

Одесский государственный
медицинский университет



В.Н. Запорожан
2001г.

Управление
здравоохранения Одесской
областной администрации



З.Н. Чуев
2001г.

Одесский государственный медицинский университет

***Диагностика, лечение, профилактика и
диспансеризация взрослых и детей,
больных вирусными гепатитами***

Методические рекомендации

Одесса 2002

Учреждения-разработчики:

Одесский государственный медицинский университет,
Управление здравоохранения Одесской облгосадминистрации,
Одесская областная санитарно-эпидемиологическая станция
Одесская городская клиническая инфекционная больница,

Составители:

д.м.н., профессор Е.В. Никитин, д.м.н., профессор И.П. Минков,
д.м.н., профессор К.Л. Сервецкий, доцент С.В. Кузнецова, А.И. Сидяченко,
В.С. Лапай, Л.А. Иванова, к.м.н. Т.В. Чабан, доцент Л.И. Засыпка,
Е.К. Воронина, П.В. Дорошенко

Методические рекомендации утверждены на заседании центральной методической комиссии ОГМУ,
протокол № 12 от 11.04.2002.

Методические рекомендации предназначены для лечебно-профилактических учреждений г. Одессы и области.

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОДЕССКОЙ
ОБЛГОСАДМИНИСТРАЦИИ

ПРИКАЗ

«16» сентября 2002 г.

№ 324

**«О мерах по снижению заболеваемости
вирусными гепатитами и совершенствованию
медицинской помощи больным, страдающим
острыми и хроническими гепатитами вирусной
этиологии».**

Область является одной из неблагополучных по заболеваемости вирусными гепатитами в стране. Только за 10 месяцев 2001г., по сравнению с аналогичным периодом 2000г., заболеваемость острым гепатитом А выросла в области на 84,04%, острым гепатитом В – на 6,5 %, острым гепатитом С – осталась на прежнем уровне.

В области высок уровень заболеваемости и хроническими гепатитами вирусной этиологии. У больных хроническими гепатитами наиболее частыми возбудителями заболевания являются вирусы гепатитов В, С, D и их сочетания в виде коинфекций, суперинфекций, что наиболее часто имеет место у лиц молодого возраста.

Порочная практика лечения больных острыми и хроническими вирусными гепатитами в домашних условиях и непрофильных лечебных учреждениях, сложившаяся в системе здравоохранения в последние годы, снижение внимания к диспансерному наблюдению за переболевшими острыми формами и больными хроническими гепатитами, отсутствие диспансерного наблюдения и квалифицированных специалистов-инфекционистов в непрофильных лечебных учреждениях способствуют ухудшению эпидемической ситуации в области.

Врачами-гастроэнтерологами и инфекционистами КИЗов далеко не всегда используются современные технологии в диагностике, лечении и профилактике выше указанных заболеваний, что привело к увеличению неблагоприятных исходов болезни, росту числа лиц, страдающих хроническими гепатитами, циррозами печени и цирроз-раком.

В целях улучшения эпидемической ситуации и совершенствования медицинской помощи больным гепатитами вирусной этиологии и циррозами печени

ПРИКАЗЫ ВАЮ:

1. Начальнику управления здравоохранения Одесского горисполкома Якименко Е.А., главным врачам районов.

1.1. Всех вновь выявленных больных острыми гепатитами в целях установления этиологического фактора болезни и решения вопросов тактики лечения направлять в Одесскую городскую клиническую инфекционную больницу и инфекционные отделения городских больниц ЦРБ.

1.2. Вновь выявленных больных хроническими гепатитами и «носителей» HBV, HCV, HDV для уточнения этиологии болезни, установления активности патологического процесса, выработки тактики и методик лечения и последующего диспансерного наблюдения направлять в гепатологический центр Одесской городской клинической инфекционной больницы. В других городах и районах области – в КИЗы поликлиник.

1.3. Обеспечить максимальное лабораторное обследование всех контингентов риска (беременных, хирургов, акушеров-гинекологов, работников отделений гемодиализа, реанимационных отделений) на наличие маркеров HBV, HCV, TORCH-инфекции. Лиц с положительными результатами направлять в гепатоцентр клиники инфекционных болезней г. Одессы для более углубленного обследования. В других городах и районах области – в КИЗы поликлиник, а в случае необходимости – в гепатоцентр г. Одессы.

1.4. На всех вновь выявленных больных острыми и хроническими вирусными гепатитами и носителями HBV, HCV, HDV направлять экстренные извещения в городские и районные СЭС с указанием формы болезни и этиологического фактора.

1.5. Принять меры по улучшению диспансерного наблюдения за переболевшими вирусными гепатитами и носителями HBV, HCV, HDV. Снятие с диспансерного учета больных, страдающих хроническими вирусными гепатитами осуществлять по заключению гепатологического центра города Одессы. Диспансеризацию лиц, перенесших острые гепатиты вирусной этиологии (гепатит А; взрослые – 1 месяц, дети – 6 месяцев; В, С, D и другие – 1 год; дети, родившиеся от матерей, инфицированных HBV, HCV – 1 год).

1.6. Запретить врачам общей практики лечение больных вирусными гепатитами без установления этиологического фактора болезни и рекомендаций врача-инфекциониста.

1.7. Иммунизацию против гепатита В проводить в соответствии с приказом МЗ Украины № 276 от 31.10.00 г. «О порядке проведения профилактических прививок в Украине».

1.8. Потребовать от главных внештатных инфекционистов области и города Одессы осуществления постоянного контроля за деятельностью ЛПУ по вопросам диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за лицами, перенесшими острые вирусные и страдающими хроническими гепатитами вирусной этиологии.

1.9. Детям, родившимся от матерей-носителей HBV и HCV, начинать вакцинацию в родильном доме в первые сутки жизни, а лечебную и консультативную помочь осуществлять в консультативном гепатологическом центре г. Одессы и детских поликлиниках. В других городах и районах области – в детских поликлиниках и женских консультациях.

2. Заведующему городским отделом охраны здоровья г. Одессы Якименко Е.А. и главному врачу Одесской городской клинической инфекционной больницы Лапаю В.С.

2.1. Расширить возможности городского консультативного гепатологического центра. Открыть отделения для стационарного лечения детей и взрослых больных хроническими вирусными гепатитами, циррозами печени.

2.2. Обеспечить вирусологическую лабораторию соответствующими тест-системами.

2.3. Осуществить необходимые мероприятия с целью повышения квалификации врачей соответствующих специальностей по гепатологии.

2.4. Согласовать с ректором ОГМУ:

- организацию на кафедре инфекционных болезней с эпидемиологией ОГМУ тематического цикла по проблеме «гепатология».

- разработку с заведующими кафедрами инфекционных болезней с эпидемиологией и детских инфекционных болезней методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению больных острыми и хроническими гепатитами вирусной этиологии.

3. Начальнику управления здравоохранения Одесского горисполкома Якименко Е.А. определить роддом, имеющий в своей структуре отделение для беременных, страдающих острыми вирусными или хроническими гепатитами и носителей HBsAg, положительных на anti-HCV, anti-HDV и TORCH-инфекциям.

4. О ходе выполнения настоящего приказа заслушивать на мед.советах Одесского облздравоотдела, города Одессы и больниц.

Начальник управления здравоохранения
Одесской облгосадминистрации



Классификация вирусных гепатитов (МКБ ХХ, ВОЗ)

По этиологическому фактору

Все острые вирусные гепатиты распределяются следующим образом:

- B.15. Острый гепатит А.
- B.15.0. Гепатит А с печеночной комой.
- B.15.9. Гепатит А без печеночной комы.
- B.16. Острый гепатит В.
- B.16.0. Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) с печеночной комой.
- B.16.1. Острый гепатит В с дельта-агентом без печеночной комы (коинфекция).
- B.16.2. Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой.
- B.16.9. Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы.
- B.17. Другие острые вирусные гепатиты.
- B.17.0. Острая дельта- (супер)-инфекция носителя вириуса гепатита В.
- B.17.1. Острый гепатит С.
- B.17.2. Острый гепатит Е.
- B.17.8. Другие уточненные острые вирусные гепатиты.
- B.18. Хронические вирусные гепатиты.
- B.18.0. Хронический гепатит В с дельта-агентом.
- B.18.1. Хронический гепатит В без дельта-агента.
- B.18.2. Хронический гепатит С.
- B.18.8. Другие хронические вирусные гепатиты.
- B.18.9. Хронический вирусный гепатит неуточненный.
- B.19. Вирусный гепатит неуточненный.
- B.19.0. Неуточненный вирусный гепатит с печеночной комой.
- B.19.9. Неуточненный вирусный гепатит без печеночной комы.

Клиническая классификация вирусных гепатитов (М.А. Андрейчин, 2001)

Этиологические виды: А, В, С, D, E, F, G.

Формы: инапарантная, субклиническая, безжелтушная, желтушная (цитолитическая, холестатическая).

Цикличность течения: острый, затяжной, хронический.

Степень тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая, фульминантный гепатит.

Осложнения: острая печеночная энцефалопатия, обострения и рецидивы, функциональные и воспалительные заболевания желчевыводящих путей и желчного пузыря, инициирование аутоиммунных заболеваний.

Вирусные гепатиты: классификация

Последствия: выздоровление, остаточные явления (астеновегетативный синдром, постгепатитная гепатомегалия и гипербилирубинемия), хронический гепатит, цирроз печени, первичный рак печени.

Классификация хронических вирусных гепатитов (г. Лос-Анджелес, 1994)

Этиология	Фаза	Степень активности	Стадия	Нарушения функции печени
ГВ	Верифицированный - репликация	Минимальная.	Без фиброза.	Без нарушений.
ГД	- интеграция	Слабо выраженная.	Слабо выраженный фиброз.	Незначительные.
ГС		Умеренно выраженная.	Умеренный фиброз.	Умеренные.
Микст-гепатит			Тяжелый фиброз.	Значительные.
Неверифицированный	- обострение - ремиссия		Цирроз.	

Клиническая классификация ХГС (Горбаков В.В., 1998)

Вариант течения	Показатели	
	Клинико-лабораторная симптоматика	Морфологические изменения (индекс Кноделя)
Носительство anti-HCV	Отсутствует	Отсутствуют ($0,41 \pm 0,1$)
Латентный	Отсутствует	Минимальные ($0,41 \pm 0,3$)
Вялотекущий	Минимальная	Как правило ($6,5 \pm 0,5$)
Активный	Выраженная	Различной степени выраженности ($13,9 \pm 0,6$)
Активный с вне-печеночными проявлениями	Выраженная (полисерозиты, артриты, панкреатопатии, тиреоидиты и др.)	Выраженные ($13,9 \pm 0,6$)

Вирусные гепатиты у взрослых

На наш взгляд, эта классификация в видоизмененной форме может быть использована и для хронического гепатита В, вполне достаточно отражая клиническое течение болезни.

Клиническая классификация ХГВ

Вариант течения	Показатели	
	Клинико-лабораторная симптоматика	Морфологические изменения (индекс Кноделля)
Носительство anti-HCV	Отсутствует	Отсутствуют
Латентный	Отсутствует	Минимальные ($0,41 \pm 0,1$)
Вялотекущий	Минимальная	Как правило ($6,5 \pm 0,5$)
Активный	Выраженная	Различной степени выраженности ($13,9 \pm 0,6$)
Активный с вне-печеночными проявлениями	Выраженная (полисерозиты, артриты, панкреатопатии, тиреоидиты и др.)	Выраженные ($13,9 \pm 0,6$ и более)

Вирусные гепатиты у взрослых

Острый гепатит А (ОГА)

Диагноз ОГА устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных с учетом возраста больного.

Для подтверждения диагноза необходимы следующие лабораторные исследования.

Обязательные:

1. Биохимические — концентрация общего билирубина в сыворотке крови и его фракций, активность АлАТ, АсАТ, показатели тимоловой пробы, протромбиновый индекс.
2. Серологический маркер — anti-HAV IgM.
3. Исследование мочи на уробилин и желчные пигменты.

На основании этих исследований определяется степень тяжести болезни.

Вирусные гепатиты у взрослых

Дополнительные:

1. УЗИ органов брюшной полости, электрокоагулограмма.
2. С целью дифференциальной диагностики необходимо исследовать HBsAg, HBeAg, anti-HBV, anti-HCV IgM, anti-HDV в сыворотке крови больного. Остальные исследования назначаются индивидуально.

Больные с тяжелым течением ОГА подлежат госпитализации в гепатитные отделения инфекционной больницы либо в инфекционные отделения ЦРБ. Больные с легким, среднетяжелым ОГА могут лечиться в домашних условиях при соблюдении следующих правил:

- ✓ Обязательная регистрация заболевания;
- ✓ Обеспечение санитарно-эпидемического режима;
- ✓ Обеспечение полноценного обследования и лечения.

Алгоритм лечения

1. Стол № 5 по Певзнеру.
2. Амиксин по 1 таблетке 1 раз в день 2 дня подряд в неделю — 4 недели — для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов.
3. Урсофальк либо гепатофальк для нормализации структуры и функций гепатоцитов и нормализации пигментного обмена.
4. При наличии признаков интоксикации — внутривенно капельно вводят физиологический раствор, 5% раствор глюкозы, 5% раствор аскорбиновой кислоты.
5. Янтарь-антококс, карсил, 10% отвар астрагала шерстистоцветкового, и другие антиоксиданты природного происхождения (по выбору врача).
6. На протяжении всей болезни назначают минеральные и столовые воды типа «Свалая» и другие.

Диспансерное наблюдение осуществляется в КИЗе территориальной поликлиники. Срок наблюдения — 6 месяцев. Контрольные исследования осуществляются через 1, 3, 6 месяцев.

Профилактика

- ✓ Изоляция больного до 21 дня от начала желтушного периода.
- ✓ Текущая и заключительная дезинфекция.
- ✓ Кипячение посуды и питьевой воды.
- ✓ Обеспечение населения доброкачественной водой, соблюдение санэпидрежима на объектах общественного питания, торговли, молокопроводящей сети.
- ✓ Контактным лицам следует рекомендовать прием амиксина по 1 табл. в неделю в течение 4 недель для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов.

Острый гепатит E

Тактика обследования, лечения, профилактики аналогична, как при остром гепатите A. С целью уточнения диагноза следует определять геном VHE в реакции ПЦР при наличии тест-систем и aVHE IgM.

Острый гепатит В

Острый гепатитом В болеют преимущественно пожилые люди, инъекционные наркоманы в любом возрасте, лица, ведущие разгульный образ жизни.

Диагноз острого гепатита В ставится на основании данных анамнеза жизни, эпиданамнеза, клинических и лабораторных данных.

Для подтверждения диагноза необходимы следующие лабораторные исследования.

Обязательные:

1. Биохимические — концентрация общего билирубина сыворотки крови и его фракций, активность АлАТ, АсАТ, показатели тимоловой пробы, протромбиновый индекс, электрокоагулограмму.
2. Маркеры HBV — HBsAg, HBeAg, anti-HBe и anti-HBs IgM, anti-HBc IgM, исследование ДНК вируса методом ПЦР.
3. Исследование мочи на наличие уробилина и желчных пигментов.

Дополнительные:

1. УЗИ органов брюшной полости.
2. Для проведения дифференциального диагноза исследуют сыворотку крови на наличие anti-HCV, anti-HDV, anti-HAV IgM, anti-HEV.
3. Остальные исследования назначаются по усмотрению врача.

Больные острым гепатитом В подлежат госпитализации в инфекционные больницы либо в инфекционные отделения ЦРБ.

При постановке клинического диагноза острого гепатита В указывается тяжесть болезни.

Алгоритм лечения

1. Стол № 5 по Певзнеру.
2. При наличии интоксикации назначают дезинтоксикационную терапию. Внутривенно капельно вводят физраствор, 5% раствор глюкозы, 5% раствор аскорбиновой кислоты, а при фульминантных формах добавляют донорский альбумин, цитохром С, контрикал и др.
3. Всем больным назначают амиксин по ранее указанной схеме (см. выше) для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов. С целью повышения интерфероногенеза можно также использовать протеинфлазид в течение всего острого периода.
4. Зеффикс по 1 табл. (100 мг) в день в комбинации с амиксином.

Эти препараты можно комбинировать с ребетолом (600–800 мг/сут 3–4 приема после еды), либо инtronом А либо ребифом.

5. Антиоксиданты — 10% отвар астрагала шерстистоцветкового либо янтарь-антитокс, flavonabol, гепабене, карсил и другие.
6. Энтеросорбенты — селесан, энтеросорб и другие.
7. Урсофальк либо другие препараты этого ряда с целью нормализации пигментного обмена и процессов ПОЛ.
8. На протяжении всей болезни и диспансерного наблюдения больным назнача-

ют минеральные и столовые воды типа «Свалява», «Одесская № 1» и другие.

Диспансерное наблюдение осуществляется в КИЗе территориальной поликлиники, срок наблюдения — 1 год. Контрольные исследования осуществляются через 1, 3, 6, 12 месяцев. Снятие с учета проводится в зависимости от состояния здоровья переболевшего или носителя. Дети, родившиеся от носителей вируса гепатита В, также становятся на учет в детских поликлиниках и состоят на учете 1 год. Целенаправленный осмотр таких детей проводится в возрасте 2, 3, 6, 12 месяцев, исследование крови на наличие HBsAg и активности АлАТ — в 3 и 6 месяцев.

Профилактика

- ✓ Иммунизация населения против гепатита В — в первую очередь новорожденных, контингентов риска, в т.ч. медработников, имеющих контакт с биологическими жидкостями человеческого организма.
- ✓ Соблюдение эпидрежима в ЛПУ, обеспечение их одноразовым медицинским инструментарием и т.д.
- ✓ Обязательная госпитализация.
- ✓ Заключительная дезинфекция в очаге.
- ✓ Медицинское наблюдение за контактными на протяжении 6 месяцев.
- ✓ Вакцинация контактных и их лабораторное обследование, или назначение амиксина по 1 табл. в неделю в течение 1 месяца для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов.

Острый гепатит С

Острый гепатит С встречается редко, преимущественно у лиц после парентеральных вмешательств и после переливания препаратов крови.

У взрослых болезнь протекает чаще всего в виде легкого либо среднетяжелого гепатита. Вирусный гепатит С склонен к обострениям и рецидивам. У большей части больных имеют место признаки интоксикации, субфебрилитет, выраженный астеновегетативный синдром, четкая гепатомегалия, преимущественно за счет левой доли печени. Острый гепатит С без лечения больного в большинстве случаев переходит в затяжное течение и хронический гепатит, заканчивающийся формированием цирроза, циррозрака печени.

Диагноз ставится на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

Обязательные исследования:

1. Биохимические — такие же, как и при других гепатитах.
2. Исследования мочи аналогичные, как при других вирусных гепатитах.
3. Маркеры HCV: в реакции ПЦР обнаружение в крови больного RNA HCV, а также anti-HCV IgM методом ИФА.

Дополнительные:

1. УЗИ органов брюшной полости, электрокоагулограмма.

Вирусные гепатиты у взрослых

2. Для уточнения диагноза и с целью дифференциальной диагностики необходимо в сыворотке крови исследовать HBsAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HDV (общие).

Другие исследования назначаются по усмотрению врача.

Возможна коинфекция, суперинфекция другими гепатитными вирусами, особенно у наркоманов (HCV+HBV, HCV+HDV, HCV+HBV+HDV). В таких случаях необходимо исследовать маркеры этих гепатитов.

Больные острым гепатитом С подлежат госпитализации в инфекционные стационары с целью уточнения диагноза и выбора схемы терапии, тактики терапии, а в случаях комбинаций вирусов — обследование и лечение осуществляется в условиях гепатоцентра Одесской городской клинической инфекционной больницы.

Алгоритм лечения

1. Стол № 5 по Певзнеру.
2. Амиксин по схеме в течение 1 месяца для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов. Возможна комбинация с ребетолом, или интроном А или ребифом. При коинфекции с HBV — амиксин в комбинации с зэффиксом, ребифом на период срока наблюдения.
3. Урсофальк по 1 капсуле утром и вечером или его аналоги.
4. Янтарь-антитокс, 10% отвар астрагала шерстистоцветкового, флавонабол, сирепар и другие антиоксиданты.
5. Энтеросорбенты — селесан, энтеросорб либо другие.
6. Минеральные и столовые воды типа «Свалява», «Одесская № 1» и другие.

Диспансерное наблюдение осуществляется в КИЗе. Сроки наблюдения до 2-х лет, а в случае необходимости — более длительно (по усмотрению врача). Контрольные исследования проводятся через 1, 3, 6 месяцев после выписки больных из стационара. Дважды в год больные должны обследоваться в гепатологическом центре, а в случае развития хронического гепатита — проходить лечение в гепатоцентре.

Профилактика

- ✓ Социальные мероприятия.
- ✓ Соблюдение правил индивидуальной защиты медицинскими работниками, использование одноразового инструментария при медицинских манипуляциях и оперативных вмешательствах.
- ✓ Санитарно-просветительная работа среди молодежи и школьников.

Острый гепатит D

Острый гепатит D, как самостоятельное инфекционное заболевание встречается крайне редко. При сочетании с HBV довольно часто наблюдается тяжелое течение болезни и ее фульминантные формы, могущие закончиться острой печеночной энцефалопатией. Таких больных необходимо направлять на стационарное лечение в специализированные гепатитные отделения. Алго-

ритм лечения аналогичен острому гепатиту В.

Хронические гепатиты вирусной этиологии

Хронический гепатит В

Хронический гепатит В является одним из исходов острого гепатита В, протекающего либо в виде манифестной, либо в виде стерты форм. Хронический гепатит В довольно часто развивается у так называемых «носителей» HBsAg. На наш взгляд, носительство — это латентная форма инфекции, которая в конечном итоге приводит к формированию цирроза печени, либо к цирроз-раку. Переходом острого гепатита В в хроническое течение болезни следует считать такой вариант, если у больного, перенесшего острый гепатит, наблюдается повышенная активность АлАТ, АсАТ по истечении 6 месяцев диспансерного наблюдения.

Для установления диагноза ХГВ необходимы следующие исследования.

Обязательные:

1. Биохимические — концентрация общего билирубина сыворотки крови и его фракций, активность АлАТ, АсАТ, показатели тимоловой пробы, общий белок и белковые фракции.
2. УЗИ органов брюшной полости.
3. DNA HBV, HBsAg, HBeAg, anti-HBs, anti-HBe, anti-HBcor IgM.
4. Микробиоценоз кишечника.

Дополнительные:

1. anti-HCV, anti-HDV в целях дифференциального диагноза и установления коинфекции.

Остальные исследования назначаются по усмотрению врача.

Алгоритм лечения

1. Стол № 5 по Певзнеру.
2. Амиксин 5-недельными курсами с перерывом между ними в 1 месяц согласно ранее указанной схемы в течение 2-х лет для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов.
3. Назначают также протефлазид в течение 3–6 месяцев ежедневно.
4. Зеффикс по 100 мг в сутки длительно (до 2-х лет) в комбинации с амиксином.
5. Ребетол (600–800 мг/сут в 3–4 приема после еды), инtron A (по 5 млн. МЕ ежедневно в течение не менее 6 мес.) либо реальдирон отдельно или каждый в комбинации с амиксином.
6. Урсофальк по 1 капсуле утром и вечером до 6 месяцев либо гепатофальк.
7. Селесан или другие энтеросорбенты.
8. Янтарь-антитокс, отвар астрагала шерстистоцветко-вого (10%), флавона-

бóл, гепабене, карсили.

9. Минеральные и столовые воды типа «Свалява», «Одесская № 1» и другие длительно.

Лечение осуществляется чаще амбулаторно в условиях гепатологического центра. Контроль эффективности терапии по истечении каждого курса лечения. **Диспансерное наблюдение** осуществляется в КИЗе в течение 2 лет, а при необходимости — и более.

Хронический гепатит С

Хронический гепатит С наиболее распространен среди наркоманов, лиц, ведущих разгульный образ жизни, лиц получавших препараты крови и медработников, работающих с кровью больных. Болезнь чаще всего протекает изначально как хронический процесс и выявляется случайно, при цельном исследовании, либо при уже сформировавшемся циррозе печени.

Обязательные исследования:

1. Печеночные пробы и активность аминотрансфераз.
2. RNA HCV.
3. anti-HCV IgM и IgG.
4. УЗИ органов брюшной полости.
5. Биоценоз кишечника.

Дополнительные исследования для дифференциального диагноза:

1. Маркеры гепатита В — HBsAg, anti-HBcor IgM и IgG, anti-HDV, anti-HBe, DNA HBV.

Другие исследования осуществляются по усмотрению врача.

Алгоритм лечения

1. Стол №5 по Певзнеру.
2. Амиксин (для стимуляции выработки эндогенных интерферонов и подавления репликации вирусов) — курсами по ранее предложенной схеме в течение 2–3 лет самостоятельно или в комбинации с ребетолом (по 1000–1200 мг/сут в 3–4 приема после еды) или инtronом А (по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю в течение не менее 12 мес.) либо реальдироном.
3. Ребетол (по 1000–1200 мг/сут в 3–4 приема после еды) в комбинации с ПегИнtronом (1–1,5 мкг/кг 1 раз в неделю не менее 6 мес.), не исключена комбинация с амиксином.
- 4 Протефлазид как стимулятор эндогенного интерфероногенеза в течение 3–6 месяцев ежедневно.
5. Урсофальк или гепатофальк по 1 капсуле утром и вечером до 6 месяцев.
6. Янтарь-антитокс, 10% отвар астрагала шерстистоцветкового либо флавонаил, сирепар, гепабене.
7. Селесан, энтеросорб и другие энтеросорбенты.

8. Минеральные и столовые воды такого же типа, как и при ХГВ.

Контроль эффективности терапии и коррекция назначений осуществляется ежемесячно по показателям, характеризующим активность патологического процесса и содержание RNA HCV в сыворотке крови.

Диспансерное наблюдение проводится в КИЗах поликлиник. Лечение и контроль его эффективности осуществляется в гепатологическом центре.

Профилактика

- ✓ Соблюдение санэпидрежима в ЛПУ, обеспечение их одноразовым медицинским инструментарием.
- ✓ Санитарно-просветительская работа среди школьников и молодежи.
- ✓ Специфическая профилактика не разработана.
- ✓ При выявлении гепатитов, вызванных микст-инфекцией в различных их комбинациях, вопросы уточнения диагноза и тактика терапевтических мероприятий решаются в специализированных гепатологических центрах.

Диагностика и тактика лечения вирусных гепатитов другой этиологии в настоящее время разработаны недостаточно.

Вирусные гепатиты у детей

В этиологической структуре заболеваемости вирусными гепатитами у детей ведущее место занимает острый вирусный гепатит А. Парентеральные гепатиты В, Д, С регистрируются значительно реже.

За последние два года в Одессе и Одесской области среди детей до 14 лет острым вирусным гепатитом А (ВГА) заболели 889 детей (93 %) и острым вирусным гепатитом В (ВГВ) — 67 детей (7%). По сравнению с 1999 г. в 2000 г. заболеваемость вирусными гепатитами А выросла на 46% (с 361 до 528 случаев). Интенсивный показатель заболеваемости ВГА в 1999 г. составил 77,28; в 2000 г. — 113,0. Истинный уровень заболеваемости ВГА значительно выше, т.к. многие заболевшие лечатся дома и заболевания не регистрируются.

В 2000 г. по сравнению с предыдущим годом выросла заболеваемость острыми ВГВ (1999 г. — 29 случаев, 2000 г. — 38 случаев).

Учет заболеваемости хроническими гепатитами не наложен, нет раздельной регистрации острых и хронических гепатитов. Согласно официальным данным среди детей в г. Одессе и области нет заболеваний острыми и хроническими гепатитами С. Неизвестно также количество носителей HBsAg среди детей. Вместе с тем, первичное инфицирование вирусными гепатитами В, С в детском возрасте, особенно на 1-м, 2-м году жизни наиболее часто приводит к хроническому течению инфекции с исходом в хронический гепа-

тит и цирроз печени у взрослых. Инфицирование и длительная перsistенция этих вирусов в детском возрасте является одной из причин гепатокарциномы у взрослых.

Острый гепатит А (ОГА)

Диагноз ОГА устанавливается на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Для подтверждения диагноза необходимы следующие лабораторные исследования.

Обязательные:

1. Биохимические — концентрация общего билирубина в сыворотке крови и его фракций, активность АлАТ, АсАТ, показатели тимоловой пробы, протромбиновый индекс.
2. Серологический маркер — anti-HAV IgM.
3. Исследование мочи на уробилин и желчные пигменты.

На основании этих исследований определяется степень тяжести болезни.

Дополнительные:

1. УЗИ органов брюшной полости, электрокоагулограмма.
2. С целью дифференциальной диагностики необходимо исследование HBsAg, anti-HCV, anti-HDV в сыворотке крови больного.

Остальные исследования назначаются индивидуально.

Эти исследования позволяют рано поставить диагноз и оценить степень тяжести болезни в соответствии с классификацией.

Больные с легкими формами ГА в отдельных случаях могут оставаться дома при соблюдении следующих требований:

- ✓ Обязательная регистрация заболевания;
- ✓ Обеспечение соответствующего обследования и лечения;
- ✓ Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

Все больные острыми ГА более тяжелых форм подлежат обязательной госпитализации в инфекционную больницу.

Выздоровление наступает через 3–4 недели. Контроль за выздоровлением осуществляется с помощью тех же биохимических тестов. Если по каким-либо причинам серологический маркер аHAV IgM не был исследован в остром периоде, то в этот период это исследование можно провести. Сомнительные вопросы диагностики решаются путем консультации с врачом гепатологического центра инфекционной больницы.

Диспансерное наблюдение проводится в КИЗе территориальной поликлиники через 1, 3, 6 месяцев после выздоровления. Перехода в хронический гепатит острого ГА не происходит.

Алгоритм лечения

Базисная терапия:

1. Режим полупостельный или постельный в 1-ю неделю желтушного пери-

Вирусные гепатиты у детей

- да (7–10 дней);
2. Диета полноценная, но щадящая печень. Исключаются жареные, копченые, маринованные блюда. Для детей важно сохранять в диете достаточное количество белков в соответствии с возрастной нормой. Могут быть рекомендованы: творог, кисломолочные продукты, отварная говядина, нежирные сорта рыбы, яичный белок. Сохраняются до 50% от нормы легко эмульгируемые и растительные жиры (сливочное масло, нежареные растительные масла – подсолнечное, кукурузное, соевое). Для питья используются минеральные воды типа «Свалява» и другие;
 3. Витамины группы В и С желательно давать ребенку в составе пищевых продуктов: соки, ягоды, фрукты;
 4. Спустя 5–7 дней от начала желтушного периода (при первых признаках снижения желтухи) можно назначать отвары из трав с желчегонным эффектом и препараты из них: кукурузные рыльца, бессмертник, шиповник, фламин, берберин и другие;
 5. Следить за ежедневным очищением кишечника.

Дополнения к базисной терапии при необходимости:

1. Энтеросорбенты: энтеростель; мультисорб; энтеродез, карболонг; Если не удается добиться регулярного самостоятельного стула, может быть рекомендована лактулоза;
2. Гепатопротекторы (при наклонности к затяжному течению ГА):
 - растительные: силибор, карсили, легалон, лепротек, гепабене, гепалив и другие;
 - препараты фосфатидилхолина: эссенциале Н;
 - синтетические препараты: тиотриазолин, антравел;
 - препараты урсодезоксихолевой кислоты: урсофальк, урсосан, гепатофальк.

ОГА средней степени тяжести

1. К базисной терапии добавляется дезинтоксикационная терапия: 5–10% раствор глюкозы, альбумина (внутривенные капельные вливания проводятся с лазиксом);
2. Преднизолон до 3 мг/кг в течение 2–3 дней (при крайне редких тяжелых формах).

NB! Препараты интерферона и индукторы интерферона при остром ГА не назначаются.

Профилактика

- ✓ Изоляция больного до 21 дня от начала желтушного периода.
- ✓ Текущая и заключительная дезинфекция.
- ✓ Кипячение посуды и питьевой воды.
- ✓ Обеспечение населения доброкачественной водой, соблюдение санэпидрежима на объектах общественного питания, торговли, молокопроводящей сети.
- ✓ Контактные с больным наблюдаются 35 дней, пассивная иммунопрофилактика.

- лактика гамма-глобулином по 1,5 мл, но не позже 7-го дня от контакта (дети до 14 лет и беременные). Для ранней диагностики ВГА у контактных используются те же тесты.
- ✓ Вакцинация детей после 1-го года. Решение об этом принимают органы санэпиднадзора. Пока прививка против ОГА относится к категории рекомендованных. В Украине для этой цели зарегистрированы 2 инактивированные вакцины «Хаврикс» и «Аваксим», которые применяются согласно инструкции.

Острый вирусный гепатит В (ОГВ)

Этим видом гепатита болеют преимущественно дети 1-го года жизни. Перинатальное инфицирование является основной причиной заболевания. Источник инфекции — мать-«носительница» HBsAg. Заражение ребенка происходит преимущественно во время родов. Возможен горизонтальный путь передачи инфекции, перкутанный и через слизистые оболочки при тесном контакте ребенка с матерью в первые месяцы жизни. Этот путь передачи может иметь место в любом возрасте, если в семье есть «носитель» HBsAg.

Заражение детей любого возраста может происходить при получении препаратов крови, при оперативных вмешательствах, при инвазивных методах обследования.

Особенностью течения острого ГВ у ребенка 1-го года жизни является частое развитие тяжелых и фульминантных форм болезни. Вместе с тем перинатальное заражение не всегда приводит к развитию манифестной формы инфекции. Гораздо чаще после такого инфицирования у ребенка развивается первично-хронический гепатит или «носительство» HBsAg.

Острые формы ГВ, протекавшие в среднетяжелой и тяжелой форме, как правило имеют циклическое течение и после них хронизация инфекционного процесса происходит редко. Легкие, безжелтушные, субклинические формы чаще переходят в хронический гепатит.

Своевременная диагностика начала НВ-вирусной инфекции и применение специфической терапии являются важными моментами, способными повлиять на дальнейшее течение инфекционного процесса.

Отдельную группу риска по заражению вирусом гепатита В составляют дети с онкогематологическими заболеваниями в результате большой инъекционной, гемотрансфузионной нагрузки в сочетании с иммуносупрессивной полихимиотерапией. У них редко развивается острая, манифестная форма инфекции. Чаще имеет место субклинический вариант, переходящий в хронический гепатит. Диагноз острого гепатита В ставится на основании данных анамнеза жизни, эпиданамнеза, клинических и лабораторных данных.

Для подтверждения диагноза необходимы следующие лабораторные исследования.

Обязательные:

1. Биохимические — концентрация общего билирубина сыворотки крови и его

Вирусные гепатиты у детей

- фракций, АлАТ, АсАТ, показатели тимоловой пробы, протромбиновый индекс.
2. Маркеры HBV — HBsAg, HBeAg, anti-HBe и anti-HBs IgM, anti-HBc or IgM, исследование ДНК вируса методом ПЦР.
 3. Исследование мочи на наличие уробилина и желчных пигментов.

Дополнительные:

1. УЗИ органов брюшной полости, электрокоагулограмма.
2. Для проведения дифференциального диагноза исследуют сыворотку крови на наличие anti-HCV, anti-HDV, anti-HAV IgM.

Остальные исследования назначаются по усмотрению врача.

При назначении специфической терапии необходим регулярный контроль 1 раз в 10 дней общего анализа крови и тромбоцитов.

Алгоритм лечения

Все больные с острым ГВ, включая и лёгкие, должны лечиться в инфекционной больнице, т.к. кроме базисной терапии в каждом случае после верификации диагноза решается вопрос о специфической терапии.

Базисная терапия проводится в том же объеме, что и при ОГА.

Энтеросорбенты, очистительные клизмы, лактулоза при необходимости.

ОГВ средней тяжести:

1. 5–10% раствор глюкозы, альбумин, реополиглюкин, лазикс.
2. Урсофальк (при симптомах внутрипеченочного холестаза).

ОГВ тяжелой формы:

1. Преднизолон 3 мг/кг в течение 2–3-х дней с постепенной отменой в течение 7–10 дней.

Фульминантная форма ОГВ (больной находится в реанимационном отделении):

1. Преднизолон до 10–15 мг/кг внутривенно равными дозами в течение суток 4 раза.
2. 5–10% раствор глюкозы, альбумин, реополиглюкин, внутривенно капельно в объеме 50–80 мл/кг с лазиксом 1–2 мг/кг, маннитол 1,5 г/кг (общий объем жидкости, включающий питье, кормление, инфузионные препараты, не должен превышать 150–200 мл/кг в сутки)
3. Ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс).

NB! Обязательный контроль за диурезом. Введение гепарина только при имеющейся возможности контроля за параметрами свертывающей системы крови.

При коме II показан плазмофорез в объеме 2–3 ОЦК 1–2 раза в сутки.

Обязательная специфическая терапия

Каждому больному, независимо от степени тяжести при островом ГВ назначаются препараты интерферона (лаферон, виферон, интрон А) в возрастных дозировках. В первую очередь детям раннего возраста, учитывая высокий процент хронизации инфекции. Тактика лечения (доза, схема, продолжительность курса) решаются путем консультации лечащего врача и врача гепатоцентра инфекционной больницы.

Детям старше 7 лет могут быть рекомендованы альтернативные схемы лечения:

1. Амиксин $\frac{1}{2}$ дозы взрослого (0,060 г) при наличии детской фабричной таблетированной формы, согласно инструкции, но делению таблетка взрослого не подлежит.
2. Циклоферон — по инструкции 2-3 курса.
3. Урсофальк в комбинации с препаратами интерферона не только при холестатическом варианте течения, учитывая его гепатопротекторные свойства.

Наблюдение за реконвалесцентом после острого ГВ проводятся в КИЗе районной поликлиники, при необходимости больной консультируется врачом гепатоцентра. Обязательные контрольные осмотры и обследования проводятся через 1, 3, 6 месяцев после выписки, если требуется — то более длительный срок.

Объем исследования при наблюдении за реконвалесцентом:

1. HBsAg.
2. Билирубин по фракциям, АЛТ, АСТ и тимоловая пробы.
3. УЗИ печени.

Дополнительные исследования при подозрении на прогредиентное течение ВГВ или хронизацию:

1. anti-HBcor IgM, HBeAg, anti-HBc. Какие дополнительные серологические маркеры определять у реконвалесцента можно проконсультироваться с врачом гепатоцентра.
2. ДНК вируса HB.

Хронический гепатит В (ХГВ)

Диагноз ХГВ устанавливается на основании сохраняющихся в течение 6 месяцев и более признаков воспалительного процесса в печени. Об этом свидетельствует наличие HBsAg, вирусной ДНК и признаки цитолиза — повышение активности АЛТ, АСТ и других биохимических проб.

Если ХГВ развивается как исход острого ГВ, что бывает примерно в 10% случаев, то наблюдение за реконвалесцентом в течение 6 месяцев позволяет решить этот вопрос.

Если HBsAg у ребенка обнаруживается при случайном обследовании, то врачу предстоит выяснить, какая фаза инфекционного процесса имеет место:
а) так называемое «носительство» HBsAg или
б) хронический гепатит В.

Для установления диагноза ХГВ необходимы следующие исследования.

Обязательные:

1. Биохимические — концентрация общего билирубина сыворотки крови и его фракций, активность АлАТ, АсАТ, показатели тимоловой пробы, общий белок и белковые фракции.
2. УЗИ органов брюшной полости.
3. DNA VHB, HBsAg, HBeAg, anti-HBs, anti-HBc в классе иммуноглобулинов M (IgM) и G (IgG), anti-HBcor IgM.

4. Микробиоценоз кишечника.

Дополнительные:

1. anti-HCV, anti-HDV в целях дифференциального диагноза и установления коинфекции.

Остальные исследования назначаются по усмотрению врача.

Согласно рекомендациям международной группы экспертов при хронических гепатитах выделяют 4 степени активности воспалительного процесса

Степень повышения уровня трансаминаз	Активность воспаления
1,5-2 нормы	минимальная
2-5 норм	низкая
5-10 норм	умеренная
> 10 норм	выраженная

и фиброзирования в печени по результатам гистологического и морфологического исследования ткани печени при функциональной биопсии.

Ориентировочно об активности воспаления можно судить по степени повышения активности трансаминаз (В.Ф. Учайкин, 1998):

Степень фиброзирования оценивается по данным УЗИ печени.

Так называемое «носительство» HBsAg, называемое также «вирусоносительством», встречается довольно часто, чаще, чем клинически выраженные манифестные ХГВ. По сути, это инаппаратный вариант ХГВ, длительная латентная инфекция при отсутствии показателей воспалительного процесса в печени. Это состояние формируется при толерантности организма к вирусу, может сохраняться многие годы и десятилетия. Подобное течение берет свое начало в раннем детском возрасте. При этом уровень ДНК вируса в крови невысокий, показатели цитолиза отсутствуют. Возможно спонтанное выздоровление, но также возможно развитие ХГ со всеми признаками воспаления, при этом повышается риск прогрессирования в цирроз печени и гепатокарциному. Как правило, эти трансформации происходят уже во взрослом состоянии. «Носительство» HBsAg фактически соответствует латентной интегративной форме хронической HB-вирусной инфекции.

ХГВ у детей в большинстве случаев протекает бессимптомно на уровне минимальной степени активности и обнаруживается случайно. Хронизация процесса особенно высока при перинатальном заражении — до 90% и более. Спонтанная сероконверсия с появлением anti-HBs, т.е. выздоровление от ХГВ ежегодно может происходить лишь у 5–15% больных ХГ. У остальных периоды обострения сменяются периодами ремиссий. У большинства детей активность воспалительного процесса невелика и соответствует интегратив-

ной форме ХГ, т.е. протекает как «мягкий» гепатит. Через 10–15 лет, когда ребенок становится взрослым, у 7–10% может происходить прогрессирование в более активную репликативную форму ХГ и в цирроз печени. У остальных процесс может трансформироваться в состояние «носительства» HBsAg.

Алгоритм лечения

Лечение проводится амбулаторно за исключением периодов обострения с показателями выраженной активности воспалительного процесса, когда требуется более подробное обследование и, возможно, дополнительная дезинтоксикационная терапия (глюкоза 10%, альбумин, лазикс).

Основой лечения ХГВ является **базисная терапия**:

1. Диета,
2. Желчегонные травяные сборы и препараты из них,
3. Сорбенты в периоды обострений,
4. Поливитаминные препараты,
5. Гепатопротекторы, курсами 1,5–2 мес. 3–4 раза в год. (как гепатопротектор при ХГ хорошо зарекомендовал себя урсофальк).

Детям самого раннего возраста могут быть рекомендованы галстена, хепель, гепаркомпозитум.

Обязательная специфическая терапия

Интерфероны и индукторы интерферонов, назначаются с учетом активности воспалительного процесса. При так называемом «носительстве» HBsAg, нормальном уровне трансаминаз, что соответствует латентной, интегративной фазе ХГ, эти препараты не назначаются. При появлении признаков активности гепатита, повышении трансаминаз, появлении маркеров репликации (HBeAg, anti-HB IgM) назначаются:

1. Интерфероны — лаферон, виферон, инtron A и в возрастных дозировках.

Перед проведением лечения препаратами интерферона необходимо исключить аутоиммунный гепатит, который чаще бывает у детей старшего возраста. Для этого определяют в крови наличие антител: антинуклеарных, антигладкомышечных, антимикросомальных к клеткам печени и почек. В крови при аутоиммунном гепатите отмечается высокая СОЭ, повышенный уровень гамма-глобулинов.

В процессе лечения интерферонами необходим контроль общего анализа крови и количества тромбоцитов (1-й месяц каждые 10 дней, затем 1 раз в месяц).

Начальный курс лечения проводится 3 месяца, после чего определяется эффективность лечения. При положительном результате лечение продолжают до 1-го года. При отсутствии эффекта дозу препарата увеличивают и продолжают курс лечения еще на 3 месяца. Если больной не отвечает положительно на проводимое лечение, то дальнейшее лечение интерфероном прекращается.

2. Индукторы интерферона могут быть рекомендованы детям старше 7 лет: амиксин в детской таблетированной форме, циклоферон — согласно ин-

структур. Схемы лечения и курсы устанавливаются путем консультации с врачом гепатоцентра.

3. Урсофальк может применяться самостоятельно и в сочетании с интерфероном (курс определяется индивидуально в зависимости от эффективности).

Наблюдение за детьми с ХГВ осуществляется врачом КИЗа районной поликлиники с консультативной помощью врача гепатоцентра. Частота осмотра и лабораторного обследования зависят от проводимого лечения.

Если проводится лечение интерфероном, то первые 3 месяца обследование должно быть ежемесячным. В дальнейшем индивидуально решается вопрос о продлении лечения и кратности обследования.

Профилактика ВГВ у детей

Обследование беременных на HBsAg.

При наличии в сыворотке HBsAg необходимо определить уровень АЛТ, АСТ. Если эти показатели превышают норму, тогда определяют маркеры активной репликации HBeAg, anti-HB IgM. При положительных результатах женщина должна быть направлена на консультацию к инфекционисту КИЗа, взята на учет, как больная ХГВ репликативной формы.

Риск заражения новорожденных от матери-«носительницы» HBsAg колеблется от 7 до 10%, при наличии маркеров активной репликации риск перинатального заражения повышается до 70%.

Женщины с HBsAg должны рожать в обсервационном отделении родильного дома. Вакцинация новорожденных против гепатита В начинается в первые сутки после родов.

Вакцинировать новорожденных, родившихся от матерей HBsAg-позитивных, желательно по схеме быстрой иммунизации 0, 1 мес., 2 мес., поддерживающая доза через 12 месяцев после первой.

Календарь профилактических прививок согласно Приказа МЗО Украины от 31.10.2000 г. № 276 рекомендует вакцинировать этих новорожденных по схеме обычной иммунизации 0, 1 мес., 6 мес., поддерживающая доза через 12 месяцев после первой.

При первом и втором варианте ревакцинации проводятся через 5–7 лет.

Есть и другие схемы вакцинации в Приказе №276 — 0, 3 мес., 5 мес. Важно понимать цель ранней вакцинации новорожденного — до 3-х месяцев создать базовый иммунитет. Применяемая вакцина «Энджерико-В» позволяет это получить.

Наблюдение за новорожденными этой группы проводится в сроки вакцинации. Обследование на HBsAg, билирубин, АЛТ, АСТ проводится в 2, 6, 12 месяцев. Учитывая возможность горизонтального пути, особенно в раннем возрасте, детей наблюдают до 2-х лет.

Профилактика заражения вирусом ГВ в семьях, где есть больной ХГ или «носитель» HBsAg. Горизонтальный путь инфицирования в таких семьях осуществляется при микротравмах через кожу, через слизистые. Проведение одновременной вакцинации АКДС и вакциной «Энджерикс-В» в 3, 4, 5 месяцев по Приказу №276 с последующей ревакцинацией позволяет защитить

этот контингент детей.

NB! Необходимо обратить внимание на высокий риск заражения вирусом ГВ детей с онкогематологическими заболеваниями, гемофилией, находящихся на гемодиализе. Ввиду того, что они получают иммуносупрессивную полихимиотерапию им рекомендуются более высокие дозы вакцины по быстрой схеме вакцинации 0, 1, 2 и поддерживающая доза через 6 месяцев.

Дельта-инфекция

Эта инфекция встречается у детей редко. По данным СЭС, последние 10 лет в Одессе и Одесской области у детей ни разу не регистрировалась. Дельта-агент ассоциируется с НВ-вирусной инфекцией.

При коинфекции, т.е. одновременном заражении НВ-вирусом и Д-агентом, развивается острый гепатит В с Д-агентом, при этом увеличивается риск развития тяжелых и фульминантных форм.

Д-коинфекция	HBsAg, anti-HD IgM, anti-HBcor IgM,
Д-суперинфекция	HBsAg, anti-HD IgM, anti-HBr IgG, при этом anti-HB IgM отсутствует

Д-суперинфекция у «носителя» HBsAg приводит к формированию хронического гепатита В с Д-агентом.

Диагностика этих форм инфекции основывается на определении серологических маркеров:

Наблюдение и лечение проводится так же как при НВ-вирусной инфекции.

Острый гепатит С (ОГС)

Заражение детей происходит следующими путями:

- ✓ Переливание крови и ее препаратов;
- ✓ Недостаточно обработанный медицинский инструментарий при операциях и др. лечебно-диагностических манипуляциях;
- ✓ Перинатальное заражение от матери, имеющей маркер инфицированности anti-HCV;
- ✓ Горизонтальный путь передачи инфекции (бытовой), если кто-либо из членов семьи переносит любой вариант хронической НС-вирусной инфекции (латентную форму или клинически выраженный хронический гепатит С).

Острый гепатит С чаще протекает в легкой форме с умеренным диспептическим и астено-вегетативным синдромом, с умеренным увеличением печени и редко селезенки.

Тяжелые и фульминантные формы развиваются при сочетании с НВ-вирусной инфекцией (микст-гепатит).

Диагноз ставится на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

Обязательные исследования:

1. Биохимические — такие же, как и при других гепатитах.
2. Исследования мочи аналогичные, как при других вирусных гепатитах.
3. Маркеры HCV: в реакции ПЦР обнаружение в крови больного RNA HCV, а также anti-HCV IgM методом ИФА.

Дополнительные:

1. УЗИ органов брюшной полости, электрокоагулограмма.
2. Для уточнения диагноза и с целью дифференциальной диагностики необходимо в сыворотке крови исследовать HBsAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HDV (общие).

Другие исследования назначаются по усмотрению врача.

ОГС заканчивается выздоровлением в 15–20% случаев. У остальных переболевших наступает хронизация болезни. Лучшими предпосылками к выздоровлению являются: манифестная, желтушная форма болезни, заражение в старшем возрасте.

Чем младше ребенок, тем чаще отмечаются субклинические, безжелтушные варианты течения болезни в начальном периоде и более высокий процент хронизации.

Наблюдение за переболевшими ОГС осуществляется 2 года: 1 квартал — 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца до конца года, затем 1 раз в полгода.

При исчезновении anti-HCV IgM через 3 месяца, исчезновении РНК вириуса гепатита С, нормализации трансаминаз ребенок считается здоровым. Маркер перенесенной инфекции anti-HCV IgG циркулирует в крови до 4–5 лет, изредка до 10 лет.

Алгоритм лечения

Базисная терапия: препараты интерферона (лаферон, виферон, инtron A). Дозы и длительность лечения решаются совместно с врачом гепатоцентра.

NB! У детей старше 7 лет могут использоваться альтернативные схемы лечения амиксином в детской дозировке, циклофероном. В схемы лечения может включаться урсофальк.

Хронический гепатит С (ХГС)

Хронический гепатит С у детей в большинстве случаев протекает как медленная латентная инфекция и выявляется случайно. Степень активности инфекционного процесса минимальная и низкая (см. выше). Часто трансаминазы остаются в пределах нормы, отмечается лишь периодическое их повышение.

Обязательные исследования:

1. Печеночные пробы и активность аминотрансфераз.
2. RNA HCV.
3. anti-HCV IgM и IgG.
4. УЗИ органов брюшной полости.

5. Биоценоз кишечника.

Дополнительные исследования для дифференциальной диагностики.

1. Маркеры ГВ — HBsAg, anti-HB IgM и IgG, anti-HDV, anti-HBe, DNA HBV.

Другие исследования осуществляются по усмотрению врача.

Степень активности инфекционного процесса минимальная и низкая (см. выше). Часто трансаминазы остаются в пределах нормы, отмечается лишь периодическое их повышение.

Фаза латентной инфекции может длиться 10–15 лет, а затем трансформируется в ХГ с характерными признаками этой формы болезни: астено-диспептический синдром, увеличение печени и селезенки, внепеченочные знаки (сосудистые звездочки, пальмарная эритема, поражение других органов).

Особенно часто (до 90–100%) хронический гепатит С формируется при перинатальном заражении ребенка от матери с anti-HCV.

Хотя возможность заражения новорожденного лежит в пределах 3–4%, т.е. не очень высока, но последствия этого инфицирования достаточно серьезны.

Алгоритм лечения

Активная фаза инфекционного процесса (в крови определяются маркеры активности: anti-HCV IgM, РНК HCV, повышение уровня трансаминаз): препараты интерферона — (инtron A) дозы и курсы лечения определяются индивидуально. Высокоэффективный метод комбинированной терапии — ПегИнтроном и рбетолом. Перед назначением интерферона необходимо исключить аутоиммунный гепатит. Интерфероны не назначаются при холестазе, циррозе печени.

Неактивная фаза инфекционного процесса: базисная терапия.

Дети с выявленным ХГС любой стадии (латентной или активной) берутся на диспансерный учет в КИЗе районной поликлиники и наблюдаются постоянно. Вопросы диагностики, схемы лечения могут решаться с помощью консультаций с врачом гепатоцентра. Частота наблюдения и обследования зависят от стадии инфекционного процесса и выбранной тактики лечения, но не реже 1 раза в полгода.

Наблюдение за детьми, родившимися от матерей с anti-HCV

Присутствие anti-HCV в крови у женщины является маркером инфицированности. Стадию инфекционного процесса определяют дополнительным обследованием. При повышении активности трансаминаз определяют маркер активности anti-HCV IgM. При положительных результатах женщину направляют к врачу КИЗа, где ее берут на диспансерный учет и наблюдают постоянно, т.к. полученные результаты соответствуют репликативной, активной стадии ХГС. Это не является препятствием к нормальному родоразрешению. Специфическое лечение беременным не назначается.

При отсутствии маркеров активности HCV женщину также берут на диспансерный учет в КИЗе, т.к. у нее может быть латентная фаза ХГС.

Наблюдением в течение 2-х лет выясняют, является ли наличие anti-HCV признаком пост-инфекций. Для этого проводятся в динамике исследования

на маркеры активности и определяется РНК HCV.

Заражение ребенка зависит от активности ХГС у матери. При активной репликации вируса и высокой вирусной нагрузке риск заражения может быть выше 3–4%, а у ВИЧ-инфицированных риск заражения повышается до 15%.

Материнские anti-HCV передаются трансплацентарно и циркулируют в крови ребенка до 6 месяцев, но могут иногда сохраняться до 1–1,5 лет. Поэтому наличие anti-HCV у ребенка до 6 месяцев не дает информации о том, произошло ли инфицирование. Первым признаком начинаящейся инфекции может быть повышение активности трансаминаз.

Обследование этой группы детей следует проводить в 3, 6, 12, 18 месяцев.

На 3-м месяце определяют только активность АЛТ, АСТ, тимоловую пробу.

В 6, 12, 18 месяцев — определяют anti-HCV, активность АЛТ, АСТ, тимоловую пробу. Если в каком-либо периоде отмечается повышение трансаминаз наряду с наличием аHCV IgM и РНК HCV-вируса, то по совокупности этих данных решается вопрос о диагнозе и назначении специфической терапии.

Заражение детей вирусом ГС может происходить горизонтальным (бытовым) путем в семье, где один из членов страдает ХГС. Врач-педиатр в этой семье проводит разъяснительную работу о том, как передается инфекция, как вести себя окружающим, чтобы предохранить ребенка от заражения. Если у ребенка случайно обнаруживается anti-HCV, желательно обследовать родителей с целью выявления источника заражения.

СВАЛЯВСКИЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ

ЛЕЧЕБНОЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Лечебно-столовые минеральные воды с успехом использовались в лечебной практике на протяжении веков и до настоящего времени они являются одним из самых эффективных методов лечения и профилактики большинства наиболее распространенных заболеваний, в том числе болезней органов пищеварения. Весьма эффективны воды в лечении болезней обмена веществ, которым подвержено большинство населения нашей страны, а также болезней эндокринных желез, почек и мочевыделительной системы, ряда других органов и систем.

Интересно, что по данным института геронтологии НАН Украины, Славянский район Закарпатской области, где находится множество источников минеральных вод, занимает первое место по продолжительности жизни в Украине.

Следует помнить, что эффект от применения вод определяется правильностью их выбора для каждого заболевания с учетом его стадии и особенностей течения. Особенно важным является точное соблюдение правил приема вод, с учетом времени и температуры воды, ее количества, длите-

Минеральные воды: рекомендации

льности применения и ряда других весьма и весьма существенных факторов. Ведь при их несоблюдении воздействие на организм может быть диаметрально противоположным.

Гидрокарбонатно-натриевые минеральные воды закарпатского региона с успехом могут быть использованы при болезнях пищевода, заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки — хронических гастритах и дуоденитах, не осложненной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, патологии кишечника — дискинезиях, дисбактериозах, хронических энтеритах и неязвенных колитах, болезнях печени: хронических персистирующих гепатитах и у больных, перенесших острые вирусные гепатиты, алкогольных и медикаментозных поражениях печени.

Весьма эффективно их использование при патологиях билиарной системы: дискинезиях желчного пузыря, хронических холециститах, неосложненной желче-каменной болезни и состояниях после оперативных вмешательств на органах пищеварения — желчном пузыре, желудке, а также заболеваниях поджелудочной железы. Однако следует помнить то, что минеральные воды назначаются только при отсутствии выраженного обострения перечисленных выше заболеваний.

Рекомендации по использованию свалявских минеральных вод типа «Свалява», «Лужанская», «Поляна Купель» и «Поляна Квасова» основаны на многолетних исследованиях минеральных вод Украины, выполненных учеными Украинского НИИ медицинской реабилитации и курортологии, а также НПО медреабилитация.

При лечении этих заболеваний, по мнению медиков наиболее эффективными являются следующие методики приема лечебных минеральных вод.

При патологии печени — гепатитах персистирующего течения, алкогольных, медикаментозных и токсических поражениях печени, жировых гепатозах, пьют в основном теплую, дегазированную гидрокарбонатно-натриевую воду «Свалява» по 150–250 мл на прием, обычно за 40–60 минут до еды, трижды в день в течение одного месяца, два раза в году. Подобная методика показана и больным, перенесшим острые вирусные гепатиты, известные под общим названием болезни Боткина.

Справка:

Лечебно-столовая минеральная вода «Свалява» относится к гидрокарбонатно-натриевой группе вод Боржомского типа. Ее история насчитывает уже несколько столетий. Свидетельства о вывозе «Свалявы» за пределы Закарпатья датированы еще XVII веком. Начиная с середины XIX века начинается разлив воды в бутылки. Под маркой "Solyva" (Свалявская) вода начала экспортироваться в Вену, Париж. Свой первый золотой диплом получила в 1855 году на выставке вод в Париже. Сегодня минеральную воду "Свалява" пьют не только жители Украины, она экспортируется в страны СНГ, США, Канаду. Розлив воды производится в Закарпатье на заводах ОАО "Свалявские минеральные воды".

При заболеваниях пищевода с наличием выраженных изжог, ощущением горечи либо кислоты лучше всего пользоваться свалевскими минеральными водами, в частности водой «Свалява», «Поляна Квасова». При этом минеральную, обязательно дегазированную воду, пьют через 40–60 минут после еды, что позволяет предупредить возникновение изжоги. Для повышения эффекта воздействия обычное количество воды (200–250 мл), может быть разделено на два приема — по 100–150 мл, выпиваемых с интервалом в 20–30 минут. Применяются только теплые, обязательно дегазированные воды обычно не менее трех раз в день в течение месяца, 2–3 раза в году.

При патологии желудка с повышенным уровнем кислотообразования свалевские воды лучше всего использовать за час–полтора до еды по 150–200 мл на прием не менее трех раз в день. Однако страдающим изжогами лучше пить воду через 40–45 минут после еды. Еще более эффективен так называемый «дробный прием» минеральных вод — за 1,5 часа до и через 40–45 минут после каждого приема пищи в количестве по 100–150 мл. Во всех случаях используется только теплая дегазированная вода, которая пьется медленно, небольшими глотками. Принимать воду нужно 30–40 дней не менее двух раз в году.

При заболеваниях кишечника, протекающих с поносами, применяется щадящая методика лечения. Минеральную воду «Свалява» пьют обычно через 20–30 минут после еды в количестве 100–150 мл. Используется обязательно теплая, дегазированная вода, которая пьется мелкими глотками, медленно. По мере нормализации стула, количество воды, выпиваемой на прием, увеличивается до 200 мл в день. Теплая, дегазированная вода применяется за 40–60 минут до еды в течение 3–4 недель, курсы лечения и профилактики проводят один-два раза в году.

Кроме того, показаны методы ректального введения минеральной воды, столь популярные в народе очистительные процедуры — различного рода клизмы, промывания кишечника. Однако делать их в домашних условиях без предварительной врачебной консультации нельзя — они принесут гораздо больше вреда, чем пользы.

Химический состав минеральной воды «Свалява» (мг/дм³):

Гидрокарбонаты 2800–5300;

Сульфаты <25;

Хлориды 70–140;

Кальций 100–210;

Магний <50;

Натрий+Калий 900–2000;

Ортоборная кислота 35–100;

В целом же следует сказать, что минеральные воды Закарпатья можно с успехом применять для лечения большинства наиболее распространенных заболеваний. Высокая эффективность, доступность и дешевизна минеральных вод, отсутствие побочных эффектов, присущих медикаментозной

терапии, а также экологическая чистота добываемых из глубинных скважин минеральных вод Украины, делают их использование необходимым в лечении и профилактике многих болезней современного человека.

Д.м.н., проф. Никитин Е.В.