

# 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 ( $\alpha$ -интерферон, пегилированный  $\alpha$ -интерферон) и внутривенного (ламивудин, энтекавир, телбувудин, рибавирин) применения. Доказана эффективность длительного комбинированного лечения при ХГВ (сочетание  $\alpha$ -интерферонов с ламивудином или телбувудином) и ХГС (сочетание  $\alpha$ -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.