Практики при лечението на хроничните хепатити
Интервю с д-р Розалина Балабанска

06 февруари 2009 година
град София, болница "Токуда"
Интервюто взеха: Елена Илиева и Радослав Русинов
www.hepatitis-bg.com

Представяне

Р. Русинов: Здравейте, благодаря ви, че се отзовахте на поканата! Бихте ли се представили с няколко думи.
д-р Балабанска: Здравейте, започнах да се занимавам с хепатология и лечението на хепатитно болни през 1991 г. във Военна болница при проф. Мечков. След това той се прехвърли в Пета градска болница, аз също го последвах като част от неговия екип. Имах огромния шанс 14 години да бъда неотлъчно до един невероятен лекар, професионалист гастроентеролог, изключителен човек и учител- Проф.Мечков, който по-късно стана академик. Той ме научи на гастроентерология, абдоминална ехография, чернодробни биопсии и интервенционална ехография, научи ме на грижовно отношение към пациентите. Така навлязох в дебрите на хепатологията – една изключително интересна област. Това е тясната специалност, с която се занимавам –лечението на чернодробните заболявания. С д-р Цонев, с когото се запознахте преди малко, работим в екип. Бяхме заедно 14 години в Пета Градска болница, а сега продължаваме работата си заедно тук – в болница „Токуда" – София, където има условия да се работи наистина на много добро ниво и идват пациенти от цялата страна.
За съжаление хепатитите се срещат доста често, особено при млади хора, като обикновено се откриват случайно. Това е коварното на чернодробната болест, че няма оплаквания, които да накарат пациента своевременно да потърси помощ. Откриването става случайно при профилактичен преглед, при доказване на повишени трансаминази или положителни маркери за В или С хепатит. Колкото по навреме се открие заболяването и се предприемат съответни мерки, толкова по-добре.

Р. Русинов: Бихте ли казали как пациентите могат да си запишат час при Вас, за да дойдат на преглед или консултация?
д-р Балабанска: Болница Токуда е непрекъснато отворена за пациентите. Мотото на нейния създател-японския лекар Д-р Торао Токуда е че всички хора имат равно право на живот и медицински грижи. В общи линии през цялата седмица има гастроентеролог от сутрин до вечер,включително и в събота. На регистратура «Вътрешни болести" сестра записва за прегледи от 7.30 до 19.30 ч. Телефоните за предварително записване за преглед са : **02/4034917**, **02/4034950**. Консултативните кабинети са на първия етаж, по коридора вдясно от асансьорите на главното фоайе, при регистратура „Вътрешни болести". Цената на прегледа е 30-35 лв.

Хроничен хепатит и бременност

Р. Русинов: Благодаря ви! Първата тема, която искаме да засегнем, е "Хепатит и бременностт". Бихте ли ни казали малко повече за бременността при хроничен хепатит Б, за спецификите и по-специално за прилагането на активната и пасивна имунизация и дали в болницата използвате такива практики? Активната имунизация (ваксинацията) наистина е задължителна и се прилага, но какво ви е мнението за прилагането на хиперимуноглобулин веднага след раждането?
д-р Балабанска: По принцип преди да се забременее е желателно да се направят скринингови изследвания и ако има данни за хепатит да се вземат мерки предварително. Ваксинацията срещу хепатит В си остава най-доброто средство за предпазване от заболяване. Обикновено съветваме, ако има заболяване, да се изчака с бременността. Първо пациентката трябва да се опита да постигне потискане на вируса и едва след това да се реши да има деца. Ако в хода на една бременност се установи, че майката има хепатит В с вирусна репликация рисковете за заразяване на детето са големи само при висока виремия. По принцип по време на бременността не се провежда антивирусно лечение. След раждането майката може

да започне лечение по утвърдените схеми- с Интерферон или нуклеозиден аналог в зависимост от конкретния случай, а детето задължително се ваксинира по следната схема - непосредствено след раждането, на I и III-ти /вместо на VI-ти/ месец. Екипът, който отговаря за раждането, трябва да бъде информиран за състоянието на майката и наличието на хепатит. В Майчин дом има специална зала изолатор за родилките, болни от хепатит. Задължително родоразрешението е чрез Цезарово сечение.

Р. Русинов: А какъв е подходът в случаите, в които майката вече е лекувана и знае от доста време за статута си, но иска да забременее. Вие съветвате ли, освен ваксинацията, да се използва хиперимуноглобулин, като допълнителна защита. Доколкото знам, най-лесно и близо е пациентката да се снабди с имуноглобулин от Гърция?
д-р Балабанска: Нямам опит с прилагането на хиперимунен гамаглобулин. В България не се намира от 10 години.

Р. Русинов: Какви са практиките в случаите на майка с хроничен хепатит С, при който няма как да се приложи ваксина? Какво ще ни кажете за рисковете и изобщо има ли начин да се избегне заразяването при майки с хроничен хепатит С?
д-р Балабанска: Много малка е вероятността за предаване на вируса трансплацентарно. Не е възможно и лечение по време на бремеността. Остава надеждата да се роди дете без наличие на вирус. По принцип, вероятността за заразяване е от порядъка на 5-10%. По възможност, предпочита се раждане със секцио като екипът трябва да знае, че жената е с хепатит, за да може да се намали до минимум контакта на бебето с майчината кръв при самата интервенция. Ако не попадне кръв на майката в очите на бебето, в общи линии е минимална вероятността за заразяване. След раждането майката може да се подложи на лечение с Интерферон и Рибавирин едва след спиране на кърменето , а детето се проследява периодично. Педиатрите препоръчват PCR за HCV-РНК на детето на 6-я месец, при наличие на заболяване лечение се започва след втората годинка.

Р. Русинов: По отношение на заразяването, имаме такъв въпрос от потребител - възможно ли е преболедувал човек от хепатит Б, който има антитела към вируса пак да се разболее след дълги години, или имунитета е доживотен?
д-р Балабанска: Не сме имали случай на пациент с остър хепатит, който да се е излекувал спонтанно, и след време да се зарази отново. Титърът на антителата, който се изгражда, гарантира защита поне в рамките на 10-15 години, както това се постига и след ваксинация. Трябва периодично да се контролира титърът на антителата срещу Австралийския антиген (анти-HBs) и при спадане под 100 IU /мл да се направи отново ваксинация. По принцип имунитетът спада и е възможно отново заразяване. Вижте колко коварен е този вирус...

Установяване и прогнозиране на развитието на чернодробното увреждане

Р. Русинов: Разкажете ни малко повече за биопсията и какво трябва да знаят хората, на които им предстои такава интервенция?
д-р Балабанска: Да, наистина, хората на които им предстои чернодробна биопсия, идват доста напрегнати, но след това се убеждават сами, че не е толкова страшно. Самата процедура минава леко и най-често безболезнено. Поставя се достатъчно лидокаин – 5-6 милилитра послойно в зоната, през която минава иглата, така, че по време на боцкането и след това, да нямат усещане за болка. Искам да кажа и няколко думи за самата биопсия и начина, по който тя се извършва:
Биопсията при нас се прави по техниката на Менгини /Menghini/ и е стандартна процедура. Научил ни е проф. Мечков, с когото дълги години работихме съвместно. Изисква се подготовка, спокойствие, премереност на усилието. Предварително под ехографски контрол се определя най-подходящото място за достъп в междуребрието. Болният лежи спокойно в положение по гръб с повдигната над главата дясна ръка, с което се цели максимално разширение на междуребреното пространство. Извършва се почистване на кожата със спирт и йод, послойна анестезия на кожа, подкожие и гръдна стена в междуребреното пространство с Лидокаин. Следва съвсем малък разрез с върха на скалпела- 2-3мм.,през който да може спокойно да премине след това специална игла. С игла Хепафикс -лумен 1,2 мм, се прониква до черния

дроб и след създаване на вакуум се аспирира тънко като конец стълбче чернодробна тъкан. Материалът се фиксира в 10 % формалин и се изпраща за изследване в хистологичната лаборатория на болницата. Болният заема в продължение на 2 часа дясно странично положение, с притискане на областта на интервенцията. След това може да се движи и храни спокойно. Манипулацията се извършва винаги в болнична обстановка, с приемане в отделението за кратък срок.
Досега не сме имали усложнения при биопсия. Извършена правилно, процедурата не е травмираща. Това е начинът да се оцени състоянието на черния дроб, тежестта на възпалението, наличието на фиброза. Изисква се задължително от комисията към Здравната каса при подаване на документи за лечение с антивирусни средства.

