают УВО</b>	
11.1 Пациенты без цирроза печени с УВО должны быть повторно обследованы на АЛТ и РНК ВГС через 48 и 96 недель после лечения, затем выписаны, если уровень АЛТ нормальный и РНК ВГС отрицательный.	C2
11.2 В дополнение к вышесказанному, больные с циррозом печени с УВО должны быть осмотрены на варикозно-расширенные подслизистые вены пищевода каждые 1-2 года и ГЦК каждые 6 месяцев с помощью УЗИ и α-фетопротеина.	B1
<b>12. Повторное лечение пациентов без устойчивого вирусологического ответа на терапию ПЭГ-ИФН-α и рибавирином</b>	
12.1 Пациенты, инфицированные вирусом гепатита С генотипа 1, которые не смогли избавиться от ВГС в предшествующей терапии ПЭГ-ИФН-α и рибавирином, как правило, не должны быть повторно пролечены такой же лекарственной схемой. Они могут быть рассмотрены для повторного лечения тройной комбинацией ПЭГ-ИФН-α, рибавирином, и ингибитором протеазы при их наличии.	A2