

HCV ՎԱՐԱԿԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ

ՈՒՄ ՀԵՏԱԶՈՏԵԼ HCV ՎԱՐԱԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ(ԱՀԿ)	
Բնակչության խմբեր	Առաջարկություններ
Նպատակային թեստավորում բնակչության առավել ախտահարված խմբերի շրջանում	<p>1. Ցանկացած դեպքում առաջարկվում է HCV հակամարմինների նկատմամբ (հակա- HCV) շճաբանական թեստավորում համակցելով կանխարգելման, օգնության և բուժման ծառայությունների հետ, հետևյալ անձանց.</p> <p>1) մեծահասակներ և դեռահասներ, HCV-վարակով առավել ախտահարված բնակչության խմբերից (այսինքն՝ որոնք մտնում են HCV -ի տարածվածության բարձր մակարդակ ունեցող բնակչության խմբերի կազմի մեջ կամ որոնց վերհուշի մեջ առկա է շփում HCV -վարակի հետ/ HCV վարակման վարքագծային ռիսկի գործոններ),</p> <p>2) քրոնիկ վիրուսային հեպատիտի կլինիկական կասկածով մեծահասակներ, դեռահասներ և երեխաներ (ախտանշանների և կլինիկական դրոշմների առկայություն):</p>
Թեստավորում ընդհանուր բնակչության մակարդակով	<p>2. Երբ HCV-ի նկատմամբ հակամարմինների շճաբանական տարածվածությունը ընդհանուր բնակչության շրջանում կազմում է $\geq 2\%$ կամ $\geq 5\%$, առաջարկվում է բոլոր մեծահասակներին HCV-ի նկատմամբ հակամարմինների շճաբանական թեստավորում համակցելով կանխարգելման, օգնության և բուժման ծառայությունների հետ:</p>
Տարիքային կոհորտների թեստավորում	<p>3. Այս մոտեցումը կիրառելի է վարակի առավել ցածր տարածվածությամբ բնակչության շրջանում կոնկրետ տարիքային կոհորտների անձանց նկատմամբ, որոնք ենթակա են վարակման և հիվանդացության բարձր ռիսկի:</p>
Արյան դոնորներ	<p>4. Բոլոր դեպքերում արյան դոնորների սքրինինգը պետք է կրի պարտադիր բնույթ՝ համակցելով օգնության ցուցաբերման, խորհրդատվության և բուժման ծառայությունների հետ նրանց համար, որոնց մոտ ստացվել է թեստի դրական արդյունք:</p>

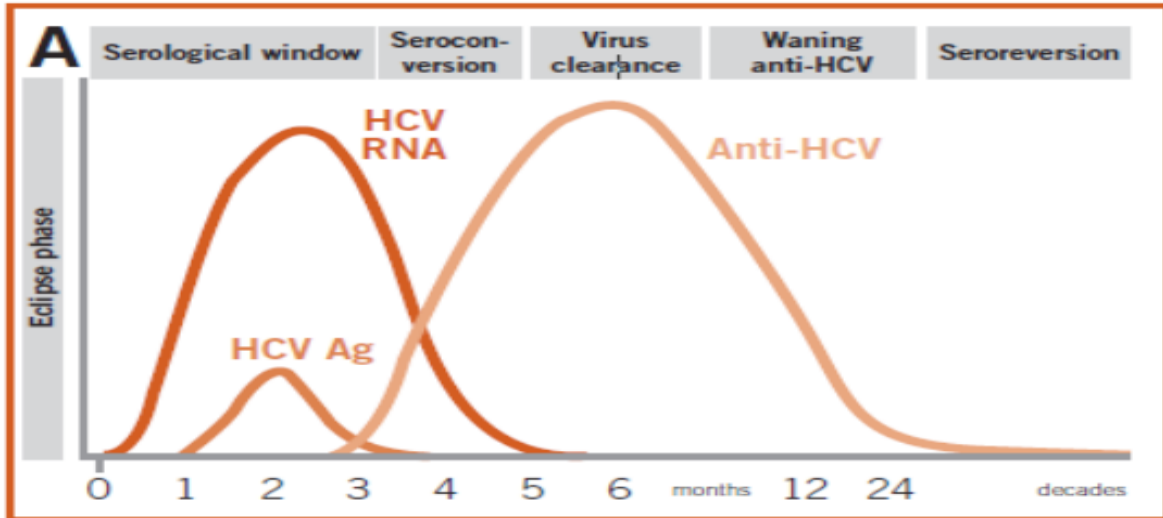
HCV ՄԱՐԿԵՐՆԵՐԸ	
Հակամարմիններ	Հեպատիտ C-ի վիրուսի նկատմամբ
հեպատիտ C վարակի	հակամարմինների առկայություն օրգանիզմում, որը

Նկատմամբ (հակա-HCV) (anti-HCV antibody)	հանդիսանում է նախկինում տարած կամ ընթացող վարակի մարկեր (կենսադրոշմ):
HCV ՌՆԹ (HCV RNA)	HCV գենոմներ, որոնք հայտնաբերվում և հաշվվում են արյան շիճուկի մեջ նուկլեինաթթուների նկատմամբ թեստավորման օգնությամբ (NAT):
հեպատիտ C վիրուսի կորիզային հակածին (HCVcAg) (HCV core antigen)	HCV նուկլեոկապսիդային սպիտակուլ, որն անջատվում է արյան պլազմայի մեջ վիրուսի հավաքման ժամանակ և հայտնաբերվում է ինֆեկցիոն պրոցեսի հենց սկզբում և ամբողջ ընթացքում:

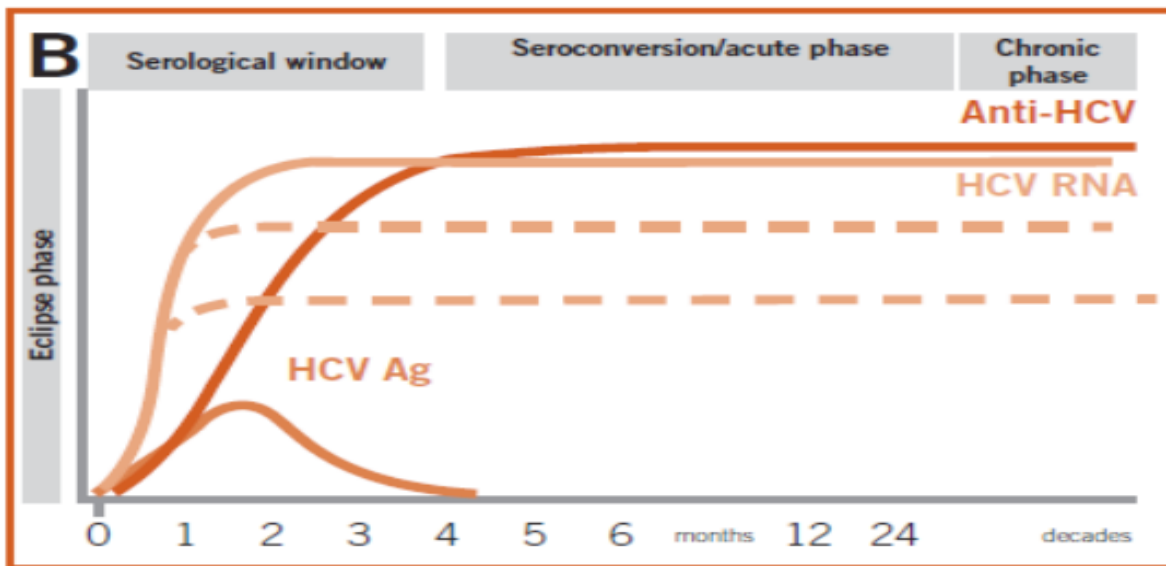
HCV վարակի շճաբանական մարկերների ժամանակացույցը (time course):

HCV վարակի վիրուսաբանական և իմունոլոգիական մարկերների ժամանակային ընթացքը, հատկապես վարակի առաջին ամիսների ընթացքում, հստակ նկարագրված չէ՝ պայմանավորված ընկալ օրգանիզմի իմուն պատասխանով, վիրուսի հատկություններով և վարակի մարկերների հայտնաբերման համար կիրառված հետազոտման մեթոդի զգայունությամբ: Ինչպես ներկայացված է նկ.1-ում առաջին 1-2 շաբաթներին, երբ ոչ մի շճաբանական կամ վիրուսաբանական մարկեր չի հայտնաբերվում, հաջորդում է HCV բնական ընթացքը, որին բնորոշ է HCV ՌՆԹ-ի, այնուհետև HCV core p22 Ag-ի առկայությունը (հաջորդ 6-10 շաբաթների ընթացքում բացակայում է հակամարմինների պատասխանը): Այս շճաբանական պատուհանի շրջանում հայտնաբերվում է ազատ, հակամարմինների հետ չկապված HCV core antigen (HCVcAg), որոնք հետագայում կապվում են HCVսպեցիֆիկ հակամարմինների հետ: Բացառապես հակա-HCV հակամարմինների հայտնաբերման համար նախատեսված մեթոդները ունեն պատուհանի շրջան վարակի վաղ փուլում:

