

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
Фармацевтический колледж

Сестринское дело

Отделение

Учебно-исследовательская работа студента

Особенности сестринского ухода за больными детьми при вирусных  
гепатитах «В» и «С»

тема

34.02.01 Сестринское дело

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел. Сестринский уход за больными детьми различного возраста

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

Студент

подпись, дата

Рукоусева Т.Д

фамилия, инициалы

Преподаватель

подпись, дата

Фукалова Н.В

фамилия, инициалы

Работа оценена:

5 (от 6)

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	4
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА .....	6
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА.....	11
РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ.....	13
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	15
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	17

## ВВЕДЕНИЕ

Гепатит — воспаление печени разной этиологии. К нарушению работы органа могут приводить отравления, врожденные патологии и прочее. Но наиболее часто встречаются все же инфекционные болезни, вызванные вирусами. Они похожи по симптомам, но имеют разные прогнозы и последствия.

В течение 10 лет с диагнозом вирусный гепатит находились под наблюдением в стационарах 170 детей первого года жизни. У 105 детей установлен острый гепатит, у 65 хронический гепатит. Гепатит «А» составил 8,8%; наибольший удельный вес пришелся на гепатит «В» 57,8% (58 детей с острым гепатитом и 40 с хроническим гепатитом); 20,6% составил гепатит «С» (10 больных с острым и 25 больных с хроническим гепатитом); гепатит неустановленной этиологии 7%. Гепатит «А» характеризовался исключительно безжелтушными и легкими формами. Для гепатита «В» свойственны преимущественно среднетяжелые и тяжелые формы болезни. Хронический гепатит «В», как правило, возникал как первично хронический процесс. Гепатит «С» в 60-80% случаев переходит в хронический.

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.

В ходе данного исследования я определю особенности течения данных заболеваний и их симптоматику. Изучу и проведу анализ факторов риска, а также роль медицинской сестры в уходе при лечении и проведении профилактики осложнений.

Цель исследования: изучить клиническую симптоматику вирусных гепатитов и овладеть знаниями по организации ухода за детьми.

Задачи исследования:

1. Изучить медицинскую литературу по вирусным гепатитам «В» и «С»
2. Отличать этиологию, патогенез и клинику данных заболеваний.
3. Обозначить роль сестринского ухода при вирусных гепатитах



## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

### Вирусный гепатит «В»

Вирусный гепатит «В» - вирусная антропонозная инфекционная болезнь с контактным и вертикальным механизмами передачи возбудителя. Характеризуется циклически протекающим паренхиматозным гепатитом с наличием в части случаев желтухи и возможной хронизацией.

Возбудитель ОГВ - вирус гепатита В (HBV) - мелкий ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству *Hepadnaviridae*, роду *Orthohepadnaviridae*. HBV характеризуется высокой ткане- и видоспецифичностью, уникальной организацией генома и механизма репликации.

Вирус чрезвычайно устойчив во внешней среде и жизнеспособен при комнатной температуре в течение 3-х месяцев, при замораживании - 15-20 лет, в бытовом холодильнике сохраняется до 1 года, при прогревании до 60°C - 4 часа. Не чувствителен к лиофилизации, ультрафиолетовому облучению, эфиру, низким концентрациям хлорсодержащих веществ и формалина. Гибель вируса при автоклавировании происходит через 45 минут, при стерилизации в сухожаровом шкафу - через 60 минут. Раствор 1—2% хлорамина инактивирует вирус через 2 ч, а 1,5% раствор формалина — через 7 суток.

Первый этап патогенеза – заражение организма вирусом. Далее происходит проникновение ВГВ в клетку, размножение и выделение вируса на поверхность гепатоцита, а также в кровь. После этого включаются иммунные реакции, призванные уничтожить вирус; поражаются внепеченочные органы и системы. Вследствие данных процессов формируется иммунитет, вирус уходит из организма, организм выздоравливает.

