

ԲՈՒԺՈՒՄ

Բուժման նպատակն է՝ բուժել HCV վարակը, կանխարգելել HCV-ասոցացված լյարդային և արտալյարդային բարդությունները՝

- լյարդային նեկրոբորբոքումը, ֆիբրոզը
- ցիռոզը
- ցիռոզի դեկոմպենսացիան
- ՀՅԿ
- ծանր արտալյարդային դրսևորումները
- մահացությունը
- լավացնել կյանքի որակը
- կանխարգելել վարակի հետագա տարածումը:

Հակավիրուսային թերապիայի վերջնակետը ԿՎՊ-ն (կայուն վիրուսաբանական պատասխան) է, որը հաստատված է արյան մեջ չհայտնաբերվող HCV ՌՆԹ 12 (ԿՎՊ12) կամ 24 (ԿՎՊ24) շաբաթ անց բուժման ավարտից՝ գնահատված զգայուն մոլեկուլյար անալիզի մեթոդով, որի հայտնաբերման ստորին շեմը <15 ՄՄ/մլ է: Տևական հետևողական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ դեպքերի ճնշող մեծամասնությունում ԿՎՊ-ն համապատասխանում է HCV վարակի վերջնական բուժմանը: Խորացած ֆիբրոզով և ցիռոզով պացիենտների մոտ ՀՅԿ-վերաբերյալ հսկողությունը պետք է շարունակել, քանի որ ԿՎՊ-ն նվազեցնում է ՀՅԿ-ի առաջացման ռիսկը, բայց չի բացառում:

Բուժումն սկսելուց առաջ պետք է որոշվեն՝ լյարդային հիվանդության ծանրության աստիճանը և հիմնական վիրուսաբանական չափանիշները, որոնք օգտակար կլինեն բուժումը համապատասխանեցնելու գործում:

Բուժման վերաբերյալ ցուցումները: Ու՞մ պետք է բուժել

- Բոլոր HCV-վարակով պացիենտները պետք է դիտարկվեն բուժման համար՝ ներառյալ բուժում չստացած և բուժում ստացած

պացիենտները, որոնց մոտ չի դիտվել ԿՎՊ նախորդ բուժումից հետո:

- Բուժում պետք է առաջարկել բոլոր 12 տարեկան և բարձր HCV-վարակով պացիենտներին (բացառությամբ հղի կանանց) :

Բուժումն անհապաղ պետք է դիտարկվի՝

- նշանակալի ֆիբրոզով կամ ցիռոզով (METAVIR F2, F3 կամ F4)՝ ներառյալ կոմպենսացված (Չայլդ-Պյուկ A) և դեկոմպենսացված (Չայլդ-Պյուկ B կամ C) ցիռոզով պացիենտների դեպքում,
- նշանակալի արտալյարդային կլինիկական դրսևորումներով (օրինակ HCV-ասոցացված խառը կրիոգլոբուլինեմիկ սիմպտոմատիկ վասկուլիտ, HCV իմուն-կոմպլեքս ասոցացված նեֆրոպաթիա և ոչ Հոջկինյան B-բջջային լիմֆոմա) պացիենտների դեպքում,
- լյարդի տրանսպլանտացիայից հետո HCV ռեցիդիվով պացիենտների դեպքում,
- այն պացիենտների դեպքում, որոնց մոտ բարձր է լյարդի հիվանդության արագ զարգացման ռիսկը՝ պայմանավորված ուղեկցող հիվանդություններով (այլ օրգանների և ցողունային բջիջների տրանսպլանտացիայի ռեցիպիենտներ, HBV-համավարակ, շաքարային դիաբետ),
- բոլոր նրանց մոտ, որոնց մոտ մեծ է HCV-ի փոխանցման ռիսկը՝ ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողներ (ՆԹՕ), տղամարդիկ, որոնք սեքսուալ կապեր ունեն տղամարդկանց հետ (SUS) (MSM), պտղաբերության տարիքի կանայք, ովքեր պատրաստվում են հղիության, հեմոդիալիզի պացիենտներ, ազատագրվածներ:
- Դեկոմպենսացված ցիռոզով (Չայլդ-Պյուկ B կամ C) և լյարդի տրանսպլանտացիայի ցուցումով պացիենտներին ($\geq 18-20$ MELD միավորով) պետք է կատարվի փոխպատվաստում, այնուհետև նշանակվի հակավիրուսային բուժում:

- Դեկոմպենսացված ցիռոզով (Չայլդ-Պյուե B կամ C) և լյարդի փոխպատվաստման ցուցումով պացիենտներին ($\geq 18-20$ MELD միավորով), ովքեր փոխպատվաստման կապասեն, հավանական վեց ամսից ավելի, կարելի է բուժում նշանակել մինչև փոխպատվաստումը, սակայն կլինիկական օգուտները այս խումբ պացիենտների մոտ ճշգրտված չեն:
- Բուժումը սովորաբար խորհուրդ չի տրվում այն պացիենտներին, որոնց կյանքի տևողությունը սահմանափակ է՝ կապված այլ, ոչ լյարդ-ասոցացված ուղեկցող հիվանդություններով:

Ներկայումս HCV-ի բուժման համար օգտագործվում են հետևյալ ուղիղ ազդող հակավիրուսային դեղորայքը ՌԲԱՀԴ (DAA – direct-acting antiviral drugs).

1. Սոֆոսբուվիր, Դասաբուվիր- NS5B- ինհիբիտոր
2. Վելպատասվիր, Պիբրենտասվիր, Լեդիպասվիր, Օմբիտասվիր, Էլբասվիր -NS5A- ինհիբիտոր
3. Ոքսիլապրևիր, Գլեկապրևիր, Պարիտապրևիր, Գրազոպրևիր, - NS3/4A –պրոտեազի ինհիբիտոր

2018 թ. հասանելի դեղորայքները Եվրոպայում ներկայացված են աղյուսակում՝

Դեղորայք	Կազմություն	Ընդունման ձև
Պանգենոտիպային դեղորայք կամ դեղորայքային կոմբինացիաներ		
Սոֆոսբուվիր (SOF)	400մգ սոֆոսբուվիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 1անգամ
Դակլատասվիր*	30մգ կամ 60մգ դակլատասվիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 1անգամ
Սոֆոսբուվիր/ վելպատասվիր	400մգ սոֆոսբուվիր և 100մգ վելպատասվիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 1անգամ
Սոֆոսբուվիր/ վելպատասվիր/ վոքսիլապրևիր	400մգ սոֆոսբուվիր, 100մգ վելպատասվիր և 100մգ վոքսիլապրևիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 1անգամ

Գլեկապրևիր/ պիբրենտաավիր/	100մգ գլեցապրևիր և 40մգ պիբրենտաավիր պարունակող հաբեր	3 հաբ օրը 1անգամ
Գենոտիպ-սպեցիֆիկ դեղորայք կամ դեղորայքային կոմբինացիաներ		
Սոֆոսբուվիր/ լեդիպասավիր	400մգ սոֆոսբուվիր և 90մգ լեդիպասավիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 1անգամ
Պարիտապրևիր/ օմբիտասավիր/ Ռիտոնավիր	75մգ պարիտապրևիր, 12,5մգ օմբիտասավիր և 50մգ ռիտոնավիր պարունակող հաբեր	2 հաբ օրը 1անգամ
Դասաբուվիր	250մգ դասաբուվիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 2անգամ
Գրազոպրևիր/ Էլբասավիր	100մգ գրազոպրևիր և 50մգ Էլբասավիր պարունակող հաբեր	1 հաբ օրը 1անգամ

ՀՅԿ ՌԲՀ-ների հետ հևարավոր են բազմաթիվ և բարդ դեղային փոխազդեցություններ: Հետևաբար, պետք է մանրակրկիտ գնահատել դեղային փոխազդեցությունները մինչ ՌԲՀ-ով բուժում սկսելը, ինչպես նաև բուժման ընթացքում պացիենտներին անհրաժեշտ այլ դեղերի նշանակումից առաջ: Պացիենտներին անհրաժեշտ է իրազեկել թերապիան ընդունելու կարևորության, նշանակված չափաբաժիններին հետևելու և ոչ դեղատներից ձեռք բերված դեղերի օգտագործման, համացանցի միջոցով գնված դեղերի, նաև խնջույքներին կամ հանգստավայրում օգտագործվող դեղերի վերաբերյալ:

Բուժման հակացուցումները քիչ են՝

- P450 (CYP)/P-գլիկոպրոտեին (P-ցր) պարունակող պրեպարատների օգտագործումը (այնպիսիք, ինչպիսիք են կարբամազեպինը, ֆենիտոինը), հակացուցված են բոլոր սխեմաների դեպքում, քանի որ առկա է ՌԲՀ-ի կոնցենտրացիայի նշանակալի իջեցման ռիսկ:
- Պրոտեազայի ինհիբիտորներ պարունակող սխեմաներ չպետք է նշանակվեն Չայլդ-Պյու B կամ C դեկոմպենսացված ցիռոզով պացիենտներին և նաև այն պացիենտներին, ովքեր նախկինում ունեցել են դեկոմպենսացիայի էպիզոդներ:

- Ճանր երիկամային խանգարումներով պացիենտներին (eGFR <30 ml/min/1.73 m²) Սոֆոսբուվիր հնարավոր է նշանակել միայն այն դեպքում, եթե չկա բուժման ավտերնատիվ տարբերակ՝ հաստատված այդ խմբի պացիենտների համար:

Քրոնիկ հեպատիտ C-ի բուժումը՝ ներառյալ առանց ցիռոզի, ինչպես նաև կոմպենսացված ցիռոզով (Չայլդ-Պյու A) պացիենտներին

2018թ-ից ՌԲԱՀ-ները իրենց վիրուսաբանական էֆեկտիվությամբ, օգտագործման հեշտությամբ, սխեմաների անվտանգությամբ և տանելիությամբ համարվում են IFN-ազատ դեղերից լավագույն տարբերակը:

- IFN-ազատ ՌԲԱՀ դեղերը պետք է կիրառվեն առանց ցիռոզի HCV-վարակով պացիենտների (նաև կոմպենսացված ցիռոզով (Չայլդ-Պյու A) և դեկոմպենսացված ցիռոզով (Չայլդ-Պյու B և C)՝ ներառյալ երբևէ բուժում չստացած, (ովքեր երբևէ չեն բուժվել HCV-ի կապակցությամբ) և նախկինում բուժում ստացած պացիենտների, ովքեր ստացել են HCV-բուժում պեգիլացված IFN-a + RBV, պեգիլացված IFN-a + RBV+SOF կամ SOF+RBV սխեմաներով, բուժման համար:
- Նույն IFN-ազատ սխեմաները պետք է կիրառվեն ՄԻԱՎ-ով համավարակված պացիենտների դեպքում, այնպես, ինչպես առանց ՄԻԱՎ-ի HCV վարակով պացիենտների համար, քանի որ բուժման վիրուսաբանական արդյունքները նույնն են: Բուժման փոփոխությունները կամ դեղաչափերի շտկումները կարող են անհրաժեշտ լինել հակառետրովիրուսային դեղերի հետ փոխազդեցության դեպքում:
- Հնարավոր դեպքերում (բուժման միևնույն տևողություն, ԿՎՊ-ի համապատասխան արդյունք), երկու դեղ պարունակող սխեմաները նախընտրելի են եռակի դեղ պարունակողներից՝ մինիմալացնելով կողմնակի էֆեկտները և դեղային փոխազդեցությունները:

Նոր պանգենոտիպային տարբերակների հասանելիությունը աշխարհում տրամադրում է առողջապահության մասնագետներին բուժման մոտեցումների զգալի պարզեցնելու հնարավորության հետ մեկտեղ՝ նվազեցնել դրա գինը: Պանգենոտիպային տարբերակը թույլ է տալիս բուժումը սկսել՝ կրճատելով հետազոտությունների ծավալը մինչև HCV վիրուսի առկայության (HCV-ՌՆԹ կամ հիմնական հակածնի) արյան շիճուկում կամ պլազմայում և ցիռոզի առկայության կամ բացակայության գնահատումը ոչ-ինվազիվ մեթոդներով՝ FIB-4 կամ APRI, ինչը կօգնի նաև բուժման ավարտից հետո որոշել հսկողության անհրաժեշտությունը: Բուժում չստացած կամ նախկինում բուժման փորձ ունեցող պացիենտները, առանց ցիռոզի կամ կոմպենսացված ցիռոզով (Չայլդ Պյու A), կարող են բուժվել սոֆոսբուվիրի և վելպատասվիրի ֆիքսված դոզաների համակցումով 12 շաբաթյա տևողությամբ, կամ գլեկապրեվիրի և պիբտենտասվիրի համակցումով 12 շաբաթյա տևողությամբ, առանց գենոտիպի թեստավորման:

Առանց IFN հասանելի սխեմաները նախկինում չբուժված (ովքեր երբևէ չեն բուժվել HCV-ի կապակցությամբ) և նախկինում բուժման փորձ ունեցող (ովքեր ստացել են HCV- բուժում պեգիլացված IFN-a + RBV, պեգիլացված IFN-a + RBV+SOF կամ SOF+RBV սխեմաներով), առանց ցիռոզի կամ կոմպենսացված (Չայլդ-Պյու A) ցիռոզով պացիենտների յուրաքանչյուր գենոտիպ/սուբտիպի համար 2018-ից ի վեր:

Գենոտիպ	Պանգենոտիպային սխեմաներ				Գենոտիպ-սպեցիֆիկ սխեմաներ		
	SOF/VE L	GLE/PI B	SOF/VEL/VO X	SOF/DA C ^f	SOF/LD V	GZR/EB V	OMB/PTV/r +DSV
Գենոտիպ 1a	Այո	Այո	Ոչ	Այո	Այո	Այո	Այո+RBV
Գենոտիպ 1b	Այո	Այո	Ոչ	Այո	Այո	Այո	Այո

Գենոտիպ 2	Այո ^c	Այո	Ոչ	Այո	Ոչ	Ոչ	Ոչ
Գենոտիպ 3	Այո	Այո	Այո	Այո	Ոչ	Ոչ	Ոչ
Գենոտիպ 4	Այո	Այո	Ոչ	Այո	Այո	Այո	Ոչ
Գենոտիպ 5	Այո	Այո	Ոչ	Այո	Այո	Ոչ	Ոչ
Գենոտիպ 6	Այո	Այո	Ոչ	Այո	Այո	Ոչ	Ոչ

Բուժման մշտադիտարկում

Իր մեջ ներառում է՝

1. Բուժման արդյունավետության մշտադիտարկում
2. Բուժման ապահովության մշտադիտարկում
3. Դեղամիջոցների փոխազդեցության մշտադիտարկում
4. Բուժման չափաբաժնի նվազեցում

1.Բուժման արդյունավետության մշտադիտարկում

- Բուժման արդյունավետության դիտարկումը հիմնված է HCV ՌՆԹ մակարդակների անընդհատ չափումների վրա:
- Նույն անալիզը, ցանկալի է նույն լաբորատորիայում, պետք է կատարվի յուրաքանչյուր պացիենտի դեպքում HCV ՌՆԹ-ն չափելու համար տարբեր ժամանակահատվածներում, որպեսզի ապահովվի անալիզի հետևողականությունը
- Չափումները պետք է իրականացնել հատուկ ժամանակահատվածներում՝ ներառյալ ելքային, ապա 12 կամ 24 շաբաթ բուժման ավարտից հետո: Չափումները պետք է կատարել ստուգելու համար հիվանդի պատասխան ռեակցիան բուժմանը:
- HCV ՌՆԹ-ի հայտնաբերումը և քանակական անալիզը, պետք է կատարվի զգայուն անալիզի միջոցով, որի հայտնաբերման ստորին շեմը <15 IU/ml է
- Ցածր և միջին եկամուտներ ունեցող երկրներում և, որոշ դեպքերում նաև բարձր եկամուտ ունեցող երկրներում կարելի է կիրառել HCV ՌՆԹ-ի որակական անալիզ՝ հայտնաբերման ցածր շեմը ≤ 1000 ՄՄ/մլ

- IFN-ազատ ռեժիմով բուժվող պացիենտների մոտ HCV ՌՆԹ-ի քանակը պետք է գնահատվի ելքային մակարդակում և 12 կամ 24 շաբաթ անց՝ թերապիայի ավարտից հետո ԿԿՊ12 կամ ԿԿՊ24՝ գնահատելու համար:

2. Բուժման ապահովության մշտադիտարկում

Նոր ՈԲԱՀ ռեժիմները հիմնականում լավ տանելի են: Բարձր աստիճանի կողմնակի երևույթների հաճախականությունը, որոնք հանգեցնում են IFN-ից ազատ ռեժիմների դադարեցմանը, ցածր է: Այնուամենայնիվ, դեկոմպենսացված ցիռոզով կամ լյարդի փոխպատվաստում ստացած պացիենտների տվյալները սակավ են:

3. Դեղամիջոցների փոխազդեցության մշտադիտարկում

Հիվանդությունների դեմ միաժամանակ նշանակվող դեղերի արդյունավետությունն ու տոքսիկությունը և հնարավոր դեղափոխազդեցությունները պետք է բուժման ընթացքում մշտադիտարկվեն: Կարևոր է վերանայել հիվանդի կողմից ընդունվող բոլոր դեղամիջոցները՝ ներառյալ դեղատներից դուրս վաճառվող միջոցները և հանգստացնող կամ հոգեմետ դեղերը: Պացիենտները պետք է տեղեկացնեն բուժող բժշկին բուժման ընթացքում ցանկացած այլ դեղորայք օգտագործելուց առաջ:

4. Բուժման չափաբաժնի նվազեցում

- Դեղաչափի ճշգրտումներ չեն պահանջվում կամ առաջարկվում վերը նշված առաջարկված ՈԲԱՀ համադրությամբ ցանկացած ռեժիմի համար, ներառյալ երիկամային անբավարարության համար պրոտեազայի ինհիբիտորով պայմանավորված ռեժիմները, և 12-ից բարձր տարիքի երեխաների համար սոֆոսբուվիրը և լեդիպասավիրը: Դեղաչափի ճշգրտումներ չեն պահանջվում կամ առաջարկվում վերը նշված առաջարկված ՈԲԱՀ համադրությամբ ցանկացած ռեժիմի համար, ներառյալ երիկամային անբավարարության համար պրոտեազայի ինհիբիտորով

պայմանավորված ռեժիմները, և 12-ից բարձր տարիքի երեխաների համար սոֆոսբուվիրը և լեդիպասավիրը:

- Բուժումն անմիջապես պետք է դադարեցնել ծանր կողմնակի երևույթների և/կամ ALT-ի բնկման >10 անգամ նորմալ արժեքների վերին շեմը գերազանցելու դեպքում:

ԿՎՊ-ի հասած պացիենտների` բուժմանը հաջորդող գննությունը

- Առանց ցիռոզի ԿՎՊ-ով պացիենտները պետք է կրկին ստուգվեն ALT-ի և HCV ՌՆԹ-ի վերաբերյալ բուժումից 48 շաբաթ անց, ապա հանվեն հսկողությունից, եթե ALT-ի ցուցանիշները նորմայի սահմաններում լինեն, իսկ HCV ՌՆԹ-ն բացասական լինի:
- ԿՎՊ-ով զարգացած ֆիբրոզով (F3) և ցիռոզով (F4) պացիենտները պետք է մշտադիտարկվեն HCC-ի վերաբերյալ յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ անգամ ուլտրաձայնային հետազոտության և/կամ AFP-անալիզի միջոցով:
- Պորտալ հիպերտենզիայի և վարիկոզի հսկողությունը պետք է իրականացնել, չնայած վարիկոզային արյունահոսության ցուցանիշը հազվադեպ է հանդիպում ցածր ռիսկային պացիենտների մոտ ԿՎՊ-ի հասնելուց հետո (եթե առկա չլինեն և չպահպանվեն լրացուցիչ պատճառներ շարունակական լյարդային հիվանդության համար):
- Կրկնակի վարակի ռիսկը պետք է ներկայացվի, որպեսզի դրականորեն փոփոխվի հիվանդի վարքագիծը:
- Հետևելով ԿՎՊ-ին` HCV-ով կրկնակի վարակի մշտադիտարկումը ամենամյա HCV ՌՆԹ-ի գնահատման միջոցով պետք է նախաձեռնվի ներարկային թմրադեղեր օգտագործողների և համասեռամուլների շարունակական ռիսկային պահվածքով մարդկանց համար :
- Կրկնակի բուժումը պետք է հնարավոր դարձնել, եթե կրկնավարակը դիտվել է ԿՎՊ-ի հսկողության ընթացքում:

Բուժում չստացած և բուժման ձախողմամբ պացիենտների հսկողություն

- Բուժում չստացած և քրոնիկ հեպատիտ C-ով պացիենտները, ինչպես նաև նախորդ բուժումը ձախողածները պետք է պարբերաբար հետազոտվեն:
- Ոչ ինվազիվ մեթոդները ֆիբրոզի փուլի գնահատման համար ամենահամապատասխանն են դիտարկման 1-ից 2 տարվա ընդմիջումներով:
- HCC-ի դիտարկումն հարկ է շարունակել յուրաքանչյուր 6 ամիսը մեկ զարգացած ֆիբրոզով (F3) և ցիռոզով (F4) պացիենտների մոտ:

ՀԱՏՈՒԿ ԽՍԲԵՐԻ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄ

Սուր հեպատիտ C

- Սուր HCV-ով հիվանդների հակավիրուսային բուժման անհրաժեշտությունը հիմնված է քրոնիկ հեպատիտի C-ի զարգացումը կանխարգելելու որոշման վրա:
- Հակավիրուսային բուժման իդեալական ժամանակը հստակ հաստատված չէ:
- Սուր HCV-ով հիվանդների հակավիրուսային բուժման իդեալական տևողությունը մնում է անհայտ:
- Քրոնիկ հեպատիտ C-ով հիվանդների բուժման նմանությամբ սուր HCV-ով հիվանդները կարող են բուժվել սոֆոսբուվիր և վելպիտասավիր համադրությամբ բոլոր գենոտիպերը, գլեկապրեվիր և պիբրենտասավիր՝ բոլոր գենոտիպերը կամ գրազոպրեվիր և էլբասավիր համադրությամբ 1b և 4 գենոտիպերը 8 շաբաթյա տևողությամբ:
- ԿՎՊ-ը պետք է գնահատվի բուժման ավարտից 12 կամ 24 շաբաթ հետո, որովհետև արձանագրված են ուշ կրկնություններ:
- Հետկոնտակտային պրոֆիլակտիկ հակավիրուսային բուժման ցուցում չկա, եթե բացակայում են HCV-ի փաստարկված փոխանցումը:

HCV/HBV համավարակ

- ✓ Հեպատիտ B-ով և C-ով համավարակված պացիենտների մոտ, HBV-ի ԴՆԹ-ի մակարդակը հաճախ ցածր է կամ անհայտնաբերելի, չնայած նրան, որ այն կարող է անընդհատ տատանվել, և հեպատիտ C-ն սովորաբար լյարդի քրոնիկ բորբոքման հիմնական առաջատարն է:
- ✓ Գոյություն ունի հեպատիտ B վիրուսի ակտիվացման հնարավոր ռիսկ հեպատիտ C-ով պացիենտների հակավիրուսային բուժման ընթացքում կամ վիրուսի մաքրումից հետո, սակայն ռիսկն անկանխատեսելի է:
- ✓ Հեպատիտ B-ով համավարակված պացիենտները պետք է բուժվեն նույն ռեժիմային համակարգով, ինչպիսիք կիրառվում են հեպատիտ C-ով միավարակված պացիենտների դեպքում:
- ✓ Հեպատիտ C-ով և Հեպատիտ B-ով համավարակված պացիենտների մոտ Հեպատիտ B-ի բուժումը կատարվում է ստանդարտ չափանիշներով և պացիենտները պետք է ստանան նուկլեոզիդ/նուկլեոտիդներով բուժում, ըստ EASL Հեպատիտ B վիրուսային վարակի կառավարման պրակտիկ ուղեցույցի:
- ✓ Պացիենտները, որոնք HBsAg դրական են, պետք է ստանան նուկլեոզիդ/նուկլեոտիդ անալոզներով կանխարգելում ամենաքիչը 12 շաբաթ ևս հակա-հեպատիտ C բուժման ավարտից հետո և եթե արդեն ընդհատված է հեպատիտ B վիրուսի բուժումը, պետք է ամսեկան մշտադիտարկում:
- ✓ HBsAg բացասական, բայց հակա-HBc-հակամարմիններ դրական պացիենտների մոտ շիճուկի ամինոտրանսֆերազների մակարդակը պետք է մշտադիտարկել ամսեկան, HBsAg և HBV ԴՆԹ պետք է որոշվեն, եթե ԱՏՏ քանակը չի նորմալանում կամ աճում է HCV հակավիրուսային բուժման ընթացքում և նուկլեոզիդ/նուկլեոտիդ անալոզներով բուժումը պետք է սկսել, եթե HBsAg և/կամ HBV ԴՆԹ-ն դրական են:

- ✓ HBsAg- բացասական, հակա-HBcIg դրական պացիենտները, որոնք ստանում են HCV հակավիրուսային բուժում ՌԲԱՀԴ, կարիք ունեն ԱՆՏ-ի ամսեկան մշտադիտարկման և ԱՆՏ-ի բարձրացման դեպքում HBsAg և HBV ԴՆԹ-ի որոշման:

HCV/HIV համավարակ-խորհուրդներ

- ✓ HCV/ՄԻԱՎ համավարակով պացիենտներ մոտ յարդի հիվանդությունը պրոգրեսիվում է ավելի արագ ի տարբերություն HCV-միավարակով պացիենտների, այդ իսկ պատճառով այս խմբի մոտ հակա-HCV բուժումն ունի առաջնահերթություն:
- ✓ ՌԲԱՀ սխեմաները պետք է ընտրվեն չափազանց զգույշ՝ հաշվի առնելով ՀՌՎ սխեման՝ բացառելու, կամ առնվազն նվազեցնելու դեղ-դեղ փոխազդեցությունը, ինչպես նաև ՌԲԱՀ-ների կոնցենտրացիաների տատանումները:

Իմուն-կոմպլեքս միջնորդավորված քրոնիկ վիրուսային հեպատիտ C

- ✓ Խառը կրիոգլոբուլինեմիան և երիկամային հիվանդությունը, որոնք ասոցացվում են քրոնիկ հեպատիտ C վիրուսային վարակի հետ, պետք է բուժվեն առանց ինտերֆերոնային դեղամիջոցների և առանց ռիբավիրինի, ուղիղ ազդեցության հակավիրուսային դեղամիջոցների կոմբինացիաներով: Շարունակական մշտադիտարկումը կողմնակի ազդեցությունների համար պարտադիր է:
- ✓ Ռիտուքսիմաբի նշանակումը, հեպատիտ C-ի հետ կապված երիկամային հիվանդության դեպքում, կարիք ունի քննարկման բազմադիսցիպլինար թիմի կողմից:
- ✓ Հեպատիտ C-ասոցացված լիմֆոմայի դեպքում պետք է կիրառվեն առանց IFN-ի և առանց ռիբավիրինի ռեժիմները՝ սպեցիֆիկ քիմիոթերապիայի հետ կոմբինացիայով՝ հաշվի առնելով հնարավոր դեղ-դեղ փոխազդեցությունները:

Երիկամային անբավարարությամբ պացիենտներ՝ ներառյալ հեմոդիալիզով պացիենտներ

- ✓ Մեղմից մինչև չափավոր երիկամային անբավարարություն ունեցող պացիենտները (eGFR >30 մլ/ մին/1.73 մ²), որոնց մոտ հիվանդությունը ուղեկցվում է հեպատիտ C վարակով, պետք է բուժվեն ըստ ընդհանուր խորհուրդների: Անհրաժեշտություն չկա հակա-HCV դեղամիջոցների դեղաչափերի համապատասխանեցում կատարել, սակայն այս պացիենտները պետք է մշտադիտարկվեն շատ ուշադիր ձևով:
- ✓ Ծանր երիկամային անբավարարություն ունեցող (eGFR/հաշվարկած գլոմերուլյար գտման տոկոսը <30 մլ/մին/1.73մ²) և վերջին փուլի հեմոդիալիզով երիկամային անբավարարությամբ տառապող պացիենտները պետք է բուժվեն փորձագիտական կենտրոններում՝ խիստ մշտադիտարկումով, բազմադիսցիպլինար անձնակազմի կողմից:
- ✓ Վերջին փուլի երիկամային հիվանդությամբ տառապող և երիկամային փոխպատվաստման նշանակում ստացած պացիենտների բուժման ռիսկերն ու օգտակարությունը պահանջում են առանձին գնահատում փոխպատվաստումից առաջ և հետո:

Ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողներ (ՌԹՕ) և օփիոնային փոխարինող բուժում (ՕՓԲ) ստացող պացիենտների բուժումը

- Ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողները պետք է պարբերաբար և կամավոր հետազոտվեն հակա-HCV հակամարմինների և HCV ՌՆԹ- ի վերաբերյալ: Ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողները, որոնք HCV ՌՆԹ բացասական են պետք է ամեն տարի հետազոտվեն HCV ՌՆԹ - ի վերաբերյալ և նույնը կրկնել ցանկացած բարձր ռիսկային ներարկման դրվագից հետո:
- Բոլոր ներարկային թմրամիջոցներ օգտագործողները, ովքեր վարակված են HCV-ով, ունեն ցուցում հակավիրուսային բուժման, քանի որ ՌԲԱՀԴ բուժումը անվտանգ է և արդյունավետ ՕՓԲ

ստացող հեպատիտ C-ով պացիենտների մոտ, նրանց մոտ, ովքեր ունեն թմրանյութերի ներարկման օգտագործման պատմություն և ովքեր ընթացիկ թմրանյութ օգտագործողներ են:

- Հակա-HCV բուժումը պետք է առաջարկվի HCV վարակված՝ բանտում գտնվող պացիենտներին:
- ՕՓԲ ստացող պացիենտների մոտ ուղիղ ազդեցության դեղերի վրա հիմնված հակավիրուսային բուժումը չի պահանջում մեթադոնի կամ բուլարենորֆինի դոզաների ճշգրտում:

Հեմոգլոբինոպաթիաներ և արյան մակարդեղիության խանգարումներ

- Հեպատիտ C-ի բուժման ցուցումները նույնն են հեմոգլոբինոպաթիաներով կամ արյան մակարդեղիության խանգարումներով պացիենտների մոտ ինչպես առանց դրանց:
- Առանց ինտերֆերոնի, առանց ռիբավիրինի հակավիրուսային բուժման տարբերակները, որոնք կարող են օգտագործվել հեմոգլոբինոպաթիա կամ արյան մակարդեղիության խանգարումներ ունեցող պացիենտների մոտ, նույնն են, ինչ պացիենտների մոտ՝ առանց հեմոգլոբինոպաթիայի կամ արյունահոսության խանգարումների:

HCV-վարակով դեռահասների և երեխաների բուժման մոտեցումները

- ✓ 12 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի դեռահասները վարակված 2 կամ 3 գենոտիպերով, չբուժված կամ բուժման փորձ ունեցող, առանց ցիռոզի կամ կոմպենսացված (Չայլդ-Պյու A) ցիռոզով, կարող են բուժվել մեծահասակների համար հաստատված այլ տարբերակներով: Չգուշացումները ավելի շատ են սպասվում անվտանգության տվյալների առումով այս տարիքային խմբի մեջ
- ✓ 12-17 տարեկան դեռահասներին կամ 35 կգ մարմնի քաշ ունեցողները պետք է բուժվեն՝
 - Սոֆոսբուվիր/ լեդիպասվիր համակցումը 12 շաբաթյա տևողությամբ գենոտիպ 1,4 ,5, 6 -ի համար

- Սոֆոսբուվիր/ռիբավիրին համադրությունը 12 շաբաթյա տևողությամբ գեևոտիպ 2-ի համար
 - Սոֆոսբուվիր/ռիբավիրին համադրությունը 24 շաբաթյա տևողությամբ գեևոտիպ 3-ի համար
- ✓ 12 տարեկանից ցածր HCV-ով երեխաների բուժումը հետաձգել մինչ 12 տարեկան դառնալը :
 - ✓ Հրաժարվել իևտերֆերոնային դեղամիջոցներով հակավիրուսային բուժումից: