

## ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ.

**Вирусный гепатит** -- инфекционное заболевание печени, вызывающее диффузное воспаление печеночной ткани.

При гепатите в воспалительный процесс вовлекается вся печень и в результате нарушаются функции печени, что проявляется различными клиническими симптомами. Гепатиты могут быть **инфекционными, токсическими, лекарственными и другими.**

**Вирусные гепатиты** относятся к самым распространенным заболеваниям в мире.

В большинстве случаев протекает субклинически и диагностируется только на основании дополнительных исследований, включая лабораторные данные. Спектр клинических проявлений очень варьирует.

## ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ.

Острые вирусные гепатиты могут быть вызваны разными типами вирусов.

К ним относятся -- **вирус гепатита А, В, С, Е, Д** и другие вирусы.

### Причины Гепатитов.

Частые причины гепатитов:

- . **Вирусный гепатит А (энтеральный, через рот),**
- . **Вирусный гепатит В и С (парентеральные, через кровь),**
- . **Алкоголь.**

Менее частые причины гепатитов:

- . **Вирус гепатита Е (энтеральный),**
- . **Вирус Эпштейна-Барра,**
- . **Лекарства.**

Редкие причины гепатитов:

- . **Вирус гепатита Д (дельта), цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирусы Коксаки А и В, эховирус, аденовирус (Ласса), флавивирус (желтая лихорадка), лептоспироз, риккетсия (тифус), химические вещества, токсины грибов.**

### Пути заражения.

Инфекции передаются от больного человека к здоровому.

**Гепатит А** – кал, слюна;

**Гепатит В** – кровь, сперма, слюна, перинатальный (заражение ребенка от матери);

**Гепатит С** – кровь;

**Гепатит Е** – кал, слюна;

**Гепатит Д** – кровь, сперма.

**Инкубационный период** по продолжительности значительно варьирует.

**Гепатит А** – от 2 до 6 недель;

**Гепатит В** – от 8 до 24 недель;

**Гепатит С** – от 6 до 12 недель;

**Гепатит Е** – от 2 до 8 недель;

**Гепатит Д** – не установлен.

## **Симптомы Острых Вирусных Гепатитов.**

### **Эпидемичность характерна для гепатита А и Е.**

Продромальный (**инкубационный**) период характеризуется слабостью, анорексией, отвращением к табаку, тошнотой, миалгией, лихорадкой. Эти симптомы более типичны для острых вирусных гепатитов и редко встречается при других гепатитах.

При появлении **желтухи** симптомы продромального периода обычно ослабевают, часто моча становится темной, стул светлым, иногда появляется кожный зуд, чаще при алкогольном гепатите с холестазом.

Внепеченочные проявления, включая артралгию, артриты и уртикарную сыпь --- встречается обычно только при вирусном гепатите В. При этой форме в желтушном периоде, как правило, также ухудшается общее самочувствие, в отличие от вирусного гепатита А, при котором в желтушном периоде в состоянии больных наступает улучшение.

## **Объективные физикальные данные.**

- . **Желтуха** (безжелтушные формы диагностируются только на основании лабораторных данных, включая определение сывороточных маркеров вирусов).
- . **Гепатомегалия** (увеличение печени), печень при пальпации «мягкой» консистенции.
- . Отсутствуют внепеченочные «знаки» хронических заболеваний печени (печеночные ладони, сосудистые «звездочки» и др.), за исключением острого алкогольного гепатита, развившегося на фоне хронического или цирроза печени.
- . **Спленомегалия** не является характерной для большинства острых гепатитов. Она нередко выявляется при остром гепатите, вызванном вирусом Эпштейна-Барра (инфекционный мононуклеоз) и риккетсиозными инфекциями.

## **Диагностика Вирусных Гепатитов.**

### **Исследования.**

**Повышение уровня АлАТ и АсАТ** более, чем в 10 раз выше нормы является надежным тестом острого гепатита.

**Билирубин** повышается при тяжелом течении.

**Нейтропения** часто выявляется при вирусных гепатитах, особенно в продромальный период.

**Гемолитическая анемия** иногда наблюдается при остром вирусном гепатите В.

Выраженный **холестаз**, характеризующийся желтухой и кожным зудом, не является характерным для

острых вирусных гепатитов, часто встречается при алкогольном гепатите. Надо исследовать уровень **ЩФ** в крови. При холестазах ее уровень возрастает в 3 раза и более нормы.