Иммунные комплексы образуются вследствие накопления в крови специфических антител, которые связывают антигены вируса. Комплексы фагоцитируются макрофагами и выделяются почками. При этом могут возникать различные иммунокомплексные поражения. Так наступает выздоровление, избавление от вируса.

Если иммунный ответ на антигены вируса адекватный – формируется острая форма гепатита со стандартными циклами, болезнь заканчивается выздоровлением. Если иммунный ответ снижен, не происходит эффективной элиминации инфицированных клеток печени. Как следствие – клинические проявления выражены слабо, возможно развитие хронической формы гепатита «В».

## Вирусный гепатит «С»

Вирусный гепатит «С» - антропонозная инфекционная болезнь с контактным и механизмом передачи возбудителя. Характеризуется легким или субклиническим течением острого периода болезни, частым формированием хронического гепатита возможным развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

НСV относят к семейству Flaviviridae. НСV содержит однонигевую РНК. Выделяют 7 генотипов вируса, каждый из них имеет преимущественное распространение в регионах земного шара. В России чаще всего регистрируют генотип 1 в, 3а и 2а. НСV, по сравнению с вирусами НАV и ПBV, малостойчив во внешней среде и к действию физических и химических факторов. Вирус проникает в организм восприимчивого человека вместе с инфицированной кровью, секретами, содержащими элементы крови. Непременное условие развития инфекционного процесса — проникновение и репликация НСV в гепатоцитах. Кроме того, доказана возможность 19 внепеченочной репликации НСV, в частности, в клетках крови. Гуморальный ответ на проникновение вируса выражен слабее, чем при ВГБ, об этом свидетельствует менее интенсивное антителообразование.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

## Вирусный гепатит «В»

Для клинически манифестных форм ОГВ характерно циклическое течение с постепенным началом.

Выделяют следующие периоды болезни: инкубационный, преджелтушный (продромальный/начальный), желтушный (период разгара болезни), и период реконвалесценции (фаза угасания желтухи).

1. **Инкубационный период.** Продолжительность инкубационного периода от 2-х до 6-ти месяцев. При массивном инфицировании (как правило, при гемотрансфузиях) может отмечаться уменьшение инкубационного периода до 1,5 - 2-х месяцев. В случае инфицирования в результате бытового контакта, парентеральных манипуляций (инъекции) или при половом пути передачи продолжительность инкубационного периода составляет 4-6 месяцев
2. **Преджелтушный период** продолжается от 4 до 7-10 дней, реже до 14 дней. Для него характерны астеновегетативный и диспепсический синдромы, а также гепатомегалия. Артралгический синдром, часто регистрирующийся у взрослых в этом периоде болезни, у детей встречается редко. Заболевание начинается постепенно. Температура тела, как правило, повышена незначительно (за исключением тяжелых фульминантных форм). Первыми признаками являются слабость, вялость, быстрая утомляемость, и симптомы диспепсии (снижение аппетита, вплоть полного отказа от еды, тошнота, иногда рвота, горечь во рту, вздутие живота, запор (реже - диарея). Характерно также возникновение тупых болей и чувства тяжести в правом подреберье, начинающееся со 2-3 дня, с прогрессивным нарастанием к концу преджелтушного периода.
3. **Желтушный период** продолжается от 2-х до 6-ти недель, чаще 3-4 недели. В единичных случаях желтуха сохраняется меньше 7 дней, редко отмечается и более длительное ее сохранение - до нескольких месяцев. В отличие от гепатита А, переход заболевания в желтушный период обычно не сопровождается улучшением общего состояния. Остаются выраженными и нередко нарастают симптомы интоксикации: слабость, раздражительность, головная боль, поверхностный сон, снижение аппетита до анорексии (при тяжёлых формах), тошнота и иногда рвота. У некоторых больных, особенно у подростков, возникает эйфория, которая может быть предвестником энцефалопатии, но создаёт обманчивое впечатление улучшения состояния. Желтуха при ОГВ нарастает постепенно — обычно в



течение 5-6 дней, иногда до 2 недель и дольше. Первоначально желтушное окрашивание приобретают склеры, слизистая оболочка твёрдого нёба и уздечка языка, позднее окрашивается кожа. Моча становится тёмной, кал на высоте желтухи ахоличный. Максимум желтуха достигает на 2-3 неделе, в течение 5-10 отмечается ее стабилизация, в дальнейшем сменяющаяся угасанием.