Р. Русинов: А след процедурата дали е нормално пациентът да чувства болка или да има усещания около или на мястото на пробождането и то доста месеци след това?
д-р. Балабанска: При биопсията се минава в междуребрието, съвсем близо до интеркосталните нерви и е възможно нараняване и леко засягане на нерва да е причина за поява на болка. Тя е по типа на интеркостална невралгия. Боли на същото място, където е бодено или по хода на нерва, с леко опасване. По принцип това не бива да буди безпокойство. Трябва да се знае, че черният дроб сам по себе си не боли. Той няма инервация вътре и усещането за тежест, за подпиране, идва от увеличения обем и разтягането на Глисоновата капсула /Glisson's capsule/.

Р. Русинов: Имате ли в практиката си такива случаи, при които се стига до обръщане на процеса на фиброза при излекуван човек?
д-р Балабанска: Да, имаме. Особено тези пациенти с хепатит Б, които са били в клиничните изпитвания - там много често е задължително хистологично проследяване на втората година, като лечението се приема за успешно, ако индексът за хистологична активност на възпалението е спаднал с поне два бала. Например, проследили сме 15 болни от програмите за лечение на хепатит Б, при които е проведена задължителна контролна биопсия и при всички отчетохме значително снижение на активността и намаляване на фиброзата. Това със сигурност важи и за хората, успешно лекувани за хроничен хепатит С.

Р. Русинов: Практикувате ли биопсия при хора с хроничен хепатит Б, които са с константно ниски ензими?
д-р Балабанска: Да, при ниски ензими също се налага извършване на чернодробна биопсия. Често пъти липсва корелация между нивото на вирусната репликация, цитологичната и хистологичната активност. След като има вирус, аз съм на мнение, че трябва да се провежда лечение, независимо от степента на вирусното натоварване и промените в трансаминазите.
Не може, ако виремията за HBV е например 90 000 копия, да се лиши пациентът от лечение, да се смята, че не е достатъчно добър кандидат за терапия. При С хепатит също настояваме за своевременно проведено лечение. Имаме пациент на 30 години, който през 1981 г. е бил заразен с хепатит С при кръвопреливане след катастрофа в Либия. След чернодробна биопсия през 2004 година кандидатства за лечение в НЗОК и му беше отказано , тъй като нямал белези за напреднало увреждане и липсвала фиброза. Минаха няколко години и пациентът вече има фиброза /доказано с повторна биопсия/и сега отново подаде документи за лечение. Едно заболяване трябва да се лекува навреме, не е добре да се изчаква дълго, защото заболяването неизбежно прогресира и колкото по-навреме го хванем и се осигури лечение, толкова по-добре.

Р. Русинов: Специално за тази граница от 100 000 копия при хепатит Б, вече често се чува за намаляването на тази долна граница? В научните изследвания се появява информация за пациенти с константно ниски стойности, при които въпреки това се наблюдава много напреднало чернодробно увреждане.
д-р Балабанска: Да, долната граница трябва да е по-ниска, на 1000 копия. Често при цироза например, виремията е ниска, въпреки високата степен на увреждане. Така, че аз смятам, че би трябвало да се провежда лечение в тези случаи. Да не говорим за канцерогенния ефект на хепатитния вирус Б, което е още една потенциална опасност за тези пациенти, ако не се предприемат действия за потискане на вируса.

Р. Русинов: По отношение на неинвазивните методи за оценка на увреждането на черния дроб - очаква ли се използването и внасянето на такива методи в България и по-специално в болница „Токуда"?
д-р Балабанска: Да, предполагам, имате предвид FibroScan. Гледахме на международните форуми апаратите, които ползват във Франция. Биха могли да имат приложение, но напоследък този метод по-скоро се отрича, особено по отношение на точността му при по-ниските нива на фиброза. На този етап нямаме такъв апарат, който да се ползва за оценка на фиброзата. Добре би било да се избегне инвазивната процедура -биопсията при възможност за нещо неинвазивно.Но за момента тя си остава най-надеждният начин за определяне на възпалението и степента на фиброзата.

