

Тема: «Особенности вирусных гепатитов у детей. Профилактика»

Специальность: «Сестринское дело в педиатрии»

Цикл: «Сестринская помощь детям»

«Первичная медико-санитарная помощь детям»

«Охрана здоровья детей и подростков»

Составлена преподавателем
Вазанковой С.А. согласно
образовательного стандарта
постдипломной подготовки

Цель: усовершенствовать теоретические знания по актуальным вопросам вирусных гепатитов у детей.

Слушатели должны знать:

- пр. МЗРФ от 27.06.2001 года №229 «Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;
- постановление 03.03.2008 года «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2342-08»;
- пр. МЗ и социального развития РФ от 11.01.2007 года №14 «О внесении изменений в приказ о национальном календаре профилактических прививок»;
- методические указания 3.3.1891-04 от 04.03.2004 года «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад»;
- постановление от 28.02.2008 года №14 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 Профилактика вирусного гепатита В»;
- пр. МЗСССР от 12.07.89 №408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране»
- эпидемиологию вирусных гепатитов, клинику, осложнения, диагностику, специфическую профилактику, уход, лечение, поствакцинальные осложнения, диспансерное наблюдение.

Слушатели должны уметь:

- подготовить ребенка к проведению вакцинопрофилактики;
- осуществлять сестринское наблюдение за ребенком после постановки вакцин;
- владеть техникой постановки вакцин против вирусных гепатитов;
- заполнить медицинскую документацию на вакцинируемого;
- организовать наблюдение за очагом по вирусному гепатиту.

Мотивация

Проблема ВГ актуальна во всем мире. Болезни занимают 3 место в структуре инф. болезней у детей, после ОРВ и кишечных инфекций. Заболеть ВГ можно в любом возрасте, но дети считаются группой высокого риска по инфицированию. Чаще болеют в возрасте от 3 до 14 лет. На первом году жизни заболеваемость низкая, т. к. у ребенка:

- имеется врожденный иммунитет, унаследованный от матери;
- особенности вскармливания – грудным молоком;
- относительная изоляция ребенка в обществе.

Высокий уровень заболеваемости ВГ отмечается в Дагестане, Тыве, Карачаево-Черкесской, Амурской, Ивановской, Тверской, Калининградской областях. Показатели колеблются от 50 до 247 на 100.000 населения.

Определение болезни

Вирусные гепатиты это группа заболеваний, которые протекают:

- с поражением печени;
- явлениями желтухи;
- синдромом интоксикации;
- увеличением печени, селезенки.

Клинические варианты ВГ

Различают не менее 7 форм заболевания.

С эпидемиологической точки зрения их делят:

- с фекально-оральным механизмом передачи инфекции, относят гепатиты А, Е;
- с парентеральным путем передачи: вирусные гепатиты В, С, D, G.

Часть гепатитов до сих пор остается этиологически нераспознанными.

Возбудители гепатитов относятся к различным семействам вирусов и характеризуются устойчивостью к высоким и низким температурам, а также к действию многих дезсредств.

Патогенез

При гепатитах А и Е возбудитель из кишечника попадает в кровь, вызывая симптомы интоксикации. Вирусы оказывают прямое повреждающее действие на печеночные клетки, с развитием некроза. Распад гепатоцитов высвобождает белковые комплексы, которые выступают в роли аутоантигенов.

При гепатите В вирус внедряется в организм парентерально, гематогенным путем попадает в печень. Он не оказывает прямого повреждающего действие на печеночные клетки. Решающая роль принадлежит иммунологическим реакциям, приводящим к повреждению печени. Вирус гепатита В обладает способностью к длительному, многолетнему, нередко пожизненному персистированию в гепатоцитах.

Механизмы развития гепатитов Е, С, D и G окончательно не изучены. Известно, что возбудитель гепатита D обладает прямым повреждающим действием на печеночные клетки.

Вирусный гепатит А

Эпидемиология.

Возбудитель пикорновирус, мелкий сферической формы. Устойчив во внешней среде, погибает при температуре 85°C и при автоклавировании. Антропоноз. Источник инфекции – больные явной, субклинической формами болезни, а также реконвалесценты, выделяющие вирус с фекалиями, в период инкубации и продромы. В другие периоды болезни выделение вируса снижается.

