

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

## ***ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ***

Баешева Динагуль Аяпбековна - д.м.н. зав. кафедрой  
детских инфекционных болезней АО «Медицинский  
университет Астана», внештатный детский  
инфекционист МЗ РК

Т. 87013806010; E-mail: [baesheva\\_dina@mail.ru](mailto:baesheva_dina@mail.ru)



*«Нам удалось добиться заметного прогресса в деле улучшения здоровья нации. для повышения эффективности сферы здравоохранения реформирована ее система организации, управления и финансирования. За последние пять лет материнская смертность снизилась почти в 3 раза, в полтора раза возросла рождаемость. ..Ежегодно увеличивается объем финансирования здравоохранения,*

*во всех регионах страны создаются необходимые условия для получения качественных медицинских услуг.*

*Ускоренными темпами развивается*

*национальная скрининговая система, которая позволяет выявлять и предотвращать заболевания на ранних стадиях.*

*введено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение.*

*Продолжительность жизни выросла почти до 70 лет.*

*с 1997 года по всей республике построено ...758 больниц и других объектов здравоохранения...»*

**Из Послания Главы государства Н.А. Назарбаева народу Казахстана  
«СТРАТЕГИЯ «КАЗАХСТАН-2050»: новый политический курс  
состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года**

Глава государства абсолютно точно определил основные направления развития здравоохранения. Это профилактика, ранее выявление заболеваний и доступность медицинской помощи для всех слоев населения страны.

# **ВОЗ – в XXI веке роль инфекций в патологии человека будет возрастать**



**Парентеральные вирусные гепатиты являются одной из самых серьёзных проблем современного здравоохранения во всем мире**



**По данным ВОЗ ежегодно от вирусного гепатита умирает около 1 млн. человек и предположительно 500 млн. страдают от ХВГ**

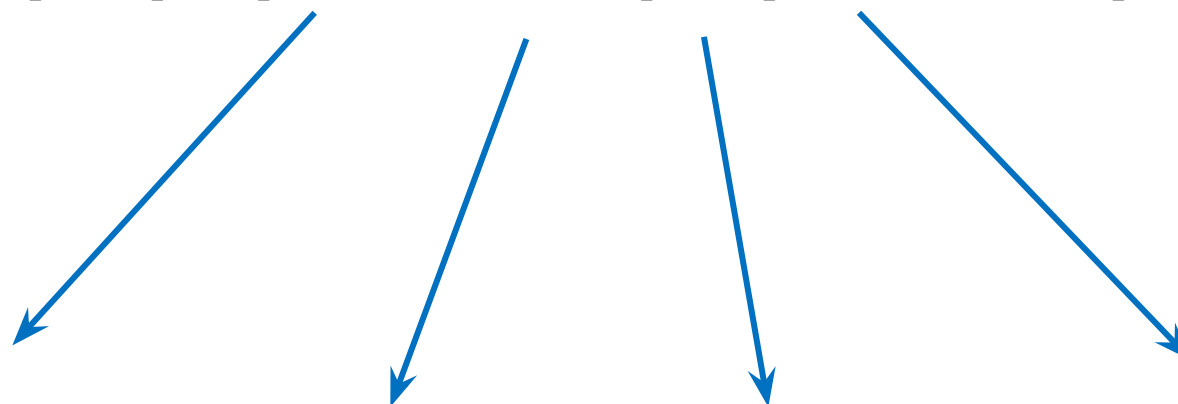


**Несмотря на стойкое снижение показателей заболеваемости острыми гепатитами А, В и С, хронические гепатиты имеют отчетливую тенденцию к нарастанию.  
В последние годы рост ХГ, главным образом, происходит за счет ВГС.**

# **ВОЗ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ EB130/35 Add.2**

## **Сто тридцатая сессия 1 декабря 2011 г.**

**Ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA63.18,  
комплексного подхода к профилактике и мерам борьбы. Работа  
Секретариата разворачивается по четырем стратегическим направлениям.**



**Стратегическое  
направление 1:  
повышение  
осведомленности и  
мобилизация  
ресурсов.**

**Стратегическое  
направление 2:  
информационная  
основа для  
политики и  
действий.**

**Стратегическое  
направление 3:  
профилактика  
передачи.**

**Стратегическое  
направление 4:  
скрининг, уход и  
лечение.**

**Вопросы здравоохранения остаются приоритетом государственной политики Республики Казахстан, приняты реальные шаги к разработке программ профилактики и лечения социально значимых заболеваний**

**Нормативные  
правовые акты  
Республики  
Казахстан**

**КОДЕКС РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН О  
ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

(с изменениями и дополнениями по состоянию на  
15.04.2013 г.)

**Государственная программа  
развития здравоохранения Республики Казахстан  
«Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы  
УТВЕРЖДЕНА Указом Президента Республики Казахстан  
от 29 ноября 2010 года № 1113**

**Послания Главы государства Н.А. Назарбаева  
народу Казахстана  
«СТРАТЕГИЯ «КАЗАХСТАН-2050»**

**Постановления Правительства РК от 4 декабря 2009  
№2018 «Об утверждении Перечня социально значимых  
заболеваний, представляющих опасность для  
окружающих»**

**Имеется нормативная база адекватная современному состоянию проблемы ,  
которая регламентирует профилактические и противоэпидемиологические  
мероприятия по парентеральным вирусным гепатитам**

**Нормативные  
правовые акты  
Республики  
Казахстан**

**Постановления Правительства РК от 12.01.2012 №33 «Об  
утверждении Санитарных правил «Санитарно-  
эпидемиологические требования к организации и  
проведению санитарно противоэпидемических  
(профилактических) мероприятий по предупреждению  
инфекционных заболеваний»**

**Постановления Правительства РК от 15.12.2009  
№2163 «Об утверждении перечня  
гарантированного объема бесплатной медицинской  
помощи» Статья №5: о помощи больным с  
вирусными гепатитами**

**Приказ МЗ РК № 239 от 7.04.2010 г. «Об  
утверждении протоколов диагностики лечения»**

**Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики  
Казахстан от 30 апреля 2011 года № 248  
О главных внештатных специалистах  
Министерства здравоохранения Республики  
Казахстан**

# Алгоритм ведения пациента с ВГ

## СОГЛАСНО (приказа МЗ РК №92)



Скрининг детей и взрослых на ВГВ и ВГС

Организации ПМСП (ВОП, участковый врач)

**Стационар**



Госпитализация пациентов острых и при обострении хронических форм

При сложных случаях для дообследования и определения показаний к ПВТ

Обследование контактных при подтверждении диагноза ВГ



**Гепатоцентр**

**ННМЦ (взрослые)**

**НИИКиВБ (взрослые)**

**НЦПи ДХ (дети)**

**НЦМид (дети)**

1. Комиссия УЗ по назначению ПВТ
2. Формирование листа ожидания
3. Выписка рецептов на получение ПВТ
4. Мониторинг ПВТ с занесением данных в карту учета больного ВГВ и С



Анкетирование и профилактика

**Диагностика**

ИФА, ПЦР, б/х исследов. и др.

**КИЗ**

(терапевт, г/э)

1. Подача экстренного извещения при положит. результатах
2. Внесение данных в регистр по скринингу
3. Заполнение карта учета больного ВГВ и С и передача его в гепатоцентр
4. Направление в гепатоцентр

При подтверждении диагноза ХВГВ и ХВГС и наличии показаний к ПВТ госпитализация пациента в инфекционный стационар (гастроотделение) или дневной стационар на первые инъекции под контролем специалиста

# Ситуация в РК по гепатологическим кабинетам (центрам)

- г.Астана
- г.Караганда
- Г.Актобе
- г.Кокшетау
- г.Уральск
- г.Актау
- г.Кызылорда
- г.Тараз
- г.Атырау
- г.Усть-Каменогорск, г. Семей
- г.Павлодар
- **г.Костанай-отсутствует**

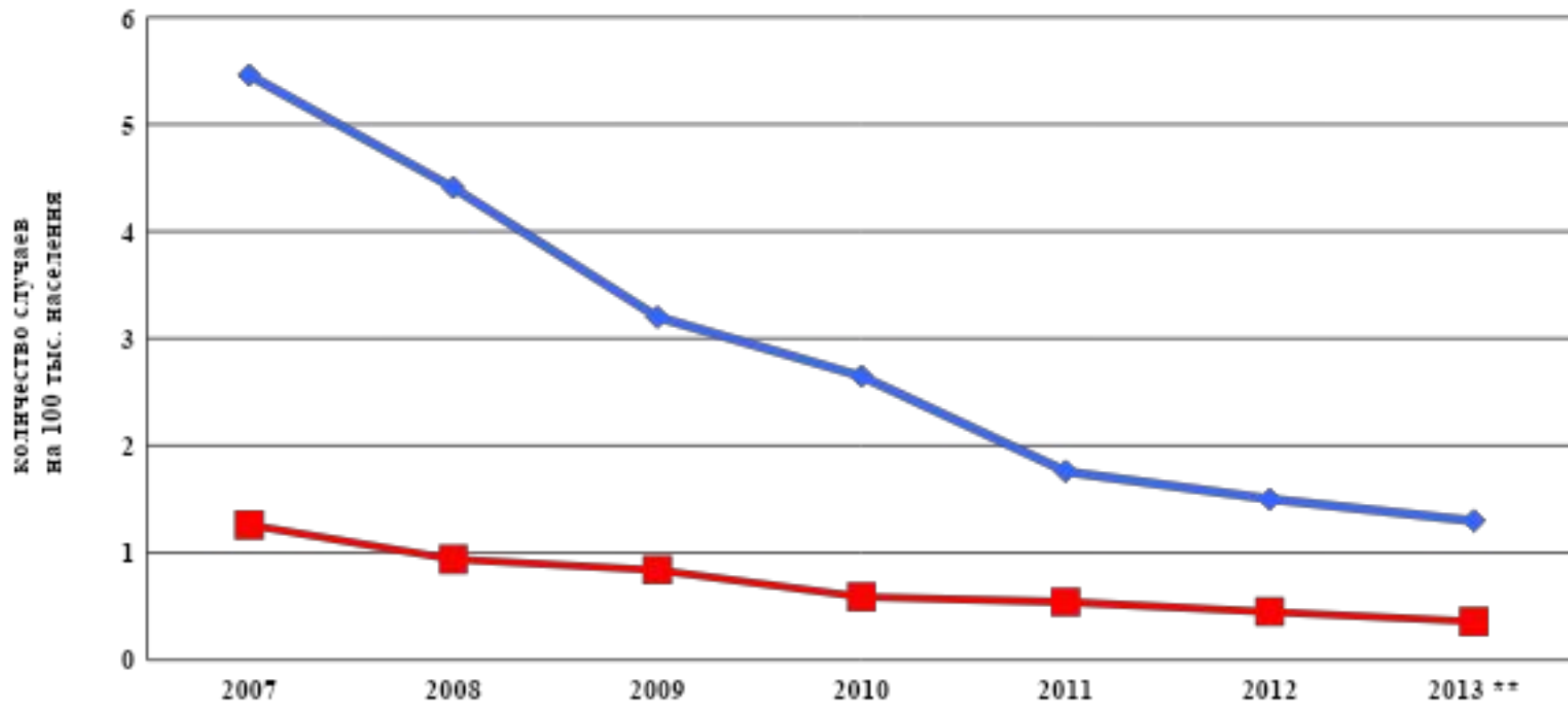


## Отдельно взрослый/детский

- г.Алматы
- г.Шымкент
- г.Петропавловск



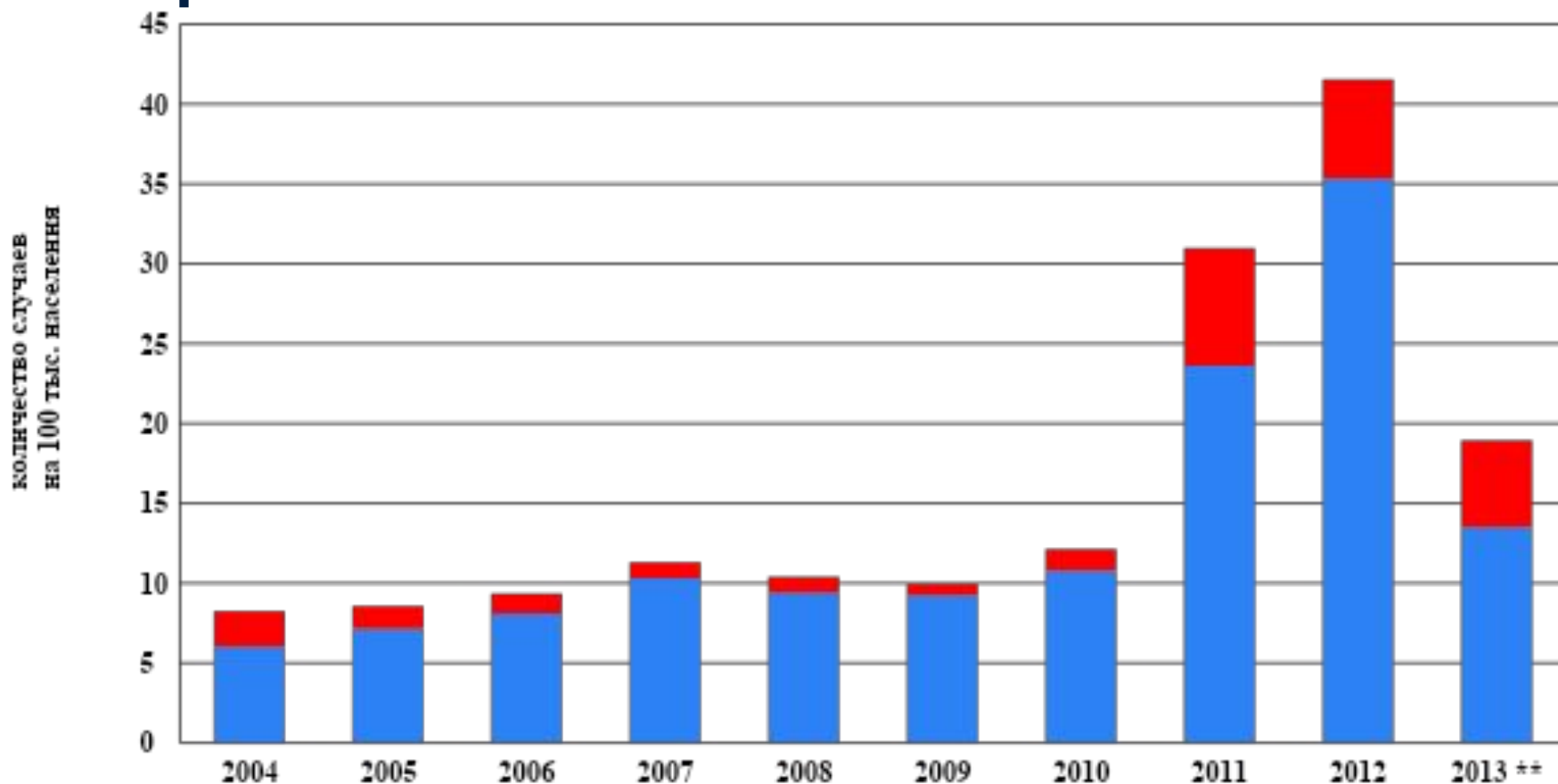
# Острые вирусные гепатиты В, С впервые выявленные в РК за 2007-2013 гг.\*



\* НЦП санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга КГСЭН МЗ РК, сравнительные данные по инфекционной заболеваемости РК за 2007 – 2013 гг.

