

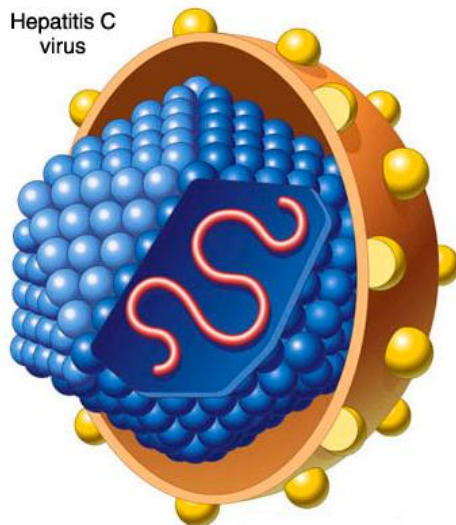
Hepatitis C

Pišu: mr.sc. Ivo Trogrlić i Dragan Trogrlić
Firma „Dren „ DOO Žepče
tel/fax: 00387-(0)32-881-774, Mob: 00387-61-461-517

Hepatitis C virus (HCV) najčešći je uzročnik kronične upale jetre čije posljedice mogu biti ciroza jetre ili hepatocelularni karcinom. Smatra se da je u BiH ovim virusom zaraženo oko 40 000 ljudi, međutim ovaj broj je vjerojatno veći, jer mnogi ljudi nisu ni svjesni da su zaraženi. Postojanje ovog virusa potvrđeno je 1989. godine, a test na njegovo prisustvo u krvi razvijen je 1990. g. U BiH ovaj test se uvodi tek 1995. g. što znači da svi oni koji su u ratu zbog ranjavanja ili bilo kog drugog razloga dobijali krv mogu biti nosioci HCV i trebali bi se podvrgnuti odgovarajućim testovima.

Način širenja virusa i prevencija

Bolest se prenosi kontaktom sa krvlju zaražene osobe. Intravenski narkomani su najugroženija grupa i kod njih je zabilježen najveći broj oboljelih. Virus se također može prenijeti tetoviranjem, bušenjem ušiju, korištenjem zajedničkog pribora sa oboljelim prije svega zajedničkim aparatom za brijanje, četkicom za zube, priborom za nokte itd.



Velikom riziku izloženi su i oboljeli koji su na hemodijalizi, i stoga zdravstveni radnici koji rade na odjelima hemodijalize moraju strogo voditi računa da nosioce hepatitis C virusa, odvajaju od onih koji nisu zaraženi i da ih ne priključuju na iste aparate. Zdravstveni radnici koji su u kontaktu sa krvlju nosioca HCV su jedna od ugroženih grupa. Stomatološke ordinacije su mjesta gdje se može doći u dodir sa krvi osoba zaraženih ovim virusom i stoga stomatolozi treba striktno da se pridržavaju svih pravila vezanih za sterilizaciju instrumenata, kao i pravilima o jednokratnoj upotrebi potrošnog materijala. Trudnice nosioci HCV rijetko zaraze svoj plod i računa se

da svega oko 5% djece ovih majki budu zaražena. Bolest se rijetko prenosi spolnim putem, ali ona ipak postoji i stoga i ovdje treba poduzeti odgovarajuće mjere prevencije.

Faze bolesti

Prva faza bolesti naziva se akutnom fazom i tad dolazi do prvog kontakta organizma sa virusom. Ova faza kod većine ljudi prolazi bez vidljivih simptoma i obično se manifestuje blagom žuticom, bolovima u zglobovima ili u gornjem dijelu trbuha. Većina ljudi često zanemaruje ove simptome ili ih pripíše nekom drugom oboljenju (gripa, prehlada, loša ishrana i slično) i to je razlog zašto dosta oboljelih i ne zna da je nosilac virusa. Imuni sistem oko 20 – 30 % oboljelih uspijeva pobijediti virus u ovoj fazi i trajno ga eliminisati, međutim kod 70 – 80 % virus ostaje i bolest prelazi u tzv. kroničnu fazu.

Kroničnu fazu obilježava dugotrajna i podmukla infekcija u kojoj virus bez nekih vidljivih simptoma uništava stanice (ćelije) jetre. U oko 30% kroničnih nosilaca bolesti ide u pravcu ciroze jetre. Ciroza jetre je najčešća komplikacija kronične HCV infekcije i manifestuje se na nekoliko načina. Prvi je pojava varikoziteta jednjaka i nastaje kad je jetra toliko oštećena da nije u stanju primiti svu krv koja kroz nju, u normalnim uslovima, prolazi. Tad ta krv biva usmjerena u druge krvne žile, između ostalog i u krvne žile jednjaka. Kako one nisu u stanju primiti toliku količinu krvi dolazi do njihovog širenja i pucanja, bilo spontano, bilo da je pucanje izazvano hranom koja prolazi kroz jednjak. Ova krvarenja teško zacjeljuju i mogu biti uzrok smrti oboljelog. Sljedeća teška komplikacija ciroze jetre je ascites ili takozvano „znojenje jetre,, , a manifestuje se nakupljanjem tekućine u trbuhu, što za posljedice ima pritisak na organe i teške upale.

