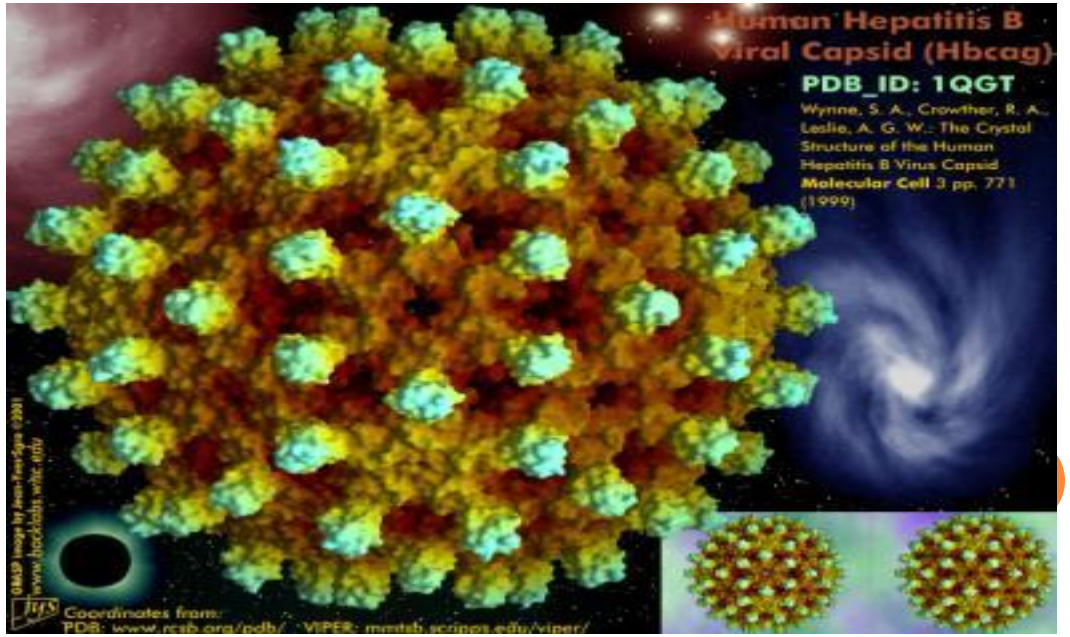
ГЕПАТИТ В

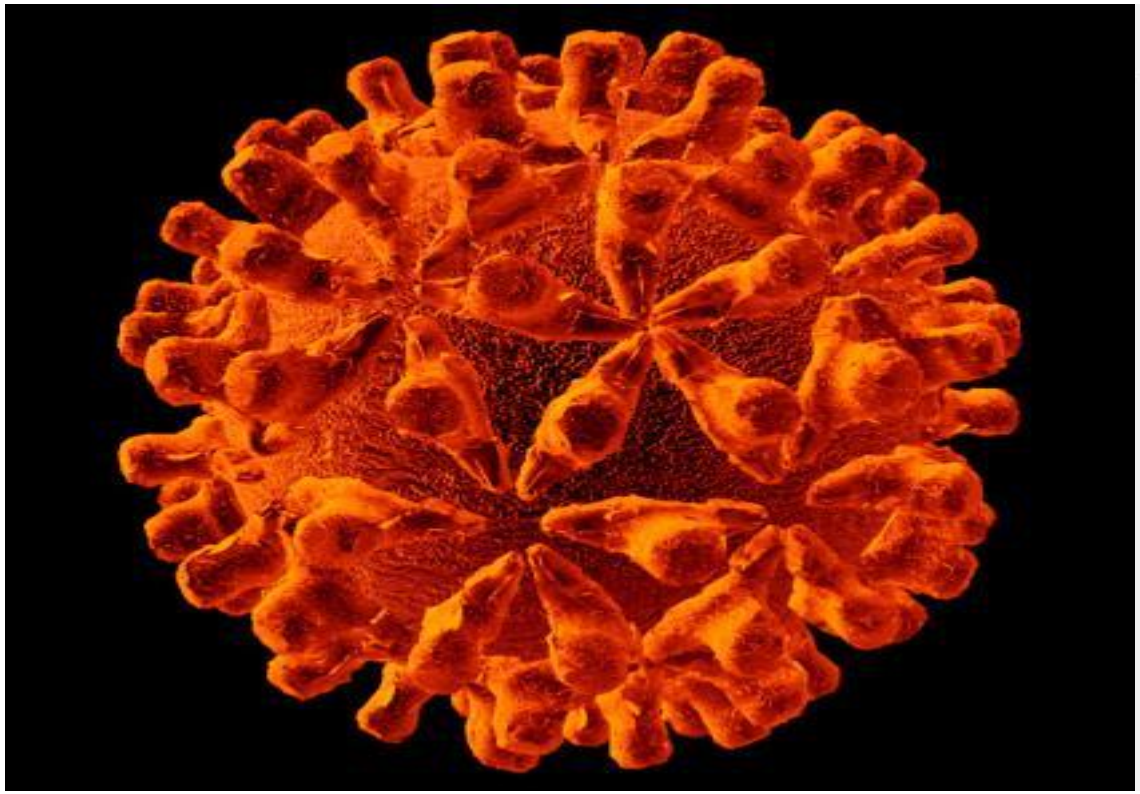
Хаджимурадова Хава
Стомат. 302

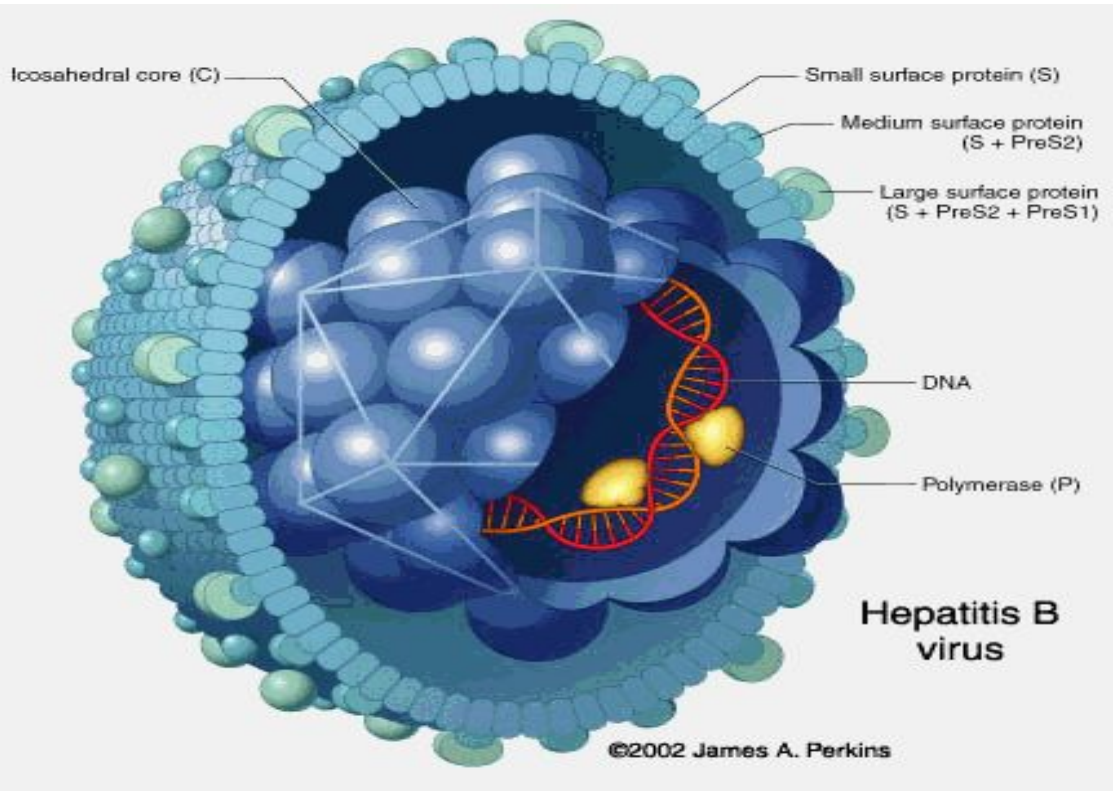
- **Гепатита В-острое или хроническое заболевание печени, вызываемое ДНК-содержащим вирусом**, проявляющийся повышенным уровнем печеночных трансаминаз, и сопровождающийся болевым , диспептическим, интоксикационным и холестатическим синдромами.



