

# Рекомендації EASL по лечению гепатита С (2014)

## Краткий обзор ключевых положений

**Европейская ассоциация по изучению болезней печени (European Association for the Study of the Liver – EASL) в апреле 2014 г. опубликовала рекомендации по лечению гепатита С, в котором обновленные положения сформулированы с учетом данных новых рандомизированных контролируемых исследований.**  
**Как и в предыдущем руководстве, вышедшем в 2013 г., каждой рекомендации присвоен уровень доказательств в соответствии с качеством использованных данных (А – высокий, В – средний, С – низкий) и проведена градация положений в зависимости от их силы (сильная рекомендация – 1, слабая рекомендация – 2).**

### Диагноз хронической HCV-инфекции

Мнение экспертов EASL относительно диагностики хронической HCV-инфекции осталось неизменным: диагноз хронического гепатита С основывается на определении антител к HCV и выявлении РНК HCV, при этом учитывается наличие клинических признаков хронического гепатита, повышение уровня аминотрансфераз или выявление характерных гистологических изменений. Диагностическим тестом первой линии остается определение антител к HCV (A1); в случае их выявления необходимо воспользоваться чувствительным молекулярным методом диагностики с нижним порогом обнаружения <15 международных единиц (МЕ)/мл для выявления РНК HCV (A1). В руководстве указывается, что при подозрении на острый гепатит С или у больных с ослабленным иммунитетом определение РНК HCV должно являться частью инициального обследования (A1). Пациенты, положительные по антителам к HCV и негативные по РНК HCV, должны быть повторно обследованы через 3 мес на наличие вирусной РНК для подтверждения истинного выздоровления (A1).

### Цель и конечные точки терапии HCV

Еще несколько положений нового руководства полностью согласуются с тезисами предыдущих рекомендаций. Целью терапии по-прежнему является полная эрадикация HCV-инфекции для предупреждения развития осложнений (HCV-индуцированного повреждения печени и внепеченочных заболеваний, включая фиброз, цирроз, декомпенсацию цирроза, гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК) и смерть). Конечной точкой лечения считается достижение устойчивого вирусологического ответа (УВО), определяемого как отсутствие РНК HCV к 12-й или 24-й неделе после окончания терапии (A1). Рассматривая целесообразность назначения противовирусной терапии пациентам с циррозом печени, эксперты EASL, с одной стороны, указывают на замедление скорости декомпенсации заболевания и снижение вероятности возникновения ГЦК после эрадикации HCV, а с другой – настаивают на продолжении скрининга ГЦК в этой популяции больных даже после элиминации HCV (A1).

### Обследование перед началом терапии

Согласно новым рекомендациям EASL, перед началом лечения необходимо установить причинно-следственную связь между HCV-инфекцией и заболеванием печени (A1), исключив другие возможные этиологические факторы повреждения гепатоцитов (HBV, HIV, злоупотребление алкоголем, аутоиммунные и метаболические заболевания печени, токсическое действие препаратов); следует оценить влияние сопутствующей патологии на прогрессирование заболевания печени и постараться скорректировать ее (A1). Также важными являются оценка степени тяжести поражения печени и выявление пациентов с циррозом печени, т. к. данные факты могут повлиять на прогноз и выбор схемы терапии (A1). Эксперты EASL настаивают, что выявление и количественное определение РНК HCV должны проводиться с помощью чувствительного метода с нижним пределом обнаружения <15 МЕ/мл (A1), а первоначальная оценка стадии фиброза может выполняться с использованием неинвазивных методов, тогда как в случаях неясной или вероятно сочетанной этиологии следует прибегнуть к биопсии печени (A1). К обязательному обследованию перед началом лечения относится также определение генотипа HCV, а для носителей 1 генотипа вируса – установление еще и подтипа (1a/1b) (A1); количественное определение РНК HCV показано пациентам, которым может быть проведена противовирусная терапия. В новом руководстве EASL подчеркивается, что в связи с появлением новых противовирусных препаратов прямого действия (ПППД) исследование генетических характеристик организма-хозяина посредством генотипирования IL28B полностью утратило свою значимость (A1).

