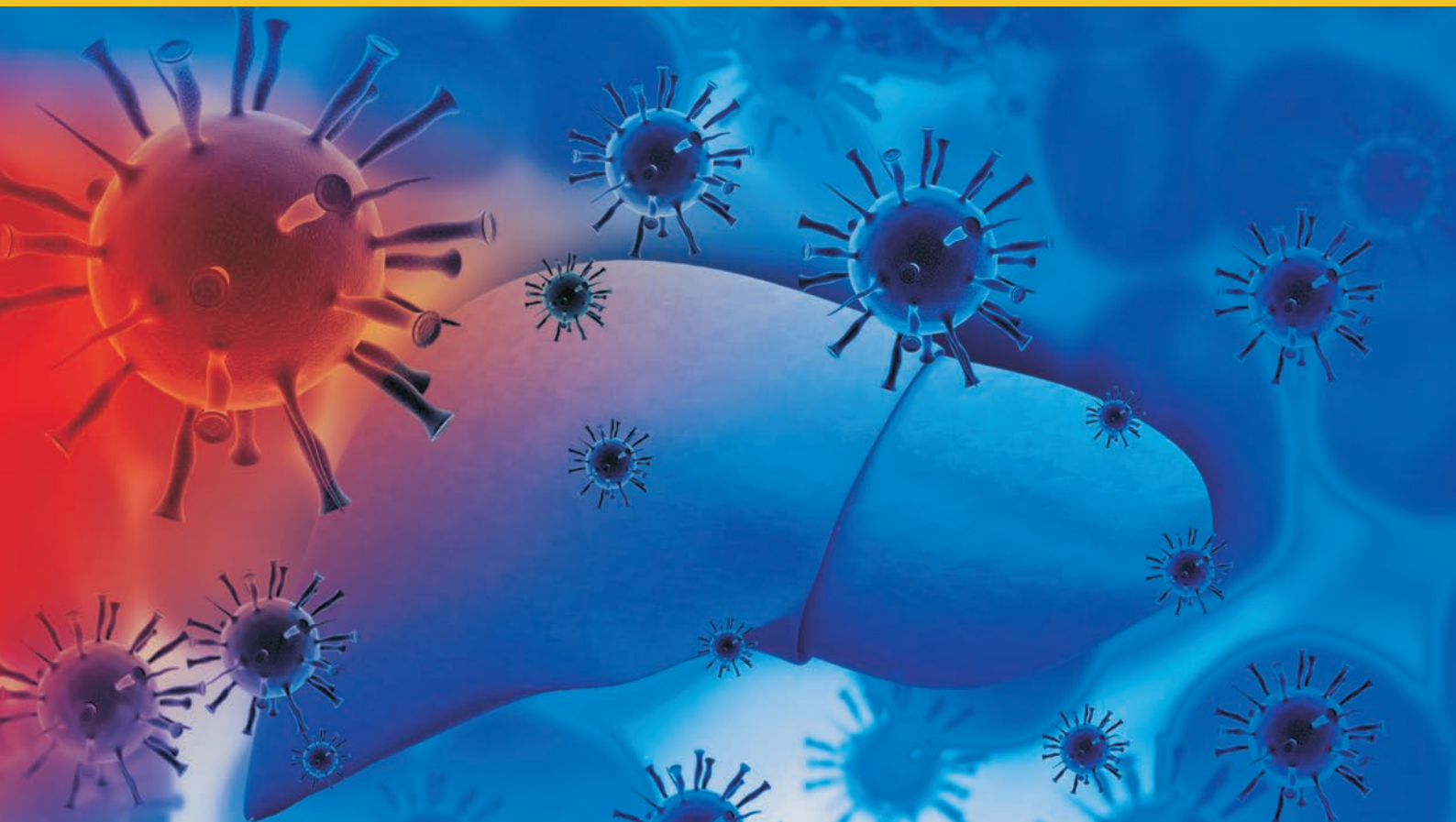


Wirusowe zapalenie wątroby typu **C**

PRZEWODNIK **DLA LEKARZA**





Dr hab. n. med.

Krzysztof Tomaszewicz

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Specjalista chorób zakaźnych. Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego, Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Jest członkiem Polskiej Grupy Ekspertów HBV i HCV. Członek założyciel Central European Hepatologic Collaboration. Redaktor Naczelny Clinical and Experimental Hepatology. Równocześnie zajmuje się zagadnieniami profilaktyki infekcji HCV, zwłaszcza zakażeń szpitalnych. Pracował jako kierownik Projektu IV Szwajcarsko-Polskiego Programu „Zapobieganie zakażeniom HCV”. Stypendysta American-Austrian Foundation. Autor publikacji z zakresu chorób zakaźnych, hepatologii i immunologii.



**PRZEWODNIK
ONLINE**
www.hcv.info.pl



F U N D A C J A
G W I A Z D A
N A D Z I E I

WYDANIE PIERWSZE MARZEC 2018

WYDAWCA

Fundacja "Gwiazda Nadziei"
fundacja@gwiazdanadziei.pl
www.gwiazdanadziei.pl

OPRACOWANIE

Dr hab. n. med. Krzysztof Tomaszewicz
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

U większości osób **zakażonych HCV** ostra faza zakażenia przebiega w sposób **bezobjawowy**, tzn. chory nie odczuwa **żadnych dolegliwości**.



Definicja i historia naturalna zakażenia

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C) jest chorobą wątroby spowodowaną zakażeniem komórek tego narządu wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV- hepatitis C virus). HCV po wnikięciu do organizmu człowieka przedostaje się drogą krwi do hepatocytów. Po okresie wylęgania, wynoszącym od kilku tygodni do kilku miesięcy od zakażenia, może dochodzić do ostrego zapalenia wątroby. U większości zakażonych HCV osób, ostra faza zakażenia przebiega w sposób bezobjawowy, tzn. chory nie odczuwa żadnych dolegliwości. Wykonanie w tym czasie specjalistycznych badań krwi, ujawnia jednak obecność wirusa, a także cechy zapalenia wątroby w postaci znacznego wzrostu aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT). U części chorych ta pierwsza, ostra faza zakażenia kończy się samowyleczeniem, czyli eliminacją HCV z organizmu bez poważniejszych konsekwencji. U pozostałych (50-70%) zakażonych HCV osób, nie dochodzi do takiej spontanicznej eliminacji wirusa z organizmu. Gdy zakażenie trwa dłużej niż 6 miesięcy, mówimy o przewlekłym zakażeniu HCV, które najczęściej oznacza również przewlekłe zapalenie wątroby typu C. Z tą postacią choroby mamy do czynienia u większości osób diagnozowanych i leczonych w wyniku zakażenia HCV.

