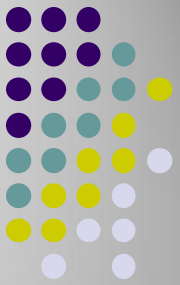
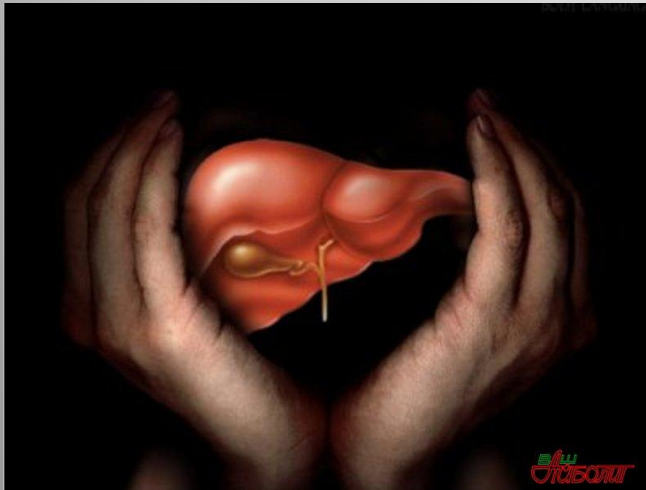


Вирусные гепатиты

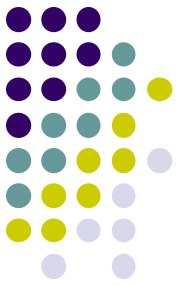


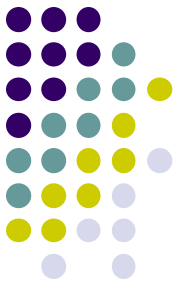
Группа инфекционных заболеваний печени, вызываемых гепатотропными вирусами, характеризующиеся общей интоксикацией, преимущественным поражением печени, желтухой



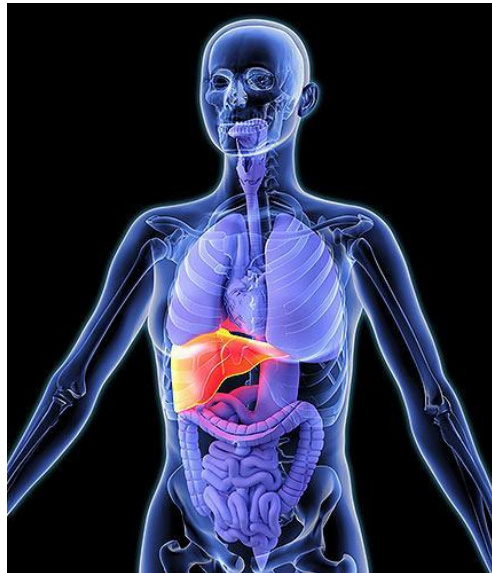
- Гепатит А
- Гепатит В
- Гепатит С
- Гепатит D
- Гепатит Е
- Гепатит F
- Гепатит G
- Гепатит TTV
- Гепатит SENV

- По данным ВОЗ ежегодно в мире гепатитом А болеет более 1,5 млн человек,
- Гепатитом В – более 50 млн человек
- От острого гепатита В и его последствий ежегодно умирает 1,5-2 млн больных
- Хронических носителей HBV – 350 – 400 млн
- Хронических носителей HDV – 20-40 млн
- Хронических носителей HCV – до 1 млрд





- * Все вирусные гепатиты – антропонозы
- * Основной орган-мишень – печень
- * Циклическое течение
- * Основные клинические симптомы, биохимические показатели подобны
- * После перенесенных заболеваний формируется стойкий типоспецифический иммунитет



Интенсивность циркуляции ВГА в мире



Распространенность HCV-инфекции в мире



400-700 млн населения в мире инфицированы HCV^{1,2}


1. World Health Organization (WHO 2006)

2. WHO/UNAIDS, Global Summary of the HIV and AIDS epidemic, Dec 2005.

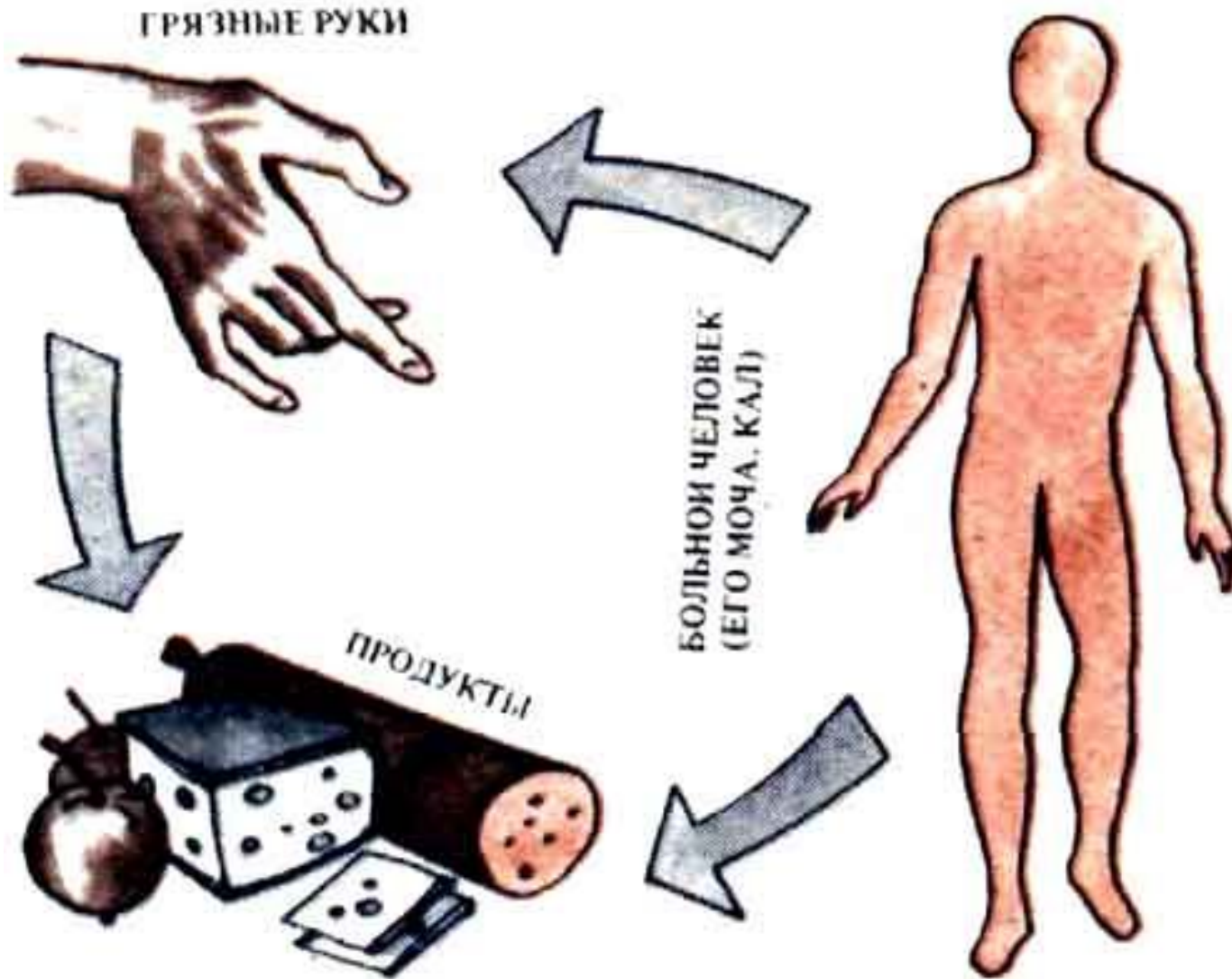
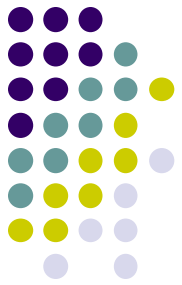


С. Боткин



- 
- **Гепатит А** (ВГА) вызывается пикорнавирусом, содержащим РНК. Вирус является цитопатогенным, вызывает деструкцию печеночных клеток.
 - Вирус гепатита А (HAV) устойчив во внешней среде (в воде 3-10 мес.), чувствителен к действию стандартных растворов хлорамина, формалина и ультрафиолетовому облучению, мгновенно погибает при кипячении.
 - **Источником инфекции** является больной человек. Особенно опасны больные с бессимптомной и стертой формами болезни.
 - Основной путь передачи - фекально-оральный.
 - Наиболее восприимчивый коллектив - люди молодого возраста до 35 лет. На долю детей приходится более 60%, и чаще болеют дети 3--7 лет.

Механизм передачи вирусов гепатита А





Патогенез гепатита А.

- Вирус внедряется в организм через слизистую оболочку ЖКТ.
- Он размножается в эндотелии тонкой кишки, мезентериальных лимфоузлах.
- Затем, вирус проникает в печень.
 - Там он проникает в клетки ретикулогистиоцитарной системы (клетки Купфера), гепатоциты и повреждает их.
 - В гепатоцитах происходит репликация вируса, что приводит к нарушению метаболических процессов в клетке и в мембранах.
 - Формируются участки некроза, но они обычно небольшого размера (фокальный, пятнистый, реже - зональный некроз).
- Потом вирус поступает с желчью в кишечник и выделяется с испражнениями больного.
- Элиминации вируса из организма способствует разрушение инфицированных гепатоцитов натуральными киллерами и антителами анти-HAV.
Чем сильнее иммунная реакция организма, тем больше клеток разрушается, и тем сильнее желтуха.



- **Иммунитет** после перенесенного гепатита А стойкий, пожизненный.
- Характерны сезонные (осень-зима) подъемы и периодичность заболевания.
- **Инкубационный период:** минимальный — 7 дней, максимальный — 50 дней, чаще от 15 до 30 дней.
- **Начальный (преджелтушный) период.**
Продолжительность начального периода 4—7 дней.

Классификация гепатита А.

- **Инкубационный период** - от 7 до 50 дней (чаще 15 - 30 дней).
Начальный (преджелтушный) период гепатита А.
- Продолжительность 4 - 7 дней.

Гриппоподобный вариант:

- резкое повышение температуры до 38 - 39°C, которая держится на этом уровне 2 - 3 дня,
- головная боль
- ломота в мышцах и суставах,
- иногда небольшой насморк, боль в горле.

● **Диспепсический вариант:**

- снижение аппетита,
- боли и тяжесть в правом подреберье,
- тошнота и рвота,
- учащение стула до 2 - 5 раз/сутки.



- **Астеновегетативный вариант:**

- слабость,
- раздражительность,
- сонливость,
- головная боль и головокружение.

- **Смешанный вариант.**

- за два дня до появления желтушности склер и кожных покровов моча приобретает темный цвет, а испражнения становятся ипохоличными.

**Чем тяжелее протекает
начальный период, тем тяжелее
будет течение гепатита.**



Классификация

По степени выраженности клинических проявлений:

1. субклиническая;
2. стертая;
3. безжелтушная;
4. желтушная.

По длительности течения:

1. острая;
2. затяжная.

