

ҚАЗАҚСТАН – РЕСЕЙ МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ

Созылмалы вирусты гепатиттер. Созылмалы С гепатитінің диагностикасы мен еміне қазіргі замандағы көзқарастар.

ОРЫНДАҒАН: СЫМЫЛТИРОВА М.С

702 ТОП ВОП

Жоспар □

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

1 Вирусты гепатит В

2 Этиологиясы.

3 Эпидемиологиясы.

3.1 Берілу жолдары.

3.1.1 Жасанды жолдар:

3.1.2 Табиғи жолмен:

3.1.3 Тұрмыстық қатынас арқылы да беріледі:

4 Клиникасы.

5 Асқынулары.

6 Диагностикасы.

7 Емі.

8 Алдыңғы аяғы.

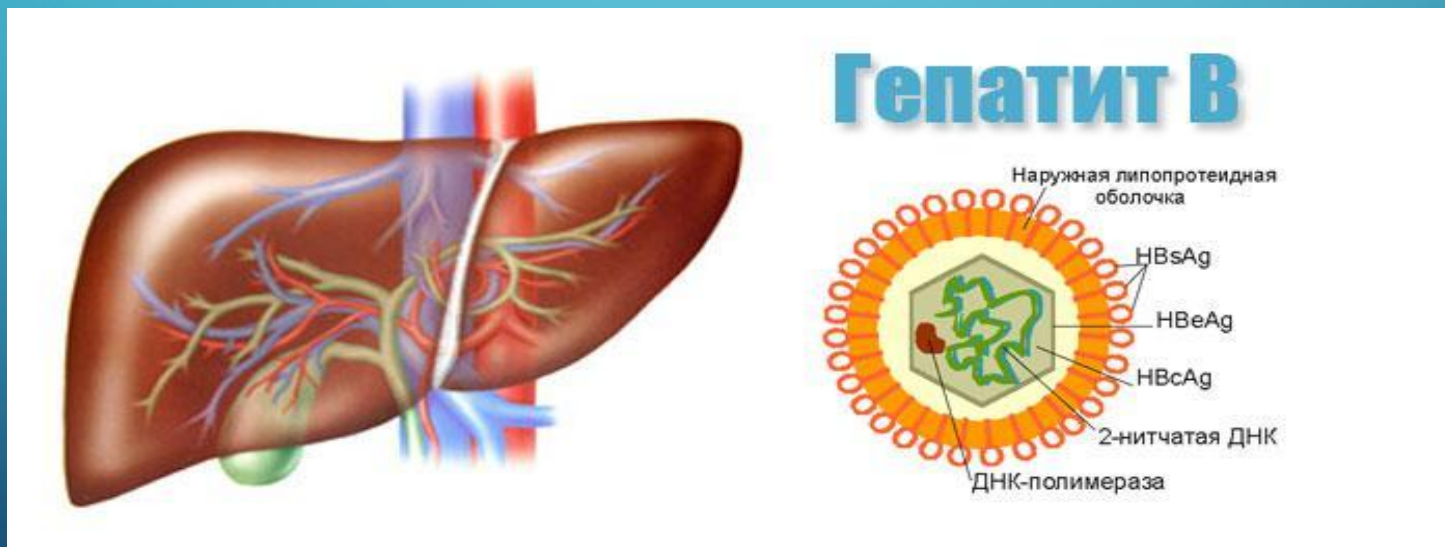
III. Қорытынды

IV. ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ



DATALIFE ENGINE
SOFTNEWS MEDIA GROUP

Созылмалы вирусты гепатит – вирусты этиологиялы 6 айдан аса созылатын бауырдың қабынулық ауру.



Этиологиясы.

1967 жылы табылған. Гепатовирустың тобына жатады. Оның геномы 2 жіпшелік ДНК молекуласынан қалыптасады. Ішкі - сыртқы қабыршақтармен қосылған сыртқы ортаға өте төзімді. Көдімгі бөлме температурасында 3 ай бойы сақталады. Тоңазытқышта 6 ай, қатырылған түрде 15-20 жыл бойы.



DATA-ENGINE
SOFTNEWS MEDIA GROUP

Эпидемиологиясы.

