За хроничните хепатити - профилактика, начини за заразяване, лечение, хранене
Интервю с доц. д-р Красимир Антонов

13 януари 2009 година
град София, болница "Св. Иван Рилски"
Интервюто взеха: Елена Илиева и Радослав Русинов
www.hepatitis-bg.com

Представяне

Р. Русинов: Здравейте, бихте ли се представили с няколко думи.
доц. Антонов: От 1988 година работя в клиниката по гастроентерология в областта на вирусните хепатити. Тук започнах като асистент и цялата ми научна кариера е изградена върху разработването на този проблем – диагностика, лечение на пациенти с хронични вирусни хепатити. Дисертацията ми е на тема „Хроничен делта хепатит", която защитих през 2000 година, с която станах кандидат на медицинските науки (доктор по медицина). Имам публикувани 78 научни статии, над 100 съобщения в български и международни списания с висок импакт фактор. Член съм на Българското дружество по гастроентерология и на Европейската Асоциация за Изучаване на Черния Дроб (EASL). Целият ми живот в медицината е преминал в областта на хепатологията.

Р. Русинов: Как хората, които желаят могат да си запишат час при вас?
доц. Антонов: Има един телефон, който е обявен: **02/852 69 30**. На него хората могат да се записват, като аз имам приемни часове в понеделник и четвъртък. Работя със НЗОК, но имам и свободен прием. Искам да спомена, че всеки ден от 12:30 правя свободни консултации на пациенти с вирусни хепатити В и С, за което имам уговорка с колегите от страната. Тези свободни консултации се правят в рамките на 5-10 минути, за да се запозная с проблема на пациента. Това не е основен преглед, а се прави за да мога да преценя дали пациента се нуждае от насочване към клиниката. Ако той се нуждае само от обяснение какво трябва да се прави, то за 10-ина минути, му обяснявам.

Хроничните хепатити и бременността

Р. Русинов: Искам първо да започнем с въпроси за хроничните хепатити и бременността. Много хора се интересуват от тази тема. След като майка с хроничен хепатит роди, кога най-рано може да се направи изследване, за да се разбере дали бебето не е заразено?
доц. Антонов: Ако става въпрос за майка, която е носител на вируса на хепатит Б, знаете че в България, детето, веднага след като се роди, се ваксинира. Спорен е въпросът доколко тя трябва да кърми – всичко зависи от концентрацията на вируса в кръвта и. Ако тя е много висока – милиони международни единици, на практика не е редно да кърми. При наличието на толкова изкуствени храни, това не е сериозен проблем. Така, че благодарение на политиката на България, с масовата ваксинация на новородените, въведена от 1993 година, този начин на заразяване от майка на дете с хепатит Б, е много рядък. Не че го няма, но е много рядък. Важното е детето да се ваксинира веднага след раждането, т.е. да се изпълни Националната програма за предпазване.
За хепатит С, тъй като няма ваксина, там нещата стоят малко по-особено. Майката си ражда детето, а ако стане инфектирането, то се случва пак като при хепатит Б - по време на раждането. За хепатит С се приема, че вероятността да стане такова заразяване, е минимална. Затова, това което се препоръчва е майката да си кърми детето. Единствено, ако тя има т.нар. „рагади" (кървене и наличие на рани по зърната), тогава това е по-опасно, защото детето ще засмуче и кръв и тогава вече става малко по-сложно. Ние, в интерес на истината не сме съветвали майките да не кърмят, напротив, съветвали сме ги да кърмят, с изключение може би на такива случаи, при които има по-високо вирусно натоварване. Хубаво е да се измери нивото на вируса в кръвта на майката в последното тримесечие на бременността, за да сме ориентирани. Ако става въпрос за много голяма концентрация, можем да посъветваме майката да не

кърми. Относно цезаровото сечение – в миналото се препоръчваше да се прави, сега напоследък тенденцията е да се прави нормално раждане, като ако има опасност от епизиотомии (разкъсвания), тогава вече да се премине по-скоро на цезарово сечение. Нашата кожа, лигавица, пърхут, косми, имат ензими, които разграждат веднага вируса на хепатит С, за разлика от вируса на хепатит Б. Така, че ние сме предпазени от РНК вирусите (т.е. от вируса на хепатит С). Когато имаме разкъсване на цялостта на кожата, на лигавицата на детето и на майката, и имаме контакт кръв с кръв, тогава може да стане инфектиране. Затова, вероятността от заразяване е минимална. За съжаление, имаме такива отделни случаи, което явно е свързано с нивото на вирусна концентрация. Явно в тези случаи то е било много високо и е трябвало да се вземат тези мерки, т.е. да не се кърми.
Детето, което се роди от майка, носител на хепатит С, до края на първата година, ако се кърми, ще има антителата на майката срещу вируса на хепатит С, и пробата за хепатит С ще бъде позитивна. Около първата година тези антитела изчезват. Затова трябва да се направи изследване за хепатит С в края на първата година.

Р. Русинов: А използването на имуноглобулин заедно с ваксинацията?
доц. Антонов: При хепатит Б се препоръчва хипер-имунен-гама-глобулин. Англосаксонската школа го препоръчва, единствения проблем е, че в България не се намира. Затова, вариант е да се закупува от Гърция. Това е т.нар. пасивна ваксинация – готови антитела. Така, че ако концентрацията на вируса в кръвта на майката е висока при хепатит Б, освен ваксината която се прави, е хубаво да се направи и хипер-имунен-гама-глобулин, като той се прави еднократно.

Установяваване и прогнозране на развитието на чернодробното увреждане

Р. Русинов: Следващите няколко въпроса са свързани с чернодробното увреждане и установяване на чернодробното увреждане. Все още ли чернодробната биопсия е най-добрия и най-точния метод за установяване на увреждане.
доц. Антонов: Чернодробната биопсия е един метод, който позволява да установим реално колко е увреден черния дроб. Ако говорим за тънкости, действително поради това, че черния дроб е килограм и половина, а ние взимаме проба от 2-3 грама, винаги има опасност да се попадне в зона, където болестта е по-лека или по-тежка. Но все пак, биопсията дава морфологичен субстрат – позволява по-точна преценка колко е болен черния дроб.
Оказа се също, че има и много болести, които хората не подозират че имат – например неалкохолен стеатозен хепатит – т.е. мазен черен дроб, който сам по себе си може да доведе до сериозно увреждане на черния дроб. Мазният черен дроб явно е свързан с нашия начин на живот, с нашата цивилизация. Ние не се движим, ядем сладки неща и както например атеросклерозата, исхемичната болест на сърцето, явно и черния ни дроб отвръща на този начин на живот, като започва да натрупва в себе си мазнина. А тази мазнина постепенно може да го увреди, дори да направи цироза. Така, че чернодробната биопсия ни дава информация не само доколко вируса е увредил черния дроб, а дали имаме и други болести. На първо място е стеатозата на черния дроб, на която ние преди години не обръщахме много внимание, но напоследък видяхме, че тя, сама по себе си, може да е сериозен проблем.
Затова, биопсията както се отхвърляше, сега отново се върна като задължителна. Минимум една начална биопсия, вече се върна в цял свят като изискване. Защото има апарати, които могат да измерят еластичността на черния дроб и оттам да преценяват колко е фиброзата, т.нар. FibroScan. Но в случаите, когато има стеатоза, а голяма част от пациентите имат стеатоза на черния дроб, информацията, която дава този метод не е меродавна, т.е. пак трябва да правим биопсия.
Така, че относно диагностиката – биопсията си остава, а вече вирусологичната диагностика, ПСР-ите са много актуални, защото без това ние не можем да измерим нивото на вируса, без тях не можем да знаем какъв е генотипа на вируса, а това има значение за терапията. Остава си изискването все пак пациента да бъде проследен няколко месеца, обикновено 6 месеца, за да можем ние да видим да не би да има придружаващи заболявания, дали пие алкохол, дали няма психични заболявания, защото интерферона оказва такова влияние. Освен това е нужно време той да опознае екипа, който ще го лекува, ние също да го опознаем, да си имаме доверие, защото терапията е дълга, пациентите трябва да са много съзнателни и да идват редовно. Понякога се получават доста тежки странични ефекти при терапията и затова е важно

отношенията лекар-пациент да са много добри.

Р. Русинов: Следващия въпрос е насочен към фазите на фиброза. От вашата практика, колко време средно е нужно за преминаване от една фаза към друга?
доц. Антонов: Ако човек има хепатит С, в рамките на 15-20 години от един лек хепатит може да стане чернодробна цироза. В рамките на 30 години може да стане рак на черния дроб. При хепатит Б, когато имаме активно заболяване, т.е. повишени чернодробни ензими, чернодробната цироза може да се оформи и за 5-10 години. Ако имаме нормални чернодробни ензими, на практика може изобщо да не се достигне до чернодробна цироза. Но, имаме една уговорка, ако концентрацията на вируса на хепатит Б, е много висока, от сорта на милиони копия, за съжаление тези пациенти няма да направят цироза на черния дроб, а могат да направят рак на черния дроб.

Р. Русинов: Нужно ли е на пациенти с нормални чернодробни ензими и стойности на HBV-DNA изследването, по-малки от 100 000 копия на мililитър, да се прави биопсия и има ли случаи на увреден черен дроб въпреки константно ниското вирусно натоварване.
доц. Антонов: Въпросът ви е много актуален. Вече се приема тезата, че има пациенти с хепатит Б, които са с нормални чернодробни ензими и концентрация под 100 000 cop/ml, които имат чернодробно увреждане. Затова трябва да се направи чернодробна биопсия. Особено ако се знае, че човек е носител на този хепатит от повече от 5-6 години. Много важен е прегледа, който се прави от самия лекар. Ако лекарят установи един плътен черен дроб, увеличен черен дроб, и това се потвърди чрез ехограф, значи този черен дроб, нищо че е с ниски ензими, е много вероятно да е болен. Тогава трябва да се направи чернодробна биопсия. И правилото е следното: ако концентрацията е под 100 000 копия, а чернодробната биопсия показва възпаление А2, фиброза Ф2, въпреки че са нормални ензимите и концентрацията е ниска, то пациента трябва да се лекува.

Р. Русинов: По отношение на обратимостта на фиброзата - имали ли сте случаи след успешно излекуване на пациент, да започне обратен процес на намаляване на фиброзата?
доц. Антонов: По принцип е описано, но ние лично не сме установили напълно връщане, но ние контролни биопсии не правим, поради това, че пациентите след успешно излекуване спират да се интересуват и да проявяват желание от осъществяване на такъв контрол. Доказано е, че е възможно от чернодробна цироза, при пълно излекуване, черния дроб да се възстанови напълно. Но това все пак са много малко случаи. Ако изчистим вируса, това че черния дроб се стабилизира, че се обръща фиброзата, че се успокоява черния дроб, това е факт. Но дали напълно изчезва фиброзата, все още не може да се каже като често срещано. Във всеки случай, черния дроб има възможности за обръщане на процеса на фиброза.

Е. Илиева: А вие бихте ли препоръчали на хора, които са се излекували, след някакъв период от време, да се проследят и да проверят какво е състоянието им?
доц. Антонов: Значи, излекувани хора ние имаме реално при болните с хепатит С, при болните с хепатит Б излекуваните се броят на пръсти, да кажем 3-4 случая. Какво имам предвид - защото след като вируса на хепатит Б веднъж влезе в чернодробната клетка на практика излизане няма, стига нашия организъм да не успее да го изчисти, защото ако човек успее да го изчисти, т.е. да пожълтее, да изкара остър хепатит, то той с 95% вероятност ще успее да го изчисти спонтанно. Но при хората, които са хронични носители на вируса на хепатит Б, можем да говорим за напълно изчистване на вируса само при около 3 до 11% от хората, лекувани с интерферон. Така, че при тях винаги има смисъл да се правят контролни изследвания, да се следи нивото на вируса, поне един път в годината, да се правят ехографии, да се следят трансаминазите.
При болните с хепатит С е доказано, че в рамките на 10 години на проследяване след успешна терапия, само при 10% от тях може да се получи наново активиране на вируса. Затова се препоръчва, 2 до 3 години след края на едно успешно лечение на хепатит С, да се повтори PCR изследването. Ако то продължава да е отрицателно, тогава може да се приеме, че този пациент наистина е излекуван.
Хепатит Б е коварен с това, че при него когато влезе в чернодробната клетка, има една двойно-верижна

ДНК, която като влезе в ядрото, се заклещва там и няма как тази връзка да се разкъса. Целта е нашата имунна система, подпомогната от медикаменти, да изчисти, да унищожи цялата клетка и на нейно място да се роди нова клетка, която да не е носител на хепатит Б. Това е много рядко събитие, затова ние казваме, че сме излекували хроничния хепатит Б, но имаме предвид нормални чернодробни ензими и репликация под 100 000 копия на мililитър, и евентуално негативизиране на е-антигена. Но изчистване на HBs антигена е много рядко, при 3 до 11% от случаите.

Лечение на хроничните хепатити

Р. Русинов: Следващите няколко въпроса са насочени към лечението. Какви са процентите по отношение на лекуваните пациенти с хроничен хепатит Б, които са постигнали нормални чернодробни ензими и репликация под 100 000 копия?
доц. Антонов: При лекуваните с интерферон при нас, между 40 и 50% от хората успяват да постигнат тези желани нива на стабилизиране. Вярно е и, че колкото по-дълго се проследява един пациент, примерно в рамките на 5 години, тези проценти могат да паднат на 30%, ако се проследят в рамките на 20 години, примерно тези проценти ще станат 10. Затова специално нашата клиника има една теза, че терапията с интерферон трябва да се повтаря периодично с малки цикли. Ние работим по този въпрос и даже имаме едно изследване "Sofia LTT Study", което е спонсорирано от Roche. То е изследване, което се провежда в България, в което участват няколко центъра и се надявам точно това да докажем.
А когато говорим за нуклеозидни аналози, като Зефикс /Zeffix/, като Бараклуде /Baraclude/ на Бристол Майер /Bristol-Myers/, като Себиво /Sebivo/ на Новартис /Novartis/, и Тенофовир /Tenofovir/ на Gilead Sciences - хората които ги приемат трябва да знаят, че трябва да ги пият постоянно. Защото всяко спиране на медикамента ще доведе в огромна част от случаите, да не кажа 100%, до активация на вируса. Тези, които са били е-антиген позитивни и негативират, само те имат някакъв шанс, при спиране на терапията, този добър ефект да се запази. Всички тези, които са мутантни е-антиген негативни, трябва да ги пият цял живот, докато се получи резистентност. В това отношение най-добрия медикамент се оказа Тенофовир, към който засега няма резистентност. Но той все още не е внесен в България.

Р. Русинов: Каква е практиката по отношение на проблемите с щитовидната жлеза, които възникват по време на интерфероновото лечение?
доц. Антонов: Това са, за съжаление не са толкова редки случаи. Приблизително към 10% от пациентите, които са на терапия с интерферон, получават такива отклонения. Когато имаме хиперфункция на щитовидната жлеза и тези отклонения не са много големи, общо взето не се спира терапията, но се прави наблюдение от ендокринолог. Ние при всички положения искаме консултация с ендокринолог, който да следи пациента и това как се развиват нещата при него. Когато обаче имаме доста по-голяма клинична изява на хиперфункция на щитовидната жлеза, с отслабване, тахикардия, температура, болния въобще не се чувства добре, естествено терапията с интерферон се прекратява и човек отива на съответната терапия на тиреотоксикозата. Обикновено тази терапия остава и след спиране на интерферона, което е по-неприятното. Имаме случаи, а е описано и в литературата, когато след спиране на интерферона това отклонение отзвучава. Така, че дали ще продължим или спрем терапията, това решение го взимаме съвместно с ендокринолозите. Ако те ни кажат, че имаме получена хипофункция на щитовидната жлеза вследствие на интерферона, от рода на Хашимото (при който имаме хипофункция), ние спокойно ги лекуваме, като тези пациенти получават съответната заместителна терапия с Л-тироксин /L-Thyroxin/. Когато имаме хиперфункция, взимаме решение в зависимост от клиничната изява - ако тя е изразена, значи пациента трябва да спре лечението.
За съжаление, проблемите с щитовидната жлеза по време на интерфероново лечение са чести, това може би са най-честите отклонения, като можем да ги сложим на второ място. На първо място са отклоненията в кръвната картина, които общо взето по време на терапията се стабилизират.

Р. Русинов: Бих искал да попитам - може ли човек, който е диагностициран с Хашимото изобщо да се лекува с интерферон?
доц. Антонов: Да, може. Пак подчертавам, всичко зависи от състоянието на щитовидната жлеза. Ако болестта на Хашимото е довела до хипофункция, т.е. до хипотиреодизъм, пациента може да се лекува, тъй

като това е показател че жлезата вече не работи. Нивото на TSH е високо, когато щитовидната жлеза не работи. Когато TSH е ниско, щитовидната жлеза произвежда много хормон, и тогава имаме хиперфункция на щитовидната жлеза. Затова, когато видим, че TSH започва да спада, ние започваме да се притесняваме, че щитовидната жлеза отделя много хормон. Когато TSH расте нагоре, тогава това значи че щитовидната жлеза не функционира, и тогава пак задължително правим консултация с ендокринолог, но фактически проблема не е толкова голям, защото в крайна сметка самата болест е увредила щитовидната жлеза, и тогава можем да изберем терапия с Л-тироксин. Ние знаем, че това отклонение може да се компенсира с лекарства.

Р. Русинов: Във форума имаше случай на човек с установен начален стадий на Хашимото, пред който стои въпроса дали да се подложи на лечение с интерферон, или не?
доц. Антонов: Ако щитовидната жлеза му е съхранена, и е с нормална функция и не е започнал терапия, действително е по-добре да не започва, защото почти е сигурно, че терапията ще активира болестта на Хашимото и той ще направи или хиперфункция (което е по-малко вероятно), или ще направи хипофункция, но той най-вероятно ще си унищожи щитовидната жлеза. В този случай трябва да намерим баланса при взимането на решение.

Р. Русинов: Защото този пациент разсъждаваше така: "Ако аз така или иначе трябва да взимам допълнителни лекарства и то за цял живот, тогава какво значение има дали интерферона ще навреди на щитовидната жлеза, след като аз така или иначе трябва да пия тези лекарства?"
доц. Антонов: Ако този пациент взима допълнително хормони, т.е. Л-тироксин, т.е. има хипофункция, тогава може да се лекува. Ако вероятността с интерферона да му увредим щитовидната жлеза, е голяма, естествено е да вземем решение да не го лекуваме. Болестта на Хашимото е в начален стадий, не се знае как ще се развие, и самата щитовидна жлеза е запазена. Ако обаче болестта на Хашимото доведе до хипотиреодизъм и той така или иначе цял живот трябва да пие Л-тироксин, то той може да се лекува и ние имаме такива пациенти и ги лекуваме.

Р. Русинов: Одобрен ли е Телибивудин /или Себиво/ за лечение на хепатит Б от Здравната каса и кога влиза в действие новия позитивен списък?
доц. Антонов: Доколкото знам, Себиво, Бараклуде и Зефикс са в позитивния списък. Ние, гастроентеролозите имаме направен консенсус, в който сме посочили тези медикаменти като медикаменти за лечение на хепатит Б и съответно сме публикували този консенсус и сме го предоставили на Здравната каса. Вече Здравната каса ще реши дали ще го приеме, защото тя си има отделна програма. Тази програма, в общия случай се базира на нашия консенсус, но Здравната каса може да прецени, че тези медикаменти не влизат. Какъв е проблема - проблемът е, че на практика тези медикаменти трябва да се пият цял живот. Ние това казваме, че е най-добре те да се пият поне 5 години, а най-добре цял живот. Защото всяко спиране на медикамента активира болестта. Този маниер на терапия се взима от терапията на болните с ХИВ. Много медикаменти най-напред са изпробвани при тях, дали са добри резултати и сега се прехвърлят при болните с хепатит Б. И знаете, че никой от ХИВ-позитивните пациенти не е излекуван, но те са живи благодарение на коктейла от лекарства**,** които получават.
Това е съвременната идея за лечение на пациентите с хроничен хепатит Б - те да си получават своите лекарства постоянно, цял живот, и по този начин да са здрави. Отделен е въпросът дали нашата здравно-осигурителна система и държавата финансово могат да го осигурят. И ние като общество трябва да си го решим и да си го кажем честно - можем ли, или не можем. И затова, аз когато говоря с пациентите, както например с възрастната жена преди малко, се опитвам да обясня на пациентите и това трябва да се прави от лекарите, че тази терапия е за цял живот. Тази терапия не може да се спира, когато пожелаем, тъй като след спиране се получава резистентност, което означава че започваш с един медикамент, например Себиво, след 2-3 години, за съжаление, може да получиш резистентност и в този момент не можеш да спреш Себивото, трябва да започнеш да приемаш нов медикамент - в този момент стават два медикамента. Защото ако спреш Себивото много лесно ще се образува резистентност към новия медикамент, което означава например, че ако ти плащаш на месец 1000 лева, то ще ти трябват още 1000 лева за новия медикамент, и това ще продължи цял живот. И като направим сметката, ще стане някаква огромна сума.

Дори в големите държави, като САЩ и Англия този проблем не е напълно решен. Знаем, че за една година здравноосигурителните им каси финансират лечението, обаче това не е решено за по-дълъг срок. От друга страна, това нещо е осигурено за болните, които чакат за чернодробна трансплантация, като нямам предвид България, а например Германия, където това го има като политика.
Това е много сериозен казус - от една страна, това е лекарството, което човек като го взима е здрав, страничните действия са незначителни, взима едно хапче на ден и това е. Така, че имаме от едната страна, пълно здраве, а от другата е, че за това е нужна съответната сума.
Интерферонът е другия вариант, който въпреки че има много странични действия, специално за България, според мен е по-подходящ, защото при него терапията е за една година, прави се еднократно, при голяма част от пациентите е успешна, като е вярно и, че при някои от тях то не е успешно. В такъв случай ние отиваме (искаме, или не) към другите медикаменти, но все пак интерферона дава една сериозна гаранция - 40% от болните с хроничен хепатит Б имат нормални ензими дълго време и нямат резистентност.
Между другото, благодарение на консервативната политика по отношение на използването на нуклеотидни аналози, предприета от българските гастроентеролози, в това число и аз, ние в България нямаме сериозен проблем с резистентността. Докато например при една Хърватска, където масово въведоха използването на медикамента Зефикс за лечение на хепатит Б, те сега имат проблем с новите медикаменти, защото "благодарение" на тази практика те вече имат резистентност, която се предава и на следващите медикаменти. Същото стана и с колегите от Югоизточна Азия, където също масово лекуваха със Зефикс и сега например там, един от добрите медикаменти в света - Бараклуде /Ентекавир/ не може да се прилага, защото всички хора са лекувани със Зефикс и имат резистентност. А резистентността от единия се пренася на другия медикамент. Нещо като при антибиотиците, резистентността от единия антибиотик се пренася и на другия антибиотик.
И затова се казва, че когато се започне такава терапия, с тези нуклеотидни аналози, трябва да е избран най-силния, това в момента са Тенофовир и Бараклуде, и да се взимат достатъчно дълго време с достатъчно висока доза.

Р. Русинов: По отношение на консенсуса, който споменахте - това нов консенсус ли е?
доц. Антонов: Да, нов консенсус, за 2008 година. Ние, гастроентеролозите сме абсолютно актуални, защото аз съм от хората, който участвам в създаването на консенсуса още от самото начало, така че ние почти всяка година актуализираме нашите консенсуси. Всичко, което се е приело в Европа и в света, всичко, което е смислено, ние се опитваме да го вкараме. В новия консенсус сме вкарали всички тези медикаменти със съответните указания за индикация. Отделен въпрос е дали Здравната каса ще ги одобри. Ние сме една от първите държави в света, които въведоха пегилираните интерферони за лечение на хроничен хепатит С. И това имаше невероятен успех, защото например преди години успявахме да излекуваме към 10-15% от болните с хепатит С, докато сега само данните на нашата клиника са за 78-80% на напълно излекувани пациенти, което е много повече дори от резултатите, постигнати при клиничните изпитания. Затова ние можем да застанем и да кажем, проблема с хепатит С е решим, и затова не трябва да се спира програмата и тя трябва да продължи да върви. При хепатит Б нещата стоят по-различно, но затова трябва всички да продължим с усилията си в тази насока, за да направим най-правилния избор и да предприемем най-правилните стъпки.

Р. Русинов: А как стои въпроса с антивирусните медикаменти, които не са базирани на интерферон? Много хора например имат напреднало увреждане на черния дроб, но при тях лечението с интерферон е противопоказно, например при хората с автоимунни заболявания?
доц. Антонов: Разработват се такива лекарства, знаем за най-малко 20-30 такива медикамента, които се разработват в момента. Някои от тях отиват към трета клинична фаза на клиничните изпитания, така че в близките 2-3 години може би ще имаме възможност да предлагаме и антивирусни лекарства, които не са базирани на интерферон. Целта е пациентите да издържат до момента, в който ще дойдат тези лекарства. Затова стратегията на нашата клиника е при тези пациенти, които имат чернодробна цироза или някакви други заболявания, които пречат и не позволяват прилагането на интерфероново лечение, да задържаме развитието на болестта чрез високи дози антиоксиданти, като витамин Е, като силимарин (който е

достъпен под формата на хепатопротекторите Карсил, Легалон, и други разновидности).
Нашата клиника прави и кръвопускания, тъй като има връзка между желязото в кръвта и активността на болестта. Това са такива неща, за които знаем, че няма да навредят на пациента, а ще забавят болестта, ние масово ги прилагаме с цел да задържим развитието на болестта за 2, 3, 5 години. Много е важно пациента да не пие алкохол, да не се преуморява, да се пази, за да може да задържи развитието на болестта.

Р. Русинов: Какви са резултатите от лечението прилагано с ентекавир и колко време трябва да се приема препарата? И какви са последиците, ако бъде спрян приема му?
доц. Антонов: Ентекавир, това е Бараклуде - продукт на Бристол-Майер. Това е един много добър медикамент и един от най-мощните медикаменти. Ние в България имаме няколко случая, в които сме започнали такова лечение. Ентекавира вече е и регистриран в България. Това, което знам по литературни данни е това, че е медикамент, който много бързо подтиска вирусната концентрация и ако човек го пие постоянно, на практика резистентността може да се появи чак след 5-6 години. Т.е. това е много добър медикамент и той също е в позитивната листа. Единственият му недостатък е, че цената му е към 900 лв. на месец.

Р. Русинов: И като говорим за стеатоза, се сещам за една жена, от форума, при която изключително се разви стеатозата по време на интерфероново лечение. Имала е стеатоза преди началото на лечението, но след края на лечението е достигнала почти до стеатозна цироза? Тя е пушила по две кутии цигари на ден по време на лечението. Възможно ли е цигарите да са свързани с развитието на стеатозата?
доц. Антонов: Не. Не е от цигарите, а от хапването. Тя има ли диабет? Пълна ли е?
Р. Русинов: Не, не е пълна.
доц. Антонов: Няма връзка между цигарите и стеатозата. Пушенето има друго отношение, не към черния дроб.

