

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

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Заведующая кафедрой ДМН, профессор Мартынова Г. П.

РЕФЕРАТ
«Вирусный гепатит Е»

Выполнила: ординатор 2 года
обучения по специальности
«Инфекционные болезни»
Слепнева Екатерина Владимировна

Красноярск 2022

<i>Оглавление</i>	<i>Номер страницы</i>
1.Актуальность проблемы	3
2.Определение	3
3.Эпидемиология	3
4.Патогенез	4
5.Врожденный гепатит Е	5
6. Специфическая диагностика	5
7. Лечение на амбулаторном этапе	5
8.Тактика лечения на стационарном уровне	6
9.Исходы	7
10.Диспансеризация	7
11. Список литературы	8

Актуальность проблемы

Проблема вирусных гепатитов остается одной из центральных для мирового и отечественного здравоохранения. За последние 10 лет увеличилось количество случаев гепатита Е среди населения, проживающего в ранее считавшихся неэндемичных территориях по этой инфекции. В странах Европейского союза зарегистрированы вспышки, вызванные вирусом гепатита Е 3 генотипа, тяжёлые фульминантные и хронические формы заболевания, внепеченочные проявления в виде неврологических симптомов.

Определение

Вирус гепатита Е (HEV) – сравнительно небольшая вирусоподобная частица сферической формы с диаметром 26-34 нм, относится к семейству Caliciviridae, роду *Hepevirus*, содержит односпиральную РНК, не имеет антигенного родства с HAV. Известно 4 основных генотипа вируса, которые разделены на подтипы. В России чаще выделяют 1В и 3А генотипы вируса.

Эпидемиология

До недавнего времени ВГЕ относился к антропонозным инфекциям с *фекально-оральным механизмом передачи*. Однако в последние годы появились данные, раскрывающие роль животных в инфицировании человека. Так, установлено, что среди домашних свиней и кур частота выявления анти-ВГЕ может достигать 20,7% и 18,3% соответственно. Это указывает на принадлежность ВГЕ к группе зоонозов.

Основной путь передачи – преимущественно водный. Вместе с тем возможно заражение при употреблении инфицированной пищи. Контактно-бытовой путь передачи для ВГЕ не характерен, поскольку концентрация вируса в фекалиях больных значительно меньше, чем у пациентов с ВГА.

Заболеваемость. Наибольшее число заболеваний ВГЕ регистрируется в Юго-Восточной Азии, Средней Азии, Индии, Центральной Америке, где нередко возникают обширные водные вспышки. В тропических странах подъем заболеваемости совпадает с сезоном дождей, в Средней Азии – с осенне-зимним периодом. На Европейской части территории России ВГЕ носит преимущественно завозной характер.

Восприимчивость всеобщая, но чаще (70%) болеют взрослые, преимущественно лица до 30 лет. Дети среди заболевших составляют не более 30%. Редкость заболеваний ВГЕ в возрастной группе 5-10 лет объясняют относительно меньшей инфекционностью HEV и более высокой пороговой инфицирующей дозой.

После перенесенной инфекции формируется стойкий иммунитет.

Считается, что ВГЕ протекает тяжелее по сравнению с ВГА. Особенно часто тяжелые формы заболевания наблюдаются у беременных и кормящих женщин, среди которых летальность достигает высоких цифр. В то же время у иных контингентов больных показатель летальности не превышает 1%.

Патогенез ВГЕ подробно не изучен. Полагают, что по своей сути он не отличается от такового при ВГА.

Из желудочно-кишечного тракта HEV с портальной кровью проникает в гепатоциты. При этом, по-видимому, развивается прямой вирусный цитоллиз, тогда как иммунологические механизмы существенной роли не играют. Однако образующиеся антитела связывают вирусные частицы и блокируют инфекционный процесс. До настоящего времени остаются неясными механизмы формирования тяжелых и фульминантных форм ВГЕ у беременных. При этом допускается возможность образования особовирулентного мутанта HEV, вызывающего у беременных женщин извращение иммунного ответа.

Клиника. *Инкубационный период* при ВГЕ колеблется от 10 до 50 дней с максимальной продолжительностью до 7 недель.

Клинические проявления ВГЕ у большинства больных не имеют каких-либо характерных особенностей по сравнению с другими ВГ. Так, начало болезни может быть как острым, так и постепенным. Регистрируются желтушные и безжелтушные формы.