\*\* Данные за 2013 год были взяты за 5 месяцев (январь – май) С 1998 года в Республике Казахстан внедрена вакцинация против вирусного гепатита В детей с первых дней жизни (3 дозы до 1 года), медицинских работников и лиц, получивших переливание крови. В результате чего, за последние 10 лет заболеваемость острым вирусным гепатитом В в республике имеет стойкую тенденцию к снижению.

# Хронические вирусные гепатиты, всего впервые выявленные в РК за 2004-2013 гг.\*



\* НЦП санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга КГСЭН МЗ РК, сравнительные данные по инфекционной заболеваемости РК за 2004 – 2013 гг.

\*\* Данные за 2013 год были взяты за 5 месяцев (январь – май)

# **Парентеральные хронические гепатиты**

**В рамках перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденного с 2011 года за счет средств республиканского бюджета, строго по показаниям, противовирусную терапию (далее – ПВТ) получают все категории граждан (дети и взрослые) с диагнозами хронические гепатиты В и С.**

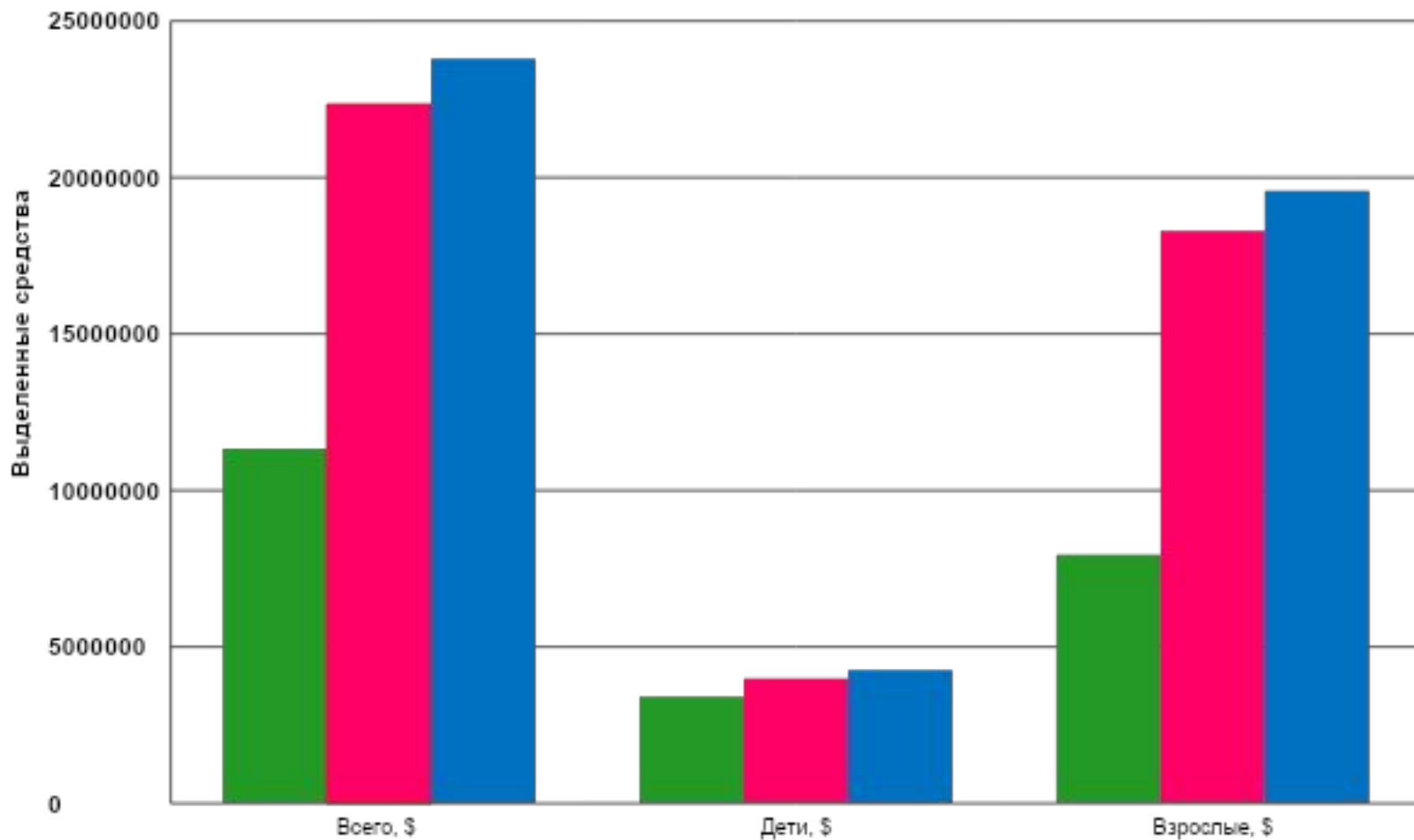


**Постановление Правительства Республики Казахстан  
от 15 декабря 2009 года № 2136  
Об утверждении перечня гарантированного  
объема бесплатной медицинской помощи**

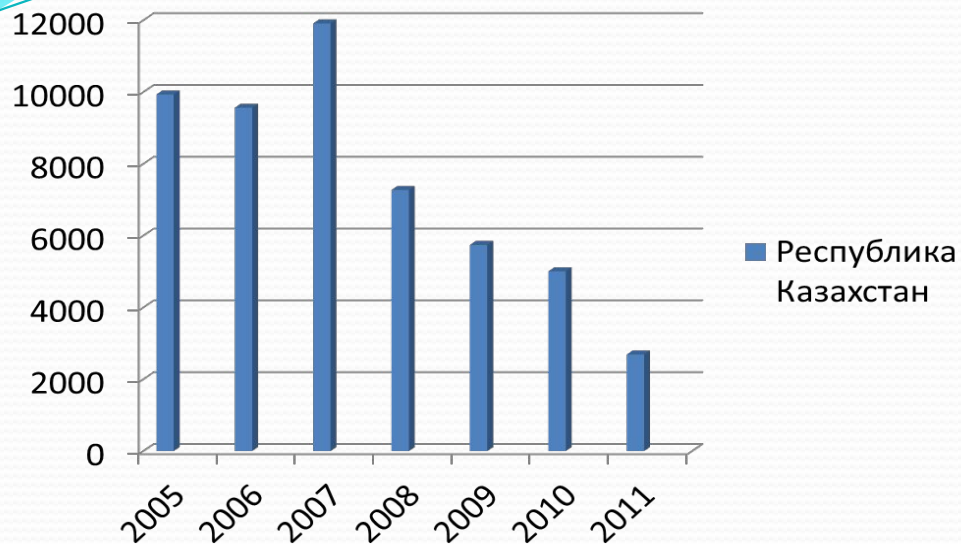
Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения для  
бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными  
заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Пегинтерферон - альфа 2 b, порошок лиофилизированный<br/>для приготовления раствора для инъекций;</b></p> <p><b>Пегинтерферон - альфа 2 а, раствор для инъекций в шприц – тубике;</b></p> <p><b>Пегинтерферон альфа 2 b, порошок лиофилизированный<br/>для приготовления раствора для инъекции;</b></p> <p><b>Рибавирин, капсула, таблетка;</b></p> |
| <p><b>Интерферон - альфа 2 b, порошок лиофилизированный<br/>для приготовления инъекционного раствора/<br/>шприц – тубик/шприц-ручка;</b></p> <p><b>Пегинтерферон - альфа 2 b, порошок лиофилизированный<br/>для приготовления раствора для инъекций/шприц-ручка;</b></p> <p><b>Рибавирин капсула, таблетка, раствор для приема внутрь;</b></p>            |

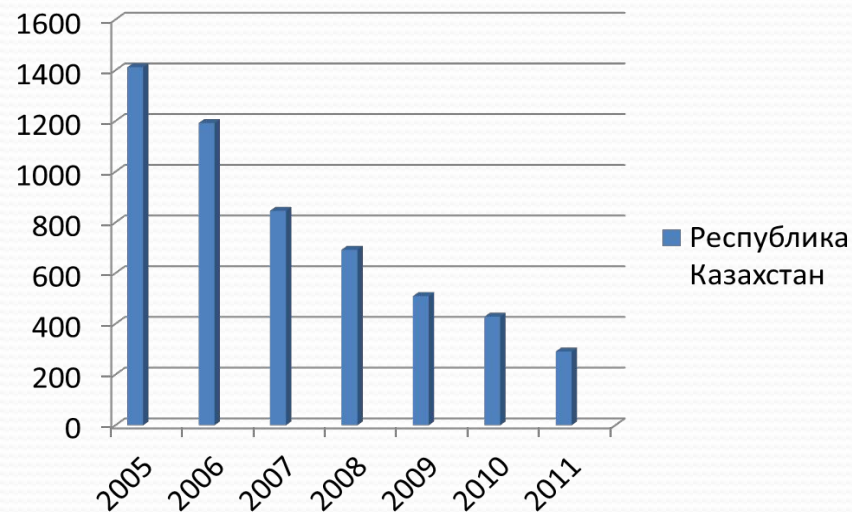
# Выделенные средства на ПВТ



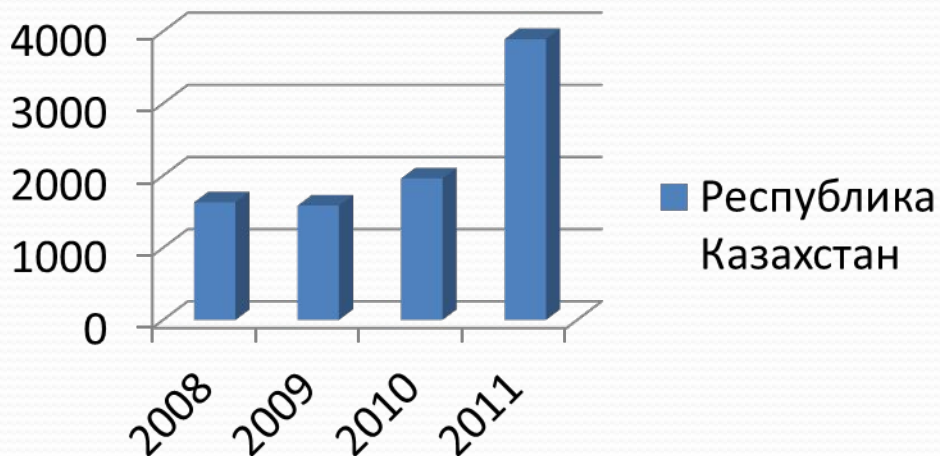
## Вирусный гепатит



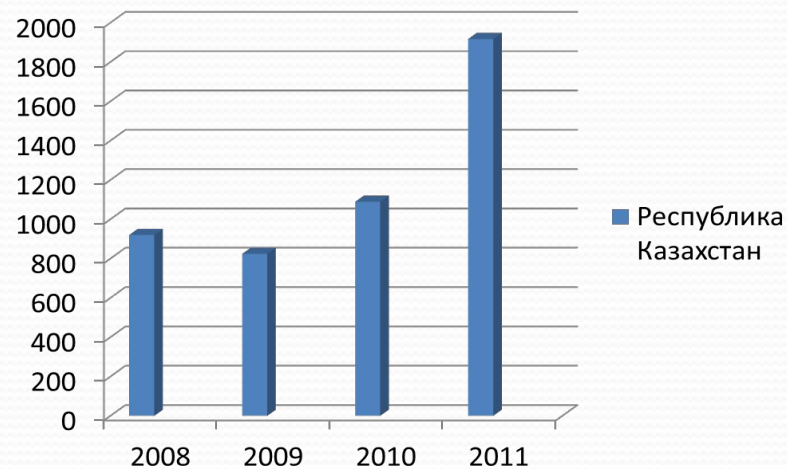
## Вирусный гепатит В



## Хронический вирусный гепатит



## Вирусный гепатит С



# Приказ 92

от 17.02.2012

## ПРАВИЛА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан №33 от 12 января 2012 года об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемические требования организации и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»

Приказ И.о. Министра здравоохранения Республики  
Казахстан от 17.02. 2012 года № 92

▣ **Настоящие Правила** обследования и лечения больных вирусными гепатитами (далее - Правила)

**определяют порядок обследования и лечения пациентов с ХВГ или подозрением на их наличие в рамках ГОБМП**

▣ **К хроническим вирусным гепатитам относятся:**

- хронический вирусный гепатит В (далее - ХГВ),
- хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом, или хронический вирусный гепатит Д (далее - ХГД) и
- хронический вирусный гепатит С (далее - ХГС)



Приказ И.о. Министра здравоохранения Республики  
Казахстан от 17.02. 2012 года № 92

**К обследованию и лечению пациентов с хроническими  
вирусными гепатитами и подозрением на них**

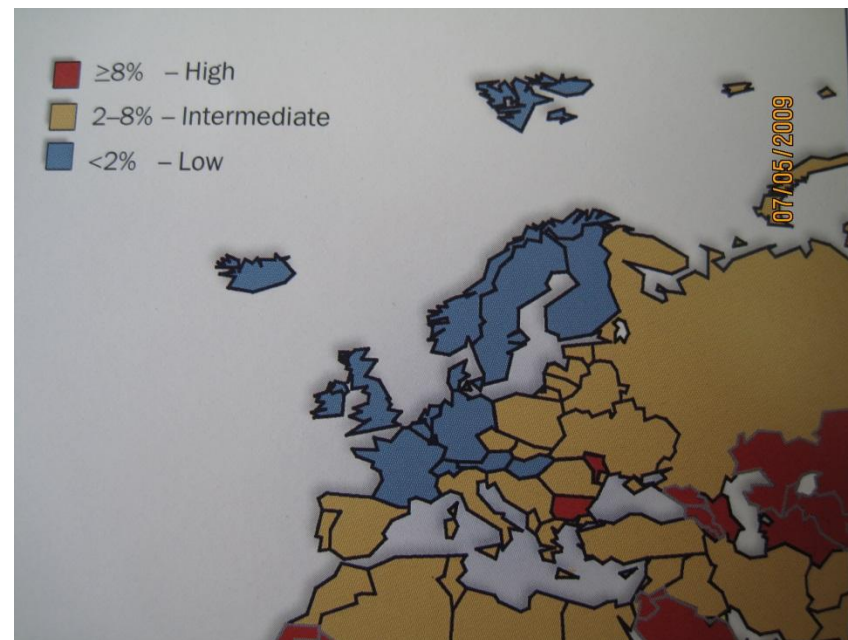
на уровне специализированной медицинской помощи,  
допускаются врачи по специальности «гастроэнтерология»  
или «инфекционные болезни»,

**освоившие программы ПК по вопросам гепатологии,**

и имеющие документы об образовании, выдаваемого  
республиканскими организациями здравоохранения,  
определяемыми уполномоченным органом в области  
здравоохранения

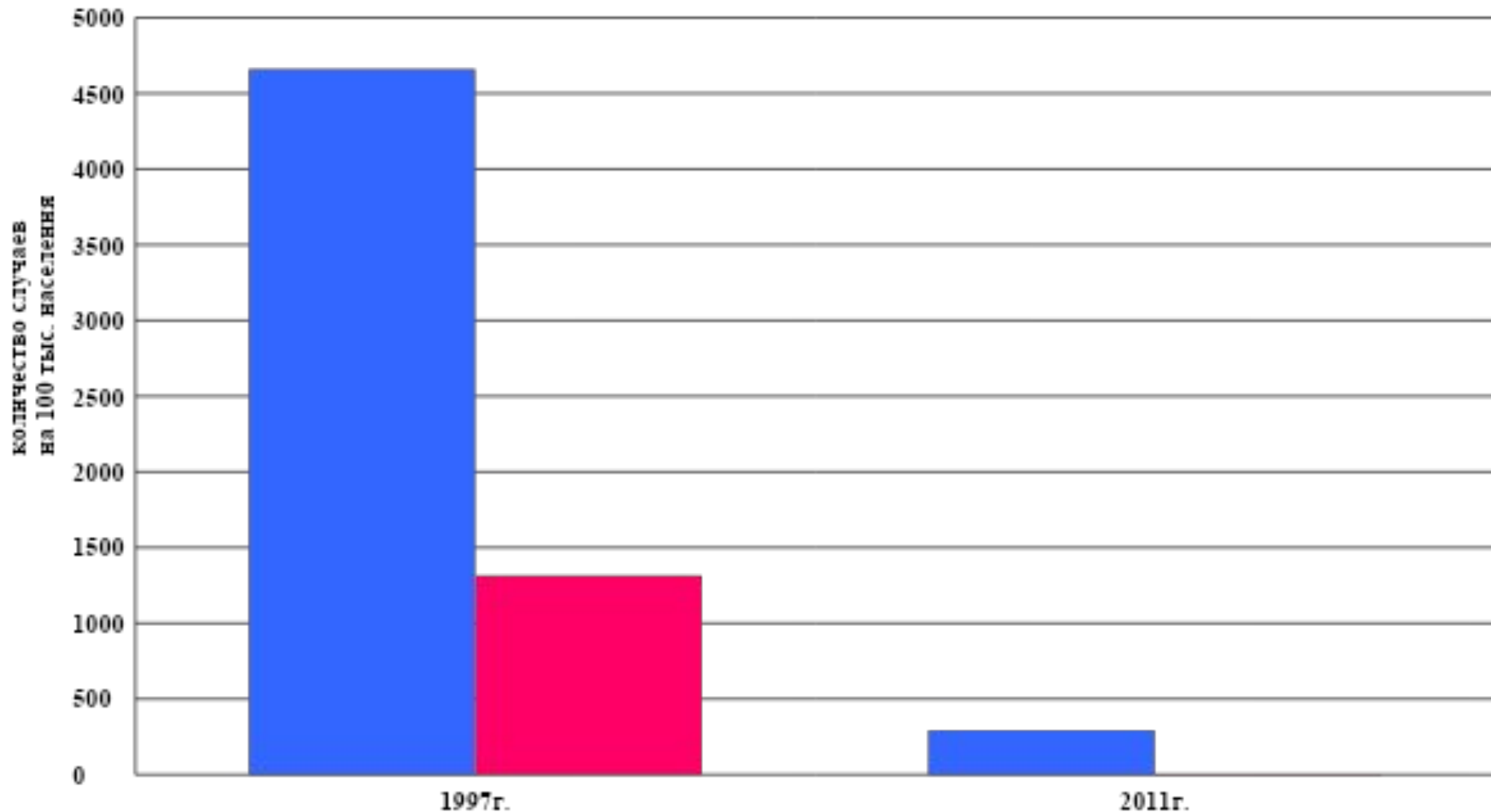
# Эпидемиология

- Распространен глобально
- Источник инфекции — больной человек и вирусоносители
- Парентеральный механизм заражения
- Пути передачи: парентеральный, половой, гемоконтактный, вертикальный (1%, чаще от мам HBeAg положительных)



Превалентность в  
Европе

# Вакцинация против ВГВ в РК



**С 1998 года в Республике Казахстан внедрена вакцинация против вирусного гепатита В детей с первых дней жизни (3 дозы до 1 года), медицинских работников и лиц, получивших переливание крови. В результате чего, за последние 10 лет заболеваемость острым вирусным гепатитом В в республике имеет стойкую тенденцию к снижению.**

# Частота основных путей инфицирования HBV по материалам ГКИБ

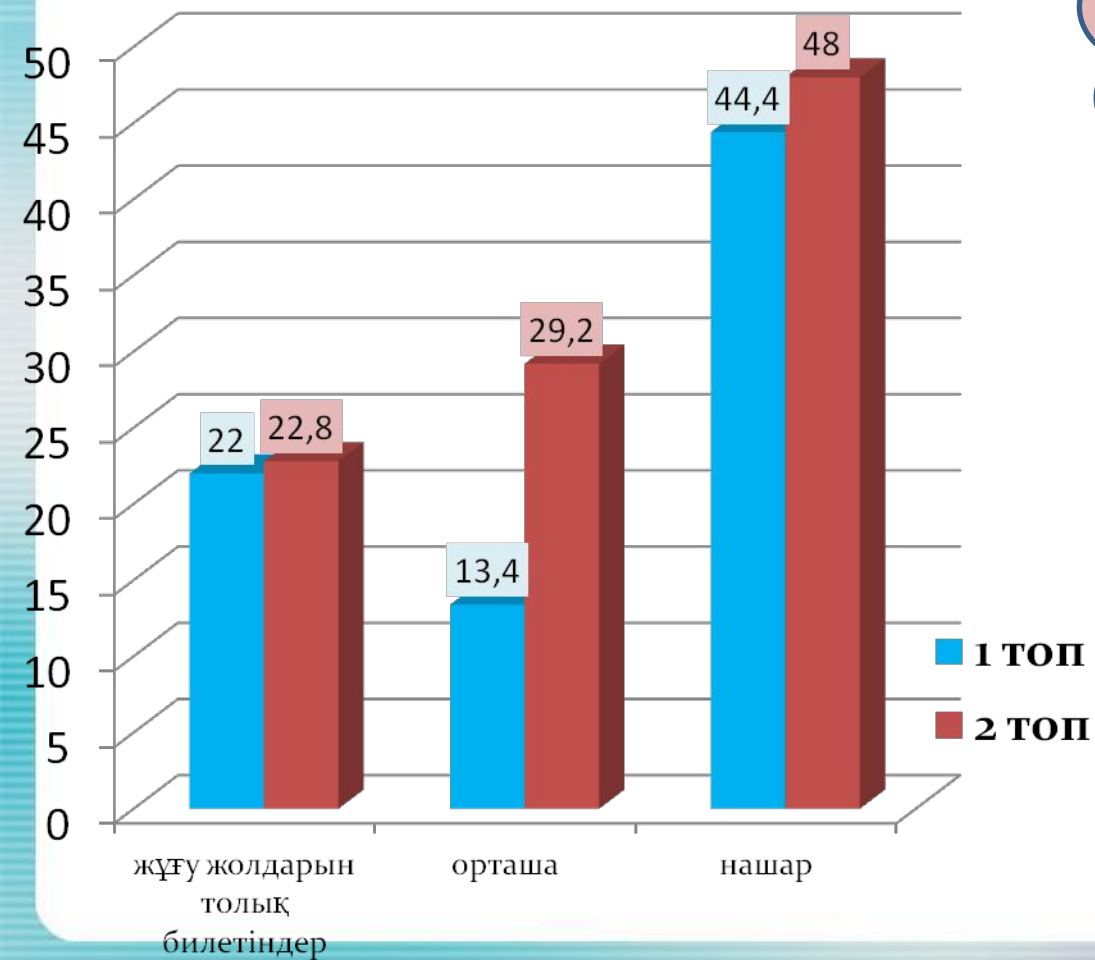
**2002 – 2007 гг.**

1117 больных ОГВ

- 47,2% - половой
- 36,9% - искусственный
- 5,8% - не установленный
- 3,5% - немедицинские манипуляции
- 2,3% - наркомания

## I бөлім. Жалпы Білім саласы сұрақтары

Вирусты  
гепатиттің  
берілу жолдары













# Хронический гепатит

- Диффузный воспалительный процесс в печени, не разрешающийся на протяжении 6 месяцев и более, **при сохранении дольковой структуры**
- **Паренхиматозный ХГ** – хроническое, диффузное воспалительное изменение в паренхиме печени. Самостоятельное заболевание, требующее лечения (ПВТ)
- **Мезенхимальный** (вторичный) ХГ – при инфекциях, инвазиях, хронических заболеваниях желудка, кишечника, желчевыводящих путей. Лечение не требует

# Классификация хронических гепатитов

- **По этиологии и патогенезу**

ХВГВ, ХВГД, ХВГС, Неопределенный ХВГ, АИГ 1,2, Лекарственно-индуцированный ХГ, Криптогенный ХГ (неустановленной этиологии), ПБЦ, ПСХ, Болезнь Коновалова-Вильсона, недостаточность альфа-антитрипсина

# Классификация хронических гепатитов

- **Неопределенный** хронический гепатит:  
F, GB, TTV – transfusion-transmitted virus
  - есть убедительный эпидемиологический фактор
  - морфология
  - клиника
  - изменения биохимических проб печени
  - отсутствуют маркеры известных вирусов

# Классификация хронических гепатитов

- **Лекарственно-индуцированный ХГ:**  
транквилизаторы, туберкулостатики, эстрогены, антибиотики класса тетрациклина и т.д.
- **Криптогенный ХГ** – морфологически ХГ, исключены вирусная, аутоиммунная, лекарственная этиология

# Классификация хронических гепатитов

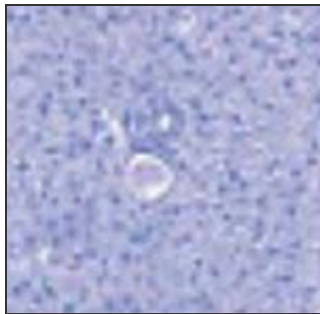
- **По клинико-биохимическим и гистологическим критериям, степени активности:**
  - минимальная – нет фиброза (1-3 ИГА, 0 ст)
  - слабовыраженная – слабовыраженный перипортальный фиброз (4-8 ИГА, 1 ст)
  - умеренно-выраженная – умеренный фиброз с редкими порто-портальными тяжами (9-12 ИГА, 2 ст)
  - выраженная – фиброз с множеством порто-портальными тяжей (13-18 ИГА, 3 ст)
  - цирроз (4 ст)

