

Критерии тяжести острых вирусных гепатитов

Для оценки тяжести вирусных гепатитов первостепенное значение имеют клинические симптомы.

Наиболее общим клиническим проявлением тяжести острого вирусного гепатита является синдром интоксикации, который складывается из разных по степени выраженности признаков, общей слабости и адинамии, а в отдельных случаях — и помрачения сознания. Использование ряда биохимических тестов в сочетании с клиническими ориентирами в динамике позволяет объективно оценить критерии тяжести вирусного гепатита.

Легкая форма гепатита характеризуется слабо выраженными явлениями интоксикации или полным их отсутствием. При этом слабость, утомляемость, снижение трудоспособности отсутствуют полностью или выражены нерезко, непостоянно, кратковременно. Аппетит умеренно снижен, тошнота непостоянная, рвота в желтушном периоде не характерна.

Степень увеличения размеров печени обычно не коррелирует с тяжестью заболевания и больше связана с возрастными особенностями, предшествующими и сопутствующими заболеваниями, профессиональными вредностями и др.

Интенсивность и стойкость желтухи при легкой форме меньше, чем при среднетяжелой и тяжелых формах болезни.

При отчетливом повышении уровня АлАТ в крови, показатели протеинограммы сулемовой пробы и протромбиновый индекс при легких формах вирусного гепатита остаются без существенных отклонений от нормы.

Среднетяжелая форма гепатита характеризуется количественным нарастанием и усилением всех перечисленных выше клинических симптомов. Общая слабость умеренно выражена, обычно усиливается во второй половине дня и менее заметна утром. Головная боль непостоянна, больше выражены тяжесть в голове и умеренная адинамия с повышенной утомляемостью. Головокружений, нарушений ритма сна, расстройств зрения при этой форме болезни нет (если они не связаны с другими причинами). Аппетит плохой, тошнота выраженная, без рвоты. Геморрагические явления, задержка жидкости и тахикардия не характерны. Желтуха яркая и стойкая, в сыворотке крови уровни билирубина, аланинаминотрансфераз и сулемовой пробы существенно не отличаются от таковых при легких формах; протромбиновый индекс, как правило, не менее 60%.

Тяжелая форма гепатита характеризуется нарастанием имеющихся признаков интоксикации и появлением новых клинических симптомов; головокружение, мелькание "мушек" перед глазами, адинамия, к которым может присоединиться геморрагический синдром, тахикардия, болезненность в области печени, склонность к задержке жидкости, "асептическая лихорадка" с нейтрофильным лейкоцитозом. Более четкими оказываются здесь и разграничительные биохимические признаки: билирубинемия, протромбиновый индекс ниже 60%, более высокие показатели АсАТ по сравнению с АлАТ, появление при нарастании тяжести заболевания билирубино-ферментной диссоциации (падение уровня аминотрансфераз при повышении уровня билирубина в крови).

Фульминантный гепатит (ФГ) — особенно тяжелая форма гепатита, обусловленная развитием массивного некроза печени, сопровождающаяся прогрессивно нарастающей острой печеночной энцефалопатией (ОПЭ) и, как правило, заканчивающаяся смертью больного. Для сверхострой печеночной недостаточности характерно развитие ОПЭ в течение 7 дней после появления желтухи, для острой — от 8 до 28 дней. При подострой печеночной недостаточности симптомы ОПЭ появляются в сроки от 5 до 26 недель после возникновения желтухи. При развитии ФГ печень приобретает дряблую, тестоватую консистенцию, размеры ее уменьшаются, появляется печеночный запах изо рта, тахикардия, лихорадка и нейтрофильный лейкоцитоз, уровень протромбина снижается ниже 40%, нарастает гипоальбуминемия.

При ОПЭ I степени (**прекома I**) сознание сохранено, однако больной может быть угнетен, подавлен, или, напротив, эйфоричен, возбужден, при этом отмечается икота, зевота, нарушение ритма сна, сновидения носят устрашающий характер, часто наблюдается снижение концентрации внимания. Характерно головокружение, головная боль, мелькание "мушек" перед глазами. Возможны ошибки и быстрое истощение при выполнении простейших умственных заданий (нарушения прямого и обратного счета), стереотипность ответов, нарушение координации мелких движений. Изменения на ЭЭГ непостоянны, слабо выражены.

Для ОПЭ II степени (**прекома II**) характерна спутанность сознания, отсутствие адекватного восприятия места, времени и собственной личности, сонливость, заторможенность, адинамия. Периодически возникает психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации, большие агрессивны. Простые задания выполняют с трудом. Появляется "хлопающий тремор", возможны судороги различных мышечных групп. На ЭЭГ регистрируется нарастание амплитуды, замедление ритма.

ОПЭ III степени (**кома I**) — сопор, неглубокая кома. Сознание отсутствует, однако возможно пробуждение после резкой стимуляции, сохранена реакция на боль. Зрачки, как правило, широкие, определяется симптом "плавающих" глазных яблок, появляются патологические рефлексy. На ЭЭГ отмечается снижение амплитуды

при редком ритме.

ОПЭ IV степени (**кома II**) характеризуется полной потерей сознания, отсутствием рефлексов и реакций на любые раздражители. На ЭЭГ — снижение мозговой активности вплоть до ее полного исчезновения.

Терминология и формулировка клинического диагноза.

Предварительный клинический диагноз "**вирусный гепатит**" устанавливается после первого осмотра больного на основании клинических и эпидемиологических данных.

Клинический диагноз уточняется в инфекционном стационаре при получении результата лабораторных исследований и после этого выносится на заглавный лист истории болезни. Данные о лабораторном подтверждении вирусного гепатита приводятся в скобках после диагноза. Заключительный диагноз (дифференцированный) формулируется при выписке больного из стационара. Обязательно указывается форма тяжести, вариант, сопутствующие заболевания, осложнения и другие отклонения от обычного течения болезни.