

## Клиника, диагностика и лечение хронических вирусных гепатитов у взрослых

Хронический гепатит (ХГ) — это диффузное воспалительное заболевание печени, продолжительность которого составляет 6 и более месяцев.

В этиологической структуре хронических гепатитов 70-80% составляют хронические вирусные гепатиты (ХВГ). Хронизация развивается только при ВГ с парентеральным механизмом передачи возбудителя — ГВ, ГД и ГС. Так, после перенесенного ОГВ без D-агента и после ОГВ с D-агентом ХГ формируется у 5-10% больных, после острой дельта(супер)-инфекции у вирусоносителя гепатита В — у 70% больных, а после ОГС — у 70-80% больных. Определенную роль в формировании ХВГ играют также вирусы с парентеральным механизмом передачи из группы ни А–ни Е гепатитов (HGV/GBV-C, TTV), а также не идентифицированные вирусы этой группы.

Согласно современной международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ–10) среди хронических вирусных гепатитов различают:

- хронический вирусный гепатит В без дельта-агента;
- хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом;
- хронический вирусный гепатит С;
- хронический вирусный гепатит неуточнённый.

Помимо диагнозов, предлагаемых МКБ–10, в клинической практике целесообразно выделять:

- хронический гепатит смешанной этиологии (при выявлении маркеров одновременно двух или более вирусов);
- хронический вирусный гепатит с аутоиммунными нарушениями (при обнаружении маркеров HBV, HCV или HDV-инфекции и ауто-антител) с (или без) внепеченочными проявлениями.

Симптоматика ХВГ слабо выражена и неспецифична, что создает определенные трудности для клинициста в постановке диагноза и в оценке тяжести болезни. Нередко явные клинические признаки обнаруживаются лишь на далеко зашедшей стадии ХГ или даже на стадии декомпенсации уже сформировавшегося цирроза печени.

Характерными и наиболее часто встречающимися симптомами ХВГ являются недомогание и повышенная утомляемость, усиливающиеся, как правило, к концу дня. Больные отмечают снижение толерантности к физической нагрузке. Однако эти симптомы непостоянны и редко приводят к серьезным нарушениям трудоспособности. Такие симптомы, как тошнота, дискомфорт и боли в животе, суставные и мышечные боли, нарушения сна, расстройства стула встречаются редко и могут быть обусловлены как основным процессом, так и сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта и других систем организма. Желтуха, потемнение мочи, "сосудистые звездочки", пальмарная эритема, кожный зуд, плохой аппетит, кровоточивость, потеря массы тела, увеличение и уплотнение печени и селезенки, определяемое при пальпации, нередко обнаруживаются лишь на далеко зашедшей стадии ХВГ или даже на стадии декомпенсации уже сформировавшегося цирроза печени. Таким образом, клинические симптомы не могут являться надежными критериями диагностики ХВГ. В связи с этим целесообразно использование различных лабораторных показателей, прежде всего биохимических.

Активность АлАТ и АсАТ закономерно повышена при ХВГ и нормализуется при наступлении ремиссии или в результате эффективного лечения. Вместе с тем уровень активности печеночных ферментов не всегда отражает тяжесть течения ХВГ. Известно, что даже при стойко нормальном уровне АлАТ и АсАТ морфологические исследования достаточно часто позволяют выявить активный некрозо-воспалительный процесс в печени. Другие биохимические показатели (билирубин, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтранспептидаза, уровень альбумина, протромбиновый индекс) при ХВГ изменены мало. Вследствие этого очень важными для практического врача являются иммунологические (серологические) и вирусологические методы исследования, позволяющие уточнить не только этиологию заболевания, но и наличие или отсутствие репликативной активности вируса.

Использование инструментальных методов исследования печени (УЗИ гепатодуоденальной зоны, эзофагогастродуоденоскопия и радиоизотопное исследование) позволяют выявить наличие портальной гипертензии на которую указывает увеличение диаметра воротной и селезеночной вен, наличие варикозного расширения вен пищевода.

Таким образом, определение этиологии гепатита и оценка активности инфекционного процесса существенно дополняет морфологические данные, получаемые при исследовании биоптата печени.

Биопсия печени является важным методом диагностики ХГ и контроля эффективности лечения. Морфологические исследования позволяют установить точный диагноз, определить степень активности и стадию заболевания.

До недавнего времени по степени активности некротически-воспалительного процесса в печени различали хронический персистирующий гепатит (ХПГ) и хронический активный гепатит (ХАГ). Согласно современной классификации степень активности процесса в печени определяется в соответствии с полуколичественным гистологическим индексом активности (ИГА) по Knodell (Кнодель) с оценкой в баллах разных компонентов повреждения. Составными компонентами ИГА являются:

- 1). перипортальный некроз с наличием мостовидных некрозов или без них (диапазон цифровой оценки составляет от 0 до 10 баллов);
- 2). интролобулярная дегенерация и фокальный некроз (диапазон цифровой оценки составляет от 0 до 4 баллов);
- 3). портальное воспаление (диапазон цифровой оценки составляет от 0 до 4 баллов).

Степень активности гепатита определяют по выраженности компонентов ИГА — суммируя баллы, в которые оценен каждый из этих трех компонентов (диапазон суммарной оценки от 0 до 18).

Соответствие гистологического индекса активности формулировке диагноза представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Гистологический индекс активности	Степень активности гепатита. Диагноз	Диагноз в соответствии с прежней номенклатурой
1–3	Минимальная активность. ХГ с минимальной активностью процесса	Хронический лобулярный гепатит, ХПГ
4–8	Слабовыраженная активность. ХГ со слабовыраженной активностью	Тяжелый хронический лобулярный гепатит, ХПГ, слабовыраженный ХАГ
9–12	Умеренно выраженная активность. ХГ с умеренной степенью активности	Умеренный ХАГ
13–18	Выраженная активность. ХГ с выраженной степенью активности	Тяжелый ХАГ с мостовидными некрозами

Стадию хронического гепатита определяют по степени выраженности фиброза и оценивают в баллах от 0 до 4:

- 0 — без фиброза;
- 1 — слабовыраженный перипортальный фиброз;
- 2 — умеренный фиброз с порто-портальными септами;
- 3 — выраженный фиброз;
- 4 — цирроз печени.

Таким образом, формулировка окончательного диагноза ХВГ должна включать в себя:

- 1). этиологический фактор гепатита (с указанием наличия или отсутствия репликации вируса);
- 2). степень активности гепатита (совокупность клинико-биохимических показателей и результатов гистологического исследования — ИГА);
- 3). стадию гепатита (наличие портальной гипертензии и выраженность фиброза морфологически).

Сочетание этих компонентов диагноза играет решающую роль при определении показаний к проведению этиотропной терапии, при прогнозировании и контроле ее эффективности.