

přenosu infekce HCV na jiné lidi (injekční uživatelé drog, people who inject drugs – PWID, muži mající sex s muži – MSM s vysoce rizikovými sexuálními praktikami, ženy v produktivním věku, které chtějí otěhotnět, pacienti na hemodialýzách a vězni). Léčba se obecně nedoporučuje jen pacientům s předpokládanou limitovanou délkou života z důvodu mimojaterních komorbidit (1).

## Cíle léčby chronické hepatitidy C

Primárním cílem léčby chronické hepatitidy C je úplné vyléčení infekce, tedy dosažení setrvalé virologické odpovědi (SVR) definované jako nedetekovatelná nukleová kyselina viru (HCV RNA) v periferní krvi 12 nebo 24 týdnů po skončení antivirové léčby. Jde o zcela odlišný cíl, než je tomu při léčbě infekce virem hepatitidy B (HBV) nebo virem lidského imunodeficitu (HIV), kde lze dostupnými léky navodit dlouhodobou virologickou a klinickou remisi onemocnění, ale k trvalé eliminaci virové infekce nedojde. Dosažení SVR je obecně spojeno se snížením rizika vzniku pokročilé jaterní fibrózy, cirhózy jater, dekompenzace cirhózy, vzniku HCC a potřeby transplantace jater. Léčba DAA nemá prakticky kontraindikace, nežádoucí účinky spojené s léčbou jsou minimální a účinnost terapie se blíží 100 %.

## Možnosti léčby hepatitidy C

Současné možnosti léčby DAA představují fixní kombinace grazopreviru s elbasvirem, sofosbuviru s jinými DAA – s velpatasvirem, s velpatasvirem a voxilaprevirem a fixní kombinace glekapreviru s pibrentasvirem. Přímé působící antivirotika v klinické praxi jsou uvedena v tabulce 2.

Hlavními novinkami v doporučeném postupu EASL z roku 2020 oproti předchozím doporučením z roku 2018 jsou možnosti simplifikované léčby pangenotypovými režimy (fixní kombinací sofosbuviru a velpatasviru nebo glekapreviru a pibrentasviru) a zdůraznění nutnosti neodkladné léčby injekčních uživatelů drog (PWID), včetně aktivních, a vězňů (1).

## Simplifikovaná léčba pangenotypovými režimy

Pokud není stanoven genotyp/subtypu HCV k dispozici (v praxi především u PWID, bezdomovců, vězňů), měla by být užitá simplifikovaná léčba k usnadnění přístupu k léčbě a globálnímu zvýšení počtu vyléčených. V těchto případech se před léčbou provádí jen průkaz HCV RNA a posouzení přítomnosti či absence cirhózy neinvazivními metodami (především elastograficky). Obě tato vyšetření lze provést

**Tab. 2.** V současnosti používaná přímo působící antivirotika (DAA) účinná proti všem genotypům HCV

Generický název	Zkratka	Mechanismus účinku	Fixní kombinace
Sofosbuvir	SOF	Nukleotidový inhibitor NS5B polymerázy	+ VEL (EPCLUSA) + VEL, VOX (VOSEVI)
Velpatasvir	VEL	NS5A inhibitor	Viz SOF
Voxilaprevir	VOX	NS3/4A proteázový inhibitor	Viz SOF
Glekaprevir	GLE	NS3/4A proteázový inhibitor	+ PIB (MAVIRET)
Pibrentasvir	PIB	NS5A inhibitor	Viz GLE

na některých pracovištích v České republice v průběhu několika hodin. Před léčbou musí být zhodnoceny možné lékové interakce mezi DAA a dlouhodobou medikací nemocného s event. úpravou dávek doprovodné medikace. Vzhledem k účinnosti léčby DAA blížící se 100 % může být testování dosažení SVR12 vynecháno u všech adherentních pacientů s výjimkou těch se zvýšeným rizikem reinfekce vzhledem k jejich vysoce rizikovému chování (zejména PWID) (1).

## Léčba injekčních uživatelů drog (PWID), osob na opiátové substituční terapii (OST) a vězňů

PWID by měli být rutinně testováni na přítomnost anti-HCV a HCV RNA. Měl by jim být umožněn přístup k OST a výměně injekčního instrumentaria jako součást harm-reduction programů, a to také ve vězení. Všichni PWIDs, bez ohledu na to, zda si v současnosti injekčně aplikují drogy, nebo jsou na OST, jsou kandidáty léčby DAA a měli by být léčeni podle obecných doporučení. Terapie kombinací DAA nevyžaduje úpravu dávek metadonu nebo buprenorfinu. Pokud dojde po léčbě k reinfekci HCV, měla by být poskytnuta nová léčba. Bezplatný screening infekce HCV by měl být nabídnut všem uvězněným osobám. Měla by jim být nabídnuta léčba HCV podle obecných doporučení, stejně jako OST, pokud je indikovaná a požadovaná. Rovněž výměnný program jehel a stříkaček akceptovatelný ve vězeňských zařízeních by měl být dostupný.

Léčba infekce HCV u PWID a vězňů má zásadní význam pro snížení nebezpečí šíření infekce HCV v celé populaci, protože se jedná o jednoznačně nejrizikovější skupiny infikovaných (1).

V reakci na vynikající výsledky DAA vyhlásila WHO v roce 2016 ambiciózní plán eliminace chronických hepatitid B a C do roku 2030. I přes absenci vakcíny proti HCV je cílem diagnostikovat 90 % všech případů chronické hepatitidy C, 80 % všech diagnostikovaných léčit, snížit počet nových případů o 90 % a mortalitu o 65 % proti roku 2015 (2).

Brzy se ukázalo, že eliminační strategie v reálném světě naráží na řadu překážek. Klíčovou populací ve vyspělých státech tvoří silně marginalizovaná skupina lidí užívající nitrožilně drogy, kteří mají mnohdy špatné zkušenosti se zdravotnickým systémem a bývají často stigmatizováni ze strany zdravotnického personálu, což znesnadňuje jejich diagnostiku a léčbu. Jako jedno z možných řešení, jak zlepšit diagnostiku a léčbu PWID, se ukázalo zavedení terénního screeningu v místech narkomanům známých, kde se cítí bezpečněji než ve standardních lékařských zařízeních. Jde například o kontaktní a poradenská centra (K-centra), výdejny opioidní substituce, ubytovny Armády spásy a podobná zařízení (3, 4).

## Vlastní zkušenosti s vyhledáváním osob infikovaných HCV

Za základě eliminační iniciativy WHO zahájila v červnu 2018 Klinika infekčních chorob Fakultní nemocnice Brno (KICH FNBN) spolupráci s lokálním poradenským centrem pro narkomany provozovaným Společností Podané ruce, o. p. s. (SPR). Byla zřízena terénní ambulance, která jednou za 3 týdny vyšetřuje klienty SPR v jejich zařízeních. Dále jsou pořádány pravidelné přednášky s diskuzemi s peer pracovníky SPR a dalších podobných organizací po celé Moravě. Podařilo se i navázat