

Острый гепатит С

Клиника.

Инкубационный период гепатита С составляет в среднем 6-8 недель, однако в ряде случаев этот диапазон может быть шире — от 2 до 26 недель. Заболевание, как правило, начинается постепенно. Длительность продромального периода составляет в среднем 10 дней и может колебаться от 1 до 20 дней. У 20% больных преджелтушный период отсутствует и первым проявлением болезни является желтуха. Клинические симптомы ОГС принципиально не отличаются от таковых при других парентеральных гепатитах.

Преджелтушный период. Основными симптомами, встречающимися в преджелтушном периоде, являются слабость и снижение аппетита (вплоть до анорексии). Эти симптомы отмечаются чаще других. Кроме того, часто пациенты отмечают дискомфорт в эпигастральной области и правом подреберье. Реже появляются такие симптомы, как кожный зуд, боль в суставах, головная боль, головокружение, расстройства стула, повышение температуры тела.

Желтушный период при ОГС протекает значительно легче, чем при других парентеральных гепатитах. После появления желтухи самочувствие больных, как правило, не улучшается. Ведущими симптомами являются слабость, снижение аппетита и дискомфорт в животе. Тошнота и кожный зуд встречаются у трети больных, головокружение и головная боль — у каждого 5-го пациента, рвота — у каждого 10-го. Практически у всех пациентов определяется увеличение размеров печени, у 20% больных увеличивается селезенка.

Для ОГС характерны такие же изменения биохимических показателей, как и при других парентеральных гепатитах. Показатели билирубина в среднем существенно меньше, чем при гепатите В. У большинства пациентов нормализация уровня билирубина наступает к 30-му дню от начала желтухи, средняя длительность гипербилирубинемии составляет 19-20 дней. Средний уровень АлАТ и АсАТ может быть значительно повышен (в 40 раз), чаще в 20-25 раз. Обычно наблюдается повышение активности этих ферментов не менее, чем в 10 раз. Особенностью является волнообразный характер гиперферментемии почти у половины больных в первые 60 дней от начала желтухи. Как правило, колебания уровня трансаминаз не сопровождается ухудшением самочувствия. Другие биохимические показатели (осадочные пробы, уровень общего белка и белковых фракций, протромбина, холестерина, щелочной фосфатазы) обычно остаются в пределах нормы. Часто регистрируется увеличение гамма-глутамилтранс-пептидазы. В периферической крови не отмечается каких-либо отклонений от нормы.

ОГС протекает преимущественно в среднетяжелой форме, около 30% больных болеют легко. Как и при других вирусных гепатитах, при гепатите С могут быть безжелтушный, стертый и субклинический варианты. Для ОГС характерен высокий удельный вес безжелтушных вариантов (более 80%). Безжелтушная форма заболевания протекает, как правило, бессимптомно. Показатели активности АлАТ и АсАТ при желтушной и безжелтушной формах в остром периоде заболевания существенно не различаются.

Диагноз.

Специфическими маркерами, подтверждающими наличие ГС, являются антитела к вирусу гепатита С (анти-НСV) класса IgM и IgG и РНК вируса гепатита С (РНК НСV). Появление обнаруживаемых количеств вирусной РНК зафиксировано на 3-4-й день после инфицирования. Повышение активности АлАТ и АсАТ также наблюдают сравнительно рано, на 1-3-й неделе после заражения, как у экспериментально зараженных животных, так и при естественном течении инфекции у людей. Пик повышения активности ферментов совпадает по времени с максимальным синтезом РНК НСV.

У части больных анти-НСV могут появляться поздно — через 1-6 месяцев после начала заболевания. В этих случаях анти-НСV в сочетании с повышенным уровнем АлАТ (или на фоне нормального уровня АлАТ) служит критерием диагностики ГС. Анти-НСV IgG в крови сохраняются длительно после перенесённого ОГС — десятилетиями. РНК НСV определяется дольше 6 месяцев в случаях перехода ОГС в хронический гепатит.

Госпитализация. Больные с ОГС, особенно желтушными формами, подлежат госпитализации в инфекционный стационар.

Выписка из стационара допускается при повышении активности аминотрансфераз в 2-3 раза по сравнению с нормой. Разрешается выписка реконвалесцентов с увеличением размеров печени на 1-2 см. При выписке реконвалесценту дастся памятка с указанием рекомендуемого режима и диеты.

Исходы и диспансеризация.

Несмотря на кажущуюся легкость течения, ОГС имеет серьезный прогноз, поскольку исходом заболевания у 80% пациентов является развитие хронического гепатита.

Особенностью формирования ХГС является наличие у большинства пациентов феномена "мнимого выздоровления", который характеризуется нормализацией клинико-биохимических показателей вслед за острым периодом заболевания и последующим появлением гиперферментемии вновь в различные сроки от начала заболевания. Длительность указанного феномена может быть различной — от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет, и в этот период пациенты могут быть ошибочно расценены как выздоровевшие. Это диктует необходимость длительного и регулярного наблюдения такой категории больных.

Диспансерное наблюдение за переболевшими острым ГС проводится врачом-инфекционистом КИЗ территориальных поликлиник. Первый осмотр — через 1 месяц после выписки из стационара, далее один раз в три месяца в течении года. В настоящее время критерии выздоровления после острого ГС отсутствуют. Больные с нормальными биохимическими показателями и отсутствием РНК HCV в крови через 1 год после острого ГС с диспансерного учета не снимаются и продолжают наблюдаться в КИЗ территориальных поликлиник 1 раз в 6 мес. Через 2-3 года наблюдений, в случаях отсутствия биохимических и вирусологических признаков заболевания, целесообразно проведение биопсии печени.

В случаях подозрения на формирование хронического гепатита С пациенты проходят углубленное обследование и продолжают наблюдаться врачом КИЗ территориальной поликлиники и одновременно врачом КПН инфекционного стационара, где был впервые установлен диагноз острого ГС, или врачом консультативного гепатологического центра.

Переболевшие острым ГС возвращаются к работе, производственной практике, учебным занятиям не ранее чем через 1 мес., если клинико-биохимические показатели являются удовлетворительными (отсутствие астеновегетативного синдрома, гиперферментемия не более двух норм).