4. **Период реконвалесценции** - клиническое выздоровление и нормализация биохимических показателей обычно происходят в течение 6 месяцев после начала заболевания. Наиболее длительно сохраняются астеновегетативный синдром и чувство дискомфорта в правом подреберье. Клинико-биохимические отклонения купируются медленно: содержание билирубина в сыворотке нормализуется в течение 2-4 недель; повышение трансаминаз сохраняется от 1 до 3 месяцев. У пациентов можно наблюдать волнообразный характер гиперферментемии в период реконвалесценции, возможны рецидивы (клинические и/или лабораторные - биохимические) с характерными синдромами, что требует дифференциации с хроническими гепатитами и/или суперинфекциями другими гепатотропными вирусами

**Злокачественный (фульминантный) гепатит** является самостоятельной формой вирусного гепатита В, характеризующейся массивным или субмассивным некрозом печени, прогрессирующей печёночной недостаточностью и высокой летальностью.

Злокачественные формы ОГВ следует отличать от цирроза печени при хроническом гепатите, когда печёночная кома развивается в исходе течения декомпенсированного цирроза печени. Характерным является короткий преджелтушный период (3-5 дней), острое начало заболевания с повышением температуры тела до 38-40°C, вялость, адинамия, сонливость с приступами беспокойства и двигательным возбуждением, выраженные диспептические расстройства (тошнота, рвота, срыгивание, вздутие живота, разжижение и/или учащение стула). С появлением желтухи состояние больных резко ухудшается, симптомы интоксикации быстро нарастают, рвота становится более частой с примесью крови, прогрессирует геморрагический синдром, уменьшаются размеры печени, развиваются симптомы сердечно-сосудистой недостаточности.

## Диагностика

Постановке обоснованного диагноза способствует осмотр ребенка педиатром и детским инфекционистом, анализ сведений о развитии и течении заболевания (цикличность, характерная симптоматика), эпидемиологический анамнез (предшествующие гемотрансфузии, инъекции, инвазивные манипуляции, операции) и т. п.

Основная роль в диагностике гепатита В у детей принадлежит лабораторным методам: обнаружению маркеров (HBsAg, HBeAg, анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc), изменению биохимических показателей крови (повышению уровня билирубина и увеличению активности трансфераз).

При подозрении на гепатит В у детей в преджелтушном периоде следует исключить грипп, ОРВИ, пищевые токсикоинфекции, артрит; в желтушном периоде - вирусные гепатиты А, С, Е, желтую лихорадку, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусную инфекцию, синдром Жильбера, ЖКБ, холангит, панкреатит, цирроз печени.

С целью дифференциальной диагностики дополнительно проводятся МР-холангиография, УЗИ печени и желчного пузыря, сцинтиграфия печени, пункционная биопсия печени.

## Вирусный гепатит «С»

**Инкубационный период** составляет от 3 недель до 4 месяцев, в среднем 2-3 месяца. Длительность его зависит от пути проникновения вируса, дозы инфекта и возраста заболевшего. При массивных гемотрансфузиях он сокращается.