### Противопоказания к проведению терапии

Эксперты EASL подчеркивают, что лечение хронического гепатита С при помощи пегилированного интерферона альфа (Peg IFN $\alpha$ ) и рибавирина абсолютно противопоказано больным, страдающим неконтролируемой депрессией, психозами и эпилепсией; беременным и парам, не соблюдающим адекватную контрацепцию; пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, включая патологию почек, аутоиммунные заболевания щитовидной железы, декомпенсацию со стороны печени. Применение IFN $\alpha$  не рекомендовано при абсолютном числе нейтрофилов <1500/мм<sup>3</sup> и/или количестве тромбоцитов <90 000/мм<sup>3</sup>.

Согласно рекомендациям EASL, разрешенные к применению ПППД выгодно отличаются от Peg IFN $\alpha$  и рибавирина, т. к. на территории Европейского союза к 2014 г. абсолютные противопоказания к назначению ПППД еще не зарегистрированы.

### Показания к лечению. Кого следует лечить?

В новых рекомендациях EASL расширены показания к лечению хронического гепатита С. В настоящее время проведение противовирусной терапии показано не только пациентам с компенсированным хроническим заболеванием печени, индуцированным HCV, не получавшим ранее специфического лечения, но и больным, принимавшим ранее противовирусные препараты, желающим лечиться и не имеющим противопоказаний к приему препаратов (A1). Перечисляя группы пациентов, которым показано этиотропное лечение, эксперты EASL указывают, что больные с выраженным фиброзом (F3–F4 по шкале METAVIR) терапия должна быть назначена безотлагательно (A1), лицам с признаками умеренного фиброза (F2 по шкале METAVIR) терапия показана (A2), тогда как у пациентов без признаков фиброза печени или с незначительной выраженностью ступенчатых некрозов (F0–F1 по шкале METAVIR) показана, а также сроки начала терапии могут быть индивидуализированы (A1). В новых рекомендациях подчеркивается, что даже больных с декомпенсированным циррозом, находящихся в списке ожидания трансплантации печени, необходимо рассматривать как кандидатов на лечение, правда, в этом случае желательно использовать режимы терапии без назначения IFN $\alpha$ , в идеальном случае – и без рибавирина (A1).

### Рекомендованные лекарственные средства

В отличие от клинических рекомендаций (2013), предусматривавших применение Peg IFN $\alpha$ , рибавирина в комбинации с теллапревиром и боцепревиром, в руководстве EASL (2014) главная роль отводится новым ПППД (софосбувиру, симепревиру и даклатасвиру), которые назначаются с/без Peg IFN $\alpha$  и рибавирина.

Несмотря на использование новых препаратов, обладающих выраженным противовирусным действием, дозы и схемы введения Peg IFN $\alpha$  (Peg IFN $\alpha$ 2a – 180 мкг/нед, Peg IFN $\alpha$ 2b – 1,5 мкг/кг/нед), а также рибавирина (1000 или 1200 мг/сут у больных с массой тела <75 кг или  $\geq$ 75 кг соответственно) остались неизменными.

Описывая особенности применения софосбувира, эксперты EASL рекомендуют назначать этот препарат ежедневно в дозе 400 мг (1 таблетка) 1 раз в день, при этом в рекомендациях отмечается хороший профиль переносимости препарата и перечисляются возможные побочные действия (при одновременном приеме с рибавирином: головная боль и усталость; при комбинации с IFN $\alpha$  и рибавирином: усталость, головная боль, тошнота, бессонница, анемия). Софосбувир не следует назначать сочетанно с такими индукторами Р-гликопротеина, как рифампицин, карбамазепин, фенитоин, зверобой обыкновенный, т. к. эти препараты снижают концентрацию софосбувира в плазме крови. Другие значимые лекарственные взаимодействия софосбувира с иными препаратами, в т. ч. антиретровирусными средствами (эмтрицитабином, тенофовиром, рилпивириним, эфавирензем, дарунавиром, ритонавиром, ралтегравиром) в настоящее время не зафиксированы.

Согласно рекомендациям EASL, симепревивр следует назначать ежедневно в дозе 150 мг (1 капсула) 1 раз в день. Как правило, пациенты хорошо переносят терапию симепревивром. Побочные реакции (сыпь, фотосенсибилизация, зуд и тошнота) чаще возникают у больных, принимающих симепревивр сочетанно с IFN $\alpha$  и рибавирином. Среди препаратов, противопоказанных к назначению при приеме симепревира, эксперты EASL назвали антиконвульсанты (карбамазепин, окскарбазепин, фенобарбитал, фенитоин), антибиотики (эритромицин, кларитромицин, телитромицин, рифампицин, рифабутин, рифапентин), системные противогрибковые средства (итраконазол, кетоконазол, посаконазол, флуконазол, вориконазол), а также дексаметазон, цизаприд, лекарственные травы (расторопшу, зверобой), антиретровирусные препараты (эфавиренз, делавирдин, этравирин, невирапин).