Преджелтушный период обычно четко прослеживается, длится от 1 до 10 суток, но может и отсутствовать. Как правило, он протекает по диспепсическому типу, наблюдается снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, артралгии. Лихорадка непостоянна и наблюдается лишь у 15% больных. К моменту появления желтухи развиваются гепатомегалия, ахолия, холурия.

Желтуха нарастает постепенно в течение 2-3 суток и сохраняется 2-3 недели. Ее появление не сопровождается уменьшением симптомов интоксикации и улучшением общего состояния. Общеинфекционные симптомы, диспепсические нарушения, боли в правом подреберье сохраняются в течение нескольких дней желтушного периода. Возможно формирование холестатических вариантов заболевания. Общеинфекционные симптомы кратковременны и слабо выражены.

При параклиническом обследовании обнаруживается увеличение содержания билирубина в 2-10 раз (преимущественно за счет прямой фракции), повышение активности АЛТ и АСТ, тимоловая проба – в норме, или

незначительно повышена (1,5 – 2 раза). Характерно снижение сулемовой пробы.

Преобладают атипичные и легкие формы болезни. Вместе с тем избирательная тяжесть течения болезни с летальным исходом наблюдается у беременных женщин, особенно в поздние сроки беременности, родильниц и кормящих матерей. При этом заболевание протекает по фульминантному типу с развитием массивного некроза печени и гепатоцеребральной недостаточности. Роды у больных женщин сопровождаются массивными кровотечениями (носовые, маточные, желудочные, кишечные, легочные), которые возникают в результате развития ДВС-синдрома и острой почечной недостаточности. Характерна гемоглобинурия, которая развивается вследствие гемолиза эритроцитов и является одним из критериев тяжести ВГЕ. Доля поврежденных эритроцитов колеблется до 5%, а в терминальной стадии может достигать 50%.

Врожденный гепатит Е

ВГЕ как внутриутробная инфекция наиболее часто возникает при заражении беременной в третьем триместре беременности. Отмечают повышенную частоту выкидышей и внутриутробную гибель плода. Смерть новорожденных часто возникает на первой неделе жизни из-за тяжелых метаболических нарушений, обусловленных поражением печени матери.

Течение ВГЕ (по длительности) чаще острое, реже затяжное.

Специфическая диагностика ВГЕ сводится к обнаружению в крови *анти-HEV IgM*, которые появляются на 10–12 день болезни и циркулируют 1-2 месяца. *Анти-HEV IgG* вырабатываются рано, быстро повышаются в разгар болезни и сохраняются более 12 лет.

РНК HEV в крови и кале обнаруживается уже в периоде инкубации, спустя несколько дней после развития клинических симптомов вирус исчезает из крови, однако еще в течение 2-х недель продолжает выделяться с калом.

Лечение на амбулаторном уровне

Полупостельный режим назначают больным на период разгара заболевания. Создается физический покой, питье жидкости (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели). Рацион питания максимально обогащается естественными витаминами за счет включения в него фруктов, овощей, соков.

Немедикаментозное лечение (базисная терапия):

-Режим: полупостельный на период разгара заболевания;

-Диета: стол № 5, где сохраняется возрастная норма белков, жиров и углеводов, пища должна быть приготовлена механически и химически

щадящая, без экстрактивных веществ, исключаются мясные бульоны, острые и пряные приправы, трудно перевариваемая клетчатка.

-Питье жидкости вода, морсы, компот; щелочная минеральная вода

Медикаментозное лечение

Дезинтоксикационная терапия – для легкой формы проводится энтерально: 5% раствор глюкозы.

Тактика лечения на стационарном уровне

Больные дети гепатитом Е не нуждаются в назначении каких-либо лекарственных препаратов. Щадящий двигательный режим, лечебное питание, оптимальные условия госпитализации, исключающие возможность супер инфицирования, особенно другими вирусными гепатитами, обеспечивают гладкое течение заболевания и полное клиническое выздоровление.

Больным со средней и тяжелой степени тяжести по показаниям (повторная рвота, отсутствие аппетита) необходимо проведение в/в дезинтоксикационной терапии из расчета 30 - 50 мл/кг в сутки - введение

Немедикаментозное лечение (базисная терапия):

Режим: постельный для тяжелой формы и полупостельный для среднетяжелой формы болезни.