Р. Русинов: Какви възможности има лабораторията в болница Токуда за изследвания на хепатитите? PCR?
д-р Балабанска: При нас се правят всички стандартни лабораторни изследвания, както и пълният набор хепатитни маркери. Лабораторията работи денонощно, както и в събота и неделя. PCR все още не се прави, но се предвижда това да стане в бъдеще. В момента, по отношение на PCR диагностиката (HBV-ДНК и HCV- РНК), работим с д-р Цветанска в СБАЛ по детски болести , доц. Антонов в МБАЛ „Иван Рилски" и българогерманската лаборатория Зинвест.

Лечение

Р. Русинов: Какво бихте предложили на хора, които са получили релапс след лечение с интерферон или не са отговорили на лечението с интерферон?
д-р Балабанска: Зависи от тежестта на болестта, възрастта на пациента, това, колко дълъг е бил предходния курс, дали е със стандартен или с пегилиран интерферон.
Р. Русинов: В случая, релапс след лечение с пегилиран интерферон?
д-р Балабанска: При релапс – отново лечение с пегилиран интерферон, но все пак е въпрос на оценка. Ако е с нормални ензими и хепатит В, за предпочитане е да мине на нуклеозиден аналог, ако има трансаминазна активност – тогава е желателно да е интерферон. Но решението трябва да се вземе индивидуално, тъй като оценката е комплексна.

Р. Русинов: Какво е мнението ви за ентекавир като нуклеозиден аналог и какъв е опитът ви от прилагането му на Ваши пациенти?
д-р Балабанска: Опитът ни е едва от няколко месеца. Имаме малко пациенти, които са на Бараклуд(ентекавир). Проблемът е, че касата не го заплаща, и пациентът трябва сам да си осигури лечението, което възлиза на 900 лв. на месец. Малко са хората, които могат да си го позволят, но при съответни показания е добър. Имам повече опит от клиничните изпитвания с Тенофовир. И смятам, че той ще се наложи. Страхотни са резултатите от прилагането му до този момент. Очаква се регистрация на Тенофовира и дори се знае, че цената му ще бъде около 720 лв. за месец. И се очаква той да се поеме от Здравната каса. Но лечението с нуклеозидни/нуклеотидни аналози е дълго, 3-4 години. Ако Здравната каса го поеме само за една година това не е решение. Тенофовирът се понася много добре от пациентите. Единственият нуклеозиден аналог, който за момента се поема от Здравната каса, е Зефикс, но за съжаление там рискът от мутации и развитие на резистентност е доста голям.

Р. Русинов: На конференцията на Американската асоциация за изучаване на черния дроб /AASLD/ през ноември 2008 г. изнесоха резултат от 96-седмично лечение проведено с тенофовир и впечатляващото е, че няма нито един пациент до момента, който да е развил резистентност към лекарството.
д-р Балабанска: Да, дори сега се обработват данните към 144 седмица лечение с тенофовир. Ние също сме част от този голям международен екип.
Р. Русинов: Което ме подсеща, че имаме въпроси от потребители на форума, свързани с участието на екипа на болница „Токуда" в международни програми?
д-р Балабанска: Благодарение на проф. Мечков, още от 1998 г. / когато за първи път стартираха клиничните изпитвания в България /имах възможност да участвам в такива програми. Ние работим по редица международни програми за лечение на В и С хепатит, което дава възможност на пациентите да

бъдат качествено изследвани и лекувани с най-новите лечебни средства, безплатно, при много стриктно проследяване и осигуряване на съответната продължителност на лечението.

Р. Русинов: Дали Токуда като японска болница участва в клинични изпитвания на японски лекарства? Например, такива, които са насочени към лечение на цирозата и фиброзата, имаме такъв въпрос от потребител?
д-р Балабанска: Не, в момента нямаме клинични изпитвания за нови японски лекарства или такива, които да са предназначени за към лечение на цирозата.
Р. Русинов: А в момента в какви програми участвате?
д-р Балабанска: Една от програмите, в които имаме участие е за изследване на болни с чернодробна цироза. Един нов тест, който е диагностичен с цел оценка на чернодробната функция. Той цели изследване на метаболизирането на жлъчна киселина, което е нещо съвсем ново. Другите програми, в които участваме са основно за лечение на вирусни хепатити Б и С.

Р. Русинов: Бихте ли казали няколко думи за практиките по отношение на нуклеозидните аналози - кога решавате да използвате нуклеозиден аналог? За някои от тези препарати, особено по-слабите като ламивудин, себиво, зефикс, се знае, че вирусът сравнително бързо мутира и се получава резистентност към лекарството.
д-р Балабанска: Има известен отлив по отношение на използването на ламивудин. От няколко години сравнително рядко се изписва ламивудин с оглед на тези опасения - влошаване след спирането, мутации на вируса,резистентност. Сега с новите препарати, които се утвърждават, шансовете за успех са много по-големи. По принцип, нуклеозиден аналог предпочитаме в случаите на много високо ниво на виремията, HBV-ДНК над 20 милиона IU/мл; в случаите на високо ниво на вируса и ниски ензими, когато има имунна толерантност спрямо вируса. Тогава интерферонът няма ефект и трябва да се опита с нуклеозиден аналог. Нуклеоз(т)идни аналози използваме и при напреднало чернодробно заболяване,компенсирана цироза с хиперспленизъм, тромбоцитопения и други противопоказания за Интерферон, декомпесирана цироза с асцит; преди и след трансплантация. Специално при цироза, първо трябва да се уточни стадия на цирозата, и ако е Child A (т.е. цирозата е компенсирана) и липсват противопоказания, пациентът е показан за лечение с интерферон. При напреднала цироза с декомпенсация (клас В и С по Чайлд), единствения вариант е нуклеозиден аналог, с оглед подтискане на виремията. Въпреки ,че обикновено при цироза, нещата по отношение на вирусната репликация вече са затихнали, вирусът е „прегорял" и много рядко се засича виремия. Но ако има виремия, то тогава трябва да се включи нуклеозиден/нуклеотиден аналог.

Р. Русинов: Но все пак, и при тях трябва да се подходи индивидуално в зависимост от конкретния пациент, тъй като нуклеозидните аналози имат и плюсове, и минуси?
д-р Балабанска: Да, решението е индивидуално. Важно е пациентите да знаят, че лечението с нуклеозидни аналози е дълго и че не трябва да се спира необосновано. Едно прекратяване на лечението им, поради забравяне на хапчетата при пътувания, небрежност или спиране по финансови причини, може да доведе до влошаване на състоянието им.

Р. Русинов: Още един въпрос, касаещ взимането на решение за използване нуклеозиден аналог. Във форума имаме случаи на покачване на вирусното натоварване след края на интерфероново лечение на хепатит Б. Хората се повлияват от лечението първите шест месеца, намалява се виремията и след прекратяване на лечението – драстично скача.
д-р Балабанска: В този случай, решението е включване на нуклеозиден аналог. Или продължване на лечение с интерферон плюс нуклеозиден аналог, за да може да се смъкне виремията. Някои пациенти например си намираха Адефовир от Германия или от Гърция. У нас засега може да се осигури Зефикс /Ламивудин/ или Бараклуд/Ентекавир/.

Р. Русинов: Във форума имаме случай на жена, чийто син е под 18 години и е диагностициран с хепатит Б. Какво бихте препоръчали на тази майка, към кой трябва да се насочи?
д-р Балабанска: Децата под 18 години се поемат от педиатрите (детските гастроентеролози).При нас в

болница Токуда такъв специалист е д-р Елена Лазарова(тел.на регистратура „Детски болести“- 02/403-4948). Преди това е работила в специализираната болница по детски болести. Тя се занимава с лечение на хепатитите при деца.

Р. Русинов: Трябва ли и правилно ли е да се лекуват хора с хепатит С, които са с константно ниски ензими?
д-р Балабанска: Да. Не би трябвало ниските ензими да бъдат причина за това да не бъде проведено лечение. Ние започнахме преди доста години да лекуваме и пациенти с нормални или близки до нормалните ензими, и постигнахме добри резултати.

Р. Русинов: Друг въпрос, касаещ лечението – проблемите с щитовидната жлеза по време на интерферонова терапия?
д-р Балабанска: Прави ми впечатление, че напоследък тези прояви като че ли зачестяват. В тези случаи се налага спиране на лечението - при рязко влошаване на състоянието, с увредена функция на щитовидната жлеза. По време на лечението се осъществява задължителен контрол на функционирането на щитовидната жлеза, чрез изследване на хормона TSH. Наскоро имахме две момчета, при които при изходни нормални стойности на TSH, по време на лечението се получи увреждане и се наложи да се спре лечението с интерферон и да се лекува щитовидната жлеза. Важно е да се извършва такъв контрол и да се работи съвместно с ендокринолозите.

Р. Русинов: А специално за хората с анемия – лекувате ли такива пациенти?
д-р Балабанска: С д-р Цонев имахме доста пациенти с хепатит С и таласемия /вродена, генетично предавана анемия/, младежи на 18-20 години, които много добре понесоха монотерапия със стандартен интерферон (без Рибавирин). При анемия не може да се прилага Рибавирин. Той води до хемолиза и спад на хемоглобина.

Р. Русинов: Имате ли наблюдения за извънчернодробни прояви при хронично носителство на вируса на хепатит Б или С, и кои от тях бихте откроили?
д-р Балабанска: Понякога хроничният хепатит се съчетава с извънчернодробна патология –например гломерулонефрит, както при хепатит Б, така и при хепатит С. Едни по-детайлни изследвания могат да помогнат за уточняване на бъбречния статус и откриване на придружаваща бъбречна патология, която е свързана с носителството на хепатитен вирус. Често хроничният вирусен хепатит се съчетава със смесена криоглобулинемия, идиопатична тромбоцитопения, кожни прояви- лихен рубер планус, еритема нодозум или еритема мултиформе, васкулити, пурпура, както и увреждания на щитовидната жлеза-тиреидит на Хашимото, хипо или хипертиреоидизъм. Напоследък доста се дискутира и връзката хепатит С и захарен диабет. HCV има освен директен цитопатогенен ефект върху тъканите и въздействие чрез задвижване на различни имунни механизми.

Новият консенсус за лечение на хронични хепатити

Р. Русинов: Вие споменахте за един проблем, свързан с новия консенсус.
д-р Балабанска: Да, това е залегналото възрастово ограничение в новия Консенсус. За мен това е възрастова дискриминация. Не може да се твърди, че пациент, който е на 45 години и не е отговорил на лечение при предходен курс, трябва да бъде лишен от повторна възможност. На мен ми звучи обидно тези хора да бъдат сложени в графата безперспективни, отхвърлени от обществото (самата аз скоро навърших 45 години и смятам че съм в активна възраст).
Ограничението за пациенти, които никога не са се лекували, е 60 години. Има пациенти, които са малко над 60 години, работоспособни, заемащи отговорни длъжности, дългогодишни данъкоплатци, които имат показания и би трябвало да могат да се лекуват, но се оказва, че нямат право на лечение, осигурено от Здравната каса.
Ще ви посоча за пример случая с наш дългогодишен пациент. Сега е на 64 години, с хроничен С хепатит от 1996 год., преход в цироза, с висока виремия и повишени трансаминази, с релапс след предходно лечение с Интерферон преди години, което трудно сам си е осигурил. Той е в работоспособна възраст и е

с категорични медицински показания за лечение с Интерферон съгласно международните и нашия консенсус и програми за лечение. През 2004 и 2008 г. този пациент е получил на два пъти немотивиран отказ от Здравната каса за отпускане на лечение и вече е подал документи в съда и с основание ще съди НЗОК.

Хранене

Р. Русинов: Храненето е една много дискутирана тема. Какви са вашите препоръки към хората с хроничен хепатит в това отношение?
д-р Балабанска: Първото важно нещо при наличие на хроничен хепатит, е да се ограничи приема на алкохол, дори да се спре напълно. Съчетанието на алкохол с вирусно увреждане, води до по-бърза прогресия на чернодробното увреждане и развитие на цироза в по-кратки срокове. И затова пациентите следва да ограничат или изобщо да спрат консумацията особено на концентриран алкохол. Чаша вино или бира 1-2 пъти седмично не биха навредили.
По отношение на храненето, то трябва да е разнообразно - с повече плодове, зеленчуци, сокове, фрешове, белтъчна храна - месо /пържоли, филе/, риба на скара, мляко и млечни продукти.
Трябва да се ограничи приема на тлъсти, мазни и пържени храни. Но не трябва да се стига до крайности по отношение на диетите. Най-правилно е човек да се храни здравословно, разнообразно, рационално, без залитания и да поддържа нормално телесно тегло.

Р. Русинов: А по отношение на храненето при компенсирана и декомпенсирана цироза?
д-р Балабанска: Да, при декомпенсираната цироза има доста допълнителни изисквания по отношение на хранителния режим. Набляга се основно на белтъчното хранене, с допълнителен прием на извара, варени яйца, от които се консумира само белтъка – поне две-три на ден, крехко месо,риба, мляко и млечни продукти. Ако пациентът е с варици на хранопровода, трябва да избягва киселото, лютото, дразнещото. Случва се такива пациенти да ми казват: „Ами аз се подсилвам с лимони", което за тях е абсолютно противопоказно – те не трябва да приемат нищо кисело, поради риск от разраняване на лигавицата на хранопровода и кървене.При тях се избягват също твърдите храни, сухари, препечени баници, риба с костици с оглед риска от механично травмиране.

Р. Русинов: Един въпрос по отношение на хемахромотозата и храненето при хемохроматоза – установено е, че хората, диагностицирани с хроничен хепатит и хемохромотоза имат по-бързо развитие на болестта? Трябва ли да направят тези хора нещо срещу увеличаване на желязото в храната?
д-р Балабанска: Категорично е така, при пациентите с хемохроматоза се наблюдава по-бързо развитие на болестта. Ограничаването на желязото в храната се налага при хората с такава диагноза, но не и при стандартно болните с хроничен хепатит. Пациентите, които са с високо серумно съдържание на желязо, много добре реагират на кръвопускане. Центърът, в който се работи в тази насока, е болница „Св.Иван Рилски", като те имат много добри резултати при продължително кръвопускане.
Р. Русинов: Значи ли, че щом човек има установено натрупване на желязо в организма, то той задължително има хемахроматоза?
д-р Балабанска: Не, това е вторична хемосидероза /натрупване на големи количества хемосидерин в органите и тъканите/. Първичната или идиопатична хемохроматоза се среща изключително рядко и се дължи на вроден дефект в метаболизма с повишена резорбция на желязо с екстремно натрупване в тъканите и развитие на т.нар. бронзов диабет- тъмна кожа, цироза, захарен диабет. Вторичната хемохроматоза или хемосидероза се развива след чести хемотрансфузии, прекомерен прием на желязо, вливане на желязо, както и при хемолитични анемии, алкохолна злоупотреба.

Р. Русинов: А при хората с цироза, установено ли е увеличаване на диагностицираните с хемохроматоза?
д-р Балабанска: Не, не е често. Единични са случаите с първична хемохроматоза. По-често има вторично отлагане на хемосидерин. А самата цироза е резултат от прогресията на вирусно или алкохолно чернодробно увреждане.

Р. Русинов: Има ли установена тенденция към натрупване на желязо в органите при пациенти с цироза?

д-р Балабанска: Зависи от причината за чернодробното заболяване. Важно е да се следи нивото на серумното желязо, ТЖСК, феритин, които кореспондират с количеството на отложеното в черния дроб и другите органи желязо.

Алтернативни методи на лечение

Р. Русинов: Какво е мнението ви за алтернативните методи на лечение на хроничните хепатити?
д-р Балабанска: Доста скептично съм настроена към някои алтернативни методи. Преди години имахме пациент с цироза, при който съпругата, загрижена за мъжа си, беше намерила прахчета реза. Впоследствие се оказа, че пациентът почина с находка за аспергилоза – едно заболяване по говедата. Заразяването е станало всъщност с тези прахчета, установихме го след като ги изпратихме за изследване. Резата на практика е говежда жлъчка – стрити жлъчни камъни от жлъчката на говедата. Има съответно риск от заразяване със заболявания, които са характерни за животните, особено при пациентите със снижен имунитет.

Р. Русинов: Какво е Вашето мнение за гладолечението като метод за лечение?
д-р Балабанска: Това за мен е крайно залитане. Аз смятам, че е невъзможно да се пребори вируса с гладуване. При гладуването имунитетът отслабва още повече. По принцип съм привърженик на програмите за поддържане на нормално телесно тегло- със съответен двигателен режим, разумно хранене.

Хепатопротектори

Р. Русинов: По отношение на хепатопротекторите – трябва ли да се спира периодично приема на хепатопротектори или трябва да се води продължително лечение?
д-р Балабанска: По-удачно е продължителното лечение. По принцип черният дроб изисква дълго лечение – месеци, години. Хепатопротекторите могат да се редуват, например да се пие Легалон, Трансметил, Есенциале форте, Хепасейф, пациентът да ги редува по месец или да се съчетават, в зависимост от случая. Има различия между отделните медикаменти, но аз съм категорично „за" хепатопротекторите, има смисъл да се пият. По време на лечение с Интерферон, ако има покачване на ензимите, също е добре да се приемат хепатопротектори.
За С хепатит при напреднало заболяване, когато не може да се приложи интерферон, алтернативният вариант е Амантадин сулфат –РК Мерц. Официално е регистриран за паркинсонова болест и това доста смущава пациентите, но всъщност това е известен от 40 години антивирусен противогрипен препарат. През 1996 година в САЩ по време на приложението му за профилактика на грип се открива, че настъпва снижение на нивото на виремията при хепатит С, както и понижаване на трансаминазите. Преди години правихме опити да го добавим като трети препарат при лечението, но се оказа, че не покри очакванията и не показа чувствително подобрение на резултатите от лечението. Но като самостоятелно средство го включваме при напреднало заболяване с HCV генеза, когато не може да се включи интерферон. В този случаи препоръчваме Амантадин сулфат – ежедневно в доза два пъти по една таблетка в рамките на 6 или 12 месеца. Това помага за известно снижение на виремията и чернодробните показатели.

Профилактика и превенция

Р. Русинов: Няколко думи по отношение на превенцията на хепатитите в България?
д-р Балабанска: Да, за хепатит В е направено страшно много. Ваксинацията срещу хепатит В се прилага масово при всички новородени от 1992 година и е включена в имунизационния календар. Но какво да правим при децата родени преди 1992 год. ? Трябва задължително да ги ваксинираме, по възможност преди започване на полово общуване, когато рискът от заразяване нараства. След такава ваксинация, на 5-тата година, или дори по-рано, е добре да се направи контрол на титъра на изградените антитела (*anti-HBs).* При нисък титър е наложителна реваксинация. Предаването на В хепатит по полов път налага ползване на презерватив от болния при полово общуване, ваксиниране на партньора. Своевременното откриване на болестта и провеждането на лечение е вид профилактика за околните и разпространението на болестта. Скрининговите програми за хепатит при наркоманите също имат голямо значение.

Р. Русинов: Да, сега като стана въпрос за имунизация, се сещам за съвсем пресен случай, публикуван във

февруарския брой (02/2009) на *Journal of Hepatology*, при който холандски здравен работник , който преди 14 години е ваксиниран срещу хепатит Б, се разболява и развива остър хепатит Б, въпреки, че титърът за антителата му е бил висок. Това е единичен случай, но това показва, че може би е хубаво, да се повтаря имунизацията през определен период, въпреки високите нива на антитела.
д-р Балабанска: Да, в медицината 2+2 не винаги прави 4. Много неща ни изненадват. Както например, когато излезе информация, че пациенти, при които HBsAg е негативен, могат да имат окултна хепатит Б инфекция с положителен тест за HBV-DNA в серума. Друг проблем е прозоречния период /window period/ при хепатит С. Антителата срещу хепатитен вирус С (анти-HCV) се изграждат 3 до 8 месеца след срещата с вируса. Може да имате високи трансаминази, негативни маркери за вирусен хепатит и едва след месеци да стане ясно, че сте с хепатит С.

Р. Русинов: Има един характерен проблем, свързан с реакцията на личните лекари. Има много хора, които след като са разбрали за хепатита си, отиват при личния им лекар, който им казва, че не трябва да се притесняват, че нищо им няма и то без да им пусне никакви допълнителни изследвания.
д-р Балабанска: Това е груба грешка. Небрежността е недопустима и непростима. Много често на пациенти се казва, че са само здрави носители на австралийския антиген и че няма никаква опасност прибързано, без да са направени необходимите изследвания. А тези пациенти задължително трябва да посетят гастроентеролог, да се изследват по-задълбочено, с проследяване на трансаминазите, PCR диагностика, допълнителни хепатитни маркери, за да се прецени какво е състоянието им.

Р. Русинов: Благодаря Ви за отделеното време и за съдействието!
д-р Балабанска: Много се радвам, че се видяхме и аз ви благодаря!