Пути передачи:

- фекально-оральный;
- контактно-бытовой основной для ребенка.

Бывают и эпидемические вспышки, связанные с водой и пищей, т.к. 35% очистных сооружений в настоящее время не имеют полного комплекта для очищения воды и 17% не имеют обеззараживающих установок. Могут быть спорадические случаи. Гепатит А встречается в основном у детей 11-14 лет и 15-19 лет.

Пик заболеваемости приходится на октябрь, ноябрь. Подъемы и спады заболевания возникают с интервалами от 2-4 до 10-12 лет.

Клиника

1 - инкубационный, длительность 10 - 45 дней, в среднем 15-30 дней.

2 - преджелтушный или период продромы, длительность 2-5 дней.

Начало острое, повышается температура тела до 38-39°C, появляется тошнота, рвота, неустойчивый стул, чувство тяжести и боль в правом подреберье и эпигастрии. Иногда наблюдаются катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Постепенно нарастает интоксикация. Увеличивается печень, она становится плотной и болезненной при пальпации. Через 2-3 дня температура нормализуется, ослабевает интоксикация, но боль сохраняется. К концу периода появляется темная окраска мочи и обесцвеченный кал. Нередко отмечается новый кратковременный подъем температуры.

3 - желтушный или разгар болезни, длится 7-15 дней. Характеризуется появлением желтухи с постепенным нарастанием интенсивности. Вначале окрашиваются склеры и слизистые оболочки, прежде всего мягкое небо. затем кожа лица, туловища и конечностей. Печень увеличена, селезенка у детей раннего возраста. С появлением желтухи при нетяжелых формах заболевания улучшается самочувствие, уменьшается интоксикация и диспепсические симптомы.

4 - реконвалесценции, продолжается до 2-3 месяцев, более затяжной у детей раннего возраста. Постепенно исчезают клинические, лабораторные проявления заболевания.

Особенности течения

- преимущественно легкое течение заболевания;
- практически полное отсутствие угрозы хронизации процесса.

Вакцинопрофилактика

Вводится вакцина только по эпидемиологическим показаниям. Прививки подлежат дети старше 3-х лет, при заболеваемости гепатитом в регионе 100 и более на 100.000 населения. Защита со второй недели после введения, сохраняется 1-2 года. Эффект в 15-20 лет и даже пожизненный, возникает если, через 12-18 месяцев повторить вакцинацию. Вводится вакцина в/м в дельтовидную мышцу, в верхнюю треть наружной поверхности бедра. П/к вакцина не вводится, т.к. формируется слабый иммунитет, этот способ показан детям с гемофилией и тромбоцитопенией.

Вакцинации по эпидпоказаниям подлежат медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений. Работники сферы обслуживания населения в организациях общественного питания, по обслуживанию водопроводных и канализационных сооружений. Выезжающие в эндемические регионы по гепатиту А, а также контактные в очагах по эпидпоказаниям. Прививки показаны лицам с хроническими болезнями печени.

Разрешенные к применению вакцины в РФ:

- отечественная культурная инактивированная, концентрированная, адсорбированная, очищенная жидкая вакцина « геп-А-ин-вак» «Вектор» Новосибирск.
- «Харвикс» 1440 Великобритания;
- «Харвикс»720 Великобритания детская доза, вводится двукратно, детям 1-6 лет - 0.75мл; 7-10 лет - 1.5мл; старше 10 лет - 3.0 мл
- «Аваксим» Франция; - «Викта» США.

Противопоказания к введению вакцин: гиперчувствительность, острые и хр. заболевания.

Прививочные реакции:

- 15% привитых отмечается покраснения, припухлость, болезненность;

- 3-10% привитых головная боль, недомогание, повышение температуры тела до 38°C, чувство жара, озноб, тошнота, рвота, потеря аппетита.

Реакции возникают в первые сутки, сохраняются не более 2-х суток.

Вакцинацию против ВГА можно сочетать с др. прививками при условии, если они будут вводиться в разные участки тела.

Мероприятия в очаге

Контактные разобщаются на 35 дней с момента изоляции последнего больного. За ними устанавливается медицинское наблюдение не реже 1 раза в неделю, дошкольники наблюдаются ежедневно. Проводится термометрия, контроль за цветом мочи, кала, окраски кожных покровов, определяются размеры печени и селезенки. Определение активности трансаминаз проводится 1 раз в 15-20 дней. Дети, перенесшие ранее вирусный гепатит А, от посещения детского учреждения не отстраняются. Другие контингенты допускаются в детские учреждения по разрешению эпидемиолога после введения им иммуноглобулина. В ДДУ иммуноглобулин вводится в пределах карантинной группы, в школах – показан лишь при множественных заболеваниях. Доза от 1-10 лет 1.0 мл, старше 10 лет 1.5 мл. Прием новых детей в ДДУ допускается только с разрешения эпидемиолога, при условии предварительного введения иммуноглобулина детям, ранее достоверно не болевших гепатитом А. В период карантина в группе отменяется система самообслуживания и культурно-массовые мероприятия в общих с другими группами помещениях. В течение двух месяцев со дня изоляции последнего больного в группе, классе не проводятся профилактические прививки. Занятия в школе у контактных лиц проводятся в одном классе. В столовой они обедают в последнюю очередь, к дежурству в столовой не допускаются.

В очаге проводится активная иммунизация вакциной против гепатита А. При наличии клинических показаний проводится лабораторное исследование крови АлАТ и АсАТ.

Диспансерное наблюдение

Первый осмотр проводится через 15-30 дней после выписки из стационара, повторный через 3 месяца.

При отсутствии остаточных явлений и полной нормализации печеночных проб реконвалесценты снимаются с учета.

При наличии остаточных явлений диспансерное наблюдение проводится до полного выздоровления.

Вирусный гепатит E

Встречается в странах тропического и жаркого климата. Обычно поражаются лица молодого и среднего возраста. Дети до 15 лет болеют редко, инфекция у них протекает латентно. Инкубационный период и клинические проявления заболевания близки к гепатиту A.

Особенность инфекции - повышенная чувствительность к вирусу беременных женщин, особенно в 3-м триместре, с высоким процентом летальности.

Вирусный гепатит В

Эпидемиология. Вирус гепатита устойчив во внешней среде, при автоклавировании при температуре 120°C погибает через 5 минут, при воздействии сухого пара 160°C через 2 часа, 1-2% р-р хлорамина убивает через 2 часа.

Источник инфекции – больной человек, имеющий острую или хр. формы заболевания, к которой относится носительство.

Процент детей с острыми формами заболевания снижается, 2000 году заболеваемость составила - 9.98; 2001 году - 8.7; 2002 году - 6.09; 2003 году - 3.74; 2004 году - 2.52 случаев на 100.000 населения.

Но процент детей носителей остается высоким: в 2000 году показатель составил - 19.37; в 2001 году - 19.68; в 2002 году - 15.56%; в 2003 году - 11.22; в 2004 году - 10.84 случаев на 100.000.

Снижение заболеваемости можно связать:

- с вакцинопрофилактикой;
- использованием одноразового медицинского инструментария;
- ограничением показаний к переливанию крови.

Пути передачи

1. От 2 до 10% при выполнении медицинских процедур: гемотрансфузиях, гемодиализе, инъекциях, инструментальной диагностике, стоматологических вмешательствах.
Т.к. в ЛПУ отсутствуют высокоэффективные дезсредства, в 40% централизованные стерилизационные отделения, одноразовые медицинские инструменты.
2. Возможно бытовое инфицирование: при нанесении татуировок, выполнении косметических процедур: маникюр, педикюр, бритье и др., при пользовании общими туалетными принадлежностями - зубными щетками, мочалками, бритвами.
3. При половых контактах через микротравмы слизистой оболочки или инфицированную сперму, вагинальный секрет.
4. Возможна трансплацентарная передача вируса от беременных женщин плоду, однако заражение чаще происходит во время родов и в неонатальном периоде через микротравмы кожи при кормлении грудью и грудное молоко.

