

Б. И. Шулуто

доктор медицинских наук
заслуженный деятель науки РФ

Санкт-Петербургский медико-социальный институт

Проблема лечения хронических гепатитов

Вопросы, поднятые участниками Круглого стола (*Terra medica nova*, 2010, № 2), были, безусловно, актуальны, а участники — более чем представительны. Кто лучше может сегодня сделать аргументированное заключение, показать всю глупость существующих приказов и потребовать реорганизации? Тем не менее, окончательных ответов на поставленные вопросы в материалах Круглого стола нет. Возможно, это связано с тем, что за столом сидели практики и ведущие специалисты. Но любой компромисс лишает их верховенства, поскольку на распределение финансовых потоков они не влияют. Однако проблема, на наш взгляд, более сложна, чтобы можно было ограничиться сказанным в дискуссии. Более того, в таком важном разговоре просто необходимо было выйти за рамки обсуждения собственно вирусных гепатитов.

На наш взгляд, стоит начать с главного вопроса — представления о гепатите. Несмотря на огромное количество работ по этой проблеме, ясности до конца нет. Неопределенность дефиниций, аморфность патогенеза, открытые вопросы о вирусной этиологии объясняют осторожность выступлений участников Круглого стола.

Наверное, нужно исходить из того, что наиболее общая и, соответственно, всеобъемлющая характеристика гепатитов следующая. Это группа заболеваний печени, вызываемых различными причинами и характеризующихся разной степенью выраженности печеночно-клеточного некроза. Само воспаление может быть преимущественно паренхиматозным или интерстициальным с различной выраженностью экссудативных и продуктивных реакций иммунной и аутоиммунной природы. Морфологические особенности разных форм гепатитов, на наш взгляд, определяются, в большей степени,

системной спецификой каждого конкретного больного. Определенный отпечаток на морфологическую картину накладывают этиологические факторы.

Группа этиологических факторов столь многочисленна, что выскользнуть из их лабиринта теоретически невозможно. Все существующие к сегодняшнему дню положения о гепатотропных вирусах настолько аксиомальны, что спорить с этим бесполезно. Поэтому мы предлагаем альтернативную гипотезу.

Сначала о некоторых общих возражениях принятым взглядам. Первое: те вирусы, которые считаются гепатотропными, на самом деле оказывают системное действие. Кроме того, поражать печень могут аденовирус, цитомегаловирус, вирус Эпштейна—Барр и вирус простого герпеса. Не стоит забывать и о «неинфекционных» причинах гепатита. Напрашивается вывод: так называемая «этиология» относительно специфична. По сведениям ВОЗ, смертность от заболеваний печени за последние двадцать лет увеличилась вдвое. Небывалая наркомания и у нас в России, и в мире в целом страшна распространением не только ВИЧ-инфекции, но и гепатитов. А прогноз при гепатитах не многим лучше прогноза при СПИДе.

Хронические диффузные заболевания печени — гепатит, цирроз — стали серьезной проблемой нашего времени. На XI конгрессе по вирусным гепатитам и заболеваниям печени, который состоялся в Австралии в 2003 г. (Сидней), были представлены новые данные о широте распространения гепатита *B* и *C*. Сейчас в мире проживает около 4 млрд человек, имевших контакт с вирусом гепатита *B*, 400 млн являются бессимптомными носителями *HBV*, что почти в два раза превосходит их число, зарегистри-

рованное в 1984 г. (216 млн), за год вновь фиксируется 4–5 млн случаев заболевания, количество смертей, связанных с инфицированием *HBV*, ежегодно составляет 1–2 млн. Столь же широкое распространение имеет и гепатит *C*. От 120 до 180 млн человек инфицировано вирусом гепатита *C* (*HCV*).

В последние годы стали говорить о поливирусной природе хронических гепатитов. Использование иммуноферментного анализа, рекомбинантного иммуноблоттинга, полимеразной цепной реакции позволяет выявлять все меньшие концентрации вирусов в биологическом материале пациента. Ряд вирусов, не относящихся к группе вирусов гепатита (вирус герпеса, кори, краснухи), также обладает гепатотропностью. Трудности, возникающие при выяснении путей заражения вирусом гепатита, невольно заставляют думать о причинах необыкновенно большой распространенности этих и других гепатотропных вирусов, что выходит за рамки традиционных представлений об их этиологической роли в возникновении заболевания.

Нужно учесть, что все население земного шара составляет 6,6 млрд человек (www.language-study.com/demography-tendencies.html), при этом патология печени имеется более чем у 70 % населения. Преобладают алкогольные и вирусные поражения. В случаях вирусных заболеваний говорят о заражении. Но столь массовое заражение похоже на вялотекущую пандемию. Если же допустить возможность комменсализма, то многое станет более понятным. В пользу данного предположения говорит и то, что реализация заболевания связана непосредственно уже не столько с вирусом, сколько с состоянием макроорганизма, возможно, с его генетической предрасположенностью, состоянием иммунитета. В таком случае наличие вируса реализует активное воспаление *генетически дефектной печени*.

Известны данные французских гепатологов, осуществивших гепатобиопсию у 100 пациентов — хронических алкоголиков. У 25 % из них была здоровая печень и только у 25 % — цирроз печени, что позволило сформулировать положение, что для развития цирроза пить мало, цирроз надо «заслужить». Схожая ситуация и с вирусами. Иначе говоря, можно утверждать, что дефектность печени генетически детерминирована. Именно в генетическом дефекте заложена причина конкретной формы заболевания

печени, высокой чувствительности к тому или иному раздражителю.

В последние годы опубликовано много работ, освещающих детали патогенеза различных заболеваний печени, однако все они, в конечном варианте, сводятся к трем основным механизмам — инфекционным (вирусным), дисметаболическим и токсическим. Неубедительно звучат сведения о контагиозности больных. Известно много случаев тяжелого течения вирусного гепатита, соседствующего с полным здоровьем членов семьи.

Итак, имеющиеся противоречия в современных подходах к пониманию гепатита, о чем говорил проф. В. Г. Радченко, и сказанное выше позволяют ответить на вопрос о месте лечения впервые диагностированных хронических вирусных гепатитов *B* или *C*. Это должен быть единый, крупный, хорошо оснащенный гепатологический центр. Безусловная общность поражения печени и других органов системы пищеварения позволяет рассмотреть включение гепатологического центра в состав объединенного гастроэнтерологического центра. Здесь ведущим специалистом должен быть гепатолог, но гепатолог в современном понимании, с глубоким знанием раздела, владеющий как терапевтическими и инфекционными подходами, так и знаниями морфологического анализа (в том числе умением осуществлять биопсию и оценивать ее) во всей его полноте (световая, электронная, иммуногистологическая микроскопия). В составе названного центра должны работать хирурги, вирусологи, иммунологи, генетики. Обсуждаемый на Круглом столе вопрос о том, как все увязать с действующим Приказом, должен быть решен радикально — сменить Приказ.

К вопросу о терапии. Первая встреча с больным должна сопровождаться полноценным обследованием, — круг этого обследования общеизвестен. Координировать лечение должен всегда один врач — гепатолог. Эта азбучная истина всегда всеми принимается, но почти никогда не реализуется. В жизни больной мечется между десятком врачей, особенно при наличии сопутствующей патологии. На наш взгляд, привлечение кардиолога, нефролога и других «узких» специалистов должно быть всегда согласовано с основным лечащим врачом — гепатологом.

Стратегия лечения определяется природой заболевания печени. Учитывая общность и неспецифичность большинства патологических

процессов в ткани печени (выраженность дистрофических, аутоиммунных, сосудистых и фиброзирующих реакций), гепатолог выбирает оптимальную тактику у конкретного больного. Круг противовирусных препаратов сейчас сузился: Пегинтерферон+Рибавирин и новые препараты (Телапревир, Альбуферон для лечения *HBC* и Ламивудин — для *HBV*). Мы сознательно отказываемся от обсуждения каждого отдельного лекарственного средства. Вопросы поставлены общие, стратегические. Это диктует построение и самой статьи. Важнейшей составляющей, на наш взгляд, остается гепатопротекция: не видим оснований отказываться от Адеметионина (Гептрала), фосфолипидов, препаратов урсодеооксиголевой кислоты, которые снижают как активность вирусного гепатита и риск гепатоцеллюлярной карциномы, так и циррозирование печени. Хорошее впечатление производит периодический прием Тилорона (Амиксина).

Обсуждая проблему гепатита, нельзя обойти вниманием ведение пациентов с невирусными заболеваниями печени. Не вдаваясь в детали, скажем, что все (!) они должны наблюдаться у гепатолога. Включение в арсенал всех видов терапии (гепатопротективной, симптоматической, синдромной) на практике приводит к полипрагмазии, чего допускать нельзя. Отсюда еще одно напоминание о концентрировании таких пациентов у одного врача — гепатолога.

Нужно иметь в виду, что подавляющее число гепатологических больных — амбулаторные. Необходимо следить за тем, чтобы они наблюдались не у врачей общей практики.

Но чтобы обеспечить таких пациентов квалифицированной помощью, в крупных городах и регионах должно быть достаточное количество гепатологических центров.

На Круглом столе вставал вопрос о месте лечения осложнений. На наш взгляд, — это тот же единый центр. Концентрация узких специалистов, хорошо знающих гепатологию, возможна в межрайонных центрах.

Для успешного решения проблем гепатологии необходимо радикально менять существующую систему организации медицинской помощи. Основываясь на неубедительности высокой контагиозности вирусов гепатита, больных даже с высокой концентрацией вирусных антигенов нужно лечить в едином гепатологическом центре. Сказанное не исключает важность и необходимость оптимальных эпидемиологических мероприятий, чтобы исключить парентеральное распространение вируса.

Принципиально иной подход к роли вирусов не исключает необходимость противовирусной терапии, однако схожесть схем при разных вариантах вирусных гепатитов говорит о неспецифичности подхода. Появившиеся сообщения об огромных возможностях генной терапии могут стать реальностью только в условиях высокоспециализированного центра.

Все слова, сказанные на Круглом столе, правильные. Но складывается впечатление «топтанья на месте». Поднятые вопросы, безусловно, актуальны, но предложенные меры паллиативны. Нужно искать пути кардинального решения проблемы, тем более что в мировой практике примеров решения достаточно.