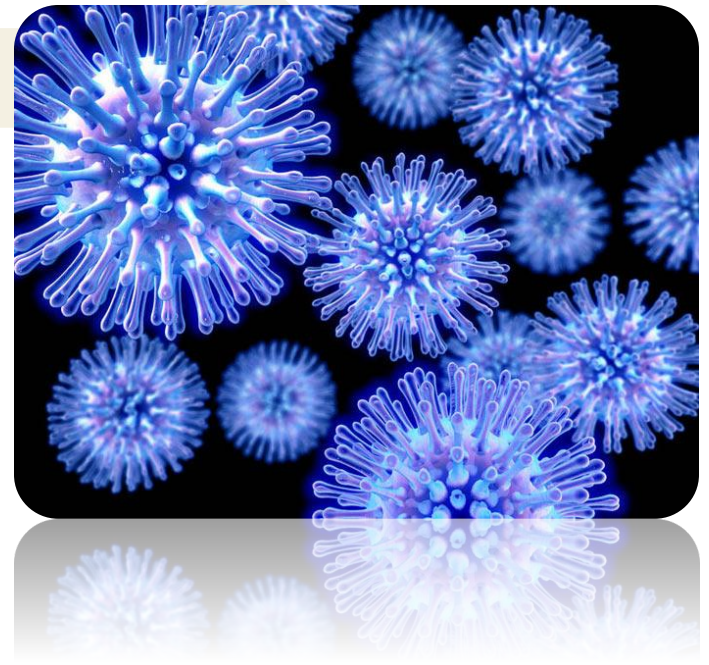
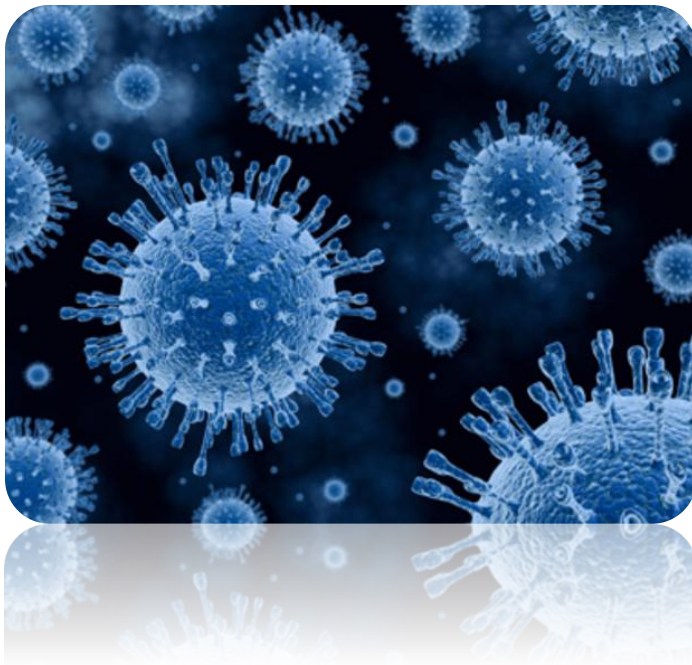


Вирусный

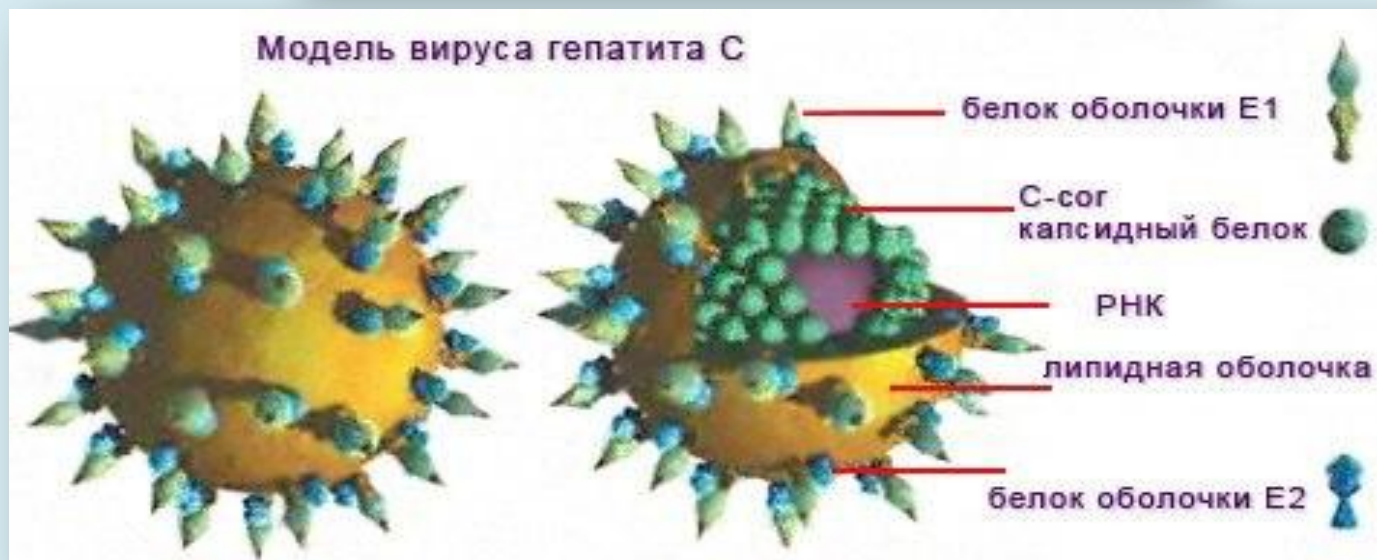


Подготовила : Бурля Ю.А.,5 к.
11гр.
лечебный факультет

Гепатит С– это инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом, наиболее тяжёлая форма вирусного гепатита. Часто протекает в виде посттрансфузионного гепатита с преобладанием безжелтушных форм и склонен к хронизации. Гепатит С называют «ласковой убийцей» из-за способности маскировать истинную причину под видом множества других заболеваний.

После того как в 70-х годах XX века были выделены возбудители гепатитов А и В, стало очевидным существование еще нескольких вирусных гепатитов, которые стали называть гепатитами ни А, ни В. В 1989 г. удалось идентифицировать возбудитель гепатита ни А, ни В с парентеральным механизмом передачи. Его назвали вирусом гепатита С (ВГС).

Строение вируса



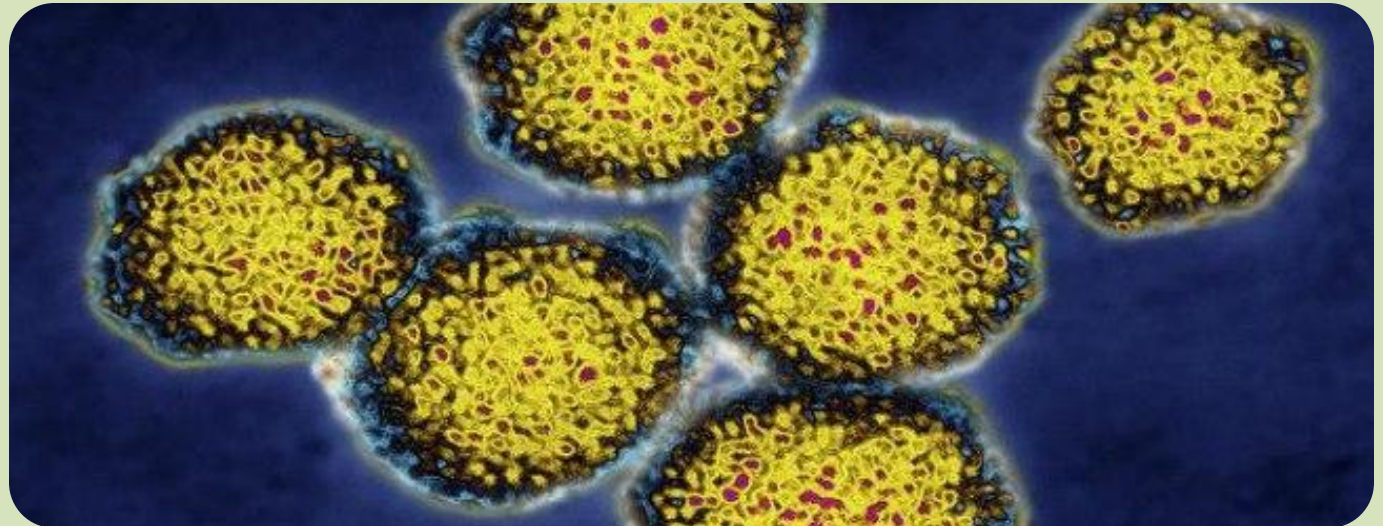
Строение

По внешним параметрам - это **Вирус** - это **формированный** мелкий сферический вирус, имеющий оболочку. У вируса гепатита С очень маленький геном, в нем всего 1 ген, в котором зашифрована структура 9 белков. Эти белки участвуют в проникновении вируса в клетку, в создании и сборке вирусных частиц и в переключении на себя некоторых функции клетки. Три белка вируса, участвующие в формировании вирусной частицы, называются структурными, остальные 6 белков выполняют разные ферментативные функции и называются неструктурными. Геном вируса гепатита С представлен 1 нитью рибонуклеиновой кислоты (РНК), которая заключена в капсулу(капсид) . Капсид с РНК, в свою очередь, заключен в оболочку из липидов (жироподобных веществ) и белков. Эти белки имеют свое название - оболочечный белок 1 (краткое обозначение Е1) и оболочечный белок 2 (Е2). Белки Е1 и Е2 образуют комплекс, главными функциями которого являются обеспечение связывания вируса с клеткой и проникновения в нее.

Этиология

Вирусный гепатит С вызывается РНК-содержащим вирусом с размером вириона 30-60 нм, относящимся к семейству Flaviviridae

Вирусные частицы вируса гепатита С имеют оболочку, содержатся в крови в следовых количествах. Вирусы, выделенные из комплексов с липопротеинами и анти-вирус гепатита С антителами, имеют диаметр 60-70 нм. При электронно-микроскопическом изучении на поверхности вириона выявлены хорошо выраженные выступы высотой 6-8 нм.



Эпидемиология

Источником инфекции являются больные с активным гепатитом С и латентные больные — носители вируса.

Основным механизмом заражения гепатитом С - является парентеральный, т.е. преимущественно через кровь.

Общепринято в эпидемиологии вирусных гепатитов различать “горизонтальный” и “вертикальный” путь передачи. “Вертикальный” путь передачи ВГС (от инфицированной матери новорожденному ребенку) в настоящее время рассматривается как менее вероятный по сравнению с вирусом гепатита В. Подавляющее большинство случаев инфицирования ВГС происходит при “горизонтальном” пути передачи (от индивидуума к индивидууму)

Небольшую часть заразившихся “инъекционным” путем составляют пациенты, инфицированные в медицинских центрах, где не используются одноразовые шприцы и нарушаются правила стерилизации медицинских инструментов.

Возможна половая передача вируса. Вероятность инфицирования половым путем велика при сопутствующей ВИЧ-инфекции, при большом количестве сексуальных партнеров и, возможно, при большой продолжительности брака.

Распространенность.

Вирус гепатита С (ВГС), как предполагается, проник в человеческую популяцию около 300 лет назад и в настоящее время представляет серьезную угрозу здоровью людей.

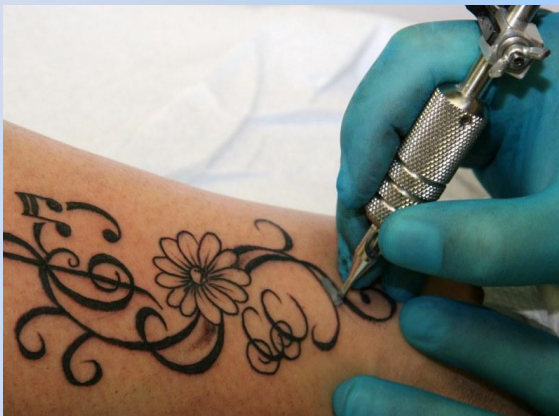
Число инфицированных вирусом превышает 200 млн. человек, что составляет около 3% населения земного шара. Большинство из них является скрытыми носителями. У 85% заболевших острым гепатитом С развивается хроническая (персистирующая) ВГС-инфекция, при которой вирус размножается в организме в течение десятков лет.

ВГС широко распространен в человеческом обществе. Природный резервуар вируса не известен. Известно, что кроме человека гепатитом С болеют только шимпанзе. Данные о частоте встречаемости гепатита С неоднородны и колеблются от 0,5-3% от общей численности населения



Основные факторы риска инфицирования гепатитом С

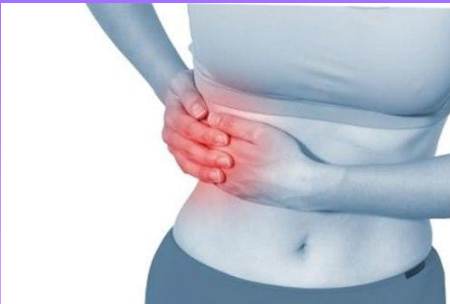
- внутривенное введение лекарств и наркотиков,
- переливание крови и ее препаратов,
- гемодиализ,
- нанесение татуировок,
- сексуальное поведение с высоким риском заражения,
- пересадка органов от ВГС-положительных доноров
- несоблюдение санитарно-гигиенических норм в медицинских учреждениях.



КЛИНИЧЕСКАЯ

Для гепатитов характерны:

- ❖ Диспепсические явления;
- ❖ Желтуха (бывает не во всех случаях);
- ❖ Умеренное увеличение и уплотнение печени и селезенки;
- ❖ Нарушение функций печени, определяемые лабораторными методами и методом радиогепатографии;



Больных беспокоят чувство тяжести или тупые боли в области правого подреберья, снижение аппетита, горечь во рту, тошнота, отрыжка, слабость, похудание, лихорадка, кожный зуд. Нередки кровотечения из носа. При пальпации поверхность печени гладкая, край умеренно плотный, слегка болезненный.

Течение доброкачественного гепатита может быть очень длительным – до 20 лет. Обострения возникают очень редко и только под воздействием сильных провоцирующих факторов. Развитие цирроза наблюдается редко. Агрессивный гепатит характеризуется рецидивами, частота которых может быть различной. Частые рецидивы приводят к более быстрому прогрессированию дистрофических и воспалительно-рубцовых изменений печени и развитию цирроза. Прогноз при этой форме – более тяжелый.

Вирусный гепатит – профессиональное заболевание медицинского персонала

Медицинский персонал лечебно-профилактических учреждений относится к категории повышенного риска заражения и заболевания вирусными гемоконтактными гепатитами. По частоте выявления маркеров инфицирования вирусом гепатита медицинский персонал оказался распределен на 3 группы:

- 1-ю (наивысшие показатели) составляют сотрудники гемодиализного и гематологических отделений;
- 2-ю - работники лабораторного, реанимационных и хирургических отделений;
- 3-ю (наименьшие показатели) - сотрудники терапевтических отделений.

Лечение гепатита С является одной из наиболее сложных проблем современной клинической медицины и, кроме того, затрагивает немаловажные социальные аспекты, поскольку является длительным и дорогостоящим. Ежегодно в рамках государственных программ всех развитых государств расходуются огромные средства, направленные на поиски путей повышения эффективности и разработку новых схем терапии. Основным и практически единственным действительно эффективным препаратом для терапии гепатита С в настоящее время является рекомбинантный альфа 2b - интерферон.

Однако, применение его связано с большим количеством проблем:

- ✓ инъекционная форма введения, что при длительных курсах лечения создает
- ✓ серьезный дискомфорт для пациента;
- ✓ высокая стоимость препарата;
- ✓ большой процент рецидивов заболевания после отмены терапии;
- ✓ резистентность к препарату;
- ✓ выраженные побочные эффекты, в ряде случаев вызывающие
- ✓ необходимость его отмены.

Наиболее часто среди побочных эффектов встречаются пирогенные реакции, миалгии, отмечены случаи развития алопеции и депрессивных состояний. Помимо альфа –интерферона для лечения гепатита С в ряде случаев используются рибавирин (и ряд других противовирусных препаратов), кортикостероиды.

Хотя основным препаратом для терапии гепатита С является альфа-интерферон, существует несколько схем терапии гепатита С.

- только альфа-интерферон
- интерферон в комбинации с рибавирином
- только рибавирин – (1000 и 1200 мг/сут в течение 12 недель.)
- кортикостероиды в комбинации с рибавирином.

Целесообразность применения этих схем (за исключением первой) оспаривается и в настоящее время нет единого мнения на этот счет. Однако, у части больных такое “альтернативное” лечение дает удовлетворительный эффект. Считается, что наиболее эффективно лечение альфа-интерфероном у больных с изначально низким уровнем РНК вируса и умеренными гистопатологическими изменениями.

Наиболее предпочтительными в настоящее время считают следующие варианты терапии альфа интерфероном:

3 МЕ 3 раза в неделю в течение года

6 МЕ 3 раза в неделю - в течение 6 месяцев

3 МЕ 3 раза в неделю в теч 3 мес, затем по 6 МЕ 3 р. в неделю в течение следующих 6 м.

В целом терапия интерфероном оказывается абсолютно эффективной у 35% больных, способствует положительной динамике биохимических показателей в 65% случаев и в 29% случаев оказывает поддерживающий эффект.

Эффективность лечения альфа-интерфероном в целях наиболее быстрого достижения ремиссии заболевания считается доказанной. Долгосрочный эффект при применении альфа-интерферона остается неясным. Несмотря на то, что у 33-50 % наблюдается полноценный ответ на терапию альфа-интерфероном, у 50% - 90% больных после отмены препарата наблюдается повторное обострение. Лечение альфа-интерфероном в низких дозах (3-5 000 000 ЕД) в целом несколько менее эффективно, чем лечение в более высоких дозах. Отсутствие же ответа на лечение альфа-интерфероном в течение 4-6 недель говорит о неэффективности этого препарата у пациента, и дальнейшее продолжение лечения с увеличением дозировки в этих случаях, как правило, не имеет смысла.



Профилактика

Механизмы иммунного ответа при гепатите С – инфекции до сих пор остаются не вполне ясными. Эксперименты на животных показали, что перенесенная гепатит – инфекция не исключает заражения другими штаммами вируса С, что является одной из причин отсутствия вакцины для профилактики этой инфекции. В связи с этим основными методами профилактики гепатита С остаются тщательный контроль препаратов крови и всех биологических препаратов, используемых в медицине, использование одноразовых медицинских инструментов для инвазивных процедур, активная просветительская деятельность.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