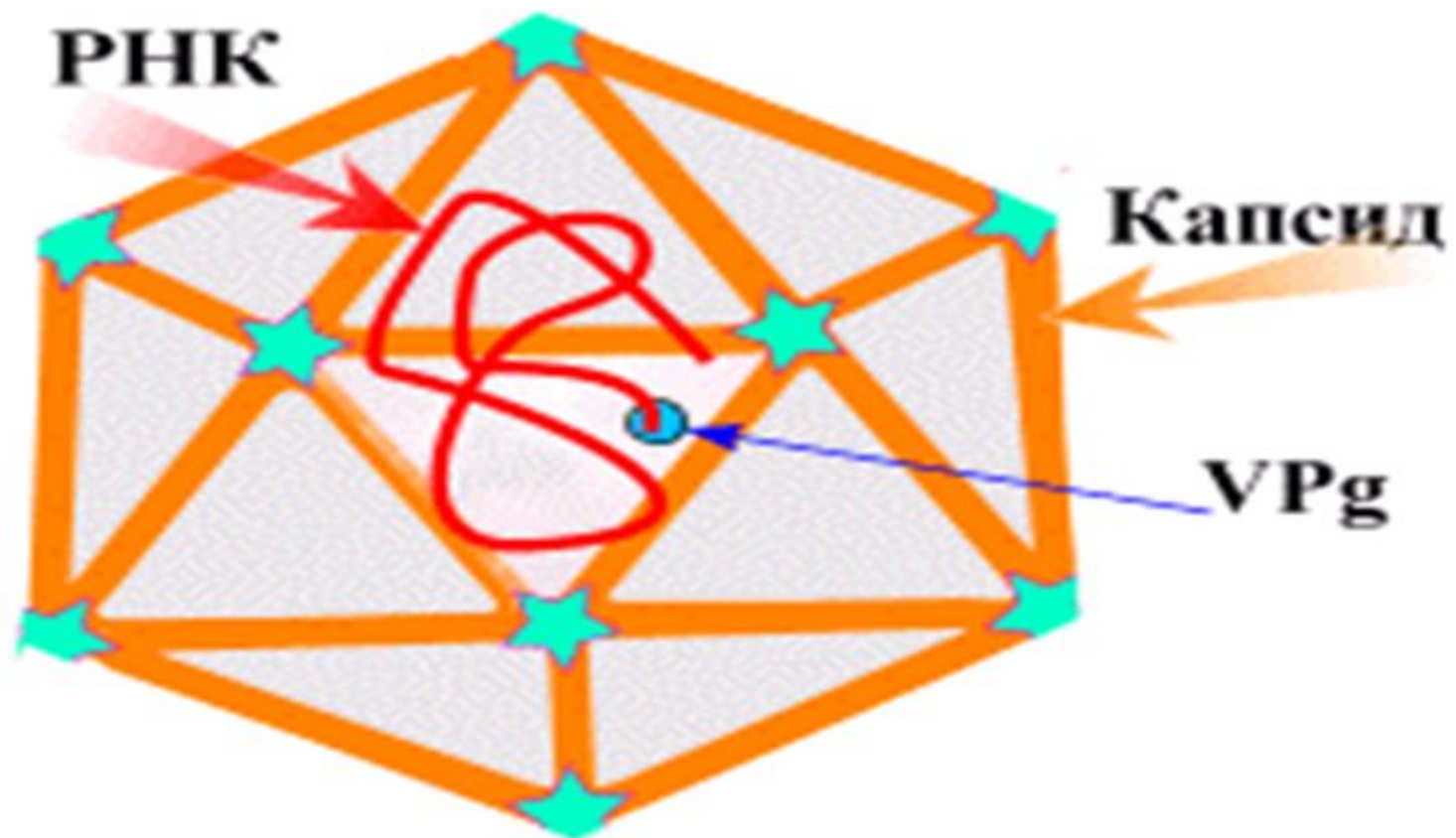
ВГВ-ң таралуы өте кең. Инфекция көзі болып әр түрлі клиникалық ауруларымен ауырған адам және созылмалы тасымалдаушылар болып табылады. Зақымдану механизмі:

1. парентеральді;
2. қан.