диета: стол № 5, где сохраняется возрастная норма белков, жиров и углеводов, пища должна быть приготовлена механически и химически щадящая, без экстрактивных веществ, исключаются на острый период болезни мясные бульоны, острые и пряные приправы, трудно перевариваемая клетчатка растворов 5%, 10% глюкозы, Рингера, 0,9% натрия хлорида.

Медикаментозное лечение:

Дезинтоксикационная терапия – энтерально: 5% раствор глюкозы, вода, морсы, компот; щелочная минеральная вода и парентерально при средней и тяжелой степени тяжести по показаниям (повторная рвота, отсутствие аппетита) в/в дезинтоксикационная терапия из расчета 30 -50 мл/кг в сутки - введение растворов 5%, 10% глюкозы, 0,9% натрия хлорида.

При желтухе более двух недель и холестазае-урсодезоксихолевая кислота 10-15 мг/кг в сутки в течение всего желтушного периода.

Исходы

При неосложненном течении ВГЕ как правило наступает выздоровление., реже – постгепатитная дискинезия желчевыводящих путей. Летальность составляет 1% в общей популяции. У беременных летальность составляет 44-60% . Хронические формы формируются крайне редко, в основном у пациентов получающих иммуносупрессивную терапию после трансплантации органов.

Диспансеризация

Все реконвалесценты ВГЕ подлежат обязательному диспансерному наблюдению в течение 3– 6 мес.

Диспансеризацию лучше проводить в специальном кабинете, организованном при стационаре. При невозможности организации такого кабинета диспансеризация проводится врачом-инфекционистом кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) детской поликлиники (либо врачом педиатром). Осмотр реконвалесцента с проведением лабораторного обследования (билирубин, АЛТ, тимоловая проба) проводится в 1, 3 и 6 мес.

Реконвалесценты ВГА могут приступить к учебе через 2 недели после выписки из стационара, но освобождаются от занятий физической культурой, тяжелой физической нагрузки на 3–6 мес, спортом – 6 мес. В течение 3-х мес. противопоказано проведение плановых профилактических прививок.

При отсутствии жалоб, хорошем самочувствии, нормальных размерах печени и показателях функциональных проб срок диспансерного наблюдения может быть сокращен до 3-х месяцев. При наличии у реконвалесцента клинических или биохимических признаков незавершенности процесса, диспансерное наблюдение осуществляется до 6 мес. После снятия с учета помимо проведения биохимического анализа крови, пациенту назначается УЗИ органов брюшной полости.

Диспансеризация реконвалесцентов, проживающих в сельской местности, осуществляется при инфекционных отделениях центральных районных детских больниц и в детских поликлиниках.

Лекарственная терапия реконвалесцентов строится по индивидуальному плану. По показаниям в этот период проводится лечение дискинезии желчевыводящих путей, осуществляется коррекция дисбактериоза кишечника и др. мероприятия.

Список литературы

1. Вирусные гепатиты у детей: учебное пособие/ сост. Г.П. Мартынова, И.А. Соловьева, Я.А. Богвилене, И.А. Кутищева, М.А. Строганова
– Красноярск 2017г.
2. Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2017
Категории МКБ: Гепатит а без печеночной комы (B15.9), Гепатит а с печеночной комой (B15.0), Острый гепатит а (B15), Острый гепатит е (B17.2)
3. Научная статья: Вирусный гепатит Е. Современный взгляд на проблему
Малинникова Е.Ю., Кюрегян К.К., Поляков А.Д., Амон Е.П., Михайлов М.И.
- Москва 2018 г.

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

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ

Ассистента кафедры детских инфекционных болезней с курсом ПО

Иккес Любови Александровны

На реферат ординатора 2-го года обучения специальности «Инфекционные болезни»

по теме «Вирусный гепатит Е»

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	<i>наличие</i>
2. Наличие орфографических ошибок	<i>отсутств.</i>
3. Соответствие текста реферата по теме	<i>наличие</i>
4. Владение терминологией	<i>наличие</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	<i>наличие</i>
6. Логичность доказательной базы	<i>наличие</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	<i>наличие</i>
8. Круг использования известных научных источников	<i>наличие</i>
9. Умение сделать общий вывод	<i>наличие</i>
10. Актуальность	<i>наличие</i>

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата: *18.10.2022*

Подпись рецензента: *[подпись]*

Подпись ординатора: *[подпись]*