

Презентация на тему:

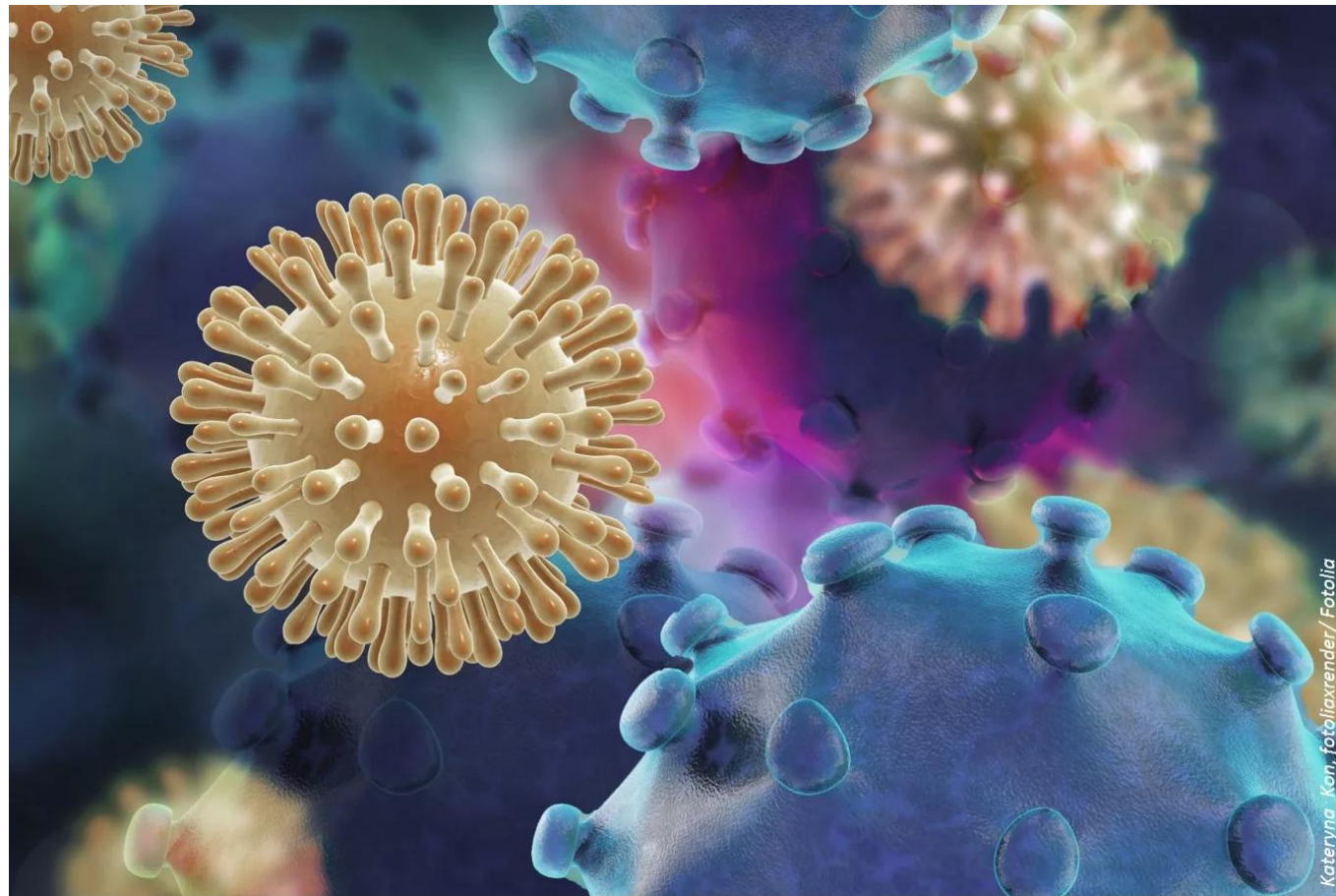
Вирусный гепатит А у детей



Гепатит А

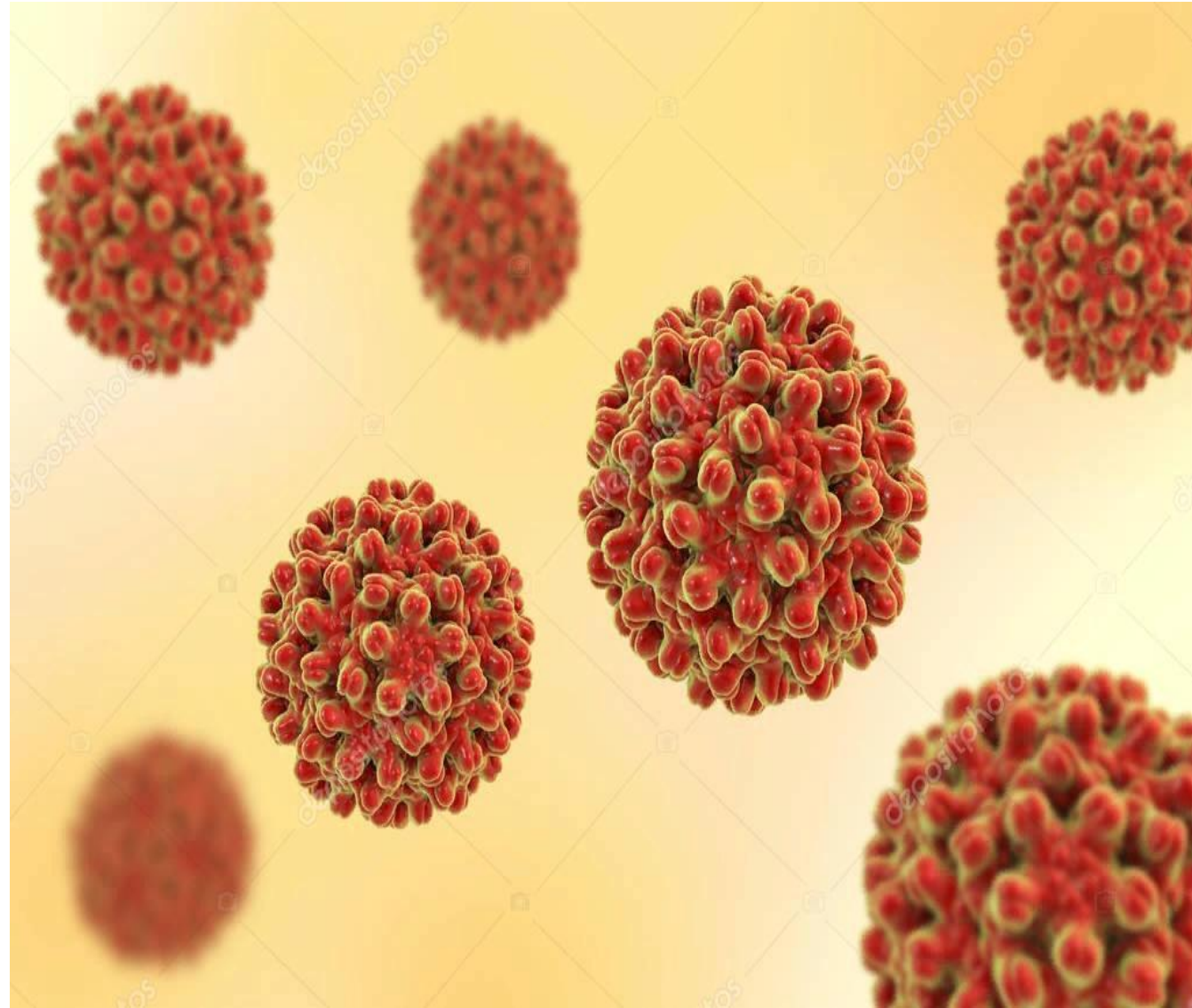
Гепатит А – это инфекционное заболевание печени, вызываемое вирусом.

Инфекция, обусловленная вирусом гепатита А, может развиваться у любого человека. Возможны эпидемические вспышки заболевания. Гепатит А раньше называли болезнью Боткина, инфекционным эпидемическим. В РФ на его долю приходится около 40% больных вирусами гепатитами.



Этиология

Вирус гепатита А относится к семейству пикорнавирусов, род гепатновirusы. Этот вирус состоит из белковой капсулы, или капсида, диаметром 27 нм, внутри которой расположена одноцепочечная молекула РНК. Вирус гепатита А исключительно устойчив к действию неблагоприятных факторов окружающей среды. Лиофилизированные образцы могут храниться при 25°C 30 дней. Вирус гепатита А нерастворим в жирах, устойчив к действию растворителей и, подобно другим энтеровирусам, может длительное время сохраняться в кислых условиях.

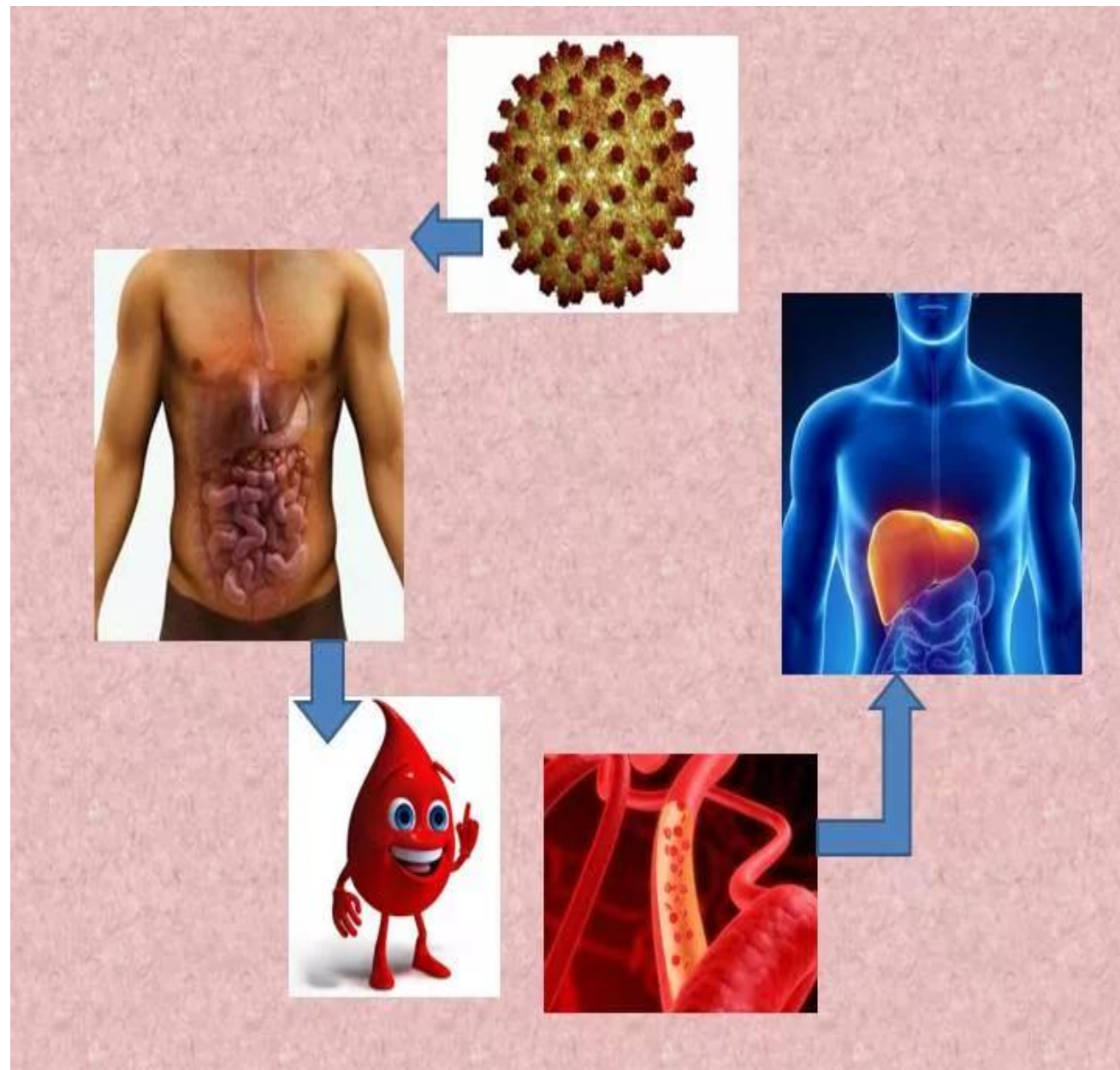


Патогенез гепатита А

Вирус внедряется в организм через слизистую оболочку ЖКТ.

Он размножается в эндотелии тонкой кишки, мезентериальных лимфоузлах.

Затем, вирус проникает в печень: там он проникает в клетки ретикулогистиоцитарной системы (клетки Купфера), гепатоциты и повреждает их; в гепатоцитах происходит репликация вируса, что приводит к нарушению метаболических процессов в клетке и в мембранах; формируются участки некроза, но они обычно небольшого размера (фокальный, пятнистый, реже - зональный некроз).



Патогенез гепатита А

- Потом вирус поступает с желчью в кишечник и выделяется с испражнениями больного.
- Элиминации вируса из организма способствует разрушение инфицированных гепатоцитов натуральными киллерами и антителами анти-HAV. Чем сильнее иммунная реакция организма, тем больше клеток разрушается, и тем сильнее желтуха.



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.



Эпидемиология

Пути передачи:

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

Бывают и эпидемические вспышки, связанные с водой и пищей. Он встречается в основном у детей 11 -14 лет и 15 -19 лет. Пик заболеваемости приходит на октябрь, ноябрь. Подъем и спады возникают с периодами от 2 4 до 10 12 лет.



Клиника

Инкубационный период, длительность 10 - 45 дней, в среднем 15-30 дней.

Является самым опасным временем, так как человек-носитель вируса не подозревает о развитии заболевания в его организме, поскольку симптомы не проявляются.



1. Инкубационный период

Адаптация. Начинается непосредственно после попадания вируса в организм. При этом значительная часть возбудителей заболевания погибает, оказываясь в новой, непривычной среде. Диагностика недуга на этом этапе невозможна, никаких проявлений патологии не наблюдается.

Размножение. На этой стадии болезнетворные микроорганизмы добиваются до печени и начинают активно делиться. При этом меняется структура тканей органа. Организм перестает признавать клетки своими, иммунная система атакует их, считая чужеродными. Это приводит к разрушению гепатоцитов.

Диссеминация или распространение – завершающий этап инкубации. Вирус перекидывается на соседние органы, нарушая обмен веществ и являя первые признаки заболевания.

Инкубационный период

Гепатит А из всех видов гепатитов представляет наименьшую опасность, так как вылечивается полностью. Однако он очень заразен и легко распространяем. Инкубация может длиться 7–50 дней (в среднем – 14–28). В это время вирус гепатита А не несет вреда для своего носителя. Он не оказывает влияния на функционирование организма, но делает возможным заражение через кровь при донорстве. Анализ крови – единственный путь для выявления заболевания в латентном периоде.



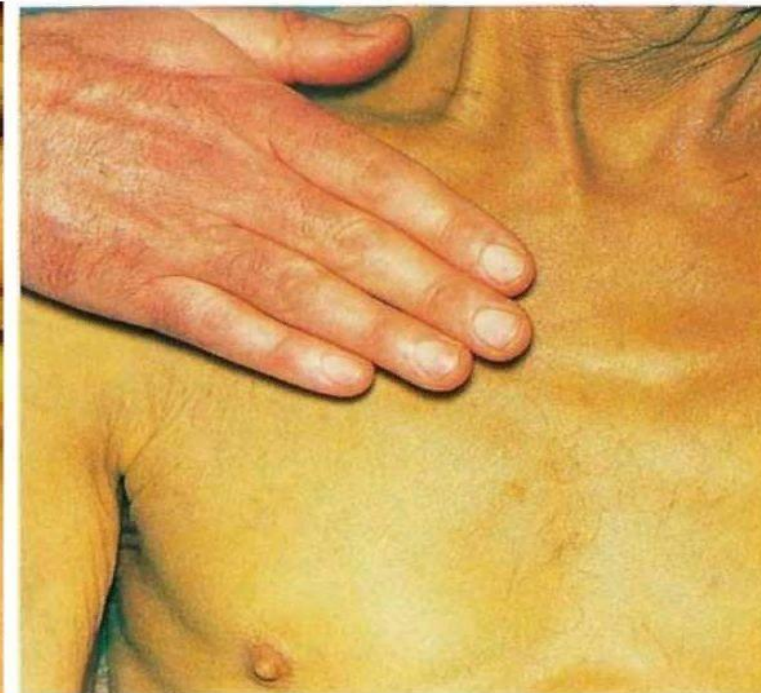
2. Пред желтушный период

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, ослабевают 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.



4. Реконвалесценции

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



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.



Вакцинопрофилактика

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.



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.



Диагностика гепатита А

Диагноз ставят на основании жалоб пациента; эпид.анамнез; объективное обследование больного (клиника); заключительная диагностика; подтверждение лабораторных исследований.

грипп (ОРЗ), острые кишечные инфекции (гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит), полиартрит ревматической или другой природы, инфекции, при которых поражается печень (лептоспироз, псевдотуберкулез, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, малярия), токсический и лекарственный гепатит, гемолитическая и механическая желтуха.



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.



Лечение

Противовирусное лечение назначается в зависимости от тяжести состояния и этиологии заболевания. При гепатите А противовирусная терапия не показана.. Противовирусное средство α -интерферон и его препараты - реаферон, реальдин, 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.



Лечение

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.



Лечение

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 больны следует немедленно доложить врачу.



Мероприятие в очаге

Во всех случаях заболевания обязательно регистрация вирусного гепатита и эпидемиологических обследовании с заполнением карты эпидемиологического обследования (форма 357/у). Выяснить наличие случаев вирусного гепатита или заболеваний, подозрительных на гепатит (ОРЗ, грипп) в окружении больного (семья, квартира, детское учреждение, школы, место).



Мероприятие в очаге

Проводить текущую и заключительного дезинфекцию. Лица, контактировавшие с больным, подлежат медицинскому осмотру 1 раз в неделю в течение 35 дней после разобщения с больным и проведение дезинфекции в очаге. Дети посещающие детские коллективы имевшие контакт с больным, прием новых детей в эти коллективы, а также прием контактных детей в здоровые коллективы допускается по разрешению эпидемиолога после своевременного введение иммуноглобулина.

В течении 2-х месяцев со дня изоляции последнего больного не должны проводится; плановые прививки, диагностические реакции, стоматологические обследования. В очаге проводится санитарно-просветительная работа о мерах профилактики инфекции.



Прогноз при гепатите А

Прогноз при гепатите А, как правило, благоприятный (летальность составляет не более 0,04%) - примерно 90% больных полностью выздоравливают. В остальных случаях отмечаются остаточные явления в виде гепатофиброза, астеновегетативного синдрома. Гепатит А может привести к манифестации синдрома Жильбера с повышением в сыворотке крови уровня свободного билирубина.



Заключение

С целью предупреждения гепатита А 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.

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.



Заключение

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.



Спасибо за просмотр