По мнению экспертов EASL, даклатасвир необходимо назначать ежедневно в дозе 60 мг (1 таблетка) 1 раз в день. В целом больные достаточно хорошо переносят прием даклатасвира; в некоторых случаях терапия этим ПППД может сопровождаться усталостью, головной болью и тошнотой.

### Лечение хронического гепатита С

Приступая к описанию особенностей терапии различных групп пациентов, эксперты EASL отмечают, что показания к выбору препарата зависят от генотипа и подтипа HCV, тяжести поражения печени, результатов предыдущего лечения, а показания к назначению противовирусной терапии у HCV/HIV-коинфицированным больным идентичны показаниям к применению у HCV-моноинфицированных пациентов (A1). В рекомендациях указывается, что у HIV-коинфицированных больных используются те же режимы лечения, что и у пациентов, не имеющих подобной сопутствующей патологии (A1). Перечисляя терапевтические нюансы применения ПППД у этой популяции больных, эксперты EASL подчеркивают, что у HIV-инфицированных пациентов, получающих атазанавир/ритонавир, точная доза даклатасвира должна быть уменьшена до 30 мг/сут, а у лиц, принимающих эфавиренз, ее следует увеличить до 90 мг/сут (B2). В то же время не рекомендуется назначать эфавиренз, делавирдин, этравирин, невирапин, ритонавир и любой другой ингибитор протеазы HIV пациентам, получающим симепревивр (A1).

В новых рекомендациях последовательно описываются возможные схемы лечения для каждого генотипа и дается краткая характеристика каждой из них.

#### Лечение 1 генотипа HCV-инфекции (табл. 1)

В настоящее время для пациентов, инфицированных 1 генотипом HCV, разработано и апробировано 6 схем лечения. Несмотря на существенные различия в стоимости каждой из них, комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира (1-й вариант) является наиболее эффективной и простой. Сочетание софосбувира и симепревира с/без рибавирина (5-й вариант) и комбинация софосбувира и даклатасвира с/без рибавирина (6-й вариант) представляются наиболее оптимальными схемами лечения, не содержащими IFN $\alpha$ .

#### Лечение 2 генотипа HCV-инфекции (табл. 2)

Наилучшим способом лечения пациентов, инфицированных 2 генотипом, является комбинация софосбувира и рибавирина; если этот метод лечения недоступен, приемлемо назначение комбинации Peg IFN $\alpha$  и рибавирина.

#### Лечение 3 генотипа HCV-инфекции (табл. 3)

Наиболее эффективной схемой лечения для этого генотипа считается тройная комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира.

#### Лечение 4 генотипа HCV-инфекции (табл. 4)

В рекомендациях представлены 6 схем лечения больных, инфицированных 4 генотипом вируса. Наиболее эффективной и простой считается тройная комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира.

#### Лечение 5 и 6 генотипов HCV-инфекции (табл. 5)

### Мониторинг эффективности терапии

Согласно рекомендациям, мониторинг эффективности терапии основывается на определении уровня РНК HCV в динамике лечения (установление исходного уровня вирусемии является обязательным). Эксперты EASL отмечают, что для получения сопоставимых результатов желательнее использовать один и тот же метод определения РНК HCV и проводить его в одной и той же лаборатории. Для мониторинга уровня РНК HCV во время терапии и после лечения рекомендуется использовать метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с нижним пределом обнаружения <15 МЕ/мл (A1).

В новых рекомендациях предусматриваются различные сроки оценки эффективности терапии, которые зависят от выбранного режима лечения. Так, при применении 12-недельной тройной терапии Peg IFN $\alpha$ , рибавирином и софосбувиром уровень РНК HCV необходимо определить на 4-й и 12-й неделе лечения (окончание терапии), а также через 12 или 24 нед после завершения лечения (A2).