DATALIFE ENGINE
SOFTNEWS MEDIA GROUP

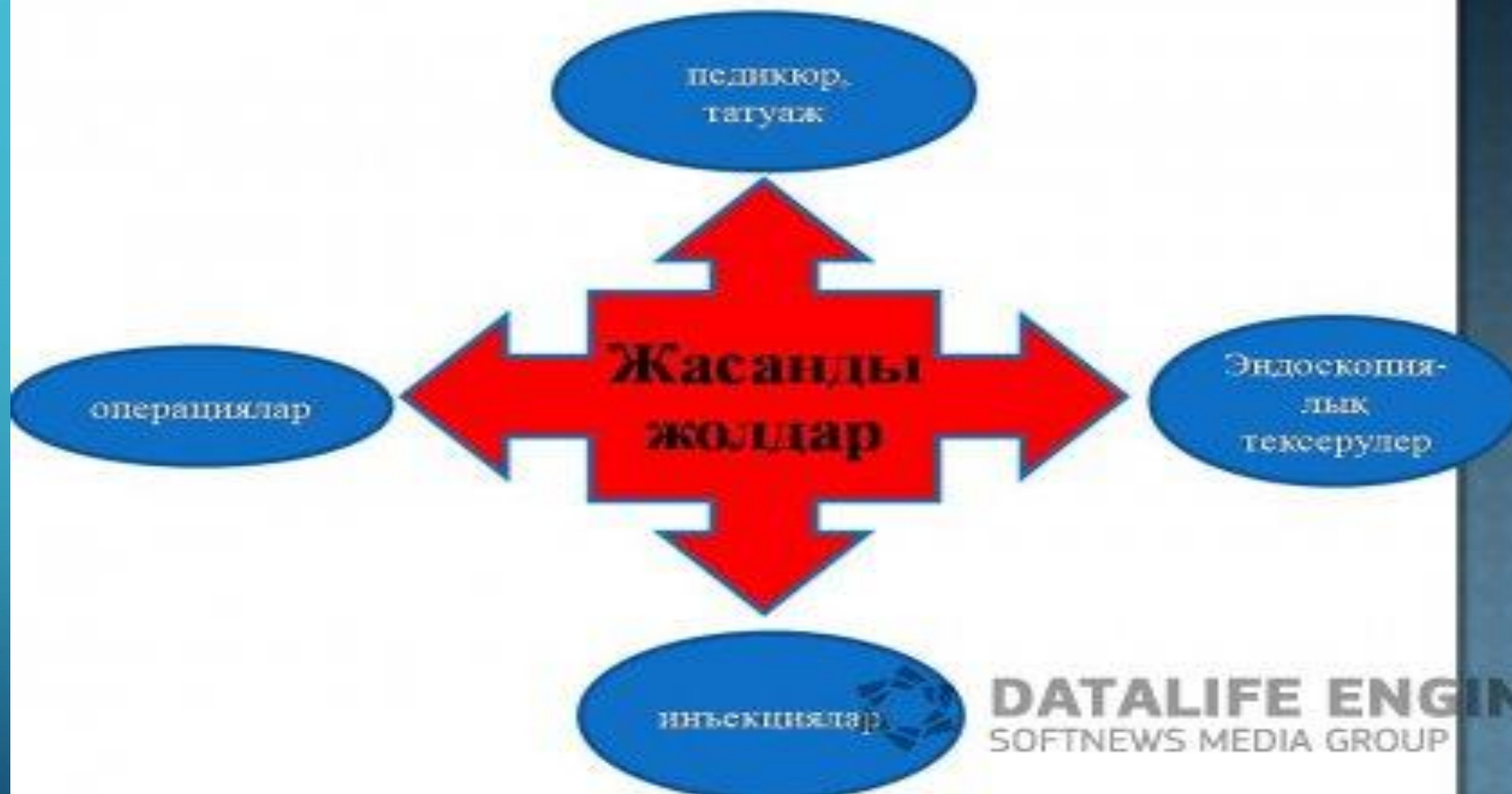
Гепатит вирусының құрылымы





DATALIFE ENGINE
SOFTNEWS MEDIA GROUP

Теріні және шырышты қабаттарды
зақымдайтын манипуляциялар





Тұрмыстық қатынас арқылы да беріледі:

Тұрмыстық зат, тіс щеткасы, қырынағын заттар, т.б. ВГВ-ны қабылдау мүмкіндігі өте жоғары. Инфицирлену күші СПИД-ке қарағанда 100 есе көп. ВГВ-мен 12 жасқа дейінгі балалалар және 30 жастан асқан адамдар ауырады. Сырқаттанғаннан кейін ұзақ уақыт иммунитет түзіледі.