HCV վարակ ինքնալավացմամբ:



Քրոնիկ HCV վարակ



Քրոնիկ HCV վարակով պացիենտների առաջնային գնահատումը պետք է ընդգրկի՝

- ամբողջական պատմություն
- ֆիզիկական գնում
- HCV մարկերների (դրոշմների) գնահատում
- լյարդի հիվանդության ծանրության գնահատում

- Բոլոր պացիենտները, որոնց մոտ կասկածվում է HCV-վարակ, պետք է հետազոտվեն արյան շիճուկում կամ պլազմայում HCV-հակամարմինների վերաբերյալ՝ որպես առաջին գծի ախտորոշիչ թեսթ:
- Իմունոդեֆիցիտով և հեմոդիալիզով փոխարինող բուժում ստացող պացիենտների մոտ սուր հեպատիտ C-ի կասկածի դեպքում արյան շիճուկում կամ պլազմայում HCV ՌՆԹ-ի որոշումը պետք է կազմի նախնական գնահատման մի մասը:
- Եթե հակա-HCV հակամարմինները հայտնաբերվել են, HCV ՌՆԹ-ն պետք է որոշվի զգայուն մոլեկուլային մեթոդի միջոցով՝ զգայունության ստորին սահմանը <15 ՄՄ/մլ
- Հակա-HCV-դրական, HCV ՌՆԹ-բացասական պացիենտները պետք է կրկին հետազոտվեն HCV ՌՆԹ-ի վերաբերյալ 12 և 24 շաբաթ անց՝ վիրուսից վերջնական մաքրումը հաստատելու համար
- ՊՇՌ մեթոդով HCV-ՌՆԹ-ի հայտնաբերումը և քանակական որոշումն անհրաժեշտ է այն պացիենտների մոտ, ովքեր հակավիրուսային բուժում պետք է ստանան:
- Գենոտիպի, ինչպես նաև սուբգենոտիպերի որոշումը պետք է իրականացվի բուժումից առաջ, որպեսզի ընտրվի բուժման տարբերակն ու տևողությունը:

Լյարդի հիվանդության ծանրության գնահատումն անհրաժեշտ է մինչև բուժումն սկսելը, քանի որ բուժման ընտրությունը, ինչպես նաև տևողությունը և հետբուժական պրոգնոզը, կախված է ֆիբրոզի աստիճանից և ցիռոզից:

- Կենսաքիմիական ցուցանիշների որոշում՝ ալբումին, ալանինամինոտրանսֆերազա (ԱԼՏ), ասպարտատամինոտրանսֆերազա (ԱՍՏ), գամմագլուտամիլտրանսպեպտիդազա (ԳԳՏ), հիմնային ֆոսֆատազա (ՀՖ), բիլիրուբին և պրոթոմբինային ժամանակ:

Քրոնիկ հեպատիտով տառապող մարդկանց մոտ ԱՆՏ մակարդակը ենթակա է տատանումների և միտումը որոշելու համար անհրաժեշտ է երկարաժամկետ դիտարկում: Ըստ ԱՀԿ-ի ԱՆՏ-ի համար նորմայի վերին սահմանները տղամարդկանց մոտ 30 Մ/լ, իսկ կանանց մոտ՝ 19 Մ/լ: ԱՆՏ մակարդակը համարվում է կայուն նորմալ կամ ոչ նորմալ, եթե ստացված արժեքները նորմայի վերին սահմանից ցածր կամ ավելի բարձր են 3 անընդմեջ չափումներով, որոնք կատարվել են կամայական ընդմիջումով 6-12 ամիս, կամ կանխորոշված ընդմիջումով 12 ամսվա ընթացքում: Սովորաբար ԱՆՏ-ի ակտիվությունն ավելի բարձր է, քան ԱՍՏ-ի: Սակայն լյարդի ցիռոզի զարգացման դեպքում կարող է նկատվել հակառակ հարաբերակցությունը: Ցիռոզի բնորոշ հատկանիշներն են՝ պլազմայի ալբումինի մակարդակի հարաճուն իջեցումը, պրոթրոմբինային ժամանակի երկարաձգումը, ինչը հաճախ ուղեկցվում է թրոմբոցիտների քանակի իջեցմամբ:

