

# Хронические вирусные гепатиты

Подготовила студентка 512 группы  
1 мед.факультет  
Полянских Юлия





*«Текут по телу жизненные соки,  
И в печени сокрыты их истоки.  
Щади премного печень. От нее  
Всех органов зависит бытие.  
Запомни, в ней основа всех основ:  
Здоров дух печени, и организм здоров»  
(Авиценна).*

# Актуальность



- Актуальность проблемы хронических гепатитов обусловлена двумя основными факторами.
- 1. Высокая распространенность во всех странах мира.
- 2. Склонность к прогрессированию и переходу в цирроз печени.
- Согласно данным ВОЗ, в разных странах мира вирусными гепатитами инфицировано или переболело около 2млрд. человек.
- Около 300млн. страдают хроническим гепатитом В.
- Около 500 млн.(800млн.) страдают хроническим гепатитом С.

# Определение и классификация

- Хронический гепатит- хронический полиэтиологический воспалительно-деструктивный процесс в печени продолжительностью более 6мес, с сохранением дольковой структуры печени.

# Классификация

## 1. По этиологии:

- Хронический вирусный гепатит В без дельта антигена.
- Хронический вирусный гепатит В с дельта антигеном.
- Хронический вирусный гепатит С
- Хронический вирусный гепатит D.
- Аутоиммунный гепатит
- Токсический гепатит
- Криптогенный гепатит

## Фаза:

- 1. Активная: степень
- - Минимальный (Алт повышенная в 1,5-2 раза от нормы);
- - Низкий (Алт повышенная в 3-5 раза от нормы);
- - Умеренный (Алт повышенная в 5-10 раза от нормы);
- - Выраженный (Алт повышенная в более 10 раз от нормы).
- 2. Неактивная.



**По активности процесса (определяется по индексу гистологической активности):**

*Индекс гистологической активности (ИГА), известный также как «индекс Knodell», учитывает в баллах следующие морфологические компоненты хронического гепатита:*

- 1) перипортальные некрозы гепатоцитов, включая мостоподобные – оцениваются от 0 до 10 баллов;
- 2) внутридольковые фокальные некрозы и дистрофия гепатоцитов – оцениваются от 0 до 4 баллов;
- 3) воспалительный инфильтрат в портальных трактах – оценивается от 0 до 4 баллов;
- 4) фиброзы – оцениваются от 0 до 4 баллов.

ИГА от 1 до 3 баллов свидетельствует о минимальной активности ХГ, ИГА в 4-8 – о низкой активности, 9-12 – об умеренной активности, 13-18 баллов – о высокой активности ХГ.



**По стадии (определяется распространенностью фиброза и развитием цирроза печени – шкала METAVIR):**

0 – фиброз отсутствует;

1 – слабо выраженный перипортальный фиброз;

2 – умеренный фиброз с порто-портальными септами;

3 – выраженный фиброз с порто-центрными септами;

4 – цирроз печени.

**Примерный диагноз: Хронический гепатит В, активная фаза, минимальная активность, фиброз отсутствует.**



**Таблица 32.3. Система оценок активности воспаления и фиброза печени по шкале METAVIR**

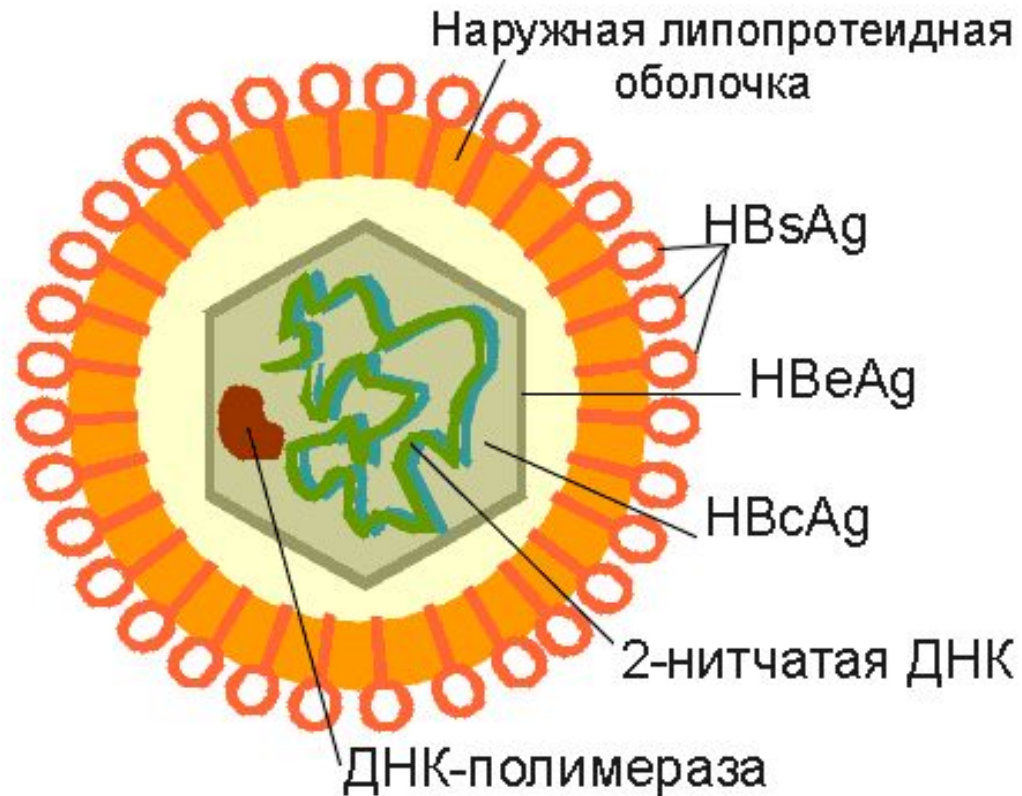
Показатели активности (A)		Лобулярное воспаление		
		Отсутствует 0	Умеренное 1	Тяжелое 2
Дольковые ступенчатые некрозы	Отсутствуют 0	A 0	A 1	A 2
	Минимальные 1	A 1	A 1	A 2
	Умеренные 2	A 2	A 2	A 3
	Тяжелые 3	A 3	A 3	A 3
Показатели фиброза (F)	Гистоморфологические изменения			
F 0	Отсутствие портального фиброза			
F 1	Незначительный портальный фиброз без септ (отсутствуют нарушения цитоархитектоники печеночных долек)			
F 2	Умеренный портальный фиброз с отдельными септами (одиночные нарушения цитоархитектоники печеночных долек)			
F 3	Значительный портальный фиброз, много септ, но без признаков цирроза			
F 4	Цирроз			

**Таблица 17.2. Этиологические факторы хронического гепатита**

Инфекционные агенты	Вирусные	Гепатиты В,С,D,G, простого герпеса, цитомегаловирус, вирус TTV, SEN
	Бактериальные	Бледная трепонема
	Простейшие	Шистосома, эхинококк, токсоплазма
Токсические агенты	Алкоголь	
	Медикаменты	Фенацетин, аспирин, ибупрофен, индометацин, тетрациклины, изониазид и т.д.
	Немедикаментозные ксенобиотики	Растительные токсины Синтетические вещества
Реактивные	Физические факторы	Ионизирующее излучение
	Другие	При заболеваниях органов пищеварительной системы и т.д.
Аутоиммунные		
Наследственные факторы и метаболические нарушения	Гемохроматоз, болезнь Гоше, болезнь Вильсона, дефицит $\alpha_1$ -антитрипсина и др.	

# Вирус гепатита В

- Вирус гепатита В - ДНК-содержащий вирус со сложной антигенной структурой.



- Содержит 3 антигена:  
**поверхностный (австралийский) - HBsAg, ядерный антиген - HBcAg, а также антиген инфекционности - HBeAg.** Вирусы гепатита В называют еще частицами Дейна.

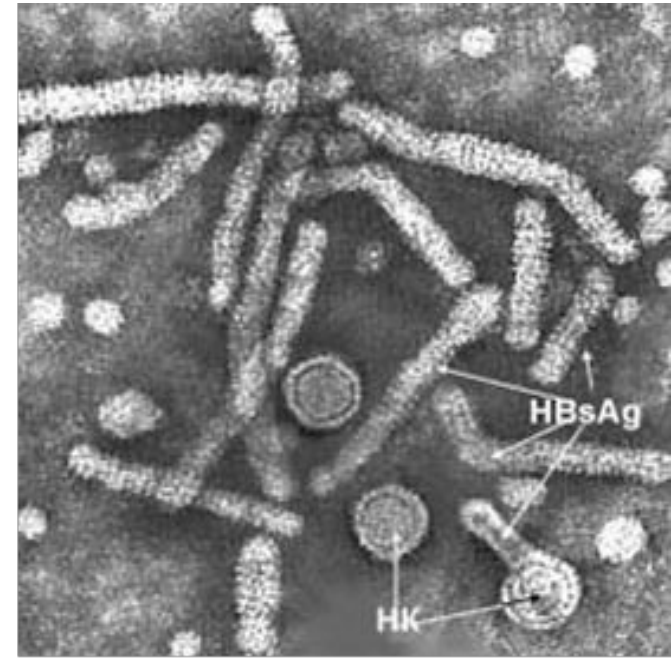
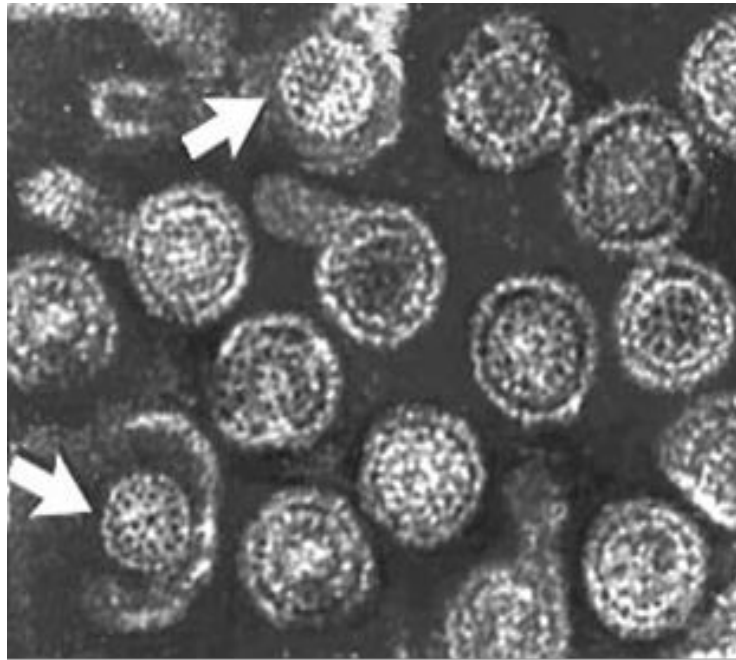


рис. 2. Частилки Дейна (електронна мікроскопія)



**Эпидемиология.** Источник инфекции — больной ВГВ, носитель HBV. Больной наиболее заразен в последние недели инкубационного периода и первые 2—3 нед болезни.

Механизм заражения — парентеральный. Все биологические жидкости больного и вирусоносителя содержат вирус, хотя концентрация различна. Наибольшее количество вируса содержится в крови. Заразиться можно при переливании инфицированной крови, при различных парентеральных манипуляциях.



- **Группы риска больных по вирусному гепатиту В:** медицинские работники хирургических специальностей, манипуляционные мед.сестры, больные и врачи отделений гемодиализа.

- **Внутривенные наркоманы.**

Основной путь передачи-  
парентеральный ( в/в наркоманы,  
переливание крови, пирсинг,татуировки)  
-половой.

-вертикальный.

# Особенности патогенеза

- Повреждение гепатоцитов обусловлено:

- иммунным цитолизом. В этом случае Т-киллеры разрушают клетки, содержащие HBcAg и HBsAg, если последний содержится на поверхности гепатоцита. У больных ВГВ с легким течением («малым повреждением печени») HBsAg обнаруживается преимущественно в цитоплазме;

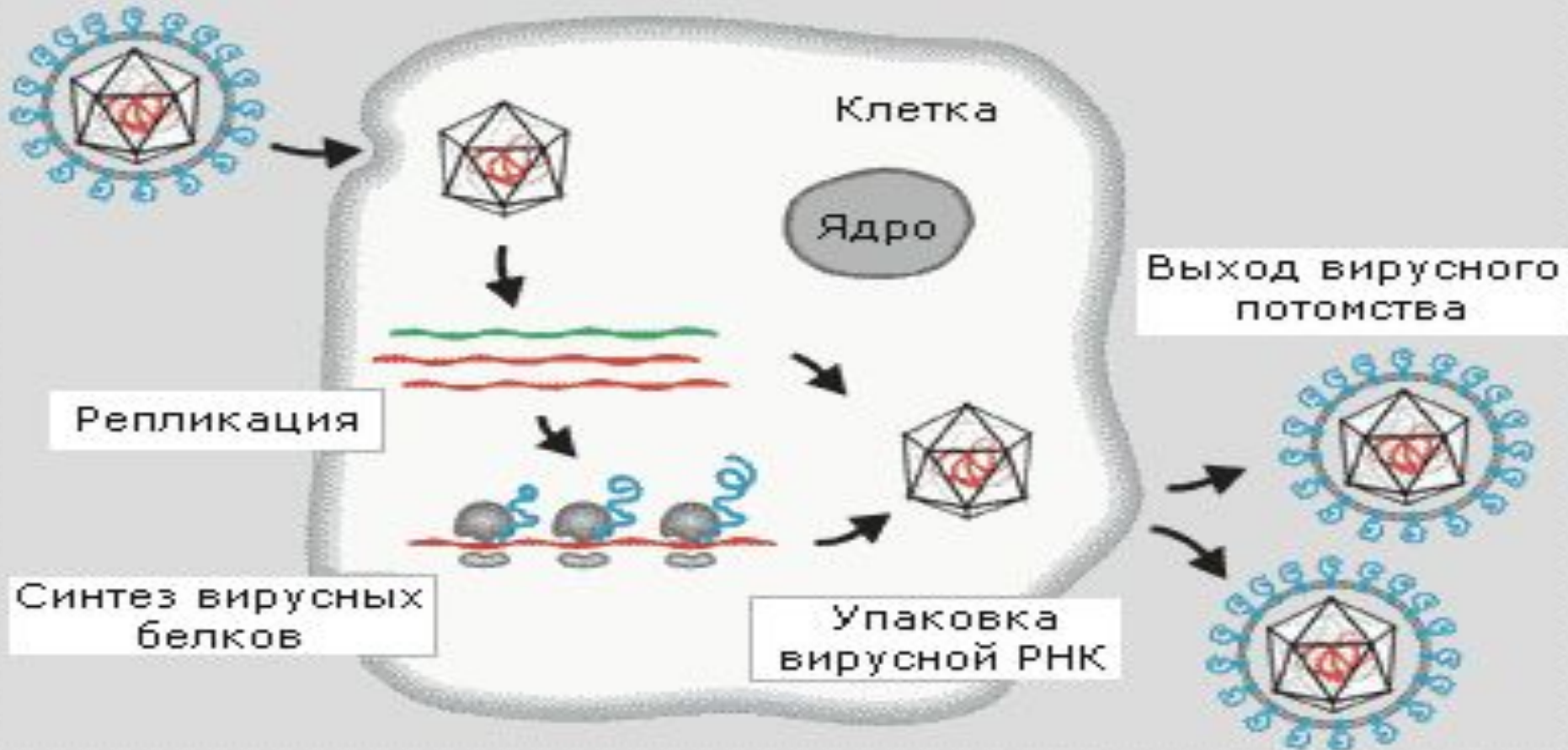
- антителозависимым иммунным цитолизом. В этом варианте Т-лимфоциты разрушают клетки, на которых фиксирован комплекс антиген + антитело. К тому же В-лимфоциты стимулируют продукцию аутоантител к печеночному липопротеиду, что способствует усилению гибели клеток;

- непосредственным действием вируса, нарушающего метаболизм инфицированной клетки.

# Вирус гепатита С

- Рнк-содержащий вирус.
- Основной путь передачи- парентеральный.

Жизненный цикл вируса гепатита С





# Особенности патогенеза вирусного гепатита С


- Высокая степень хронизации вирусного гепатита С обусловлена некоторыми особенностями действия вируса:
- возможностью внепеченочной репликации вируса, включая иммунокомпетентные клетки (клетки, предшественники гемопоэза, лимфоциты и моноциты периферической крови, фибробласты);



- гетерогенностью генотипов и частыми мутациями генома вируса;
- индукцией каскада иммунопатологических реакций;
- активизацией процессов перекисного окисления липидов в печени.




НСV обладает наибольшей вариабельностью среди всех вирусов — возбудителей ВГ. Мутации происходят под действием самых различных факторов — медикаментов, других вирусов, бактерий и т.д. Такая способность НCV обеспечивает его наибольшую защищенность в организме инфицированного человека, прежде всего от антител, которые не в состоянии распознать мутантные вирусы. Результатом этого является неспособность НCV-инфекции к самолимитированию. Вирус обладает способностью поражать не только гепатоциты, но и клетки крови (нейтрофилы, моноциты, В-лимфоциты), мнение о возможном воздействии на Т-лимфоциты неоднозначно.

- 
- Нарушение баланса Th1/Th2 цитокиновой продукции может играть важную роль в иммунопатогенезе хронической ВГС-инфекции. Длительная ВГС-персистенция может привести к развитию В-клеточных лимфопролиферативных нарушений, таких, как смешанная криоглобулинемия, злокачественная не-Ходжкинская лимфома и появление органоспецифических и неспецифических аутоантител. Таким образом, хроническую ВГС-инфекцию следует рассматривать как **мультисистемное заболевание.**

# Хронический вирусный гепатит В с дельта


## антигеном

- Вирус гепатита D- является РНК - содержащим . Он является дефектным , поскольку для его репликации необходимо наличие вируса гепатита В. Он окружен белковой оболочкой из поверхностного антигена вируса гепатита В. Резервуаром D - инфекции являются преимущественно хронические носители вируса гепатита В. Механизм передачи такой как при вирусном гепатите В и С.

- 
- **Вирус обладает прямым цитотоксическим воздействием на гепатоциты .**
  - **Заболевание может протекать в двух вариантах . В случае развития **коинфекции** вирусы В и D попадают в организм одновременно , что приводит к развитию гепатита В + D. Такой гепатит характеризуется двумя волнами течения . Первая волна связана с активной репликацией и экспрессией HBV , а вторая с репликацией HDV .**



- В интервале между этими волнами вирус D захватывает белки оболочки HBV , вызывая при этом замедление репликации HBV и его оболочек .
- При **суперинфекции** вирусом гепатита D инфицируются лица, уже инфицированы гепатитом В. При этом происходит угнетение продукции вируса гепатита В с формированием хронической дельта - инфекции .

- 
- **Медикаментозный гепатит** - диффузное воспалительное заболевание печени в результате токсического действия препаратов на печень с наличием различной степени выраженности фиброза и преимущественно с сохраненной долевой структурой печени, протекающий без признаков улучшения в течение более чем 6 месяцев.
  - **Токсичные препараты:** парацетамол, салицилаты, противотуберкулезные, противосудорожные и т.д. .



# Клиническая картина

## Основные синдромы заболевания:


- Болевой синдром.
- Диспептический синдром.
- Интоксикационный синдром.
- Синдром холестаза.
- Синдром портальной гипертензии.

**Таблица 17.3. Частота встречаемости основных клинических синдромов при хронических гепатитах**

<b>Синдромы и симптомы</b>	<b>Встречаемость, %</b>
Астено-вегетативный	80-100
Болевой	70-80
Диспепсический	80-90
Гепатомегалия	90-100
Желтушный	30-50
Повышенная кровоточивость	30-50
Кожный зуд	15-20
Лихорадочный	15-30
Синдром малых печеночный признаков	10-15
Артралгии, миалгии	5-12

# Клиническая картина


- Общеклиническая симптоматика при хронических гепатитах полиморфна- от бессимптомного течения и повышения только активности aminotransфераз в сыворотке крови, до острого течения с развитием печеночной недостаточности.

- 
- В стадии обострения на первый план выступают **астено-вегетативные расстройства.**

**Таблица 17.4. Основные симптомы хронических вирусных гепатитов**

---

- Немотивированная слабость
- Сниженная работоспособность
- Нарушение сна
- Эмоциональная лабильность
- Нарушение аппетита, похудание
- Тяжесть в правом подреберье
- Горечь во рту
- Субфебрилитет неясной этиологии
- Перемежающаяся желтуха
- Гепатоспленомегалия

- 
- **Болевой синдром** характеризуется наличием болей в правом подреберье, возникающие после физической нагрузки и погрешностей в диете, как правило, боли не интенсивное, тупые. При пальпации печень выступает из под края реберной дуги, плотная, незначительно болезненная. При минимальной активности процесса жалобы могут отсутствовать, при плановом обследовании выявляют гепатомегалия.

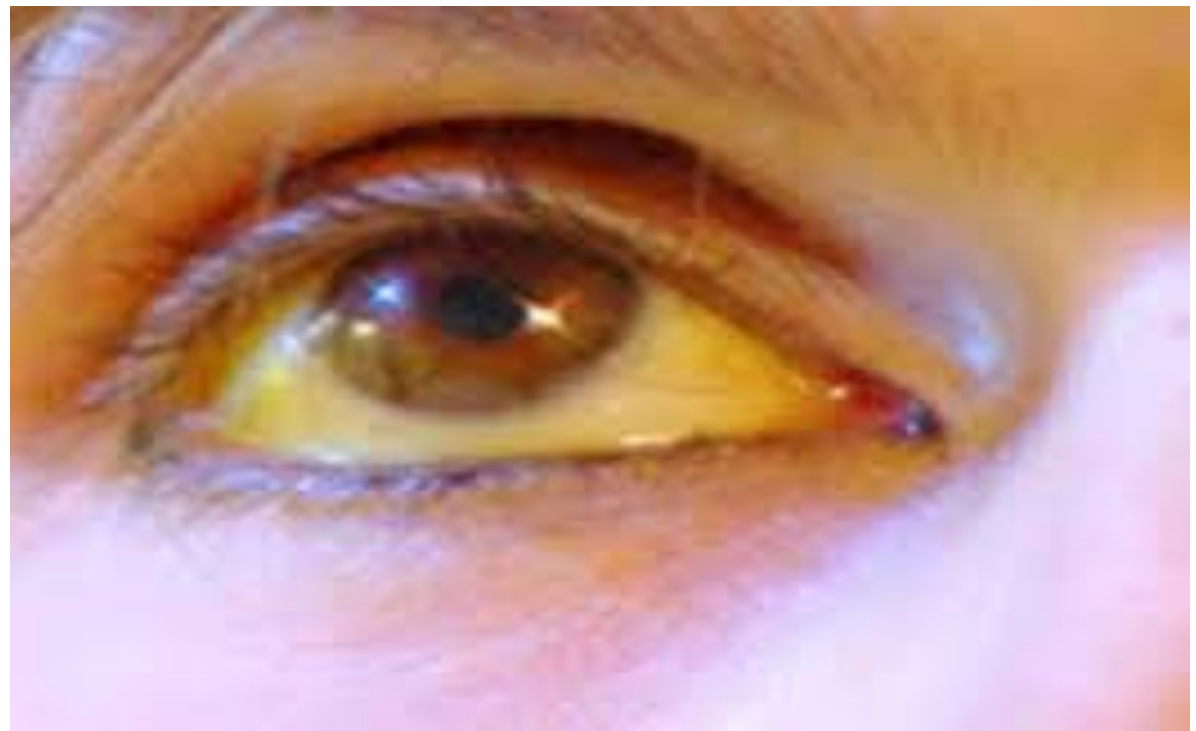


- **Диспептический синдром** характеризуется пониженным аппетитом, тошнотой, горечью во рту, неустойчивым стулом, неприятным запахом изо рта.
- **Интоксикационный синдром**, как правило, является ведущим в начале заболевания и наиболее разнообразным. Проявляется общей слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, головной болью, головокружением, сонливостью.



## При осмотре:

- 30-50%- **желтушность кожных покровов** и склер.
- **Телеангиэктазии.**
- **Пальмарная эритема.**
- **Расчесы на коже.**
- Пальпация: край печени выступает из-под реберной дуги на 2-3см.















- При высокоактивных ХГ с проявлениями выраженного фиброза или цирроза печени характерны кожный зуд, "печеночный" запах изо рта, наличие **синдрома портальной гипертензии, энцефалопатия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.**
- Синдром портальной гипертензии характеризуется: спленомегалией, асцитом и развитием коллатерального кровообращения.

	<p align="center"><b>Дискінезія жовчевивідних шляхів</b></p>	<p align="center"><b>Хронічний холецистохо лангіт</b></p>	<p align="center"><b>Хронічний гепатит</b></p>
<p><b>1.Больовий синдром</b></p>	<p>-<u>гіперкінетична форма</u>- приступоподібний, колючий біль у правому підребер'ї - <u>гіпокінетична форма</u>- постійний ниючий, тупий біль</p>	<p>- біль після фізичного навантаження, стресу, погрішностей у харчуванні</p>	<p>- тяжкість у правому підребер'ї при фізичному навантаженні</p>
<p><b>2.Диспептичний синдром</b></p>	<p>- зниження апетиту, нудота, гіркота в роті, нестійкий характер калу</p>	<p>- вперта нудота, відрижка, зниження апетиту, нестійкий характер калу</p>	<p>- зниження апетиту, меторизм, нестійкий характер калу</p>
<p><b>3.Синдром хронічної інтоксикації</b></p>	<p>- загальна слабкість, головні болі, втомлюваність, субфебрилітет</p>		

**Таблица 17.5. Внепеченочные проявления хронической HCV-инфекции**

Эндокринные	Гипертиреоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет
Кожные	Кожный некротизирующий васкулит, поздняя кожная порфирия, красный плоский лишай, мультиформная эритема, узловатая эритема, крапивница
Поражение глаз	Увсит, язвенный кератит
Почечные	Гломерулонефрит
Аутоиммунные и другие	Узелковый периартериит, гипертрофическая кардиомиопатия, антифосфолипидный синдром, синдром Бехчета, дерматомиозит, артриты и др.
Гематологические	Смешанная криоглобулинемия, идиопатическая тромбоцитопения, неходжкинская В-лимфома, макроглобулинемия Вальденстрема, апластическая анемия

# Диагностика

- Общий анализ крови , мочи , кала - однократно
- Общий белок и белковые фракции - однократно
- Билирубин и его фракции - однократно
- тимоловой проба - однократно
- АСТ , АЛТ , ЩФ, ГГТ - однократно
- Сывороточные маркеры вирусных гепатитов ( иммуноферментным методом ) - однократно
- **NB ! При положительном результате иммуноферментного анализа на серологические маркеры вирусов гепатитов проводят более чувствительное и специфическое обследование - полимеразной цепной реакции ( ПЦР) - ПЦР - HBV DNA , ПЦР - HCV РНК**
- УЗИ печени , желчного пузыря , поджелудочной железы и селезенки – однократно.



# Диагностика

**В общий анализ крови** : нормоцитоз или склонность к лейкопении , относительный лимфоцитоз , тромбоцитопения , анемия .

- Наибольшее клиническое значение при гепатите имеют биохимические показатели , которые свидетельствуют о функции печени .

**Выявляют следующие биохимические синдромы :**

- **СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА** : повышение уровня АлАТ , АсАТ-в 2-5-10раз. ( при HCV может оставаться в пределах нормы , при аутоиммунном гепатите повышаться от 2 до 50 раз выше нормы ) ;



- Специфические ферменты:
  - Фруктозо-1-фосфатаальдолаза.
  - Сорбит-дегидрогеназа.
  - Орнитин-карбамилтрансфераза.
  - Альдолаза.



## **СИНДРОМ ВОСПАЛЕНИЯ :**

- повышение острофазовых белков.
- гипергаммаглобулинемия.
- изменение активности белково-осадочных проб( тимоловая, сулемовая).

## **СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА:**

- **Повышение активности экскреторных ферментов ( ЩФ, лейуинаминопептидаза, гаммаглутамилтрансфераза.)**
- Увеличение уровня холестерина, фосфолипидов, желчных кислот.



- **СИНДРОМ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:**
- -снижение активности холинэстеразы.
- -Гипоальбуминемия.
- Снижение факторов свертываемости крови.
- Повышение непрямого билирубина.

<b>HBsAg</b>	<b>поверхностный антиген HBV</b>	<b>маркирует инфицированность HBV</b>
<b>HBeAg</b>	<b>ядерный «e»-антиген HBV</b>	<b>указывает на репликацию HBV в гепатоцитах, высокую инфекционность крови и высокий риск перинатальной передачи вируса</b>
<b>HBcAg</b>	<b>ядерный «core» антиген HBV</b>	<b>маркирует репликацию HBV в гепатоцитах, обнаруживается только при морфологическом исследовании биоптатов печени и на</b>

<p><b>анти-НВс (total) (НВсAb)</b></p>	<p><b>суммарные антитела к НВсAg</b></p>	<p><b>важный диагностический маркер, особенно при отрицательных результатах индикации НВсAg, используется для ретроспективной диагностики ГВ и при неверифицированных гепатитах, определяют НВсAg без разделения на классы</b></p>
<p><b>IgM анти-НВс (НВсAb IgM)</b></p>	<p><b>антитела класса М к ядерному антигену</b></p>	<p><b>один из наиболее ранних сывороточных маркеров гепатита В, наличие его в крови указывает на острую инфекцию (фазу болезни), при хроническом ГВ маркирует репликацию НВV и активность процесса в печени</b></p>

<b>анти-HBe (HBeAb)</b>	<b>антитела к «е»- антигену</b>	<b>может указывать на начало стадии реконвалесценции (исключени е — мутантная форма HBV)</b>
<b>анти-HBs (HBsAb)</b>	<b>протективные антитела к поверхностному антигену HBV</b>	<b>указывают на перенесенную инфекцию или наличие поствакцинальных ан тител (их защитный титр от HBV-инфекции &gt;10 МЕ/л); обнаружение же антител в первые недели гепатита В прогнозирует развитие гипериммунного варианта фульминантного ГВ</b>
<b>HBV-DNA</b>	<b>ДНК вируса ГВ</b>	<b>маркер наличия и репликации HBV</b>

# Диагностика

- Лабораторная диагностика гепатита С основана на выявлении **специфических маркеров инфицирования ВГС (анти-ВГС-IgM/G, РНК ВГС)**.
- **НСV RNA** — самый ранний маркер репликации вируса, определяемый с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) спустя несколько недель после заражения. Для выявления анти-ВГС применяют иммуноферментный анализ (ИФА). В настоящее время используют тест-системы третьего поколения **ELISA-3**. Подтверждающим методом является рекомбинантный иммуноблотинг (RIBA).





- Специфическими маркерами, подтверждающими **наличие дельта-инфекции**, являются
- **анти-ND (суммарные), анти-ND-IgM и РНК HDV.**



- **Ультразвуковое исследование печени:** для хронического гепатита характерно гепатомегалия преимущественно за счет левой доли, диффузное уплотнение паренхимы печени, паренхима приобретает пестрый вид, расширение портальной вены (> 12 мм), ее ветвей, уплотнения перипортального тракта, диффузное уплотнение селезенки (при аутоиммунном), расширение v. Lienalis.

# Гистологическое подтверждение ХВГ

- (ступенчатые, или мостоподобные некрозы, лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация долек и портальных трактов.
- «Матово-стеклоподобные гепатоциты (HBsAg) Гепатоциты с «песочными ядрами» в которых содежится HBcAg.



- **Что такое Фибротест?**

Это специальный биохимический анализ крови, на основании результатов которого делаются вычисления, позволяющие судить о наличии и стадии фиброза в печени. Существует несколько разновидностей этого теста, которые для удобства оценки их клинической значимости сгруппированы в два комплекса: Фибро/Акти Тест и Фибро Макс.

- **Комплекс тестов Фибро/Акти Тест включает в себя:**

- - непосредственно Фибро Тест (определение наличия и степени фиброза).
- - Акти Тест (активность некроза и вызванного им воспалительного процесса в ткани печени).



- ***Комплекс тестов Фибро Макс включает в себя:***

- - Фибро Тест (определение наличия и степени фиброза).

Акти Тест (активность некроза и вызванного им воспалительного процесса в ткани печени)

Стеато Тест (наличие и степень стеатоза (жировой дистрофии) печени.

Эш тест: (алкогольный стеатогепатит у злоупотребляющих алкоголем людей).

Нэш Тест (неалкогольный стеатогепатит у пациентов с избыточной массой тела, резистентностью к инсулину, гиперлипидемией, пациентов, больных



- Основные направления лечения:
- I. Базисная терапия:
- 1. Режим в стационаре назначается постельный, полупостельный или щадящий.
- 2. Диетотерапия - стол 5-5а по Певзнеру.
- II. Дезинтоксикационная терапия.
- III. Сорбционная терапия.
- IV. Гепатопротекторы.
- V. Антиоксиданты.
- VI. Попередження и лечения кишечного дисбактериоза.
- VII. Этиотропная терапия.



- **Режим.** При легком и среднетяжелом течении ОВГ без выраженной интоксикации назначается полупостельный режим с ограничением физической нагрузки.



- **Диета.** В начале и в разгаре заболевания назначается стол N5а, в стадии реконвалесценции - стол N5. Это щадящая диета, предусматривающая уменьшение химического и механического раздражения желудочно-кишечного тракта. Исключаются блюда с экстрактивными компонентами: мясные, рыбные, грибные бульоны; окрошки, тугоплавкие жиры (сало), жирные сорта мяса, в том числе птица (утка, гусь), жирная рыба, копчености, острые приправы, сдобное тесто, продукты с избытком эфирных масел (редис, редька, репа, лук, чеснок, хрен, щавель), жареная пища, торты, пирожные, грибы, мороженое, маринады, острые соусы, приправы (горчица, перец, уксус). Питание должно быть рациональным, сбалансированным. Прием пищи осуществляется в одни и те же часы 4-6 раз в день.





- **Гепатопротекторы делятся на:**
- 1. Препараты растительного происхождения (карсил, дарсил, гепарсил, силегон, легалон, хофитол, Гепабене, гепатофальк-плата и др.)..
- 2. Фосфолипидные и липосомальные препараты (эссенциале, Эссель форте, липин, Лиолив, липостабил).
- 3. Препараты, содержащие природные аминокислоты (гептрал, цитраргинина, орнитин, Метионин).
- 4. Синтетические препараты (бетаина цитрат, антраль, тиотриазолин).
- 5. Препарат содержит желчные кислоты (урсофальк).



- **Эссенциале** форте назначается по 1-2 капсулы 3 раза в день до 3 месяцев. Он выпускается во флаконах по 0,5 г эссенциальных фосфолипидов . Назначается внутривенно капельно в течение 5-7 дней .
- Применяется также отечественный препарат **тиотриазолин** - синтетический гепатопротекторное и кардиопротекторный препарат , выпускается в таблетках по 0,1 г тиотриазолина и ампулах - 1 % раствор - 1 мл , 2,5 % - 1 мл . Назначается по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 20-30 дней .



- **Урсофальк** (, действующим веществом является урсодезоксихолевая кислота , применяется в течение 6-8 месяцев. Он повышает устойчивость мембран гепатоцитов к вредным воздействиям , восстанавливает поврежденные мембраны , улучшает результаты лечения интерфероном хронических вирусных гепатитов , подавляет патологические иммунные реакции , растворяет холестериновые камни в желчных путях .
- Препарат выпускается в капсулах по 250 мг , 50 и 100 капсул в упаковке. Урсофальк назначается в суточной дозе 8-10 мг / кг / массы тела , разделенной на 3 приема во время еды . Минимальный курс лечения 1 месяц.



При минимальной и умеренной активности гепатита показаны гепатопротекторы растительного происхождения, обладающие антиоксидантными свойствами, нормализуют секрецию и отток желчи, уменьшают отложение жира в печени. Эти качества присущи **Гепабене**, в состав которого входит экстракт плодов расторопши пятнистой и экстракт дымянки аптечной. Выпускается по 30 и 100 капсул в упаковке. Назначается детям 7-10 лет по 1 капсуле 2 раза в день, с 11 до 14 лет по 1 капсуле 3 раза в день. Продолжительность курса в среднем 1 месяц.



- **Антиоксиданты:** аевит, витамин Е курсами по 1-1,5 месяца. Аевит в капсулах по 1-2 в день в течение 2-х недель. Витамин Е выпускается в флаконах 5%, 10%, 30% раствора в масле, в 1 капле таких растворов по 1, 2, 6 мг витамина; в капсулах по 0,1-0,2 мл 50% раствора витамина; в ампулах - по 1 мл 5%, 10% и 30% раствора (50, 100, 300 мг масляного раствора). Назначается по 5-10 мг / кг / массы тела в сутки в течение 2-3 недель. Кроме того, применяются витамины В1, В2, В5, В6, В15, С и другие.



- Для покращення гемо- та лімфодинаміки застосовують **троксевазин** (випускається в капсулах по 300 мг), теонікол (компламін) по 10 мг/кг/маси тіла, при добрій переносимості дозу поступово можна підвищувати до 20 мг/кг/маси на добу. При покращанні стану дозу препарату знизити до 10 мг/кг/маси, тривалість лікування 1-2 місяці. Випускається в таблетках по 0,15 г, драже по 0,3 г, ампули по 2 і 10 мл 15 % розчину.



- **Дезинтоксикация достигается также назначением энтеросорбентов** (полисорб, полифепан, активированный уголь и др.). Полисорб МП назначается внутрь из расчета 200 мг/кг в сутки в 4 приема на 100 мл кипяченой воды, в виде водной взвеси, в промежутках между приемами
- пищи и лекарств. Полифепан дается внутрь (в 100 мл воды или запивается), по 1 столовой ложке 3 раза в день за час до еды. Активированный уголь (карболен) назначают внутрь по 1-3 таблетки при метеоризме и диспепсии 3-4 раза в день. Курс лечения энтеросорбентами
- от 3-7 до 15 дней.



- В стадии реконвалесценции могут использоваться щелочные воды малой или средней минерализации (Боржоми, Ессентуки N4, N17, Славяновская, Смирновская и др.), без газов. Воду пьют в горячем виде (36-42°C) по 0,5-1 стакану 3 раза в день за час до еды. Прием минеральной воды повышает защитную функцию печени и ведет к уменьшению
- застойных и воспалительных изменений в билиарной системе.





- При розвитку кишкового дисбактеріозу призначаються **пробіотики (симбітер, біфіформ, лінекс, бактисубтіл) та пребіотики (дюфалак, хілак-форте), курс лікування до 2-4 тижнів.**
- Зокрема, **біфіформ (Bifiform)**, який включає в себе живі ліофілізовані біфідобактерії та ентерококи. Він випускається в капсулах та призначається по 1 капсулі 2-3 рази на день за 30 хвилин до їди. Курс лікування до 4 тижнів (препарат вибору). Бактісубтіл (Bactisubtil) призначається дітям до 3 років по 3-4 капсули на день, старше 3 років – по 4-6 капсул на день, протягом 2-4 тижнів.



- **Лінекс (Linex)** призначається по 1-2 капсули 3 рази на день дітям від 2 до 12 років, старше 12 років – по 2 капсули 3 рази на добу з невеликою кількістю рідини.
- **Хілак-форте (Hylak-Forte)** випускається в флаконах по 30 і 100 мл, які містять стерильний концентрат продуктів обміну речовин бактерій. Призначається по 20-40 крапель 3 рази на добу, при покращенні стану дозу зменшують наполовину; приймають до або під час їди в невеликій кількості рідини (за виключенням молока). Тривалість курсу 2-4 тижні.

# Этиотропная терапия

---

## Хронический гепатит В

- $\alpha$ -интерферон 6-9 млн. ЕД трижды в неделю внутримышечно + ламивудин внутрь 100 мг ежедневно в течение 6-12 месяцев

*При противопоказаниях к интерферонотерапии, при декомпенсированном циррозе:*

- Ламивудин 100 мг/сутки на протяжении 12 мес.

## Хронический гепатит D

- $\alpha$ -интерферон 9 млн. ЕД трижды в неделю внутримышечно на протяжении 12 месяцев + ламивудин внутрь 100 мг ежедневно на протяжении 6-12 месяцев
-

### Лечение вирусного гепатита С:

- 3 млн. МО  $\alpha$ -интерферона 3 раза в неделю п/к + рибавирин внутрь 1000-1200 мг в сутки на протяжении 6-12 мес.

или

- Пег- $\alpha_{2a}$ -интерферон 1,5 мкг/кг (180 мкг) п/к 1 раз/неделю + рибавирин в зависимости от массы тела: 800 мг при массе тела до 65 кг, 1000 мг при массе 65-85 кг, 1200 мг в сутки при массе тела больше 85 кг на протяжении 6-12 мес.



<b>Побочные эффекты</b>	<b>Способ коррекции</b>
Гриппоподобный синдром	Введение препарата во второй половине дня, а также парацетамола 0,5-1 г через 5 часов после инъекции
Нейтропения: – менее 750 клеток/1 мкл – менее 500 клеток/1 мкл	Уменьшение дозы пегинтерферона до 135 мкг/неделю; введение стимуляторов гранулоцитопоеза Отмена пегинтерферона до восстановления числа нейтрофилов до 1000 клеток/1 мкл
Тромбоцитопения: – менее 50000 клеток/1 мкл; – менее 25000 клеток/1 мкл	Уменьшение дозы пегинтерферона до 135 мкг/неделю; Отмена пегинтерферона
Депрессия: – средней тяжести; – тяжелая	Уменьшение дозы пегинтерферона до 135 мкг/неделю; Отмена препарата, назначение антидепрессантов
Прогрессирующее нарастание уровня АЛат	Уменьшение дозы пегинтерферона до 135 мкг/неделю
Диспепсические явления	Симптоматическая терапия: ферменты, урсодезокси-холевая кислота
Гемолитическая анемия (снижение Hb менее 85 г/л)	Снижение дозы рибавирина, назначение эритропоэтина (Рекормон)



- 
- Декомпенсированный ЦП;
  - Тяжелые соматические заболевания (особенно сердечно-сосудистые заболевания);
  - Тромбоцитопения меньше 100 000/мл;
  - Лейкопения меньше 3000/мл;
  - Аутоиммунные заболевания (особенно, аутоиммунный тиреоидит);
  - Почечная недостаточность;
  - Декомпенсированный сахарный диабет;
  - Продолжение приёма алкоголя или наркотиков;
  - Наличие в анамнезе психических (особенно тяжёлой депрессии) нарушений, эпилепсии
-