

Лечение острых вирусных гепатитов

Этиологические факторы играют существенную роль в формировании особенностей течения и исходов вирусных гепатитов (ВГ), — они должны учитываться в терапевтической тактике применительно к каждому отдельному случаю. Вместе с тем в клинических стадиях развития и течения ВГ имеется ряд общих синдромов, которые определяют выбор средств патогенетической терапии, что особенно важно при отсутствии до сих пор надежных этиотропных средств.

Терапия ВГ основана на следующих общих положениях:

1. Подавляющее большинство легких и среднетяжелых форм острого ВГ завершается излечением при использовании базисной терапии, без применения этиотропных лекарственных средств. Исключением является острый ГС.
2. Принцип охраны больной печени предполагает не только ограждение от дополнительных энергетических затрат, но и защиту ее от медикаментов с сомнительной или недоказанной эффективностью.
3. Лечебные мероприятия при ВГ должны подбираться индивидуально: не только в соответствии с различными этиологическими факторами, но и с учетом особенностей организма больного (возраст, сопутствующие и предшествующие заболевания, условия жизни, труда и др.).

Вирусный гепатит А.

Больные с **легкой формой ГА** не нуждаются в медикаментозном лечении. Вполне достаточна базисная терапия, включающая режим, диету, охрану печени от дополнительных нагрузок, полупостельный режим. Диета полноценная, калорийная (до 3000 калорий для взрослых), щадящая. Необходимо исключить жареные, копченые, маринованные блюда, пряные и экстрактивные компоненты и абсолютно запретить алкоголь. При достаточном количестве углеводов (преимущественно в виде каш, меда, варенья, сахара), желателен не ограничивать количество полноценных животных белков (не менее 100 г в сутки для взрослых) и обязательно включать эмульгируемые жиры (30-40 г сливочного масла в день). Потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищевых продуктов. Рекомендуется обильное питье до 2-3 литров в сутки. Необходимо добиваться опорожнения кишечника.

Среднетяжелые формы в большинстве случаев можно лечить таким же способом. Если из-за тошноты больной не может пить, а интоксикация держится, необходимо парентеральное введение дезинтоксикационных средств. Внутривенно капельно вводят 5% раствор глюкозы и раствор Рингера (по 500 мл). Назначение кортикостероидов не показано.

Тяжелые формы ГА (без печеночной комы). Требуется более интенсивное и систематическое проведение дезинтоксикационной и инфузионной терапии.

Гепатит А с печеночной комой в большинстве случаев можно лечить таким же способом, как и острый гепатит В (с или без дельта-агента) с печеночной комой.

Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы.

Наиболее частый вариант ГВ. Дезинтоксикационная инфузионная терапия проводится соответственно тяжести болезни (аналогично ГА). Дополнением к этой традиционной терапии при среднетяжелой и при легкой форме (в случаях длительного сохранения в крови HBeAg — более 30 дней от начала желтухи) может применяться альфа-интерферон (реаферон, реалдирон, роферон А, интрон А и другие) по 3 млн. МЕ 3 раза в неделю в течение 1-3 месяцев. Это способствует предупреждению прогрессии (при среднетяжелой форме) и хронизации процесса (при легкой форме). Кроме этого, обосновано назначение препаратов, повышающих энергетические процессы в гепатоцитах (рибоксин внутрь по 0,2-4 раза в сутки на протяжении 10-14 дней).

Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой.

При развитии печеночной комы больные должны находиться в палате или отделении интенсивной терапии. Это позволяет в полной мере осуществлять мониторинг клинических и лабораторных показателей и проводить лечебные мероприятия, направленные на поддержание жизненно важных функций организма.

Противовирусные препараты (рекомбинантные интерфероны) при развитии комы неэффективны, в связи с чем наиболее важную роль играет патогенетическая терапия.

Не оправдались надежды на возможность снижения летальности у взрослых больных ГВ с печеночной комой с помощью кортикостероидных препаратов; они могут рекомендоваться коротким курсом лишь в комплексных мероприятиях, направленных против синдрома отека мозга (преднизолон 60 мг парентерально 3-4 раза в сутки или 4-8 мг дексазона 3-4 раза в сутки внутривенно).

С дезинтоксикационной целью, для увеличения энергетического потенциала мозга и коррекции гипогликемии показано внутривенное капельное введение 5-10-20-40% раствора глюкозы при ограничении общего объема

инфузионной жидкости. Наибольшие трудности представляет борьба с геморрагическим синдромом, чаще всего проявляющимся массивными желудочно-кишечными кровотечениями. Целесообразна установка назогастрального зонда для удаления содержимого желудка, промывания его холодным раствором 5% раствора аминокaproновой кислоты, внутримышечное введение 2-5 мл 1% раствора викасола, повторные вливания 2-4 мл 12,5% раствора дицинона.

Рекомендуется использование блокаторов H-2 рецепторов — ранитидина по 150 мг внутрь 2 раза в день или парентерально внутривенно медленно 50 мг, разведенные до объема 20 мл, 2-3 раза в день, повторное введение альмагеля.

При дефиците факторов свертываемости в условиях печеночно-клеточной недостаточности с заместительной целью, а также для коррекции метаболических нарушений, обеспечения транспортной и онкотической функции крови показано переливание свежзамороженной плазмы 200-400-600 мл в сутки.

Показано вливание 10-20% раствора альбумина. Целесообразно также для поддержания энергетического баланса использовать аминокислотные смеси (внутривенно капельно: аминостерил 30-35 мл/кг в сутки, гепастерил — в суточной дозе 500-1000 мл). Имеются показания к применению больших доз ингибиторов протеолиза (контрикал 100000 ЕД или гордокс 500000 ЕД в сутки), ингибиторов фибринолиза (5% раствор аминокaproновой кислоты — 100 мл внутривенно). Особо следует остерегаться избыточных объемов инфузионной (в том числе, введенной энтерально) жидкости в условиях склонности к отрицательному диурезу и развитию отека мозга.

С целью дегидратации используется маннитол (в виде 10% раствора капельно внутривенно в суточной дозе 0,5-1,0 г/кг), содержащие маннит, реомакродекс и реоглюман — внутривенно капельно, лазикс 40-80 мг; при этом следует учитывать неизбежное снижение концентрации калия в крови, которое требует своевременного восполнения в соответствии с показателями электролитного баланса.

Патогенетическая терапия в стадии прогрессирования печеночной комы предусматривает коррекцию кислотно-щелочного состояния: при развитии метаболического ацидоза вводят внутривенно 4% раствор бикарбоната, а при метаболическом алкалозе — повышают дозы калия (до 6-12 г в сутки).

Учитывая возможность развития осложнений, обусловленных бактериальной флорой (пневмония, пиелонефрит, сепсис), целесообразно включение в комплексную терапию антибиотиков широкого спектра действия в учетом предполагаемого возбудителя.

Показан строгий постельный режим. Приступы возможного психомоторного возбуждения должны быть купированы как можно раньше с целью максимального ограничения энергетических затрат. Это достигается внутримышечным или внутривенным введением ГОМК — струйно медленно в течение 1-2 минут или капельно из расчета 0,07-1,2 г/кг в сочетании с диазепамом — 2-4 мл 0,5% раствора. Введение этих препаратов может сопровождаться угнетением дыхательного центра. Возможно также использование галоперидола — по 1 мл 0,5% раствора внутримышечно 2-3 раза в сутки.

На всех этапах печеночной комы первостепенное значение сохраняют естественные силы выздоровления, поддерживаемые базисной терапией, тщательный уход и рациональная диета. В прекоматозном и коматозном периодах рекомендуется временно исключить энтеральное поступление белков, которые через 3-5 дней становятся снова необходимыми для полноценного течения репаративных процессов в печени (30-50 г в сутки внутрь или через зонд). Достаточное количество калорий (2500 ккал/сут) достигается за счет введения углеводов (5-10% раствора глюкозы внутривенно или через зонд, фруктовых и ягодных соков, киселей, компотов, жидкой манной каши, картофельного пюре и др.). При нарастании явлений печеночной комы кормление осуществляется через назогастральный зонд питательными смесями (например, обезжиренным безбелковым энпитом с удвоенным содержанием углеводов) в сочетании с внутривенным введением 5-10% раствора глюкозы.

Систематического наблюдения требует функция кишечника, его регулярное опорожнение (высокие сифонные очистительные клизмы каждые 12 часов). Деконтаминация кишечника осуществляется назначением плохо всасывающихся антибиотиков широкого спектра действия (неомицин, канамицин по 1,0 г 4 раза в сутки). Показано введение лактулозы для предупреждения кишечной аутоинтоксикации, уменьшения образования и всасывания аммиака, а также для улучшения опорожнения кишечника. Лактулоза вводится через зонд или в клизмах по 30-45 мл с интервалом в 4-6 часов.

К эффективным средствам патогенетической терапии печеночной комы могут быть отнесены методы экстракорпоральной детоксикации (применение повторных сеансов плазмафереза).

Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция). Острая дельта-инфекция (суперинфекция).

Лечебные препараты аналогичны тем, которые используются при ГВ без дельта-агента, применяются по показаниям, соответственно тяжести и стадии болезни. Лечебный эффект интерферонов ограничен.

Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) и острая дельта-инфекция (суперинфекция) с печеночной комой.

Лечебные препараты аналогичны тем, которые используются при ГВ без дельта-агента с печеночной комой.

Острый гепатит С.

Помимо базисной терапии целесообразно с целью снижения риска хронизации назначение препаратов интерферонового ряда (реаферон, реальдирон, роферон А, интрон А) по 3 млн МЕ трижды в неделю на протяжении 3-х месяцев.

Острый гепатит Е.

Лечебные мероприятия аналогичны таковым при гепатите А.