HCV jest wirusem, który przenosi się z człowieka na człowieka (zarówno źródłem jak i gospodarzem docelowym HCV jest człowiek). Występuje on w 6 odmianach zwanych genotypami, numerowanymi od 1 do 6. Na świecie, w tym także w Polsce, najczęściej obserwujemy zakażenie genotypem 1. Przebieg choroby u osoby zakażonej genotypem 1 HCV może być taki sam jak w przypadku chorych zakażonych innymi genotypami, aczkolwiek zwraca się uwagę, że zakażenie genotypem 3 może mieć bardziej niekorzystny wpływ na organizm człowieka, ponieważ wiąże się w większym odsetku ze stłuszczeniem wątroby, insulinoopornością, zaburzeniami metabolizmu lipidów, a także szybszym postępowaniem włóknienia. W kontekście obecnie dostępnych terapii, zakażenie tym genotypem leczy się nieznacznie gorzej w porównaniu z genotypem 1.



Epidemiologia

Wszystkie osoby,
które były
hospitalizowane
lub też otrzymywały
przed 1993 r. leczenie
preparatami krwi,
mogły być narażone
na zakażenie HCV
**i powinny być
zbadane**
w tym kierunku.

Szacuje się, że na świecie żyje około 170 milionów ludzi zakażonych HCV. Większość z nich zamieszkuje rejon Morza Śródziemnego oraz kraje azjatyckie. W Polsce około 0,6% Polaków jest zakażonych HCV, co daje prawdopodobnie 200 tysięcy osób wymagających leczenia. U około 1% mieszkańców Polski obecne są przeciwciała anty-HCV, ale w tej liczbie są osoby, u których doszło do samoistnej eliminacji. Rzeczywista liczba zakażonych zarówno w Polsce, jak i na świecie jest trudna do oszacowania, gdyż zakażenie przez długi czas przebiega bezobjawowo i w wielu przypadkach można je wykryć tylko dzięki specjalistycznym badaniom.



Wirus HCV znajduje się nie tylko w komórkach wątroby, ale także we krwi i w większości płynów ustrojowych osoby zakażonej, takich jak nasienie, wydzielina szyjki macicy czy płyny z jam ciała.

Do zakażenia dochodzi najczęściej podczas wykonywania zabiegów medycznych lub pozamedycznych (kolczykowanie, tatuaż) z przerwaniem ciągłości tkanek i z użyciem niejałowego sprzętu medycznego (igły, skalpele). Obecnie, w związku ze znaczną poprawą stanu higieny szpitalnej, sporadycznie dochodzi do zakażeń HCV w warunkach opieki medycznej. Należy jednak pamiętać, że HCV jest wirusem odkrytym stosunkowo niedawno - w 1989 roku, a powszechna i rutynowa możliwość diagnostyki tego zakażenia istnieje w Polsce od 1993 roku. Zatem wszystkie osoby, które były hospitalizowane (zwłaszcza przed ponad 25 laty) lub też otrzymywały przed 1993 r. leczenie preparatami krwi, mogły być narażone na zakażenie HCV i powinny być zbadane w tym kierunku.



Matka **zakażona HCV** może **bezpiecznie** karmić dziecko piersią.

Nadal istnieje wysokie ryzyko zakażenia HCV osób używających niejałowego sprzętu medycznego (narkomani). Narażeni są także partnerzy seksualni osób zakażonych HCV oraz dzieci matek zakażonych HCV. W tych ostatnich przypadkach ryzyko jest wprawdzie dość niskie, ale nie może być pomijane.



Niestety, pomimo wieloletnich wysiłków, nie udało się dotychczas opracować szczepionki przeciw temu zakażeniu, dlatego nie dysponujemy sposobami swoistego uodpornienia przeciw HCV osób potencjalnie narażonych (pracownicy opieki zdrowotnej, osoby poddawane zabiegom medycznym, narkomani). W warunkach opieki medycznej, obowiązek ochrony przed zakażeniem, zarówno pacjentów jak i pracowników medycznych, spoczywa na personelu, który musi dbać o przestrzeganie tzw. uniwersalnych zasad profilaktyki zakażeń szpitalnych. W życiu codziennym, przed HCV można się ustrzec unikając wykonywania tatuaży czy kolczykowania w niejałowych warunkach.

Pomimo pojawiających się w dyskusjach wątpliwości odnośnie ryzyka zakażenia HCV podczas karmienia piersią uważa się, że matka zakażona HCV może bezpiecznie karmić dziecko piersią. Nie opisano dotychczas faktu zakażenia na tej drodze, a zdaniem zdecydowanej większości specjalistów nawet fakt uszkodzenia brodawek nie stwarza ryzyka transmisji wirusa.



Diagnostyka

W większości przypadków podejrzenie zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C (HCV) jest stawiane na podstawie stwierdzenia obecności przeciwciał anti-HCV. Badanie takie zazwyczaj jest wykonywane albo po skierowaniu przez lekarza rodzinnego lub innej specjalności, albo (wcale nie tak rzadko) z inicjatywy własnej pacjenta. Wiele osób mając wiedzę czym jest HCV i jakie czynniki mogą mieć znaczenie dla oceny ryzyka zakażenia, decyduje się wykonać takie badania „na własną rękę”. Sprzyja temu relatywnie niska cena badania i duża dostępność testów w większości laboratoriów komercyjnych. Niestety, w tym ostatnim przypadku pacjent zostaje sam otrzymanym wynikiem. Nie posiada wiedzy na temat tego, co realnie może oznaczać reaktywny wynik testu anti-HCV lub co gorsze, swoją wiedzę czerpie z internetu lub ze źródeł wysoce nieprofesjonalnych. W takim przypadku rada może być tylko jedna - jak najszybciej skontaktować się z lekarzem, albo rodzinnym, albo specjalistą chorób zakaźnych. Lekarz rodzinny powinien uspokoić emocje, które zawsze towarzyszą faktowi stwierdzenia obecności anti-HCV. Pacjent powinien przede wszystkim usłyszeć, że obecność swoistych przeciwciał nie jest równoznaczna z istnieniem zakażenia. To, czy wirus jest obecny czy nie, możemy powiedzieć dopiero po wykonaniu testu HCV-RNA. Badanie takie najczęściej jest wykonywane już na etapie opieki specjalistycznej.