Высокая заболеваемость гепатитом определяется:

- широкой циркуляцией вируса;
- большим количеством носителей, которые длительно, часто пожизненно, остаются нераспознанными;
- высокой чувствительностью организма человека к возбудителю, допускающая возможность инфицирования, для заражения достаточно 10^{-7} мл инфицированной крови;
- большой концентрацией вируса в крови и его присутствие в сперме и других биологических жидкостях;
- высокой устойчивостью возбудителя во внешней среде, к дезинфицирующим средствам и методам стерилизации;
- множество путей передачи инфекции.

Группа риска

- подростки;
- воспитанники детских домов-интернатов;
- больные хр. соматической патологией;
- онкологические пациенты;
- пациенты хирургических стационаров.

Острый ГВ имеет циклическое течение, более длительное, тяжелое течение, и нередко с не благоприятным исходом. Хронический гепатит представляет серьезную проблему на сегодняшний день, т.к. нет эффективных препаратов для лечения.

У детей может быть спонтанное выздоровление от хр. вирусного гепатита в 5-15% случаев, а после интерферонотерапии показатель составляет 20-30%.

Клиническая картина

Контакт с вирусом обычно ведет к бессимптомному течению заболевания. У части инфицированных больных развивается острый гепатит.

Инкубационный период - 6 недель до 6 месяцев. Начало постепенное.

Преджелтушный период длительный. Диспептические и астеновегетативные симптомы более выражены и встречаются чаще, чем при гепатите А. С первых дней заболевания увеличивается и значительно уплотняется печень. Нередко развиваются внепеченочные проявления заболевания полиморфная сыпь, боли в мышцах, костях и суставах. При тяжелых и среднетяжелых формах выявляются признаки геморрагического синдрома.

В желтушном периоде интоксикация и диспептические явления в отличие от гепатита А нарастают. Желтуха продолжительная и достигает большой интенсивности. Может увеличиваться селезенка. Для ГВ характерно среднетяжелое и тяжелое течение, нередко формируются хр. формы болезни. Особенность хронизации - она наступает преимущественно при легких формах болезни.

Особенности течения гепатита у грудничков. Заболевание нередко начинается остро с повышения температуры тела, вялости, сонливости, отказа от груди, появления срыгиваний и рвоты. Продолжительность преджелтушного периода укорочена, рано появляются темная, окрашивающая пеленки моча и обесцвеченный кал. Желтушность склер и кожи обычно слабее, чем у более старших детей. Часто отмечается несоответствие между тяжестью заболевания и интенсивностью желтухи. Более выражен гепатолиенальный синдром. Чаше, чем у старших детей, наблюдаются проявления геморрагического синдрома, нередко возникают осложнения, связанные с наложением бактериальной инфекции.

Врожденный гепатит

В развивается в первые дни после рождения или спустя 2-3 месяца в виде манифестной, или латентной, формы с длительным выделением антигена вируса гепатита. Манифестные формы протекают тяжело, с высокой летальностью.

Мероприятия в очаге

Медицинское наблюдение за контактными в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции источника, а затем ежемесячно или в сроки по усмотрению эпидемиолога.

Лабораторное обследование контактных на наличие НВ и активность АЛТ сразу после регистрации больного далее в сроки определенные эпидемиологом.

Решить с врачом и эпидемиологом вопрос о вакцинопрофилактики против гепатита В.

Профилактика

Вакцины, разрешенные к применению в РФ:

- Рекомбинантная дрожжевая жидкая без консервантов «Комбиотех» Россия.
- Рекомбинантная дрожжевая жидкая «Комбиотех» Россия.
- ДНК-рекомбинантная «Вирон» Россия.
- «Бубо-Кок» комбинированная для одновременного применения с АКДС «Комбиотех» «Биомед».
- «Бубо-М» комбинированная с АДС «Комбиотех» «Биомед».
- «Н-В – Вакс II» США.
- «Энджерикс» В рекомбинантная Великобритания,
- «Эбервакс» НВ Куба.
- «Эувакс» В рекомбинантная Корея.
- «Шинвакс» В Индия.

Специфической профилактике подлежат лица с повышенным риском заражения гепатитом В:

- новорожденные от женщин-носителей антигена или перенесших гепатит В во время беременности;
- медицинские работники – хирурги, акушеры, гинекологи, реаниматологи; выпускники медицинских вузов, училищ;
- больные гемофилией; ХПН; из семей больных хроническим гепатитом В и носителей HbsAg.

Вакцины содержат взрослую и детскую дозировку. Вводятся в/м. Новорожденным вакцинация проводится через 12 часов после родов, затем в 1, 6 месяцев. В 13 лет прививаются дети не привитые ранее. Дополнительная иммунизация предусматривает прививки детям от 1 до 17 лет, взрослым от 18 до 35 лет не болевшим, не привитые ранее. Если мать инфицирована или является носителем вирусного гепатита, то схема вакцинации 0,1,2,12 месяцев Недоношенные, если их вес менее 2-х кг прививки начинают с 2-х месяцев. Если ребенок привит трехкратно антитела будут у 95-99% привитых, их длительность в организме составит 8-12 лет. Все вакцины против гепатита В взаимозаменяемые, значит, если начали прививаться с одной вакцины, закончить можно другой.

Противопоказания для введения вакцины:

- повышенная чувствительность к дрожжам;
- декомпенсированные болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы;
- острые инфекционные болезни, только после выздоровления.

В настоящее время доказано, что прививка детям со злокачественными новообразованиями безопасна.

Реакции на вакцину со стороны организма: местная болезненность, припухлость, зуд, эритема, экхимозы от 4-17% случаев. Общие реакции: астения, головная боль, недомогание, повышение температуры тела до 38°C, тошнота, миалгии, артралгии до 4% случаев, держатся эти симптомы до 2-х суток.

Обследованию на вирус гепатита В подлежат:

- доноры, перед сдачей крови обследуют на HbsAg и уровень АЛТ;
- беременные обследуются на HbsAg дважды в 8 и 32 недели беременности, при выявлении антигена, обязательно определяют HbeAg. При выявлении обоих антигенов родоразрешение – кесарево сечение;
- реципиенты крови и ее компонентов, а также дети 1 года жизни, при подозрении на заболевание ВГВ в течение 6 месяцев с момента последней трансфузии;
- персонал учреждений службы крови, отделений гемодиализа, пересадки почек, сердечно-сосудистой и легочной хирургии; персонал клиничко-диагностических и биохимических лабораторий, хирургических, акушерско-гинекологических, анестезиологических, реанимационных, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, персонал станций и отделений скорой помощи при приеме на работу и далее 1 раз в год;
- пациенты отделений с высоким риском заражения ВГВ – центры, отделения гемодиализа, пересадки почек, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии. Больные с любой хронической патологией, длительно находящиеся на стац. лечении: туберкулезные, онкологические, психоневрологические и др. при поступлении в стационар и далее ежеквартально во время пребывания в стационаре и при выписке;
- больные с хроническими заболеваниями печени при поступлении в стационар и далее по показаниям;
- дети домов ребенка, детских домов, спец. интернатов при поступлении;
- контингенты кожно-венерологических диспансеров, кабинетов при взятии на учет и далее ежегодно.

Диспансерное наблюдение

Контрольное обследование реконвалесцентов проводят через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после выписки из стационара. Проводится опрос, клинический осмотр (жалобы, размеры печени, селезенки, цвет мочи и др.), определение активности АлАт, HbsAg в сыворотке крови. Снимают с учета через 12 месяцев, только при получении нормальных результатов клинико-биохимических исследований и двукратных с интервалом 10-15 дней отрицательных результатов на наличие HbsAg. При наличии отклонений обследования продолжают 1 раз в месяц до полного выздоровления. При выявлении AbsAg на протяжении 6 месяцев необходима госпитализация для исключения хронического гепатита.

Реконвалесценты гепатита В могут приступить к учебе, занятиям не ранее, чем через 2 - 4 недели после выписки из стационара.

На 3 – 6 месяцев их следует освободить от занятий спортом, физкультурой, от тяжелой физической нагрузки.

В течение 6 месяцев противопоказаны профилактические прививки.

Все дети, родившиеся от женщин с острым и хр. ВГВ и носителей HBsAg подлежат диспансерному наблюдению врачом педиатром детской поликлиники по месту жительства в течение одного года. Целенаправленный осмотр таких детей проводится в возрасте 2, 3, 6, 12 месяцев с исследованием крови на антиген ВГВ и активность АлАТ в 3 и 6 месяцев.

Вирусный гепатит D

Заболевание встречается преимущественно у детей старше 1 года. Особенность этой инфекции заключается в том, что она не может существовать без гепатита В. Ее реализация возможна только в организме, зараженном вирусом гепатита В, так как дельта-агент использует в качестве своей внешней оболочки антиген вируса гепатита В.

Клиника начального периода зависит от вида дельта-инфекции. При одновременном заражении вирусами гепатита В и гепатита D заболевание проявляется теми же симптомами, что и гепатит В, но протекает более бурно и тяжело. Выражена тенденция к развитию злокачественных форм с острой печеночной энцефалопатией. Заболевание дает высокую летальность. Для суперинфекции характерно резкое обострение латентного или вяло протекающего до этого хронического гепатита В.

Вирусный гепатит С

Контагиозность крови и вероятность распространения вируса половым, трансплацентарным и другими путями ниже, чем при гепатите В. Для заболевания характерно отсроченное появление антител - в среднем через 15 недель после начала гепатита. Уровень сывороточных трансаминаз нередко не меняется. Несмотря на благоприятное течение острого периода, вирус надолго задерживается в печени и приводит к формированию хронического гепатита с высоким риском развития цирроза и первичной гепатомы. Она возникает в первые 10 лет заболевания и в более поздние сроки. Внепеченочные проявления инфекции - васкулит, гломерулонефрит, аутоиммунный тиреоидит

Вирусный гепатит F

Понятие гепатит F использовалось для обозначения этиологически не распознанных случаев гепатитов с парентеральным и энтеральным механизмом заражения. Вместе с тем многочисленные исследования не обнаружили вирус гепатита F.

Вирусный гепатит G

Клиника гепатита G напоминает гепатит С. Для него не характерно развитие хр. гепатита и осложнения в виде цирроза и гепатомы.

Исходы вирусных гепатитов

Обычно гепатиты А, Е и G заканчиваются полным выздоровлением. Возможны остаточные явления незавершенного процесса в виде увеличения размеров печени, диспротеинемии, повышения уровня тимоловой пробы, иногда активности ферментов. В отдельных случаях наблюдаются отдаленные последствия вирусных гепатитов в виде гипербилирубинемии, гепатомегалии (остаточный фиброз печени), поражения желчевыводящих путей. При гепатитах В, D и С часто формируется хронический гепатит.

Лабораторная диагностика

Основными специфическими маркерами гепатитов являются вирусные антигены (HAAg, HBsAg, HBeAg и др.) и антитела класса IgM и IgG к ним (анти-HAAg, анти-HBc, анти-HBc (cor) и др.). Неспецифическими маркерами служат трансаминазы (AcAT и АлАт). Они повышаются в преджелтушном периоде норма AcAT 0,1-0,45 ммоль/ч-л, АлАТ 0,1-0,68 ммол/ч-л. В конце преджелтушного периода в моче появляются желчные пигменты и уробилин, в кале исчезает стеркобилин. При биохимическом исследовании крови наблюдается повышение билирубина, преимущественно прямой фракции норма - 2,1—5,1 мкмоль/л.

Лечение

Охранительный режим, диета, противовирусная и патогенетическая терапия. В остром периоде при легких и среднетяжелых формах гепатита показан полупостельный режим, при тяжелых - постельный.

Пища полноценная, легкоусвояемая с достаточным количеством белка стол №5. Запрещаются острые, соленые, жареные блюда, свинина, консервы, тугоплавкие жиры, маринады, шоколад, пирожные. Увеличивают количество жидкости: рекомендуют некрепкий чай, фруктовые и ягодные соки, компоты, отвар шиповника, щелочные минеральные воды, 5% раствор глюкозы. Противовирусное лечение назначается в зависимости от тяжести состояния и этиологии заболевания. При гепатитах А и Е противовирусная терапия не показана. Проводится при тяжелом и затяжном течении гепатитов В, D, С, учитывая высокую вероятность развития хр. процесса. Противовирусное средство α -интерферон и его препараты - реаферон, реалдин, интрон А, роферон А, виферон, человеческий лейкоцитарный интерферон, вэллферон.

Этиотропное лечение - применение синтетических нуклеозидов - фамцикловира, зидовудина, диданозина, рибавирина и др. препаратов ингибиторов протеазы - саквинавира, индинавира; индукторов интерферона - неовира, амиксина.

Патогенетическая терапия максимально щадящая, т.к. практически все лекарственные препараты инактивируются в печени. Назначается комплекс витаминов «Аэровит», «Виталюкс», «Витрум», «Центрум» и др.; энтеросорбентов полифепан, билигнин, угольные гранулированные сорбенты; ферментных препаратов панкреатин, креон, мезим-форте, фестал, панзинорм и др.

В случае развития холестатического синдрома рекомендуются жирорастворимые витамины А и Е, адсорбенты желчных кислот холестирамин, билигнин; производные желчных кислот урсофальк, урсонан.

При появлении признаков отхождения желчи показаны желчегонные средства аллохол, хофитил, одестон, холагол, никодин.

У больных со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания проводится инфузионная детоксикационная терапия 5% раствором глюкозы с рибоксином, аскорбиновой кислотой, раствором Рингера, гемодезом и др.

Показано введение аминокислотных смесей аминостерил, гепастерил, гепатамин.

При тяжелых формах гепатита назначаются глюкокортикостероиды.

Проводится курс гипербарической оксигенации.

По показаниям применяются иммунодепрессанты делагил, азатиоприн, имуран.

Уход

Медсестра должна следить за соблюдением больными охранительного режима, диеты, получением достаточного объема жидкости. Существенным компонентом ухода является контроль за регулярностью стула. Для предупреждения накопления токсинов в кишечнике необходимо регулярное его опорожнение. Это существенно с первых дней болезни, но особенно важно в период разгара заболевания, когда нарушение всех функций гепатоцитов, в том числе детоксицирующей, достигает наибольшей степени выраженности. При отсутствии ежедневного стула медсестра по назначению врача проводит очистительные клизмы.

Дети с тяжелыми формами заболевания требуют постоянного наблюдения из-за возможности развития печеночной комы. Обо всех изменениях в состоянии больных следует немедленно доложить врачу.

Заключение

С целью предупреждения гепатитов А и В необходимо проводить активную иммунизацию. Борьба с гепатитом А наряду с вакцинацией включает раннюю диагностику и своевременную изоляцию больных, прерывание путей передачи инфекции. Перенесшие гепатит А допускаются в детский коллектив после клинического выздоровления и нормализации биохимических показателей.

К мерам профилактики гепатита В относятся тщательное обследование доноров, организация в лечебно-профилактических учреждениях централизованной стерилизационной, обеспеченность шприцами и инструментами одноразового пользования. Все манипуляции, связанные с кровью, следует проводить в резиновых перчатках, нарукавниках, переднике. Обязательны маска и очки. При мытье рук необходимо исключить жесткие щетки, вызывающие мацерацию кожи. Повреждения на руках должны быть закрыты лейкопластырем или напальчниками.

Повышенному риску заражения подвергаются медицинские работники в ожоговых центрах, хирургических, реанимационных блоках, гематологических и онкологических отделениях.

Выявление больных вирусными гепатитами осуществляют медицинские работники ДДОУ, школ, при амбулаторном приеме, периодических медицинских осмотрах, наблюдении за детьми в коллективах, при обследовании контактных в очагах инфекции. При выявлении больного медицинские работники организуют и осуществляют комплекс первичных противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение заражения окружающих. Выявляются лица, имевшие контакт с больным, они подлежат учету, обследованию и наблюдению.

В целях предупреждения возникновения и распространения вирусных гепатитов необходимо своевременно и в полном объеме проводить комплексные организационные, лечебно-профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия.