

элиминации. Возможна ко-инфекция HBV и HDV или суперинфекция HDV. Острый дельта-гепатит диагностируется на основании повышения в сыворотке титров **anti-D IgG**. Для ко-инфекции характерны **anti-D IgM** и **высокий tитр anti-HBc IgM**; **HBsAg** позитивен. При суперинфекции определяют одновременно **anti-D IgM** и **anti-D IgG**; **anti-HBc IgM отсутствуют** или содержатся в низком титре. При острой и хронической дельта-инфекции определяется **HDV RNA** в сыворотке крови и печени. Треть фульминантных (особо тяжёлая форма гепатита с массивным некрозом гепатоцитов и печёночной комой, смертность около 70%) гепатитов В обусловлена ко-инфекцией HDV, при этом наблюдается двухфазное повышение трансаминаз, вторая фаза связана с присоединением HDV-инфекции. Суперинфекция HDV может приводить к тяжелому и фульминантному течению гепатита, либо проявляться только повышением трансаминаз.

Гепатит E (HEV) имеет преимущественно водный путь передачи, чаще встречается в развивающихся странах. Чаще поражает молодых взрослых людей, чем детей. Серодиагностику проводят определением **anti-HEV IgM** и **IgG**, **HEV RNA**. У всех пациентов развивается желтуха, внепеченочных проявлений нет. Иногда наблюдаются фульминантные формы, чаще чем при гепатите А. Возможен холестатический вариант, хронического течения не отмечено. Гепатит E особенно тяжело протекает в последнем триместре беременности (смертность составляет 25%) с развитием острого геморрагического синдрома, энцефалопатии и почечной недостаточности, среди беременных фульминантная форма регистрируется чаще, чем у других категорий заболевших.

Гепатит G (HGV) находится на стадии исследований. HGV относится к семейству флавивирусов, структура геновита приблизительно на 25% гомологична HCV. HGV определяется методом ПЦР, антитела не выявлены. Факторы риска подобны заражению HCV-инфекцией (гемотрансфузии, внутривенные манипуляции и т.д.). Течение острого гепатита G, как правило, мягкое с умеренным подъёмом трансаминаз или без него. Неясно, является HGV просто вирусом-свидетелем или серьёзным патогеном для человека.

Факультативно-гепатотропные вирусы: цитомегаловирус, Эпштейна—Барра вирус, арбовирус группы В (вирус желтой лихорадки), вирус простого герпеса, аденовирус, вирус коксаки В, коревой вирус, вирус парамиксомы, varicella и varicella-zoster. Инфицирование ВИЧ способствует активизации условно-гепатогенных вирусов. Экзотические вирусы, вызывающие гепатит, включают вирусы Марбург, Ласса, Эбола.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА неспецифична. Доминирует **астенический синдром** со слабостью, похуданием, утомляемостью, нервозностью, лабильным настроением. **Диспепсический синдром** на втором месте по встречаемости (тошнота, вздутие живота, метеоризм, отрыжка и другие), причём выраженность тошноты коррелирует с нарушением детоксикационной функции печени и сочетанным поражением поджелудочной железы. **Болевой синдром** – боль в правом подреберье и в верхних отделах живота, чаще ноющая, длительная, усиливающаяся после физической нагрузки. **Синдром «малой печёночной недостаточности»** - сонливость днём, бессонница ночью (нарушение ритма сна), кровоточивость, преходящая желтуха и асцит. **Синдром холестаза** – преходящий кожный зуд и лабораторные показатели холестаза. К **внепечёночным проявлениям** болезни наиболее часто относят мышечные и суставные боли (см. стр.7 – для HBV и 9 – для HCV).