Druga informacja, która musi być na etapie wstępnym (przedspecjalistycznym) przekazana pacjentowi, to stwierdzenie, że zakażenie HCV może być całkowicie wyeliminowane z organizmu dzięki lekom przeciwwirusowym. Nie ma potrzeby w tym momencie oceniać czy, jak i kiedy pacjent powinien być leczony. Te decyzje należy zostawić specjalście. Pacjent powinien być skierowany do Poradni Chorób Zakaźnych.

W Poradni Chorób Zakaźnych podstawowym zadaniem specjalisty jest potwierdzenie lub wykluczenie zakażenia za pomocą jakościowego testu na obecność HCV-RNA. Wynik ujemny kończy ścieżkę diagnostyczną w kierunku zakażenia. Warto przy tej okazji ocenić stan wątroby, na który w tym przypadku większy wpływ, niż przebyte zakażenie HCV, mogą mieć inne przyczyny, takie jak nadużywanie alkoholu, obecność wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV) czy innej choroby wątroby.



Zakażenie HCV
może być całkowicie
wyeliminowane
z organizmu dzięki
lekom **przeciwwirusowym**.

W sytuacji, kiedy potwierdzone zostanie zakażenie HCV należy dokonać próby wstępnej oceny zaawansowania choroby. Zgodnie z zasadami i definicją choroby przewlekłej, zakażenie HCV jest rozpoznawane po wykazaniu co najmniej sześciomiesięcznej obecności anty-HCV. Tym niemniej, jeżeli występują objawy zaawansowanej choroby wątroby, a zwłaszcza niewydolności narządu, należy objąć pacjenta ścisłą opieką specjalistyczną i w trybie pilnym rozważyć terapię przeciwwirusową. W związku z koniecznością wykonania licznych szczegółowych badań i zaproponowania postępowania terapeutycznego ten etap zazwyczaj odbywa się w szpitalu.

Oprócz badań określających cechy wirusa (genotyp, poziom wiremii) ocenia się zaawansowanie włóknienia wątroby. Coraz rzadziej wykonywana jest biopsja wątroby, którą z powodzeniem zastąpiły metody nieinwazyjne, zwłaszcza elastografia. Biopsja wątroby pozostaje złotym standardem w przypadku wątpliwości diagnostycznych - podejrzeniu innych oprócz HCV czynników uszkadzających wątrobę

lub w przypadku niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym. Ocena włóknienia oraz obecności innych chorób towarzyszących, w tym manifestacji pozawątrobowych zakażenia HCV, pozwalają również na określenie do jakiej kolejki osób oczekujących na terapię należy wpisać danego pacjenta. W Polsce dostępne są praktycznie wszystkie zarejestrowane w Unii Europejskiej leki przeciwwirusowe. Ich refundacja w ramach programu terapeutycznego sprawia, że każdy pacjent zakażony i ubezpieczony może liczyć na podjęcie leczenia. W tym miejscu należy wyraźnie podkreślić, że krótkie, kilkumiesięczne oczekiwanie na terapię osób z małym zaawansowaniem zmian nie wpływa negatywnie na odległe rokowanie.



W Polsce dostępne są praktycznie **wszystkie** zarejestrowane w Unii Europejskiej **leki przeciwwirusowe.**



Kiedy wykonać badanie?

W przypadku ekspozycji na krew lub inny materiał biologiczny istnieje ryzyko zakażenia HCV. W takim przypadku badanie na obecność przeciwciał anti-HCV można przeprowadzić najwcześniej po 4 tygodniach, przy czym mogą się one pojawić również po upływie 3 miesięcy, a w pojedynczych przypadkach nawet po dłuższym okresie. To okno serologiczne można skrócić dzięki badaniu HCV-RNA. Materiał genetyczny wirusa może być wykrywany już po 1-2 tygodniach od zakażenia. Takie postępowanie jest zalecane w przypadku ostrego zapalenia wątroby o nieznaną etiologię.

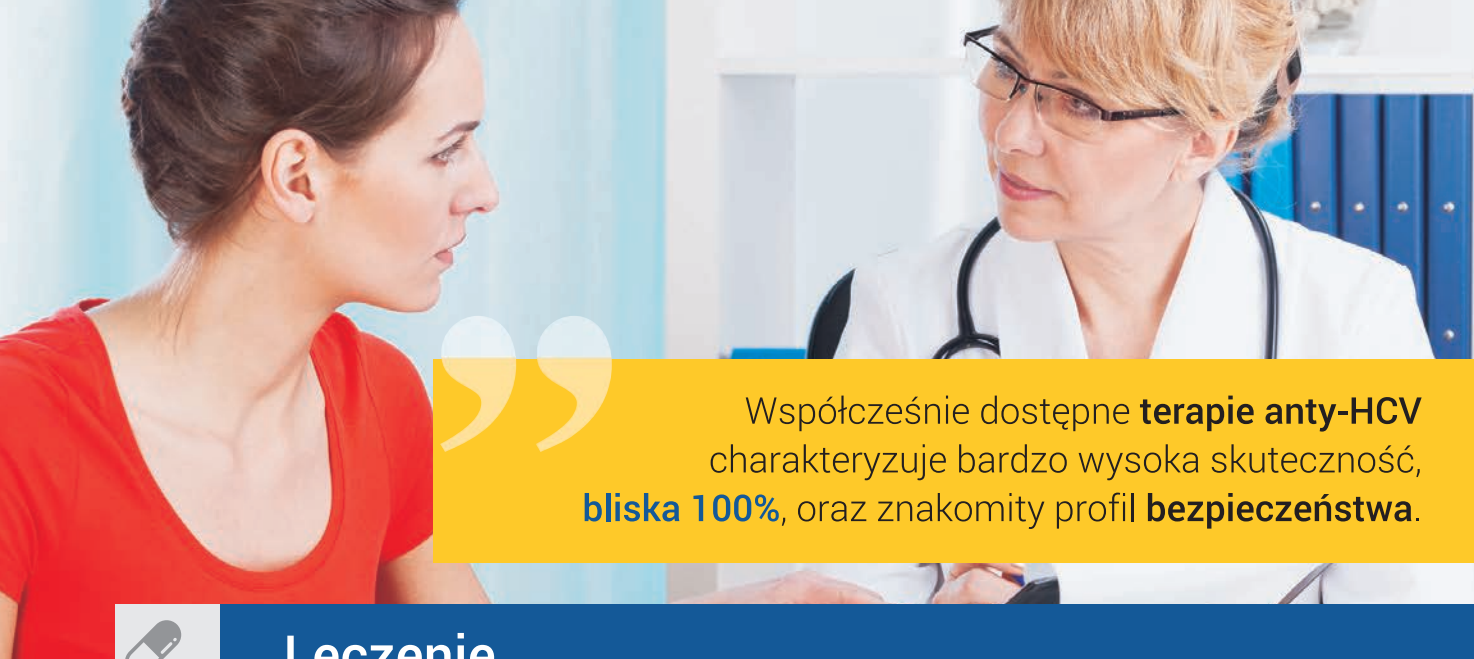
Przeciwciała anti-HCV przechodzą do krwi dziecka, wszystkie noworodki urodzone przez zakażone kobiety są **anti-HCV dodatnie.**