**Выделяют следующие периоды заболевания:**

1. **Продромальный (преджелтушный) период** - 4-7 суток, у отдельных больных до 3-х недель. Однако, в 80-90% случаев при остром ВГС желтуха не возникает. Заболевание характеризуется постепенным началом болезни. Основными симптомами и синдромами данного периода являются:
  - интоксикационный (гриппоподобный)
  - астеновегетативный
  - катаральный
  - диспептический
  - смешанный (диспептический ^катаральный)



Однако все симптомы могут быть слабо выражены. У детей чаще всего регистрируется диспептический синдром. При диспептическом синдроме отмечается снижение аппетита до полного отсутствия, дискомфорт в правом подреберье, ноющие боли в животе, тошнота, возможны 1-2-х кратная рвоты.

## **2. Период паренхиматозного гепатита (желтушный).**

При появлении желтухи симптомы интоксикации сохраняются или усиливаются. Клинические проявления часто ограничиваются вялостью, слабостью, снижением аппетита, появлением тяжести и неприятных ощущений в правом подреберье. Ведущие клинические симптомы и синдромы этого периода:

- интоксикация
- желтушность кожи и слизистых
- гепатомегалия
- спленомегалия (Патологическое увеличение размеров селезёнки.)
- холурия (Аномальное потемнение мочи из-за высокого содержания билирубина)

Ведущие лабораторные синдромы:

- синдром цитолиза (повышение АЛТ, АСТ, ЛДГ)
- желтуха (гипербилирубинемия за счет прямой фракции, выявление желчных пигментов, уробилина в моче, исчезновение стеркобилина и стеркобилиногена в кале)
- синдром холестаза (гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение уровня ГТП,ЩФ)
- синдром мезенхимального воспаления (ускорение СОЭ, повышение общего белка, р-, у-глобулинов, белков острой фазы)
- синдром печеночно-клеточной недостаточности (снижение альбумина, общего белка, протромбина, фибриногена, факторов свертывания)

Завершение данного периода ассоциируется с уменьшением ведущих клинических и лабораторных симптомов и синдромов.

**3. Период реконвалесценции** - длительность периода от 3 до 6 месяцев. В этот период происходит полное исчезновение клинических симптомов заболевания, восстановление функциональной активности и морфологической структуры печени. В 90-95% случаев заболевание в раннем детском возрасте протекает в безжелтушной, субклинической и инаппарантной формах. Затяжной процесс может возникать в любом периоде заболевания. Отмечается высокая частота хронизации HCV-инфекции от 40 до 81%. У взрослых частота перехода в хроническую ВСГ-инфекцию, аналогична детям, составляет 50-85%

## Диагностика

В диагностике гепатита С у детей учитывают данные клинического осмотра и эпидемиологического анамнеза, результаты биохимического, серологического (ИФА) и ПЦР исследований, пункционной биопсии печени.

У всех детей с гепатитом С в сыворотке крови отмечается повышение активности печеночных ферментов АЛТ и АСТ, в некоторых случаях - повышение уровня общего билирубина (прямой фракции), снижение протромбинового индекса, диспротеинемия.

РНК вируса гепатита С появляется в плазме крови через 3-4 дня после инфицирования (задолго до образования антител). ПЦР в режиме реального времени является самым ранним методом диагностики гепатита С у детей, позволяющим обнаружить РНК HCV, определить генотип и концентрацию вируса в крови (вирусную нагрузку). Чем больше вирусная нагрузка, тем тяжелее прогноз гепатита С и тем заразнее считается больной.

Гепатит С у детей необходимо дифференцировать с другими вирусными гепатитами, прежде всего, гепатитом В, гемолитической болезнью, ангиохолестазом, обтурационной желтухой.

## ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

### Вирусный гепатит «В»

Принципы лечения больных предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- купирование острых симптомов болезни и предупреждение развития осложнений;
- предупреждение рецидивов и формирования хронического гепатита.
  - Дети с диагностированным гепатитом «В» подлежат госпитализации в инфекционное отделение.
  - В течение всего желтушного периода показан постельный режим, затем – щадящий режим.
  - Назначается диета (стол №5 по Певзнеру) с преобладанием молочно-растительной, механически и химически щадящей пищи, обильное питье.
  - Базисная лекарственная терапия гепатита «В» у детей включает витамины групп В, С, А, Е; спазмолитики (папаверин, дротаверин), гепатопротекторы, желчегонные средства.
  - При тяжелых формах гепатита «В» у детей показаны интерфероны, дезинтоксикационная терапия, трансфузии плазмы и альбумина, при необходимости - глюкокортикоиды, гепарин, мочегонные препараты, плазмаферез, гемосорбция.
  - Диспансерное наблюдение реконвалесцентов проводится в течение 1 года (каждые 3 месяца) с осмотром кожи и видимых слизистых, определением размеров печени и селезенки, оценкой цвета мочи и кала, определением лабораторных показателей.
  - Детям, перенесшим гепатит В, рекомендуется санаторное лечение в учреждениях гастроэнтерологического профиля.

### Профилактика

Самым надежным способом профилактики гепатита «В» у детей является вакцинация, которая осуществляется трехкратно: в первые сутки после рождения ребенка, 1 и 6 месяцев жизни рекомбинантными вакцинами Регевак, Энджерикс В, Эувакс В, Комбиотех и др. Вакцинация против гепатита «В» обеспечивает 95% защиту от инфекции на 15 лет.

Неспецифическая профилактика гепатита «В» у детей предполагает: использование одноразового медицинского инструментария, тщательную обработку и стерилизацию



многоразовых инструментов, обследование доноров, проведение трансфузионной терапии по строгим показаниям.

### **Вирусный гепатит «С»**

Общие принципы терапии гепатита «С» у детей схожи с таковыми при других вирусных гепатитах и включают постельный режим, лечебную диету, симптоматические средства.

- Лечение гепатита «С» у детей направлено на предотвращение хронизации острой формы инфекции и влияние на развившийся хронический процесс.
- В педиатрии при хроническом гепатите «С» применяются препараты рекомбинантного интерферона-альфа (ИФН-α) в виде ректальных свечей и парентеральные формы.
- Схема лечения гепатита «С» ребенку подбирается индивидуально.
- В лечении гепатита «С» у детей в возрасте от 3 до 17 лет, не имеющих противопоказаний, назначается монотерапия или комбинация препаратов рекомбинантного ИФН-α с рибавирином или ремантадином (у детей старше 7 лет).
- Также назначают индукторы (меглюмина акридонацетат) и иммуномодуляторы (экстракты тимуса крупного рогатого скота).
- Продолжительность лечения гепатита «С» у детей зависит от многих факторов и составляет от 24 до 48 недель.

### **Профилактика**

Специфическая профилактика вирусного гепатита «С» в настоящее время не разработана.

Неспецифические меры профилактики вирусного гепатита «С» у детей включают: предотвращение перинатального инфицирования новорожденных, использование одноразовых и стерильных многоразовых медицинских инструментов, тщательное обследование доноров крови и тестирование препаратов крови, соблюдение правил личной гигиены, борьбу с наркоманией.

## РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

Роль медицинской сестры важна при лечении данных заболеваний. Медицинской сестре следует помнить о важности грамотной сестринской помощи больным вирусными гепатитами, поскольку именно сестринская помощь во многом определяет успешность лечения и исход заболевания. Кроме того, в помощи и консультации медицинской сестры нуждаются и родственники больных с вирусными гепатитами. Ведь именно медицинская сестра обеспечивает качественной медицинской помощью, исходя из учета потребностей и проблем ребёнка.

### Настоящие проблемы:

- физиологические - боль в правом подреберье, тошнота, потеря аппетита, зуд кожи, слабость, быстрая утомляемость;
- психологические - опасение за здоровье близких; дефицит знаний о сущности заболевания, правилах самоухода, мерах профилактики;
- социальные - боязнь разглашения диагноза;

### Потенциальные проблемы пациента:

- риск хронизации вирусного гепатита,
- риск истощения вследствие отказа от еды,
- риск отказа от лечения; депрессия.

### Цель сестринского ухода:

- исключить распространение инфекции;
- обеспечить благоприятный исход заболевания;
- организовать максимальный комфорт больному ребёнку

План сестринских вмешательств	Мотивация
1. Информировать больного и его родственников о заболевании	Обеспечивается право пациента на информацию Ребенок и его родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода
2. Изолировать больного на 21 день от появления желтухи или на 30 дней от начала заболевания	Обеспечивается профилактика распространения инфекции
3. Организовать хлорный режим при контакте с больным	Возбудители вирусного гепатита могут сохраняться на предметах, т.к. они устойчивы во внешней среде, что делает возможным передачу инфекции через предметы, «третье лицо»
4. Следить за регулярным проветриванием помещения, проведением влажных уборок не менее 2 раз в день	Уменьшается концентрация возбудителей во внешней среде Обеспечивается чистота воздуха.
5. Использовать при проведении манипуляций больному только индивидуальный инструментарий (по возможности, разовый).	Гепатиты «В», «С» передаются парентеральным путем
6. Обеспечить больному обильное питье	Уменьшается интоксикация
7. Организовать ребенку стол №5. Ограничения должны касаться животных белков, жирных, чрезмерно острых, соленых блюд, а также копченостей, маринадов, соусов, экстрактивных веществ	Соблюдение диеты предупреждает развитие осложнений печени
8. Обеспечить оптимальный двигательный режим (при наличии интоксикации - режим постельный, до выписки из стационара - полупостельный, в течение 24 недель после выписки - щадящий.)	Предупреждается затяжное, хроническое течение, обеспечивается благоприятный исход заболевания
9. Оберегать ребенка от травм	При вирусном гепатите страдает образование в печени витамина К, который участвует в процессе свертывания крови, следовательно, при травмах ребенка возможны; длительные кровотечения
10. Предупредить о необходимости проведения полового акта (беседа с подростками)	Предупреждается половой путь передачи вирусного гепатита

Таблица 1. План сестринских вмешательств



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласовывая данные изучения медицинской литературы о вирусных гепатитах «В» и «С», я пришла к выводу, что уровень заражения и распространения гепатитом «В» среди детей и подростков гораздо выше, чем уровень заражения гепатитом «С».

Данные о статистике распространённости представлены на диаграмме 1.



Диаграмма 1- Распространённость гепатитов «В» и «С».

На основаниях проведённой мной работы и опираясь на задачи исследования были сделаны следующие выводы:

1. Мне удалось изучить медицинскую литературу по вирусным гепатитам «В» и «С» и прийти к заключению, что вирусные гепатиты занимают ведущее место среди заболеваний печени.
2. Благодаря выше достигнутой задачи, я могу дифференцировать этиологию, патогенез и клинические проявления данных заболеваний.

3. Качественный сестринский уход имеет важную роль для благоприятного лечения заболевания и профилактики осложнений.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Михайлов М.И., Шахгильдян И.В., Онищенко Г.Г. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика). Москва, 2007.
2. Сестринский уход за больными детьми различного возраста. В 2 ч. : курс лекций для обучающихся по специальности 34.02.01 – Сестринское дело / сост. Н. Л. Филенкова, Н. В. Фукалова ; Фармацевтический колледж. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2016. – Ч 2. – 179 с
3. Холодок Л.Г., Романцова Е.Б., Холодок О.А. Вирусные гепатиты у детей: учебное пособие, Благовещенск: Буквица, 2011. - 38 с.
4. Вирусный гепатит В у детей [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/острый-гепатит-в-у-детей-кр-рф-2021/17066> Дата обращения (03.06.2023)
5. Вирусный гепатит С у детей [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/острый-гепатит-с-у-детей-кр-рф-2022/17218> Дата обращения (04.06.2023)