ЭТИОЛОГИЯ

Возбудитель– ДНК-вирус из семейства Hepadnaviridae. Геном HBV представлен неполной двухнитевой кольцевой молекулой ДНК. Выделяют 9 генотипов вируса (от А до Н). Вирус устойчив во внешней среде.





ВИРУС ГЕПАТИТА В

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- **Источником инфекции** являются больные любой формой инфекции, а также вирусоносители

- Основной путь передачи – парентеральный (инъекционный, гемотрансфузионный), а так же через поврежденные слизистые оболочки и кожные покровы.

МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ

- Естественный:
- Вертикальный (наблюдается обычно либо в случае заболевания матери в III триместре беременности, либо если мама носитель HBs Ag),
- Половой,
- Бытовой (возможен только при тесном контакте при этом распространение инфекции способствует скученность, низкий санирно-гигиенический уровень жизни)

- **Факторами передачи** являются кровь и её препараты, содержащие вирус.
- Заражение возможно при использовании без надлежащей стерилизации шприцев, при оперативных вмешательствах, лечении зубов, заборе крови, эндоскопическом исследовании.
- Характерно отсутствие сезонности и периодичности подъемов заболеваемости

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Форма болезни
  1. Типичный
- *Периоды болезни:*
  - *Инкубационный*
  - *Преджелтушный*
  - *Желтушный*
  - *Востановительный (реконвалисценции)*
  2. Нетипичный
  - *безжелтушный гепатит*
  - *субклинический (инапарантный) гепатит*
  - *холестатический гепатит*

ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ :

-ЛЕГКАЯ
-СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ
-ТЯЖЕЛАЯ
-ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ФОРМА

ЛЕГКАЯ ФОРМА

- Субфебрильная температура
- Слабо выраженные симптомы интоксикации
- Незначительная желтушность
- Незначитеное увеличение печени
- Общий билирубин повышается до 85 мкмоль/л,
- Незначительное увеличение тимоловой пробы
- Активность трансаминаз повышается в 5-10 раз
- Течение болезни циклическое и доброкачественное
- Продолжительность желтушной фазы 7-10 дней
- Размеры печени нормализуют за 25-35 дней

СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА

- Умеренные симптомы интоксикации (до 10-14 дня болезни)
- Желтушность кожи – от умеренной до значительной (2-3 недели)
- Увеличенная печени (+2-5 см), болезненная, край плотный
- Часто увеличение селезенки
- Уменьшение диуреза
- Общий билирубин - 85-200 мкмоль/л, непрямой до 50 мкмоль/л
- Протромбиновый индекс снижен (60-90 %)
- Увеличение тимоловой пробы
- Поднятие активности трансаминаз в 10-15 раз
- Функция печени нормализуют на 40-60 день болезни

ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА

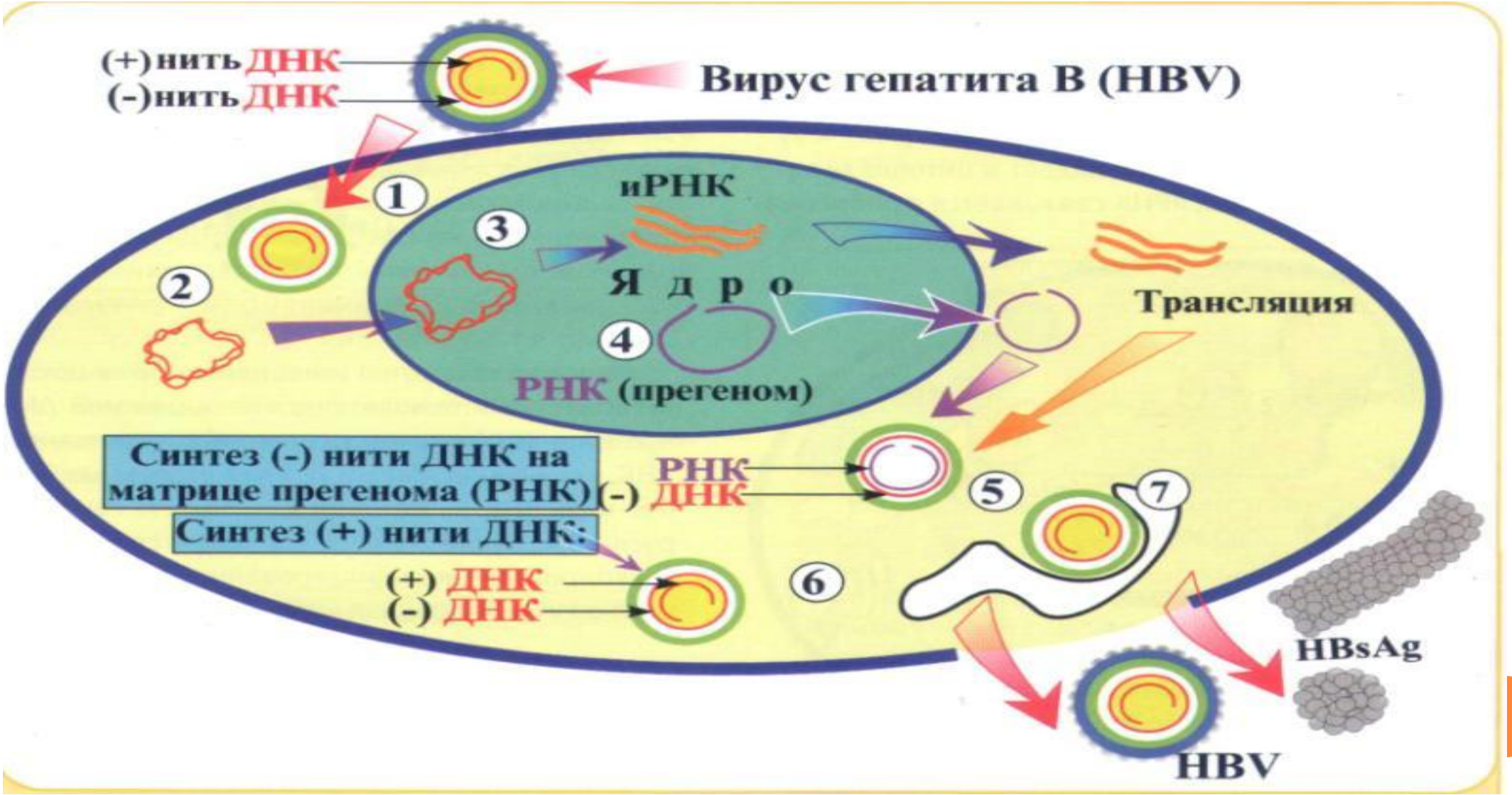
- Выраженные симптомы интоксикации (апатия, заторможенность, анорексия, рвота, брадикардия)
- Выраженая желтуха (интоксикация может наростать)
- Увеличенная, болезненная печень, расширение селезенки
- Геморрагические высыпания сыпь
- Уменьшение диуреза
- Общий билирубин больше 200 мкмоль/л, непрямой больше 50 мкмоль/л
- Протромбиновый индекс снижен до 50-60 %
- Повышение активности Alt, Ast в 15-30 раз
- Продолжительность желтушной фазы 2-3 недели
- Размеры печени нормализуют за 40-60 дней

Течение :

- Острое(90% детей)
- Затяжное
- хроническое

Патогенез

- внедрение возбудителя
- фиксация на гепатоците и проникновение внутрь клетки.
- размножение вируса и выделение его на поверхность гепатоцита, а так же в кровь
- включение иммунологических реакций, направленных на элиминацию возбудителя
- поражение других органов и систем
- Формирование иммунитета, освобождение от возбудителя, выздоровление или дальнейшее разрушение клеток печени происходит под влиянием Т-лимфоцитов(киллеры).
- -хронизация процесса.