(duże ramy czasowe). Tym niemniej niepewność co do zakażenia dziecka ma bardzo negatywny wpływ również na rodziców. Ponadto coraz częściej mówi się o skutecznym leczeniu dzieci - prowadzone są badania kliniczne w młodszych grupach wiekowych. Wreszcie przy obecnej, coraz niższej, cenie badania molekularnego nie ma powodu, aby takie badanie nie mogło być wykonane u dzieci urodzonych przez zakażone HCV matki. W związku z powyższym proponowane algorytmy uwzględniają oznaczanie HCV-RNA w 2-6 miesiącu życia i jeżeli wynik jest dodatni uznanie dziecka za zakażone. Ale również proponuje się powtórzenie badania na obecność anti-HCV w 18-24 miesiącu życia i w przypadku wyniku dodatniego ponowne badanie HCV-RNA. Wynik ujemny w 18-24 miesiącu życia kończy proces diagnostyki wertykalnej infekcji HCV.

Duże wątpliwości i rozbieżności diagnostyczne spotyka się w wytycznych dotyczących badania dzieci urodzonych przez matki zakażone HCV. Ponieważ przeciwciała anti-HCV przechodzą do krwi dziecka, wszystkie noworodki urodzone przez zakażone kobiety są anti-HCV dodatnie. Przeciwciała te znikają najczęściej w ciągu 6 miesięcy, ale wcale nierzadko mogą się utrzymywać nawet 18 miesięcy bez obecności wirusa. W niektórych rekomendacjach wciąż zaleca się oznaczanie przeciwciał po upływie 6-18 miesięcy



Badanie na obecność przeciwciał anti-HCV można przeprowadzić najwcześniej po 4 tygodniach od ekspozycji.



Współcześnie dostępne **terapię anty-HCV** charakteryzuje bardzo wysoka skuteczność, **bliska 100%**, oraz znakomity profil **bezpieczeństwa**.



Leczenie

Współcześnie dostępne terapie anty-HCV charakteryzuje bardzo wysoka skuteczność, bliska 100%, oraz znakomity profil bezpieczeństwa. Jest to zupełnie innej jakości leczenie, niż to, które oferowano pacjentom przed 2015 rokiem. Zgłaszane sporadycznie działania niepożądane mają zazwyczaj charakter łagodny i nie prowadzą do przerwania leczenia. Czasami zgłaszane przez leczonego pacjenta objawy są związane ze znacznym stopniem włóknienia wątroby, a nawet jej niewydolnością, a nie przyjmowanymi lekami.

Wprowadzenie terapii bezinterferonowych w sposób zdecydowany poszerzyło możliwości leczenia, również u grupy pacjentów z marskością wątroby, w tym marskością zdekompensowaną oraz chorobami współistniejącymi, które stanowiły przeciwwskazanie do podania interferonu. W tej chwili głównym problemem wydaje się kwestia interakcji lekowych, czyli wzajemnego oddziaływania na siebie leków anty-HCV i innych preparatów (np. kardiologicznych, psychiatrycznych). Również nie wszystkie leki zostały zaaprobowane do stosowania w zdekompensowanej marskości wątroby. Dobór odpowiedniej terapii należy do lekarza specjalisty. Z drugiej strony lekarz rodzinny, czy też innej specjalności, powinien pamiętać, że wprowadzając nowy lek u pacjenta w trakcie leczenia przeciwwirusowego, powinien przeanalizować potencjalne interakcje lub skonsultować swój wybór z lekarzem prowadzącym terapię anty-HCV. Poważne niebezpieczeństwo może się wiązać nawet z równoczesnym podawaniem niektórych preparatów ziołowych (np. dziurawca). Oczywiście zakładając świadomość lekarza pierwszego kontaktu, odnośnie możliwych interakcji, można stwierdzić, że w przypadku banalnych problemów medycznych, nie jest konieczne odsyłanie pacjenta leczonego terapią przeciwwirusową do specjalisty chorób zakaźnych.

Głównym problemem wydaje się kwestia **interakcji lekowych** czyli wzajemnego oddziaływania na siebie leków anti-HCV i innych preparatów (np. kardiologicznych, psychiatrycznych).

U części pacjentów kwalifikacja do terapii odbywa się w ramach kilkudniowej hospitalizacji. Pobyt w szpitalu z pewnością jest niezbędnym w przypadku biopsji wątroby. Samo włączenie terapii u większości chorych odbywa się ambulatoryjnie w Poradni Chorób Zakaźnych. Jedynie w uzasadnionych medycznie przypadkach, pierwsze podanie leku ma miejsce w szpitalu.

Jak wspomniano powyżej w chwili obecnej w części ośrodków włączenia do terapii odbywają się praktycznie na bieżąco. W innych są różne okresy oczekiwań - od kilku miesięcy do 2-3 lat. Fakt istnienia kolejki do terapii był przyczyną wyróżnienia listy pilnej i stabilnej. Na liście pilnej, zgodnie z rekomendacjami towarzystw naukowych, znajdują się osoby z zaawansowanym włóknieniem, oczekujące na przeszczep narządowy, z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV, oczekujące na terapię biologiczną innych schorzeń. W niektórych krajach priorytetem jest na przykład leczenie kobiet w wieku rozrodczym, przed planowaną ciążą.