Р. Русинов: А да Ви попитам за българското изследване, което споменахте - Sofia LTT Study, хората проучват дали могат да се включат?
доц. Антонов: То е за хепатит Б. Пациенти, които могат да се включат, са тези с хепатит Б, лекувани с пегилирания интерферон на Рош - Пегасис /Pegasys/, и които в края на лечението имат нормални ензими и вирусната концентрация е под 100 000 копия на милилитър.
На тях им предлагаме този вариант - вместо да чакаме болестта да се появи отново, те 3-4 месеца след края на лечението да получат отново кратки курсове с интерферон. Така че, ако са лекувани с пегилиран интерферон и имат нормални ензими - нека да ни се обадят. Идеята на "Sofia LTT Study" е тези пациенти да получат поддържаща доза интерферон, за да се запази и поддържа този добър ефект от лечението, а не да чакаме болестта да се появи отново след 5-6 години и тогава пак да ги лекуваме. Затова искаме да започнем лечение сега, предварително, в малки дози, но за по-продължително време.

Р. Русинов: Какво е мнението Ви за пациенти, при които има доказателства за стара инфекция - още от раждането, при които интерферона не е подействал, репликацията е висока в милиарди, а в същото време е с нормални трансаминази. Това се счита за т.нар. "имунен толеранс". Как бихте процедирали и какво лечение бихте назначили? Дали повторна терапия с интерферон, нуклеозиден аналог или само следене на ензимите? Конкретния пациент, който задава въпроса, в момента има 4 милиарда копия на милилитър след завършено лечение с пегилиран интерферон.
доц. Антонов: А колко е било преди?
Р.Русинов: Милиони най-много.
доц. Антонов: И след лечението стана по-високо?
Р. Русинов: Да, точно така.
доц. Антонов: Този феномен го наблюдаваме. При такава висока концентрация, повтарянето на интерферона е безсмислено. Определено вече се знае, че границата, под която действа интерферона, е някъде между 10 и 100 милиона. При над 100 милиона копия на милилитър, интерферона вече не действа така добре. Така, че при тези 4 милиарда категорично отговарям, че интерферона няма да подейства и е безсмислен. Въз основа на сериозни проучвания, но правени в далечния Изток, върху

пациенти от азиатски произход, е доказано, че колкото концентрацията на вируса на хепатит Б е по-голяма в кръвта, толкова вероятността за развитие на чернодробен рак е по-голяма.
Така, че тази голяма концентрация на вируса в кръвта е предразположение към развитие на първичен рак на черния дроб. При нормални чернодробни ензими, този човек няма да развие цироза, но може да развие рак на черния дроб с вероятност от порядъка на 15-20%. И затова тезата на колегите от целия свят, особено при англосаксонската школа, е тези пациенти да отидат на нуклеозиден аналог. Тук обаче пак има някои тънкости и неща, които трябва да се съобразят. Ако това е млад човек, който иска да ражда и отиде на някои от тези медикаменти, за които си говорихме, например тенофовир или ентекавир, трябва да се знае, че те нямат одобрение при бременност, тъй като има опасност за плода. Тези, които могат да се дават по време на бременност, са Зефикс и Себиво, въпреки че те официално нямат одобрение.
Тук трябва да се направи много внимателна преценка "Полза-риск". Да, ние можем да развием рак на черния дроб, но ако аз искам деца - по-добре да направим децата, като вземем всичките тези предпазни мерки - ваксинация, хипер-имунен-гама-глобулин, липса на кърмене. И едва след като децата са налице, тогава, за да не се достигне до рак на черния дроб, ще започнем с приема на нуклеозидни аналози.
Ние, гастроентеролозите в България, е хубаво, че имаме консенсус и не бързаме с изписването на този тип медикаменти. Да, те са много хубави - едно хапче на ден и това решава проблема, но трябва да се вземат предвид всички фактори. Хората трябва да си пият хапчето всеки ден, това е друг аспект. Ние участваме в международни проучвания, където пациентите получават от нас таблетките, т.е. той идва на три месеца, и ние след това броим колко таблетки е изпил. И въпреки този строг контрол, пак се случва някой да е изпуснал да си изпие хапчето. Да не говорим, ако човек трябва сам да си ги пие, особено ако те са скъпи. Днес има пари - купува си, утре може да няма пари - не си ги купува, и това вече е проблем. Например, болните с хипертония сами си признават, че не пият редовно лекарствата си. Това е големият проблем на хипертониците - че не си пият лекарствата. Вярно е, че когато човек знае, че това е опасно за неговото здраве, както например са диабетиците, тогава те са малко по-дисциплинирани и си взимат редовно лекарствата.
Проблемът е сериозен, защото цял живот човек трябва като се събуди, да стане и да изпие хапчето си. Важно е това да се превърне в част от начина на живот на пациента. Той трябва да знае тези неща и да прецени и да реши дали това го удовлетворява, и дали ще може да спазва този режим. Той трябва и да прецени също и дали това е момента, в който трябва да вземе това решение.
Затова, моето мнение е, че пациентът трябва да получи цялата информация по този въпрос, и затова сайтове като вашия имат много важна роля. Пациента трябва бъде информиран и да знае, че този тип медикаменти са много подходящи, много са хубави, нямат странични действия, но си има неща, които той трябва да прецени - за децата, за продължителността на лечението, за резистентноста и т.н.

Р. Русинов: Има ли връзка между положителния е-антиген и вирусното натоварване?
доц. Антонов: Не е правена корелация между концентрацията на вируса и наличие на положителен е-антиген, но се знае, че тези пациенти, които са е-антиген позитивни, имат по-висока концентрация на вируса, отколкото тези, които са е-антиген негативни.

Чернодробните трансплантации

Р. Русинов: Един въпрос в малко по-различна посока. Разкажете малко повече за чернодробните трансплантации - каква е процедурата и изобщо какви са възможностите на пациентите в България, които се нуждаят от чернодробна трансплантация?
доц. Антонов: Специално за чернодробните трансплантации мисля, че в момента в България, само екипа на Военна болница са тези, които реално правят нещо. Може би въпросът трябва да бъде зададен директно на тях. Защото това са хората, които направиха най-много трансплантации на възрастни хора. Доколкото знам, но все пак трябва да се обърнете директно към тях, те се въздържат от трансплантации на пациенти с чернодробни цирози, дължащи се на вирусни хепатити. Причината е проста, но сериозна. Например, за хепатит Б, за да може една трансплантация да е успешна, пациентът трябва преди трансплантацията да започне да получава хипер-имуно-гама-глобулин и той трябва да се прави непрекъснато и след трансплантацията, за да се предпази пациента от прехвърлянето на вируса отново в черния дроб. Тъй като вирусът освен в черния дроб, се намира и в кръвта и трябва да се направи така, че

този вирус, който се намира някъде в тялото, да не се добере до новия черен дроб.
Но даването на този хипер-имунен-гама-глобулин струва на колегите 200 000 лв., само тази профилактика - преди и след трансплантацията. Отделно самата трансплантация струва 100 000 лв. И поради тези финансови причини, колегите са ми казвали, че болни с хепатит Б не са подходящи за трансплантация.
По отношение на трансплантиране на черен дроб при пациенти с хепатит С - там 100% става реинфектиране на новия черен дроб, което означава че пак след известен период от време трябва да се проведе лечение с интерферон и пак да се прави ретрансплантация, защото вируса на хепатит С става много агресивен, когато е в един присаден черен дроб.
При хора, които не са трансплантирани болестта е бавна, дълга, продължителна. Пациентите, които са с трансплантиран черен дроб, получават имуносупресивна терапия, за да не отхвърлят черния дроб, което пък спомага вирусът да промени своята биология и той става много агресивен и много бързо, в рамките на 5-6 години може да направи цироза. В света се правят такива трансплантации.

Заболявания, причинени от вирусните хепатити

Р. Русинов: Смятате ли, че има заболявания, причина за които е хроничния хепатит? Възможно ли е хроничното носителство на хепатит Б например да причини диабет, имаме такъв въпрос от пациент?
доц. Антонов: За хепатит С се знае, че може да предизвика диабет.Самият вирус на хепатит С е особен. Част от структурата на вируса на хепатит С наподобява структурата на белтък, който участва в структурата на инсулина. И се изграждат антитела, които се насочват срещу инсулина, като по този начин се предизвиква появата на диабет при болните от хепатит С. Все пак, това не се случва при всички, разбира се.
По отношение на хепатит Б - имал случаи в практиката си, в който съм виждал как остър хепатит Б може да провокира поява на диабет.
В конкретният случай, високата кръвна захар на пациента по-скоро е от нещо друго.

Алтернативните методи на лечение

Р. Русинов: Алтернативните методи? Една много дискутирана тема.
доц. Антонов: Ами значи, аз ги предупреждавам хората да не ходят при билкари, да не се поддават. Защото аз ги разбирам, те са с хронична болест, която ги изнервя, която ги отчайва и т.н., а пък и за съжаление те попадат в ръцете на шарлатани. Общо взето, това, което те правят е, че те използват кортикостероидите, хидрокортизон, вие го знаете - едно бяло прахче, на хапче, което се стрива, и се дава на пациента. Пациентът естествено нищо не знае, защото това ужким е билка, но той вижда само един бял прах. Тъй като хидрокортизона е кортикостероид, той повишава тонуса, премахва ензимите и пациентът се чувства фантастично. И докато си пие бялото прахче, той е добре. Когато спре да пие прахчетата, обаче той веднага се влошава, и разбира се, пак тича да си купи още.
Аз съветвам пациентите да не ходят на този тип знахари. Защото това всичкото е плод на внушение. Ако един човек пие алкохол и отиде при билкаря, а билкарят го изплаши, в следствие, на което, той вземе мерки, реши да спре да пие алкохол и започне да си пие хапчетата, да си яде млякото, сиренето - той ще се почувства по-добре. В това отношение имаме страшно много пациенти, които като разберат, че дълго са прекалявали с алкохола, се уплашат и го спрат, то тогава те рязко се подобряват. И ако пациента започне отново да пие, той разбира се пак се влошава.
Но така или иначе, много пациенти с чернодробни заболявания, имат подобрения от тези знахари, не защото те са фантастични, а защото пациентите променят отношението към болестта си. Когато пациентът отиде при знахаря или билкаря, той го изслушва, опитва се да го успокои, да намали притесненията му, казва му да спре да пие алкохол и т.н. Човекът се успокоява и започва да спи по-добре. Достатъчно е той да спи по 8 часа, а не да се буди в 3 часа през нощта облян в пот и да се пита: "Ами сега какво ще правя?!", за да се почувства по-добре. Ще дам един пример: Едно време в Етиопия болните от остър вирусен хепатит са затваряни в пещерите в момента, в който ги видят че започват да пожълтяват. Там те са се подобрявали, тъй като не са имали възможност за движение. А когато болният лежи и си почива, черният дроб се кръвоснабдява идеално и той много бързо се подобрява. Ние имаме точно такъв подход, когато един болен има декомпенсирана цироза, ние го вкарваме в клиника или болница, като самия постелен режим, самото лежане при същите медикаменти, рязко подобрява състоянието му. В

противен случай, ако си остане в къщи, той непрекъснато върши някаква работа, не стои мирен, а тук цял ден лежи. Това е точно този момент, който се оказа много позитивен, точно при този вид чернодробни заболявания.
Алтернативните методи могат да имат място. Проблемът е, че нищо не е доказано, защото доказването на един медикамент е много скъпо и струва около 2 милиарда долара. Един медикамент от типа на Пегасис, или Тенофовир например, за да бъде одобрен и излезе на пазара - това струва много пари. И е естествено билкарите да се възползват от страха на хората, но все пак - там реални доказателства няма. Ако някоя голяма компания се е заинтересувала - да, съгласен съм, но засега няма такова нещо.

Р. Русинов: Гладолечението също е много дискутирана тема?
доц. Антонов: Гладолечението прави стеатоза на черния дроб. Аз съм твърдо против гладолечението. Препоръчвам по-скоро белтъчната диета, тя в момента белтъчната диета е много актуална, и мисля, че е полезна, защото тя осигурява необходимите градивни елементи на организма. Докато гладолечението прави тежки метаболитни нарушения, включително мазен черен дроб. Ако си спомняте децата от Африка и Освиенцим с големите кореми, те имат болен черен дроб, защото той целия е пълен с мазнина.

Разпространението на хепатита и начини за заразяване

Е. Илиева: Стряскащо е, че не се говори изобщо за хепатита, а това всъщност е сериозен проблем.
доц. Антонов: Да, така е! 30% от доброволците, които доц. Кръстев заедно с д-р Желев са изследвали, са имали антитела срещу хепатит Б, т.е. срещнали са се с вируса. От тези 30%, около 5 или 7% (ако не се лъжа) са носители на самия вирус. Т.е. 30% от хората са се срещали с него, успели са да го изчистят, а 5% от тях са станали хронични носители. Това е много голям процент за една държава. За хепатит С също имаме тенденция за увеличение, тъй като явно повече хора са чули за този хепатит и започнаха да се проверяват. Защото хората нямат оплаквания, ако не чуят от медиите, че има такъв проблем и не тръгнат да се проверят, те няма да отидат на лекар. Хората обикновено не си правят такива изследвания и в един момент стигат до цироза, и едва тогава се открива болестта. В този момент ние вече имаме много малко възможности за действие.

Р. Русинов: Имаше въпрос от притеснен човек, който е пил от една чаша с болен от хепатит и искаше да разбере дали може да се зарази по този начин, хората наистина много се страхуват от заразяване?
доц. Антонов: За съжаление, обаче при Хепатит Б, от този контакт с чаша е възможно заразяване, макар и малко - заради слюнката.

Р. Русинов: А не трябва ли да има рана все пак?
доц. Антонов: Не, това е за хепатит С, при него трябва да има рана, за да стане заразяване. При хепатит Б може да няма рана. Значи вируса на хепатит Б, образно казано трябва да се изгори, защото е много резистентен вирус - към всичко. Това, че на времето се изваряваха спринцовките, никаква работа не е вършило. Трябва суха стерилизация, или да я изгориш. За това се премина към индивидуалните спринцовки, защото те по фабричен начин се стерилизират чрез ултравиолетови лъчи. И затова разпространението на хепатит Б беше спряно, но едва след като се разбра, че изваряването не върши никаква работа. Представете си, щом трябва да извариш нещо, за да има що-годе някаква сигурност. Даже и това не е сигурно, така, че хепатит Б е доста по-опасен. 2 милиарда души в света са се срещнали с този вирус, 300 милиона са болни.
Като пътища за заразяване за хепатит Б, трябва да се посочи освен полов, кръвен, и слюнката. Ние с проф. Кръстев изследвахме концентрацията на вируса в слюнката на болни с хепатит Б, и се оказа, че тя е доста висока. Ако пациентът има висока концентрация на вируса в кръвта, то тя и в слюнката е висока. Пренасянето на вируса чрез слюнката е възможно и проф. Кръстев го казва на много научни форуми. Този факт е известен между другото, но е различно, когато ние проведем тези изследвания. Ето защо, така наречената пасионатна целувка /любовна целувка/, би могла да бъде един от възможните начини за заразяване с хепатит Б.
Докато при хепатит С, изследванията ни не показаха такова нещо. Не открихме вируса на хепатит С в слюнката, а го открихме чак, когато взехме настърган материал от бокалната лигавица, но в слюнката го

нямаше.

Р. Русинов: А ролята на зъболекарите в това отношение?
доц. Антонов: Да, това е много актуална тема. За съжаление ние подозираме, че по-голямата част от инфектираните с хепатит С са се заразили по този начин. Някъде две трети от нашите пациенти казват, че нямат никакви манипулации, освен посещение при зъболекар. Не са ходили по чужбина, нямат обици, татуировки, операции, но са ходили на зъболекар.

Р. Русинов: И изобщо нормалните методи за дезинфекция помагат ли?
доц. Антонов: Когато говорим за хепатит С, при него помагат. По отношение на хепатит С, достатъчно е колегата зъболекар да е прецизен и да сменя борчета, да дезинфекцира със съответните дезинфектанти. Докато вирусът на хепатит С може да издържи извън тялото най-много четири дни, то вирусът на хепатит Б, може да издържи месец извън тялото.
Например в нашата клиника ние използваме специална миячна машина за ендоскопите, защото другото място за заразяване е чрез такива ендоскопски манипулации. Тази машина по механичен и химичен начин премахва вирусен хепатит. Иначе не е невъзможно да се предпази човек. Стоматологът също може да поддържа високо ниво на хигиена. Въпросът е доколко финансово си го позволява, колко е стриктен и доколко е професионалист.
В България е хубаво, след като минат 15 години от ваксинацията срещу хепатит Б, хората пак да се ваксинират или най-малкото да се провери титъра за антитела за хепатит Б.

Хепатопротектори

Р. Русинов: За хепатопротекторите да кажете няколко думи? Кои бихте препоръчали?
доц. Антонов: Хепатопротекторите, това са медикаменти, които намаляват увреждането на черния дроб, без да гонят вируса. Защото няма как да го изгонят. И това, което се използва в света е силимарин и витамин Е. Има много други антиоксиданти, които също претендират за това нещо, но поне сериозни изследвания са правени само с тези двата медикамента. И двата са евтини, особено витамин Е. Всичко други като мужик корен, ЛИВ-52, разни индийски продукти, всички те също твърдят, че имат такова действие. Но когато човек попита: "Добре, чудесно, но въз основа на какво го пишете това?". И тогава представителите и вносители на това лекарство изчезват. Когато вие се поинтересувате "Добре, съгласен съм, много хубав медикамент. Този е от Тибет. Кажете ми сега кой го е пил?". И той ти казва, че 50% от излекувалите се са били с остър хепатит Б. Ами те и без лечение ще се оправят!?!
Имаме пациенти от провинцията, които специално си купуваха една билка от Африка. Влезли в интернет и видяли, че тя била много полезна и даже се продава официално в Нигерия. Докараха няколко опаковки и ни показаха на нас с професора една. И ние четохме какво пише, че "дава много добри резултати при болните с остър хепатит". А дори не казват какъв е този хепатит, дали е А, дали е Б или е С. Хепатит А и без лечение ще мине.
За това е важно да има информираност. За съжаление ние понякога, лекарите, гледаме на това като "Ето ти диагнозата, ето ти хапчето". Но ние пропускаме момента, че това е болен човек. Той има психика, която се влияе от наличието на болест - ти трябва да му обърнеш внимание, трябва да му обясниш за какво става въпрос. Точно в това, ние в модерната медицина, сме много уязвими. И когато му кажеш, че няма какво да правиш, защото той има цироза, направо го хвърляш в ръцете на шарлатаните. Това е така, защото човекът си казва: "Тези нищо не правят и не искат да правят". А самото неправене на нищо за него е по-полезно, отколкото да пие някоя билка. Но хората това не могат да го разберат. Той си казва: "Те ме отписаха". И ако някой твърди определени неща, няма нищо лошо, но е важно да се разбере дали се е излекувал, кой се е излекувал. Трябва да има информиран избор. Ако той иска да взима ЛИВ-52, добре, но всеки има право да направи своя избор, да се чуе компетентното мнение.

Хранене при хронични хепатити и цироза

Р. Русинов: Няколко думи за храненето? Вие вече споменахте, но да навлезем в малко повече детайли.
доц. Антонов: Да, храненето е много актуално, защото всички ни питат. На практика ние не искаме да има специален режим на хранене. Не препоръчвам прекаляването с моркови. Човек трябва да яде

разнообразна храна. Когато храната е разнообразна и има всичко в нея и не се залита, няма никаква опасност черния дроб да се увреди, напротив. Т.е. колкото е по-разнообразна: месо, мляко, млечни произведения, извара, боб, леща и т.н. то вероятността черния дроб да я поеме, е по-голяма. Обратното, ако човек само пие моркови, яде само плодове, особено грейпфрут, ще стане по-зле. Аз лично си позволявам на болните, които са на лечение с интерферон, поради това, че интерферонът блокира вируса, но блокира и синтеза на белтък в организма, да увелича дозата на приема на белтък, защото иначе не става. Каквото и да правим, ако човек не яде достатъчно месо, сирене, извара, белтъци, падат левкоцитите надолу, хемоглобина не се възстановява, пациентът се чувства ужасно, той е като пребит, едва ходи, и не може да си върши работата, правим го още по-болен. Така, че за хемоглобина пациента се нуждае от белтък.

Р. Русинов: А при цироза трябва ли да се спазва по-стриктен хранителен режим?
доц. Антонов: Когато имаме оформена цироза, особено декомпенсирана цироза, поява на жълтеница (иктер) и на асцит, т.е. на вода в корема, вече трябва да се пази режим. При такива състояние, пациентите трябва да имат по едно-две ходения по голяма нужда на ден. Т.е. трябва да взимат Дуфалак, защото ако се запекат, мозъкът им ще се интоксикира и ще изпаднат в кома. Трябва да си взимат диуретиците и да не пият много течности. Трябва да не приемат много солена храна. Освен това тези, които имат жълтеница не трябва да взимат моркови, плодове и др. Колкото и да е неприятно, не трябва да работят.
Белтъкът на самото сварено яйце е лесно усвоим, така че трябва да се приема едно варено яйце на ден, за да се увеличи съдържанието на белтък в организма. Изварата също е много полезна. Аз няма да забравя как, когато бях селски участъков лекар, имаше един овчар, който лекуваше със сирене и аз бях склонен да се съглася, че е по-добре хората да ходят при него, отколкото при билкари.
Така, че тежко болните трябва да са на диета, като пак при тях тенденцията е да се засилва белтъчното хранене, само че с уговорката, че ако болестта е напреднала толкова много, че мозъка започва да се интоксикира, тогава трябва да му намалим белтъците, и тогава отиваме на прием на повече въглехидрати. Имахме случай на пациент с много напреднала чернодробна болест, който на Нова година хапна кюфте и изпадна в кома. Причината това да се случи е, че при такива състояния не може да се преработи този белтък и амоняка, който се съдържа в белтъчната храна отива в мозъка. Така, че постепенно, с напредване на болестта, храненето с такива храни става опасно и тогава е по-добре да се яде хляб, соя.

Р. Русинов: Какво можете да кажете за шоколада например, вреден ли е за черния дроб?
доц. Антонов: Шоколадът е вреден доколкото е въглехидрат, но самото какао вътре няма как да увреди черния дроб. Шоколадът съдържа и метала мед и например при болни, които имат болести на жлъчното дърво, пояснявам - черния дроб си има чернодробни клетки и жлъчни клетки и ако има болест на жлъчката, която пречи да се отделя медта, то яденето на шоколад може да покачи концентрацията на мед в организма, което е токсично. Но иначе при обикновен хроничен хепатит Б и С няма проблем да се яде шоколад. Ако човек е със стеатоза трябва да наблегне на белтъците, а не трябва да мисли може ли или не може да яде шоколад.

Р. Русинов: Какво мислите за пиенето на аминокиселини под формата на хранителни добавки и в частност за глутамина?
доц. Антонов: Специално глутамина е добър вариант. Той съхранява чернодробната клетка, така че нямам негативно, а позитивно мнение за него. Но общо взето, аз поне съм привърженик на богата на белтъци храна. Това пак са аминокиселини, но предпочитам те да се приемат в естествения им вид, т.е. сирене, извара, месо. От месото за предпочитане е то да е без сланина, може да е телешко и свинско, но да е без сланина. Препоръчвам и храненето с извара, кисело мляко, сирене. Не препоръчвам лимони и портокали, особено грейпфрут. Другото, което масово се използва, са морковите. Морковите, ако човек си ги хапва по един на ден, няма страшно, но когато е с болен черен дроб и пие по една чаша морковен сок на ден, тогава това не е добре. Може да се стигне до хипервитаминоза А, която прави стеатофиброза, дори цироза на черния дроб. Така, че морковите трябва да се спрат. Прекаляването с моркови е масово допускана грешка, защото витамин А е антиоксидант и е необходим за растежа. Обаче, когато човек

направи справка, ще види, че ако на ден се взимат повече от 2500 единици, той става токсичен. Трябва да се ядат и зелени зеленчуци, а не само червени зеленчуци, като червените зеленчуци трябва да са по-малко.
Сещам се за един пациент, който беше пил Геритамин /Geritamin/ две години, заради косата си. Беше прежълтял и едва на поредните разпити за анамнеза се сети, че пие Геритамин.

Профилактика и превенция

Р. Русинов: Имаме няколко въпроса по отношение на превенцията. Кога в крайна сметка изследванията за хепатит ще бъдат включени в годишните профилактични прегледи?
доц. Антонов: Оказва се, че колегите ми, които са лични лекари дори нямат право да пускат трансаминази, Здравната каса не им дава да пускат АЛАТ и АСАТ. Това според мен отново е поради криворазбрани икономии. Два пъти в годината се провеждат т.нар. летен и зимен университет за личните лекари, който се провежда в Банско и от контактите с колегите, които са присъствали на тези семинари (проф. Кръстев и доц. Матева) разбрахме, че трансаминазите не фигурират в списъка със задължителните профилактични мерки. И при условие, че ние изнасяме такива потресаващи данни за нашата страна, се оказва, че политиката на Здравната каса в тази посока не се променя. Така, че с една по-голяма публичност се надявам, че ще можем поне да помогнем на личните лекари.

Р. Русинов: Друг често срещан проблем при общопрактикуващите лекари е, че много пациенти отиват на преглед с установен хепатит, и съответно реакцията на лекаря, е от типа на "нищо ти няма", "не се притеснявай", и т.н., вместо те да бъдат насочвани към специализираните клиники и към специалисти хепатолози.
доц. Антонов: Точно затова ние правим тези посещения при личните лекари, за да могат те да знаят на кого да се обадят и към кого да насочват тези пациенти. Могат да ги насочват към болниците в София - "Св. Иван Рилски", Александровска болница, Болница "Царица Йоанна", ВМА, МВР болница, Токуда, или към Университетските болници в Пловдив, Стара Загора, Варна, Плевен.
Чрез вас също пациентите биха могли да се информират за това към кого да се обърнат.

Е. Илиева: Много Ви благодарим за търпението и отзивчивостта. Много е хубаво, че сте готов да споделите с всички своя практически опит.
доц. Антонов: Да, опита се оказва нещо много важно, защото за този ефект на нуклеозидните аналози, че като се спре медикамента може да стане по-лошо, това го пишат в статиите, но когато ти в действителност видиш един пациент, който спре терапията си и рязко се влоши и може да умре, тогава вече се вижда колко са сериозни нещата всъщност. Това никъде не е обяснено достатъчно ясно, ние не знаехме, че има такива странични действия на тези медикаменти. Това е една тънкост, която чак сега се призна, докато в началото когато се появиха тези лекарства това изобщо не беше ясно. Сега, след като минаха 5-6 години се доказа и видя, че новия вирус, който се получава след спирането на лекарството, мутира и всъщност дори е по-агресивен.
Благодарим Ви още веднъж за отзивчивостта и търпението!