(+) нить ДНК
(-) нить ДНК
Вирус гепатита В (HBV)
1
2
3
4
иРНК
Я д р о
РНК (прегеном)
Трансляция
Синтез (-) нити ДНК на матрице прегенома (РНК)
РНК
(-) ДНК
5
7
Синтез (+) нити ДНК:
(+) ДНК
(-) ДНК
6
HBsAg
HBV

Клиническая картина:

Инкубационный период продолжается 60-180 дней, чаще 2-4 мес.,в редких случаях укорачивается до 30-45 дней или удлиняется до225 дней.

Клиника отсутствует, но в конце инкубации в крови обнаруживается высокая активность печеночно-клеточных ферментов и выявляются маркеры активно текущей инфекции HBsAg, HBeAg, анти-HBcIgM

Преджелтушный период: продолжается 3-15 сут и характеризуется симптомами интоксикации (лихорадка, общая слабость, вялость, апатия, раздражительность, нарушение сна, снижение аппетита),

артралгиями, болями в правом подреберье. В некоторых случаях наблюдают кожную сыпь. В последние 1-2 дня периода происходят обесцвечивание кала и потемнение мочи.

Изменения в крови не характерны, можно отметить небольшой лейкоцитоз, небольшой лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы.

В конце периода отмечено увеличение размеров печени, иногда селезенки, повышение АлАТ, АсАТ.

- **Желтушный период** продолжается от 10-14 до 30-40 дней. Синдром интоксикации усиливаются. У больных отмечается повышение температуры тела, тошнота, рвота, боли в животе, слабость, снижение аппетита, чувство тяжести или боли в правом подреберье.
- Желтуха нарастает постепенно в течении 5 – 7 дней, иногда до 2 недель, она может варьировать от слабо-желтого (лимонного) до зеленовато-желтого цвета. Степень выраженности желтухи и её оттенок связаны с тяжестью заболевания и развития синдрома холестаза.
- Увеличивается в размерах печень, край её уплотняется и отмечается болезненность. Селезенка увеличена при тяжелых случаях и при длительном течении болезни.

Синдрои Джанноти-Крости. Появляется брадикардия, снижение АД, ослабление сердечных тонов. При тяжелых формах развиваются угнетение ЦНС различной степени выраженности, диспепсический, геморрагический синдромы. В периферической крови-снижение эритроцитов, при тяжелых формах-анемия

- **Период реконвалесценции** начинается после исчезновения желтухи и заканчивается после полного клинико-лабораторного разрешения заболевания, что обычно происходит через 2- 3 месяца после его начала.
- С исчезновением желтухи дети становятся активными, у них восстанавливается аппетит, жалоб нет, но у половины больных сохраняется гепатомегалия, а у 2/3-незначительная гиперферментемия.
- В сыворотке крови-анти Hbe, анти- HBc IgG и нередко анти-HBs

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ФОРМА (ФУЛЬМИНАНТНАЯ)

- Сокращение продромального периода
- Резкое ухудшение состояния ребенка при появлении желтухи
- выраженный интоксикационный синдром
- геморрагический синдром (рвота «кофейной гущей»)
- тихикардия
- эмоциональные нарушения: сонливость днем, безсонница ночью
- в стадии прекомы – нарушения ориентации, сопор, психомоторное возбуждение
- в стадии комы – ступор
- Уменьшение размеров печени
- Лабораторные тесты: анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитопения, ускорение СОЕ, гипербилирубинемия, билирубин-ферментная диссоциация, снижение протромбина, фибриногена

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обязательные методы обследования:

- Клинический анализ крови: возможны повышение СОЭ, лейкопения, лимфоцитоз, при фульминантной форме ОВГ – лейкоцитоз.
- Общий анализ мочи: при ОВГ и обострении ХВГ возможно появление жёлчных пигментов (преимущественно прямого билирубина), уробилина.

Биохимический анализ крови:

- повышение содержания АЛТ, АСТ;
- повышение содержания общего билирубина, холестерина;
- повышенное содержание иммуноглобулинов, повышение тимоловой пробы, снижение сулемовой пробы;
- снижение протромбинового индекса, концентрации альбумина в сыворотке крови, холестерина, общего билирубина: выявляют при тяжелых формах ХВГ.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обязательные методы обследования:

- УЗИ печени и селезёнки: характерно повышение эхогенности паренхимы, уплотнения по ходу сосудов печени;
- Биопсия печени необходима для оценки степени поражения печени.

Дополнительные методы обследования:

- КТ органов брюшной полости;
- ФЭГДС.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

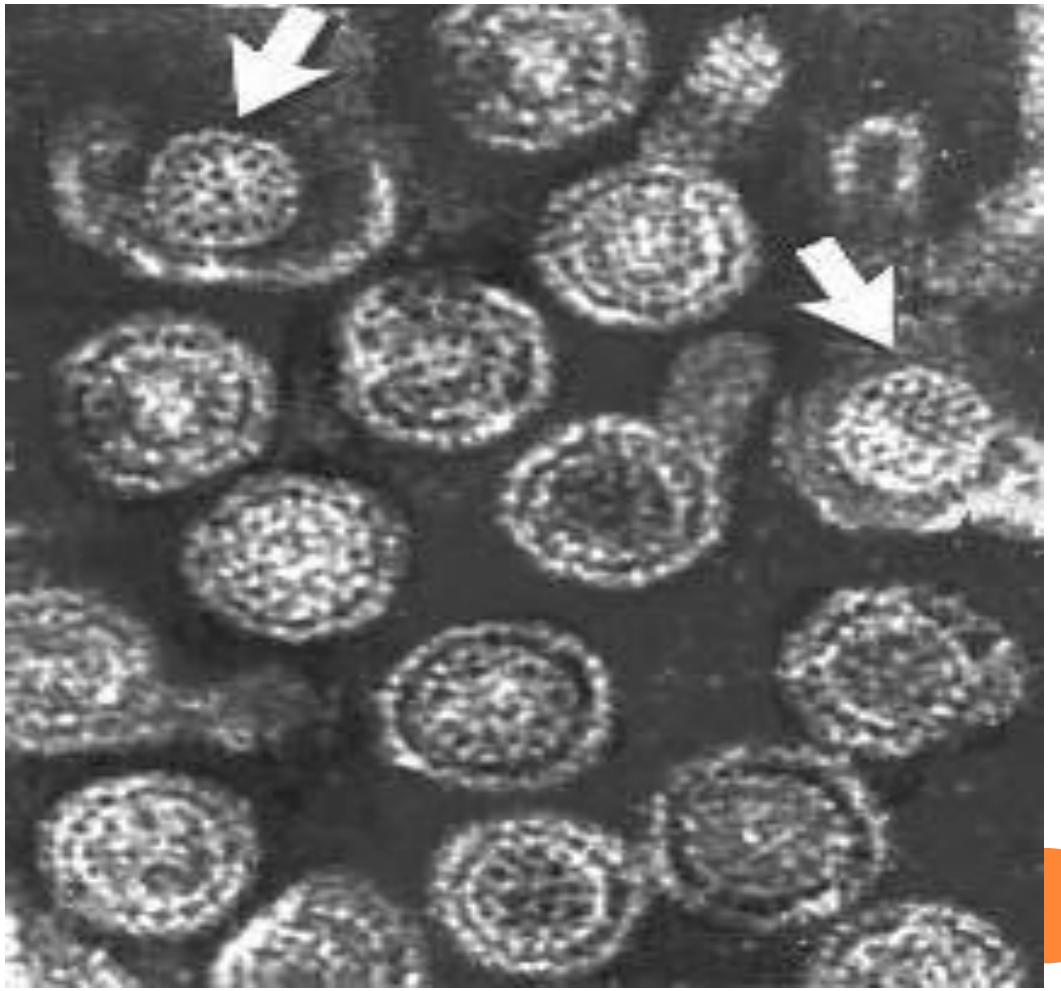
- **Материал:** кровь, слюна, желчь.
- **Вирусологический метод:**
  - ДНК вируса в **ПЦР**.
- **Серологический метод:** определение: HBsAg, HBeAg; АТ к HBsAg, HBeAg и HBcorAg и IgM к HBcorAg в реакциях: **ИФА, РНГА, РИА.**

ИСХОДЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

- Выздоровление с полным восстановлением структуры печени.
- выздоровление с остаточными фиброзами.
- формирование различных осложнений со стороны желчных путей и гепатодуоденальной зоны.
- формирование хронического гепатита.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Гепатит А
- Гепатит Е
- Гепатит С
- Гепатит Д



ЛЕЧЕНИЕ (ЛЕГКАЯ ФОРМА)

Базисная терапия

- режим - постельный до исчезновения симптомов интоксикации; - полупостельный до нормализации самочуствия, уменьшения желтухи и нормализации лабораторны показателей

- диетотерапия – стол №5, 5а.

ЛЕЧЕНИЕ (СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА)

1. Базисная терапия
2. Пероральная дезинтоксикация в обеме 40-50 мл/кг (5% р-р глюкозы, мин. вода) с обязательным контролем водного баланса
3. Энетросорбенты – 1-2 недели (при холестатическом варианте)

ЛЕЧЕНИЕ (ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА БЕЗ ГЕПАТОДИСТРОФИИ)

1. Базисная терапия
2. Дезинтоксикация в/в крапельное введения растворов в обеме 50-100 мл/кг (5% р-р глюкозы, 0,9% р-р NaCl, альбумин 5 мл/кг)
3. Энетросорбенты – 2-3 недели
4. Препараты лактулозы – в возрастной дозе 10-14 дней
5. При наличии холестаза – дезоксихолиевая кислота 10г/кг, препараты урсодезоксихолевой кислоты (Урсосан, Урсофальк) 10-12 мг/кг и Гептрал (20-25 мг/кг) 2- 3 недели (при затяжном течении 3-6 мес)
6. Преднизолон – при угрозе развития фульминантной формы и у детей 1 года (неблогоприятных) в дозе 1-3 мг/кг/с в 4 приема на протяжении 7-10 дней

ЛЕЧЕНИЕ (ФУЛЬМИНАНТНАЯ ФОРМА)

1. Режим – строгий постельный
2. Диета № 5, 5а с ограничением белков до 40% в сутки
3. Катетеризация сосудов и назначение:
- Преднизолона 10-15 мг/кг/с каждые 4 часа без ночного перерыва
1. Дезинтоксикационная терапия в обеме 50-100 мл/кг (5% р-р глюкозы, 0,9% р-р NaCl, альбумин) под контролем диуреза
2. Экстракорпоральные методы детоксикации при неэффективности терапии (плазмофорез)
3. Гипербарическая оксигенация

ЛЕЧЕНИЕ (ФУЛЬМИНАНТНАЯ ФОРМА)

1. При отечно-асцитическом синдроме – коррекция электролитного баланса и белкового состава крови
2. Калий-сохраняющие диуретики (верошпирон, триампур, спиринолактон)
3. Свежезамороженная плазма 10 мл/кг (источник факторов сворачиваемости крови)
4. Гепарин 100-300 ЕД/кг при угрозе ДВС-синдрома
5. Ингибиторы протеолиза (трасилол, контрикал, гордокс) в возрастных дозах при развитии ДВС-синдрома
6. Антибактериальная терапия (предупреждение инфекционных осложнений
7. Промывание желудка и высокая очистительная клизма
8. Препараты лактулозы

Профилактика

Вакцинация против гепатита В показана всем новорожденным и детям до 12 лет, а также подросткам и взрослым из группы риска.

- Иммуноглобулин против гепатита В (ИГГВ) — немедленная иммунизация, которая защищает от ВГВ, если была введена в течение 48 часов после возможного инфицирования. Тем

  не менее, это дорогостоящая процедура, а ее действие длится около 3–6 месяцев

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!