

Практическое занятие по теме «Вирусные гепатиты»

Теоретическая часть занятия.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

Этиологическая структура вирусных гепатитов

- HAV - вирус гепатита А (РНК - содержащий, семейство пикорнавирусов).
- HBV - вирус гепатита В (ДНК - содержащий, семейство гепаднавирусов).
- HDV - вирус гепатита Д (РНК - содержащий дефектный вирус).
- HCV - вирус гепатита С (РНК - содержащий вирус, семейство флавивирусов).
- HEV - вирус гепатита Е (РНК - содержащий, близок к семейству калицивирусов).
- HFV - вирус гепатита F (РНК - содержащий вирус).
- HGV - вирус гепатита G (РНК - содержащий вирус, семейство флавивирусов).

Эпидемиология ВГА

- Источники - больной человек (типичные, стертые, инаппарантные формы).
- Механизм заражения - фекально-оральный.
- Пути передачи - водный, алиментарный, контактно-бытовой, гемо-контактный (наркоманы).
- Сезонность - осенне-зимняя.
- Возрастная поражаемость - дети, молодой возраст.
- Цикличность - подъемы с периодичностью 3-5, 7-10 лет.
- Иммуниетет – стойкий.

Эпидемиология ВГВ и ВГС

- Источники - больные острым и хроническим течением, вирусоносители
- Пути передачи – парентеральный, половой, вертикальный (пери- и постнатальное инфицирование), кровяно-контактный.

Эпидемиология ВГД

- Источники - больные острым и хроническим течением, вирусоносители.
- Пути передачи - парентеральный, половой, вертикальный.
- Восприимчивость - лица, не болевшие ВГВ (не имеющие анти-HBs), здоровые носители HBsAg, хронический ВГВ с HBs-антигеномией.

Эпидемиология ВГЕ

- Источники - больной желтушной и безжелтушной формами.
- Механизм заражения - фекально-оральный.
- Пути передачи - водный (ведущий), алиментарный, контактно-бытовой (редко).
- Сезонность – летняя.
- Поражаемость - чаще мужчины 15-30 лет, у беременных дает тяжелое течение. Регистрируется на фоне высокого коллективного иммунитета к ВГА (у лиц с анти- HAV).

Клиническая классификация ВГ

- По этиологии - ВГА, ВГВ, ВГС, ВГД, ВГЕ, ВГF , ВГG.
- Выраженность клинических проявлений.
 - А) клинические - желтушные, безжелтушные, стертые.
 - Б) субклинические (инаппарантные) варианты.
- Течение – острое, затяжное, хроническое.
- Тяжесть - легкая форма, среднетяжелая, тяжелая, молниеносная.
- Осложнения - ОПЭ, обострение и рецидивы (клинические, ферментативные), функциональные и воспалительные заболевания желчных путей, внепеченочные.
- Исходы - выздоровление, остаточные явления, затяжной гепатит, вирусоносительство, хронические гепатиты, цирроз печени, первичный рак печени.

Синдромы преджелтушного периода

- Катаральный.
- Диспептический.
- Артралгический.
- Астено-вегетативный.
- Смешанный.
- Латентный.

Клиника печеночной комы

• Предвестники комы - нарастание интоксикации (усиление головной боли, слабости, рвоты, зевота, периодически глубокие вздохи, стереотипность ответов), боли в области печени, сокращение размеров печени, нарастание желтухи, «печеночный» запах, тахикардия, склонность к лейкоцитозу, ДВС-синдром.

• Прекома I - дальнейшее нарастание токсикоза, «печеночный» запах выраженный, проявления энцефалопатии: нарушение ориентации в месте и времени, стереотипность ответа, речь растянутая, голос тихий. ДВС-синдром прогрессирует; печень уменьшается. Лейкоцитоз, тромбопения, резкое снижение протромбинового индекса, высокие показатели билирубина, трансферазы высокие или снижаются.

• Прекома II – сопор, периодически возбуждение, симптом «звона реберной дуги».

• Кома I - сознание отсутствует, произвольная двигательная активность отсутствует, рефлексы сохранены.

• Кома II - рефлексы отсутствуют, ДВС-синдром развернутый.

Выделяют раннюю печеночную кому (первые 2 недели болезни) и позднюю (3-я неделя и позже).

Биохимические исследования

- Билирубин и его фракции.
- АЛТ, АСТ.
- Тимоловая и сулемовая пробы.

- Протромбиновый индекс.

Ранняя маркерная диагностика ВГА

- НА-Ag в фекалиях.
- Анти-НАV Ig M (сыворотка крови).
- РНК-НАV (сыворотка крови).

Ранняя маркерная диагностика ВГВ, ВГС и ВГД

- ВГВ - HBs Ag, HBe Ag, ДНК- HBV, ДНК-полимераза, анти-HBc Ig M.
- ВГС - РНК-НСV, анти-НСV Ig M.
- ВГД - HD-Ag, РНК-HDV, анти-HDV Ig M.

Лечение легких форм ВГ

- Диета 5 а, 5.
- Полупостельный режим.
- Дезинтоксикация пероральная - глюкозолан, цитратный раствор.
- Витамины растительного происхождения.
- При легком течении ВГВ с высокой концентрацией HBsAg, наличием HBeAg и недостаточным иммунным ответом (угроза хронизации) препараты α -интерферона.

а) Реаферон, роферон, интрон А – в/мышечно 3 дня, затем через 1 день 3 недели. Виферон регестим 3 дня, затем через день 3 недели.

б) Интерферогены: циклоферон, неовир, амиксин.

в) Тимоген в/мышечно, курс 5-7 дней.

Лечение среднетяжелых форм

- Диета 5а.
- Постельный режим.
- Дезинтоксикационная терапия – до 2,0 л в сутки в/венно капельно и внутрь.
- Энтеросорбенты – карбактин, полифепан.
- Рибоксин внутрь, 10-14 дней.
- Цитохром С 10-14 дней.
- Кверцетин внутрь, 10-14 дней .

Лечение тяжелых форм ВГ

- Диета 5а (ограничение белков).
- Строгий постельный режим.
- Дезинтоксикационная терапия - до 1,5-2,5 л 5% р-р глюкозы, р-р Рингера, гемодез, плазма, альбумин в/в капельно. Энтеросорбенты (полисорб, полифепан, карбактин).
- Коррекция КОС и электролитного баланса.
- Интрон А 12 недель (только при ВГС).

- Рибоксин внутрь, 10-14 дней.
- Цитохром С 10-14 дней.
- Кверцетин 10-14 дней.
- При отсутствии эффекта и выраженном аутоиммунном характере процесса - преднизолон внутрь (кроме ВГД).

Лечение печеночной комы

- Палата интенсивной терапии, реанимационное отделение.
- Строгий постельный режим.
- Ограничение, затем исключение белков.
- Дезинтоксикация - 5% р-р глюкозы, р-р Рингера, гемодез, реополиглюкин, плазма, альбумин в/в капельно, повторные промывания желудка 5 % р-ром соды.
- Контроль и коррекция электролитного баланса.
- Коррекция КОС - 4% р-р соды, трисамин.
- Ингибиторы протеолиза - контрикал в/в, капельно, гордокс.
- Гиперкоагуляционная фаза ДВС-синдрома - курантил, трентал в/венно.
- Гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома - дицинон в/мышечно или в/венно, викасол в/м. Ингибиторы фибринолиза - 5% р-р аминокaproновой кислоты в/венно.
- Купирование психомоторного возбуждения - седуксен в/венно, ГОМК 20%-ный в/венно, галоперидол 0,5% р-р в/венно.
- Кортикостероиды - преднизолон в/венно при ранней печеночной коме (кроме ВГД).
- Поздняя печеночная кома – препараты α -интерферона до 10 млн МЕ в/мышечно в сутки.
- Антибактериальная терапия - канамицин через зонд, цефалоспорины в/мышечно.
- ГБО – 1-2 сеанса в сутки, компрессия 1,6-1,8 АТА, экспозиция 30-45 минут.
- Плазмаферез (повторные сеансы).
- Обменное переливание одногруппной крови.
- Перфузия крови через взвесь гепатоцитов (гетеро- и гомо).
- ВГЕ – предупреждение прерывания беременности.

Выписка ВГА, ВГЕ

- Клиническое выздоровление.
- Печень - увеличение не более чем на 1-2 см.
- Билирубин крови – норма.
- Активность аминотрансфераз в 2-3 раза больше нормы.

Диспансеризация ВГА, ВГЕ

- Не позже чем через 1 месяц в КД или лечащим врачом. При отсутствии у реконвалесцента жалоб, клинических проявлений и биохимических отклонений снимаются с учета через 1 месяц.
- Реконвалесценты ВГА, ВГЕ с остаточными явлениями наблюдаются в КИЗе 1 раз в месяц. При исчезновении остаточных явлений снимаются с учета через 3 месяца.

Правила выписки реконвалесцентов ВГВ, ВГС, ВГД

- Выписка - клиническое выздоровление, увеличение печени не более чем на 1-2 см, билирубин в крови - норма, активность трансфераз в 2-3 раза больше нормы.

- Диспансеризация - первый осмотр не позже чем через 1 месяц после выписки в КД или лечащим врачом. При отсутствии объективных изменений и субъективных жалоб передаются в КИЗ для обследования через 3, 6, 9 и 12 месяцев. Снятие с учета ВГВ - при отсутствии хронизации процесса и 2-кратного отрицательного результата на наличие HBs Ag с интервалом 10 дней. При хронизации процесса, продолжающейся HBs-антигемии с учета не снимаются, решается вопрос о повторной госпитализации для углубленного обследования и выбора методов лечения.

Специфическая профилактика

- ВГА – Геп-А-ин-ВАК (Россия), Хаврикс 1440 (Смит Кляйн Бичем, Англия).
- ВГВ – Комбиотех (Россия), Хебербиовак (Куба), Н-В-Вакс (США), Энджерикс В (Бельгия).

План занятия:

Ответы, списанные с интернета будут учитываться как ошибка! Для ответов на задания используется только материал лекций, учебника и материал теоретической части практического занятия.

1. **Опишите особенности лечебного стола №5.**
2. **Составьте и запишите план (3-5 пунктов) неспецифической профилактики для каждого вида вирусного гепатита. Разработайте памятку для населения по профилактике вирусного гепатита А. (формат свободный)**
3. **Задача:**

Больная М., 21 год, обратилась к фельдшеру ЛПУ с жалобами на слабость, плохой аппетит, чувство тяжести в животе и потемнение мочи. Выяснено, что в общежитии, где она проживает, в течение месяца зарегистрировано несколько случаев заболевания острым ВГА.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и склеры обычной окраски, сыпи нет. Нижний край печени – + 1 см из-под реберной дуги, гладкий, чувствительный при пальпации. Со стороны других внутренних органов – без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План обследования и дальнейшая тактика?

4. **Составить таблицу для дифференциальной диагностики:**
Острые вирусные гепатиты и желчнокаменная болезнь;