

Тема занятия № 21: Сестринская помощь при вирусных гепатитах у детей.

Учебные цели занятия:

Ознакомить с вирусными гепатитами у детей. Знать причины, клинические проявления, оказание сестринской помощи.

Вопросы для контроля знаний (фронтальный опрос):

1. Дайте определение заболевания. Назовите возбудителя ветряной оспы и его особенности?
2. Укажите: а) источник инфекции; б) пути передачи ветряной оспы?
3. Дайте характеристику сыпи при ветряной оспе?
4. Опишите клиническую картину ветряной оспы?
5. Перечислите лабораторные методы исследования, подтверждающие диагноз ветряная оспа?
6. Возможные осложнения ветряной оспы?
7. Назовите основные принципы лечения?
8. Дайте определение эпидемический паротит. Укажите возбудителя заболевания?
9. Назовите: а) источник инфекции; б) механизм передачи; в) входные ворота возбудителя?
10. Опишите клиническую картину заболевания?
11. Какие лабораторные исследования могут подтвердить диагноз паротит?
12. Назовите основные принципы лечения?
13. Как осуществляется профилактика заболевания? Какие мероприятия проводятся в очаге?

Информационный блок. План:

1. Вирусные гепатиты. Этиология.
2. Вирусный гепатит А. Эпидемиология. Клиника.
3. Вирусный гепатит В. Эпидемиология. Клиника.
4. Вирусные гепатиты С и D.
5. Принципы диагностики и лечения ВГ.
6. Профилактика ВГ.
7. Мероприятия в очаге.

Вирусные гепатиты (ВГ) – группа заболеваний, для которых характерно поражение печени, общетоксический синдром, гепатоспленомегалия и нередко желтуха.

Различают не менее семи самостоятельных форм заболевания. С эпидемиологической точки зрения они образуют две основные группы гепатитов – с фекально-оральным механизмом передачи (А, Е) и парентеральные (В, С, D, G). Однако часть гепатитов до сих пор остается этиологически нераспознанными.

Этиология. Возбудители гепатитов относятся к различным семействам вирусов. Их общим свойством является тропизм к печеночным клеткам.

Вирус гепатита В обладает способностью длительно, нередко пожизненно находиться в гепатоцитах. Вирусы устойчивы к высоким и низким температурам, а также к действию многих дезинфектантов.

Вирусный гепатит А (ВГ А) – острое заболевание, характеризующееся кратковременными симптомами интоксикации, быстро проходящими нарушениями печеночных функций с доброкачественным течением.

Эпидемиология. Источником заражения является человек как с явными, так и стертыми формами болезни, а также вирусоносители – здоровые или реконвалесценты. Вирус появляется в фекалиях задолго до первых клинических симптомов. Его наибольшая концентрация бывает в преджелтушном периоде. Большую эпидемиологическую опасность представляют больные с безжелтушными и субклиническими формами заболевания.

Вирус передается преимущественно контактно-бытовым путем, посредством загрязненных фекалиями рук, а также с пищевыми продуктами и питьевой водой. Восприимчивость к вирусу гепатита А чрезвычайно велика. Антитела к нему обнаруживаются более чем у 70–80% взрослых.

Клиническая картина. К особенностям гепатита А относится преимущественно легкое течение болезни и практически полное отсутствие хронизации процесса.

Выделяют типичные и атипичные формы гепатита. При типичной (**желтушной**) **форме** в клинической картине болезни отчетливо выражена цикличность с последовательной сменой 4 периодов: инкубационного, начального (преджелтушного), разгара (желтушного) и реконвалесценции.

Инкубационный период колеблется от 10 до 45 дней, обычно составляет 15–30 дней. В этом периоде клинические про-вирусный антиген и высокую активность печеночно-клеточных ферментов (АЛТ, АСТ и др.).

Преджелтушный период начинается остро. Повышается температура тела до 38–39 °С, появляются тошнота, упорная нечастая рвота, чувство тяжести и боль в правом подреберье.

Резко снижается аппетит, вплоть до анорексии. Часто возникают метеоризм, запоры, реже отмечается понос. Постепенно нарастают признаки общей интоксикации (головная боль, слабость, вялость, плохой сон). Иногда наблюдаются катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Наиболее важный симптом в этом периоде – увеличение печени, она становится плотной и болезненной при пальпации

К концу преджелтушного периода появляются признаки нарушения пигментного обмена – обесцвечивается кал, по цвету он напоминает белую глину, моча становится темной, насыщенной. В это время нередко отмечается новый кратковременный подъем температуры. Длительность преджелтушного периода обычно составляет 3–8 дней.