Клиникасы.

ВГВ вирус бауыр паренхиманы, яғни гепатоциттерге тробты болады.

1. саргаю;
2. саргаюсыз;
3. клиникалық көрініссіз: а) субклиникалық; б) вирус тасымалдаушылық. Ауырлығы: жеңіл, орташа, ауыр.

Инкубациялық кезеңі 40–180 күнге дейін. Саргаю алдындағы кезеңі 1–2 аптаға дейін созылады. Кейде одан да ұзақ. Бұл кездерде мүмкін болу синдромдар:

- артралгиялық – көбінесе тән;
- диспепсиялық;
- астеновегетативті;
- гриб тәріздес;
- аралас;
- сирек түрде болатын латентті кезең.



DATALIFE ENGINE
SOFTNEWS MEDIA GROUP

ГЕПАТИТ С ВИРУСЫ (НСV)

- Тұқ.: Flaviviridae (пестицивирустар мен флавирустармен генетикалық ұқсастығы бар)
- Туыс: Нерасivirus (10 түр, ал олар өзара 52 түрге бөлінген, олар бір-бірімен геномның нуклеолиттік реттілігімен ерекшелінеді.)
- Серологиялық диагностиканың дамуына байланысты кейбір парентералді жұғуда ВГВ маркерлері анықталмаған, бірақ олар эпидемиологиялық жағынан ВГВ-ге жақын 1978 ж (Альтер) посттрансфузиялық «А да В да емес» гепатит деп атады.
- 1990 ж –вирус С

ГЕПАТИТ С ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

- Инфекция көзі - ауру адам
- Берілуі –ВГВ-дағы сияқты, бірақ вертикальды және жыныстық жолмен берілу қабілеті төмен. Тез қабылдағыш.
- Вирус адамнан аурудың белгілері пайда болуына бірнеше апта қалғанда бөлінеді және аурудан кейін 10 апта өткеннен соң бөлінеді
- Инкубациялық кезеңі -6-8 апта. Ауру ВГВ-ға қарағанда жеңіл өтеді, жиі сарыаурусыз.
- Көбіне субклиникалық тұрғыда өтеді. Көбінде цирроз немесе бауыр ісігімен аяқталады (60-75%)

Созылмалы вирусты гепатиттің жіктемесі:

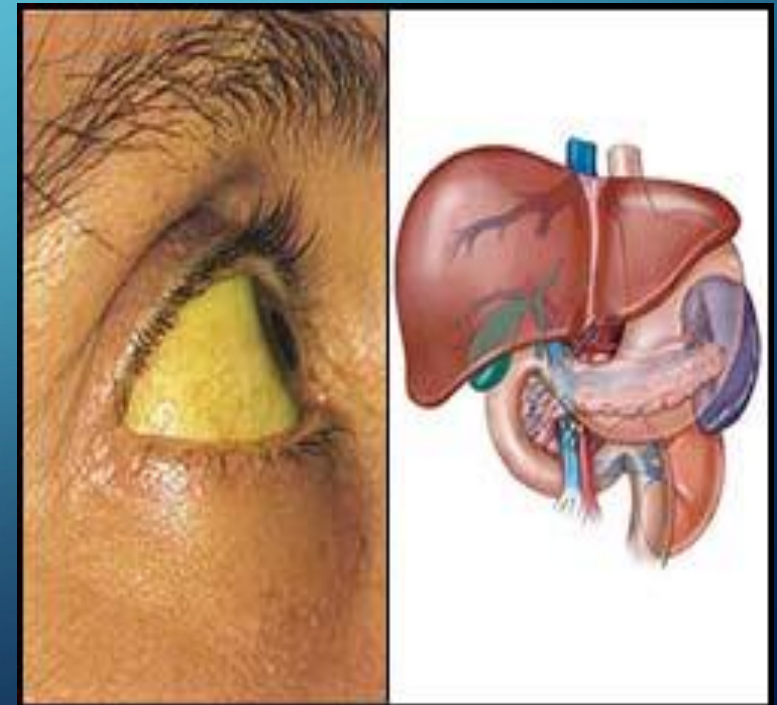
I. Этиологиялық критерилер бойынша:	1. Созылмалы вирусты гепатит В (СВГВ): - HbeAg-позитивті және HBeAg-негативті (pre-cog зона мутациясымен); - HbsAg-негативті (S гені бойынша мутация). 2. Созылмалы вирусты гепатит С (СВГС): - 1b / 1a / 2 / 3 / 4 генотип; - жоғары немесе төмен вирустық жүктемемен. 3. Созылмалы вирусты гепатит Д (СВГД): - ко - және суперинфекция (СВГД немесе СВГВ дельта-агентпен). 4. Созылмалы вирусты гепатит, өзгеше жіктелмеген.
II. Вирус репликациясының фазасы бойынша	1. Репликативті. 2. Төмен репликативті емес. 3. Иммунды толерантты (В вирусты гепатит үшін).
III. Белсенділік дәрежесі бойынша*	1. Минимальді. 2. Әлсіз айқын. 3. Аздаған айқын. 4. Айқын.
IV. Стадиясы бойынша	1. Фиброздың болмауы. 2. Әлсізайқын (портальді) фиброз. 3. Аздаған (перипортальді) фиброз. 4. Ауыр (септальді, көпіртәрізді) фиброз. 5. Цирроз.