- Արյան ընդհանուր անալիզ թրոմբոցիտների որոշմամբ:
- Ուղեկցող հիվանդությունները, այդ թվում ալկոհոլային, աուտոիմունային, լյարդի մետաբոլիկ հիվանդությունը՝ ստեատոզ կամ ստեատոհեպատիտ և լյարդի քրոնիկ հիվանդության այլ պատճառները, պետք է համակարգված կերպով բացառվեն:
- Անհրաժեշտ է ստուգել երիկամային ֆունկցիան (կրեատինին/գնահատված գլոմերուլային ֆիլտրման արագություն [eGFR]):
- Արտալյարդային դրսևորումները պետք է իդենտիֆիկացնել ախտաիշների առկայության դեպքում:
- Բոլոր պացիենտների մոտ անհրաժեշտ է ստուգել հեպատիտ B վիրուսը (HBV), ՄԻԱՎ-ը, ինչպես նաև հեպատիտ A վիրուսը (HAV): Եթե պացիենտները չունեն HBV և HAV, ապա պետք է պատվաստվեն այդ վիրուսների դեմ:
- Որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտություն (ՈՒԶ):

- Ֆիբրոզի և/կամ նեկրոբորբոքման աստիճանի որոշելու համար պետք է կատարվի լյարդի բիոպսիա կամ ոչ ինվազիվ թեստեր: Բոլոր ոչ ինվազիվ մեթոդների ախտորոշիչ ճշգրտությունն ավելի լավ է խորացած ֆիբրոզը կամ ցիռոզը բացառելու, քան հաստատելու համար: Ներկայումս լյարդի ֆիբրոզի փուլը գնահատելու և որոշելու համար նախապատվությունը տրվում է ոչ ինվազիվ թեստերին (ՈԻԹ):

ՈԻԹ օգտագործվում են լյարդի ֆիբրոզի փուլը գնահատելու և որոշելու համար:

-APRI, FIB-4 և Fibrotest համակարգ (հիմնված են արյան կամ շիճուկի որոշ պարամետրերի որոշման վրա): APRI (ԱՍՏ և թրոմբոցիտների մակարդակի հարաբերակցության ցուցիչ) առաջարկվում է որպես նախընտրելի ՈԻԹ սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում ցիռոզի առկայությունը գնահատելու համար (APRI >2):

-դինամիկ էլաստոգրաֆիա օգտագործելով (*FibroScan, ARFI և 2D Ֆորմատի հերթափոխային ալիքի էլաստո-գրաֆիա*) արտոնագրված են և դրանք պետք է կատարվեն լաբորատորիաներում, որոնք բավարարում են որակի որոշակի ստանդարտների: Դինամիկ էլաստոգրաֆիան (օրինակ օգտագործելով FibroScan ապարատը) կամ FibroTest համակարգը կարող է նախընտրելի լինել այն պայմաններում, երբ այդ թեստերը մատչելի են, և դրանց գինը հիմնական խոչընդոտ չէ:

Ոչ ինվազիվ թեստերը`

- ✓ *Էժան են*
- ✓ *արդյունքների մեկնաբանման համար հատուկ փորձ չեն պահանջում*
- ✓ *կարող են իրականացվել ամբուլատոր հիմունքներով*

Լյարդի բիոպսիան իրականացվում է այն դեպքում, երբ կա անորոշություն կամ հնարավոր հավելյալ էթիոլոգիա: Լայնորեն չի օգտագործվում պայմանավորված`

- բարձր գնի

- ինվազիվության
- հիվանդի համար անհանգստության
- բարդությունների ռիսկի
- որակյալ նմուշը ստանալու հարցի
- պահանջվում է փորձառու անձնակազմ հյուսվածքաբանական արդյունքները

մեկնաբանելու նպատակով: