

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

И.М. Журавская, канд. мед. наук, **В.Н. Петров**, проф.
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2
E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Приведены причины, принципы диагностики и лечения хронического вирусного гепатита. Описаны компоненты сестринской помощи при этом заболевании.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, диагностика, лечение, сестринская помощь.

Хронический вирусный гепатит (ХГ) – хроническое воспалительное заболевание печени продолжительностью более 6 мес. Важность проблемы ХГ определяется его большой распространенностью, трудностями распознавания и лечения, возникновением неблагоприятных клинических проявлений, ухудшающих качество жизни и уменьшающих ее продолжительность, а также существенными экономическими затратами. Возможными исходами ХГ могут быть цирроз печени, печеночная недостаточность и первичный рак печени.

Этиология и патогенез

Причиной ХГ является инфицирование человека гепатотропными вирусами В, С, D, нередко – их сочетанием. Численность носителей этих вирусов и потенциальных источников заражения приближается на нашей планете к 2 млрд. По данным ВОЗ, в мире насчитывается соответственно приблизительно 350 и 170 млн больных хроническими вирусными гепатитами В (ХГВ) и С (ХГС).

Преобладает парентеральный (инъекционный, гемотрансфузионный) путь инфицирования, реже встречается половой. Риск передачи вируса от больной матери ребенку во время беременности и родов невелик, как и возможность бытового внутрисемейного заражения от больного родственника.

Инфицирование происходит при инъекциях нестерильными иглами, переливаниях крови и ее препаратов, повреждениях кожи и слизистых оболочек иглами и острыми краями лечебно-диагностических инструментов, проведении гемодиализа и татуировок, а также при половых сношениях. Риск заболеть ХГ максимален у людей, нуждающихся в переливании крови или ее компонентов, пациентов отделений гемодиализа, медицинских работников, осо-

бенно контактирующих с кровью ВИЧ-инфицированных, наркоманов, заключенных и гомосексуалистов.

Частота перехода острого вирусного гепатита в хронический зависит от вида вируса, возраста пациента и состояния его иммунной системы – защитных противовирусных механизмов организма. Хронизация острого воспалительного процесса в печени у взрослого населения максимальна при ХГС и существенно меньше при гепатитах В и D – соответственно в 80 и 5–10% случаев.

Патогенез ХГ в самых общих чертах можно представить следующим образом. При инфицировании организма циркулирующие в крови и попадающие в печень вирусы вызывают диффузное поражение ее клеток – гепатоцитов. Повреждение этих клеток обусловлено прямым цитопатическим и опосредованным (иммунные реакции) действием вирусов. Морфологическая картина ХГ весьма разнообразна: от минимальной или умеренной белковой и жировой дистрофии гепатоцитов и воспалительной инфильтрации до выраженных белковой и жировой дистрофии, различной степени выраженности некроза гепатоцитов и фиброза печени.

Диагностика хронического гепатита

При диагностике ХГ анализируют данные анамнеза, проводят клиническое, биохимическое и серологическое исследования. В отдельных случаях прибегают к биопсии печени с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

Распознавание ХГ на догоспитальном этапе медицинской помощи при первом контакте с пациентом вызывает существенные трудности (нередко невозможно) и относится к компетенции врача. Роль медсестры в этом процессе значительна, поскольку она может заподозрить хроническое заболевание печени при обследовании пациентов, относящихся к группам риска: медицинские работники, лица, подвергшиеся переливанию крови или находящиеся на гемодиализе, наркоманы и др.

ХГ может протекать бессимптомно, с минимальными или выраженными клиническими проявлениями. В клинической картине преобладают астенический и диспепсический синдромы. Больных не-

редко беспокоят общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, психоэмоциональная лабильность, раздражительность, а также горечь во рту, тошнота, рвота, отрыжка, неустойчивый стул с тенденцией к поносу.

Возможны ощущения тяжести и переполнения в желудке, тупые и достаточно постоянные боли в правом подреберье и подложечной области, усиливающиеся после нарушения диеты или физической нагрузки. Возможно повышение температуры тела.

При осмотре нередко выявляют разной степени выраженности желтушную окраску кожи и видимых слизистых оболочек, «печеночные знаки» – сосудистые звездочки на коже, гиперемия ладоней («пальмарную эритему»).

Существенным диагностическим подспорьем является увеличение печени с ровным и плотноватым краем, нередко болезненным при пальпации.

Перечень обязательных лабораторных исследований:

- идентификация маркеров: вирусного гепатита В (антигены – HBsAg, HBeAg; антитела к HBeAg; ДНК HBV), вирусного гепатита С (антитела к HDV; РНК HCV), вирусного гепатита D (антитела к HDV; РНК HDV);
- клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, определение концентрации в крови аминотрансфераз (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза – АлТ), билирубина, амилазы, протромбина, щелочной фосфатазы, иммуноглобулинов, общего белка и белковых фракций;
- общий анализ мочи, копрограмма, анализ кала на скрытую кровь;
- биопсия печени с гистологическим и цитологическим исследованием биопатов.

К обязательным инструментальным исследованиям относится УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки. При УЗИ печени обнаруживают увеличение и акустическую неоднородность печени, утолщение ее капсулы и неровность контуров.

Наиболее ценными в диагностическом плане являются серологические исследования в сочетании с биопсией печени и гистологическим изучением биоптата, позволяющие определить этиологию ХГ, оценить активность воспалительного процесса и выраженность фиброза печени. Повышение концентрации аминотрансфераз в крови подтверждает воспалительный процесс в печени.

Сестринский уход

Медсестра при сборе анамнеза выясняет, не было ли у пациента в прошлом острого вирусного гепатита или контакта с больным этим заболеванием, частых инъекций лекарственных веществ и перели-

ваний крови, лечения гемодиализом. Следует расспросить его и об отношении к алкоголю, наркотикам, возможных контактах в быту и на производстве с токсичными веществами (тяжелые металлы, хлорированные углеводороды и др.), применении некоторых лекарственных средств (гепатотоксические антибиотики, цитостатические и гормональные препараты и др.).

При осмотре нередко выявляют разной степени выраженности желтушную окраску кожи и видимых слизистых оболочек, реже – своеобразные сосудистые образования на коже в виде звездочек и паучков, покраснение ладоней, обложенность языка белым налетом. При пальпации живота можно обнаружить увеличение печени и ее болезненность.

Анализ анамнестических данных и результатов объективного исследования позволяет медсестре выявить проблемы пациента, наиболее существенными из которых при ХГ являются:

- диспепсические расстройства (тошнота, отрыжка, рвота, горечь во рту);
- тяжесть и боли в правом подреберье;
- общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности;
- недостаток знаний, касающихся принципов диагностики, профилактики и лечения заболевания;
- психологические, физические и социально-экономические проблемы в связи с заболеванием и изменением обычного стиля жизни.

Пациенту с установленным диагнозом ХГ следует задать вопросы: какие причины вызвали обострение заболевания? соблюдает ли он диету? использует ли и как переносит предписанные лекарственные препараты? не занимается ли самолечением?

При планировании ухода медсестра анализирует ситуацию в семье, оценивает уровень знаний пациента и его родственников о ХГ, возможность оказания ему психологической, физической и экономической помощи, объясняет целесообразность, безопасность и диагностические возможности лабораторных и инструментальных исследований. Медсестра должна успокоить больного в связи с недостатком информации, объяснить ему сущность заболевания, методы его профилактики и лечения. Ее задача – способствовать созданию спокойной и доброжелательной атмосферы в окружении пациента, в палате и домашних условиях, разумно ограничить его физическую активность, обеспечить полноценный отдых и сон, чтобы уменьшить его общую слабость и утомляемость.

Медсестра следит за выполнением пациентом врачебных назначений диетического и медикаментозного характера, выявляет отрицательные (побочные) действия лекарственных средств, оценивает его самочувствие и общее состояние, динамику кли-

нических проявлений заболевания и информирует об этом врача. Важная составляющая сестринского ухода – обучение пациента общегигиеническим и другим мероприятиям, способствующим уменьшению выраженности диспепсического синдрома:

- соблюдение принципов лечебного питания (стол № 5), употребление тщательно пережеванной пищи часто (4–5 раз) и малыми порциями;
- обучение пациента основным принципам ухода за полостью рта: полоскание водой, антисептическими растворами, использование леденцов, кусочков льда, лимона, ананаса; осторожная чистка зубов 2–3 раза в сутки с применением ароматизирующих и дезинфицирующих паст;
- отказ от употребления алкоголя и курения, исключение выраженных физических нагрузок.

В отношении больных ХГ следует строго соблюдать противоинфекционные мероприятия в больничных и домашних условиях, в том числе принципы асептики при неинвазивных и инвазивных вмешательствах.

Принципы лечения

Обострение ХГ является показанием к стационарному лечению, цель которого – стойкое подавление активности (репликации) вируса и снижение риска развития печеночной недостаточности, цирроза печени и гепатоцеллюлярного рака.

Больные соблюдают щадящий (полупостельный или постельный) режим с ограничением физических и психоэмоциональных нагрузок.

В комплексе лечебных мероприятий определенное значение отводится диетотерапии (столы 5а, 5) с ограничением содержания жиров животного происхождения и достаточным количеством белков и углеводов в пищевом рационе. Рекомендуется частый (4–5 раз в сутки) прием небольших количеств пищи. Исключают или ограничивают употребление жирных, жареных, копченых, острых, соленых, консервированных мясных и рыбных продуктов, газированных напитков. Запрещены алкогольные напитки. Рекомендуют овощи и фрукты, зерновые продукты, растительные масла, нежирные говядину, телятину, рыбу, птицу, сыр и творог.

Главную роль при обострении ХГ играет медикаментозное, в первую очередь – противовирусное, лечение. Показанием к активной противовирусной терапии является высокая активность ХГ: повышение концентрации АлТ и маркеров ХГВ (HBeAg, ДНК HBV), ХГС (РНК HBV) и ХГД (РНК HDV) в крови в сочетании с морфологическими признаками воспалительного процесса в биоптатах печени (выраженность некроза гепатоцитов и фиброза печени). В настоящее время ис-

пользуют монотерапию и комбинированное лечение противовирусными препаратами для парентерального (α -интерферон, пегилированный α -интерферон) и внутривенного (ламивудин, энтекавир, телбувудин, рибавирин) применения. Доказана эффективность длительного комбинированного лечения при ХГВ (сочетание α -интерферонов с ламивудином или телбивудином) и ХГС (сочетание α -интерферонов с рибавирином). Дополнительно используют урсодезоксихолевую кислоту, стимулирующую действие (активность) собственных интерферонов в организме больного.

Достаточно широко применяют так называемые «гепатопротекторы» – лекарственные средства, защищающие клетки печени (гепатоциты) от повреждающего действия токсичных продуктов метаболизма (адеметионин, эссенциале-форте, глутаминовая кислота, гепатофальк-планта и др.), полиферментные препараты (панзинорм-форте, панцитрат, креон и др.)

Профилактика

Несомненна перспективность и эффективность вакцинации против гепатита В, которая в нашей стране осуществляется с использованием преимущественно рекомбинантной вакцины Engerix-B.

Вакцинация показана: всем новорожденным и лицам в возрасте до 18 лет; лицам, находящимся в закрытых учреждениях (тюрьмы, колонии); медицинским работникам; пациентам, получающим гемодиализ и реципиентам донорской крови; членам семьи и половым партнерам лиц, инфицированных вирусом гепатита В; лицам, выезжающим в эндемичные по гепатиту В регионы сроком на более чем 6 мес; лицам, имеющим более 1 сексуального партнера в течение 6 мес; наркоманам и гомосексуалистам.

Существенную роль в предупреждении хронических заболеваний печени играет выявление вирусоносителей среди доноров крови и отстранение их от донорства, а также среди перечисленных выше групп населения с последующим проведением соответствующих организационно-профилактических мероприятий. В лечебно-профилактических учреждениях при осуществлении медицинских манипуляций должны соблюдаться универсальные принципы гигиены: мытье рук, использование одноразовых шприцев и других материалов, очистка, дезинфекция и стерилизация медицинского оборудования (в первую очередь – для эндоскопических исследований). Место пореза или ранения кожи очищается и дезинфицируется с последующим немедленным наложением повязки. В семье инфицированный должен иметь отдельные предметы туалета: зубную щетку, бритву, ножницы и т. д.

Определенное значение в профилактическом плане имеют пропаганда здорового образа жизни, в том числе гигиены половых отношений, а также борьба с алкоголизмом и наркоманией.

Рекомендуемая литература

Апросина З.Г., Серов В.В. Хронические вирусные заболевания печени: пато- и морфогенез, клиническая характеристика // Тер. архив. – 1995; 4: 77–80.

Исаков В.А. Современная терапия хронического вирусного гепатита С: какая длительность комбинированной терапии оптимальна и почему? // Клин. гастроэнтерол. гепатол. – 2009; 1: 9–12.

Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Волжанин В.М. и др. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. – СПб.: Фолиант, 2006.

Маев И.В., Полунина Т.Е., Полунина Е.В. Современные алгоритмы диагностики и лечения хронического гепатита В // Клин. мед. – 2009; 8: 7–12.

Федоров И.Г., Никитин И.Г., Сторожаков Г.И. Хронический гепатит С: клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. – 2002; 6: 34–38.

CHRONIC VIRAL HEPATITIS

I.M. Zhuravskaya, Cand. Med. Sci.; Prof. V.N. Petrov

Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education,

Saint Petersburg Medical College Two

The paper describes the causes, principles in the diagnosis and treatment of chronic viral hepatitis. The components of nursing care in these diseases are described.

Key words: chronic viral hepatitis, diagnosis, treatment, nursing care.