СГ клиникасы сан алуан және ол мыналарға байланысты:

- этиологиясына;
- белсенділік дәрежесіне;
- созылмалы сатысына өтуіне;
- бауырдың қызметінің бұзылу

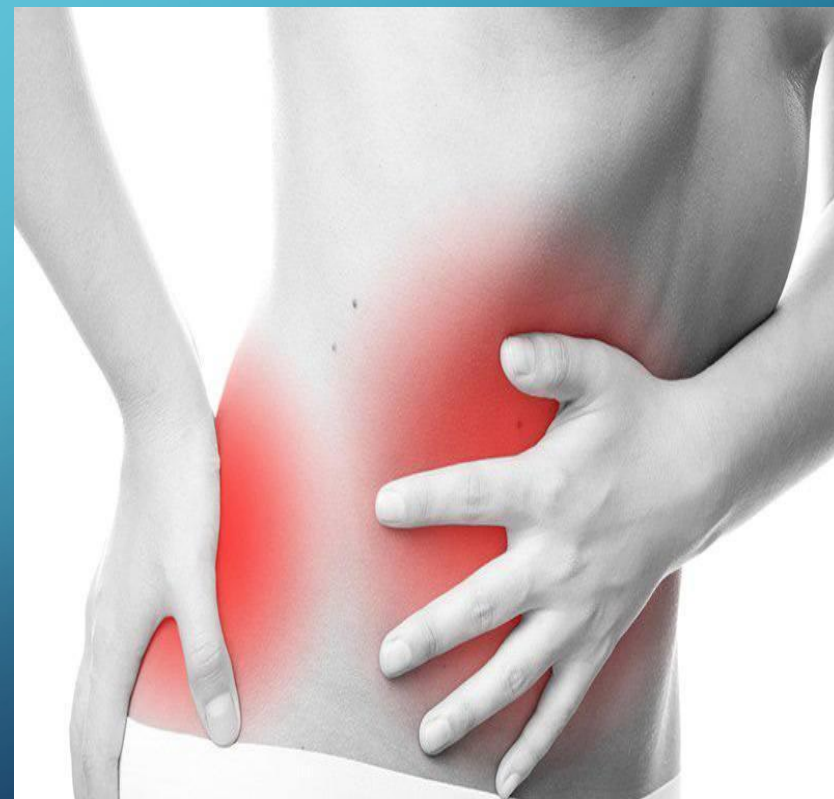
дәрежесіне, сондықтан мына клиникалық синдромдармен білінеді:

- ауру сезімі;
- Цитолиздік;
- Бауыр-жасушалық жетіспеушілік;
- Иммунды қабыну;
- холестатикалық
- Астеникалық;
- диспепсиялық



АУРУ СИНДРОМЫ СИПАТТАЛАДЫ:

- үлкейген бауыр капсуланы керіп, ауырлық сезімін дамытады;
- ірі қан тамырларының, өт жолдарының және фиброзды капсуланың маңында некроз ошақтарының орналасуына байланысты. Ол сарғаюмен, қызбамен және АЛТ, АСТ ферменттерінің қанда көтерілуімен сипатталады.



ЦИТОЛИЗ ЖӘНЕ БАУЫР-ЖАСУШАЛЫҚ ЖЕТКІЛІКСІЗДІК СИНДРОМЫНЫҢ НЕГІЗІНДЕ

гепатоциттердің дистрофиясы мен еруі салдарынан, жасушалық мембрананың өткізгіштігі және гепатоциттердің қызметі бұзылып, мынадай клиникалық көріністер береді:

- дене t ;
- арықтау;
- сарғаю;
- эстрогендер және вазоактивті заттардың бауырда қайта өңделуінің бұзылыстарынан олардың мөлшері қанда жоғарлайды да: телеангиоэктазия, бауырлық алақан, “ағарған тырнақтар”, жылтыраған бауырлық тіл белгілерімен көрінеді.

Лабораториялық белгілері: АЛТ, АСТ, ЛДГ4,5, СДГ, альдолаза, фруктоза-1-фосфатаза, билирубин, В12, Fe жоғарлауы байқалады.

БАУЫРДЫҢ СИНТЕЗДІК ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗЫЛУЫ:

- альбумин, ХС, холинэстераза ;
- протромбин, қан ұюдың II, V, VII, VIII факторларының ;
- улы заттардың залалсызданбауы нәтижесінде эндогендік улану синдромының белгілері байқалады:
 - бауырлық энцефалопатия;
 - бауырлық иіс;
 - кома

ИММУНДЫҚ ҚАБЫНУ СИНДРОМЫ

Клиникалық көріністері:

- t , қызба, артралгия
- Терілік, өкпелік, бауырлық, ішектік васкулиттер;
- Лимфоаденопатия;
- Спленомегалия;

лабораториялық көрсеткіштерде:

- γ -глобулин, α_2 -глобулиндердің жоғарылауы;
- Ig G, M, A жоғарылауы;
- Гиперпротеинемия;
- тимолды сынаманың жоғарылап, сулема сынамасының төмендеуі;
- Митохондрийге, тегіс ет талшықтарына, ДНК-ға қарсы АД түзіліп LE-волчанкалық жасушалар түзіледі;

ХОЛЕСТАТИКАЛЫҚ СИНДРОМ

Бауыр ішілік холестазбен және өт компоненттерінің тінде, қанда концентрациясының жоғарылауымен сипатталады. Клиникалық белгілері:

- Терінің қышынуы;
- Сарғаю;
- Терінің қоңыр пигментациясы;
- Ксантелазма, ксантомалардың пайда болуы.

лабораторлық көрсеткіштерде:

- Экскреторлы ферменттердің: СФ, ГГТП, 5-нуклеотидазаның жоғарылауы байқалады;
- ХС, бетта ЛП, ФЛ, өт қышқылдарының жоғарылауы;



АСТЕНИКАЛЫҚ СИНДРОМ

Бауыр қызметінің бұзылу дәрежесін және улануды сипаттап, мына белгілермен білінеді:

- Әлсіздік;
- Шаршағыштық;
- Апатия;
- Көңіл-күйінің төмендеуі.



Индекс Knodell, шкала METAVIR

Белсенділік дәрежесі	Индекс гистологической активности**	Активность АЛАТ (ориентировочная оценка)
I – минимальді	1-3 балл	Қалыпта
II – әлсіз айқын	4-8 балл	3 нормадан артуы
III – аздаған	9-12 балл	3 тен 10 нормаға дейін
IV – айқын (ауыр)	13-18 балл	10 нормадан жоғары артуы

Индекс компоненттері	Пределы баллов
1. Перипортальді некроздар көпіртәрізді некроз және онсыз	0-10
2. Бөлік ішілік дегенерация және фокальді некроздар	0-4
3. Портальді қабыну	0-4
4. Фиброз	0-4

•Диагностика критерилері

•Шағымдар мен анамнез

СВГВ жиі жағдайда астеновегетативті синдром белгілерімен өтеді, науқастарды әлсіздік, шаршағыштық, ұйқысыздық немесе тұмау тәрізді синдром, бұлшықеттік және буындық ауырсынулар, жүрек айну мазалайды. Сирек жағдайда эпигастральді аумақтағы ауырсыну, диарея, терілік бөртпе, сарғыштану.

•Физикалық тексеру:

- Физикалық тексеру кезінде негізгі объективтік симптом болып табылады: гепатомегалия, бауырдың тығыздануы. Процесстің жоғары белсенділігінде, сонымен қатар бауыр циррозында спленомегалия, кейде – лимфаденопатия, бауырлық белгілердің болуы мүмкін (пальмарлы және өкшелік эритема, тамырлық жұлдызшалар, гиперпигментация).



•Инструменталдық зерттеулер:

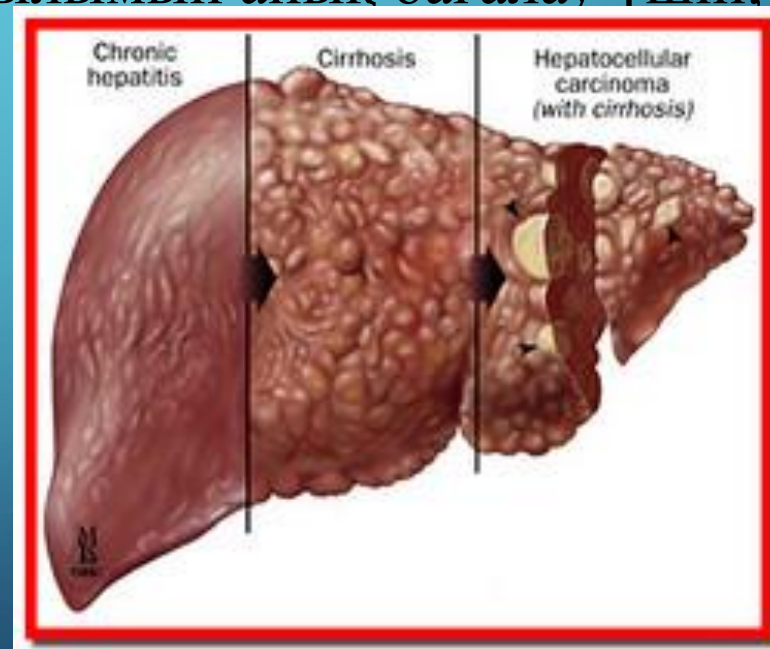
- 1. Бауыр биопсиясы (гепатит белсенділігі мен стадиясын бағалау).
- 2. Эндоскоптық зерттеу, өңешті баримен контрастты зерттеу (өңеш веналарының варикоздын кеңеюі).
- 3. Гепатобилиарлы жүйені ультрадыбыстық зерттеу (гепатомегалия, спленомегалия, бауыр құрылымының өзгеруі).
- 4. Бауырлық және порталдық қан келуді доплерграфиялық зерттеу.
- 5. Мұнан да анық бағалау үшін компьютерлік немесе магниттік-резонанстық томография.

•Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- - Қан мен зәрдің жалпы анализдері;
 - Копрограмма;
 - Бауырдың биохимиялық сынамалары (АЛТ, АСТ, сілтілік фосфатаза, ГГТП немесе ГГТ, билирубин, қан сарысуының белогы, коагулограмма немесе протромбиндік уақыт, креатинин немесе мочевиная), серологиялық маркерлер (HBsAg, HBeAg, анти-HBc, HBe IgG, анти-HBc IgM, анти HBe IgG, DNA HBV, анти-HCV total, RNA HCV, анти-HDV, RNA HDV);
- - Гепатобилиарлы жүйені ультрадыбыстық зерттеу;
- - Өңеш, асқазанды эндоскоптық зерттеу.

•Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- - Бауырлық және порталдық қан келуді доплерграфиялық зерттеу;
- - Компьютерлік томография – бауыр құрылымын анық бағалау үшін;
- - Магниттік-резонанстық томография;
- - Бауыр биопсиясы;
- - Өңешті баримен зерттеу.



НСV ДИАГНОСТИКАСЫ

- АТ к ВГС, РНК ВГС анықтау
- ИФА (АТ и АГ анықтау).
- АТ ВГС (ИФА) сарысуда , сілекейде.
- Жедел гепатиттің бірінші күндері, науқастардың бір бөлігінде біршама кешеуілдетіп (до 22 тәулік). 22-35 тәуліктен кейін науқастардың 20% ВГС —ға АТ анықталмайды.
- РНК ВГС (ПЦР) сарысуда, сілекейде, молекулярлы қан жасушаларында бөлуі инфекцияны инкубациялық кезеңде анықтауға мүмкіндік береді, бұл дерттің жедел фазасында, мұнда АТ жоқ.