Wykazanie braku HCV-RNA oznacza całkowite usunięcie wirusa z organizmu. Przeciwciała anti-HCV pozostaną dodatnie do końca życia - bez znaczenia klinicznego.

Skuteczność leczenia zakażenia HCV ocenia się 3 miesiące od zakończenia przyjmowania leków. Wykazanie w tym czasie braku HCV-RNA oznacza całkowite usunięcie wirusa z organizmu (przeciwciała anti-HCV pozostaną dodatnie do końca życia – bez znaczenia klinicznego). Oczywiście nie oznacza to automatycznego końca opieki nad pacjentem. U osób z zaawansowanym włóknieniem i/lub dodatkowymi czynnikami ryzyka, w tym wywiadem rodzinnym, konieczna jest czujność onkologiczna i monitorowanie ryzyka rozwoju raka wątrobowo-komórkowego. Poza tym jeżeli leczony jest pacjent z marskością należy kontrolować regresję/postęp choroby wątroby. U części osób z uwagi na bardzo duże zaawansowanie zmian w wątrobie nie da się uniknąć przeszczepu, jeżeli taki jest możliwy.



Zadania na przyszłość

Z jednej strony bardzo negatywne konsekwencje zakażenia HCV, z drugiej dostępność skutecznej terapii powinny skłaniać do aktywnego poszukiwania dotychczas niezdiagnozowanych osób zakażonych, które nie mają świadomości własnej choroby. Jest to bardzo istotne zadanie, właśnie dla lekarzy rodzinnych. Bez ich pomocy osiągnięcie szczytnych założeń redukcji liczby zakażonych o 90% przed rokiem 2030 będzie niemożliwe. Oczywiście każdy może być zakażony HCV, ale szczególną uwagę należy zwrócić na osoby w przeszłości wielokrotnie hospitalizowane, u których przed 1993 rokiem miało miejsce przetoczenie krwi lub jej preparatów, stosujące kiedykolwiek dożylnie środki odurzające (również donosowe) lub z bliżej nieokreśloną chorobą wątroby i/lub nieprawidłowymi parametrami wątrobowymi.

Dzięki identyfikacji zakażonych HCV osób, a następnie ich skutecznym leczeniu można uniknąć wielu indywidualnych dramatów, a w skali społecznej także niepotrzebnych kosztów związanych z leczeniem powikłań marskości, przeszczepień wątroby oraz koniecznością świadczeń u osób niezdolnych do pracy.



Z jednej strony bardzo negatywne konsekwencje zakażenia HCV, z drugiej dostępność skutecznej terapii powinny skłaniać do aktywnego poszukiwania **dotychczas niezdiagnozowanych osób zakażonych.**



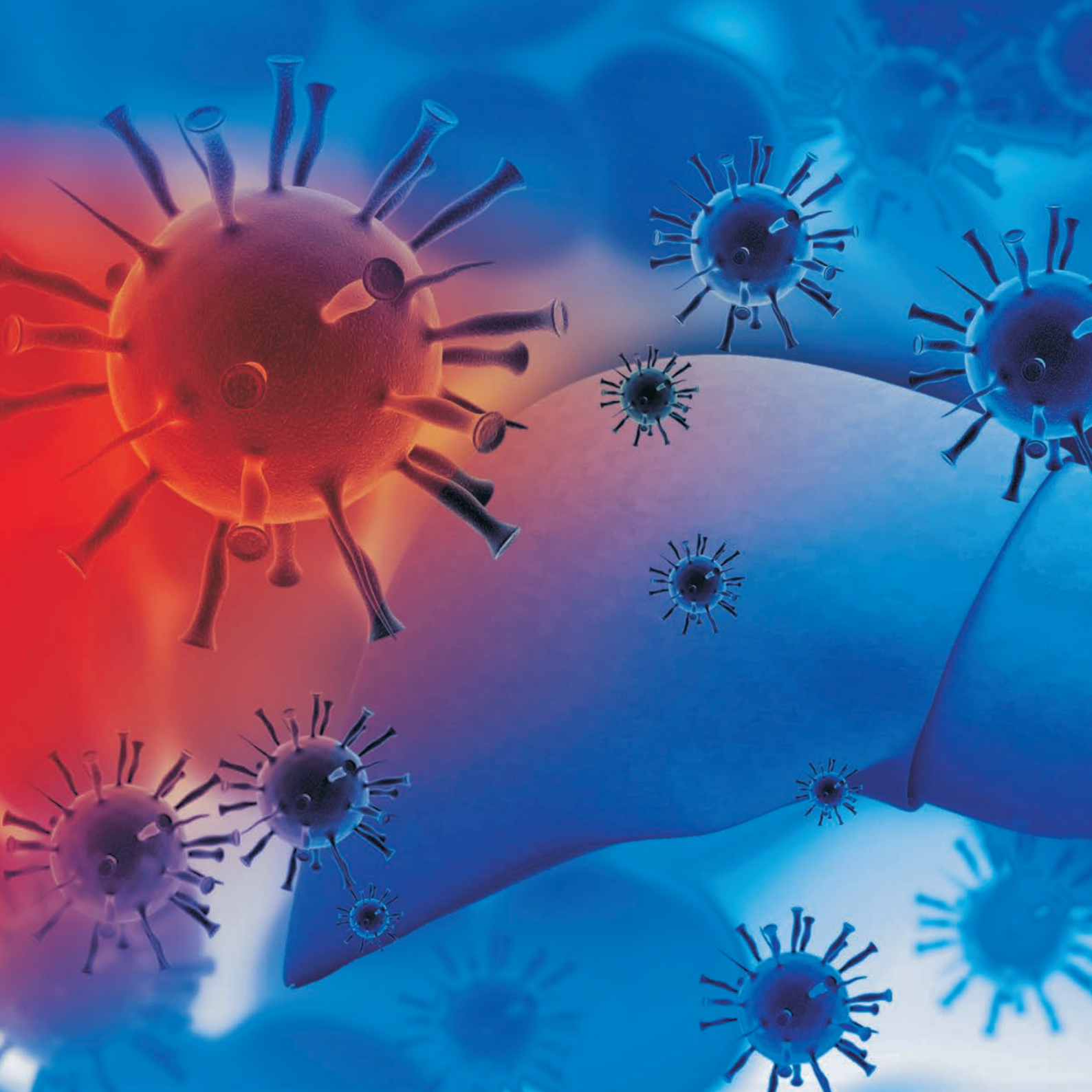
Z wyjątkiem nielicznych sytuacji nie istnieją żadne **ograniczenia dietetyczne** u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby.



Dieta

Wiele kontrowersji narosło wokół kwestii stosowania diety przez osoby z zakażeniem HCV i generalnie z chorobami wątroby. Należy wyraźnie podkreślić, że z wyjątkiem nielicznych sytuacji, nie istnieją żadne ograniczenia dietetyczne u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby. U pacjentów z chorobami wątroby, zwłaszcza z zaawansowanym włóknieniem, notorycznie obserwuje się stan niedożywienia. Ograniczenie zwłaszcza spożycia białka może mieć bardzo negatywne konsekwencje. Aktualnie na podstawie wielu kontrolowanych i bardzo rzetelnych badań klinicznych można stanowczo stwierdzić, że w przypadku pacjentów z marskością wątroby występuje zwiększone zapotrzebowanie na białko, dieta zawierająca białko jest dobrze tolerowana, a jej stosowanie, zwłaszcza w przypadku chorych niedożywionych, powoduje poprawę stanu psychicznego.

Oczywiście tym bardziej takich ograniczeń nie ma u osób z mniej zaawansowanym włóknieniem. Jedynym środkiem spożywczym, którego w takich przypadkach należy unikać jest alkohol. Ponadto u osób z marskością może zachodzić konieczność wprowadzenia diety bezsolnej i to mimo, a może właśnie z powodu obniżonego poziomu sodu. Szczególnym przypadkiem jest grupa chorób stłuszczeniowych wątroby. Stłuszczenie wątroby może być związane z zakażeniem HCV lub występować niezależnie jako choroba współistniejąca. W takim przypadku konieczne jest wprowadzenie diety ubogiej w węglowodany i wyłączenie cukrów prostych. Problem stłuszczenia wątroby pojawia się ostatnio u pacjentów po skutecznym leczeniu zakażenia HCV.



WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Gromkowskiego**
ul. Koszarowa 5
51-149 Wrocław
☎ 71 326 13 27 do 31

Wrocław Med-Fix Centrum Medyczne Sp. z o.o.
ul. Skwierzyńska 28a
53-522 Wrocław
☎ 71 758 44 08

**Zespół Opieki Zdrowotnej
Poradnia Chorób Zakaźnych**
ul. Jeleniogórska 4
59-700 Bolesławiec
☎ 75 738 02 86

**Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. J. Mikulicza-Radeckiego**
Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
☎ 71 733 25 00

Poradnia Chorób Zakaźnych w Wałbrzychu
ul. Stefana Batorego 4
58-300 Wałbrzych
☎ 74 648 98 84

WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

**Wojewódzki Szpital Zespolony
im. L. Rydygiera**
Przychodnia Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych
ul. Krasieńskiego 4/4 a
87-100 Toruń
☎ 56 67 95 559

**Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny
im. Tadeusza Browicza**
ul. św. Floriana 12,
85-030 Bydgoszcz
☎ 52 325 56 00

WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Doktora A. Rogalińskiego 3
21-400 Łuków
☎ 25 798 2000 9, wew. 287

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
ul. Stanisława Staszica 16
20-400 Lublin
☎ 81 534 94 18

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Terebelska 57-65
21-500 Biała Podlaska
☎ 83 414 71 00

Poradnia Chorób Zakaźnych w Chełmie
ul. Ceramiczna 1
22-100 Chełm
☎ 82 562 33 58

Arion Szpital
ul. Pojaska 5
23-400 Biłgoraj

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Poradnia Chorób Zakaźnych**
ul. gen. Bema 1
24-100 Puławy
☎ 81 886 42 91

WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

Poradnia Chorób Zakaźnych i Chorób Wątroby
ul. Walczaka 42
66-418 Gorzów Wielkopolski
☎ 95 733 17 84

**Lubuska Specjalistyczna Poradnia
Chorób Wątroby Sp. z o.o.**
ul. Wazów 42
65-044 Zielona Góra
☎ 68 452 77 78

WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

**Wojewódzki Specjalistyczny Szpital
im. dr. Wł. Biegańskiego**
ul. Książkiewicza 1/5
91-347 Łódź
☎ 42 251 60 11

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej
Poradnia Chorób Zakaźnych i Hepatologiczna**
ul. Kopernika 13
32-100 Proszowice
☎ 12 386 52 31

5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ
ul. Wrocławska 1-3
30-901 Kraków
☎ 12 630 80 31

**Wojewódzkie Centrum Diagnostyki i Terapii
Wirusowych Zapaleń Wątroby oraz Hepatologii**
ul. Prądnicka 80 , 31-202 Kraków
☎ 12 614 35 15

**Szpital Uniwersytecki
Oddział Kliniczny Chorób Zakaźnych i Hepatologii**
ul. Śniadeckich 5, 31-531 Kraków
☎ 12 424 73 41

**Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny**
Osiedle Na Skarpie 66
31-913 Kraków
☎ 12 644 01 44

Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej
ul. Szpitalna 1
33-200 Dąbrowa Tarnowska
☎ 14 642 28 31

WOJEWÓDZTWO PODLASKIE

Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Żurawia 14 , 15-540 Białystok
☎ 85 831 80 00

WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

Centralny Szpital Kliniczny MSWiA
Oddział Chorób Wewnętrznych i Hepatologii
 ul. Wołoska 137
 02-507 Warszawa
 ☎ 22 508 18 50

Wojewódzki Szpital Zakaźny
Klinika Hepatologii i Nabytych
Niedoborów Odporności AM
 ul. Wolska 37
 01-201 Warszawa
 ☎ 22 33 55 351

Wojskowy Instytut Medyczny
 ul. Szaserów 128
 04-141 Warszawa
 ☎ 26 181 76 66

Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus
 ul. Lindleya 4
 02-005 Warszawa
 ☎ 22 502 20 00

Samodzielny Publiczny Centralny
Szpital Kliniczny
 ul. Banacha 1a
 02-097 Warszawa
 ☎ 22 599 11 23

Wojewódzki Szpital Zespolony
Oddział Chorób Zakaźnych
 ul. Medyczna 19
 09-400 Płock
 ☎ 24 364 64 04

Specjalistyczny Szpital Wojewódzki
Oddział Chorób Zakaźnych
 ul. Powstańców Wielkopolskich 2
 06-400 Ciechanów
 ☎ 23 67 30 342

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny
im. Dr. Józefa Psarskiego
 Aleja Jana Pawła II 120A
 07-410 Ostrołęka
 ☎ 29 765 21 00

Szpital Specjalistyczny Oddział Zakaźny
 ul. Lekarska 4
 26-600 Radom
 ☎ 48 361 52 23

WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

Szpital Wojewódzki Oddział Zakaźny
Poradnia Hepatologiczna
 ul. Katowicka 64
 45-061 Opole
 ☎ 77 443 30 64

WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

Zespół Opieki Zdrowotnej
 ul. Krakowska 91
 39-200 Dębica
 ☎ 14 670 36 21

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio
 ul. Monte Cassino 18
 37-700 Przemyśl
 ☎ 16 677 50 00

Szpital Powiatowy
im. Edmunda Biernackiego
 ul. Żeromskiego 22
 39-300 Mielec
 ☎ 17 780 01 00

Samodzielny Publiczny Zespół
Opieki Zdrowotnej
 ul. 800-lecia 26
 38-500 Sanok
 ☎ 13 46 56 100

Centrum Medyczne
w Łańcucie sp. z o.o.
 ul. Paderewskiego 5
 37-100 Łańcut
 ☎ 17 224 02 40

Szpital Specjalistyczny w Jasle
 ul. Lwowska 22
 38-200 Jasło
 ☎ 13 446 20 41

Centrum Opieki Medycznej
 ul. 3 Maja 70
 37-500 Jarosław
 ☎ 16 621 54 21

WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP
 ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 7
 42-200 Częstochowa
 ☎ 34 325 26 11

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. Andrzeja Mielęckiego SUM
 ul. Francuska 20-24
 40-027 Katowice
 ☎ 32 259 12 00

Szpital Specjalistyczny
 ul. Zjednoczenia 10
 41-500 Chorzów
 ☎ 32 34 63 616

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
 ul. Bielska 4
 43-400 Cieszyn
 ☎ 33 854 92 00

Szpital Specjalistyczny Nr 1
 ul. Żeromskiego 7
 41-902 Bytom
 ☎ 32 281 92 41

Economicus Sp. z o.o.
 ul. Harcerzy Września 1939 5
 40-659 Katowice
 ☎ 32 307 57 00

ID Clinic
 ul. Janowska 19
 41-400 Mysłowice
 ☎ 32 616 13 94

Szpital Rejonowy im. dr. J. Rostka
 ul. Gamowska 3
 47-400 Racibórz
 ☎ 32 755 50 00

WOJEWÓDZTWO POMORSKIE

**Pomorskie Centrum
Chorób Zakaźnych i Gruźlicy Sp. z o.o.**
ul. Mariana Smoluchowskiego 18
80-214 Gdańsk
☎ 58 341 40 41

**Uniwersyteckie Centrum Medycyny
Morskiej i Tropikalnej**
ul. Powstania Styczniowego 9B,
81-519 Gdynia
☎ 58 699 86 82

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. J. Korczaka**
ul. Hubalczyków 1
76-200 Słupsk
☎ 59 84 60 100

WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

**Wojewódzki Szpital Zespolony
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny**
ul. Radiowa 7
25-317 Kielce
☎ 41 363 71 34

Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Radomska 70
27-200 Starachowice
☎ 41 273 99 09

Zespół Opieki Zdrowotnej
ul. Bohaterów Warszawy 67
28-100 Busko Zdrój
☎ 41 378 24 01

WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Żołnierska 18
10-561 Olsztyn
☎ 89 53 86 532

Szpital Giżycki Sp. z o.o.
ul. Warszawska 41
11-500 Giżycko
☎ 87 429 66 66

Szpital Miejski Św. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 22
82-300 Elbląg
☎ 55 23 04 228

Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej S.A.
ul. Władysława Jagiełły 1
14-100 Ostróda
☎ 89 646 06 00

WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE

**Samodzielny Publiczny
Wojewódzki Szpital Zespolony**
ul. Arkońska 4
71-455 Szczecin
☎ 91 813 90 00

**Szpital Wojskowy z Przychodnią
Samodzielny Publiczny Oddział Zakaźny**
ul. Kołobrzeska 44
78-600 Wałcz
☎ 26 147 24 14

Szpital Wojewódzki Im. M. Kopernika
ul. T. Chałubińskiego 7
75-581 Koszalin
☎ 94 34 88 400

WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

**Wielospecjalistyczny szpital Miejski
Im. Józefa Strusia Oddział Zakaźny**
ul. Szwajcarska 3
61-285 Poznań
☎ 61 87 39 368 / 295

**Wojewódzki Szpital Zespolony
Im. Ludwika Perzyny**
ul. Toruńska 7
62-800 Kalisz
☎ 62 765 12 51

**Niepubliczny ZOZ
Przychodnia Specjalistyczna Gemini**
Osiedle Słoneczne 2
62-571 Żychlin
☎ 63 211 20 47

Wojewódzki Szpital Zespolony
ul. Kardynała Wyszyńskiego 1
62-510 Konin
☎ 63 240 44 12





1. **Al Olaby RR, Azzazy HM.** Hepatitis C virus RNA assays: current and emerging technologies and their clinical applications. *Expert Rev Mol Diagn* 2011; 11: 53-64.
2. **Calleja JL, Crespo J, Rincón D, et al.** Effectiveness, safety and clinical outcomes of direct-acting antiviral therapy in HCV genotype 1 infection: Results from a Spanish real-world cohort. *J Hepatol.* 2017 Jun;66(6):1138-1148.
3. **Flisiak R, Halota W, Tomasiewicz K, et al.** Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland. *Eur J Gastro Hepatol* 2015, 27: 70-76.
4. **Flisiak R, Flisiak-Jackiewicz M.** Ombitasvir and paritaprevir boosted with ritonavir and combined with dasabuvir for chronic hepatitis C. *Expert Rev Gastro Hepatol* 2017; 11(6): 559-567.
5. **Flisiak R, Halota W, Horban A, et al.** Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2011; 23: 1213-1217.
6. **George S.L.; Bacon B.R.; Brunt E.M., et al.** Clinical, virologic, histologic, and biochemical outcomes after successful HCV therapy: a 5-year follow-up of 150 patients. *Hepatology* 2009, 49, 729–738.
7. **Godzik P., Kołakowska A., Madaliński K. et al.** Prevalence of anti-HCV antibodies among adults in Poland-results of cross-sectional study in general population. *Przegląd Epidemiol.* 2012; 66: 575–580.
8. **Grabarczyk P, Medyńska J, Liszewski G, et al.** HCV RNA and HIV RNA detection by Procleix HIV 1/HCV Assay in blood donors with various results of anti-HCV and anti-HIV EIA *Journal of Transfusion Medicine* 2009; 1: 26-33.
9. **Jaroszewicz J, Flisiak R, Dusheiko G.** A pill for HCV – myth or foreseeable future? *Liver Int* 2014; 34: 6-11.
10. **Madaliński K, Flisiak R, Halota W. i inni** Diagnostyka laboratoryjna zakażeń wirusem zapalenia wątroby typu C Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej 2012/2013 *Diagn. Lab.* 2013; 49: 65-70.
11. **Micallef JM, Kaldor JM, Dore GJ, et al.** Spontaneous viral clearance following acute Hepatitis C infection: a systematic review of longitudinal studies. *J Viral Hep* 2006; 13: 34–41.
12. **Pokora A, Kiciak S, Tomasiewicz K.** Assessing the consistency of liver fibrosis results obtained through biopsy and transient elastography in patients suffering from chronic hepatitis C. *Clin Exp Hepatol* 2016; 3: 109-111.
13. **Roche B, Coilly A, Duclos-Vallee JC, Samuel D.** The impact of treatment of hepatitis C with DAAs on the occurrence of HCC. *Liver International.* 2018;38(Suppl. 1):139–145.
14. **Smith BD, Drobeniuc J, Jewett A, et al.** Evaluation of three rapid screening assays for detection of antibodies to hepatitis C virus. *J Infect Dis* 2011; 204: 825-312.

RECEPTA NA HCV



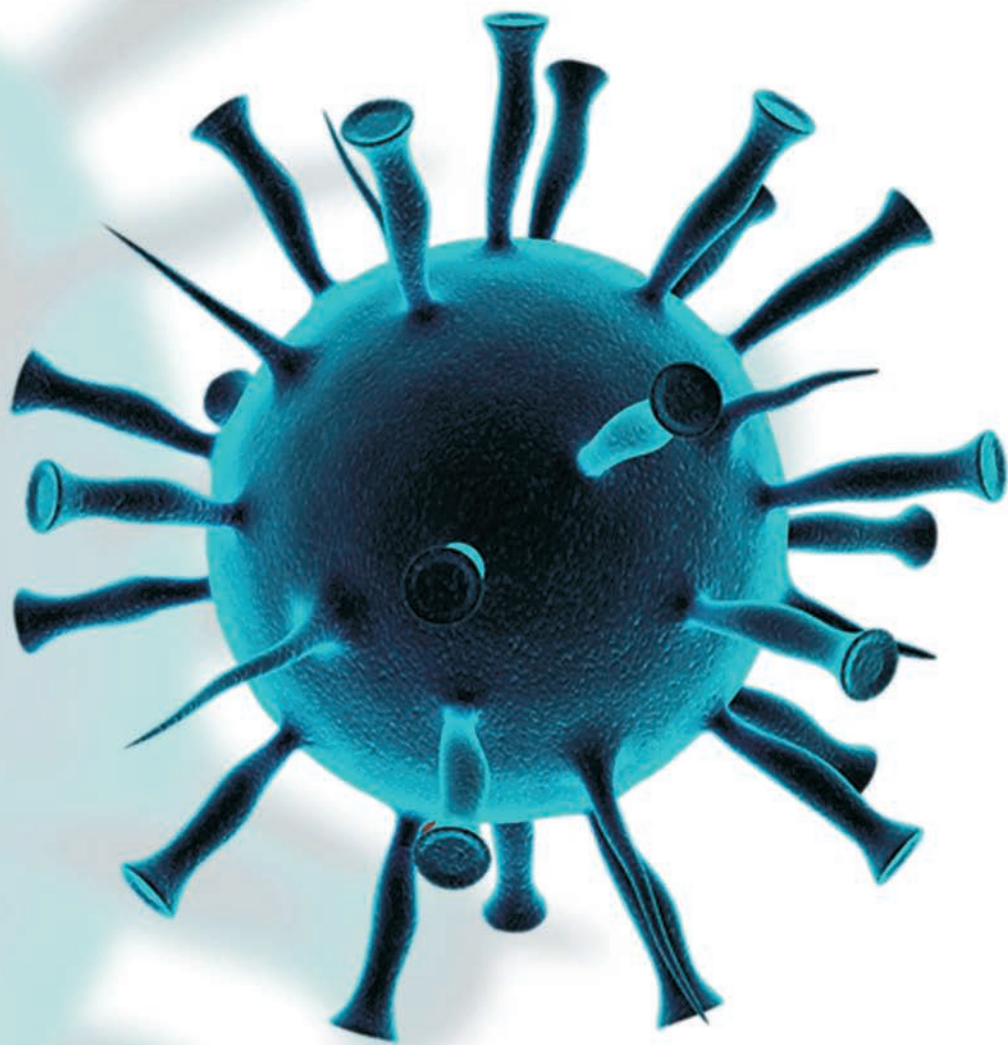
HCV to podstępny i groźny wirus. Nie można wmawiać sobie, że „z tym trzeba albo można żyć”. Doświadczenia podopiecznych Fundacji Gwiazda Nadziei pokazują, że nie zawsze MOŻNA, a jeśli MOŻNA to nie tak długo jakby się chciało.

Dzięki wcześniejszemu zdiagnozowaniu i wyleczeniu zakażenia, wielu naszych podopiecznych uniknęło przeszczepienia wątroby, a może i śmierci.

Dlatego tak potrzebne są szeroko zakrojone kampanie edukacyjne jak „Recepta na HCV”:
jeśli lekarze zaczną rekomendować pacjentom testy, a terapia nadal będzie łatwo dostępna, wyeliminujemy tego wirusa!

Prezes Fundacji Gwiazda Nadziei

Barbara Pepke



Wirusowe zapalenie wątroby typu C

PRZY WSPARCIU:

abbvie



GILEAD



MSD