

**ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ
У БОЛЬНЫХ,
ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ
ДИАЛИЗУ**

Руководство для врачей

Санкт-Петербург
СпецЛит
2011

А в т о р ы:

Виталий Владимирович Нечаев — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой тропической медицины Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, заслуженный работник высшей школы;

Марина Сергеевна Команденко — д-р мед. наук, профессор, главный нефролог Санкт-Петербурга;

Валерий Григорьевич Радченко — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой внутренних болезней Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, заслуженный работник высшей школы;

Владимир Юрьевич Ряснянский — канд. мед. наук, доцент, зав. отделением гемодиализа больницы им. Петра Великого

Р е ц е н з е н т ы:

П. И. Огарков — начальник кафедры общей и военной эпидемиологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, профессор;

Г. К. Шостка — профессор кафедры внутренних болезней Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова

Вирусные гепатиты у больных, подвергающихся диализу : руководство для врачей / В. В. Нечаев, М. С. Команденко, В. Г. Радченко, В. Ю. Ряснянский. — СПб. : СпецЛит, 2011. — 159 с. — ISBN 978-5-299-00460-1

Монография посвящена проблемам эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики вирусных гепатитов с гемоконтактным механизмом заражения у больных, подвергающихся диализу.

В книге обобщены научные и практические материалы, а также литературные данные о вирусных гепатитах различной этиологии как заболеваниях, наиболее часто сопутствующих диализу, которые нередко возникают в результате внутрибольничных заражений. Описаны внутрибольничные вспышки вирусных гепатитов В и С. Значительная часть книги посвящена диагностике, лечению вирусных гепатитов у больных, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям при их возникновении в отделениях диализа. В специальной главе рассмотрены вопросы организации нефрологической помощи больным с хронической болезнью почек и подготовке к заместительной почечной терапии.

Монография предназначена прежде всего для врачей и среднего медицинского персонала, обслуживающих больных на гемодиализе и перитонеальном диализе, организаторов здравоохранения, преподавателей медицинских вузов страны и студентов, интересующихся современными проблемами борьбы с инфекционными заболеваниями.

УДК 616

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Условные сокращения</i>	5
<i>Введение</i>	7
Глава 1. Вирусный гепатит В	11
1.1. Распространенность вирусного гепатита В в отделениях диализа	11
1.2. Клинические формы гепатита В у больных и персонала отделений гемодиализа	13
1.3. Механизм, пути и факторы риска заражения инфекцией ВГВ у больных и персонала центров гемодиализа	17
1.4. Вспышки ВГВ в отделениях гемодиализа	25
Глава 2. Вирусный гепатит С в отделениях диализа	30
2.1. Превалентность инфекции ВГС у пациентов, находящихся на гемодиализе, и факторы риска	30
2.2. Риск заражения пациентов, находящихся на гемодиализе, при гемотрансфузиях	35
2.3. Способ и продолжительность лечения диализом	38
2.4. Клинико-эпидемиологические особенности гепатита С у пациентов гемодиализа	47
2.5. Внутрибольничные вспышки вирусного гепатита С в отделениях диализа	52
Глава 3. Вирусные гепатиты другой этиологии в отделениях диализа	56
3.1. Вирусный гепатит G	56
3.2. Вирусный гепатит, вызываемый вирусом TTV	61
3.3. SENV — новый вирус, содержащий ДНК	64
3.4. Микст-гепатиты	67
3.5. Вирусные гепатиты и трансплантация почки	72
Глава 4. Диагностика вирусных гепатитов и ее особенности у больных хронической почечной недостаточностью	75
Глава 5. Особенности и лечение вирусных гепатитов у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном гемодиализе	79
5.1. Лечение вирусного гепатита В	83
5.2. Лечение гепатита С	91
5.3. Лечение микст-гепатитов	100
5.4. Интерферонотерапия у диализных больных перед трансплантацией и после нее почки	101

Глава 6. Мероприятия по профилактике вирусных гепатитов в отделениях диализа	105
6.1. Мероприятия в отношении источников инфекции ВГВ	105
6.2. Мероприятия в отношении путей передачи инфекции ВГВ . .	110
6.3. Специфическая профилактика ВГВ	112
6.4. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в отделениях при ВГС	120
6.5. Мероприятия в отношении соприкасавшихся с больными и носителями ВГВ и ВГС	121
Глава 7. Организация нефрологической помощи больным с хронической болезнью почек и подготовка к началу заместительной почечной терапии	123
<i>Литература</i>	133

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АГ	— артериальная гипертензия
АлАТ	— аланинаминотрансфераза
анти-НВс	— антитела к НВс-антигену вируса гепатита В
анти-НВс IgM	— антитела к НВс-антигену вируса гепатита В класса IgM
анти-НВе	— антитела к НВе-антигену вируса гепатита В
анти-НВс	— антитела к поверхностному антигену
анти-ВГС	— антитела к вирусу гепатита С
анти-ВГЕ	— антитела к вирусу гепатита Е
АсАТ	— аспартатаминотрансфераза
ВГВ	— вирусный гепатит В
ВГС	— вирусный гепатит С
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ГГТП	— гамма-глутамилтранспептидаза
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ЗПТ	— заместительная почечная терапия
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИФА	— иммуноферментный анализ
МАУ	— микроальбуминурия
МЕ	— международные единицы
МКБ-10	— Международная классификация болезней, 10-й пересмотр
ОВГ	— острый вирусный гепатит
ОГВ	— острый гепатит В
ОГС	— острый гепатит С
ПТГ	— посттрансфузионный гепатит
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РНК	— рибонуклеиновая кислота
СД	— сахарный диабет
СКФ	— скорость клубочковой фильтрации
тХПН	— терминальная хроническая почечная недостаточность
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ХБП	— хроническая болезнь почек
ХВГВ	— хронический вирусный гепатит В
ХВГС	— хронический вирусный гепатит С
ХГВ	— хронический гепатит В
ХГС	— хронический гепатит С
ХПН	— хроническая почечная недостаточность
ХОБЛ	— хроническая обструктивная болезнь легких
ХСБ	— хронические сосудистые болезни

ЩФ	– щелочная фосфатаза
CDC	– центр по контролю за инфекционными заболеваниями, США
CMV	– цитомегаловирус
EASL	– Европейская ассоциация по изучению печени
GBV	– вирус гепатита G
HbA1c	– гликозилированный гемоглобин
HbсAg	– <i>core</i> -антиген вируса гепатита В
HBeAg	– е-антиген вируса гепатита В
HBsAg	– «s»-поверхностный антиген вируса гепатита В
HDAg	– дельта-антиген
HDV	– вирус гепатита D
HLA	– человеческий лейкоцитарный антиген
IgM	– иммуноглобулин М
IL-2	– интерлейкин 2
KT/V	– индекс дозы диализа
L180M	– мутация – замена лейцина на метионин
M204V и M204I	– мутации валина и изолейцина в локусе гена
MDRD	– модификация диеты при почечной болезни
RIBA	– рекомбинантное исследование в иммуноблотинге
SENV	– вирус гепатита SEN
TTV	– вирус, передающийся при трансфузиях крови
UMDD	– мутация вируса на фоне лечения ламивудином

ВВЕДЕНИЕ

Технический прогресс обусловил внедрение новых технологий в медицинскую практику. В последние годы широкое применение методов эфферентной терапии в лечебной практике в целях коррекции острых и хронических патологических состояний привело к возникновению различных осложнений этой терапии. Прежде всего, к ним относятся инфекционные заболевания, в том числе вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция (вирус иммунодефицита человека), гнойно-септические состояния. По мнению некоторых ученых, пациенты гемодиализа относятся к группе высокого риска заражения различными, особенно иммунокомпромиссными, заболеваниями. В связи с этим первостепенное значение приобретают вопросы обеспечения эпидемической безопасности пациентов и персонала при использовании методов эфферентной терапии и гемокоррекции (Шведов А. К. [и др.], 2001).

К методам эфферентной терапии относятся гемодиализ, плазмаферез, плазмасорбция, цитоферез, криоферез, криоплазмасорбция, гемосорбция и др. Из-за высокой степени инвазивности они могут играть важную эпидемиологическую роль в распространении инфекций в стационарах и учреждениях амбулаторного профиля (Нечаев В. В. [и др.], 1993).

Особенно часто заражение инфекциями происходит в отделениях диализа, плазмафереза стационаров, учреждений переливания крови. В литературе описаны и многочисленные вспышки, и единичные, спорадические заболевания, обусловленные вирусами гепатитов В, С, G, вирусом, передающимся при трансфузиях крови (ТТV), ВИЧ-инфекцией и другими патогенными и условно-патогенными микроорганизмами.

Высокие уровни инфицированности вирусами гепатита В, С и другими патогенами выявляются у пациентов отделений диализа и трансплантации, гематологии, эндокринологии, туберкулеза, в хирургических, гастроэнтерологических, нефрологических, психиатрических, ортопедических, инфекционных и других отделениях, где проводится лечение методами эфферентной терапии.

Противоэпидемическое обеспечение эфферентной терапии недостаточно разработано. Практическая служба не располагает научно обоснованной системой профилактики заражений в центрах диализа, трансплантации, гемокорректирующей терапии, а в отделениях, где введены в практику методы эфферентной терапии, профилактика инфицирования проводится недостаточно эффективно (Нечаев В. В. [и др.], 2002).

Общие представления о хронических заболеваниях почек

В последнее десятилетие подходы к проблеме хронических заболеваний почек, ведущих к почечной недостаточности, претерпели ряд кардинальных изменений. Предпосылками послужили серьезные медико-социальные проблемы: увеличение общего числа больных, получающих заместительную почечную терапию (ЗПТ), дефицит информации о распространенности болезней почек, несвоевременная диагностика и запоздалая профилактика поражения почек, низкий уровень информированности населения о роли почечных функций в поддержании общего здоровья.

При проведении эпидемиологических обследований (Национальное исследование здоровья и питания 1999–2000 гг., США; NHANES – The National Health and Nutrition Examination Survey, USA) было отмечено, что информированность пациентов о наличии у них болезни почек довольно низкая. Даже если скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивалась ниже 60 мл/мин, об имеющемся заболевании почек знали не более 10 % больных. Особенно актуально это оказалось для женщин, у которых низкий уровень креатинина сыворотки чаще всего маскирует истинные величины СКФ (Coresh J. [et al.], 2005).

О неудовлетворительной диагностике степени снижения почечных функций на начальных стадиях поражения паренхимы почек свидетельствует и факт непропорционального увеличения во всем мире числа больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН), нуждающихся в ЗПТ, в сравнении с практическим неизменным общим количеством нефрологических больных. Об этом же свидетельствует и практика работы Санкт-Петербургского городского нефрологического центра, где в течение последних 30 лет регистрируется вся информация о нефрологических больных. До 50 % пациентов, получающих ЗПТ, наблюдаются у нефролога меньше одного года (Команденко М. С. [и др.], 2009).

Таким образом, значительная часть нефрологических больных теряют возможность получить своевременное лечение, хотя, по данным солидных многоцентровых исследований, именно оно позволяет значительно замедлить снижение СКФ и на несколько лет отодвинуть начало дорогостоящей ЗПТ (Jones C. [et al.], 2006).

Не менее важную роль в изменении подхода к проблеме хронической почечной патологии сыграло накопление доказательной базы данных, которая свидетельствует о роли поражения почек в прогрессировании сердечно-сосудистых болезней. Было показано, что поражение почек гораздо чаще регистрируется у лиц, страдающих сахарным диабетом (СД) и артериальной гипертензией (АГ). Исследования этих больных выявили связь между развитием признаков поражения почек и возрастанием частоты тяжелых сердечно-сосудистых осложнений. Исследования показали, что повышение риска смерти от сердечно-сосудистой патологии у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) возрастает в 10–20 раз по сравнению с контрольной группой, стратифицированной по полу и возрасту, а у молодых людей этот показатель увеличивается в 70 раз (Weiner D. E. [et al.], 2004).

Таким образом, вероятность получения заместительной почечной терапии у лиц с ХБП оказалась в 20–70 раз ниже, чем вероятность летального исхода из-за сердечно-сосудистой патологии (Foley R. N. [et al.], 2005) и подавляющее большинство больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, сопровождающимися поражением почек, погибает раньше, чем начинается ЗПТ. Доказательство единых механизмов развития, высокая социально-экономическая значимость АГ, ишемической болезни сердца (ИБС), СД и болезней почек позволили объединить их под общим названием «хронические сосудистые болезни» (ХСБ).

Однако в 2002 г., еще до появления понятия ХСБ, в целях достижения преимущества ведения больных с признаками поражения почек и оптимального взаимодействия между врачами различных специальностей рабочая группа Национального почечного фонда США опубликовала руководство, в котором были предложены новые концепции диагностики, классификации и сам термин «хроническая болезнь почек» (ХБП). Данный термин подразумевает наличие структурных или функциональных признаков повреждения почек, сопровождающихся или не сопровождающихся снижением СКФ, существующих в течение 3 мес. и более вне зависимости от нозологического диагноза. Это понятие не противоречит кодированию болезней, предложенному в Международной класси-

фикации болезней после 10-го пересмотра (МКБ-10). Основные положения предложенного руководства по ХБП включали в себя валидную диагностику, которую можно проводить независимо от этиологии, и классификацию тяжести ХБП, основанную на динамическом исследовании величин СКФ.

После внедрения новой классификации ХБП предполагалось унифицировать терминологию болезней почек и реже использовать понятие «хроническая почечная недостаточность», для обозначения которого в мировой литературе не было единого, общепринятого термина. Основные предложения о введении в нефрологию и практическую медицину понятия ХБП, по аналогии с понятиями «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) или «хроническая обструктивная болезнь легких» (ХОБЛ), были поддержаны широким мировым нефрологическим сообществом и рекомендованы для внедрения в медицинскую практику в 2005 г. на VI съезде Научного общества нефрологов РФ. Необходимо отметить, что сегодня проводятся исследования в целях дальнейшей адаптации классификации ХБП к нуждам практического здравоохранения: разделение на подстадии, дополнение ее буквенными индексами, детализирующими клинические, лабораторные проявления болезни и методы ЗПТ (Levey A. S. [et al.], 2005; Смирнов А. В. [и др.], 2008). Но, несмотря на продолжающуюся работу в этом направлении, базисная, социальная сущность рассматриваемой проблемы остается неизменной.

Вирусные гепатиты в отделениях гемодиализа

Гемоконтактные вирусные гепатиты — одна из наиболее масштабных проблем здравоохранения во всех странах мира. Глобальность проблемы определяется не только широкой распространенностью заболеваний во всех формах их проявления в общей популяции населения (вирусным гепатитом В (ВГВ) инфицировано от 350 до 400 млн чел., а вирусным гепатитом С (ВГС) — 170 млн чел.), но и среди пациентов различных стационаров, в том числе отделений и центров диализа. Определено, что от 8 до 10 % больных, подвергавшихся диализу, инфицированы вирусом гепатита С (Tokars J. J. [et al.], 2000; Saab S. [et al.], 2001).

Известны, по крайней мере, шесть нозологических форм вирусных гепатитов, которые могут поражать пациентов и медицинский персонал отделений и центров гемодиализа. К ним относятся вирусные гепатиты, передающиеся через кровь и другие секреты организма: В, С, D, G, TTV и вирус гепатита SEN (SENV).

|| Глава 1 ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В

1.1. Распространенность вирусного гепатита В в отделениях диализа

С момента выявления австралийского «s»-поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) — маркера вируса гепатита В прошло более 40 лет. Уже с конца 1960-х гг. стало известно, что в отделениях хронического диализа существует повышенный риск заражения пациентов гепатитом В. Пациенты и персонал отделений хронического диализа относятся к группам с высоким риском заражения вирусом гепатита В (Васильева В. И. [и др.], 1986; Нечаев В. В. [и др.], 1989; 1990; 2003а; Ивашкин И. Т. [и др.], 1993; Зубкин М. Л. [и др.], 2000; London W. T. [et al.], 1977; Alter M. J., 1986).

По мнению ряда отечественных и зарубежных исследователей, эпидемический процесс ВГВ в центрах хронического гемодиализа развивается интенсивно, проявляется преимущественно в виде безжелтушных форм, носительства вируса, реже — с клиническими симптомами заболевания, сопровождающегося желтухой.

По результатам скрининга отсутствие маркеров ВГВ и ВГС отмечается у 90—95 % больных, поступающих на программный гемодиализ. В процессе лечения и обследования 125 пациентов HBsAg обнаружен у 29 чел. (23,2 %), в том числе у 19,2 % — е-антиген вируса гепатита В (HBeAg) и у 40,8 % — антитела к поверхностному антигену (анти-HBs) (Акимкин В. Г. [и др.], 2000).

Серологический контроль за пациентами отделений гемодиализа показывает, что в среднем ежегодно в центрах хронического гемодиализа США инфицируется 1,0 % больных и 2,0 % персонала (Alter M. J. [et al.], 1983). Описаны многочисленные вспышки ВГВ с вовлечением в эпидемический процесс от 18,0 до 41,0 % больных и от 2,0 до 11,0 % персонала центра (Collste L. G., 1971; [et al.]). Однако весьма редко встречаются описание и анализ вспышек в условиях внедрения правил противозэпидемического режима и проведения профилактических прививок пациентам. Чаще всего речь идет о спорадической заболеваемости, развиваю-

шейся на фоне скрыто протекающего эпидемического процесса гепатита В, выявляемого обнаружением у пациентов основного маркера вируса — HBsAg или антител к различным антигенам вируса.

Частота выявления HBsAg у больных центрах гемодиализа колеблется от 2,5 (Machida J. [et al.], 1992) до 33,0 % (Andrassy K. [et al.], 1970) (табл. 1). Можно сделать вывод о различных уровнях инфицирования больных отделений и центров хронического диализа. Чаще всего такие случаи регистрировались в СССР, ГДР и Швеции. Распространенность инфекции определялась чувствительностью методов выявления, кратностью обследования пациентов и активностью действия факторов риска в пределах центра.

Таблица 1

Частота выявления HBsAg у пациентов центров гемодиализа по данным различных авторов

Автор	Страна	Год	Частота выявления, %
Andrassy K. [et al.]	США	1970	33,0
Leski M. [et al.]	США	1970	22,7
Weber K. B. [et al.]	Швейцария	1972	14,0
Shydman D. [et al.]	Швеция	1976b	6,2
Gahl G. [et al.]	ГДР	1979	18,0
Gahl G. [et al.]	ГДР	1980	10,0
Löfgren B. [et al.]	Швеция	1982	18,8
Coursaget P. [et al.]	Тунис	1984	19,5
Васильева В. И. [и др.]	СССР	1986	31,8
Fraser G. M. [et al.]	Израиль	1987	7,7
Dentico P. [et al.]	Италия	1987	13,8
Machida J. [et al.]	Япония	1992	2,5
Mioli V. A. [et al.]	Италия	1992	5,9
Carletti P. [et al.]	Италия	1992	4,6
Pujol F. H. [et al.]	Венесуэла	1996	25,0
Акимкин В. Г. [и др.]	Россия	2000	23,2
Carrilho F. J.	Бразилия	2001	10,0
Jaiswal S. B. [et al.]	Индия	2002	7,45
Vakarilmaz F. [et al.]	Турция	2006	13,3

1.2. Клинические формы гепатита В у больных и персонала отделений гемодиализа

Клинические проявления ВГВ у пациентов, находящихся на гемодиализе, оказались весьма разнообразными. М. Leski [et al.] (1970) обследовали 67 человек, перенесших пересадку почек, 88 больных, получающих гемодиализ, и выявили 20,8 и 22,7 % носителей HBsAg. Клиническое течение варьировало: у носителей, переживших пересадку почек (71,4 %), инфекционный процесс протекал преимущественно без симптомов, у 55 % пациентов, получавших гемодиализ, наблюдались безжелтушные формы инфекции.

Так, при обследовании 65 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) у 12 пациентов (18,4 %) обнаружены проявления гепатотропной инфекции, причем у половины из них отмечена желтушная форма, а у остальных — стертые и субклинические формы (Тареев Е. М. [и др.], 1972). Авторы считают, что стертые и субклинические формы связаны с низкой иммунологической реактивностью. Они склонны к затяжному, волнообразному течению вследствие иммунологических нарушений и персистенции вируса.

S. Polakoff [et al.] (1972), D. P. Sengar [et al.] (1975) показали, что лишь в 38,0—23,5 % случаев заболевания вирусным гепатитом у пациентов протекали в клинически выраженной форме, подтвердив данные М. Leski [et al.] (1970).

В. Löfgren [et al.] (1982) выявили 50 носителей HBsAg среди 196 больных отделения гемодиализа, в том числе 40 человек с хроническим и 10 — со здоровым носительством, причем у 77,5 % хронических и 21,3 % транзиторных носителей была повышена активность аланинаминотрансферазы (АлАТ).

М. Wiese [et al.] (1986) также подтвердили, что заболевания гепатитом В у пациентов, получающих гемодиализ, протекали преимущественно в безжелтушной форме и имели склонность к хронизации.

О. В. Соколова [и др.] (2001) провели углубленное исследование возникновения вирусных гепатитов у больных, подвергавшихся гемо- и перитонеальному диализу и установили, что соотношение острых и хронических форм гепатита В у больных отделения гемодиализа составляет 1 : 4, причем хронический гепатит имел волнообразное течение, сопровождающееся периодически подъемами АлАТ.

Пациенты с заболеванием почек в конечной стадии, подвергавшиеся диализу, имеют тяжелые повреждения печени и клеточного иммунитета, которые увеличивают риск развития хронической инфекции (Fabrizi F. [et al.], 2000). Примерно 20 % пациентов спонтанно избавляются от HBsAg, другие остаются хроническими носителями.

В настоящее время установлено восемь генотипов (А–Н) инфекции ВГВ. Распространение генотипов варьирует в зависимости от географической зоны. В США встречаются все известные генотипы, их частота оценивается следующим образом: А – 35 %, В – 22 %, С – 31 %, D – 10 %, Е–G – 2 %. В России преобладает генотип D. Последние исследования свидетельствуют о связи различных генотипов ВГВ с прогрессированием процесса и эффективностью терапии интерфероном. В то же время, несмотря на существенную необходимость, не представляется возможным широко внедрить генотипирование ВГВ в клиническую практику.

Взаимодействие вируса и иммунной системы позволило выделить четыре стадии течения хронической инфекции ВГВ: иммунная толерантность, иммунный клиренс, иммунный контроль и реактивация (Fattovich G. [et al.], 2007). Существует три основных клинико-серологических варианта заболевания: хронический HBeAg-положительный гепатит, хронический HBeAg-негативный гепатит и неактивное носительство HBsAg. Следует отметить, что угнетение иммунной защиты у больных с ХПН накладывает свой отпечаток на клинические проявления ВГВ и способствует развитию хронического вирусного гепатита после острой фазы инфекции.

Клинические проявления инфекции ВГВ у больных с ХПН, получающих гемодиализ, имеют свои особенности. В диализных центрах около 50 % инфицированных больных становятся бессимптомными носителями вируса, у них не выявляются биохимические сдвиги, характерные для острого и хронического поражения печени. Мужчины более склонны к развитию носительства, это связано с их генетической предрасположенностью (гены, ответственные за образование антител, локализованы в X-хромосоме, следовательно, у женщин имеется больше возможностей для образования антител). По мнению О. В. Соколовой [и др.] (2001), соотношение острых и хронических форм гепатита В у больных, получающих гемодиализ, составляет 1 : 4.

Классическое течение острого ВГВ с желтухой, болями в конечностях, желудочно-кишечными расстройствами редко бывает у больных, находящихся на гемодиализе. Течение заболевания

характеризуется малым числом желтушных форм и низкой активностью трансаминаз. Характерно преобладание легких безжелтушных форм. В классическом варианте заболевание постепенно начинается с преджелтушного (продромального) периода, его длительность — 2—4 нед. У рассматриваемой категории больных продромальный период прослеживается лишь в половине случаев и характеризуется усугублением слабости, усилением кожного зуда, снижением аппетита. Желтуха нарастает постепенно, однако тяжесть заболевания часто не соответствует ее выраженности. Длительность желтушного периода составляет от 2—4 нед. до 2 мес. Жалобы, свойственные этим пациентам в большей или меньшей степени, отсутствуют. Период разгара продолжается от 3 до 40 дней и сопровождается диспепсией, склонностью к кровоточивости, гипотонии. Печень увеличена у 50 % больных, активность аминотрансфераз не превышает 2—3 норм. Сравнительно нечасто желтушные варианты могут протекать тяжело, с развитием печеночной недостаточности и энцефалопатии. Из внепеченочных проявлений острого вирусного гепатита (ОВГ) чаще встречаются перикардит, миокардит, плеврит, асцит, полинейропатия и острый миелополирадикулоневрит (синдром Гийена—Барре). В период выздоровления желтуха постепенно регрессирует, размеры печени и селезенки нормализуются, кал и моча приобретают нормальную окраску (последнее соответствует состоянию кризиса болезни). Выздоровление может затянуться и иметь волнообразный характер.

По мнению Д. Е. Телегина [и др.] (2004), у больных, находящихся на гемодиализе, ОВГ имеет стертое, бессимптомное течение вследствие того, что инфекционный процесс развивается на фоне уже существующих субъективных и объективных проявлений ХПН. Доминирующим симптомом манифестных форм является холестатический синдром, который наблюдается у 71,4 % пациентов. Особенностью холестаза является проявление скорее субъективных признаков, чем степени нарушения пигментного обмена. Определяющим лабораторным тестом синдрома является увеличение активности гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) и щелочной фосфатазы (ЩФ), наблюдается минимальная активность АлАТ. Белковосинтетическая функция печени, синтез факторов свертывания крови существенно нарушены. В целом, биохимическое исследование обнаруживает умеренное повышение аминотрансфераз и близкое к верхней границе нормы содержание билирубина. У больных, находящихся на гемодиализе, острый гепатит часто не распознается клинически. Нарушения иммунного

**ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ У БОЛЬНЫХ,
ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ДИАЛИЗУ**

Руководство для врачей

Подписано в печать 06.09.2011. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 10 л. Тираж 500 экз. Заказ № 47

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 29,
тел./факс: (812) 251-66-54, 251-16-94,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано с диапозитивов в ООО «Реноме»
192007, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 40

ISBN 978-5-299-00460-1



9 785299 004601