### Ферментная диагностика.

Определение уровня **сывороточных ферментов**: трансаминазы, лактатдегидрогеназы, амилазы. Уровень этих ферментов повышается при острых диффузных поражениях, острых гепатитах, постнекротическом циррозе. Существенное повышение этих ферментов наблюдается также и при некоторых хронических гепатитах, при портальном и билиарном циррозе.

### Серологические исследования.

- . Всем больным необходимо исследовать антитела к вирусу гепатита А класса **Ig M и HBsAg**.
  - . **HBeAg** должен быть исследован у **HBsAg** положительных больных для оценки инфекционности (фазы релаксации вируса).
  - . **Д-антиген** необходимо исследовать у **HBsAg** положительных больных, у наркоманов и при тяжелом течении гепатита.
  - . Тесты для вируса гепатита С проводятся, если отсутствуют сывороточные маркеры на вирус гепатита А и В.
- Есть предположение о существовании других форм вирусных гепатитов (F, G), т.е. ни А ни В ни С.

### Инструментальная диагностика.

- . Ультразвуковая: диффузные поражения, очаговые изменения.
  - . Лапараскопия. В тяжелых случаях, при острой необходимости вводят и под контролем берется биоптат.
  - . Рентген имеет меньшее значение, но в некоторых случаях проводится.
  - . Пальпация, определение контуров.
- Доля Риделя.** У астеников краевая часть правой доли в виде язычка свисает вниз. Это доля Риделя, которую можно принять за опухоль, блуждающую почку, желчный пузырь.
- В диагностике решающее имеет клиника: осмотр, пальпация, перкуссия, жалобы.

### Исходы.

Полное выздоровление при острых гепатитах обычно наступает в течение нескольких недель, реже месяцев. Усталость и анорексия (отсутствие аппетита) часто сохраняется у большинства больных на длительный период. Острый вирусный гепатит В, С и Д нередко переходят в хроническую форму.

Фульминантная печеночная недостаточность, обусловленная массивными некрозами, почти никогда не бывает при вирусном гепатите А и встречается примерно в 1% случаев при вирусном гепатите В, в 2% при вирусном гепатите С и более часто при вирусном гепатите Д. Острые гепатиты иногда характеризуются рецидивирующим течением.

Наиболее неблагоприятный исход острого гепатита — **хронизация болезни**.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕПАТИТА.

Специфических методов лечения не существует и поэтому большинству больных проводится **базисное лечение (см. лечение хронических вирусных гепатитов, ниже).**

- . Постельный режим не является обязательным для большинства больных.
- . Тщательное соблюдение **личной гигиены (мытьё рук, отдельная посуда и т.д.).**
- . Госпитализация необходима при тяжелом течении болезни и при отсутствии возможности обеспечения режима в домашних условиях. Уход за больным должен предусматривать меры, исключающие передачу инфекции (дезинфекция, работа в перчатках и т.д.)
- . **Строгая Диета** не обязательна, но нужно исключить из рациона жиры, пить соки.

## Контактные с больными лица.

- . При вирусном гепатите А лица, находящиеся в контакте с больным, обычно к моменту появления желтухи уже могут быть инфицированы и потому в изоляции и лечении не нуждаются. С профилактической целью возможно введение в/м введение им **человеческого Ig** (5 мл однократно).
- . Сексуальные партнеры больных вирусным гепатитом В подлежат обследованию с определению сывороточных маркеров и при их отсутствии этим лицам показано введение **Рекомбинированной HBV вакцины**. Возможно введение **Гипериммунного HBV иммуноглобулина** в течение 2-4 недель.