Желтушный период характеризуется появлением желтухи. Она нарастает быстро, в течение 1–2 дней, часто больной желтеет за одну ночь. Вначале окрашиваются склеры и слизистая оболочка полости рта, прежде всего

мягкое нёбо и уздечка языка. Затем желтуха распространяется на кожу лица, туловища и в последнюю очередь – на конечности. С появлением желтухи при нетяжелых формах заболевания самочувствие больных отчетливо улучшается, уменьшаются интоксикация и диспептические симптомы.

В случае присоединения внутripеченочного холестаза в разгар желтухи появляется кожный зуд. По интенсивности желтуха бывает легкой, умеренно выраженной или интенсивной, что соответствует тяжести болезни. Она держится 14–70 дней, дольше всего сохраняется в складках кожи, на ушных раковинах и особенно на склерах в виде краевой иктеричности склер. На высоте желтухи размеры печени максимально увеличены. Ее край плотный, закруглен, болезненный при пальпации. Нередко увеличивается селезенка.

Период реконвалесценции длится 2–3 месяца, обычно он более затяжной у детей раннего возраста. В этом периоде у большинства больных нормализуются размеры печени, восстанавливаются ее функции.

Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи

Вирусный гепатит В (ВГ В) – острое или хроническое заболевание печени, имеющее различные клинические варианты, включая «здоровое» носительство, тяжелые и злокачественные формы, хронический гепатит, цирроз и первичный рак печени.

Эпидемиология. Источником заражения является человек.

Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют «здоровые носители», меньшее значение в распространении инфекции играют больные с острой и хронической формой болезни. Вирус гепатита В передается парентеральным путем.

Инфицирование происходит различными способами:

- 1) при трансфузии инфицированной крови и ее препаратов;
- 2) при выполнении манипуляций с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек через плохо простерилизованные шприцы, иглы, режущий медицинский и иной инструментарий (инъекции, скарификации, дуоденальное зондирование, оперативные и стоматологические вмешательства, эндоскопическое исследование, татуировки и др.);
- 3) во время родов от матерей – носителей вируса вследствие контакта околоплодных вод, содержащих кровь, с мацерированными кожными покровами и слизистыми оболочками ребенка;
- 4) при кормлении грудью в результате попадания крови матери через трещины или микротравмы соска на слизистые покровы полости рта ребенка;
- 5) во время половых контактов через микротравмы слизистой оболочки половых путей;
- 6) при бытовом инфицировании – использовании общих туалетных принадлежностей – зубных щеток, бритв и др.

Восприимчивость к вирусу очень высокая, практически достигает 100%.

Клиническая картина. Для гепатита В характерны среднетяжелое и тяжелое течение болезни, частая хронизация процесса.

В клинической картине заболевания выделяют четыре периода: инкубационный, начальный (преджелтушный), период разгара (желтушный) и реконвалесценции.

Инкубационный период продолжается от 60 до 180 дней, чаще – 2–4 месяца. Длительность инкубационного периода зависит от инфицирующей дозы и возраста ребенка.

Начальный (преджелтушный) период продолжается от нескольких дней до 2–3 недель, в среднем составляет 5 дней и характеризуется преимущественно постепенным началом.

Повышение температуры тела отмечается не всегда (у 40% больных) и обычно не в первые сутки заболевания. Дети жалуются на вялость, слабость, повышенную утомляемость, головную боль, чувство тяжести и боль в правом подреберье. Диспептические расстройства проявляются снижением аппетита, тошнотой, рвотой, метеоризмом, запором, реже поносом.

Печень увеличивается, уплотняется, становится болезненной при пальпации. Отмечается потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Переход заболевания в желтушный период, в отличие от ВГА, в большинстве случаев не сопровождается улучшением общего состояния. Напротив, у многих детей интоксикация и диспептические симптомы усиливаются.

Продолжительность желтушного периода обычно более длительная, чем при ВГА, в некоторых случаях составляет 1,5–2 месяца. Параллельно нарастанию желтухи увеличивается печень.

Селезенка чаще бывает увеличенной в тяжелых случаях и при длительном течении заболевания

В периоде реконвалесценции проходят желтуха и интоксикация. Однако у половины больных сохраняется гепатомегалия, у 2/3 – незначительная гиперферментемия.

Вирусный гепатит D встречается преимущественно у детей старше одного года. Дельта-инфекция отмечается только в сочетании с гепатитом В. Это связано с тем, что возбудитель не имеет собственной оболочки и использует оболочку вируса гепатита В, его поверхностный антиген.

Клиническая картина заболевания зависит от вида дельта-инфекции. При одновременном заражении вирусами гепатитов В и D (ко-инфекция) заболевание протекает более бурно и тяжело, чем гепатит В. Возможно быстрое развитие (на 4–5-й день желтухи) печеночной комы.

Вирусный гепатит С имеет контигиозность значительно ниже, чем у гепатита В. Это связано с тем, что вирус гепатита С находится в сыворотке крови в довольно низкой концентрации. Особенностью заболевания является отсроченное появление антител (в среднем через 15 недель от начала болезни), частое отсутствие изменения уровня сывороточных трансаминаз.

В клинической картине болезни преобладают безжелтушные и субклинические формы. Несмотря на благоприятное течение острого периода, часто формируется хронический гепатит с высоким риском развития цирроза и первичного рака печени.

Лабораторная диагностика. Основными специфическими маркерами гепатитов являются вирусные антигены (HAAg, HBsAg, HBeAg и др.) и антитела класса IgM и IgG к ним (антиHAAg, анти-HBs, анти-HBc (cor) и др.).

Неспецифическими маркерами служат трансаминазы (АсАТ и АлАТ). Они повышаются в преджелтушном периоде (в норме АсАТ 0,1–0,45 ммоль/ч · л, АлАТ – 0,1–0,68 ммоль/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 (в норме – 2,1–5,1 мкмоль/л).

Лечение. При вирусном гепатите А лечение лучше проводить в домашних условиях. Дети с легкими и среднетяжелыми формами гепатита В могут также лечиться в поликлинике под наблюдением участкового педиатра (инфекциониста). При госпитализации больных с гепатитом А и гепатитом В (С) их размещают отдельно, учитывая разные механизмы передачи инфекции.

При гепатите А лечение предусматривает ограничение двигательного режима, диету, борьбу с интоксикацией.

При легких формах гепатита А режим может быть полупостельным. При среднетяжелых и тяжелых формах назначается постельный режим в течение всего периода интоксикации, обычно это первые 3–5 дней желтушного периода. По мере уменьшения желтухи и улучшения состояния дети переводятся на полупостельный режим.

Пища должна быть щадящей, легкоусвояемой с достаточным количеством белка (стол № 5). Запрещаются острые, соленые, жареные и жирные блюда, копчености, маринады, фасоль, горох, грибы, тугоплавкие жиры, шоколад. Полезны арбуз, дыня, виноград. Для снижения интоксикации рекомендуется обильное питье в виде 5% раствора глюкозы, чая, щелочных минеральных вод, соков, отвара шиповника. Нежелательны консервированные напитки. Проводится инфузионная детоксикационная терапия. С этой целью назначается 1,5% раствор реамберина, изотонический раствор смешанной соли янтарной кислоты и основных электролитов.

При среднетяжелом и тяжелом гепатите В применяется противовирусная терапия. Назначается интерферон и его препараты – реаферон, реалдин, интрон А, роферон А. С целью профилактики перехода острого процесса в хронический целесообразно назначение индуктора интерферона – циклоферона.

При тяжелом течении болезни с целью детоксикации показано внутривенное введение 1,5% раствора реамберина, реополиглюкина, 10% раствора

глюкозы. Обязательно назначаются глюкокортикоиды. У детей 1-го года жизни они применяются и при среднетяжелой форме болезни.

Мероприятия в очаге при гепатите А. До госпитализации больного проводится текущая дезинфекция, после госпитализации – заключительная.

В последующем ежедневно осуществляется текущая дезинфекция.

Дети, бывшие в контакте с больными, разобщаются на 35 дней.

С целью предупреждения в очаге последующих случаев заболевания проводится вакцинация непривитых лиц, подлежащих иммунизации согласно календарю профилактических прививок.

Профилактика. Борьба с вирусными гепатитами А и Е включает раннюю диагностику и своевременную изоляцию больных, прерывание путей передачи инфекции. К мерам профилактики гепатитов с парентеральным механизмом передачи относятся тщательное обследование доноров, соблюдение правил стерилизации медицинского инструментария, применение шприцев, систем для переливания жидкостей и другого медицинского инструментария одноразового использования, применение перчаток, нарукавников, маски, очков при выполнении манипуляций, связанных с нарушением целостности кожи и слизистых оболочек. Важное место среди мероприятий, направленных на предупреждение вирусных гепатитов А и В, занимает активная иммунизация.

Закрепление нового материала

Вопросы для проверки:

1. Какие заболевания относятся к группе вирусных гепатитов?
2. Назовите механизмы передачи инфекции?
3. Опишите особенности течения гепатитов А?
4. Опишите особенности течения гепатитов Б?
5. Опишите особенности течения гепатитов С и D?
6. Какие лабораторные исследования проводятся при ВГ?
7. Назовите основные принципы лечения больных?
8. В чем заключается профилактика заболеваний гепатитом с фекально-оральным и парентеральным механизмами передачи?
9. Какие мероприятия проводятся в очаге заражения?