Контроль эффективности тройной терапии Peg IFN $\alpha$ , рибавирином и симепревивром проводится на 4, 12, 24-й неделе (окончание терапии у пациентов, ранее не получавших лечение, и у больных с рецидивом заболевания после предыдущей терапии) и 48-й неделе лечения (окончание терапии у пациентов, частично или полностью не ответивших на ранее проводимое лечение), а также через 12 или 24 нед после завершения лечения (A2).

Таблиця 1. Лечение 1 генотипа HCV-инфекции

Схема лечения (условия назначения)	Составляющие	Комментарии
1-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира на протяжении 12 нед (A1)	
2-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и симепревира на протяжении 12 нед (A1)	Не рекомендуется пациентам с 1a подтипом HCV, имеющим мутацию Q80K, кодирующую последовательность NS3 протеазы (A2) После завершения 12-недельной терапии симепревиrom, Peg IFN $\alpha$ и рибавирином пациентам, ранее не получавшим лечение, а также больным с рецидивом заболевания рекомендуют продолжить квадротерапию Peg IFN $\alpha$ и рибавирином еще на протяжении 12 нед (общая длительность лечения – 24 нед); тогда как больным, не ответившим или частично ответившим на ранее проводимую терапию, прием данных препаратов необходимо продолжить еще на протяжении 36 нед (общая длительность лечения – 48 нед) (B1) Терапия должна быть прекращена, если к 4, 12-й или 24-й неделе лечения уровень РНК HCV $\geq 25$ МЕ/мл (A2)
3-й вариант (подтип 1b)	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и даклатасвира на протяжении 24 нед (B1)	Эта комбинация не может быть рекомендована пациентам с 1 генотипом, подтипом 1a (B1) Даклатасвир необходимо принимать на протяжении 12 нед совместно с Peg IFN $\alpha$ и рибавирином. Пациентам, у которых уровень РНК HCV к 4-й неделе лечения не достиг значений $< 25$ МЕ/мл, а к 10-й неделе не определялся, необходимо продолжить тройную терапию еще в течение 12 нед (общая длительность лечения – 24 нед); лицам, у которых уровень РНК HCV к 4-й неделе лечения достиг границы $< 25$ МЕ/мл, а к 10-й неделе не определялся, необходимо продлить прием Peg IFN $\alpha$ и рибавирина (без даклатасвира) еще на 12 нед (общая длительность лечения – 24 нед) (B2)
4-й вариант (непереносимость IFN $\alpha$ или наличие противопоказаний к его назначению)	Комбинация рибавирина и софосбувира на протяжении 24 нед (B2)	Эта комбинация должна быть использована только тогда, когда применение другого режима, не предусматривающего назначение IFN, невозможно (B2)
5-й вариант	Комбинация софосбувира и симепревира на протяжении 12 нед (B1)	Предварительные результаты не подтверждают преимуществ дополнительного включения рибавирина. В то же время применение рибавирина должно быть рассмотрено у пациентов с негативными прогностическими факторами вирусологического ответа, особенно у лиц, не ответивших на предыдущее лечение, и у больных циррозом (B1)
6-й вариант	Комбинация софосбувира и даклатасвира на протяжении 12 нед (для пациентов, не получавших ранее терапию) или в течение 24 нед (для больных, принимавших ранее Peg IFN $\alpha$ , рибавирин, теллапревир или боцепревир) (B1)	Предварительные результаты не подтверждают преимуществ дополнительного включения рибавирина. В то же время применение рибавирина должно быть рассмотрено у пациентов с негативными прогностическими факторами вирусологического ответа, особенно у лиц, не ответивших на предыдущее лечение, и у больных циррозом (B1)

Таблиця 2. Лечение 2 генотипа HCV-инфекции

Схема лечения (условия назначения)	Составляющие	Комментарии
1-й вариант	Комбинация рибавирина и софосбувира на протяжении 12 нед (A1)	У больных циррозом, ранее получавших лечение, длительность терапии может быть продлена до 16-20 нед
2-й вариант (больные циррозом и пациенты, ранее получавшие терапию)	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира в течение 12 нед (B1)	

Таблиця 3. Лечение 3 генотипа HCV-инфекции

Схема лечения (условия назначения)	Составляющие	Комментарии
1-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира на протяжении 12 нед (A2)	
2-й вариант	Комбинация рибавирина и софосбувира в течение 24 нед (A2)	Эта терапия субоптимальна для пациентов с циррозом, ранее принимавших терапию, которым должно быть предложено альтернативное лечение (A2)
3-й вариант	Комбинация софосбувира и даклатасвира на протяжении 12 нед (для пациентов, не получавших ранее терапию) или 24 нед (для больных, принимавших ранее лечение) (B1)	Предварительные результаты не подтверждают преимуществ дополнительного включения рибавирина. В то же время применение рибавирина должно быть рассмотрено у пациентов с негативными прогностическими факторами вирусологического ответа, особенно у лиц, не ответивших на предыдущее лечение, и у больных циррозом (B1)

При использовании тройной терапии Peg IFN $\alpha$ , рибавирином и даклатасвиром уровень РНК HCV определяется на 4, 10, 24-й неделе лечения (окончание терапии), а также через 12 или 24 нед после завершения лечения (A2). Контроль эффективности любого режима, не содержащего Peg IFN $\alpha$  (софосбувир + симепревир с/без рибавирина; софосбувир + даклатасвир с/без рибавирина; софосбувир + рибавирин) проводится на 2 (оценка приверженности), 4, 12-й или 24-й неделе лечения (окончание терапии), а также через 12 или 24 нед после завершения лечения (A2).

#### Снижение дозы во время лечения

В рекомендациях предусматривается возможность уменьшения дозы Peg IFN $\alpha$  при развитии тяжелых побочных эффектов (появлении клинических симптомов тяжелой депрессии, абсолютном числе нейтрофилов  $< 750/\text{мм}^3$ , количестве тромбоцитов  $< 50\,000/\text{мм}^3$ ). В таком случае возможно постепенное снижение дозы IFN $\alpha 2a$  со 180 до 135 мкг/нед, а затем и до 90 мкг/нед; доза IFN $\alpha 2b$  уменьшается с 1,5 до 1,0 мкг/кг/нед, а при необходимости – до 0,5 мкг/кг/нед. Эксперты указывают, что терапия Peg IFN $\alpha$  должна быть прекращена при выраженной депрессии, количестве нейтрофилов  $< 500/\text{мм}^3$ , уровне тромбоцитов  $< 25\,000/\text{мм}^3$ . Если при применении рибавирина развилась выраженная анемия (гемоглобин  $< 10$  г/дл), то дозу препарата следует постепенно снижать по 200 мг за 1 раз; терапия рибавирином

Таблиця 4. Лечение 4 генотипа HCV-инфекции

Схема лечения (условия назначения)	Составляющие	Комментарии
1-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира на протяжении 12 нед (B1)	
2-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и симепревира в течение 12 нед (B1)	После завершения 12-недельной тройной терапии симепревиrom, Peg IFN $\alpha$ и рибавирином, пациентам, ранее не получавшим лечение, а также больным с рецидивом заболевания рекомендуют продолжить квадротерапию Peg IFN $\alpha$ и рибавирином еще на протяжении 12 нед (общая длительность лечения – 24 нед); тогда как больным, не ответившим или частично ответившим на ранее проводимую терапию, прием данных препаратов необходимо продолжить еще в течение 36 нед (общая длительность лечения – 48 нед) (B1) Терапия должна быть прекращена, если к 4, 12-й или 24-й неделе лечения уровень РНК HCV $\geq 25$ МЕ/мл (A2)
3-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и даклатасвира на протяжении 24 нед (B1)	Даклатасвир следует принимать на протяжении 12 нед совместно с Peg IFN $\alpha$ и рибавирином. Пациентам, у которых уровень РНК HCV к 4-й неделе лечения не достиг значений $< 25$ МЕ/мл, а к 10-й неделе не определялся, необходимо продолжить тройную терапию еще в течение 12 нед (общая длительность лечения – 24 нед); лицам, у которых РНК HCV к 4-й неделе лечения достиг уровня $< 25$ МЕ/мл, а к 10-й неделе не определялся, необходимо продлить прием Peg IFN $\alpha$ и рибавирина (без даклатасвира) еще на протяжении 12 нед (общая длительность лечения – 24 нед) (B1)
4-й вариант (непереносимость IFN $\alpha$ или наличие противопоказаний к его назначению)	Комбинация рибавирина и софосбувира на протяжении 24 нед (C2)	
5-й вариант	Комбинация софосбувира и симепревира на протяжении 12 нед (B2)	Предварительные результаты не подтверждают преимуществ дополнительного включения рибавирина. В то же время применение рибавирина должно быть рассмотрено у пациентов с негативными прогностическими факторами вирусологического ответа, особенно у лиц, не ответивших на предыдущее лечение, и у больных циррозом (B1)
6-й вариант	Комбинация софосбувира и даклатасвира на протяжении 12 нед (для пациентов, не получавших ранее терапию) или 24 нед (для больных, принимавших лечение ранее) (B2)	Предварительные результаты не подтверждают преимуществ дополнительного включения рибавирина. В то же время применение рибавирина должно быть рассмотрено у пациентов с негативными прогностическими факторами вирусологического ответа, особенно у лиц, не ответивших на предыдущее лечение, и у больных циррозом (B2)