По степени тяжести:

1. легкая;
2. среднетяжелая;
3. тяжелая


Клиника

Желтушный период гепатита А

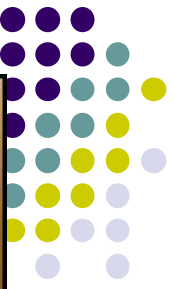
- Клиническая картина желтушность склер и слизистых ротоглотки, кожи (при легкой степени тяжести исчезает через 2 - 3 нед., при средней - через 3 - 4 нед, при тяжелой - более 4 нед),
- цвет мочи - темный, цвет кала - бесцветный,
- температура тела обычно нормальная,
- увеличение, уплотнение, повышение чувствительности края печени, положительный симптом Ортнера,
- у 15 - 30% больных пальпируется край селезенки,
- первый тон на верхушке ослаблен, пульс урежен.

- **Ортнера симптом (N. Ortner)** — боль при поколачивании внутренним краем кисти по правой реберной дуге; наблюдается при заболеваниях печени и желчных протоков.



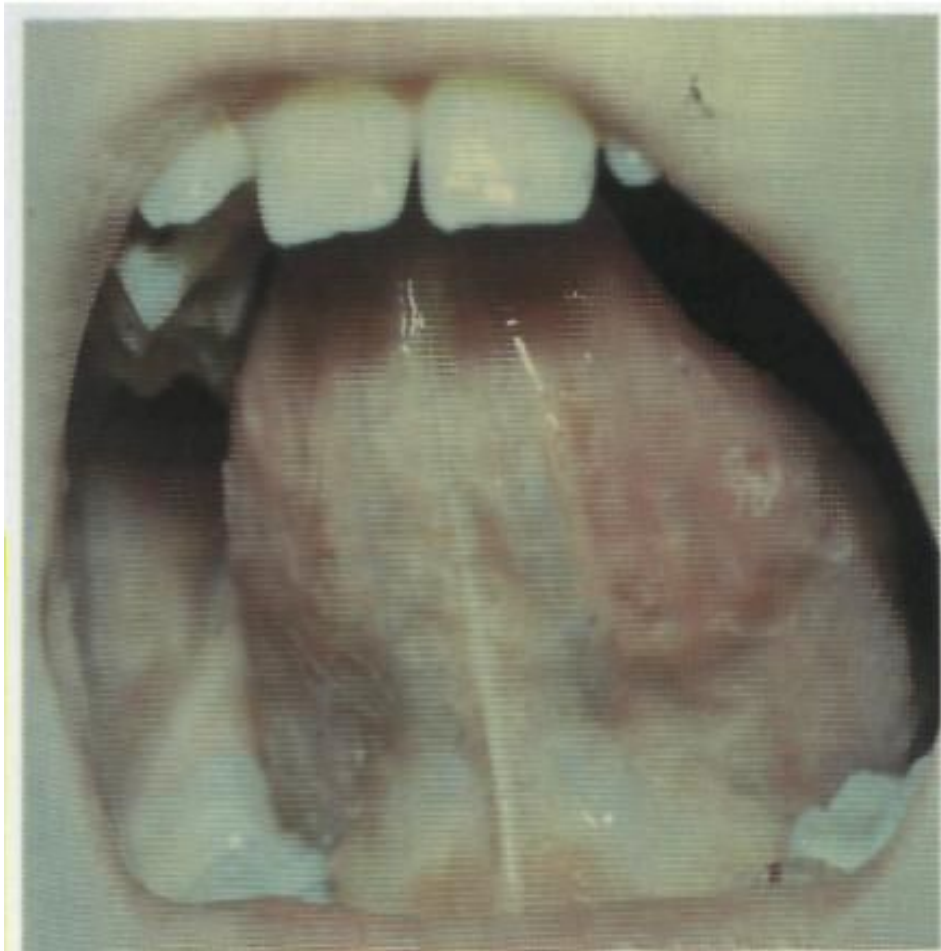
- 
- Характерно урежение пульса. Артериальное давление нормальное или несколько снижено.
 - В крови повышено содержание общего билирубина, главным образом за счет прямого (связанного), резко нарастает активность aminotransferases, особенно аланиновой aminotransferase (АлАТ), увеличены показатели тимоловой пробы, снижен протромбиновый индекс.
 - Характерны гематологические сдвиги: лейкопения, нейтропения, относительный лимфо- и моноцитоз, нормальная или замедленная СОЭ. При серологическом исследовании крови определяются анти-HAV IgM.



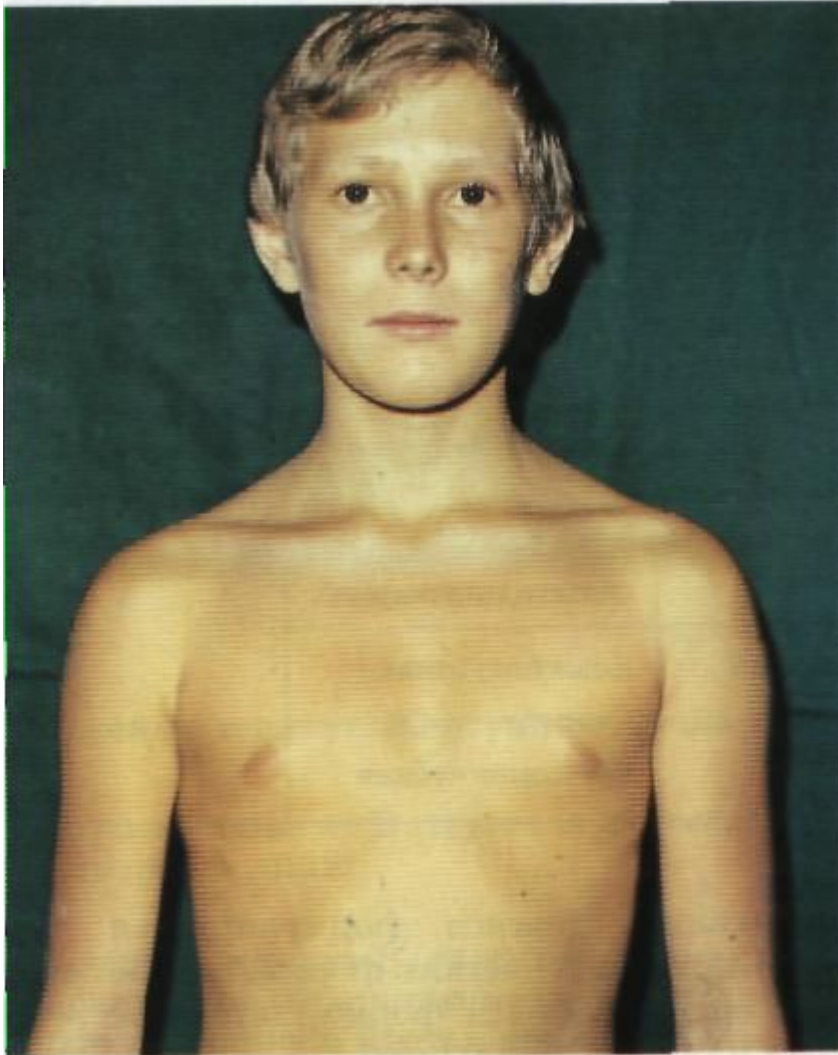


Желтуха видимых слизистых

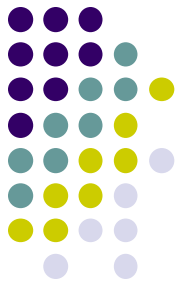




80
Вирусный гепатит.
Желтушность
слизистых оболочек
у корня языка.



81 Вирусный гепатит.
Желтушность кожи.





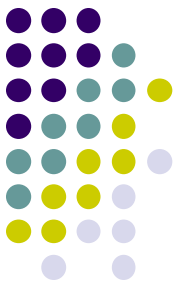
Фульминантное (молниеносное) течение гепатита А:

быстрое развитие печеночной энцефалопатии, на 3 - 4 день желтухи может развиваться кома, гемorragии в местах инъекций, носовые кровотечения, рвота "кофейной гущей", отеки голеней.

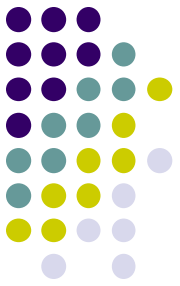
Может быть летальный исход.

- Циклическое течение гепатита А: чередование улучшения и ухудшения самочувствия и лабораторных показателей.
- Легкие формы гепатита А у взрослых - в 70 - 80% случаев, среднетяжелые - в 20 - 30% случаев, тяжелые - в 2 - 3% случаев, летальные исходы - редко.

- При циклическом течении болезни за периодом разгара следует фаза реконвалесценции, когда улучшается общее состояние, ослабевают признаки нарушения пигментного обмена, наступает «пигментный криз». Уменьшается желтушность кожи и слизистых оболочек, светлеет моча, испражнения приобретают обычную окраску, появляется четкая тенденция к нормализации биохимических показателей и прежде всего билирубина и протромбина.



Лабораторная диагностика



Специфическая лабораторная диагностика основана на:

- обнаружении специфических антител к основным антигенам вирусов и
- определении антигенов вирусов
- О степени поражения печени судят по результатам б/х исследований сыворотки крови – билирубин, АсАТ, АлАТ.

- **Изменение в анализе крови** повышено содержание общего билирубина, особенно, связанного - не более 100 мкмоль/л при легкой форме, от 100 до 200 мкмоль/л - при среднетяжелой, более 200 мкмоль/л - при тяжелой,
- повышено содержание аминотрансфераз, особенно АЛТ (при легкой степени тяжести нормализуется в течение 1 мес., при средней - через 1,5 мес., при тяжелой - уровень АЛТ повышен более 1,5 мес.),
- увеличена тимоловая проба,
- снижен протромбиновый индекс до 60% при легкой форме, от 50 до 60% - при среднетяжелой, менее 50% - при тяжелой,
- лейкопения, нейтропения, относительный лимфо- и моноцитоз, нормальная или замедленная СОЭ,
- при серологическом исследовании - антитела анти-HAV IgM.



Нормы биохимических показателей крови

- общий билирубин по Иендрашеку в норме 8,5-20,5 мкмоль/л
- аспартатаминотрансфераза (АсАТ) менее 20 Ед/л (**0,18-0,78 в ед. СИ**)

Клеточный фермент, участвующий в обмене аминокислот. АСТ содержится в тканях сердца, печени, почек, нервной ткани, скелетной мускулатуры и других органов. Благодаря высокому содержанию в тканях этих органов, анализ крови АСТ – необходимый метод диагностики заболеваний печени, миокарда и различных нарушений мускулатуры.

Повышенное содержание: при застойной желтухе, остром гепатите, циррозе, сердечном приступе, раке печени, гемолитической желтухе, травме.





- - аланинаминотрансфераза (АлАТ) менее 40 Ед/л (0,12-0,88 в ед. СИ)
- Фермент печени, участвующий в обмене аминокислот. Наряду с АСТ, в большом количестве содержится АЛТ в печени, почках, в сердечной мышце, скелетной мускулатуре. При разрушении клеток этих органов, вызванном различными патологическими процессами, происходит выделение АЛТ в кровь человека, а анализ покажет высокий АлАТ в крови. В здоровом организме содержание показателя АЛТ в крови незначительно.
- Повышенное содержание при болезнях печени или сердца: при застойной желтухе, хроническом гепатите, злокачественной опухоли печени, инфаркте миокарда, моноцитарной ангине. Сильно повышенная при остром гепатите.

ФАКТЫ О ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ



1

Механизм передачи инфекции – фекально-оральный

Источником инфекции является больной гепатитом А человек, который с фекалиями выделяет в окружающую среду миллиарды вирусов

2

Инкубационный период – от 7 до 50 дней

Заболевание в среднем длится около 40 дней. Это во многом зависит от возраста, состояния иммунитета, наличия сопутствующих хронических заболеваний, четкого выполнения рекомендаций врача

3

Основная профилактика -

– соблюдать правила личной гигиены, для питьевых целей использовать кипяченую или бутилированную воду, а также ВАКЦИНАЦИЯ.

Симптомы

Желтуха



Слабость Рвота



38-39°C



Пути передачи



Контакты между людьми



Пища и вода



Бытовой путь



- **Диагноз** : Острый вирусный гепатит «А», желтушный вариант, среднетяжелая форма.

Диагноз поставлен на основании:

1) **жалоб**: На момент осмотра больная предъявляет жалобы на общую слабость, вялость, тяжесть в правом подреберье, изредка головную боль, головокружение, желтушность склер.

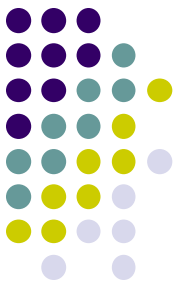
2) **анамнеза**: Женщина считает себя больной с 26.09., когда поднялась температура до 38°C , появилась слабость, головная боль, головокружение. С 29.09. (3 день болезни) больная отмечает изменение окраски мочи и стула. Появилась тошнота, снижение аппетита, рвоты не было. Температура в этот период $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$.

Длительность продромального периода - 5 дней. Тип продромального периода-гриппоподобный, с присоединением явлений обменного токсикоза. К врачу не обращалась. 01.10. (5 день болезни) появилась иктеричность склер и кожи. Доставлена машиной «СП» в РИБ 01.10. в 21.30 (5 день болезни, 1 день желтухи) с диагнозом: Вирусный гепатит. Температура при поступлении $36,8^{\circ}\text{C}$.

3) **данных объективного исследования**: краевая субиктеричность склер, при пальпации печень на 1,5 см от края реберной дуги.



Гепатит Е - по клиническому течению подобен гепатиту А, обычно имеет доброкачественное течение, но у беременных характеризуется тяжелым течением с развитием печеночной энцефалопатии и высокой летальностью



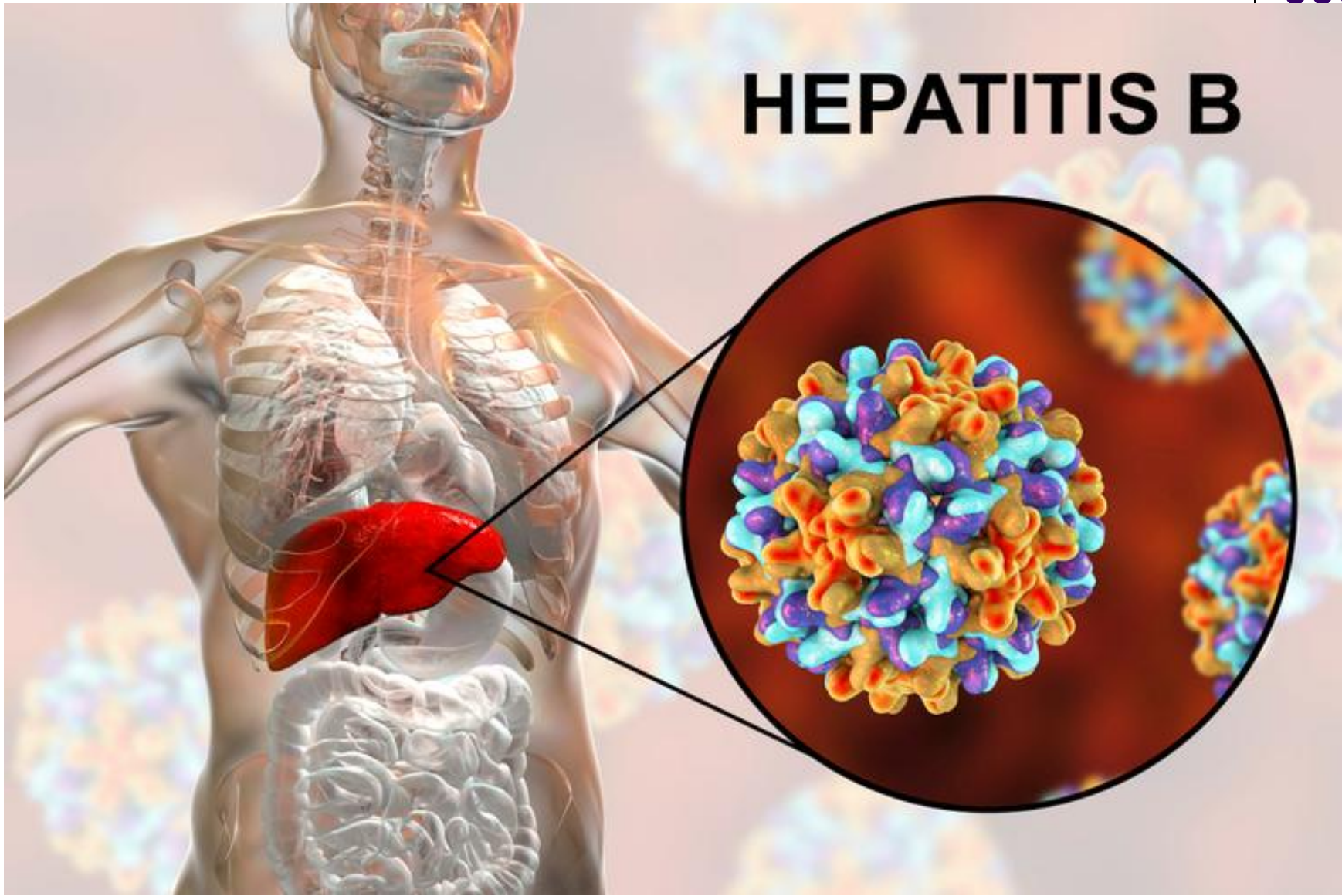
- вызывается РНК-содержащим вирусом (HEV), относящимся к семейству калицивирусов. Установлено существование двух типов вируса. HEV оказывает цитопатическое действие на гепатоциты. В поражении печени участвуют также иммунные механизмы.
- Источник инфекции - больной человек.
- Основной путь передачи - фекально-оральный.
- Восприимчивый коллектив - основная доля приходится на людей в возрасте от 15 до 40 лет.
- Сезонность - осенне-зимняя.

Наиболее опасен вирусный гепатит Е во II и III триместрах беременности. При этом течение желтушного периода скоротечно, он быстро переходит в острую печёночную энцефалопатию. Фазы острой печёночной энцефалопатии быстро сменяют друг друга, и больные впадают в глубокую кому. Сильно выражен геморрагический синдром. Смерть плода наступает до рождения. В этой категории больных летальность колеблется в пределах 10-20%, а в некоторых случаях может достигать 40-50%

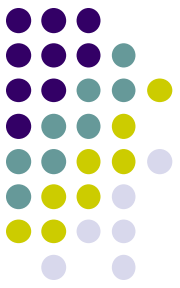




HEPATITIS B



- **Гепатит В** – характеризуется острым или хроническим течением и симптомами поражения печени с нарушением обменных процессов и развитием желтухи
- Гепатит В - вызывается ДНК-содержащим авирусом (HBV).
- Вирус не оказывает прямого цитопатического действия на гепатоциты, а вызывает различные иммунные реакции.
- Вирус высокоустойчив к действию высокой и низкой температур, выдерживает кипячение в течение 10 минут, устойчив к действию многих химических веществ и ультрафиолетовому облучению.

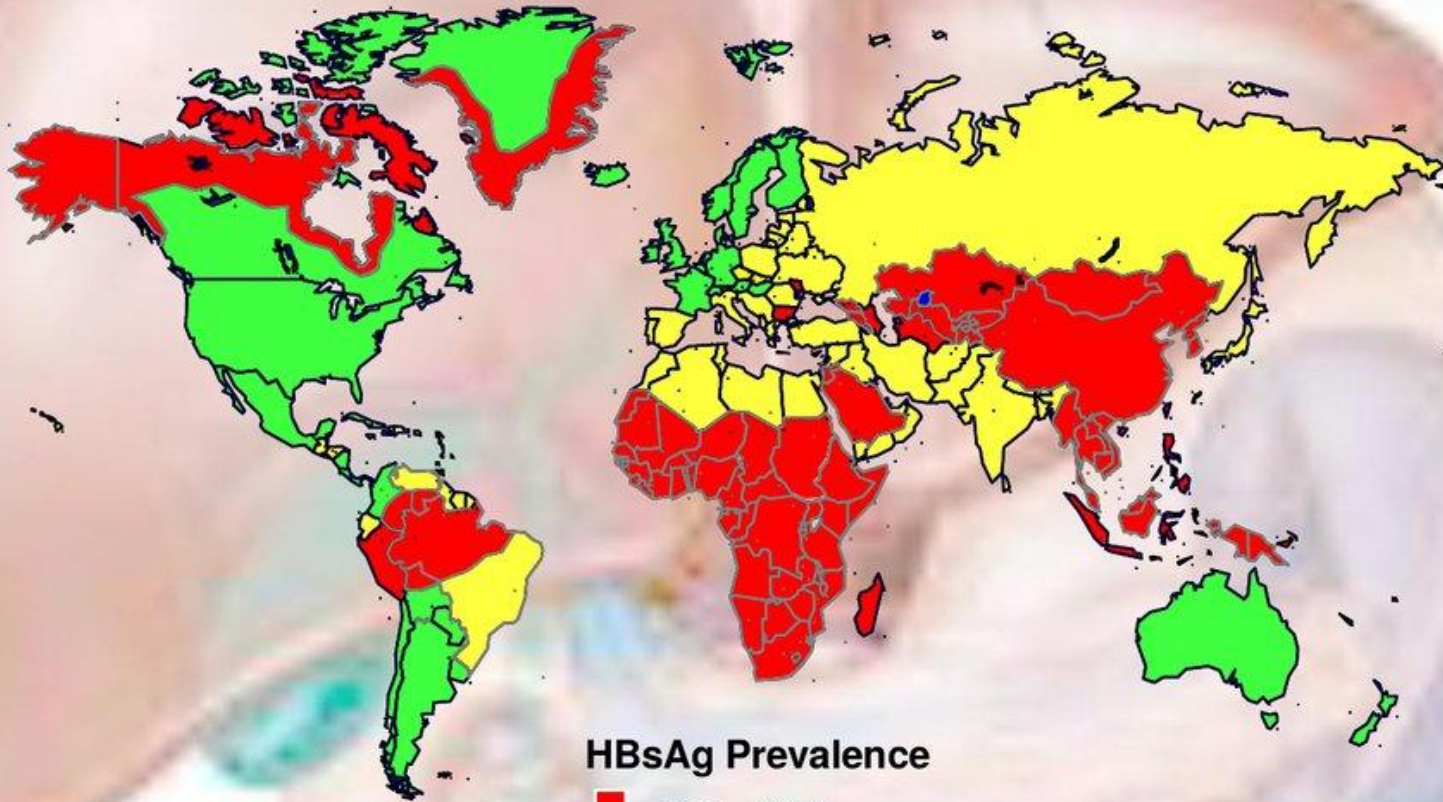


Исторические сведения

Длительное время ВГВ называли сывороточным, парентеральным, ятрогенным, посттрансфузионным, шприцевым. Это подчёркивало парентеральный путь передачи возбудителя через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки .

В 1963 году американский учёный Б. Бламберг впервые выделил из крови австралийских аборигенов особый «австралийский Аг», который впоследствии считали маркёром сывороточного гепатита. Позднее Д. Дейн в 1970 году впервые выделил новый вирус гепатита, тем самым обосновав существование новой нозологической формы- ВГВ.

Распространенность ВГВ



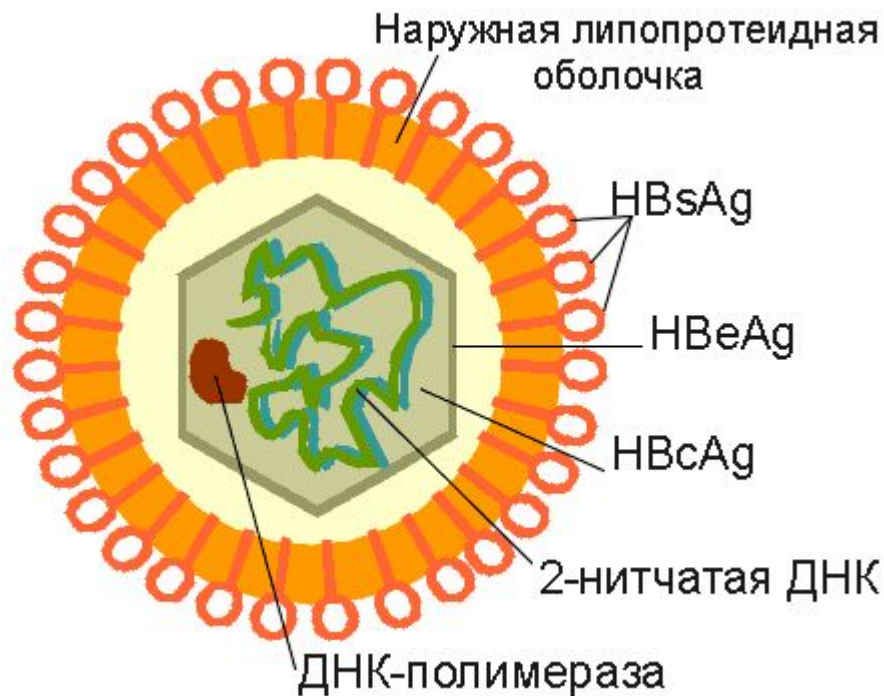
HBsAg Prevalence

- $\geq 8\%$ - High
- 2-7% - Intermediate
- $< 2\%$ - Low

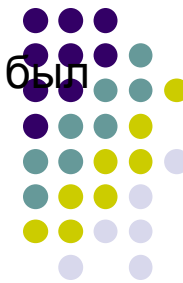
- **Источники инфекции:** больные острым и хроническим гепатитом В, носители HBsAg.
- Основные пути передачи: парентеральный, половой и трансплацентарный.
- Восприимчивость к гепатиту В высокая (90 %) от детей до стариков.
- В результате перенесенного гепатита В формируется стойкий пожизненный **иммунитет**.
- Сезонные колебания заболеваемости не характерны.

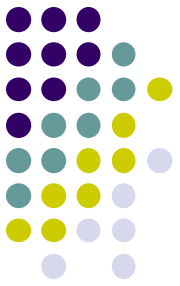


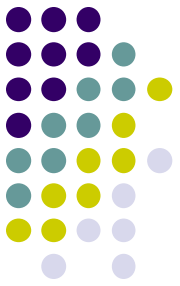
- Структура вируса включает четыре антигена, из которых три -- основные:
- 1) HBcAg - сердцевидный, ядерный;
- 2) HBeAg - антиген инфекционности;
- 3) HBsAg - поверхностный антиген, образующий наружную оболочку



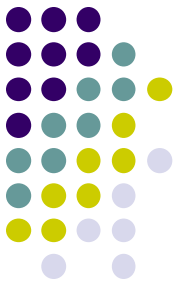
- HBsAg - поверхностный антиген наружной оболочки ВГВ. Ранее HBsAg был известен как "австралийский антиген". HBsAg обладает повышенной устойчивостью к физико-химическим воздействиям.
- выявление HBsAg в сыворотке крови является признаком инфицированности человека вирусом гепатита В, подтверждает диагноз острого, хронического гепатита В или носительства.
- Выявление anti-HBsAg указывает на развитие иммунитета, выздоровление. Anti-HBs - длительно обнаруживается после вакцинации против вируса гепатита В.
- Антиген "е" гепатита В (HBeAg) появляется в сыворотке крови в преджелтушный период. Его обнаружение указывает на размножение вирусных частиц и свидетельствует об активном процессе.
- выявление HBeAg через 2 и более месяцев после начала заболевания служит признаком развития хронического гепатита.
- HBcAg выявляется в ядрах пораженных гепатоцитов гистохимическими методами при биопсии печени. В сыворотке, плазме крови HBcAg в свободном виде не определяется.











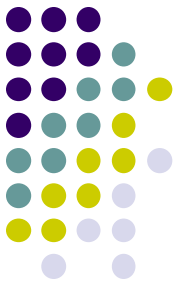
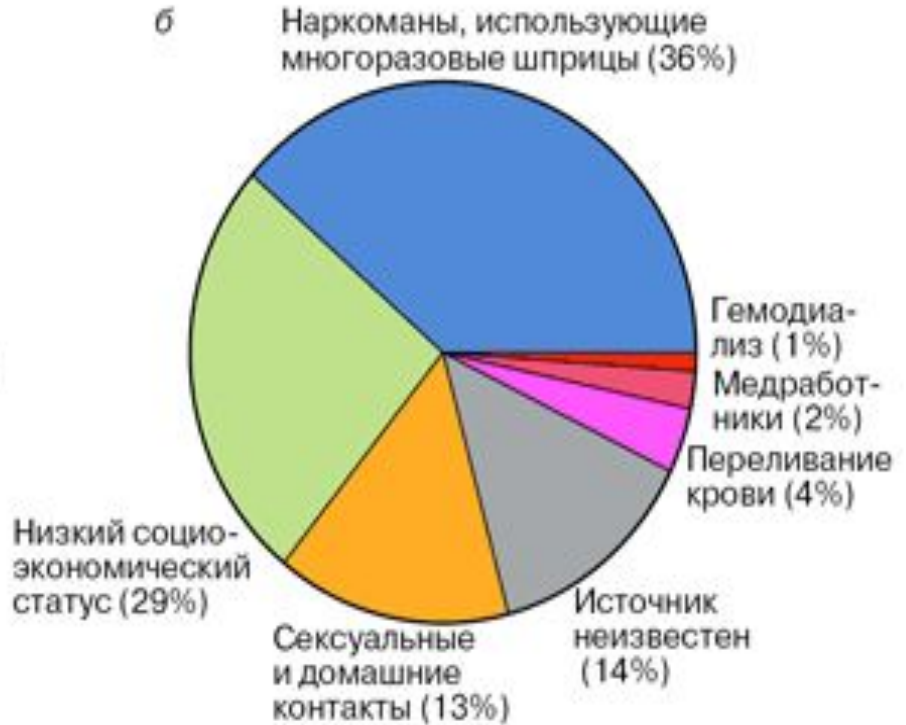
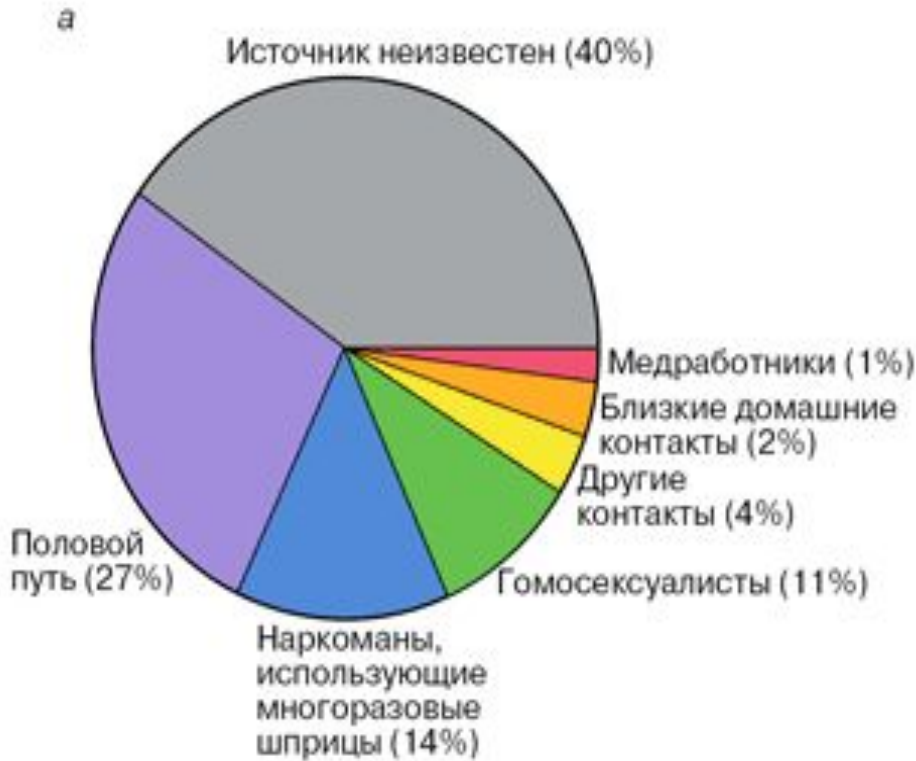
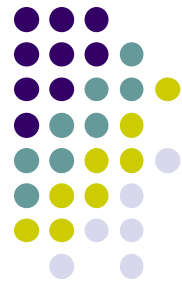
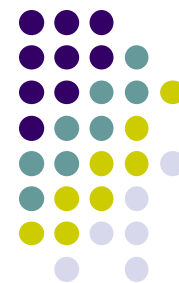


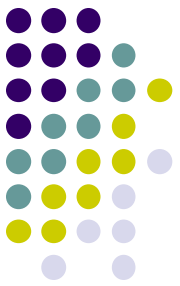
Рис. а – значение различных путей передачи инфекции вируса гепатита В и принадлежности к группам риска;
б – значение различных путей передачи инфекции вируса гепатита С
и принадлежности к группам риска



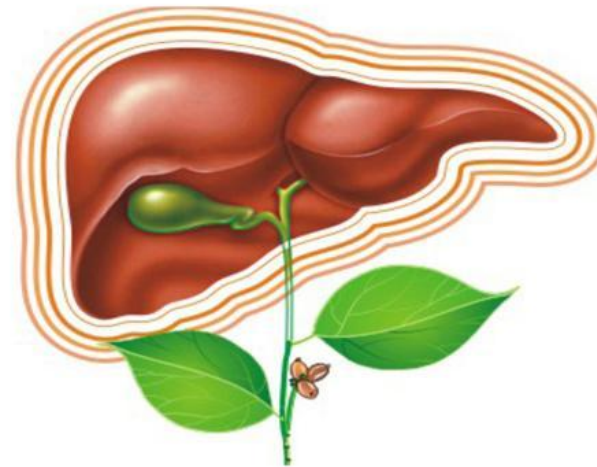
Группы повышенного риска заражения ВГВ

- Реципиенты крови и ее препаратов
- Пациенты, которым проводят множественные процедуры, сопровождающиеся нарушением целостности кожи и слизистых
- Медицинские работники
- Члены семьи лиц, инфицированного ВГВ
- Инъекционные наркоманы
- Дети, рожденные от матерей, инфицированных ВГВ

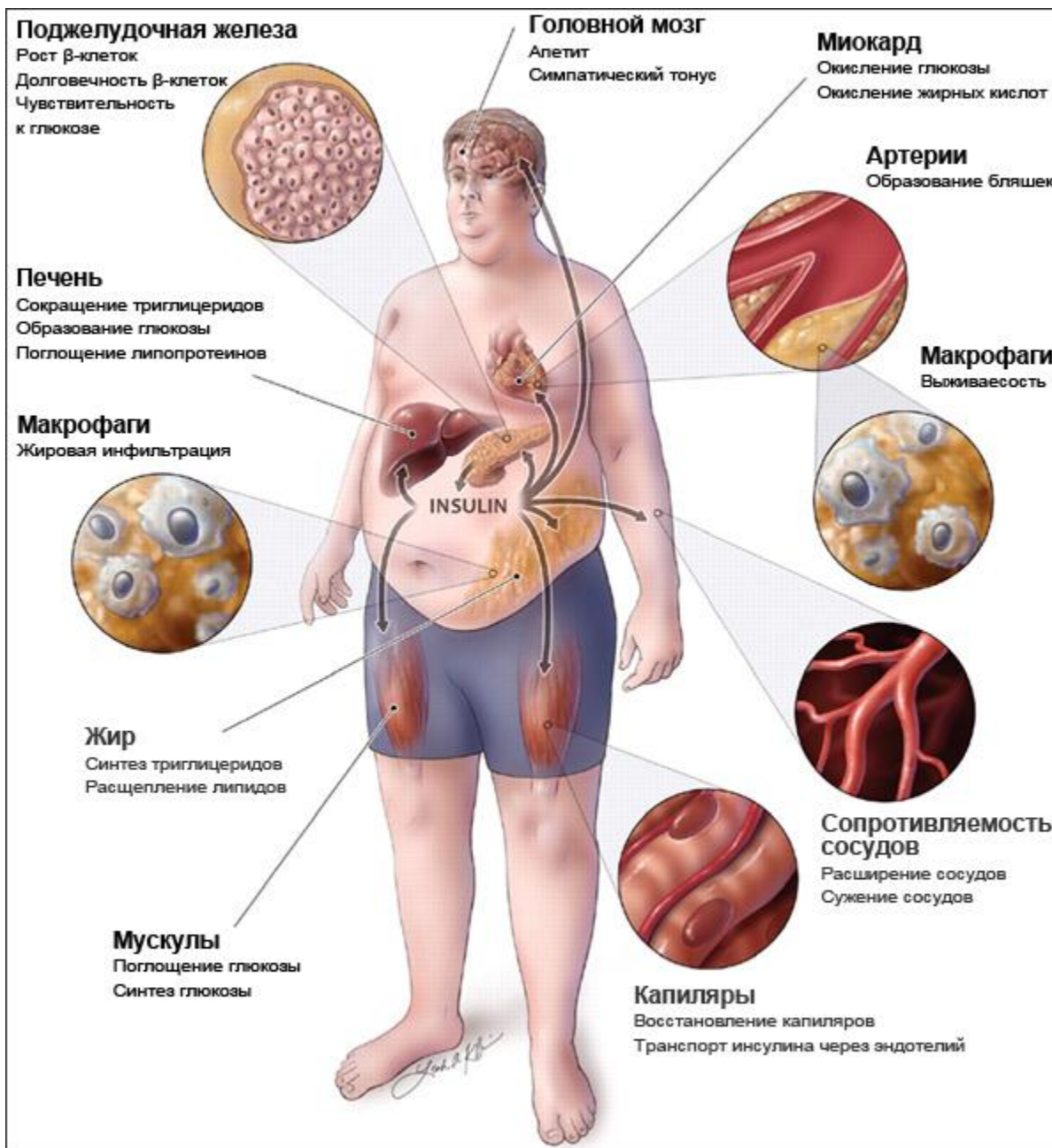




- По данным других исследователей на один "желтушный" случай острого гепатита В приходится от 5 до 10 случаев заболеваний, которые как правило не попадают в поле зрения врачей. Между тем представители всех трех групп потенциально заразны для окружающих.







Классификация

- **Различают следующие варианты клинического течения острого вирусного гепатита В:**

1. Острый ГВ

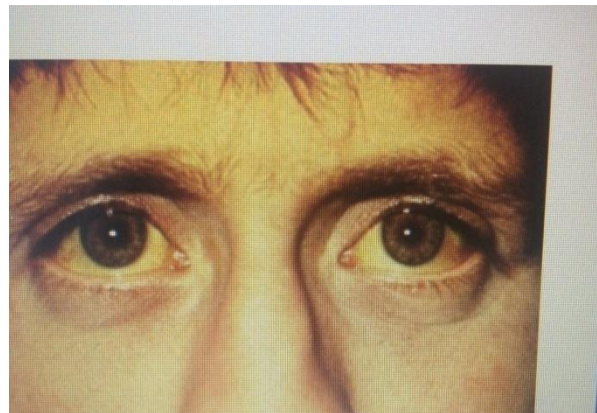
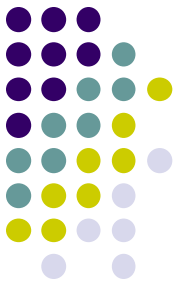
- бессимптомная форма,
- субклиническая форма,
- желтушная форма.

2. Острый ГВ с холестатическим синдромом.

3. Молниеносный (фульминантный) гепатит.



- **Инкубационный период – 30 – 180 дней**
- **Начальный период – 2-4 недели**
- **Варианты начального периода:**
 - диспептический
 - артралгический
 - астеновегетативный
 - гриппоподобный
 - смешанный (в 50-55% случаев)

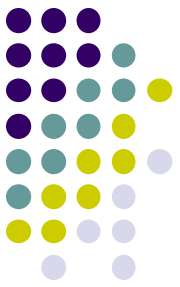


Клиника острого вирусного гепатита В (ОВГВ)



Преджелтушный период: 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.

Желтушный период продолжается от 10-14 до 30-40 дней. Желтушное окрашивание сначала появляется на слизистых оболочках, затем на коже.



Симптомы интоксикации после появления желтухи обычно усиливаются. Печень и селезёнка (в 30-50% случаев) увеличиваются.

Появляется брадикардия, снижение АД, ослабление сердечных тонов.

При тяжелых формах развиваются угнетение ЦНС различной степени выраженности, диспепсический, геморрагический синдромы. Отдельно выделяют злокачественную фульминантную форму, обусловленную массивным некрозом гепатоцитов с развитием ОПН.

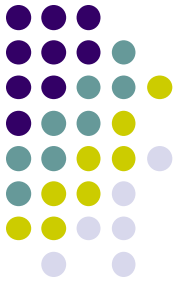
Период реконвалесценции начинается после исчезновения желтухи и заканчивается после полного клинико-лабораторного разрешения заболевания, что обычно происходит через 3 месяца после его начала.

Основные синдромы в патогенезе гепатита В



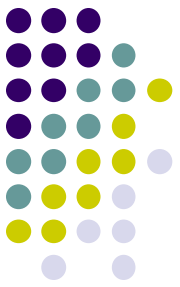
- **Синдром цитолиза** - обусловлен нарушением целостности гепатоцитов, характеризуется повышением уровня прямого билирубина и аланинаминотрансферазы в крови больного
- **Синдром холестаза** - нарушение образования и выделения желчи, характеризуется повышением уровня прямого билирубина и холестерина, щелочной фосфатазы в крови
- **Мезенхимально – воспалительный синдром** - связан с реакцией ретикулоэндотелиальной системы на антигенную стимуляцию, характеризуется увеличением скорости оседания эритроцитов, уровня гамма-глобулина и уменьшением сулемовой пробы в крови.

Типичные клинические проявления хронического гепатита В:



- гепатомегалия
- астеновегетативный синдром
- диспептический синдром
- геморрагический синдром
- синдром поражения ЦНС
- желтушность кожи

- **Гепатомегалия** - печень плотная, иногда болезненна
- **Астеновегетативный синдром** – умеренная лихорадка, повышенная потливость, утомляемость, головная боль;
- **Диспептический синдром** – чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, отрыжка, вздутие и боль в животе, непереносимость жирной пищи;
- **Геморрагический синдром** - носовые кровотечения, петехии, экхимозы, телеангиоэктазии (сосудистые «звездочки» диаметром 1-10мм.), пальмарная эритема ладоней;
- **Синдром поражения ЦНС** – раздражительность, нарушение сна, снижение памяти, головная боль, головокружение;
- **Желтушность** – постоянный симптом хронического гепатита В с переходом в цирроз.



Осложнения вирусного гепатита В



- Наиболее тяжёлое и серьёзное в плане прогноза осложнение - **острая печёночная энцефалопатия** (печёночная кома). Она развивается при массивном цитолизе гепатоцитов и характеризуется глубоким угнетением функции печени, прогрессирующей психоневрологической симптоматикой и выраженными геморрагическими проявлениями. В своём клиническом развитии острая печёночная энцефалопатия проходит три последовательных стадии.
- Кровотечения (носовые, маточные, кишечные)

ОПЭ I

Сознание сохранено

Возможна подавленность или эйфоричность.

Нарушения ритма сна, устрашающие сновидения.

Головная боль, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, чувство «провалов».

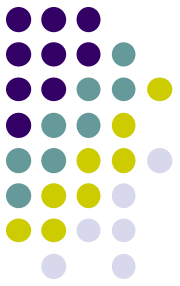
Снижение концентрации внимания.

Ошибки и быстрое истощение при выполнении простейших умственных заданий.

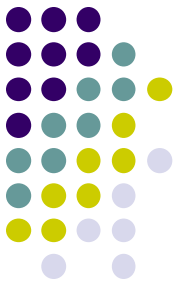
Стереотипность ответов.

Нарушение координации мелких движений (напр., изменение почерка).

Икота, зевота.



ОПЭ II



Спутанность сознания

Отсутствие адекватного восприятия места, времени,
собственной личности

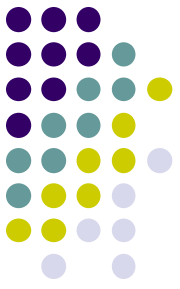
Сонливость, заторможенность, адинамия

Простые задания выполняются с трудом

Возможны судороги различных мышечных групп

Периодически психомоторное возбуждение, бред,
галлюцинации

Агрессивность



ОПЭ III

Сопор, неглубокая кома

Сознание отсутствует, однако возможно пробуждение при
воздействии резких раздражителей

Сохранена реакция на боль

Зрачки обычно широкие

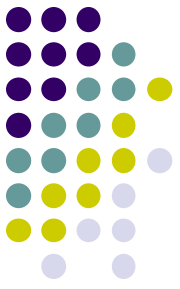
Определяется симптом «плавающих» глазных яблок

Патологические рефлексy

ОПЭ IV

Отсутствие рефлексов и реакций на любые раздражители

- При глубокой коме наступает арефлексия, утрачивается реакция на любые раздражители.
- Больные погибают при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности.

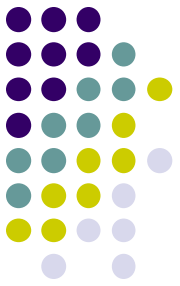
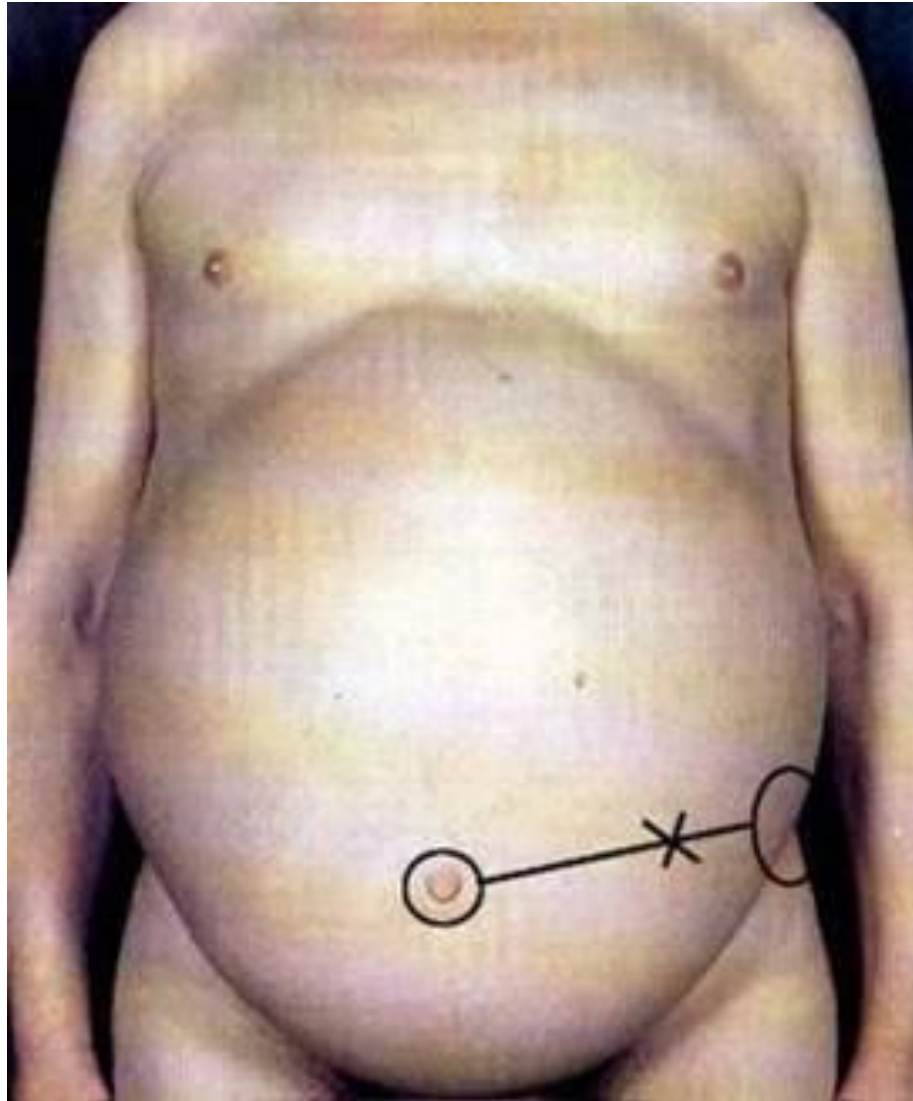


- Тяжёлое фульминантное (молниеносное) течение вирусного гепатита В чаще отмечают у пациентов молодого возраста, особенно при микст-инфекции (сочетании вирусного гепатита В + вирусного гепатита D или вирусного гепатита В + вирусного гепатита С). Характерно быстрое и раннее развитие острой печёночной энцефалопатии с высоким процентом (до 90%) летальных исходов.

ВГВ



Асцит





90
Вирусный гепатит В.
Яркое желтушное
прокрашивание
ладоней при
печеночной коме.





87
Вирусный гепатит В.
Печеночная кома.
Рвота «кофейной
гущей».

Пальмарная эритема



Телеангиозектазии



Расширение подкожных вен при циррозе

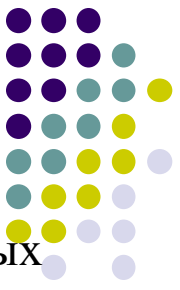




Симптомы гепатита В

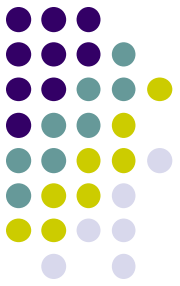
Острая форма гепатита В	Хроническая форма гепатита В
<p>Болезнь начинается с повышения температуры, головной боли, общего недомогания, ломоты в теле. Симптомы болезни возникают постепенно и на первой стадии схожи с проявлениями ОРЗ. Через несколько дней снижается аппетит, появляются желтуха, боли в правом подреберье, тошнота, рвота, темнеет моча, обесцвечивается кал.</p>	<p>Для хронического гепатита В характерно увеличение печени, боли или чувство тяжести в правом подреберье, разнообразные диспепсические явления; реже выявляются желтуха, кожный зуд, субфебрильная температура. Больные жалуются на снижение аппетита, отрыжку, тошноту, метеоризм, неустойчивый стул, общую слабость, потливость, снижение трудоспособности.</p>





Острый вирусный гепатит В диагностируют на основании:

- данных эпидемиологического анамнеза (различные парентеральные вмешательства и манипуляции, включая внутривенное введение психоактивных препаратов, переливание крови или ее компонентов, операции, нанесение татуировок, пирсинг и т. д.; случайные половые контакты или частая смена половых партнеров, тесный контакт с носителями HBs-антигена) в течение последних 6 мес до появления симптомов заболевания
- клинических проявлений (постепенное начало болезни; наличие преджелтушного периода продолжительностью от 1 до 4–5 нед, сопровождающегося снижением аппетита, тошнотой, иногда рвотой, слабостью, повышенной утомляемостью, чувством тяжести в правом подреберье, артралгиями, экзантемой типа крапивницы, кратковременным повышением температуры тела, ухудшение самочувствия на фоне появившейся желтухи; увеличение размеров печени)
- лабораторных данных – повышение уровня аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) больше 10 норм, общего билирубина за счет связанной фракции при желтушном варианте заболевания, обнаружение серологических маркёров острой HBV-инфекции (HBsAg, анти-HBcore IgM) в сыворотке крови

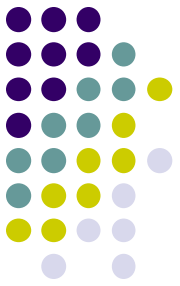


Вирусный гепатит D



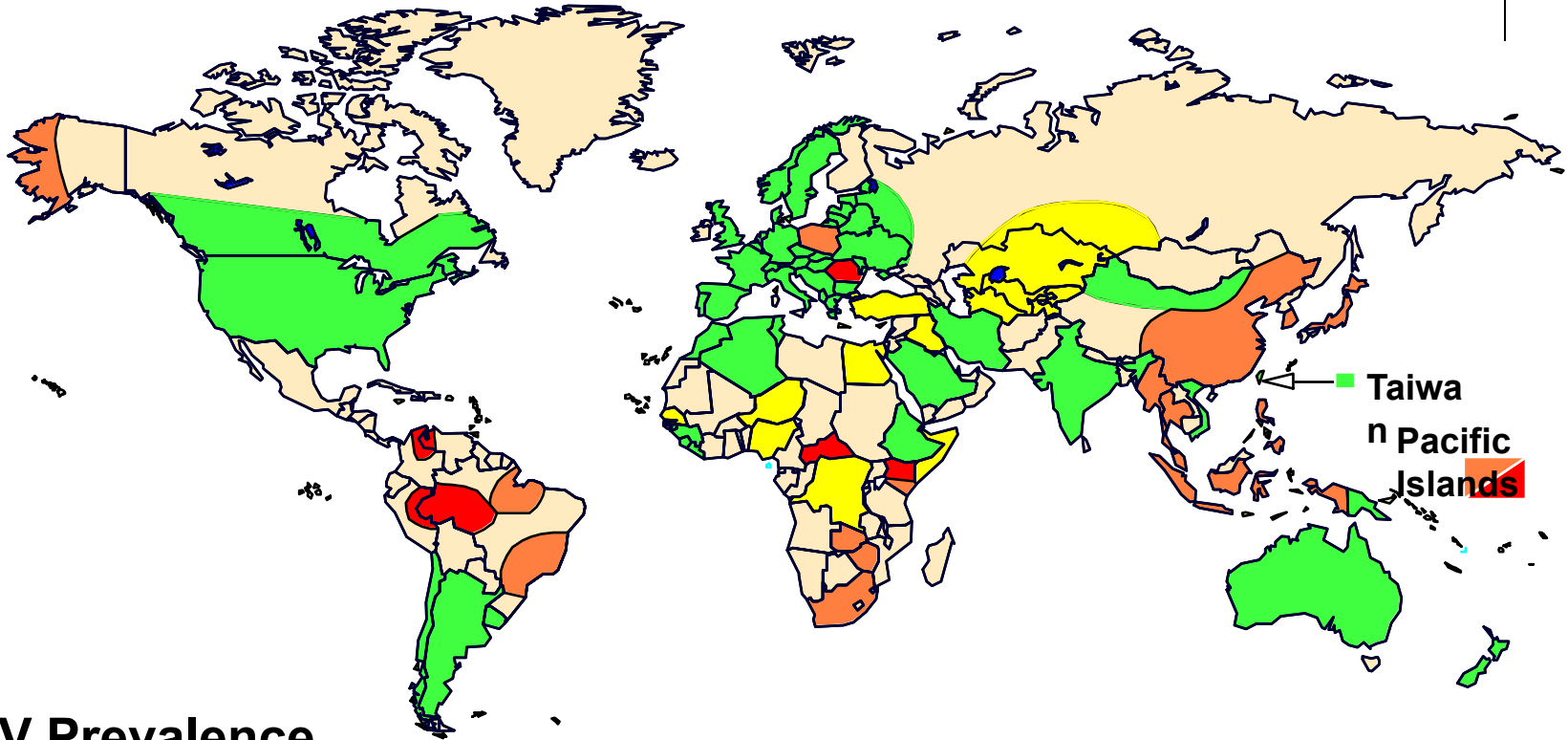
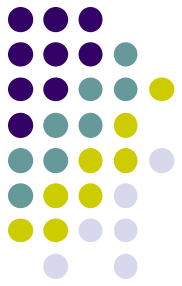
Hepatitis B's little brother

Определение



- **Вирусный гепатит D – острая или хроническая вирусная инфекция из условной группы трансфузионных гепатитов, характеризующаяся поражением печени и протекающая в виде **коинфекции** или **суперинфекции** на фоне ВГВ. Синоним – дельта-гепатит.**

Geographic Distribution of HDV Infection



Taiwa
Pacific Islands

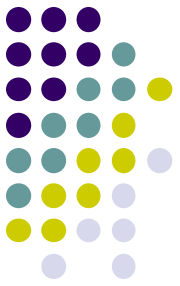
HDV Prevalence

- High
- Intermediate
- Low
- Very Low
- No Data

Вирусный гепатит D

- вызывается РНК-содержащим вирусом (HDV). Этот мелкий вирус не имеет собственной оболочки и использует оболочку вируса гепатита В, его поверхностных антиген. Он не принадлежит ни к одному из известных семейств вирусов. HDV оказывает цитопатическое действие на гепатоциты.
- HDV способен к репликации только в присутствии HBV, подавляя его активность и способствуя его элиминации, поэтому HDV-инфекция всегда протекает вместе с HBV-инфекцией.
- HDV стоек к нагреванию, к действию кислот, но инактивируется щелочами и протеазами.
- Источники инфекции: больные острым и хроническим гепатитом D + В, носители HDV.
- Основные пути передачи: парентеральный, половой и трансплацентарный.
- Восприимчивы -- носители HBV (здоровые носители HBsAg и больные хроническим гепатитом В).
- Сезонность не характерна.



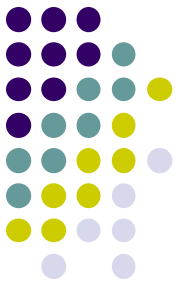


История вопроса



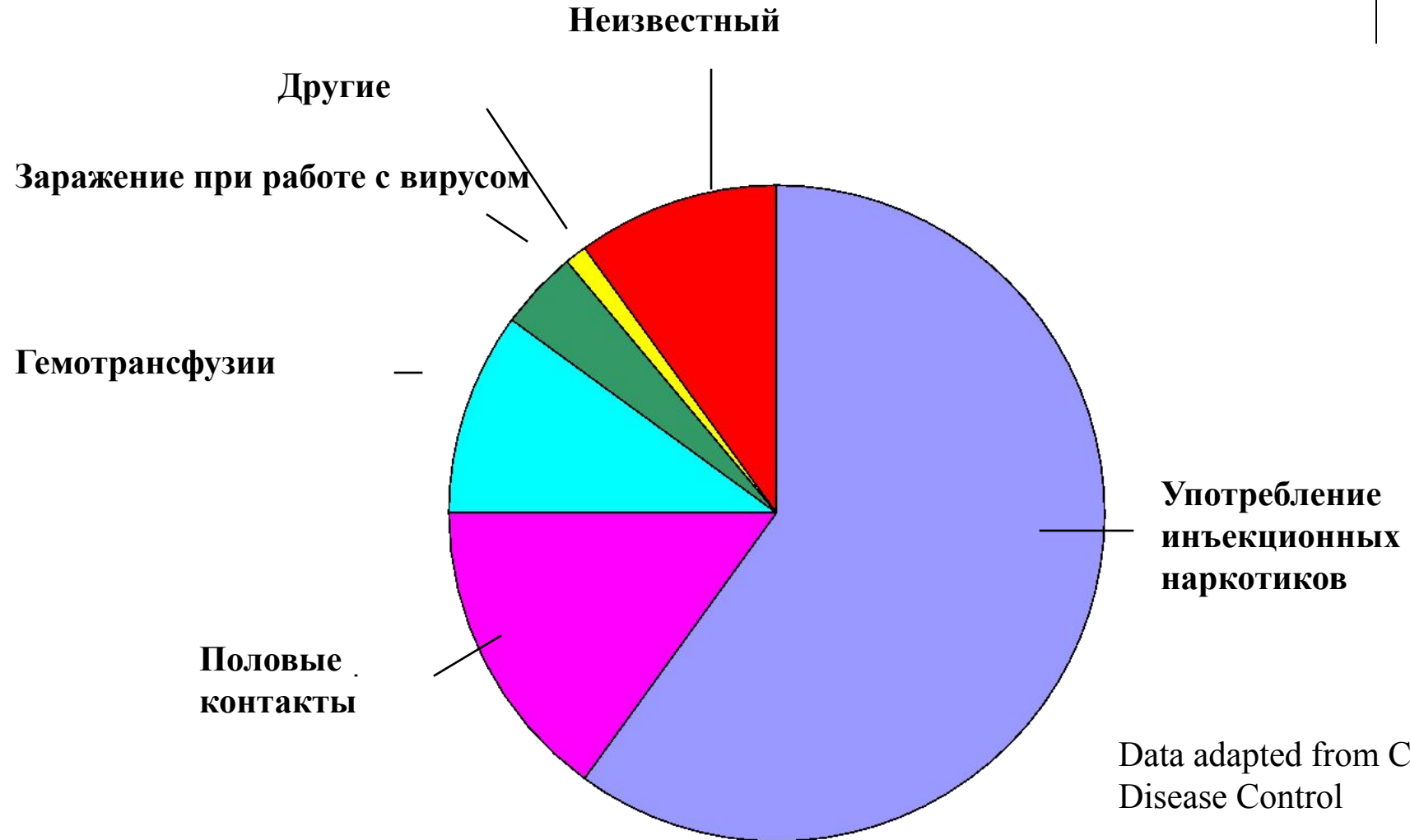
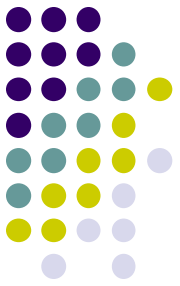
- До 1989 года обнаруживалось большое число посттрансфузионных гепатитов с отрицательными маркерами ВГА и ВГВ, что породило их название «гепатит ни А, ни В»
- Вирус гепатита С, открытый в 1989 году является этиологическим фактором большей части случаев гепатита ни А, ни В с парентеральным механизмом передачи.
- Антитела к вирусу гепатита С (anti-HCV) обнаружены более чем у 90% больных посттрансфузионным гепатитом ни А, ни В, а также у большинства больных спорадическим гепатитом ни А, ни В (без явных факторов риска заражения).
- Процент случаев гепатита ни А, ни В с отсутствием anti-HCV крайне низок, и в его развитии предполагается этиологическая роль других (в настоящее время, как минимум, еще двух) вирусов.

Определение

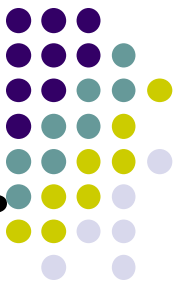


- **Вирусный гепатит С (ВГС) – антропонозная вирусная инфекция из условной группы трансфузионных гепатитов, характеризующаяся поражением печени, безжелтушным, легким и среднетяжелым течением в острой фазе и частой склонностью к хронизации, развитию циррозов печени первичных гепатокарцином.**

Пути распространения ВГС



Data adapted from Centers for Disease Control

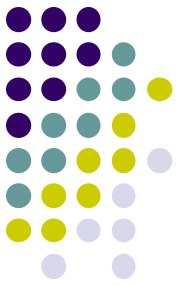


- **Гепатит С** -- вызывается РНК-содержащим вирусом из семейства флавивирусов и имеет семь различных генотипов.
- Вирус гепатита С (НСV) обладает прямым цитопатическим действием и вызывает иммунопатологические реакции.
- Менее устойчив к воздействию физико-химических средств, по сравнению с вирусом гепатита В. При кипячении сохраняется в течение двух минут.
- Источники инфекции, пути передачи и восприимчивый коллектив не отличаются от таковых при гепатите В.
- Сезонные колебания заболеваемости также не характерны.



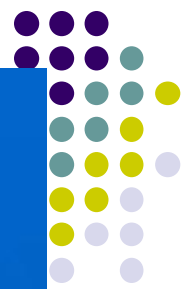
- Среди хронических заболеваний печени преобладает гепатит С.
- Его характерная особенность состоит в том, что только 20% больных выздоравливают после острой фазы, а у 80% развивается хроническая форма. Наиболее благоприятным его вариантом является медленная прогрессия: гепатит длится 25—30 лет и заканчивается циррозом печени. У 25—30% пациентов отмечается быстрая прогрессия: они проходят путь до цирроза с смертельным исходом в 2 раза быстрее — всего за 10—15 лет.

Заразиться гепатитом С может в любой момент может каждый из нас.



Например, во время проведения тату-фестиваля уровень инфицирования людей составляет около 20%.

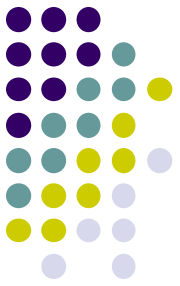
- Среди заболевших преобладают молодые люди до 30 лет, многие из них не доживают до зрелого возраста. Большинство пациентов, несмотря на прогрессирующий гепатит, долго не чувствуют себя больными, а у 15% даже не изменяется биохимические показатели функции печени.



Для гепатита С характерны:



Клиника.



- Инкубационный период составляет от 2 до 26 недель (в среднем - 6-8 недель). В течении ГС выделяют:
 1. Острую
 2. Хроническую стадии болезни. (последняя включает две фазы: латентную и реактивации).

Клиника острого вирусного гепатита С (ОВГС)

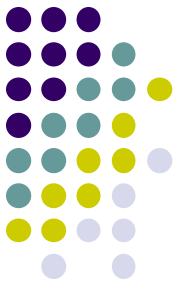


Продолжительность инкубационного периода - 20-90 дней. ОВГС обычно протекает легко, преимущественно в безжелтушной или субклинической форме. Диагностируют его относительно редко.

Наиболее частые симптомы – анорексия, тошнота, рвота, дискомфорт в правом подреберье, иногда желтуха.

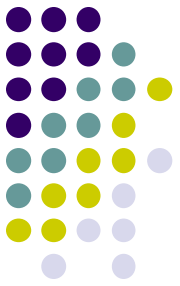
Риск хронизации – более чем у 80% больных.

Хроническая стадия



- Продолжительность **латентной фазы** составляет 10-20 лет. В этот период какие-либо объективные признаки хронического гепатита отсутствуют. В крови больных обнаруживают **IgG анти-НСV**, анти-НСV NS3, NS4, NS5 и периодически – **РНК ВГС**.
- **Фаза реактивации** обусловлена повышением репликативной активности ВГС.
- У больных определяются гепатоспленомегалия, желтуха, волнообразное 2-5-кратное повышение активности aminotransferases и в ряде случаев внепеченочные проявления. Течение фазы реактивации характеризуется повторными, умеренно выраженными изменениями клинико-биохимических показателей.
- В крови определяются **IgM и IgG анти-НСV**, анти-НСV NS3, NS4, NS5 и **РНК ВГС**.
- Так же как и ВГВ, вирус гепатита С имеет значение в формировании цирроза печени и возникновении гепатоцеллюлярной карциномы.