Kod nekih oboljelih javlja se poremećaj nervnog sistema, a uzrokuje ga trovanje amonijakom, koji oštećena jetra nije u stanju da preradi. To za posledicu može da ima pojavu tzv. hepatičke kome i smrti bolesnika. Od ostalih komplikacija kod ciroze treba spomenuti poremećaje bubrežne funkcije, poremećaj kardiovaskularnog sistema, krvnog i endokrinog sistema. Ciroza jetre je danas najčešće oboljenje zbog koje se pribjegava transplantaciji jetre. Međutim ponovna infekcija presađene jetre je pravilo, jer se virus ne nalazi samo u stanicama jetre nego je odgovoran i za nastanak šećerne bolesti, hipotireoze (oboljenje štitnjače), kao i nekih oboljenja kože i krvi.

Prema statističkim podacima u oko 20% kronično zaraženih razvija se hepatocelularni karcinom (rak jetre).

Laboratorijske pretrage

Već je napomenuto da svi koji su dobili krv prije uvođenja testa na HCV (1995.g.) treba da obave testiranja na ovaj virus. To je nužno zbog toga da, ako se ustanovi da su pozitivni, mogu preduzeti odgovarajuće mjere zaštite svoje okoline i prije svega svojih ukućana. Primjenom ovih preventivnih mjera, koje su navedene u prvom dijelu teksta mogućnost prijenosa zaraze bi se svela na minimum.

Najbolji način je da se utvrdi prisutnost virusne nukleinske kiseline u krvi (HCV-RNA), zatim nivo jetrenih enzima (ALT i AST), kao i prisutnost antitijela na virus (anti-HCV). Kad je u pitanju sumnja na akutnu fazu ove bolesti, treba napomenuti da se antitijela na HCV javljaju dosta kasno i da njihova odsutnost u krvi nije siguran znak da HCV infekcija ne postoji. HCV je jako varijabilan i ima šest podtipova koji se označavaju kao genotip. U BiH, kao i u zemljama našeg okruženja dominiraju genotip1 i genotip3. Unutar genotipa postoje tzv. kvazispesijesi koji su unutar genotipa podudarni u oko 90% genoma. Ova velika raznolikost HCV je razlog zašto još nema vakcine, mada se na tome intenzivno radi.

Liječenje

Prvo što nosilac HC-virusa treba da preduzme je da se vakciniše protiv virusa hepatitisa A (HAV) i virusa hepatitisa B (HBV), jer se pokazalo da kombinacija HCV sa bilo kojim od ovih virusa bitno ubrzava propadanje stanica jetre. Medicinska terapija ove bolesti je kombinacija dva lijeka i to pegilirani intreferon (pegazis) i ribavirin. Međutim ovaj način liječenja većini oboljelih nije dostupan zbog izuzetno visoke cijene ovih lijekova, kao i dužine trajanja liječenja. Drugi razlog nemogućnosti uzimanja ovih lijekova leži u činjenici da oko 40% onih koji počnu sa ovom terapijom moraju da je

prekinu ili redukuju zbog nuspojava koje se javljaju, posebno zbog uzimanja interferona. Posljedice uzimanja interferona kod jednog broja liječenih su smetnje vida i sluha a ostaju i nakon prekida terapije. Tu su i krvarenja iz želuca i crijeva, depresije koje ponekad završavaju suicidom, a u nekim slučajevima dolazi do akutnog zatajenja bubrega i srca. Ribavirin može da izazove anemiju, zatim smanjenje broja trombocita i leukocita. Nadalje jedan broj nosilaca HCV ove lijekove ne mogu uzimati zbog nekih drugih bolesti koje imaju kao što su autoimune bolesti (skleroza multiplex, lupus, autoimuna hipotireoza itd.), ili već postojeća depresija.

Liječenje kombinacijom pegazis-ribavirin daje najbolje rezultate kod onih oboljelih koji nisu stariji od 40 godina, zatim kod onih kod kojih je broj kopija virusne RNA manji od 3 milijuna i kod kojih je genotip 2 ili 3. Nakon 12 sedmica od početka terapije potrebno je uraditi analize da se utvrdi da li liječenje ide u dobrom pravcu. Ako broj kopija HCV-RNA nakon 12 sedmica liječenja ovom kombinacijom lijekova ne padne ispod 400 000, gotovo je sigurno da nastavak liječenja neće dovesti do izlječenja. Prema dosadašnjim iskustvima viruse genotipa 2 i 3 treba liječiti oko 24 sedmice, a genotip 1,4,5 i 6 treba liječiti i svih 48 sedmica.

Rezultati ovim načinom liječenja djelimično su zadovoljavajući tek god genotipa 2 i 3, dok su kod ostala 4 genotipa, daleko ispod očekivanja.

Zaključak

Danas je u svijetu registrovano oko 180 milijuna kroničnih nosilaca HCV i u skoroj budućnosti očekuje se dramatičan porast oboljelih. Ono što može usporiti ovaj rast je edukacija o načinu širenja virusa kao i mjerama koje se trebaju preduzeti da se rizik širenja svede na najmanju moguću mjeru. Potrebno je što tačnije utvrditi broj oboljelih i objasniti im o kakvoj bolesti se radi i upoznati ih sa načinom liječenja.