## Наблюдения за больными, перенесшими острый гепатит.

- . Воздержание от приема алкоголя до полной нормализации функции печени (нормализация АлАТ, АсАТ, ГГТП и др.), но небольшое количество алкоголя (4-8 порций в неделю) не оказывает отрицательное влияние на течение восстановительного периода. Полное воздержание от алкоголя необходимо только при алкогольных гепатитах.
- . Умеренная физическая активность может возобновлена после исчезновения симптомов болезни.
- . Повторное исследование печеночных ферментов, в основном АлАТ и АсАТ проводят через 4-6 недель от начала болезни, и если они остаются неизменными, то в дальнейшем их повторяют через 6 месяцев. Увеличение уровня трансаминаз более, чем в 2 раза через 6 месяцев, является основанием для проведения углубленного исследования, включая биопсию печени.

## Иммунизация.

### **Гепатит А.**

Пассивная иммунизация в/м введением **5 мл нормального человеческого Ig** является эффективным в течении 4 месяцев. Она проводится с профилактической целью.

1. Лицам, отправляющимся в эпидемиологические регионы (Индонезия, Средний Восток, Южная Америка, Мексика и др.).
2. Лицам, находящимся в; тесном контакте с больными.

### **Гепатит В.**

Пассивная иммунизация проводится лицам находящимся в тесном контакте с больными. В/м введение **гипериммунного HBV иммуноглобулина по 500 ЕД** дважды с интервалом в 1 месяц.

## ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ.

### Хронический Вирусный Гепатит В.

Развивается в исходе острого вирусного гепатита В.

Вирус гепатита В (ВГВ) не оказывает цитопатогенного эффекта на гепатоциты, а их повреждение связано с иммунопатологическими реакциями. Резкое усиление иммунного ответа приводит не только к массивным повреждениям паренхимы печени, но и к мутации генома вируса, что приводит в дальнейшем к деструкции гепатоцитов в течении продолжительного времени. Возможно воздействие вируса и вне печени: мононуклеарные клетки, половые железы, щитовидная железа, слюнные железы (иммунологическая агрессия).

### Симптомы ХВГ- В.

Ассоциируется астеновегетативным синдромом (слабость, утомляемость, нервозность и др.), похуданием, транзиторной желтухой, геморрагиями, болями в правом подреберье, диспепсическими расстройствами (вздутие в животе, флатуленция, неустойчивый стул и др.). У части больных с низкой активностью процесса заболевание может протекать бессимптомно.

Из объективных симптомов -- гепатомегалия.

Появление «сосудистых звездочек», печеночных ладоней, спленомегалии, кожного зуда, транзиторного асцита свидетельствует, как правило, о трансформации в цирроз печени (ЦП). У небольшого количества больных ХВГ-В обнаруживаются внепеченочные системные проявления (артрит, васкулит, нефрит, «сухой синдром» и др.).

Возможны повышение СОЭ и лимфопения, увеличение уровня сывороточных аминотрансфераз (до 2-5 и более норм пропорционально активности воспаления), высокая гипербилирубинемия, гипояльбумин- и гипопротромбинемия, хестериемия, увеличение щелочной фосфатазы ( не более 2-х норм) и гамма-глобулинов. В сыворотке обнаруживаются маркеры фазы репликации вируса (HbeAg, анти -HBg Ig M, ДНК-вируса).

### Хронический Вирусный Гепатит С.

Развивается в исходе острого вирусного гепатита С, хронизация у 50% больных. Вирус оказывает на гепатоциты цитапатогенный эффект.

### Симптомы ХВГ- С.

У большинства больных характеризуется умеренно выраженным астеническим и диспептическим синдромами, гепатомегалией. Течение болезни волнообразное с эпизодами ухудшения, когда на этом фоне появляются геморрагические проявления (носовые кровотечения, геморрагическая сыпь), умеренная желтуха, боли в правом подреберье и др. ХВГ-С может оставаться в активной форме до 10 и более лет без трансформации в ЦП.

Внепеченочные проявления могут быть обычно при переходе в ЦП.

Отмечается увеличение активности аминотрансминаз, уровень которых колеблется, не достигая 10-кратного увеличения даже в период заметного ухудшения состояния больного, изредка отмечается умеренная и транзиторная гипербилирубинемия. Выявление РНК-вируса и антител к нему подтверждает этиологическую роль вируса гепатита С.

