

Лечение хронических вирусных гепатитов

Лечение хронических вирусных гепатитов в большинстве случаев проводится амбулаторно, больные могут быть госпитализированы в случаях обострения ХВГ или при необходимости углубленного обследования при подозрении на наличие осложнений заболевания (системные проявления, гепатоцеллюлярная карцинома и т.д.). Непременным условием успеха лечения ХВГ является полный отказ пациента от употребления алкоголя, наркотиков, исключение контакта с другими гепатотропными ядами, в том числе разумное ограничение употребления других лекарственных препаратов. Применение кортикостероидов при ХВГ не показано за исключением случаев ХВГ с аутоиммунными нарушениями, подтвержденными лабораторно. В качестве базисной терапии назначаются препараты с мембраностабилизирующим действием (эссенциальные фосфолипиды), антиоксиданты, адсорбенты, средства, нормализующие состав микрофлоры кишечника, витамины с микроэлементами, панкреатические ферментные препараты.

В лечении больных ХВГ используются многочисленные препараты с опосредованным противовирусным действием, однако только **генноинженерный альфа-интерферон (ИФН-α)** показал себя как действительно эффективный препарат. При назначении (ИФН-α) кроме противопоказаний и показаний к этому виду терапии очень важно учитывать и факторы, способные предсказать ответ на терапию. Наиболее значимыми из них являются стадия фиброза печени, наличие гистологических признаков аутоиммунного поражения печени, степень жировой дистрофии и стеатоза печени. Наличие гистологически диагностированного цирроза печени значительно уменьшает вероятность успеха терапии (ИФН-α), и ее назначение в таком случае возможно только в индивидуальном порядке.

Лечение хронического гепатита В без дельта-агента (ХВГ В без D-агента).

Лечебные мероприятия включают в себя базисную и противовирусную терапию. Их объем определяется характером поражения печени, степенью активности и фазой репликации вируса.

а). Базисная терапия:

1. Диета - стол № 5 с индивидуальными модификациями.
2. Средства, нормализующие деятельность желудочно-кишечного тракта (панкреатические ферментные препараты, эубиотики, адсорбенты).
3. Препараты, влияющие на функциональную активность гепатоцитов (поливитамины, антиоксиданты, эссенциальные фосфолипиды).
4. Социально-профессиональные аспекты терапии и реабилитации (освобождение от тяжелой физической нагрузки, социальная поддержка при увольнении с вредного производства, лечение алкоголизма и наркомании).
5. Лечение сопутствующих соматических заболеваний, симптоматические средства.

б). Противовирусная терапия.

Интерферонотерапия (ИФН-терапия) - включает препараты интерферонового ряда (реаферон, реалдирон, роферон А, интрон А и др.) используемые подкожно или внутримышечно. Дозы и схемы лечения препаратами интерферона зависят от активности процесса, препарата, его переносимости и многих других факторов.

При ХГВ без D-агента в фазе интеграции назначается только базисная терапия.

При ХГВ В без D-агента в фазе репликации назначается интерферонотерапия на фоне базисной терапии. Оптимальная схема - 5-10 млн. МЕ 3 раза в неделю на протяжении 4-6 месяцев (при "HbeAg-негативном" ХГВ - 12 мес.).

Базисное лечение ХГВ без D-агента проводится в амбулаторных условиях врачами-инфекционистами территориальных поликлиник, при необходимости - вместе с врачами-консультантами специализированных гепатологических центров или врачами кабинета последующих наблюдений инфекционного стационара, где впервые был установлен диагноз острого (и далее хронического) вирусного гепатита В.

Курс интерферонотерапии, его коррекция и мониторинг эффективности желателно осуществлять под

контролем консультативных гепатологических центров.

В условиях стационара в основном проводится инфузионная терапия (при необходимости) и исследования, уточняющие диагноз (биопсия печени).

Лечение хронического гепатита В с дельта-агентом (ХГВ с D-агентом).

Терапия ХГВ с D-агентом состоит из базисного лечения и ИФН-терапии. Базисная терапия аналогична проводимой при ХВГ В без D-агента.

ИФН-терапия предусматривает введение больших доз (5-10 млн. МЕ в день) трижды в неделю длительным курсом (не меньше 12 мес.). Эффективность её при наличии D-агента ограничена, переносимость хуже, чем у больных ХВГ В без D-агента.

Целесообразность назначения ИФН-терапии определяется индивидуально для каждого пациента только после исследования маркеров фазы репликации как HDV, так и HBV и выявления морфологических изменений (по данным биопсии печени), соответствующих хроническому активному гепатиту без цирроза печени. Терапия и контрольные исследования могут проводиться в амбулаторных условиях.

Госпитализация в инфекционные стационары осуществляется для уточнения диагноза (биопсия печени) и при обострениях с необходимостью инфузионной терапии (с дезинтоксикационной, дегидратационной, заместительной целью).

Лечебные мероприятия осуществляются врачами-инфекционистами КИЗ территориальных поликлиник вместе с врачами-консультантами гепатологических центров или врачами кабинетов последующих наблюдений инфекционного стационара, где впервые установлен диагноз острого и далее хронического гепатита с D-агентом.

Лечение хронического гепатита С (ХГС).

Основными направлениями терапии ХГС является базисное и этиотропное лечение (ИФН-терапия).

Базисная терапия аналогична проводимой при ХГВ (без и с D-агентом).

При отсутствии фазы репликации назначается только базисная терапия. Фаза репликации служит показанием для ИФН-терапии ХГС (на фоне базисной терапии). Если нет противопоказаний, альфа-интерферон вводится подкожно или внутримышечно в дозе 3 млн. МЕ 3 раза в неделю в течении 3-х месяцев. Далее - в зависимости от эффекта терапии: при нормализации АлАТ и исчезновении РНК HCV из крови лечение продолжается до 12 месяцев; при отсутствии положительного эффекта лечение (по данной схеме) следует прекратить.

Базисную терапию и контрольные обследования больных с ХГС проводят врачи КИЗ территориальных поликлиник в амбулаторных условиях, при назначении ИФН-терапии - совместно с врачами-консультантами специализированных гепатологических центров (или КПН инфекционных больниц, где был установлен диагноз ХГС).

Противовирусное лечение интерферонами больных моложе 18 лет и старше 60 лет, лиц с нормальными уровнями АлАТ и АсАТ, с аутоиммунными нарушениями, а также пациентов, "не ответивших" на 3-х месячный курс стандартной ИФН-терапии, следует осуществлять по индивидуальным схемам в консультативных специализированных гепатологических центрах.

Госпитализация в инфекционные стационары осуществляется для уточнения диагноза и при обострениях (при необходимости инфузионной терапии).

Лечение хронических вирусных гепатитов - МИКСТ.

Терапевтическая тактика при лечении ХВГ-микст аналогична лечению больных с ХГВ (без и с дельта-агентом) и ХГС. При назначении ИФН-терапии определяющим для выбора схемы: лечения является наличие фазы

репликации HBV, HCV или HDV.

В случае обнаружения фазы репликации только вируса гепатита С, лечение ХВГ-микст интерфероном проводится как при ХГС, в случае выявления фазы репликации HCV и HBV одновременно лечение ХВГ-микст начинается по схеме лечения ХГВ.

Если у пациента выявляется фаза репликации HCV, HBV и HDV одновременно лечение ХВГ-микст начинается по схеме лечения ХГВ с дельта-агентом.

Лечение хронических вирусных гепатитов с аутоиммунными нарушениями.

Если у больного с хроническим вирусным гепатитом диагностированы аутоиммунные нарушения, выбор лечебной тактики представляет значительные трудности. Назначение препаратов интерферона может привести к нарастанию аутоиммунных нарушений, утяжелению течения и прогрессированию заболевания. В тоже время известно, что иммунодепрессанты ведут к усилению репликативной активности вирусов.

При выборе тактики лечения необходимо учесть лабораторные показатели (уровни гаммаглобулинов, IgG, титров аутоантител), результаты морфологического исследования печени (преобладание вирусных, или аутоиммунных признаков). В зависимости от преобладания аутоиммунного или вирусного компонента назначаются иммунодепрессанты или противовирусные препараты. В случаях, когда трудно определить преобладающий компонент, рекомендуется начинать лечение с иммунодепрессантов. В настоящее время наиболее целесообразной считается следующая тактика выбора терапии у больных ХВГ с аутоиммунными нарушениями (таб. 3).

Таблица 3. Лечебная тактика при ХВГ у больных с наличием аутоантител.

ANA или SMA < 1 : 320	интерферон
LKM-1	интерферон
ANA или SMA > 1 : 320	преднизолон
ANA или SMA > 1 : 40	преднизолон
только антитиреоидные антитела	интерферон

Диспансерное наблюдение за больными хроническими вирусными гепатитами.

Больные с хроническими вирусными гепатитами, хроническими микст-гепатитами, носители HBsAg, пациенты с диагнозом "носитель анти-HCV", ставятся на диспансерный учет в кабинеты инфекционных заболеваний КИЗ территориальных поликлиник и наблюдаются врачами-инфекционистами.

В случае удовлетворительного самочувствия, отсутствия клинических признаков обострения, нормальных биохимических показателей крови и отсутствия фазы репликации, объективный осмотр больного и биохимические исследования проводятся не реже, чем 1 раз в 6 месяцев; УЗИ органов брюшной полости и вирусологические исследования - 1 раз в 12 месяцев. Исследования могут проводиться чаще, если выявляется повышение уровня трансаминаз или ухудшается состояние пациента.

При наличии стойкой или волнообразной гиперферментемии, наличия фазы репликации или на фоне лечения интерферонами частота, объем и характер исследований соответствуют состоянию больного с ХВГ и назначаются индивидуально, но не реже, чем 1 раз в 3 мес.

Часть больных может состоять на диспансерном учете в специализированных гепатологических центрах или в КПН инфекционных стационаров, где впервые был установлен диагноз ХВГ. Эти диспансерные наблюдения не снимают пациента с диспансерного учета из КИЗ поликлиник. Работа участкового терапевта, врача-инфекциониста и врача консультативного учреждения строится по принципу преемственности (обмен заключениями, документацией, анализами, полученными в ходе диспансерных наблюдений).