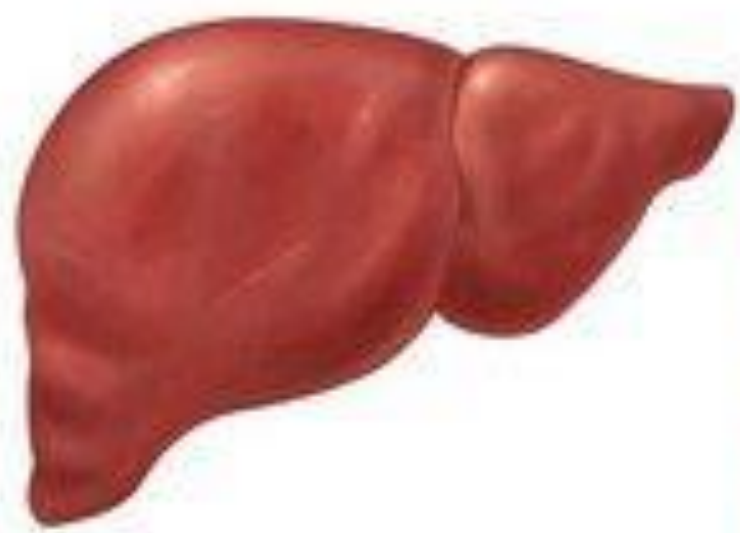
Диагностика



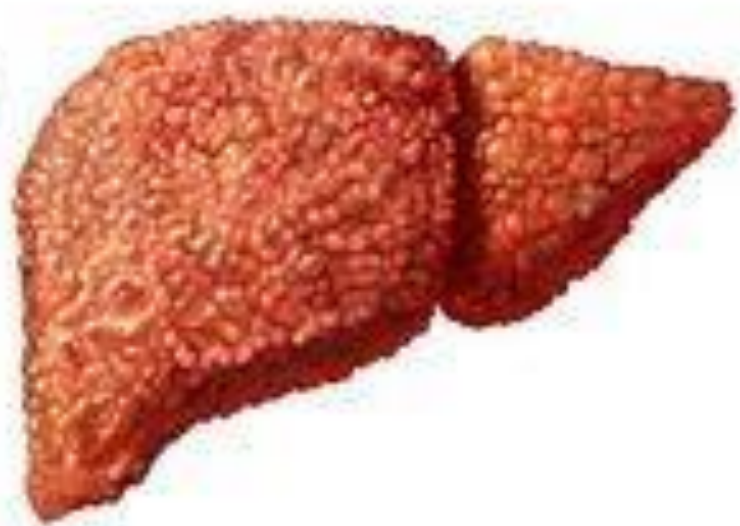
- **Данные эпиданамнеза**
- **Клиническая картина (малоинформативна)**
- **Лабораторные показатели**
- **Инструментальные методы**



Нормальная печень



Цирроз печени



1 октября - Всемирный день борьбы с вирусными гепатитами



Осложнения вирусного гепатита:



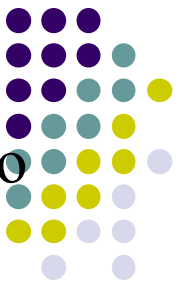
- массивный некроз печени (молниеносный гепатит, фульминантная форма вирусного гепатита) - чаще возникает при гепатите В, D и E, обычно первый признак - печеночная энцефалопатия, часто с развитием глубокой комы.
- отек головного мозга;
- желудочно-кишечные кровотечения, сепсис,
- дыхательная недостаточность, шок и ОПН .
- панкреатит, миокардит, атипичная пневмония, апластическая анемия, поперечный миелит и нейропатия.

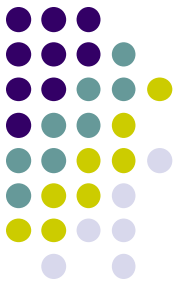
Гепатит F

Этот вид гепатита исследован пока недостаточно. Известно только, что болезнь вызывается двумя разными вирусами: один выделили из крови доноров, второй обнаружили в фекалиях больного, получившего гепатит после переливания крови. Признаки: появление желтухи, лихорадки, асцита (скопления жидкости в брюшной полости), увеличение размеров печени и селезенки, возрастание уровней билирубина и печеночных ферментов, возникновение изменений в моче и кале, а также общая интоксикация организма. Результативных методов терапии гепатита F пока не разработано

Гепатит G

Эта разновидность гепатита похожа на гепатит C, но не столь опасна, так как не способствует возникновению цирроза и рака печени. Цирроз может появиться только в случае коинфекции гепатитов G и C.





Thank you

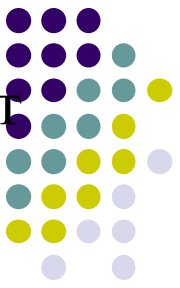


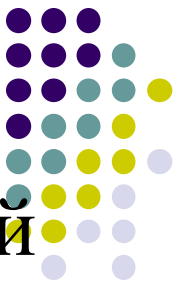


- **Методы лечения**
- В основе лечения больных с вирусными гепатитами лежит принцип сдержанности терапии, который предполагает ограждение больной печени от дополнительных энергетических затрат, а также защиту от медикаментов с сомнительной или недоказанной эффективностью.
- Больным назначают базисную терапию:
 - 1) рациональный двигательный режим, соответствующий форме тяжести болезни;
 - 2) лечебное питание - стол 5 или 5а;
 - 3) медикаментозную терапию в соответствии с формой тяжести заболевания.

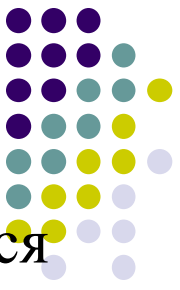
При легкой форме вирусного гепатита больным рекомендуют

- полупостельный режим, стол 5а и обильное питье (минеральные щелочные воды, компоты, соки, чай) с дезинтоксикационной целью и с целью удаления конъюгированного билирубина с мочой.
- Медикаментозная терапия ограничивается использованием желчегонных средств и холеспазмалитиков (но-шпа, платифиллин, папаверин), а также поливитаминов.
- Из желчегонных препаратов в острый период болезни нужно использовать только холекинетики (10--25%-ный раствор сернокислой магнезии, холосас, ксилит, сорбит).
- Следует отметить, что желчегонные средства целесообразно назначать после исчезновения внутрипеченочного холестаза. Об этом свидетельствует появление окрашенного стула.





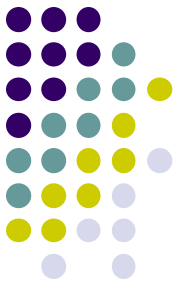
- *При среднетяжелой форме* больным назначают полупостельный или постельный режим, стол 5а, обильное питье и при наличии умеренно выраженных симптомов интоксикации или нарастании их - инфузионную терапию в течение 2-4-х дней.
- Внутривенно вводят 5-10%-ный раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин.
- Внутривенно назначают кокарбоксилазу, 5%-ный раствор аскорбиновой кислоты.



- **При тяжелой форме** больным назначают постельный режим, стол 5а, обильное питье и рекомендуется проведение инфузионной терапии: внутривенно вводятся 5--10%-ный раствор глюкозы, реополиглюкин, гемодез, 10%-ный раствор альбумина, одногруппная плазма. Показано назначение преднизолона из расчета 1--3 мг/кг веса в сутки коротким (3--7 дней) курсом.
- Используют гепатопротекторы (эссенциале, легалон, карсил, силибор и др.), десенсибилизирующие препараты (пипольфен, супрастин и др.).
- При гепатитах, вызванных НВV, НСV, НДV и НЦV, необходимо использовать препараты интерферона.

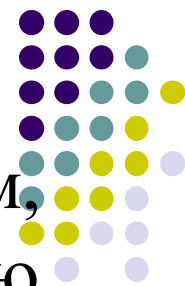


- **Противовирусные и иммуномодулирующие препараты:**
- 1. Аденинарабиназида (АРА-А) в разных дозах -- от 5 до 15 мг/кг веса в сутки и более - до 200 мг/кг веса в сутки.
- 2. Синтетические нуклеозиды (ингибиторы обратной транскриптазы):
 - - хивид (зальцитабин) - 2,25 г/сутки,
 - - зовиракс (ацикловир) - от 1,0 до 2,0 г/сутки,
 - - ЗТС (ламивудин) - 200 мг/сутки,
 - - ретровир (азидотимидин) - 600 мг/сутки.
- 3. Ингибиторы протеазы:
 - - инвертаза (саквинавир) - 2 г/сутки,
 - - криксиван (индинавир) - 2 г/сутки.
- 4. Интерфероны:
 - - роферон А,
 - - интрон А,
 - - нативный интерферон,
 - - виферон.



Особенности сестринского ухода при ВГВ.

1. Снизить активность пациента до уровня, который будет отвечать уровню его энергии. Обеспечить комфортность постельного режима.
2. Контролировать соблюдение пациентом диеты №5. Если у пациента отсутствует аппетит, то следует заменить три объемных приема пищи маленькими, но частыми.
3. Обеспечить употребление достаточного количества жидкости (не менее 2-х литров в день), чтобы избежать обезвоживания.
4. Контролировать зуд кожи. Применять бенадрил или хлор-трименол.



5. Измерять АД каждые 4 часа больным, получающим по тяжести состояния гормональную терапию: у этих больных может повышаться артериальное давление, развиваться желудочно-кишечное кровотечение за счет изъязвлений слизистой оболочки пищеварительного тракта.

6. Не использовать постоянно одну и ту же вену для венепункций, так как у пациентов часто выражен геморрагический синдром вследствие снижения свертываемости крови и повышения ломкости кровеносных сосудов.

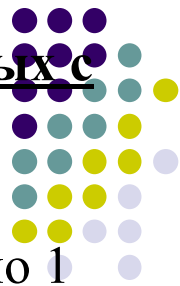


7. Знать признаки прекоматозного состояния: упорная рвота, расстройство сна (бессонница ночью и сонливость днем), странности в поведении, тахикардия, уменьшение печени в размерах, геморрагический синдром (носовые и другие кровотечения, петехиальная сыпь на коже), замедление мышления (замедление ответа на простые вопросы). Обнаружив какие-либо из указанных симптомов, медицинская сестра должна срочно вызвать врача для решения вопроса о переводе больного в палату интенсивной терапии.

8. Ежедневное сестринское обследование, выявление проблем пациента и решение их путём выполнения независимых сестринских вмешательств.

• Средства народной медицины, используемые в лечении больных с вирусными гепатитами

- Настой из шишек хмеля: 10 г шишек хмеля залить 1 стаканом кипятка. Настаивать в течение 7--8 часов, процедить. Принимать по 1 ст. л. 3 раза в день (оказывает болеутоляющее и мочегонное действие).
- Настой из листьев мяты, соцветий ромашки, травы тысячелистника и коры крушины. Смешать все компоненты в равных долях. 1 ст. л. смеси залить 1 стаканом кипятка. Настаивать в течение 30 минут. Принимать натощак утром и на ночь по 1/2 стакана (оказывает противовоспалительное, успокаивающее, желчегонное и мочегонное действие).
- Настой из смеси листьев мяты перечной, семян укропа, травы полыни и травы тысячелистника, взятых по 2 части, и соцветий бессмертника песчаного -- 3 части. 2 ч. л. смеси залить 2 стаканами кипятка. Настаивать в течение 8 часов. Принимать в течение суток (оказывает противовоспалительное, болеутоляющее, успокаивающее и желчегонное действие). Использовать после снятия холестаза.



- Отвар из овсяной соломы. Пить по 1 стакану 4 раза в день как желчегонное средство.
- Отвар из зерен овса. 1 стакан сухих чистых зерен раздробить в порошок, просеять через сито и залить 1 л крутого кипятка в эмалированной посуде. Добавить щепотку соли и 2--3 ст. л. сахарного песка. Размешать и поставить на огонь, довести до кипения и, убавив огонь, томить в течение 5 минут. Снять, остудить. Принимать по 1/2 стакана -- 1 стакану 3 раза в день после еды (оказывает желчегонное действие и способствует регенерации гепатоцитов).
- Отвар зерен овса. 1 стакан зерна заварить 1 л кипятка и выпаривать до 1/4 объема взятой жидкости. Принимать по 1/3 стакана 3--4 раза в день (эффективное желчегонное действие).
- Настой из кукурузных волосков (рылец). Время лечения иногда длится до полугода. Для того чтобы лечение было успешным, кукурузный плод нужно срывать спелым (оказывает желчегонное действие, но назначать желательнее после снятия холестаза).





Прививка против вирусного гепатита В



<http://rebenok.by>