•Емдеу тактикасы

•Ем мақсаты:

- - аурудың ұдеуін алдын алу;
- - вирус эрадикациясы;
- - бауыр гистологиялық суретін жақсарту;
- - бауыр циррозы мен бүйрек жеткіліксіздігінің қалыптасу қаупін төмендету;
- - гепатоцеллюлярлы карцинома қауіпін төмендету;
- - науқастың өмір сапасын жақсарту.



•Дәрі-дәрмексіз ем:

- Төсектік режим (физикалық жүктемелер, қызу, мұздауды болдырмау);
 - диета №5;
 - құрамында алкоголь бар кез келген сусынды қабылдамау.
- 

- СВГВ емдеу үшін монотерапияда **пегилирленген интерферондар** қолданылады және **нуклеотид/нуклеозидтер аналогтары**.
- Пегилирленген интерферон $\alpha 2a$ -ның стандартты дозасы аптасына 1 реттен 180 мкг құрайды, пегилирленген интерферон $\alpha 2b$ - 1,5 мкг/кг аптасына 1 рет. Терапияның стандартты ұзақтығы – 24 апта, бірақ қазіргі уақытта 48 аптадан 96 дейін болуы мүмкін.

- Альтернатива ретінде, сонымен қатар интерферонотерапияға қарсы көрсетімдер болса **нуклеотид/нуклеозидтер аналогын** пайдаланады (ламивудин 100 мг/тәу немесе адефовир 10 мг/тәу немесе энтекавир 0,5 мг/тәу). HBe-позитивті науқастарды емдеу сероконверсияға қол жеткенше созылады (anti-HBe пайда болуы) және DNA HBV жоғалуына дейін, HBe-негативті науқастарда – 24 апта бойы DNA HBV жоғалуына дейін. Сероконверсия болмаса және теріс сапалық ПЦР кезінде терапияның тиімділігін вирустық жүктеменің азаюы бойынша бағлайды (10⁴ көп емес), ал терапия ұзақтығы бұл жағдайда белгісіз ұзақ болы мүмкін.



- СВГС кезінде комбинирленген вирусқа қарсы терапия **интерферондармен және рибавиринмен**. Ем ұзақтығы 1,4,5 және 6 генотиптерде 48 аптаны құрайды, ал 2 және 3 генотиптерде – 24 апта. Пегилирленген $\alpha 2a$ интерферонның стандартты дозасы аптасына 1 реттен 180 мкг, пегилирленген интерферон $\alpha 2b$ - 1,5 мкг/кг аптасына 1 рет. Вирусты гепатитпен науқастарда қосарланған холестаз болса урсодезоксихол қышқылының (500-1000 мг/тәулігіне) тиімділігі дәлелденген.



- **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. Пегилирленген интерферондар $\alpha 2a$ и $\alpha 2b$
- 2. Ламивудин 100 мг
- 3. Рибавирин 200 мг

- **Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. Урсодезоксикхол қышқылы 250 мг
 - 2. Адеметионин 400 мг
 - 3. Адефовир 10 мг
 - 4. Энтекавир 0,5 мг
- 

• ПРОФИЛАКТИКА

-

**Біріншілік профилактика
Белсенді иммунизация.**

- HBV-вакциналар көмегімен жүргізіледі, үш реттік енгізу (0-1-6 ай).
- В вирусты гепатитінде - активті және пассивті иммунизация;
 - С, D, E, G гепатиттерінде тиімді болатын иммунизация жоқ.



•Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері:

- Диспансерлеу емханалық терапевтпен, гатроэнтерологпен, инфекционистпен жүргізіледі.
- Қабынудың белсенділігін биохимиялық көрсеткіштерді, вирусты репликация маркерлерімен және өзге тесттерді анықтаумен жарты жылда 1 рет тексеру, ал ПВТ жүргізу кезінде – айына 1 рет. Ем курсы аяқтағаннан соң 6 айдан кейін АЛТ, HCV RNA және HBV DNA деңгейін зерттейді. Егер АЛТ деңгейі қалыпты болса, HCV RNA және HBV DNA теріс болса, тиімділікті тұрақты оң деп есептейді. Керісінше жағдайда әрі қарай тактиканы науқас үшін жеке таңдайды. Бауырдың вирусты циррозы кезінде әр 6 ай сайын α -фетопротеинді зерттейді және УДЗ.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- Семенов В.М руководство по инфекционным болезням
- Ющюк Н.Б инфекционные болезни
- Интернет желісі

•Назарларыңызға рахмет!!!