# Классификация ХГ при отсутствии морфологии

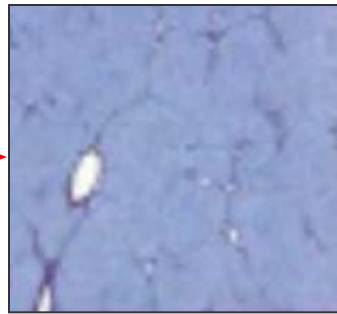
| Биохимическая<br>активность | Уровни АЛТ    | Морфология по<br>ИГА         |
|-----------------------------|---------------|------------------------------|
| Не выявляется               | Норма         | Норма или<br>минимальная (0) |
| ХГ слабой<br>активности     | 3 нормы       | Слабо<br>выраженная (1)      |
| Умеренный ХГ                | 3 – 10 норм   | Умеренно<br>выраженная (2)   |
| Тяжелый ХГ                  | Более 10 норм | Выраженная (3)               |

# Фиброгенез – основа прогрессирования ХДЗП

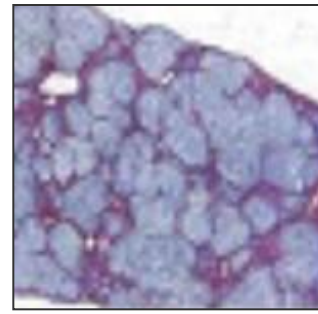
нормальная  
печень



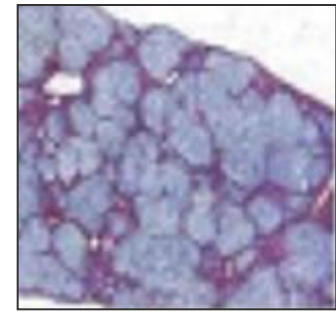
фиброз



цирроз



декомпенсация  
цирроза





# КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

(Лос-Анджелес, 1994г.)

| ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ<br>ФАКТОР                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ<br>ФАКТОР                                                                                                                                                                                                                                                      | СТЕПЕНЬ<br>АКТИВНОСТИ                                                                                                                                                                                      | СТЕПЕНЬ<br>ХРОНИЗАЦИИ                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Хронический вирусный гепатит:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•ХГ В</li> <li>•ХГ С</li> <li>•ХГ D</li> <li>•ХГ неидентифицир.</li> </ul> <p><b>Аутоиммунный гепатит:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•1 тип</li> <li>•2 тип (2-а, 2-в)</li> </ul> <p><b>Хронический медикаментозный, лекарственно-индуцированный</b></p> <p><b>Криптогенный хронический гепатит</b></p> <p><b>Хронический алкогольный стеатогепатит</b></p> <p><b>Хронический неалкогольный стеатогепатит (НАСГ)</b></p> | <p><b>(МАРКЕРЫ)</b></p> <p>HBsAg, HBeAg, DNA HBV<br/>Anti-HCV, спектр anti-HCV IgG (core, NS3, NS4, NS5), RNA HCV<br/>Anti-HDV, RNA HDV</p> <p>ANA, SMA<br/>LKMA-1</p> <p>LKMA-2, LKMA-3, ALM</p> <p>↑ АЛТ в 2-3р, ↑ липидов (триглицеридов, холестерина), УЗИ –жир.гепатоз</p> | <p><b>ИГА по Knodell</b></p> <p><b>НЕАКТИВНЫЙ (0)</b></p> <p><b>МИНИМАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ (1-3)</b></p> <p><b>УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННАЯ АКТИВНОСТЬ (4-12)</b></p> <p><b>РЕЗКО ВЫРАЖЕННАЯ АКТИВНОСТЬ (13-18)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•ФИБРОЗ ОТСУТСТВУЕТ</li> <li>•СЛАБЫЙ ФИБРОЗ</li> <li>•УМЕРЕННЫЙ ФИБРОЗ</li> <li>•ВЫРАЖЕННЫЙ ФИБРОЗ</li> <li>•ЦИРРОЗ</li> <li>•КОМПЕНСИРОВАННЫЙ</li> <li>•ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ</li> </ul> |

## Частота хронического течения при вирусных гепатитах

| Этиология вирусного гепатита | Частота хронизации процесса |
|------------------------------|-----------------------------|
| Гепатит А                    | Менее 0,1%                  |
| Гепатит В                    | 5-10%<br>(у детей 90-30%)   |
| Гепатит С                    | >80%                        |
| Гепатит D                    | до 45%                      |
| Гепатит E                    | ?                           |
| Гепатит TTV                  | ?                           |
| Гепатит SEN                  | ?                           |

# ГВ: есть ли еще актуальность?

- Вакцинация, но:
- Заболеваемость - цифры
- Сохранение подверженной заражению (невакцинированной) популяции – возраста
- Сохранение путей передачи: половой, профессиональный контакт, вертикальный (нет Иг)
- Агрессивное естественное течение
- Вирус гепатита В является в 80% случаев причиной рака печени и по канцерогенности уступает лишь табакокурению. Дети, рожденные HBeAg-позитивными женщинами-вирусоносительницами, с 90% вероятностью становятся хроническими вирусоносителями в результате перинатального инфицирования.

## Группы микробов

## Инфекционные агенты, наиболее часто вызывающие патологию печени

### *врожденную*

### *приобретенную*

#### Вирусы

**Вирусы гепатитов (ВГВ и ВГС).**  
Вирусы семейства герпеса (ЦМВ, ВГЧ 6 типа, ВГЧ 1 и 2 типов, варицелла-зостер вирус, ЭБВ)  
вирус краснухи, парвовирус В 19, ВИЧ, реовирус 3 типа

**Вирусы гепатитов (ВГВ и ВГС),**  
парвовирус В 19, некоторые представители Коксаки и ЕСНО-вирусов, ВИЧ

#### Бактерии

Трепонемы, боррелии, листерии, хламидии

Генерализованные инфекции

#### Простейшие

Токсоплазма

Шистосомы (эндемичны)

#### Грибы

Развитие врожденной патологии печени нехарактерно

Кандиды, аспергиллы при иммунодефиците

- Риск вертикальной передачи при гепатитах :
- HCV –до 7 %
- HBV-при HBeAg-емий у матери –до 95%  
при HBsAg-емии у матери-от 25% до 50%

Количество серопозитивных детей с HCV инфекцией увеличивается с возрастом :  
0,2 % среди детей от 6 до 11 лет и 0,4 % -  
среди детей от 12 до 19 лет

| <b>Показатель</b>                                  | <b>Данные</b> | <b>Источник</b>                  |
|----------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|
| <b>Доля фертильных женщин среди пациентов с ГС</b> | <b>35%</b>    | <b>Yeung L.T.F. et al., 2001</b> |
| <b>Частота вертикальной передачи ВГС</b>           | <b>5,6%</b>   | <b>Yeung L.T.F. et al., 2001</b> |
| <b>Частота хронизации врожденного ГС</b>           | <b>79%</b>    | <b>Pembrey L. et al., 2005</b>   |

# **Вероятная распространенность врожденного ГС в мире**

Если 200 миллионов людей инфицированы ГС, а 35%

из них - женщины детородного возраста, с ежегодным

уровнем фертильности в 2%, то 30-180 тысяч новорожденных будут

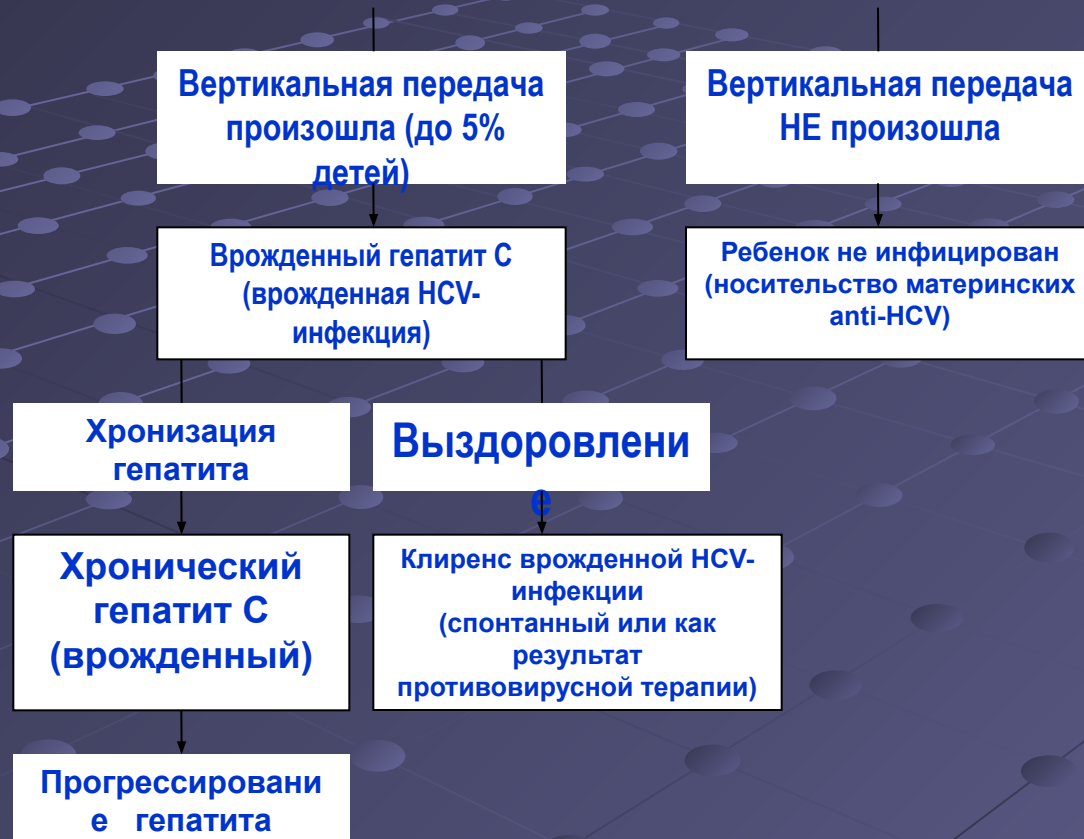
инфицированы ГС ежегодно

**Структура генотипов ВГС у детей с врожденным ГС отражает структуру генотипов ВГС у их матерей**

**По данным мультицентрового европейского исследования (n=113), 1 генотип встречался у 49,6% детей, 3 - у 23,9% (Pembrey L. et al., 2005).**



# Ребенок, рожденный от матери с ГС

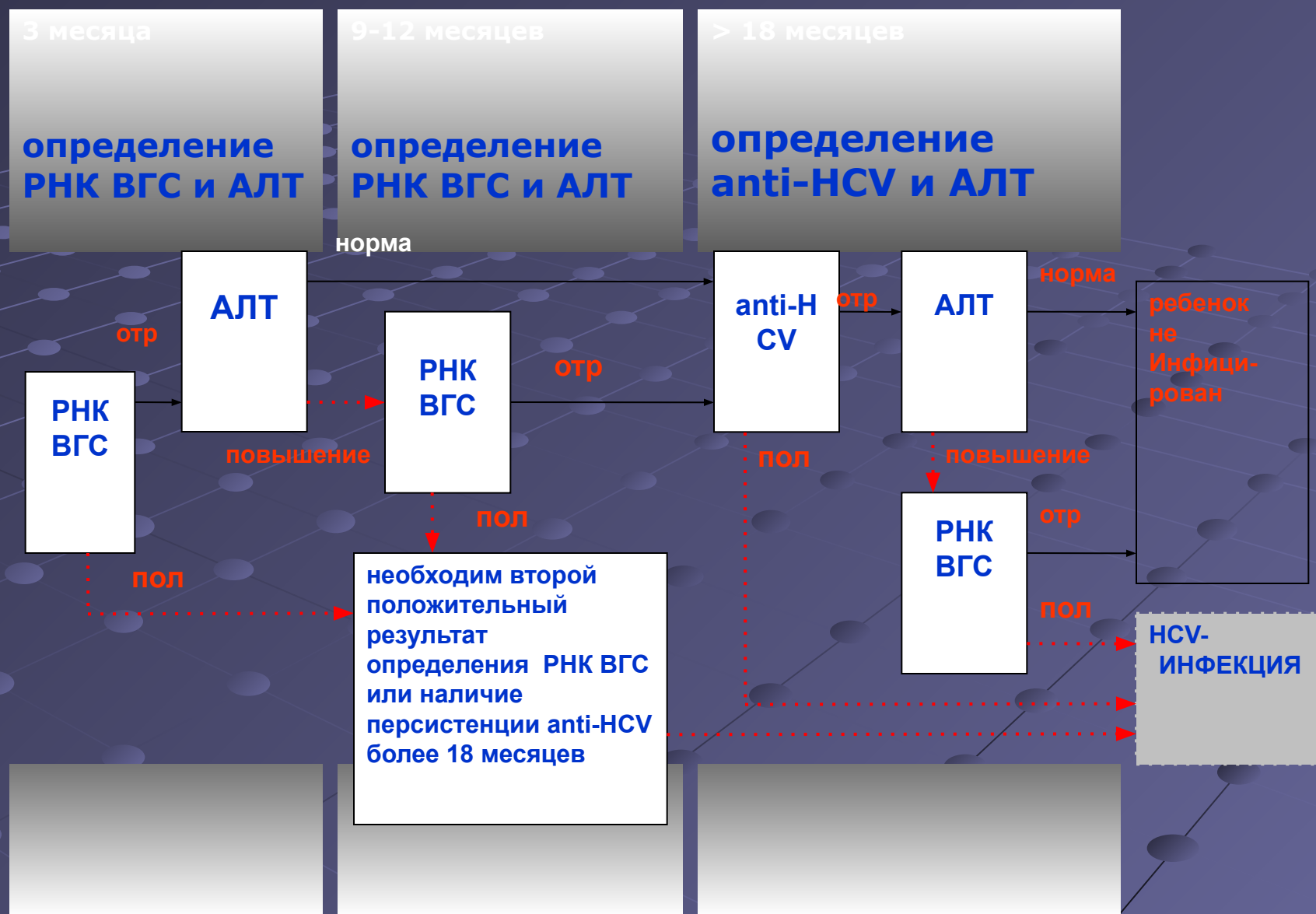


Первое определение РНК ВГС не рекомендовано проводить у ребенка младше 2 мес, поскольку вертикальная передача ВГС обычно происходит в позднем антенатальном периоде или интранатально, и старт активной репликации вируса с формированием определяемой виремии может затягиваться

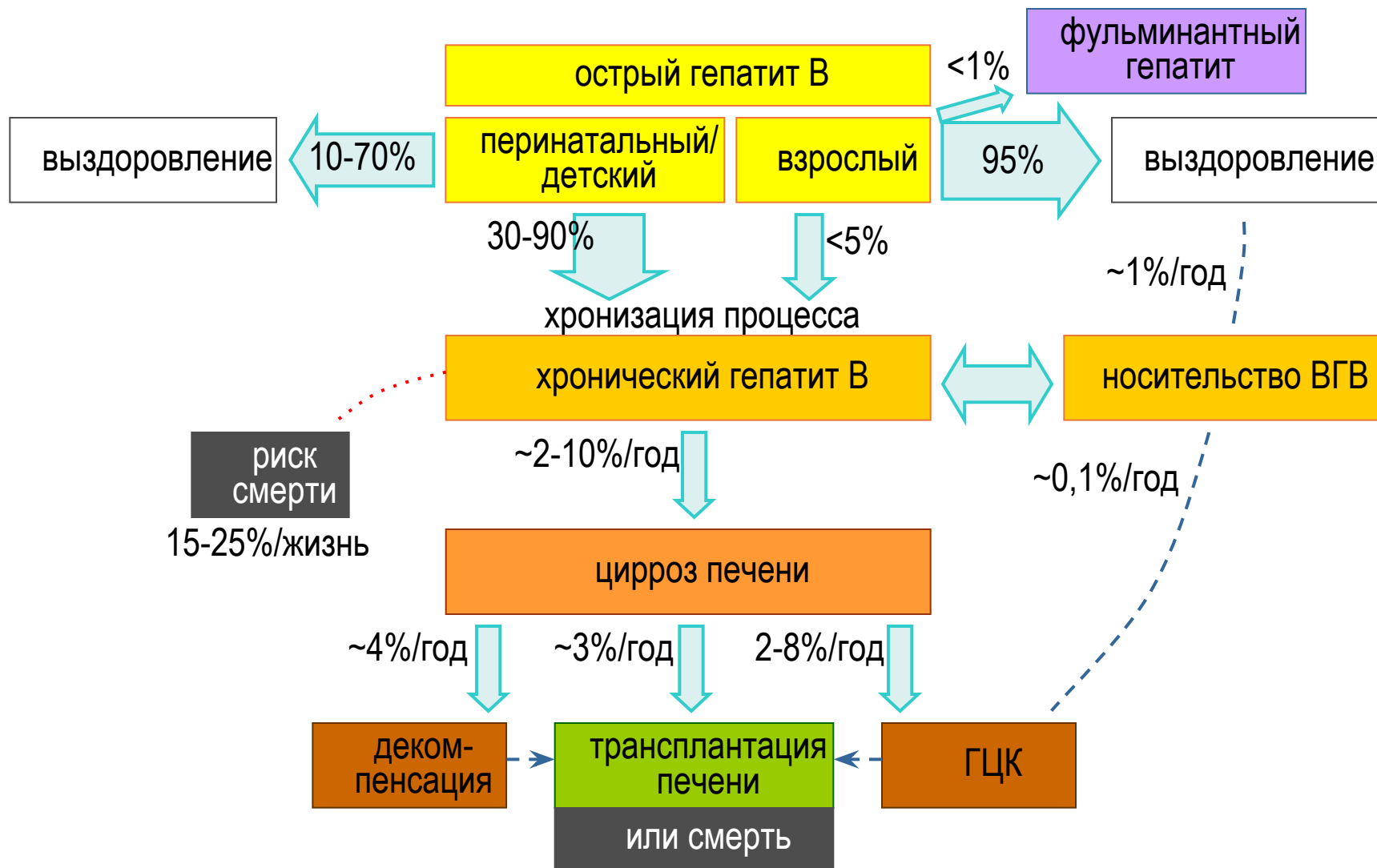
При раннем определении РНК ВГС у ребенка первое обследование на наличие anti-HCV рекомендуют проводить в сроки от 12 до 18 мес [L.Pembrey, P.A.Tovo, M.L.Newell, 2005] или от 9 до 15 мес [S.Polywka e.a., 2006].



# Схема наблюдения детей, рожденных от матерей с ГС

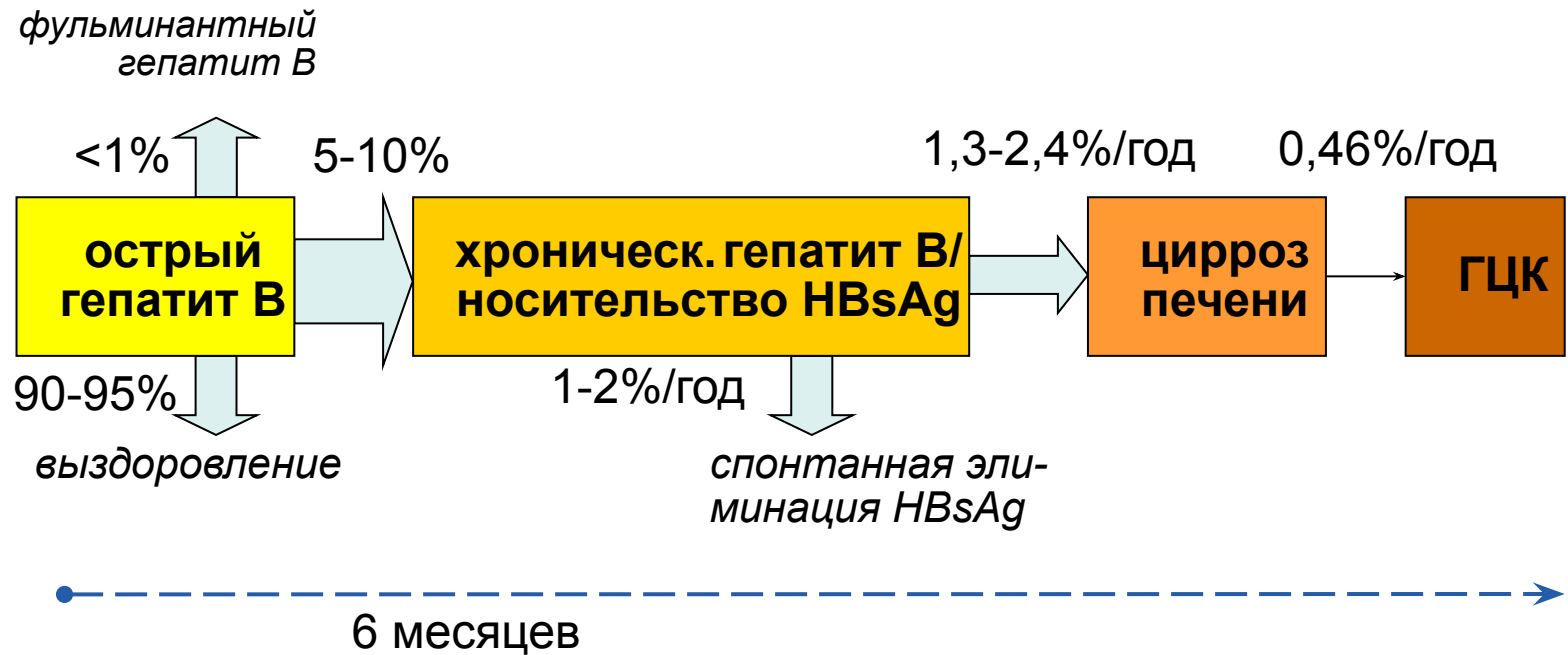


# Естественное течение гепатита В



EASL Consensus Conference on Hepatitis B. Consensus statement (long version). J Hepatol 2003;39:S3–S25.

# Естественное течение гепатита В

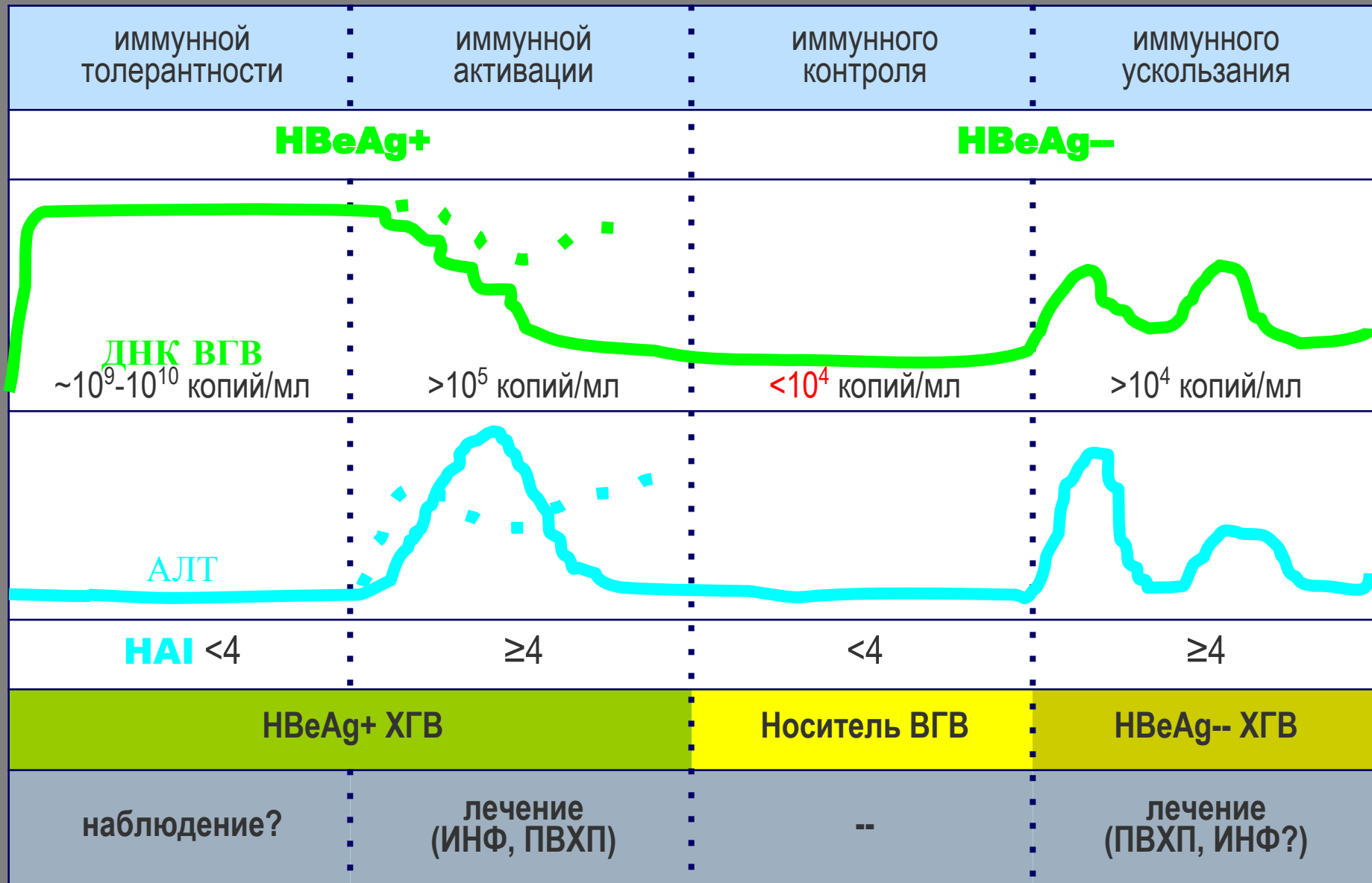


# КОГО ЛЕЧИТЬ?

---

- Основным вопросом является вопрос не кого лечить, а когда начинать терапию, чтобы она была максимально эффективна и рентабельна
- Все инфицированные HBV являются потенциальными кандидатами для противовирусного лечения
- Пациенты, которым не показана терапия в настоящий момент, подлежат тщательному мониторингу по следующим показателям:
  - Концентрация HBV ДНК, ИГА и индекс фиброза
  - Доступные на данный момент схемы терапии

# ХГВ: разные стадии – разные концепции



# ХВГВ

- **«Немой гепатит»** - скрытое течение в течение ряда лет после ОВГ (мин), чаще после легких, желтушных форм или стертого течения. Диагноз ставится при **рутинном обследовании**
- ХВГВ с клинически **сглаженным малосимптомным** течением

# ХВГВ

- **Субъективно:** быстрая утомляемость, слабость, потливость, головная боль, снижение толерантности к обычным физическим нагрузкам, усталость в утренние часы, отсутствие свежести после ночного сна, эмоциональная неустойчивость. **Реже** диспепсия: непереносимость жирной пищи, горечь во рту, подташнивание, боли в верхней части живота. **Редко** ревматические жалобы (артралгии) и кожный зуд.

# ХВГВ

- **Объективно:** постоянный признак – гепатомегалия
- Редко спленомегалия (такое сочетание в последующем – цирроз)
- Очень **редко** гиперспленизм
- **Желтуха – поздний признак ХВГВ**, как правило незначительная. Яркая желтуха – ХГ-ЦП

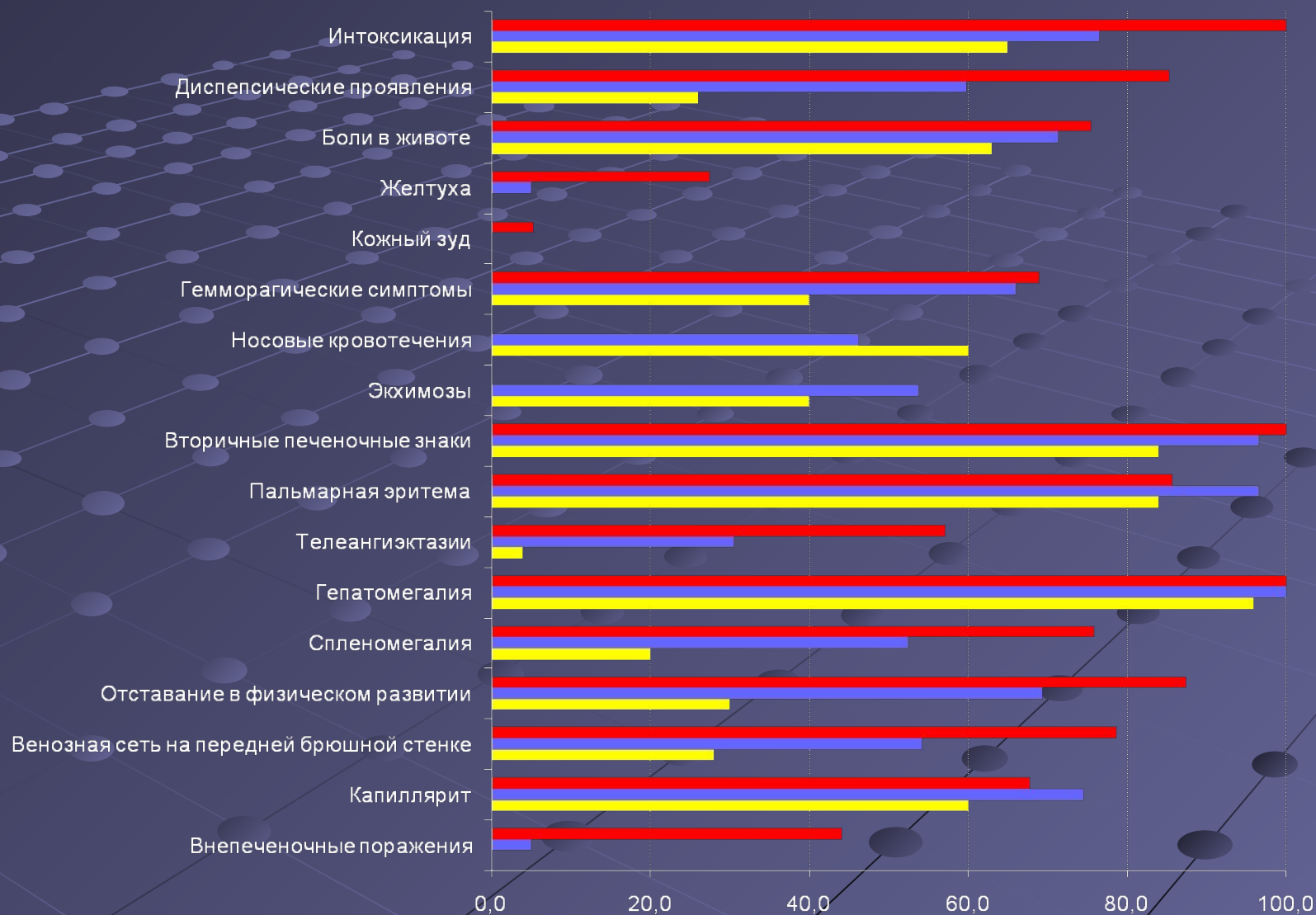


# ХВГВ

- **Лабораторные исследования:** повышенное АЛТ – самый частый маркер обострения ХГ. Чаше «биохимические обострения» при отсутствие клиники и после погрешностей в питании.
- Анемия и тромбоцитопения – проявление угнетения белоксинтезирующей функции печени

# Клинические данные при ХВГ (В) у детей

■ Высокая активность    ■ Умеренная активность    ■ Минимальная активность



# ХГД

- **Основная форма** – суперинфекция HDV на «здоровое носительство» HBsAg
- **Клиника** от латентных форм до манифестных с быстрым прогрессированием болезни
- **Гиперэндемичные районы** - преобладает иннапарантное и субклиническое течение (АЛТ + анти HDV)

# ХГД

- **Объективно:** плотная увеличенная печень, спленомегалия (обязательно), гиперспленизм, желтуха непостоянная и не интенсивная
- **Отличие ХГД от ХГВ:** нет внепеченочной репликации вируса в моноцитах и других клетках
- **Особенность ХГД:** циррозогенность (70-82%)

# ХГД

- **Лабораторные показатели:** снижение альбумина, повышение гамма-глобулинов, высокая тимоловая проба, низкая сулемовая, гиперферментемия, ускоренная СОЭ
- **Обострения:** высокая АЛТ, повышение билирубина, повышение температуры тела, познabливaние

# ХГД

- **Манифестные формы** – прогрессирующее течение с преобладанием **субъективных расстройств**: быстрая утомляемость, слабость, резко сниженная трудоспособность, у мужчин снижение половой активности, у женщин нарушение менструального цикла. Ухудшение аппетита, снижение толерантности к пище, «беспричинное похудание»

# ХГД

- **Объективно:** плотная увеличенная печень, спленомегалия (обязательно), гиперспленизм, желтуха непостоянная и не интенсивная
- **Отличие ХГД от ХГВ:** нет внепеченочной репликации вируса в моноцитах и других клетках
- **Особенность ХГД:** циррозогенность (70-82%)

# ХГД

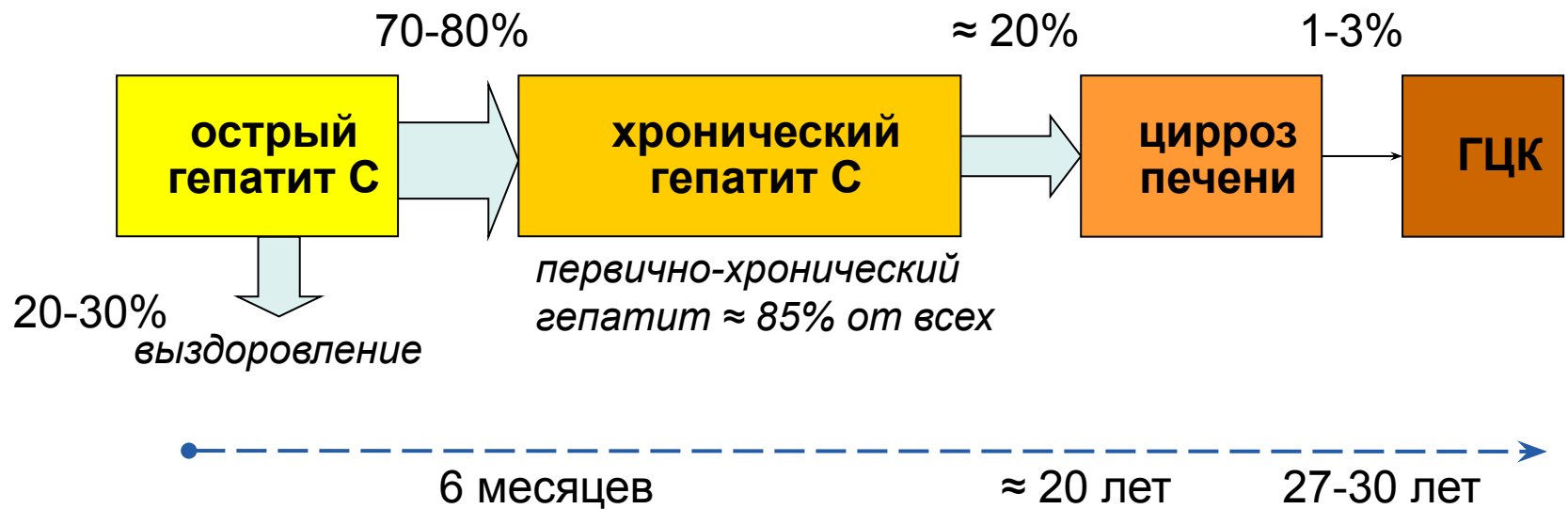
- **Лабораторные показатели:** снижение альбумина, повышение гамма-глобулинов, высокая тимоловая проба, низкая сулемовая, гиперферментемия, ускоренная СОЭ
- **Обострения:** высокая АЛТ, повышение билирубина, повышение температуры тела, познabливание



# ХГС

- 90% HCV- инфекции -  
посттрансфузионный гепатит
- **ХГС** – основная клиническая форма HCV-  
инфекции
- ОГС, безжелтушная форма – 80% ХГС
- **58% ХГС** среди хронические  
заболевания печени

# Естественное течение гепатита С



# Печень при гепатите С



Пораженная  
ткань

Цирроз

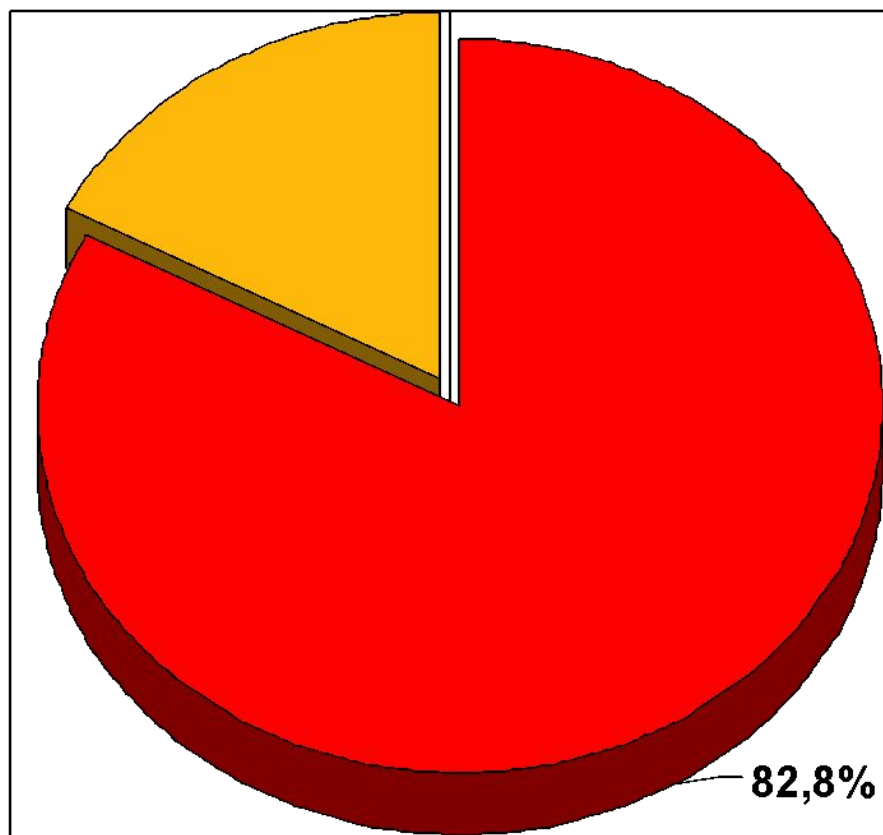
Цирроз и рак



# ХГС

- **Внепеченочный тропизм**, не имеющий равных среди других вирусов
  - суставы – артралгии, полиартрит
  - васкулит кожи
  - аутоиммунный тиреоидит
  - лихорадка, иммунная цитопения
  - мышцы, почки, синдром Шегрена

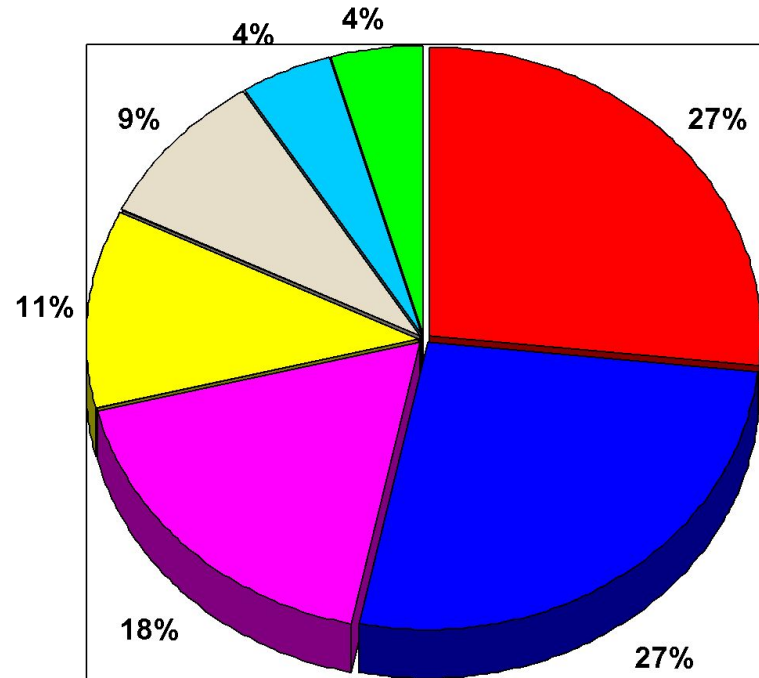
# Частота основных путей инфицирования НСВ по материалам ГКИБ, 2002 - 2006



■ артифициальный  
путь  
инфицирования

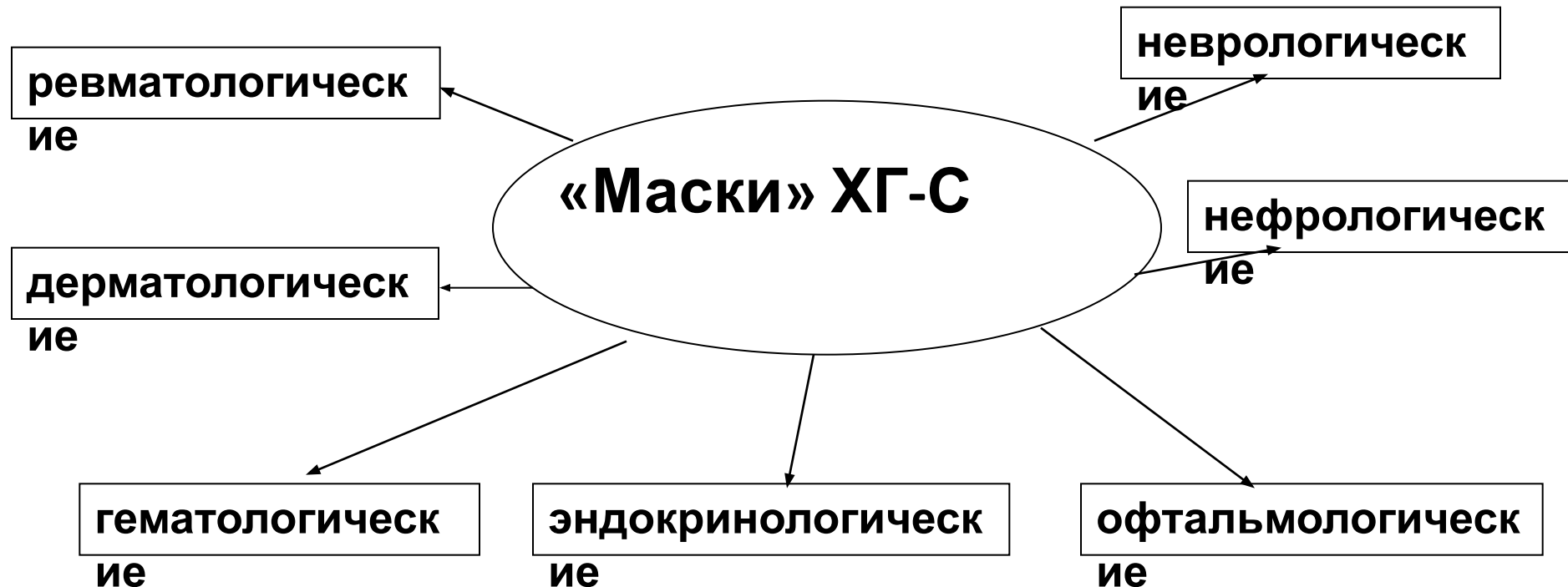
# Частота медицинских манипуляций среди искусственного пути инфицирования НСВ

- ✓ Операции
- ✓ Стоматология
- ✓ Обследование
- ✓ Инфузия крови и плазмы
- ✓ Наркомания
- ✓ Контакт с кровью больных
- ✓ Не установленный



# Значение внепеченочных поражений при HCV-инфекции (I)

Могут приобретать ведущее значение в клинической картине болезни и быть причиной позднего распознавания хронического вирусного гепатита



# Особенности гепатитов у детей на современном этапе:

- Есть несколько различий в клинике HCV-инфекции у детей :
  - острый гепатит С у детей практически не диагностируется ,т.к. в 100% случаев острое течение заболевания - бессимптомное
  - спонтанное излечение
  - нормальная или почти нормальная активность aminотрансфераз
  - медленное развитие печеночной недостаточности
  - гистологические изменения в печени возникают примерно с той же частотой, что и у взрослых, но преобладает пери-портальный фиброз (70% случаев), который, по-видимому, прогрессирует с возрастом при сохранении инфекции.
  - при заражении в перинатальном периоде в первые 20 лет после заражения у них отмечается лишь легкое поражение печени, однако о риске тяжелых печеночных осложнений на протяжении жизни и смертности среди этих детей мало что известно
  - главная проблема, как и у взрослых, - отбор кандидатов для лечения. Принимая во внимание относительную легкость заболевания у большинства детей в ранний период после заражения и надеясь на улучшение методов лечения в будущем, было бы естественным высказаться против обязательного лечения, однако, если допустить, что в среднем такому больному предстоит прожить с инфекцией более 50 лет, лечение представляется вполне оправданным.



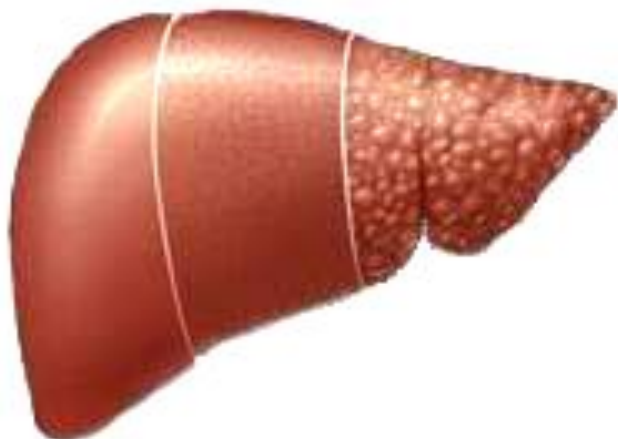
# Лечение детей с хроническим гепатитом С

Пациенты с врожденным ГС являются потенциальными кандидатами для проведения этиотропной терапии препаратами ИФН

- частота спонтанного клиренса РНК ВГС в исходе врожденного ГС невысока (и большинство нелеченных пациентов сформируют хронический гепатит)
- течение и отдаленные последствия врожденного ГС плохо изучены (существует возможность прогрессирования фиброза в печени и в связи с этим может быть целесообразным лечение детей с «мягким» поражением печени даже при отсутствии клинико-биохимических проявлений )

# Определение

- **ВОЗ: ЦП – процесс, характеризующийся фиброзом и трансформацией органа в аномальные узелки** в результате следующих процессов
  - непрерывный некроз гепатоцитов, поддерживающий воспаление
  - непрерывная регенерация гепатоцитов
  - несбалансированный фиброгенез
  - нарушение архитектоники печеночной долики с появлением ложных долек



## Цирроз печени –

анатомическое определение, которое характеризует диффузный процесс, представленный фиброзом и образованием узлов регенерации с изменением нормальной архитектоники печени

### Цирроз печени

Некроз паренхимы

Узловая регенерация

Фиброз

# Классификация ЦП

- **По этиологии**

- вирусный В,Д,С
- лекарственноиндуцированный
- алкогольный
- метаболический, генетически обусловленный (гемохроматоз, врожденный дефицит L-антитрипсина и т.д.)
- ПБЦ (первичный, вторичный), ПСХ
- Застойный
- Криптогенный

# Классификация

- **По клиническим признакам**
  - Стадии ЦП: 1) начальная; 2) выраженных клинических проявлений; 3) терминальная
  - **Активность процесса:** 1) активный ЦП; 2) неактивный ЦП
  - **Степень печечно-клеточной недостаточности:** 1) компенсированная (легкая); 2) субкомпенсированная (средней тяжести); 3) декомпенсированная (тяжелая)

# Классификация

- **По морфологии:** 1) микронодулярный; 2) макронодулярный; 3) смешанный
- **Осложнения:** 1) Отечно – асцитический синдром; 2) геморрагический синдром; 3) ПЭ и кома; 4) цирроз – рак печени

Классификация циррозов печени (Лос – Анджелес, 1994 г)

# Шкала ЦП по Чайлд - Пью

| Признак  | Класс А  | Класс В              | Класс С    |
|----------|----------|----------------------|------------|
| Асцит    | Нет      | Легко контролируемый | Выраженный |
| ПЭ       | Нет      | 1 и 2 ст             | 3 и 4 ст   |
| Альбумин | > 53 г/л | 34 – 52 г/л          | < 51 г/л   |
| ПИ       | > 70%    | 40 – 70%             | < 405      |

# Особенности вирусного ЦП

- Функциональная недостаточность появляется **рано и совпадает** с обострением
- Асцит **реже**, чем при алкогольном и появляется поздно
- Течение **непрерывное**, быстро или медленно прогрессирующее
- **Чаще** ОПЭ, реже портальная гипертензия



# Особенности вирусного ЦП

- ЦПД не чаще, чем при других ХГ, но **раньше**: больные с ЦПД на 10-15 лет моложе больных с ЦПВ
- Портальная гипертензия, ДВС-синдром
- Течение волнообразное: обострения и неполная ремиссия
- Угроза малигнизации меньше, чем при ХГВ (не доживают)

С учётом отсутствия вакцины против гепатита С, профилактику необходимо строить на пересечении всех возможностей парентерального инфицирования

## Источники

## инфекции

Больной/  
вирусо-  
носитель ВГ

Донор  
(инфициро-  
ванный ВГ)

Мед.  
работник,  
Пациент  
(инфициров  
анные ВГ);

Член семьи  
(инфициро-  
ванный ВГ)

Мать  
(инфициро  
ванная ВГ)

Половой  
партнер,  
наркоман  
(инфициров  
анные)

## Пути

## передачи

Контактный  
путь – через  
предметы  
личной  
гигиены  
(бритвенные  
приборы и  
др.),  
немедицинск  
ие  
процедуры  
(космет.,  
парикмахерс  
к услуги,  
татуировки,  
пирсинг,  
маникюр,  
педикюр),  
контакт  
через  
поврежден  
кожные  
покровы и  
слизистые,  
травмы

Гемоконта  
ктный  
путь – от  
инфициров  
анного ВГ  
донора  
реципиент  
у через  
кровь и ее  
компонен  
ты

Контактны  
й путь –  
через  
инфициров  
анные  
изделия мед  
назначения,  
контакт  
через  
поврежденн  
ые кожные  
покровы и  
слизистые

Контактно  
-бытовой  
путь –  
через  
общие  
предметы  
личной  
гигиены  
(бритвенн  
ые  
приборы,  
зубные  
щетки,  
полотенца  
и др.)

Вертикаль  
ный путь –  
от  
инфициров  
анной  
матери  
при  
прохожден  
ии плода  
через  
родовые  
пути

Половой  
путь –  
половой  
партнер,  
случайные  
половые  
связи;  
парентерал  
ьный путь  
– через  
общие  
шприцы  
для  
введения  
наркотиков

Восприимчивый организм ( человек)

# Серологические маркеры при ГВ

|                                           | HBsAg | anti-HBs | anti-HBcor | HBeAg | anti-HBe | ДНК ВГВ |
|-------------------------------------------|-------|----------|------------|-------|----------|---------|
| острый ГВ                                 | +/-*  | -        | +          | +     | -        | +       |
| ВГВ-пастинфекция<br>(выздоровление)       | -     | +        | +          | -     | +/-      | -       |
| HBeAg-положительный ХГВ                   | +     | -        | +          | +     | -        | +       |
| Носительство ВГВ                          | +     | -        | +          | -     | +        | -       |
| HBeAg-негативный ХГВ<br>(pre-core мутант) | +     |          | +          | -     | +        | +       |
| HBsAg-мутант                              | -     | -        | +          | -     | -        | + **    |

\* при остром гепатите HBsAg в сыворотке может находиться на субопределяемом тест-системами уровне

\*\* ДНК ВГВ может определяться только чувствительными ПЦР методиками

# **Медицинская помощь пациентам с ХВГ включает**

- 1. Первичное обследование**
- 2. Подтверждение диагноза**
- 3. Принятие решения о противовирусной терапии**
- 4. Проведение и мониторинг противовирусной терапии**
- 5. Профилактические меры и консультирование пациентов**

# Первичное обследование

**В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи первичному (скрининговому) обследованию подлежат следующие контингенты:**

- пациенты с гемофилией;**
- пациенты, находящиеся на гемодиализе;**
- реципиенты крови и органов;**
- пациенты с заболеваниями крови и злокачественными новообразованиями;**

# Первичное обследование (продолжение)

- **пациенты, перенесшие оперативные вмешательства;**
- **дети, рожденные от матерей, инфицированных вирусами гепатита;**
- **беременные женщины;**
- **медицинские работники, имеющие повышенный риск инфицирования вирусами гепатитов**

Приказ И.о. Министра здравоохранения Республики  
Казахстан от 17.02. 2012 года № 92

**Врачи по специальностям «гастроэнтерология» или «инфекционные болезни» по месту прикрепления направляют пациентов с подозрением на хронический вирусный гепатит на дальнейшие исследования:**

**1) при обнаружении HBsAg:**

anti-HBc;  
HBeAg;  
anti-HBe;

ПЦР на HBV ДНК (качественный тест, при положительном результате - количественный тест);

**2) при обнаружении anti-HDV total:**

anti-HDV IgM;  
ПЦР на HDV РНК (качественный тест);

**3) при обнаружении anti-HCV:**

ПЦР на HCV РНК (качественный тест)

**В клиническом диагнозе хронического вирусного гепатита  
необходимо отразить:**

1. **этиологию** (В, Д, С);
2. **НВеAg - статус** и фазу инфекции (для вирусного гепатита В);
3. **генотип и вирусную нагрузку** (у пациентов, которым планируется проведение противовирусной терапии);
4. **биохимическую и/или морфологическую активность гепатита** (в случаях, когда проводилась пункционная биопсия печени);
5. **стадию гепатита** (в случаях, когда проводилась пункционная биопсия печени или эластография);
6. **осложнения и внепеченочные проявления;**
7. **сопутствующие заболевания**



**Протокольное решение о назначении ПВТ пациентам с ХВГ принимается комиссией, утверждаемой местным органом государственного управления здравоохранением, в состав которой включаются:**

- 1. заместитель руководителя местного органа государственного управления здравоохранением (председатель);**
- 2. курирующий специалист (курирующие специалисты) местного органа государственного управления здравоохранением;**
- 3. главный внештатный гастроэнтеролог (гепатолог);**
- 4. главный внештатный инфекционист;**
- 5. руководитель гепатологического кабинета (центра);**
- 6. врач по специальности «гастроэнтерология» или «инфекционные болезни», направивший пациента, и определивший показания к противовирусной терапии;**
- 7. специалист территориального департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности**

Приказ И.о. Министра здравоохранения Республики  
Казахстан от 17.02. 2012 года № 92

**Перед проведением противовирусной терапии  
пациенты с хроническими вирусными гепатитами  
или их законные представители  
подписывают форму  
«Информированное согласие пациента на лечение  
хронического вирусного гепатита»,  
согласно приложению к настоящим Правилам**

**Для оценки соматического статуса и функционального  
состояния печени проводятся:**

1. **общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов;**
2. **функциональные пробы печени (АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная фосфатаза или ГГТ П, альбумин, протромбиновое время/индекс или международное нормализованное отношение);**
3. **ультразвуковое исследование органов брюшной полости, по показаниям - доплерография сосудов печени и селезенки;**
4. **валидизированные неинвазивные методы оценки фиброза при наличии соответствующего оборудования (эластрография);**
5. **эзофагогастродуоденоскопию (пациентам с подозрением на цирроз печени для выявления варикозно расширенных вен);**
6. **альфа-фетопроtein;**
7. **дополнительные исследования и консультации специалистов по показаниям;**
8. **морфологическое исследование в условиях стационара (по показаниям).**

Дополнительное обследование с целью оценки состояния больного и определения показаний к назначению ПВТ, определения курса лечения

1. ПЦР:  
    *при ХГС* - на определение генотипа и вирусной нагрузки (количественный тест), выраженной в количестве международных единиц в миллилитре;  
    *при ВГВ* - в случае предшествующего положительного результата - на определение вирусной нагрузки (количественный тест), если таковое исследование не проводилось непосредственно перед определением показаний к противовирусной терапии;  
    *при ХГД* - в случае предшествующего положительного качественного результата - на определение вирусной нагрузки, если таковое исследование представляется возможным;
2. биохимические пробы (глюкоза крови, сывороточное железо);
3. ТЗ, Т<sub>4</sub> (свободный), тиреотропный гормон, антитела к тиреопероксидазе (перед планируемой противовирусной терапией на основе интерферона);
4. осмотр глазного дна (перед планируемой противовирусной терапией на основе интерферона);
5. осмотр врача по специальности «психиатрия» у пациентов с депрессией (перед планируемой противовирусной терапией);
6. anti-HIV;
7. другие исследования по показаниям

# Обследование

- **антропометрические данные:** вес, рост, площадь поверхности тела

# Тактика лечения

- В неактивную фазу медикаменты не назначают
- При вялотекущем процессе-гепатопротекторы
- В фазе репликации вируса (ХГВ, ХГС, ХГД)  
активная противовирусная терапия (ПВТ)

# Противопоказания к ПВТ

## Абсолютные:

- судорожный синдром и психические расстройства в настоящее время или в прошлом;
- Аутоиммунные заболевания
- декомпенсированный цирроз печени (класс С по классификации Чайлда—Пью);
- заболевания бронхолегочной системы (рецидивирующие пневмонии, частые приступы бронхиальной астмы)

# Противопоказания к ПВТ

## **Относительные:**

- ▣ **Эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы)-после консультации эндокринолога)**



# Эволюция методов лечения ХВГ



## РЕКОМЕНДАЦИИ:

**Дети в возрасте 3-17 лет, инфицированные HCV, должны рассматриваться как подходящие кандидаты для лечения с использованием тех же критериев, как и взрослые (Class II a, Level B)**

**Дети должны лечиться пегилированным интерфероном альфа-2b 60 мкг/м<sup>2</sup> еженедельно в комбинации с рибавирином 15 мг/кг ежедневно в течение 48 недель (Class I, Level B)**

AASLD PRACTICE GUIDELINES

Diagnosis, Management and Treatment of Hepatitis C:

An Update (Ghany et al. HEPATOLOGY, vol.49, No.4, 2009, 1335-1374)

- **Пегинтерферон альфа-2b (60 мкг/м<sup>2</sup> в неделю) и рибавирин (15 мг/кг в день) были одобрены FDA (2008) и EMA (2009)**
- **Рекомендации: пациенты с генотипами 1 и 4 должны лечиться в течении 48 недель с прерыванием терапии после 6 месяцев, если отсутствовал вирусологический ответ. Пациенты с генотипами 2 и 3 должны лечиться 24 недели**

Guidance for clinical trials for children and adolescents with chronic hepatitis C

Согласительное совещание рабочей группы членов и экспертов гепатологического комитета ESPHAN и EMA (ноябрь 2009)

# Стандартные дозы ПВТ

**вирусный гепатит С для детей с 3 лет**

□ **пегинтерферон альфа -2 в (пегинтрон) 60  
мкг/м<sup>2</sup> подкожно 1раз в неделю**

**+**

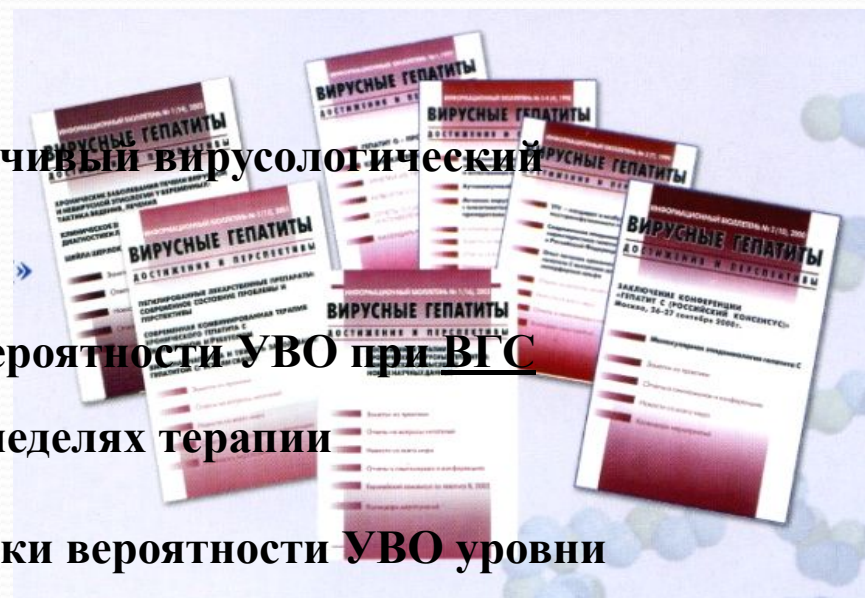
□ **Рибавирин (ребетол) 15 мг/кг перорально  
ежедневно**

# **Продолжительность противовирусной терапии**

- 1. ХВГС генотипы 1 (4, 5, 6) - пегилированные интерфероны в сочетании с рибавирином - 48 недель;**
- 2. ХВГС генотипы 2 и 3 - пегилированные интерфероны в сочетании с рибавирином - возможно ограничиться 24 недели;**
- 3. острый гепатит С - монотерапия стандартными или пегилированными интерферонами на протяжении 20-24 недель;**

# Цель и конечные точки терапии хронических вирусных гепатитов

- **Цель терапии:** стабильное подавление репликации вирусов-возбудителей и клиническая ремиссия заболевания с улучшением гистологической картины в печени
- **Конечной точкой терапии** является устойчивый вирусологический ответ (УВО)
- **Промежуточными точками** для оценки вероятности УВО при ВГС являются уровни РНК ВГС на 4, 12 и 24 неделях терапии
- **При ХГВ** промежуточные точки для оценки вероятности УВО уровни ДНК ВГВ на 12, 24 и 48 неделях терапии



# Эффективность ПВТ

## Факторы хозяина

- Генотип по IL 28 В - СС, СТ, ТТ
- Фиброз печени
- Масса тела
- Жировой гепатоз
- Коинфекция ВИЧ и HBV-инфекцией (в том числе оккультной)

## Факторы вируса

- Генотип вируса
- Вирусная нагрузка

## Факторы терапии

- Низкая приверженность терапии
- Вирусологический ответ
- Побочные эффекты

# ХГВ, показания к п/в терапии

| Показания                                                                                                                                                                                        | Положительный прогноз эффективности                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• HBeAg+</li><li>• ДНК HBV+</li><li>• ↑ АлАТ в 1,5-2 раза выше нормы</li><li>• Наличие некрозо-воспалительных изменений и фиброза в ткани печени</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• «дикий» штамм вируса (HBeAg+)</li><li>• «горизонтальный» путь инфицирования</li><li>• Женский пол</li><li>• Длительность заболевания 6 мес.-3 года</li><li>• Высокая активность трансаминаз (в 2-5 раз)</li><li>• Низкая концентрация в крови HBV</li><li>• Выраженные гистологические изменения в печени без цирроза</li><li>• Отсутствие ИДС</li><li>• Отсутствие дельта-суперинфекции</li></ul> |



# ХГС, показания к п/в терапии

| Показания                                                                                                                                                                                                 | Положительный прогноз эффективности                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• наличие маркера репликации РНК HCV</li><li>• ↑ АлАТ в 1,5-2 раза выше нормы</li><li>• Наличие некрозо-воспалительных изменений и фиброза в ткани печени</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Не 1-ый генотип HCV</li><li>• Женский пол</li><li>• Небольшая продолжительность инфекции – до 3 лет</li><li>• Высокая активность трансаминаз (в 2-5 раз)</li><li>• Низкая вирусная нагрузка</li><li>• Отсутствие ИДС</li><li>• Отсутствие ожирения</li><li>• Отсутствие повышение уровня железа</li></ul> |

# ХГД

| Показания к противовирусной терапии                                                                                                                                                                         | Прогностические факторы эффективности                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>□ Наличие маркера репликации – РНК HDV</li><li>□ ↑ АлАТ в 1,5-2 раза выше нормы</li><li>□ Наличие некрозо-воспалительных изменений и фиброза в ткани печени</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>□ Эффект терапии низкий, высокий риск рецидива заболевания</li></ul> |

## Показания к госпитализации

- Начальный этап противовирусной терапии ВГВ , ВГС; ВГД
- побочные эффекты в результате противовирусной терапии ВГВ и ВГС (длительно удерживающаяся гипертермия, обострение хронических заболеваний, снижение гематологических показателей ниже допустимых).



# Мониторинг ответа на лечение

## ПегИФН + рибавирин

- **Быстрый вирусологический ответ (БВО)**  
*РНК ВГС не определяется на 4-й неделе терапии, эффект сохраняется до конца лечения*
- **Ранний вирусологический ответ (РВО)**  
*РНК ВГС определяется на 4-й неделе, но не определяется на 12-й неделе, эффект сохраняется до конца лечения*
- **Медленный вирусологический ответ (МВО)**  
*Уровень РНК ВГС падает  $> 2 \log_{10}$ , определяется на 12 неделе, не определяется на 24 неделе, эффект сохраняется до конца лечения*
- **Нет ответа**  
*Уровень РНК ВГС падает менее чем на  $2 \log_{10}$  от исходного уровня на 12-й неделе лечения*
- **Частичный ответ**  
*Уровень РНК ВГС падает более чем на  $2 \log_{10}$  от исходного уровня на 12-й неделе лечения, но РНК ВГС все еще определяется на 12 и 24 неделе лечения*
- **Ускользание ( вирусологический прорыв)**  
*повторное появление РНК ВГС после достижения вирусологического ответа в любое время в течение терапии*
- **Непосредственный вирусологический ответ (НВО)**  
*РНК ВГС не определяется на момент окончания терапии*

# Ранний вирусологический ответ

Оценка эффективности терапии через месяц после ее начала

При сохранении прежнего высокого уровня HBV, HCV или HDV в крови через 3 месяца терапию прекращают, при снижении уровня – терапию продолжают до 6-12 месяцев

## Контроль эффективности и безопасности ИФН-терапии проводят в течение всего курса лечения

- Целенаправленный сбор анамнеза о возможных побочных эффектах
- Общий анализ крови в 1-ый месяц 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в месяц до окончания терапии
- б/х анализ крови 1 раз в месяц
- Исследование на маркеры гепатитов 1 раз в 3 месяца

**При плохой переносимости доза препарата может быть снижена вплоть до полной отмены**

## Для детей с ХВГ

**Монотерапия: пегинтерферон альфа-2 в (пегинтрон) -48 нед.**

**Монотерапия: Стандартный интерферон  $\alpha 2b$  (интрон) подкожно 3 раза в неделю**

- **1-я неделя 1.5 млн МЕ/м<sup>2</sup>**
- **с 2 недели 3 млн МЕ/м<sup>2</sup>**

## Для детей с ХВГ

□ При ХГВ промежуточные точки для оценки вероятности УВО уровни ДНК ВГВ на 12, 24 и 48 неделях терапии



## Критерии эффективности лечения ВГВ

- **устойчивая нормализация уровня АлАТ;**
- **стойкое подавление репликации ДНК ВГВ [снижение концентрации, в 10 раз через 3 месяца лечения и до неопределяемых значений (<200 МЕ/мл) в последующем];**
- **устойчивая сероконверсия по HBeAg у пациентов, у которых он изначально определялся.**

## **Мониторинг дополнительных исследований.**

- **При наличии трансаминаземии – ежемесячное взятие биохимических показателей, после их нормализации 1 раз в 3 месяца.**
- **ОАК, ОАМ – 1 раз в месяц.**
- **Гормоны щитовидной железы – 1 раз в 3 месяца. УЗИ – 1 раз в 6 месяцев.**

## **Принципы диспансеризации.**

- **Обследование на вирусную нагрузку ДНК HBV и РНК HCV проводится один раз в 3-6 месяцев**
- **дополнительно общий анализ крови, мочи, биохимические показатели.**

# Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим вирусным гепатитом

- **Специалисты: гепатологического центра, инфекционист, педиатр поликлиники**
- **Наблюдение не реже 1-2 раз в год с контролем АЛТ, АСТ, билирубина, ЩФ, ГГТ, маркеров репликации вируса**
- **Наблюдение ХГ с активностью процесса – не реже 1 раза в 3 месяца**
- **Снятию с учета больные ХВГ не подлежат**

***БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!***