### Хронический Вирусный Гепатит Дельта (Д).

Заболевание является исходом ОВГ-Д, протекающего в виде суперинфекции у больных ХВГ-В. Вирус Д оказывает на гепатоциты цитопатогенный эффект, непрерывно поддерживает активность, а следовательно, и прогрессирующее патологическое процесса в печени, подавляет репликацию вируса гепатита В.

### Симптомы ХВГ-Д.

У большинства характеризуется тяжелым течением с выраженными симптомами печеночно-клеточной недостаточности (выраженная слабость, сонливость днем, бессоница ночью, кровоточивость, падение массы тела и др.). У большинства появляется желтуха, кожный зуд. Печень, как правило, увеличена, но при высокой степени активности ее размеры уменьшаются. Нередко у больных появляются системные поражения. В большинстве случаев заболевание приобретает прогрессирующее течение с быстрым формированием ЦП.

При исследовании обнаруживаются некрозы паренхимы. В крови отмечается постоянное повышение активности аминотрансфераз, билирубина, реже щелочной фосфатазы (обычно не более 2-х норм). У большинства выявляются умеренная гипергаммаглобулинемия, дисиммуноглобулинемия, увеличение СОЭ.

При переходе в ЦП в крови выявляются маркеры интеграции вируса гепатита Д и антитела к нему (Ig G, Ig M).

## ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ.

Всем больным проводится **базисная терапия, противовирусная терапия.**

Основные компоненты базисной терапии являются диета, режим, исключение приема алкоголя, гепатотоксических лекарств, вакцинации, сауны, профессиональных и бытовых вредностей, лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения и других органов и систем.

- **Диета** должна быть полноценной: 100-120 г белка, 80-90 г жиров, из них 50% растительного происхождения, 400-500 г углеводов. При назначении диеты необходимо учитывать индивидуальные привычки больного, переносимость пищевых продуктов и сопутствующие заболевания органов пищеварения.
- Курсовое лечение **Антибактериальными препаратами**, невсасываемыми и не оказывающими гепатотоксический эффект (один из следующих препаратов — **стрептомицин сульфат, левомицетин стеарат, канамицин моносульфат, фталазол, сульгин** внутрь, 5-7 дней).
- С последующим приемом **Биологических препаратов** (**бификол, лактобактерин, бифидум-бактерин, бактисубтил** - один из препаратов) в течении 3-4 недель.

- . Одновременно назначают **Ферментные препараты**, не содержащие желчные кислоты, которые оказывают повреждающее действие на гепатоциты.
- . **Дезинтоксикационные мероприятия.**
  - 1) Внутривенное капельное введение по 200-400 мл **Гемодеза** в течение 2-3 дней,
  - 2) Внутрь **Лактулозу (нормаду)** по 30-40 мл 1-2 раза в день,
  - 3) Возможно **500 мл 5% в/в раствора Глюкозы с Витамином С** по 2-4 мл и с **Эссенциале** 5,0 мл.

Продолжительность базисной терапии в среднем 1-2 месяца.
- . **Противовирусная терапия.**  
**В противовирусной терапии** ведущая роль принадлежит **Альфа-Интерферону**, который оказывает иммуномоделирующий и противовирусный эффекты -- угнетает синтез белков вируса, усиливает активность естественных киллеров. Показан при гепатитах В и С.  
**Показания для назначения Альфа-Интерферона:**  
**Абсолютные:** хроническое течение, наличие в сыворотке крови маркеров репликации HBV (HbeAg и HBV- ДНК), повышение уровня сывороточных аминотрансфераз более чем в 2 раза. Дозы и схемы лечения зависят от активности процесса, уровня сывороточной ДНК HBV.
- . **Пегасис** показан при **вирусных гепатитах В и С**. Применяют и при комбинированной и при монотерапии.
- . **Зеффикс (Ламивудин)** высокоактивен при **вирусном гепатите В**.
- . **Ребетол**, в комбинированной терапии с Альфа-Интерфероном при **вирусном гепатите С**.
- . **Копегус**, в комбинированной терапии **при вирусном гепатите С** с Альфа-Интерфероном и Пегасисом.

## Гепатит