Таблиця 5. Лечение 5 и 6 генотипов HCV-инфекции

Схема лечения (условия назначения)	Составляющие
1-й вариант	Комбинация Peg IFN $\alpha$ , рибавирина и софосбувира на протяжении 12 нед (B1)
2-й вариант (непереносимость IFN $\alpha$ или наличие противопоказаний к его назначению)	Комбинация рибавирина и софосбувира в течение 24 нед (C2)

должна быть прекращена при уровне гемоглобина  $< 8,5$  г/дл. Показанием к незамедлительному прекращению лечения является развитие тяжелого гепатита (уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) в 10 раз превышает норму), тяжелой бактериальной инфекции любой локализации.

#### Наблюдение за пациентами, достигшими УВО, после завершения лечения

В рекомендациях указывается, что через 48 нед после завершения лечения у пациентов без цирроза печени, достигших УВО, следует провести повторное определение АЛТ и РНК HCV; при нормальных значениях АЛТ и отсутствии РНК HCV таких больных можно снять с учета (C2). Пациенты с циррозом, достигшие УВО, должны проходить обследование на предмет наличия ГЦК каждые 6 мес с использованием ультразвукового исследования (B1).

#### Повторное лечение пациентов, не достигших УВО

В новых рекомендациях предусмотрено несколько вариантов лечения больных, не достигших УВО. Пациентам с 1 и 4 генотипами HCV, у которых применение софосбувира оказалось неэффективным, показано назначение комбинации софосбувира и симепревира; больным с другими генотипами, также не ответившим на терапию софосбувиром, следует рекомендовать сочетанный прием софосбувира и даклатасвира (B1). Пациентам, не достигшим УВО при применении симепревира, теллапревира или боцепревира, может быть назначена комбинация софосбувира и даклатасвира (B1). В случае неэффективности двойной терапии с применением софосбувира и симепревира следует прибегнуть к комбинации софосбувира и даклатасвира (B1). Больные с 1 и 4 генотипами HCV, не ответившие на режим терапии даклатасвиром, могут быть пролечены комбинацией софосбувира и симепревира (B1); а при неэффективности сочетанного применения софосбувира и даклатасвира у таких пациентов целесообразно использовать комбинацию софосбувира и симепревира (B1). В то же время эксперты EASL отмечают, что больные, не нуждающиеся в проведении ургентной противовирусной терапии и не достигшие УВО при применении режимов терапии с использованием софосбувира, симепревира и/или даклатасвира, могут временно отказаться от повторного лечения и ожидать появления новых, более эффективных комбинаций (B1).

#### Лечение острого гепатита С

Согласно рекомендациям EASL, монотерапия Peg IFN $\alpha$  (IFN $\alpha 2a$  180 мкг/нед или IFN $\alpha 2b$  1,5 мкг/кг/нед) на протяжении 24 нед позволяет достичь УВО у 90% пациентов с острым гепатитом С (A1). Для лечения острой HCV-инфекции у HIV-коинфицированных больных следует использовать комбинацию Peg IFN $\alpha$  и рибавирина на протяжении 24 нед (B1). Подчеркивая недостаточное количество данных, эксперты EASL предполагают, что у больных острым гепатитом С могут быть использованы такие же режимы терапии, не содержащие IFN $\alpha$ , что и у пациентов с хроническим гепатитом С (с применением тех же препаратов, в тех же дозах и с аналогичной длительностью лечения) (B1).

Подготовила Лада Матвеева

39