Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение

Мурманской области

"Кольский медицинский колледж"

Выпускная квалификационная работа

**Вирусные гепатиты у детей разных возрастных групп**

*Специальность 060501/51 "Сестринское дело"*

Студент 3 курса

**Бадия Сильвия Георгиевна**

Преподаватель ГАПОУ МО "КМК",

специалист высшей квалификационной категории

**Гербер Наталья Ивановна**

Апатиты 2014

***Содержание***

Введение

1. Анатомо-физиологические особенности органов кроветворения у детей

1.1 Эмбриональное кроветворение

1.2 Период новорожденности

1.3 Кроветворение первого года жизни

2. Теоретические аспекты вирусных гепатитов у детей. Особенности течения вирусных гепатитов "В" И "С"

2.1 Этиология и патогенез

2.2 Классификация и клиника

2.3 Диагностика

2.4 Профилактика и мероприятия в очаге

2.5 Лечение

2.6 Прогноз, осложнения и исходы вирусных гепатитов В и С

3. Сестринский уход за ребенком с вирусными гепатитами. Особенности сестринского процесса

3.1 Основные характеристики сестринского процесса

3.2 Питание больного гепатитом

Заключение

Список использованных источников

Приложения

***Введение***

Проблема вирусных гепатитов одна из самых значимых в современной медицине, решение которой имеет огромное значение для всего человеческого общества, она остается наиболее актуальной и в педиатрии, так как эти заболевания уступают только острым респираторным вирусным инфекциям и острым кишечным инфекциям.

Вирусный гепатит - воспаление ткани печени. Чаще всего гепатит вызывается вирусами.

Особую важность в последние 10-15 лет приобрела проблема парентеральных гепатитов В и С.

За последние годы уровень заболеваемости в РФ постоянно увеличивается. Данный рост прослеживается еще с конца 90-х годов, когда пик достиг 60 на 100 000 населения, а по отдельным регионам - 130 на 100 000 населения, что было связано в первую очередь с циркуляцией вирусов в среде парентеральных наркоманов и последующим распространением инфекции на общую популяцию. И это лишь "видимая часть айсберга", ибо большинство случаев острого гепатита В и С протекает без желтухи и, как правило, не попадает в поле зрения врачей. Для сравнения статистических данных данного заболевания в Западной Европе и в США составляет 5-6 на 100 000 населения [6].

Основное значение в настоящее время имеет проблема хронических гепатитов и их исходов в цирроз и рак печени. Согласно статистике, при гепатите В около 10% острых форм переходит в хронические, при гепатите С - до 60%! У 10-20% больных хроническими формами развивается в дальнейшем цирроз или первичный рак печени. К настоящему времени в мире насчитывается около 300 млн. человек носителей вируса гепатита В и более 500 млн. человек, инфицированных вирусом гепатита С. Ежегодно в мире умирает около 1 млн. человек от цирроза и рака печени, индуцированных данными вирусами. В последние годы часто диагностируются микс-гепатиты (в основном гепатиты В + С), что обусловлено общими механизмами инфицирования. Общность патофизиологических процессов позволяет классифицировать вирусные гепатиты по клинической форме, степени тяжести и характеру течения.

Хронические заболевания печени, среди которых вирусные гепатиты В и С, входят в число десяти основных причин смертности в мире.

Вирусный гепатит В (ВГВ) является широко распространенной инфекцией: считается, что около 350 млн. людей в мире являются постоянными носителями HbsАg, что составляет 5% от всего населения Земли.

ВОЗ выделяет следующие группы стран: с большой (более 8% населения страны), средней (2-8%) и низкой (менее 2%) распространенностью хронической инфекции. США является страной с малой распространенностью инфекции, где при населении 260 млн. ежегодно инфицируется 100000-130000 человек. В России заболеваемость вирусного гепатита составляет 43,3 на 100 тыс. населения (в ряде областей уровень заболеваемости превышает 80-90 случаев на 100 тыс. населения), для сравнения - в странах Европы - 1,0-3,0 на 100 тыс. населения. Большая часть заболеваний приходится на подростков и взрослых, причем пик инфекции приходится как в США, так и в РФ на возрастную группу 15-29 лет, что связано с повышением частоты передачи возбудителя при внутривенном введении наркотиков.

ВГВ можно предотвратить путем вакцинации. В 1992 году ВОЗ выступила с рекомендацией начать использовать вакцину против ВГВ в ходе реализации национальных программ иммунизации новорожденных. В 1998 году более 90 стран выполнили эту программу.

На наш взгляд изучение проблемы вирусных гепатитов является очень актуальной. Как указывалось ранее, рост заболеваемости растет среди людей, в частности среди детей. Это связано с большим количеством парентеральных вмешательств у детей.

При написании выпускной квалификационной работы поставили следующую **цель -** систематизировать и углубить знанияо вирусных гепатитах, как о широко распространенной инфекции у детей;

Данная цель может быть реализована путем решения следующих **задач:**

1. Углубить и систематизировать литературные источники по проблеме вирусных гепатитов, в частности гепатита В;

. Дифференцировать этиологию, патогенез, классификацию и клинику вирусных гепатитов;

. Составить план сестринского ухода за ребенком с вирусным гепатитом на этапе восстановительного лечения.

**Практическая значимость** данной работы состоит в том, что представленный в ней материал может быть использован при проведении учебных занятий со студентами обучающими по специальностям "Сестринское дело", "Акушерское дело", "Лечебное дело".

вирусный гепатит сестринский уход

# ***1. Анатомо-физиологические особенности органов кроветворения у детей***

Кроветворение, или гемопоэз, - процессы возникновения и последующего созревания форменных элементов крови в так называемых органах кроветворения. Процесс кроветворения проходит несколько периодов, рассмотрим их подробнее [1].

# ***1.1 Эмбриональное кроветворение***

Впервые кроветворение обнаруживается у 19-дневного эмбриона в кровяных островках желточного мешка, которые окружают со всех сторон развивающийся зародыш. Появляются начальные примитивные клетки - мегалобласты. Этот кратковременный первый период гемопоэза носит название мезобластического, или внеэмбрионального, кроветворения.

Второй (печеночный) период начинается после 6 недель и достигает максимума к 5-му месяцу. Наиболее отчетливо выражен эритропоэз и значительно слабее - лейко- и тромбоцитопоэз. Мегалобласты постепенно замещаются эритробластами. На 3-4-м месяце эмбриональной жизни в гемопоэз включается селезенка. Наиболее активно как кроветворный орган она функционирует с 5-го по 7-й месяц развития. В ней осуществляется эритроцито-, гранулоцито- и мегакарио-цитопоэз. Активный лимфоцитопоэз возникает в селезенке позднее - с конца 7-го месяца внутриутробного развития. К моменту рождения ребенка прекращается кроветворение в печени, а селезенка утрачивает функцию образования клеток красного ряда, гранулоцитов, мегакариоцитов, сохраняя функцию образования лимфоцитов.

На 4-5-м месяце начинается третий (костномозговой) период кроветворения, который постепенно становится определяющим в продукции форменных элементов крови.

Таким образом, в период внутриутробной жизни плода выделяют 3 периода кроветворения. Однако различные его этапы не строго разграничены, а постепенно сменяют друг друга.

Соответственно различным периодам кроветворения - мезобластическому, печеночному и костномозговому - существует три разных типа гемоглобина: эмбриональный (НЬР), фетальный (HbF) и гемоглобин взрослого (НЬА). Эмбриональный гемоглобин (НЬР) встречается лишь на самых ранних стадиях развития эмбриона. Уже на 8-10-й неделе беременности у плода 90-95% составляет HbF, и в этот же период начинает появляться НЬА (5-10%). При рождении количество фетального гемоглобина варьирует от 45% до 90%. Постепенно HbF замещается НЬА. К году остается 15% HbF, а к 3 годам количество его не должно превышать 2%. Типы гемоглобина отличаются между собой аминокислотным составом.

Как известно, основным источником образования всех видов клеток крови, кроме лимфоцитов, у новорожденного является костный мозг. В это время и плоские, и трубчатые кости заполнены красным костным мозгом. Однако уже с первого года жизни начинает намечаться частичное превращение красного костного мозга в жировой (желтый), а к 12-15 годам, как и у взрослых, кроветворение сохраняется в костном мозге только плоских костей. Лимфоциты во внеутробной жизни вырабатываются лимфатической системой, к которой относятся лимфатические узлы, селезенка, солитарные фолликулы, групповые лимфатические фолликулы (пейеровы бляшки) кишечника и другие лимфоидные образования. Моноциты образуются в ретикулоэндотелиальной системе, включающей ретикулярные клетки стромы костного мозга, селезенки, лимфатических узлов, звездчатые ретикулоэндотелиоциты (клетки Купфера) печени и гистиоциты соединительной ткани. Всё это - характеристики кроветворения во внеутробном периоде [8].

# ***1.2 Период новорожденности***

Периоду новорожденности свойственна функциональная лабильность и быстрая истощаемость костного мозга. Под влиянием неблагоприятных воздействий: острых и хронических инфекций, тяжелых анемий и лейкозов - у детей раннего возраста может возникнуть возврат к эмбриональному типу кроветворения. Регуляция гемопоэза осуществляется под влиянием нервных и гуморальных факторов. Существование прямой связи между нервной системой и органами кроветворения может быть подтверждено наличием иннервации костного мозга. Постоянство морфологического состава крови является результатом сложного взаимодействия процессов кроветворения, кроворазрушения и кровораспределения [4].

Общее количество крови у детей не является постоянной величиной и зависит от массы тела, времени перевязки пуповины, доношенности ребенка. В среднем у новорожденного объем крови составляет около 14,7% его массы тела, т.е. 140-150 мл на 1 кг массы тела, а у взрослого - соответственно 5,0 - 5,6%, или 50-70 мл/кг.

В периферической крови здорового новорожденного повышено содержание гемоглобина (170-240 г/л) и эритроцитов (5-7-1012/л), а цветовой показатель колеблется от 0,9 до 1,3. С первых же часов после рождения начинается распад эритроцитов, что клинически обусловливает появление физиологической желтухи.

Эритроциты полихроматофильны, имеют различную величину (анизоцитоз), преобладают макроциты. Диаметр эритроцитов в первые дни жизни составляет 7,9-8,2 мкм (при норме 7,2-7,5 мкм). Ретикулоцитоз в первые дни достигает 22-42°/00 (у взрослых и детей старше 1 месяца 6-8°/ж), встречаются ядерные формы эритроцитов - нормобласты. Минимальная резистентность (осмотическая стойкость) эритроцитов несколько ниже, т.е. гемолиз наступает при больших концентрациях NaCl - 0,48-0,52%, а максимальная - выше 0,24-0,3%. У взрослых и детей школьного и дошкольного возраста минимальная резистентность равна 0,44-0,48%, а максимальная - 0,28-0,36%.

Лейкоцитарная формула у новорожденных имеет особенности.

Диапазон колебания общего числа лейкоцитов довольно широкий и составляет 10 - 30-109/л. В течение первых часов жизни число их несколько увеличивается, а затем падает и со второй недели жизни держится в пределах 10 - 12-109/л. Нейтрофилез со сдвигом влево до миелоцитов, отмечаемый при рождении (60 - 50%), начинает быстро снижаться, а число лимфоцитов нарастает, и на 5 - 6-й день жизни кривые числа нейтрофилов и лимфоцитов перекрещиваются (первый перекрест). С этого времени лимфоцитоз до 50 - 60% становится нормальным явлением для детей первых 5 лет жизни.

Большое количество эритроцитов, повышенное содержание в них гемоглобина, наличие большого количества молодых форм эритроцитов указывают на усиленный гемопоэз у новорожденных и связанное с этим поступление в периферическую кровь молодых, еще не созревших форменных элементов. Эти изменения вызваны тем, что гормоны, циркулирующие в крови беременной женщины и стимулирующие ее кроветворный аппарат, переходя в тело плода, повышают работу его кроветворных органов. После рождения поступление в кровь ребенка этих гормонов прекращается, вследствие чего быстро падает количество гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов. Кроме этого, усиленное кроветворение у новорожденных можно объяснить особенностями газообмена - недостаточным снабжением плода кислородом. Для состояния аноксемии характерно увеличение количества эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов. После рождения ребенка устраняется кислородное голодание и продукция эритроцитов уменьшается.

Труднее объяснить увеличение количества лейкоцитов и особенно нейтрофилов в первые часы внеутробной жизни. Возможно, имеет значение разрушение эмбриональных очагов кроветворения в печени, селезенке и поступление из них молодых элементов крови в периферическое кровяное русло. Нельзя исключить влияния на гемопоэз и рассасывания внутритканевых кровоизлияний [9].

Колебания со стороны остальных элементов белой крови сравнительно невелики. Число кровяных пластинок в период новорожденности в среднем составляет 150 - 400·109/<http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%82%D1%80>. Отмечается их анизоцитоз с наличием гигантских форм пластинок. Время свертывания крови у новорожденных может быть ускоренным или нормальным, а у детей с выраженной желтухой удлинено. Показатели времени свертывания зависят от используемой методики.

Гематокритное число, дающее представление о процентном соотношении между форменными элементами крови и плазмой, в первые дни жизни, более высокое, чем у детей старшего возраста, и составляет около 54%. Ретракция кровяного сгустка, характеризующая способность тромбоцитов стягивать волокна фибрина в сгустке, в результате чего объем сгустка уменьшается и из него отжимается сыворотка, составляет 0,3 - 0,5.

# ***1.3 Кроветворение первого года жизни***

На первом году жизни ребенка в крови продолжается постепенное снижение числа эритроцитов и уровня гемоглобина. К концу 5 - 6-го месяца наблюдаются наиболее низкие показатели. Гемоглобин снижается до 120-115 г/л, а количество эритроцитов - до 4,5 - 3,7 · 1012/л. Цветовой показатель при этом становится меньше 1. Это явление физиологическое и наблюдается у всех детей. Оно обусловлено быстрым нарастанием массы тела, объема крови, недостаточным поступлением с пищей железа, функциональной несостоятельностью кроветворного аппарата. Макроцитарный анизоцитоз постепенно уменьшается и диаметр эритроцитов становится равным 7,2-7,5 мкм. Полихроматофилия после 2-3 мес не выражена. Величина гематокрита уменьшается параллельно снижению количества эритроцитов и гемоглобина с 54% в первые недели жизни до 36% к концу 5 - 6-го месяца.

Количество лейкоцитов колеблется в пределах 9 - 10 - ·109/<http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%82%D1%80>. В лейкоцитарной формуле преобладают лимфоциты. С начала второго года жизни до пубертатного периода морфологический состав периферической крови ребенка постепенно приобретает черты, характерные для взрослых. В лейкограмме после 3 - 4 лет выявляется тенденция к умеренному нарастанию числа нейтрофилов и уменьшению количества лимфоцитов. Между пятым и шестым годом жизни наступает 2-й перекрест числа нейтрофилов и лимфоцитов в сторону увеличения количества нейтрофилов. Следует отметить, что в последние десятилетия выявляется тенденция к снижению количества лейкоцитов у здоровых детей и взрослых до 4,5 - 5.0109/л. Возможно, это связано с изменившимися условиями окружающей среды.

После рождения у недоношенных детей выявляются очаги экстрамедуллярного кроветворения, главным образом в печени, в меньшей степени в селезенке. Высокие показатели гемоглобина и эритроцитов при рождении уменьшаются значительно быстрее, чем у доношенных детей, что приводит в возрасте 2 месяцев к развитию ранней анемии недоношенных, обусловленной несоответствием быстрого увеличения объема крови и массы тела, с недостаточным образованием эритроцитов. Второе снижение концентрации гемоглобина у недоношенных начинается на 4-5-м месяце жизни и характеризуется признаками гипохромной железодефицитной анемии. Это поздняя анемия недоношенных, она может быть предотвращена профилактическим приемом препаратов железа.

Картина белой крови у недоношенных, так же как и картина красной крови, характеризуется более значительным количеством молодых клеток (выражен сдвиг до миелоцитов). Формула зависит от степени зрелости ребенка. СОЭ замедлена до 1-3 мм/ч.

Таким образом, выделяют следующие периоды кроветворения:

Эмбриональное кроветворение;

Период новорожденности;

Кроветворение первого года жизни;

Большое количество эритроцитов, повышенное содержание в них гемоглобина, наличие большого количества молодых форм эритроцитов указывают на усиленный гемопоэз у новорожденных и связанное с этим поступление в периферическую кровь молодых, еще не созревших форменных элементов. На первом году жизни ребенка в крови продолжается постепенное снижение числа эритроцитов и уровня гемоглобина.

# ***2. Теоретические аспекты вирусных гепатитов у детей. Особенности течения вирусных гепатитов "В" И "С"***

# ***2.1 Этиология и патогенез***

Вирусные гепатиты - это группа заболеваний, вызываемых различными вирусами, для которых характерны общая интоксикация, поражение печени, наличие желтухи.

Все изученные возбудители гепатитов характеризуются устойчивостью к высоким и низким температурам, не обладают летучестью. Вирусный гепатит А устойчив к кислотам, эфиру. Может длительно сохраняться в воде, пище, сточных водах. Вирусный гепатит В сохраняется в замороженном виде до 25 лет. Впервые был выделен антиген вируса крови австралийца, поэтому назван австралийским (HbsAg). Для Вирусного гепатита Е гормональная среда является наиболее благоприятной для роста и размножения.

Общим для вирусных гепатитов является поражение печени и вследствие этого - гибель печеночных клеток.

При гепатитах А и Е вирус из кишечника попадает в кровь, затем через воротную вену в печень, оказывая повреждающее действие на печеночные клетки и вызывая их некрозы. Во время распада клеток происходит высвобождение белковых комплексов, которые затем являются аутоантигенами. Массивного некроза клеток не бывает, поэтому болезнь протекает относительно легко. Возбудитель выделяется с фекалиями еще до наступления желтухи, вирусоносительство не формируется.

При гепатите В возбудитель внедряется в организм парентеральным путем, попадает в печень. Клетки печени, пораженные вирусом, становятся мишенью для собственных антител, которыми разрушаются, т.е. это связано с факторами иммунной системы самого человека. Возбудитель гепатита В может долгие годы оставаться в организме человека, поэтому возможно формирование хронического гепатита и длительное вирусоносительство.

Для гепатита Е характерен отек ткани печени, с чем связано увеличение печени и болевой синдром.

Механизмы развития других гепатитов окончательно не изучены.

# ***.2 Классификация и клиника***

Согласно современным данным, группа вирусных гепатитов человека включает:

. Гепатиты с фекально - оральным механизмом передачи (гепатиты А и Е);

2. Гепатиты с парентеральным механизмом передачи (B, C, D, Y).

Существуют и другие вирусные гепатиты, менее изученные.

а) По клиническим проявлениям гепатиты могут быть

манифестными (желтушные, безжелтушные);

бессимптомными или латентными (субклинические, инаппарантные).

б) По степени тяжести они делятся на

легкие,

среднетяжелые,

тяжелые и особо тяжелые (фульминантные).

в) По характеру течения вирусных гепатитов выделяют

острое циклическое (до 3 мес.),

острое затяжное или (до 6 мес.)

хроническое течение (свыше 6 мес.).

При острой желтушной форме обычно наблюдается цикличность течения - последовательная смена трех периодов: начального (преджелтушного), желтушного и реконвалесценции.

**Вирусные гепатиты с фекально - оральным механизмом передачи:**

Рассмотрим более подробно вирусные гепатиты с фекально - оральным механизмом передачи. К ним относятся:

**а) Вирусные гепатиты А.**

Источником инфекции являются больные и реконвалесценты. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные в преджелтушном периоде, а так же с безжелтушными и субклиническими формами заболевания.

Возбудитель выделяется с фекалиями в последние 7-10 дней инкубации в преджелтушном периоде. После появления желтухи выделение вируса с фекальными массами прекращается или резко снижается.

Гепатитом А болеют дети преимущественно в возрасте от 3 до 10 лет. На первом году жизни заболевание практически не встречается.

Для гепатита А характерны не только спорадические случаи, но и эпидемические вспышки в детских коллективах. Заболевание имеет цикличность и четкую сезонность, пик заболеваемости регистрируется осенью. В клинической картине выделяют инкубационный и желтушный периоды.

Инкубационный период продолжается 15-30 дней, может укорачиваться или удлиняться до 50 дней.

Заболевание начинается остро.

Повышается температура тела до 38-39 С, появляются тошнота, упорная нечастая рвота, неустойчивый стул, чувство тяжести и боль в правом подреберье.

Иногда наблюдаются катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей.

Постепенно нарастают признаки общей интоксикации.

Увеличивается печень, она становится плотной и болезненной при пальпации.

К концу преджелтушного периода появляются темная окраска мочи и обесцвеченный кал.

В это время нередко отмечается новый кратковременный подъем температуры.

Длительность преджелтушного периода составляет в среднем 5-7 дней.

Желтушный период характеризуется появлением желтухи с постепенным нарастанием ее интенсивности.

Вначале окрашиваются склеры и слизистые оболочки, прежде всего мягкое небо.

По мере усиления желтухи окраска распространяется на кожу лица, туловища и конечностей.

Печень увеличивается.

У детей раннего возраста увеличивается селезенка.

С появлением желтухи при нетяжелых формах заболевания улучшается самочувствие ребенка, уменьшается интоксикация и диспепсические симптомы.

Желтушный период обычно длится 7-15 дней.

Период реконвалесценции длительный, обычно более затяжной у детей раннего возраста, в среднем продолжается 3 месяца.

Второй период характеризуется постепенным исчезновением клинических и лабораторных проявлений заболевания.

**б) Вирусный гепатит Е.**

Инкубационный период близок к гепатиту А.

Заболевание начинается постепенно.

Повышение температуры отмечается редко.

Другие клинические проявления в основном такие же, как и ВГА.

Одним из ведущих симптомов являются боли в правом подреберье, достигающие значительной интенсивности.

Заметно увеличена печень.

Выражена желтушность кожи.

После появления желтухи состояние больных не улучшается.

Основными особенностями гепатита А и Е является преимущественно легкое течение заболевания и практически полное отсутствие угрозы хронизации процесса.

**Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи:**

К вирусным гепатитам с парентеральным механизмом передачиотносят:

**а) Вирусный гепатит В***.*

Гепатитом В болеют преимущественно дети первого года жизни.

Источником инфекции являются больной и вирусоноситель. Вирус в крови больных обнаруживается до появления первых клинических симптомов, а так же весь острый период. Вирус обнаруживается в слюне и моче. При хроническом гепатите или латентном вирусоносительстве вирус в крови обнаруживается долгое время.

Основной путь передачи парентеральный.

Источником инфекции новорожденных являются матери., больные острым гепатитом В при наличии в крови антигена вируса гепатита (HBAg), носители антигена и больные хроническим ГВ.

Передача инфекции происходит от матери к ребенку плацентарно и в период родов, 70% случаев заболеваний гепатитом В у детей раннего возраста приходится на долю посттрансфузионного гепатита.

Чаще всего инфицирование происходит при переливании препаратов плазмы и крови, содержащих НВ - вирус, а также при нарушении правил обработки и стерилизации медицинских инструментов, шприцев, игл, при зубоврачебных манипуляциях.

Заражение детей может происходить и контактно - бытовым путем, что наблюдается в организованных коллективах.

Инкубационный период при вирусном гепатите В составляет 60-180 дней.

Заболевание начинается постепенно.

Характерны появления вялости, слабости, быстрой утомляемости, снижение аппетита.

Продолжительность преджелтушного периода 5-7 дней. С появлением желтухи симптомы интоксикации нарастают. Появляется тошнота, рвота, увеличиваются слабость, чувство тяжести или боли в правом подреберье. Желтуха нарастает в течении 5-7 дней, иногда до 2 неделе и дольше. Степень выраженности желтухи зависит от тяжести заболевания и развития синдрома холестаза (от слабо-желтого до шафранного цвета). Желтуха держится в течении 7-10 дней, затем уменьшается. В среднем весь желтушный период длится 3-4 недели. Иногда дети жалуются на кожный зуд, что свидетельствует о развитии холестатического варианта болезни.

Параллельно нарастанию желтухи увеличиваются размеры печени, реже селезенки. Отмечаются брадикардия, снижение артериального давления, ослабление тонов сердца.

В анализе периферической крови выявляются тенденции к анемии, лейкопении, лимфо- и моноцитоз.

В сыворотке крови определяется высокая активность печеночно - клеточных ферментов (АЛТ, АСТ, ЛДГ и др.). Увеличено содержание конъюгированного (прямого) билирубина, **β -** липопротеидов, понижаются протромбиновый индекс, сулемовая проба.

Критерии для определения типичности и выделения легких, среднетяжелых клинических форм такие же, как при вирусном гепатите А. Исключение составляет злокачественная форма.

**Злокачественная форма** развивается исключительно при вирусном гепатите В у детей первого полугодия жизни после массивных гемотрансфузий или переливания плазмы, возможно внутриутробное заражение.

Заболевание начинается остро, с подъема температуры тела до 38 - 39 С. Появляются вялость, адинамия, сонливость, сменяющаяся возбуждением. Выражены диспепсические явления.

Преджелтушный период короткий, около 3-4 дней, иногда 1-2 дня, но может удлиняться до 7-8 дней. В желтушном периоде нарастают симптомы интоксикации, частая рвота типа "кофейной гущи" за счет примеси крови в рвотных массах. Быстро сокращаются размеры печени.

Неврологические расстройства проявляются резким беспокойством, беспричинным плачем, отмечаются тахикардия, шумное аритмичное (токсическое) дыхание, снижение диуреза, лихорадка, "печеночный" запах.

На исходе этого состояния может наблюдаться глубокая кома, характеризующаяся потерей сознания.

Выделяют 3 стадии печеночной комы: прекому, кому 1 и кому 2.

Прекома характеризующая приступами психомоторного возбуждения, сменяющимися периодами адинамии, сонливости. Реакция зрачков на свет сохранена, брюшные рефлексы угнетены. Нередко возникают клонико-тонические судороги. Продолжительность прекомы от 12 часов до 3 суток.

Кома 1 - стойкое отсутствие сознания, ребенок беспокойный, не реагируют на осмотр, зрачки сужены, учащаются судороги, тремор. Отмечаются геморрагический синдром, тахикардия, одышка, "печеночный" запах, вздутие живота. Печень - у края реберной дуги. Реакции на сильные болевые раздражители сохранена.

Кома 2 - полное отсутствие реакции на болевые раздражители, расширенные зрачки без реакции на свет, исчезновение корнеального рефлекса, расстройства дыхания по типу Куссмауля. Периодически возникают судороги, учащение пульса до 180-200 ударов в минуту.

Вирусный гепатит В диагностируется до совокупности клинических симптомов и данных лабораторной диагностики. Решающее значение имеет определение в сыворотке крови специфических маркеров гепатита В.

**в) Вирусный гепатит D.**

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

Клиническая картина 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.

**с) Вирусный гепатит С.**

По клинико-биохимическим признакам заболевание сходно с гепатитом В, однако протекает более легко. Несмотря на благоприятное течение острого периода, имеется наклонность к затяжному и хроническому течению заболевания.

В соответствии с клинико-лабораторными проявлениями вирусных гепатитов выделяют типичное и атипичное течение заболевания. К атипичному течению относят стертые, безжелтушные и субклинические формы.

Для гепатитов В и С основной механизм передачи парентеральный. Наибольшая заболеваемость в и с, отмечается у детей первого года, что объясняется частыми парентеральными вмешательствами и переливаниями крови, а так же перинатальным инфицированием. Клинические проявления этих форм идентичный.

# ***2.3 Диагностика***

Диагностика основывается на клинико-эпидемиологических данных. Важны данные о травмах, операциях, переливаниях крови, стоматологических вмешательств, косметических процедурах за последние 6 месяцев. Необходимо выяснить у пациента наличие контакта с больными гепатитом, в том числе и половые (Приложение 1).

Печень является своеобразной биохимической лабораторией организма. Когда функция печени нарушается, например, вследствие вирусного гепатита, это естественным образом отражается на активности ряда ферментов и концентрации многих веществ в крови больного. Для лабораторной диагностики исследуют кровь, мочу и кал. В крови определяют специфические показатели (антигены и антитела) и неспецифические показатели.

**Специфические показатели:**

Для гепатита В характерны следующие маркеры:

HbsAg - австралийский антиген;

HBeAg - антиген инфекционности;

При всех гепатитах определяются антитела классов YgM и YgY.

**Неспецифические показатели:**

Трансаминазы АсАТ, АлАТ. Они повышаются в преджелтушном периоде (в норме АсАТ 0,1 - 0,45 ммоль/ч. л, АлАТ 0,1 - 0,68 ммоль/ч. л. Показатели обмена билирубина. Общее содержание билирубина в сыворотке крови в норме 8,5 - 20,5 ммоль/л. Содержание прямого билирубина 2,1 - 5,1 ммоль/л. Содержание непрямого билирубина - 6,4-15,4 ммоль/л. При биохимическом исследовании крови наблюдается повышение билирубина, преимущественно прямой фракции. В конце преджелтушного периода в моче появляются желчные пигменты и уробилин, в кале исчезает стеркобилин. (В норме в моче билирубина и уробилина нет. В кале в норме уробилин содержится.) Показатели обмена белков. Тимоловая проба в норме 0 - 6 ед. Сулемовая проба в норме - 1,8 - 2,2 мл. При гепатите отмечается увеличение показателей тимоловой пробы. В периферической крови лейкопения, лимфомоноцитоз.

Наиболее важным признаком гепатита является повышение активности ферментов аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) трансфераз. Эти ферменты попадают в кровь в результате разрушения печеночной клетки и поэтому косвенно отражают выраженность этого процесса. По степени повышения АЛТ и АСТ судят об активности гепатита. Если АЛТ повышено не более чем в 3 раза, говорят о мягком гепатите, в 3-10 раз - гепатите умеренной активности, более чем в 10 раз - высокой активности заболевания. Так как, АСТ может изменяться и при других заболеваниях внутренних органов, изменение АЛТ считают более специфичным для болезней печени. Повышение в крови концентрации билирубина является следствием избыточного его образования или замедленного выведения из организма. При вирусных гепатитах нарушается выведение билирубина.

**ИФА или иммуноферментный анализ** - это лабораторный иммунологический метод качественного определения и количественного измерения антигенов, а также иммуноглобулинов и гормонов. Метод ИФА обладает высокой чувствительностью и специфичностью, которая в настоящее время составляет более 90%. Метод иммуноферментного анализа (ИФА) дает возможность определения антител (IgG, IgA, IgM) к возбудителям инфекции в крови. В основе метода лежит принцип взаимодействия иммуносорбента - антигена возбудителя инфекции с выявляемыми антителами. Материалом для исследования служит сыворотка или плазма венозной крови, взятой натощак.

Достоинства ИФА - возможность ранней диагностики инфекции, возможность прослеживать динамику развития процесса, быстрота и удобство в работе. Недостаток ИФА - относясь к непрямым методам диагностики, он позволяет определить иммунный ответ организма на возбудителя, а не сам возбудитель.

**ПЦР или полимеразная цепная реакция** является одним из современных методов получения данных при проведении медицинских анализов. Суть метода объясняется довольно просто. Существует множество заболеваний, о наличии которых человек может не подозревать долгое время. Традиционные анализы не всегда способны предоставить полную картину для вынесения корректного диагноза и назначения соответствующего лечения. Используя возможности ПЦР в медицинской диагностике, в организме можно найти микроорганизмы в минимальных концентрациях.

К сегодняшнему дню известно 5 вирусов, вызывающих гепатит (А, В, С, D, Е). Каждый из них имеет свои этиологические особенности. В связи с этим бывает сложно установить вирус, вызвавший заболевание. ПЦР позволяет проводить не только качественный анализ, то есть выявить наличие РНК ВГС, но и определить количество ее копий в 1 мл крови**\*\***, что особенно важно для назначения, мониторинга (оценка динамики вирусной нагрузки) и оценки эффективности применяемой терапии.

**УЗИ органов брюшной полости** (поджелудочная железа, печень, желчный пузырь, селезенка): УЗИ органов брюшной полости является одним из наиболее востребованных исследований. В сферу изучения при данном методе УЗИ попадают печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка. Ультразвуковое исследование позволяет определить строение, плотность, размеры, в ряде случаев, функцию органов. Выявить органические изменения в органах, объемные образования, конкременты, нарушение кровотока. Поэтому для создания оптимальных условий проведения качественного и достоверного УЗИ органов брюшной полости необходимой является предварительная подготовка.

Как подготовиться к УЗИ брюшной полости: За 2-3 дня до обследования рекомендуется перейти на бесшлаковую диету, исключить из рациона продукты, усиливающие газообразование в кишечнике (сырые овощи, богатые растительной клетчаткой, цельное молоко, черный хлеб, бобовые, газированные напитки, а также высококалорийные кондитерские изделия - пирожные, торты); УЗИ органов брюшной полости необходимо проводить натощак, если исследование невозможно провести утром, допускается легкий завтрак; Если Вы принимаете лекарственные средства, предупредите об этом врача УЗИ; Нельзя проводить исследование после гастро- и колоноскопии, а также R-исследований органов.

**Фибросканирование (эластометрия) печени** - современный неинвазивный (неоперационный) метод косвенной диагностики фиброза и цирроза печени (это - своего рода, электронно-механический эквивалент биопсии). Основная рабочая часть аппарата представлена ультразвуковым преобразовательным датчиком, в который установлен источник колебаний средней амплитуды и низкой частоты. Генерируемые им колебания передаются на исследуемые ткани печени и создают упругие волны, подвергающие модуляции отраженный ультразвук. Скорость распространения упругих волн определяется эластичностью печеночной ткани. Суммарный объем подвергающейся исследованию печеночной ткани составляет в среднем 6 см3, что многократно превышает таковой при пункционной биопсии и позволяет с большей степенью достоверности судить о состоянии печени в целом, а не отдельного его фрагмента [7].

Метод фибросканирования:

безопасен; - не травматичен; - используется в педиатрии; - проводится без предварительного обследования и подготовки пациента; - не требует госпитализации; - экономически доступнее, чем процедура биопсии;

позволяет осуществлять диагностику цирроза на ранних стадиях; - не требует наличия в медицинском учреждении опытного морфолога и длительной процедуры обработки и подготовки печени к исследованию под микроскопом; - обследование занимает около получаса времени; - результат пациент получает сразу после консультации.

Процедура фибросканирования (эластометрии) печени может повторяться пациенту неоднократно, что весьма актуально при диспансерном наблюдении и контроле эффективности лечения.

**Пункционная биопсия печени** - это инвазивный (операционный) метод диагностики хронических, в том числе вирусных гепатитов. При помощи специальной иглы производится прокол кожи, межреберных мышц и других подкожных покровов с целью забора участка печени для последующего морфологического исследования. Биопсия печени не лишена риска развития осложнений, особенно при её выполнении так называемым "слепым" методом - без ультразвукового контроля за наведением пункционной иглы. Кроме того, существует целый ряд противопоказаний и ограничений к проведению биопсии печени:

Нарушения в системе свертывания крови;

Повышенное давление в желчных путях;

Аллергические реакции на обезболивающие препараты;

Нередко встречающийся негативный настрой пациента в отношении данной процедуры (психологический дискомфорт, болезненность);

Нежелательность наркоза для бывших потребителей психоактивных веществ;

Отягощённость другими заболеваниями, особенно в пожилом возрасте.

Необходимо также учитывать, что заключение гистолога основано на изучении очень небольшого участка печеночной ткани, который способна захватить пункционная игла, и не всегда соответствует реальному состоянию печени в целом. Тем не менее, биопсия печени остаётся "золотым стандартом" диагностики, когда речь идёт о прицельной биопсии с целью диагностики ракового очага, подтверждения аутоиммунной природы болезни печени, болезней накопления железа, меди, амилоидоза. Биопсию печени проводят независимо от активности АЛТ, если ее результат повлияет на тактику ведения пациента; в то же время проводить биопсию перед началом лечения необязательно. К биопсии печени можно прибегнуть для определения прогноза.

# ***2.4 Профилактика и мероприятия в очаге***

Система профилактических мероприятий вирусных гепатитов должна быть направлена на активное выявление источников инфекции, прерывание путей заражения, повышение невосприимчивости детей к инфекции. В этой связи очень большое значение имеет тщательное обследование доноров: недопущение к донорству лиц, перенесших в прошлом вирусный гепатит, больных с хроническими заболеваниями печени, получавших переливание крови. Кроме того, строго соблюдать показания к гемотрансфузии, переливать кровь или ее компоненты из одной ампулы только одному реципиенту. При контакте с кровью и другими биологическими жидкостями пользоваться резиновыми перчатками. Учитывая возросший в последнее время половой путь заражения вирусным гепатитом В, необходимо проводить пропаганду безопасного секса, прежде всего использования контрацептивов местного действия. Повышение невосприимчивости в инфекции достигается путем повышения неспецифического иммунитета (рациональное питание, здоровый образ жизни, закаливание, соблюдение режима дня) [3].

В соответствии с законом №51 от 31 января 2011 года "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям" специфический иммунитет против гепатита В создается путем проведения вакцинации трехкратно внутримышечно (V1 - в первые 24 часов после рождения, V2в 1 месяц, V3 - в 6 месяцев). Детям вакцины вводят в переднелатеральную область бедра, подросткам и взрослым - в дельтовидную мышцу. Активную иммунизацию против гепатита А рекомендуется проводить вакциной "Хаврикс". Ее вводят внутримышечно двукратно по схеме 0-6 месяцев или 0-12 месяцев. Данная вакцина не включена в национальный календарь профилактических прививок.

• ***Кому надо вакцинироваться:***

1. дети подросткового возраста

. лица, члены семьи которого заражены гепатитом В

. больные, часто получающие лекарства внутривенно

. лица, часто меняющие половых партнеров (более 1-го за 6 мес.)

. мужчины, имеющие гомосексуальные контакты

. медицинские работники

. пациенты, получающие гемодиализ

. пациенты, получающие препараты крови

. лица. часто посещающие регионы с высоким уровнем заболеваемости гепатитом В.

• ***Описание вакцины:***

Вакцина против гепатита В применяется с 1982 года. Это рекомбинантная вакцина, она содержит поверхностный антиген (HBsAg, или Австралийский антиген) вируса гепатита В, продуцируемого дрожжевыми клетками.

• ***Эффективность вакцины:***

Зависит от возраста, пола и состояния здоровья. До 19 лет - 96 - 100%; 20-39 - 94-99%; старше 40 - 88-91%. Может быть ниже у мужчин. Небольшая часть здоровых людей не реагируют на введение вакцины.

Изоляция больного проводится на 21-й день от начала желтухи (или 30 дней от начала заболевания). Отправляют экстренное извещение в Роспотребнадзор. Текущую дезинфекцию проводят систематически, организуют масочный режим, хлорный режим при уходе за больным.

После изоляции или выписки больного необходимо провести заключительную дезинфекцию. Выявить всех контактных, установить карантин на 35 дней (при гепатите А), наблюдение за контактными (ежедневная термометрия, учет симптомов интоксикации, осмотр кожи и склер, учета цвета мочи, кала, размеров печени). Ввести иммуноглобулин внутримышечно, провести обследование на трансаминазы. В очаге гепатита В выявляют контактировавших с больными лиц, половых партнеров. За контактировавшими наблюдают 6 месяцев, их исследуют на наличие австралийского антигена в крови. Так же проводят противоэпидемиологические мероприятия в очаге (Приложение 3).

# ***2.5 Лечение***

Больные вирусными гепатитами подлежат обязательной госпитализации в инфекционное отделение, по показаниям - в реанимационное отделение.

Больные должны соблюдать щадящий режим на протяжении всего заболевания. Степень ограничений в двигательном режиме должна зависеть от выраженности симптомов интоксикации, самочувствия больного и тяжести заболевания. При стертых, безжелтушных и в большинстве случаев при легких формах режим может быть полупостельным с первых дней желтушного периода. Разрешается принимать пищу за общим столом, пользоваться умывальником, туалетом. При среднетяжелых и особенно тяжелых формах назначается постельный режим в течение всего периода интоксикации - обычно в течение первых 3-5 дней желтушного периода. По мере исчезновения интоксикации больного переводят на полупостельный режим. Критериями для расширения режима служат улучшение самочувствия и аппетита, уменьшение желтухи. Двигательная активность при вирусном гепатите должна определяться самим пациентом в зависимости от его самочувствия, степени интоксикации.

Комплекс терапевтических мероприятий, рекомендованный для лечения больных вирусным гепатитом, в последние годы претерпел существенные изменения. Практически во всех гепатологических центрах возобладал принцип сдержанной терапии, который предполагает охрану больной печени, всемерное ограждение ее от дополнительных энергетических затрат, а также защиту от медикаментов с сомнительной или недоказанной эффективностью (приказ МЗ СССР № 408 от 12 июля 1989 г.) (Приложение 3). Оптимальным лечением принято считать назначение так называемой базисной терапии, включающей рациональный двигательный режим, лечебное питание (стол № 5А и № 5 по Певзнеру), желчегонные препараты, легкие спазмолитики (но-шпа, папаверин), минеральные воды, поливитамины.

В настоящее время общепризнано, что назначать лекарственные препараты при вирусных гепатитах необходимо с большой осторожностью, поскольку их утилизация и выведение в условиях пораженной печени весьма затруднительны, может проявляться их гепатотоксическое действие, особенно при одновременном применении нескольких препаратов без учета их совместимости. При вирусном гепатите целесообразно назначать препараты, обладающие желчегонным действием. При этом в остром периоде заболевания применяют лекарственные препараты, обладающие преимущественно холекинетическим действием (магния сульфат, холосас, сорбит, ксилит), а в периоде реконвалесценции - холеретическим (фламин, холензим, кукурузные рыльца и др.). Обычно на высоте клинических проявлений дают внутрь 5% -ный раствора магния сульфата, который обладает не только желчегонным, но и послабляющим эффектом, или холосас. В период реконвалесценции, особенно в случае поражения желчевыводящих путей, кроме названных препаратов, можно назначать фламин, холензим, бессмертник и кукурузные рыльца.

Патогенетически оправдано при вирусном гепатите и назначение комплекса витаминов. Обычно назначают витамины группы В (В1, В2, В6), а также С и РР внутрь в общепринятой возрастной дозировке. Можно в указанный комплекс включить витамин А (ретинол) и Е (токоферол), а также рутин. Лечение витаминами проводится не более 10 - 15 дней, при этом не рекомендуется прибегать к парентеральному введению витаминов, а давать их только перорально. Из других лекарственных средств в периоде реконвалесценции и особенно при затяжном течении вирусного гепатита можно назначать эссенциале или легалон, карсил, силаболин, силибор.

При тяжелых формах болезни с целью детоксикации внутривенно капельно вводят гемодез, реополиглюкин, 10% -ный раствор глюкозы, кортикостероидные гормоны. У детей первого года жизни показанием к назначению кортикостероидных гормонов являются и среднетяжелые формы болезни. Тяжелые формы вирусного гепатита требуют применения препаратов, уплотняющих клеточные мембраны. Назначается эссенциале - в зависимости от возраста 1-2 раза в день внутривенно медленно.

В случае неэффективности комплекса терапевтических мероприятий следует провести повторные сеансы плазмафереза. Менее эффективны повторные сеансы гемосорбции и заменные переливания крови. В комплексе патогенетических средств целесообразно использовать и гипербарическую оксигенацию (1-2 сеанса в сутки: компрессия - 1,6-1,8 атм, экспозиция - 30-45 мин). В последние годы для лечения больных вирусными гепатитами В, С и D предложены интерфероны. Они способны подавлять репликацию вирусов, стимулировать продукцию эндогенного интерферона, а также оказывают иммуномодулирующий эффект и противоцирротическое действие. Из всех предложенных интерферонов для терапии больных острыми вирусными гепатитами нашли применение интрон А (рекомбинантный интерферон альфа-2b) в лечении только взрослых, больных вирусным гепатитом С, и виферон (рекомбинантный интерферон альфа-2b в свечах) - в лечении детей и взрослых, больных острыми вирусными гепатитами В, С и D.

Целесообразно применение физиотерапии: парафино - и озокеритолечение, УВЧ - терапия, ультразвук, лазеромагнитотерапия.

# ***2.6 Прогноз, осложнения и исходы вирусных гепатитов В и С***

Прогноз при вирусном гепатите у детей в основном благоприятный. Летальность в последние годы находится на уровне меньше 1%, однако в грудном возрасте она выше. Наиболее неблагоприятно протекают тяжелые формы с коротким преджелтушным периодом, бурно развивающейся желтухой, прекомой и комой. Очень неблагоприятным признаком является снижение активности ферментов в разгар болезни при ухудшении состояния ребенка, а кроме того прогрессирующее снижение уровня продромтина, р - липопротеидов, увеличение содержания псевдохолинэстеразы, что характерно для массового некроза печеночной ткани.

У большинства больных гепатитом детей наступает полное выздоровление, но оно происходит медленно и после выписки из стационара в 40-50% случаев обнаруживаются так называемые остаточные явления. Среди них принято выделять постгепатитный синдром или латентную гепатопатию в виде субъективных жалоб и маловыраженных объективных изменений за счет функционального нарушения моторной и секреторной деятельности желудочно - кишечного тракта, нейроэндокринной регуляции и вегетативной нервной системы. Функциональное состояние печени не нарушено при этом. При соблюдении соответствующего режима и диеты они постепенно исчезают, но в ряде случаев, особенно при наличии неблагоприятных факторов, изменения могут усиливаться, сохраняться годы и приобретать хронический характер.

Выделяют остаточную (постгепатитную) гипербилирубинемию - длительно, иногда годами сохраняющееся повышение уровня непрямого билирубина без других изменений. Она является доброкачественной, но все же свидетельствует о функциональных нарушениях печени за счет генетически обусловленной врожденной недостаточности глюкуронилтрансферазной системы. Клинически синдром проявляется постоянной или периодической желтушностью склер, а иногда и кожи. Печень и селезенка не увеличены, общее состояние ребенка не нарушается.

Гепатомегалия (остаточный фиброз печени) - это выздоровление с "анатомическим дефектом". У ребенка после выздоровления отмечается изолированное увеличение (до 2-3 см ниже возрастной нормы) и уплотнение печени при нормальном и функциональном ее состоянии. Основное место среди остаточных явлений занимают поражения желчных путей, которые служат причиной субъективных нарушений и объективных изменений.

Поражение желчевыводящих путей - дискинетические или воспалительные изменения биллиарного тракта, возникшие после ВТ, протекают со скудной симптоматикой. Для диагностики их требуется использование дуоденального зондирования, других лабораторных и Rg - логического исследований. Холецистопатии требуют раннего выявления, длительного и настойчивого лечения в самом начале развития, так как обладают тенденцией к прогрессированию с глубокими анатомическими изменениями, формированием перихолециститов, что в свою очередь способствует развитию гепатохолециститов.

Патологическое состояние после гепатита может быть обусловлено поражением и других органов пищеварения (поджелудочная железа, 12-перстная кишка и др.). К исходам гепатита относят хронические формы, циррозы печени.

Об остаточных явлениях вирусного гепатита можно говорить лишь в случае, когда тщательное углубленное обследование ребенка позволяет исключить хронический гепатит.

Отдаленный прогноз зависит от очень многих факторов. Более неблагоприятны тяжелые формы с массивным бурным некрозом печени, повторные обострения, ранние рецидивы, наслоения во время гепатита вирусных и микробных инфекций.

Осложнениями вирусных гепатитов могут стать функциональные и воспалительные заболевания желчных путей и печёночная кома, и, если нарушение в работе желчевыводящих путей поддаётся терапии, то печёночная кома является грозным признаком молниеносной формы гепатита, заканчивающейся летальным исходом практически в 90% случаях. В 80% случаев молниеносное течение обусловлено сочетанным действием вирусов гепатитов В и D. Печёночная кома наступает из-за массивного омертвения (некроза) клеток печени. Продукты распада печёночной ткани попадают в кровь, вызывая поражение центральной нервной системы и угасание всех жизненных функций.

Выздоровление после перенесённого вирусного гепатита длительное. Нередко болезнь приобретает затяжные формы. Некоторые пациенты, инфицированные вирусом гепатита В, С и D, сами не болеют, но, являясь носителями, представляют опасность в плане заражения окружающих. Весьма неблагоприятным исходом острого гепатита является его переход в хроническую стадию в основном при гепатите С.

Хронический гепатит опасен тем, что отсутствие адекватного лечения нередко приводит к циррозу, а иногда и раку печени. В этом плане, самым тяжёлым заболеванием врачи считают гепатит С: В 70-80% случаев его острая форма переходит в хроническую, хотя внешних признаков заболевания может и не быть. Более того, у большинства пациентов с острым гепатитом С наблюдается феномен "мнимого выздоровления", при котором данные биохимических анализов крови приходят в норму. Этот феномен длится от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет, и этот период пациенты могут ошибочно принимать за выздоровление. Это диктует необходимость длительного и регулярного наблюдения больных и обязательного проведения специфической терапии.

Но самое тяжёлое течение гепатита вызывает сочетание двух и более вирусов, например В и D или B и С. Встречается даже B+D+C. В этом случае прогноз крайне неблагоприятный. Зачастую признаки хронического вирусного гепатита слабо выражены, что позволяет человеку до поры до времени не обращать внимание на болезнь. Нередко явные клинические проявления болезни обнаруживаются уже на стадии цирроза.

Цирроз возникает приблизительно у 20% больных вирусным гепатитом С. К этому осложнению могут также привести гепатит В, в сочетании с гепатитом D или без него. Наличие циррозa создает препятствия для нормального кровотока в печени. Кровь вынуждена искать дополнительные обходные пути, что приводит к расширению кровеносных сосудов в области пищевода и желудка. Эти расширенные кровеносные сосуды называются варикозными венами, они растягиваются и могут стать источником кровотечения, что требует неотложкой врачебной помощи. Ещё одна проблема, связанная с развитием цирроза печени - асцит (скопление жидкости в брюшной полости), который внешне проявляется увеличением живота в размерах. Иногда у больных циррозом развивается рак печени, который на ранних стадиях можно лечить лекарственными препаратами или оперативно. Если цирроз печени сформировался, его нельзя устранить, даже если уже прошло воспаление печени. Поэтому лечение вирусного гепатита нужно начинать как можно раньше.

Таким образом, углубив, обобщив и систематизировав теоретические аспекты течения вирусных гепатитов у детей, было выявлено, что профилактические мероприятия являются главными аспектами для предупреждения возникновения и осложнения вирусных гепатитов у детей.

# ***3. Сестринский уход за ребенком с вирусными гепатитами. Особенности сестринского процесса***

# ***3.1 Основные характеристики сестринского процесса***

Основным понятием современной модели сестринского дела является сестринский процесс. Он несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью. Цель сестринского процесса состоит в том, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить или свести к минимуму проблемы и трудности, возникающие у пациента. Организационная структура сестринского процесса состоит из 5 этапов, каждый из которых предусматривает достижение определенной цели при оказании медицинской помощи пациентам, когда не менее важным, чем лечение, является уход. Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

Сестринская история болезни (Приложение 4).

**Первый этап** - сестринское обследование - касается не только физических, но и психологических, социальных, духовных потребностей пациента. Его цель - получение информации о пациенте, которую фиксируют в сестринской истории болезни. Источником информации служит сам пациент, его друзья и родственники, сестринский персонал, медицинская документация, медицинская литература. Основной метод сестринского обследования - интервьюирование (расспрос).

При субъективном обследовании узнают:

· общие данные о пациенте;

· причины обращения в лечебно-профилактическое учреждение и другие данные из анамнеза болезни;

· факторы риска (аллергоанамнез, эпидемиологический анамнез, курение, употребление алкоголя, ожирение и т.д.);

· какие основные потребности пациент может удовлетворить сам, и для удовлетворения каких потребностей он нуждается в помощи.

При объективном обследовании сестринский персонал проводит осмотр пациента по определенному плану, с соблюдением ряда необходимых правил. При общем осмотре оценивают - общее состояние, состояние сознания, положение в постели, состояние кожи и слизистых и т.д. Затем переходят к обследованию различных систем организма (костно - мышечной, дыхательной, сердечно - сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и т.д.). В основе сестринского обследования лежит учение о человеческих потребностях. Потребность - это психологический и физический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека. Существует несколько классификаций потребностей. Согласно классификации американской медицинской сестры В. Хендерсон, у данного пациента нарушены следующие жизненно-важные потребности: нормально дышать, употреблять достаточное количество пищи и жидкости, выделять продукты жизнедеятельности, двигаться и поддерживать нужное положение, спать и отдыхать, самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду, принимать участие в развлечениях и играх, удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

**На втором этапе сестринского процесса** анализируют полученные в ходе обследования данные и формулируют сестринские проблемы пациента - профессиональное суждение сестринского персонала о нынешнем или потенциальном состоянии здоровья пациента. На этом этапе определяют:

· существующие и потенциальные проблемы, возникающие у пациента в виде реакций организма на его состояние;

· факторы, способствующие развитию этих проблем или вызывающие их;

· личностные особенности пациента, способствующие предупреждению или разрешению этих проблем.

Медицинская сестра формулирует проблемы пациента, которые сестринский персонал может самостоятельно предупредить или разрешить.

У данного пациента в ходе обследования были выявлены проблемы (Приложение 2).

Настоящими проблемами являются:

· Периодическая боль в правом подреберье;

· Зуд кожных покровов вследствие интоксикации.

Потенциальной проблемой является:

· Риск инфицирования расчёсов.

**На третьем этапе сестринского процесса** для каждой проблемы необходимо сформулировать цели и план сестринского ухода и согласовать их с пациентом. При этом надо помнить следующее:

) Цели должны быть реальными, т.е. достижимыми.

2) Сроки достижения цели должны быть конкретными.

) При формулировке цели надо учитывать пределы компетенции сестринского персонала.

|  |  |
| --- | --- |
| Проблема | Цели |
|  | Краткосрочные | Долгосрочные |
| Настоящая проблема: 1) Боль в правом подреберье вследствие увеличения печени | Боли не будет через 40 минут после приёма лекарственного препарата.  | У пациента не будут наблюдаться боли к моменту выписки из стационара в результате проведённых мероприятий.  |
| Настоящая проблема: 2) Зуд кожных покровов вследствие интоксикации | Интенсивность зуда снизится до 3 баллов в течении 2 дней пребывания в стационаре после проведённых мероприятий.  | Пациента не будет беспокоить зуд к моменту выписки из стационара в результате проведённых мероприятий.  |
| Потенциальная проблема: 2) Риск инфицирования вследствие расчесов кожных покровов |  | Инфицирования кожных покровов не произойдет в течение всего пребывания пациента в стационаре в результате действий медицинской сестры.  |

После формулировки целей составляют план их реализации - перечень специальных действий медицинской сестры по уходу за пациентом. План сестринского ухода должен быть конкретным, без общих фраз и рассуждений.

Необходимо помнить, что медицинская сестра должна хорошо знать симптомы заболевания и представлять механизм его развития. Именно тогда внедрение сестринского процесса при уходе за больными с вирусными гепатитами приобретает большое значение в процессе выздоровления и лечения. Сестринский процесс способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Среди них приоритетными являются проблемы безопасности, проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем, сохранением чувства собственного достоинства и необходимости; определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей патологии; с его помощью оценивается эффективность проведенной работы, профессионализм сестринского вмешательства; гарантирует качество оказания помощи; обозначает значимость труда медицинской сестры и побуждает ее к постоянному совершенствованию профессиональных знаний и навыков.

Для предупреждения накопления токсинов в кишечнике необходимо его регулярное опорожнение. Медсестра должна следить за регулярностью стула, опорожнение кишечника должно быть ежедневным, при запорах назначается очистительная клизма. Контролировать общее состояние пациента, что бы вовремя обнаружить развитие печеночной комы (нарушение сна, слабость, тошнота, рвота, нарастание желтухи, носовые кровотечения и др.) [5].

При прогрессировании процесса появляется возбуждение, "печеночный" запах изо рта. Обнаружив какие - либо из указанных симптомов, медсестра должна немедленно сообщить врачу. При уходе за больным контролировать цвет кала, мочи, измерять АД, осторожно делать инъекции (так как возможны геморрагические явления), осуществлять уход за кожей и слизистыми оболочками, дезинфицировать выделения больного, белье, посуду, судна, пищевые отходы, предметы ухода, игрушки.

План сестринских вмешательств по приоритетной проблеме: боль в правом подреберье.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Обеспечение лечебно-охранительного режима.  | Для создания физического и психологического покоя.  |
| Провести оценку боли по 10 бальной шкале при первичном и повторном исследовании | Для определения шкалы боли.  |
| Вызвать врача.  | Для оказания квалифицированной помощи.  |
| Дать по назначению врача обезболивающие лекарственные препараты.  | Для купирования боли в правом подреберье.  |
| Провести беседу с пациентом о мерах профилактики возникновении боли в правом подреберье.  | Для предупреждения возникновения боли в правом подреберье.  |

План сестринских вмешательств по настоящей проблеме:

Зуд кожных покровов:

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Обеспечение лечебно-охранительного режима.  | Для создания физического и психологического покоя.  |
| Успокоить пациента, оказать психологическую поддержку.  | Для улучшения психологического состояния.  |
| Оценка степени зуда.  |  3) Для планирования адекватного лечения и ухода.  |
| Вызвать врача.  |  4) Для оказания квалифицированной помощи.  |
| Дать по назначению врача антигистаминные препараты против зуда.  | 5) Для уменьшения кожного зуда.  |
| Дать оценку степени зуда.  | 6) Для определения интенсивности зуда.  |
| Провести беседу с пациентом о мерах снижения и профилактики зуда.  | 7) Для профилактики возникновения зуда.  |

План сестринских вмешательств по потенциальной проблеме:

Риск инфицирования:

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| Обеспечить лечебно - охранительный режим.  | Для оказания психологического и физического покоя.  |
| Дать по назначению врача лекарственные препараты.  | Для оказания квалифицированной помощи.  |
| Соблюдение правил личной гигиены.  | Для снижения фактора риска инфицирования.  |
| Провести беседу с пациента о профилактике инфицирования.  | Для снижения риска инфицирования |

**На четвертом этапе сестринского процесса** осуществляют намеченные планы. Сестринские действия, или вмешательства, бывают трех типов: зависимые, независимые, взаимозависимые. При зависимом вмешательстве сестринский персонал действует по требованию или под наблюдением врача. При независимом вмешательстве сестринский персонал действует по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, в рамках своей компетенции. При взаимозависимом вмешательстве сестринский персонал сотрудничает с другими специалистами на равных.

Протокол к плану ухода по приоритетной проблеме:

Боль в правом подреберье:

|  |  |
| --- | --- |
| 15 апреля 2014.  | 09.00 - обеспечила ребенку постельный режим, физический психологический покой, убеждала в скорейшем выздоровлении. Бадия. 09.30 - введение лекарственные препаратов. Бадия. 10.00 - полностью съел завтрак (диета № 5), выпил 150,0 щелочной минеральной водой (без газа). Бадия. 10.30 - контроль за соблюдением санитарно-гигиенических условий в палате. Температура в палате плюс 20-22, кварцевание. Бадия. 11.30 - обеспечила ребенка индивидуальными предметами ухода, бельем, строго индивидуализировала предметы личной гигиены. Бадия. 12.00 - кожные покровы и слизистые желтушные, наблюдаются расчёсы на руках. Ps - 68 уд. в 1 мин, ЧДД - 18 в 1 мин, АД - 120/80 мм. рт. ст. Бадия. 13.20 - внутримышечное введение лекарственного препарата. Бадия. 15.30 - обработка кожи и слизистых теплой кипяченой водой, стрижка ногтей, подмывание. Бадия. 16.00 - контроль за объемом и характером передач из дома. Бадия. 17.00 - общее состояние удовлетворительное. Бадия. 18.30 - смена нательного и постельного белья. Бадия. 19.00 - беседа с мамой о тактике лечения и ухода за ребёнком. Бадия. 20.00 - внутримышечное введение лекарственного препарата. Бадия.  |

**На пятом этапе сестринского процесса** оценивают достижение поставленной цели, результат предварительной деятельности (определение критериев и кратности оценки результата), а так же деятельности после выполнения плана сестринского ухода. Оценка эффективности сестринского ухода складывается: из определения состояния пациента на текущий момент; оценки достижения целей; определения аспектов, влияющих на достижение целей; изменения в случае необходимости сестринского диагноза;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проблема | Цели | Оценка |
|  | Краткосрочные | Долгосрочные |  |
| Настоящая проблема: 1) Периодическая боль в правом подреберье (8 баллов).  | Боли не будет через 40 минут после приёма лекарственного препарата.  | У пациента не будут наблюдаться боли к моменту выписки из стационара в результате проведённых мероприятий.  | Оценка положительная. Пациент сообщил о прекращении боли. Цель достигнута. Оценка положительная. Пациент сообщил об отсутствии боли. Цель достигнута.  |
| Настоящая проблема: 2) Зуд кожных покровов вследствие интоксикации (интенсивность - 7 баллов).  | Интенсивность зуда снизится до 3 баллов в течении 2 дней пребывания в стационаре после проведённых мероприятий.  | Пациента не будет беспокоить зуд к моменту выписки из стационара в результате проведённых мероприятий.  | Оценка положительная. Пациент сообщил о снижении интенсивности зуда. Цель достигнута. Оценка положительная. Пациент сообщил об отсутствии зуда. Цель достигнута.  |
| Потенциальная проблема: 2) Риск инфицирования вследствие расчесов кожных покровов.  |  | Инфицирования пациента не произойдет в течение всего периода пребывания в стационаре в результате проведённых мероприятий.  | Оценка положительная. Инфицирования расчёсов не наблюдается. Цель достигнута.  |

**Критерии выписки:**

удовлетворительное общее состояние;

исчезновение желтухи;

сокращение размеров печени до нормального или близкого к норме уровня;

Нормализация ОАК, биохимических показателей (билирубина, активности трансаминаз).

снижение активности печеночно-клеточных ферментов до нормы или близких к норме величин.

# ***3.2 Питание больного гепатитом***

Поскольку печень играет ведущую роль в обмене веществ, назначению рационального питания издавна придавалось большое значение в комплексной терапии вирусных гепатитов. Диета при вирусном гепатите должна быть полноценной, высококалорийной и по возможности физиологической. Больным вирусным гепатитам назначается диета №5. Ребенок должен есть 4-6 раз в день. Для нормального функционирования печеночных клеток и усиления их регенерации необходимо достаточное, соответствующее физиологической норме количество белков и жиров в пищевом рационе ребенка.

Белки вводятся в рацион в виде творога, молока, кефира, нежирных сортов мяса (говядина, телятина, куры), нежирных видов рыбы (треска, судак, навага, щука и др.), омлета, нежирных сортов сыра. Жиры дают в виде сливочного и растительного масла (кукурузное, оливковое, подсолнечное). Углеводы - в виде рисовой, манной, овсяной, гречневой каш, хлеба, макаронных изделий, сахара, картофеля. В суточном рационе ребенка необходимо предусмотреть достаточное количество сырых и отварных овощей (морковь, капуста, огурцы, свекла, помидоры, зеленый горошек, кабачки), зелени, фруктов, соков. Из диеты исключаются экстрактивные вещества, тугоплавкие жиры (сало, маргарин, комбижир), жирные колбасы, свинина, окороки, мясные консервы, сырые яйца, жирная птица, жирные виды рыб, острые подливы, маринады, бобовые (горох, фасоль), острые сыры, чеснок, редька, редис, шоколад, торты, пирожные, конфеты, острые приправы (горчица, перец, майонез), копчености, грибы, орехи, миндаль, хрен, апельсины, мандарины, клубника, малина и др. Вместе с тем разрешаются мед, варенье, пастила, печенье из несдобного теста, курага, чернослив, изюм, муссы, желе, кисели, салаты, винегреты, вымоченная сельдь, заливная рыба на желатине [2].

При наличии симптомов интоксикации особенно показано повышенное питье некрепко заваренного чая, чая с молоком, лимоном, медом, вареньем, отвара шиповника, фруктовых и ягодных соков, компота, щелочных минеральных вод ("Боржом", "Ессентуки № 4", "Ессентуки № 17", "Вярска"). Минеральную воду следует употреблять комнатной температуры 3 раза в день.

Таким образом, сестринский уход за ребенком с вирусным гепатитом на этапе восстановительного лечения играет важную роль, как в процессе лечения, так и в период реабилитации пациента, поскольку является одним из основополагающих факторов успешного выздоровления ребенка.

# ***Заключение***

Всемирная организация здравоохранения объявила 28 июля Всемирным Днем борьбы с гепатитами для повышения осведомленности и привлечения к этой проблеме внимания людей во всем мире. Установлено, что вирусные гепатиты - это группа распространенных и опасных для человека инфекционных заболеваний, которые довольно значительно различаются между собой, вызываются разными вирусами, но все же имеют общую черту - это заболевание, которое поражает в первую очередь печень человека и вызывает ее воспаление. В России в последние 3 года отмечается рост заболеваемости как гепатитом В, так и гепатитом С. Число больных гепатитом С за год выросло более чем на 40%.

Вирусные гепатиты A, B, C, D, E, G отличаются по всем аспектам - таксономической принадлежности вирусов, механизму заражения и путям их передачи, патогенезу и иммуногенезу, клиническим проявлениям, тяжести течения и исходам, вероятности хронизации и малигнизации, критериям специфической диагностики, разной программе терапии и профилактики. Основу профилактики вирусных гепатитов составляет проведение комплекса мероприятий, направленных на разобщение ребенка возможными путями инфицирования. Для фекально-оральных гепатитов меры профилактики складываются и комплекса мероприятий, актуальных для профилактики всех кишечных инфекций - мытье рук, кипячение воды, слежение за гигиеной. Больных изолируют до исчезновения заразности, а в помещении проводят дезинфекцию. Для гепатитов В и С методы профилактики сложнее - необходимо проведение медицинских манипуляции только стерильными инструментами. По возможности - одноразовыми. Исключение контактов с кровью и другими биологическими жидкостями, шприцами и иглами. Так же среди населения проводится санитарное просвещение.

Санитарное просвещение - раздел профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья. Санитарно-просветительная работа осуществляется в виде индивидуальных и групповых бесед с использованием наглядных средств пропаганды. В целях закрепления полученной информации выдается печатная продукция (листовки, памятки, буклеты).

Проблема хронических гепатитов и циррозов печени, кроме широкого распространения, обусловлена поражением лиц наиболее трудоспособного возраста.

В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает общегосударственный уровень. При уходе за больными с острым гепатитом В важна роль среднего медицинского персонала.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

В нашей выпускной квалификационной работе представлены современные сведения об этиологии, эпидемиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении острых и хронических вирусных гепатитов, а также ориентировочные схемы объема, сроков обследования больных и трактовка полученных результатов. В приложении представлены алгоритмы диагностики вирусных гепатитов и диагностические тест-системы, разрешенные к применению на территории России.

Решая первую задачу я углубила и систематизировала знания по вирусным гепатитам у детей разных возрастных групп; изучила и проанализировала источники по проблеме вирусных гепатитов.

Решая вторую задачу я раскрыла этиологию, патогенез, классификацию и клинику вирусных гепатитов, в частности гепатитов В и С.

Решая третью проблему составила план сестринского ухода за пациентами с вирусными гепатитами, выявила необходимость проведения санитарно - просветительской работы среди населения, в частности родителей.

Поставленные цели и задачи выполнены в полном объеме.

# ***Список использованных источников***

1. Ежова, Н.В. Педиатрия: практикум: учеб. пособие / Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кащеева. - М.: ИД Оникс, 2008.

2. Запруднов А.М. Детские болезни: учебник /А.М. Запруднов и др. - Москва "Медицина" 2001

. Лебедь В.А. Справочник по педиатрии с сестринским процессом: учебник / В.А. Лебедь. / Под ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов н/Д: Феникс, 2011

. Мухина, С.А. Основы сестринского дела: практическое руководство / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: Гэотар-Медиа, 2010.

. Еремушкин, М.А. Основы реабилитации: учебник / М.А. Еремушкин. - СПб: ОИЦ Академия, 2010.

. Организация специализированного сестринского ухода: учебник / Н.Ю. Корягина и др., под ред.Е.З. Сопиной. - М.: Гэотар - Медиа, 2011.

. Тобулток, Г.Д. Синдромная патология, дифференциальная диагностика и фармакотерапия: учебник / Г.Д. Тобулток, Н.А. Иванова. - М.: Форум, 2011.

*Электронные ресурсы:*

8. Большой толковый медицинский словарь. 2001. www.medslv.ru <http://www.medslv.ru> (дата обращения: 15.05.2014).

*Нормативные документы:*

9. Министерство здравоохранения СССР выписка из приказа от 12.07.89 № 408 "О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране".

*Статьи из периодических изданий:*

10. Учайкин В.Ф., Смирнов А.В., Россина А.Л. / Вирусные гепатиты у детей. Педиатрия 2012 г. №3 с.136 - 142.

# ***Приложения***

***Приложение 1***

"Дифференциально - диагностические признаки вирусных гепатитов"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагностические признаки | Вирусные гепатиты А, Е | Вирусные гепатиты В, С, Dельта |
| Наиболее часто поражаемый возраст | Старше года | Первый год жизни |
| Основной механизм передачи | Фекально - оральный | Парентеральный |
| Инкубационный период | 10-45 дней | 60-180 дней |
| Начало заболевания  | Острое | Постепенное |
| Интоксикация в преджелтушный период | Выражена | Слабо выражена |
| Интоксикация в желтушном периоде | Отчетливо уменьшается |  Нарастает |
| Нарастание желтухи | Быстрое. Начинает уменьшаться почти сразу после достижения максимального уровня | Постепенное, в течении 5-7 дней и дольше.  |
| Течение  | Чаще легкое | Нередко тяжелое, затяжное.  |
| Исход | Наиболее частый - выздоровление с восстановлением структуры и функции печени | В большинстве случаем формирование хронического гепатита, цирроза, рака печени |

***Приложение 2***

"Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекции"

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевание | Мероприятия |
|  | Больной | Контактные | Дезинфекция | Карантин | Профилактика |
| ГЕПАТИТ А Путь передачи: фекально-оральный. Экстренное извещение: подается. Очаг инфекции: дома, ДОУ  | Госпитализация. Допускается в коллектив после клинического выздоровления и нормализации биохимических показателей.  | Подлежат ежедневному медицинскому наблюдению: термометрии, опросу, осмотру в течение 35 дней со дня разобщения с больным (цвет склер, окраска мочи, размеры печени и селезёнки, клинико-лабораторные исследования - определение однократно активности аланин-аминотрансферазы у подозреваемых и наличие маркеров ГА-антиген ВГА в крови). Всем контактным детям в срок до 10 дней вводится иммуноглобулин: 1 мл в возрасте от 6 мес до 10 лет; старше 10 лет получают 1,5 мл. Не проводится иммунопрофилактика переболевшим и имеющим защитный уровень антител в сыворотке крови, имеющие противопоказания и если не прошло 6 месяцев после предыдущего введения такого же препарата. В коллектив допускаются при условии полного здоровья, с указанием на ранее перенесенный ГА, введение имуноглобуллина или вакцинации против ГА. Дозы титрованных серий иммуноглобулина не отличаются от тех, которые назначают при предсезонной профилактике.  | Проводится текущая дезинфекция до госпитализации и заключительная - после госпитализации больного 1% раствором хлорной извести | Карантин 15-30 дней (35) на период максимального инкубационного периода с учётом того, что выделение вируса происходит последние 7-10 дней безжелтушного периода. После желтухи (7-15 дней) вирус с калом прекращает выделяться или уменьшается. В период наблюдения (в течение 35 дней с момента изоляции последнего больного ГА) не допускается перевод контактных детей, персонала ДОУ в другие группы, классы, учреждения, за исключением особых случаев, с разрешением эпидемиолога. Приём в карантинные коллективы новых лиц допускается по согласованию с эпидемиологом, если поступающий ранее перенёс ГА или предварительно получил высокотитрованные иммуноглобулины или вакцинацию против ГА.  | При профилактике - учитывать сезонность заболевания. Активно выявлять среди контактных преджелтушный период и стёртые безжелтушные формы, своевременно изолировать больных для прерывания путей передачи инфекции. Пассивная (введение иммуноглобулина человека нормального) и активная иммунизация (вакцинация инактивированной вакциной отечественного и импортного производства, которую вводят 2 раза с интервалом 6-12 месяцев детям, персоналу ДОУ, медработникам на территориях с высоким уровнем заболеваемости). Возрастные группы определяются эпиданамнезом |
| ГЕПАТИТ В Путь передачи: парентеральный. Экстренное извещение: подается. Очаг инфекции: дома, ДОУ  | Госпитализация. Допускаются в коллектив после полного клинического выздоровления, подтвержденного отсутствием маркеров гепатита В в крови.  | Усиление санитарно-противоэпидемического режима с особым контролем за индиви-дуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щётки, полотенца, носовые платки и т.д.). Игрушки закрепляют индивидуально и ежедневно дезинфицируют. За контактными наблюдают 6 месяцев, с врачебным осмотром сразу после изоляции больного, а затем - ежемесячно или в сроки, по усмотрению эпидемиолога. Лабораторное обследование - в границах очага на наличие НВ и активность АЛТ сразу после регистрации больного. Далее сроки определяет эпидемиолог на основе результатов обследования.  | Текущая и заключительная.  | 6 недель-6 месяцев (60-120 дней) Создание специальных карантинных групп из числа контактных, формирование специальных групп детей-"носителей" вируса и больных хронической формой гепатита В. Обеспечение приёма в группу детей, перенесших в период карантина острое заболевание или обострение хронического, при предъявлении справки от врача о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на гепатит В и активность АЛТ  | Строгий контроль режима обработки медицинских инструментов, применение одноразовых инструментов. Прекращение проведения профилактических прививок и постановки биологических проб на срок, определяемый эпидемиологом и медицинским работником учреждения. Сообщение в поликлинику по месту жительства о изолированных с подозрением на ГВ и "носителей вируса". Решение эпидемиологом, совместно с врачом учреждения, вопроса о проведении вакцинации против ГВ  |

***Приложение 3***

Нормативные документы

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ВЫПИСКА ИЗ ПРИКАЗА

.07.89 № 408

"О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране"

Основными направлениями развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения в СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года предусмотрено снижение заболеваемости вирусными гепатитами.

Заболеваемость вирусными гепатитами в стране сохраняется на высоком уровне. Особенно неблагополучные показатели заболеваемости вирусными гепатитами отмечаются в республиках Средней Азии, где они в 3-4 раза превышают среднесоюзные и составляют почти половину от общего числа заболевших вирусными гепатитами в стране. Значительный подъем заболеваемости вирусными гепатитами в последние годы на ряде территорий Туркменской ССР, Узбекской ССР, Киргизской ССР и Таджикской ССР обусловлен гепатитом ни А, ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя.

Основными причинами высокой заболеваемости вирусными гепатитами А и ни А, ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя остаются: загрязнение питьевой воды, окружающей среды вследствие серьезных недостатков в водоснабжении, канализовании и санитарной очистке населенных мест; неудовлетворительное санитарно-техническое состояние и содержание детских дошкольных учреждений, школ, значительная их переуплотненность; недостаточный уровень коммунального благоустройства жилого фонда; низкий уровень гигиенической культуры населения; грубые нарушения санитарно-противоэпидемических норм и правил; низкий уровень гигиенических и профессиональных знаний работников коммунальных служб, общественного питания, детских и подростковых учреждений.

Серьезной проблемой здравоохранения является заболеваемость вирусным гепатитом В. За последние годы отмечается рост заболеваемости этой нозологической формой. Высокий удельный вес заражений гепатитом В в медицинских учреждениях при проведении лечебно-диагностических манипуляций, переливаний крови и ее компонентов обусловлен прежде всего серьезными недостатками в обеспечении медицинских учреждений шприцами, иглами, в том числе одноразового пользования и другим инструментарием; стерилизационной аппаратурой, дезинфекционными средствами, реактивами и диагностическими тест-системами, в первую очередь для обследования доноров. Имеются грубые нарушения медицинским персоналом режимов дезинфекционной обработки и стерилизационной медицинского и лабораторного инструментария и правил его пользования.

Низкий уровень дифференциальной диагностики вирусных гепатитов связан с недостаточным производством и применением в практике тест-систем для диагностики гепатитов А, В и дельта высокочувствительными методами.

Медленно ведется разработка средств этиотропной терапии. На многих территориях не решен вопрос о лечении больных хроническими формами гепатита В (HBsAg-положительного) в инфекционных стационарах.

С целью улучшения диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов, утверждаю:

. Методические указания "Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита А и вирусного гепатита ни А, ни В с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя".

. Методические указания "Эпидемиология и профилактика вирусных гепатитов В, дельта и ни А, ни В с парентеральным механизмом передачи возбудителя".

. Методические указания "Средства и методы дезинфекции и стерилизации".

. Методические указания "Клиника, диагностика, лечение и исходы вирусных гепатитов у взрослых и детей".

Приказываю:

. Министрам здравоохранения союзных, автономных республик, начальникам управлений и заведующим отделами здравоохранения краев и областей, начальникам Главных управлений здравоохранения городов Москвы и Ленинграда:

.1 Разработать с учетом конкретных условий и утвердить комплексные планы мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами на 1991-1995 гг. Строго контролировать ход их выполнения, ежегодно заслушивать реализацию этих планов на коллегиях министерств здравоохранения союзных, автономных республик, управлений и отделов здравоохранения краев и областей.

.2 Провести в течение 1990-1991 гг. подготовку врачей-лаборантов клинико-диагностических, вирусологических лабораторий городских и центральных районных больниц, санэпидстанций, станций переливания крови по методике постановки реакции на HBs-антиген высокочувствительными методами (РОПГА, ИФА, РИА) на базах научно-исследовательских институтов, вирусологических лабораторий республиканских, областных, городских СЭС и станций переливания крови, крупных клинических инфекционных больниц.

.3 Обеспечить организацию и проведение обследования высокочувствительными методами на HBsAg всех беременных женщин на гиперэндемичных по гепатиту В территориях с высоким уровнем носительства HBsAg. Для госпитализации рожениц-носителей HBsAg выделить специальные родильные дома или изолированные отделения (палаты) со строгим проведением в них противоэпидемических мероприятий.

.4 Обеспечить в 1990-1995 гг. охват централизованной стерилизацией изделий медицинского назначения для парентерального применения во всех лечебно-профилактических учреждениях, повысить ответственность руководителей этих учреждений за соблюдение режимов дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского и лабораторного инструмента и аппаратуры.

.5 Обеспечить госпитализацию больных хроническим гепатитом В (HBsAg-положительных) взрослых и детей в инфекционные стационары.

.6. Обязать республиканские центры здоровья усилить пропаганду здорового образа жизни, учитывая при этом национальные и возрастные особенности; разработать методические материалы для проведения лекций и бесед, широко использовать средства массовой информации.

. Главным государственным санитарным врачам союзных и автономных республик, краев и областей:

.1 Осуществлять строгий контроль за обеспечением населения питьевой водой, безопасной в эпидемическом отношении, выполнением мероприятий по санитарной охране источников хозяйственно-питьевого водопользования, обеспечением эффективной работы очистных сооружений в соответствии с нормами и правилами, предусмотренными документами водного законодательства, выполнением руководителями ведомств (управлений водного и коммунального хозяйства) и медицинских учреждений режима обеспечения надлежащего санитарного состояния и коммунального благоустройства территорий, а также в детских дошкольных учреждениях, школах, лечебно-оздоровительных учреждениях, предприятиях пищевой промышленности.

.2 Строго контролировать соблюдение в лечебно-профилактических учреждениях противоэпидемического режима, режимов дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации инструментария и правил его использования. Все случаи группового заражения гепатитом В в лечебно-профилактических учреждениях рассматривать на заседаниях чрезвычайной противоэпидемической комиссии.

.3 Своевременно информировать о возникновении среди населения групповых заболеваний вирусными гепатитами и оперативных мерах по их расследованию и ликвидации в соответствии с приказом № 1025 Минздрава СССР "О внеочередных донесениях, представляемых Министерству здравоохранения СССР" от 04.09.84 г.

.4 Организовать с 1990 г. лабораторный контроль питьевой воды по показателям вирусного загрязнения: антиген ГА, колифаги, энтеровирусы в соответствии с "Методическими рекомендациями по контролю и оценке вирусного загрязнения объектов окружающей среды" от 24 сентября 1986 г. № 4116-86.

. Начальнику Главного эпидемиологического управления т. Наркевичу М.И. и директору Института вирусологии им.Д.И. Ивановского АМН СССР т. Львову Д.К., в течение 1989-1990 гг. организовать и провести для врачей (инфекционистов, педиатров, эпидемиологов, вирусологов и др.) региональные семинары по вопросам диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов.

. Начальнику Главного эпидемиологического управления т. Наркевичу М.И., начальнику Главного управления охраны материнства и детства т. Алексееву В.А., начальнику Главного управления организации медицинской помощи населению т. Калинину В.И. предусмотреть с момента освоения промышленного выпуска вакцин против гепатита В проведение вакцинации в соответствии с инструкцией по применению этих вакцин.

. Институту полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР (т. Дроздов С. Г.) обеспечить промышленный выпуск диагностикума для определения методом ИФА анти-ВГА класса IgM и типоспецифических диагностических энтеровирусных сывороток в 1991 г.

. Горьковскому институту эпидемиологии и микробиологии Минздрава РСФСР (т. Блохин И. Н.) обеспечить промышленный выпуск диагностикумов для определения антигена-ВГА с 1990 г. и с 1991 г. суммарных анти-ВГА методом ИФА.

. Институту общей и коммунальной гигиены им.А.Н. Сысина АМН СССР (т. Сидоренко Г. И.) совместно с Институтом эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи АМН СССР (т. Прозоровский С. В.), Институтом вирусологии им.Д.И. Ивановского АМН СССР (т. Львов Д. К.), Институтом полиомиелита и вирусных энцефалитов (т. Дроздов С. Г.) провести в 1989-1991 гг. исследования по усовершенствованию способов водоподготовки и обработки, режимов обеззараживания воды, направленных на повышение эффективности барьерной роли водопроводных сооружений в отношении возбудителя гепатита А.

. Всесоюзному научно-исследовательскому институту профилактической токсикологии и дезинфекции (т. Прокопенко Ю. И.) представить в IV квартале 1989 г. в Минздрав СССР для утверждения "Методические рекомендации по организации централизованных стерилизованных в лечебно-профилактических учреждениях".

. Институту вирусологии им.Д.И. Ивановского АМН СССР (т. Львов Д. К.) разработать генно-инженерную тест-систему для диагностики дельта-инфекции в течение 1989-1990 гг.

. Генеральному директору В/О "Союзфармация" т. Апазову А.Д. принять меры к полному удовлетворению потребностей союзных республик в системах разового использования, диагностикумах для определения HBsAg методами РОПГА, ИФА, и реактивах, обеспечив приоритетное удовлетворение заявок республик Средней Азии и Молдавской ССР.

. Генеральному директору В/О "Союзмедтехника" т. Зиновцову Н.А. принять меры по удовлетворению заявок на медицинский и лабораторный инструментарий, в том числе разового использования, оборудование для дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения. Обеспечить приоритетное удовлетворение заявок на эти изделия Минздравов республик Средней Азии и Молдавской ССР.

. Всесоюзному научно-исследовательскому центру профилактической медицины (т. Оганов Р.Г.) подготовить материалы для населения о профилактике вирусных гепатитов, осуществлять координационную функцию за работой республиканских, краевых, областных домов санитарного просвещения.

. Институту вирусологии им.Д.И. Ивановского АМН СССР (т. Львов Д. К.) организовать и провести в 1990 г. научно-практическую конференцию по проблеме "Вирусные гепатиты".

. Главным специалистам органов здравоохранения взять под личный контроль обоснованность назначений врачами стационаров, диспансеров, МСЧ переливаний крови, ее препаратов, средств инъекционной терапии, имея в виду их максимальное сокращение с заменой на кровезаменители и пероральные препараты с учетом показаний.

Считать утратившим силу приказы министра здравоохранения СССР № 300 от 08.04.77 г. "Об усилении мероприятий по профилактике сывороточного гепатита в лечебно-профилактических учреждениях" и № 752 от 08.07.81 г. "Об усилении мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами".

Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра здравоохранения СССР тт. Кондрусева А.И., Баранова А.А., Царегородцева А. Д.

Настоящий приказ разрешается размножить в необходимом количестве.

Министр Е.И. Чазов

***Приложение 4.***

Государственное автономное профессиональное образовательное

учреждение Мурманской области

"Кольский медицинский колледж"

**УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**МДК 02.01.03 "Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в педиатрии"**

**Для специальности 060501 Сестринское дело**

**(базовая подготовка)**

## ***Ф. И.О. \_\_\_ Бадия СильвияГеоргиевна\_\_\_***

**Группа\_\_\_ 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Курс \_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Методический руководитель (преподаватель КМК) \_\_Гербер Н.И.**

**Общий руководитель (главная медсестра ЛПУ) \_\_Добрынина Н.В.**

Апатиты 2014

**Информация о пациенте:**

#### Фамилия: **А.**

Имя: С.

Отчество: М.

Дата рождения: 1 марта 2005 год.

Возраст: 9 лет

Группа крови: 1

##### Резус - фактор: (+) положительный

Организованный/ школа, д/с/: школьник

Родители:

Отец: А.М. В.

Мать: А.Л. И.

##### Условия проживания: удовлетворительные

##### Адрес, телефон: г. Апатиты, ул. Зиновьева 4

##### Аллергический фон: не нарушен

Лекарственный фон: не нарушен

Пищевой фон: не нарушен

Бытовой фон: не нарушен

Врачебный диагноз: Вирусный гепатит А

**. Анамнез акушерский:**

Какой по счету ребенок: 2

От какой беременности: 2

Наследственность по линии матери, по линии отца: не отягощена

Вес при рождении: 2900 гр.

Рост: 51 см.

Оценка по шкале Апгар: 8/9 баллов

Тип вскармливания с рождения: грудной

Введение прикормов с 6 месяцев

Перенесенные заболевания ОРВИ, ветряная оспа

Иммунизация/ проведение прививок/ в соответствии с национальным

календарем профилактических прививок

Физическое развитие с рождения соответствует возрасту

НПР (нервно - психическое развитие) соответствует возрасту

**3. История настоящего заболевания:**

С какого времени считается больным/ или чувствует себя больным/: считает больным с февраля 2014 года

Отношение к настоящему положению, состоянию: удовлетворительное

При каких обстоятельствах заболел: несоблюдение правил личной гигиены

К кому и когда обращался за помощью: 13.04 к участковому врачу - педиатру.

5. Как начиналось заболевание: зуд кожи, желтушность кожных покровов, периодические боли в правом подреберье.

. Какое лечение проводилось: баралгин, тавегил

. Психологическая ситуация в семье в связи с болезнью: родители переживают

. Настрой на лечение: положительный

. Кем направлен в стационар: участковым педиатром.

**4. Объективное обследование:**

Общее состояние ребенка: удовлетворительное

Самочувствие: жалобы на боль в правом подреберье

Сознание: ясное

Активность, настроение: не активен

Контактность: контактен

Телосложение: правильное

Осмотр кожи

состояние кожных покровов (цвет, влажность, сухость, наличие сыпи):

желтушность кожи, тургор сохранен, наличие расчесов на коже.

Осмотр слизистой полости рта состояние слизистых, зубов:

Слизистая полости рта розовая, кариозные зубы отсутствуют.

Осмотр костной системы

форма головы: правильная

форма грудной клетки: без патологии

форма конечностей: без патологии

движение в суставах: свободное

осанка: правильная

Осмотр мышечной системы

тонус мышц: сохранен

Характер дыхания (свободное, затрудненное): свободное

Характер носового дыхания (свободное, затрудненное): свободное

Частота дыхания: 20 в 1 минуту

Характер голоса: без изменений

Наличие одышки: отсутствует

Характер одышки: -

. Частота пульса: 95 ударов в минуту

. Осмотр живота:

форма живота: правильная, симметричная

. Наличие отеков: отсутствуют

Наличие симптомов Пастернацкого: отсутствуют

. Физиологические отправления

характер стула (оформленный, жидкий): полужидкий

характер мочеиспусканий (безболезненное, болезненное): безболезненное

**Проблемы пациента при поступлении в стационар:**

Проблемы здоровья/ настоящие/

настоящие (жалобы):

· Периодическая боль в правом подреберье;

· Зуд кожных покровов вследствие интоксикации.

Потенциальные:

· Риск инфицирования расчёсов (пиодермия)

Приоритетная:

· Периодическая боль в правом подреберье;

Карта сестринского процесса

Ф. И.О. пациента: А.С.М.

Медсестра: Бадия С. Г.

Диагноз клинический: Вирусный гепатит А

Проблемы настоящие: Периодическая боль в правом подреберье; Зуд кожных покровов вследствие интоксикации.

Потенциальная: Риск инфицирования расчёсов.

Проблема: Периодическая боль в правом подреберье;

Цели краткосрочные: Боли не будет через 40 минут после приёма лекарственного препарата.

Долгосрочные: У пациента не будут наблюдаться боли к моменту выписки из стационара в результате проведённых мероприятий.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Планирование сестринского ухода | Мотивация  | Реализация планирования | Оценка результата |
| Обеспечение лечебно-охранительного режима.  | Для создания физического и психологического покоя.  | Обеспечила лечебно - охранительный режим.  | Оценка положительная. Пациент сообщил об отсутствии боли. Цель достигнута.  |
| Провести оценку боли по 10 бальной шкале при первичном и повторном исследовании | Для определения шкалы боли.  | 2) Провела оценку шкалы боли.  |  |
| Вызвать врача.  | Для оказания квалифицированной помощи.  | 3) Вызвала врача.  |  |
| Дать по назначению врача обезболивающие лекарственные препараты.  | Для купирования боли в правом подреберье.  | 4) Дала обезболивающие препараты.  |  |
| Провести беседу с пациентом о мерах профилактики возникновении боли в правом подреберье.  | 5) Для предупреждения возникновения боли.  | 5) Провела беседу с пациентом о мерах профилактики возникновения боли.  |  |

Карта сестринского процесса

Ф. И.О. пациента: А.С.М.

Медсестра: Бадия С. Г.

Диагноз клинический: Вирусный гепатит А

Проблемы настоящие: Периодическая боль в правом подреберье; Зуд кожных покровов вследствие интоксикации.

Потенциальная: Риск инфицирования расчёсов.

Проблема: Зуд кожных покровов.

Цели краткосрочные: Интенсивность зуда снизится до 3 баллов в течении 2 дней пребывания в стационаре после проведённых мероприятий.

Долгосрочные: Пациента не будет беспокоить зуд к моменту выписки из стационара в результате проведённых мероприятий.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Планирование сестринского ухода | Мотивация  | Реализация планирования | Оценка результата |
| Обеспечение лечебно-охранительного режима.  | Для создания физического и психологического покоя.  | 1) Обеспечила лечебно - охранительный режим.  | Оценка положительная. Пациент сообщил об отсутствии зуда. Цель достигнута.  |
| Оценка степени зуда.  | 2) Для планирования адекватного лечения и ухода.  | 2) Оценила степень зуда.  |  |
| Вызвать врача.  | 3) Для оказания квалифицированной помощи.  | 3) Вызвала врача.  |  |
| Дать по назначению врача антигистаминные препараты против зуда.  | 4) Для уменьшения кожного зуда.  | 4) Дала пациенту антигистаминные препараты.  |  |
| Провести беседу с пациентом о мерах снижения и профилактики зуда.  | 5) Для профилактики возникновения зуда.  | 5) Провела беседу с пациентом о мерах снижения и профилактики зуда.  |  |

Карта сестринского процесса

Ф. И.О. пациента: А.С.М.

Медсестра: Бадия С. Г.

Диагноз клинический: Вирусный гепатит А

Проблемы настоящие: Периодическая боль в правом подреберье; Зуд кожных покровов вследствие интоксикации.

Потенциальная: Риск инфицирования расчёсов.

Проблема: Риск инфицирования вследствие расчесов кожных покровов.

Цели долгосрочные: Инфицирования кожных покровов не произойдет в течение всего пребывания пациента в стационаре в результате действий медицинской сестры.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Планирование сестринского ухода | Мотивация  | Реализация планирования | Оценка результата |
| Обеспечить лечебно - охранительный режим.  | Для оказания психологического и физического покоя.  | 1) Обеспечила лечебно - охранительный режим.  | Оценка положительная. Инфицирования расчёсов не наблюдается. Цель достигнута.  |
| Дать по назначению врача лекарственные препараты.  | Для оказания квалифицированной помощи.  | 2) Дала пациенту лекарственные препараты.  |  |
| Соблюдение правил личной гигиены.  | 3) Для снижения фактора риска инфицирования.  | 3) Обеспечила соблюдение правил личной гигиены.  |  |
| Провести беседу с пациента о профилактике инфицирования.  | 4) Для снижения риска инфицирования | 4) Провела беседу с пациентом о профилактике инфицирования.  |  |