**Вирусный гепатит А и Е.**

Врачи древности полагали, что секрет выздоровления человека скрыт в нем самом. Большинство заболеваний может быть побеждено, если человек, обладая сильной волей, внимателен к себе и окружающим и готов соблюдать определенные правила в повседневной жизни. Гепатит не является исключением, поэтому всегда следует помнить самое главное правило борьбы с этим заболеванием — жизнь не прекращается, даже если у вас обнаружен гепатит.

**Вирусные гепатиты** – инфекционные антропонозные заболевания, вызываемые гепатотропными вирусами (А,В, C, D, E, G и др.), характеризующиеся преимущественным поражением печени, протекающие с интоксикацией и в ряде случаев с желтухой.

По механизмам и путям передачи выделяют две группы вирусных гепатитов: с фекально-оральным механизмом (А, Е) и кровоконтактным механизмом (B,C,D,G).

**Вирусный гепатит А (болезнь Боткина) .**

**Вирусный гепатит А**

Эпидемическая желтуха была описана впервые еще в античную эпоху, однако гипотеза об инфекционной природе желтух была впервые сформулирована Боткиным только в 1888 году.

Самые ранние эпидемические вспышки гепатита А были описаны в XVII-XVIII веках. Неэпидемические, спорадические случаи вирусного гепатита А были описаны как катаральная желтуха - то есть желтуха, сопровождающаяся симптомами обычной простуды. Прошел целый век, прежде чем Кокэйн (Cockayne) предположил, что эпидемическая и неэпидемическая формы желтухи являются проявлением одной и той же инфекции, а МакДональд (McDonald) постулировал, что она вызвана одним вирусом. Знания о фекально-оральном механизме распространения вируса гепатита А, с испражнениями зараженных, были получены только во время Второй Мировой войны в ходе испытаний на группах добровольцев. Стоит заметить, что гепатит А всегда был "военной" проблемой и первые описания эпидемий среди военных были сделаны во время Первой Мировой войны. В 1941-42 гг. желтуха стала проблемой для английских войск в ходе военных действий на Среднем Востоке, когда около 10% личного состава войск ее Величества были "выведены из строя" вирусным гепатитом А. Английским врачам удалось установить, что плохие санитарные условия и отсутствие канализации являются главными причинами распространения инфекции. С этого момента, в 1943 г. в Великобритании (и параллельно в США) были начаты углубленные исследования проблемы, ученым была поставлена цель окончательно выяснить механизм распространения инфекции и выработать средства борьбы с ней. В ходе этого исследования было выяснено, что однажды переболевший вирусным гепатитом А пожизненно защищен от этой инфекции. Факт пожизненного иммунитета натолкнул исследователей на мысль о том, что сыворотка переболевших гепатитом А может быть использована как средство профилактики. Эффективность использования обычного человеческого иммуноглобулина (считается, сыворотка взрослых содержит антитела к вирусу гепатита А) была продемонстрирована уже в 1945 г., когда результатом иммунизации 2700 американских солдат, принимавших участие в военной операции союзников на Среднем Востоке, стало 86% снижение заболеваемости.

**Этиология:** возбудитель - вирус А, содержит РНК, без наружной оболочки, устойчив к факторам внешней среды (низкие температуры, при комнатной температуре несколько месяцев), чувствителен к дезинфекционым средствам и УФО, при кипячении погибает через 5 минут. Гепатотропен.

**Эпидемиология**: Источник инфекции: больные с бессимптомной формой, безжелтушным и стертым течением с инкубационного периода до начала периода разгара (вирус обнаруживается в фекалиях). Описаны случаи заражения от шимпанзе и др. видов обезьян. Механизм заражения: фекально-оральный. Пути заражения: водный (при употреблении мидий, моллюсков собранных в зонах, загрязненных сточными водами), пищевой – овощи и ягоды, удобренные фекалиями человека (клубника, салат), контактно-бытовой. В 5% случаев парентеральный (наркоманы), мб половой (гомосексуалисты). Восприимчивость высокая, чаще болеют дети 3-12 лет, характерны групповые вспышки, сезонность –лето, осень. После перенесенной инфекции стойкий напряженный иммунитет**.**Длительность нетрудоспособности в среднем составляет 35 дней.

**Клиника:**

Классификация:

По клиническим формам:

- субклиническая,

-безжелтушная,

- желтушная (периоды: инкубационный, преджелтушный, желтушный, реконвалесценции).

Инкубационный период – 15-40 дней. Продромальный 5-7 дней и может проткать по вариантам:

-гриппоподобный: повышение температуры 1-3 дня, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, головная боль, температура 39-40, озноб;

- диспепсический: тошнота, рвота, дискомфорт в эпигастрии, снижение аппетита;

- астеновегетативный;

-смешанный.

В конце периода моча темнеет (холурия – цвет темного пива), а стул обесцвечивается (ахолия).

Желтушный период: появление желтушного окрашивания в первую очередь ротовая полость и склеры, затем слизистые и кожа, боли и тяжесть и правом подреберье, увеличение печени и селезенки, брадикардия, гипотония, общая слабость, снижение аппетита, м.б. кожный зуд. С появлением желтухи самочувствие улучшается. Продолжительность периода 2-3 недели. Признаки болезни исчезают постепенно: сначала проходит желтуха, затем нормализуются размеры печени.

Период реконвалесценции от 1 мес. до 6 мес.

Наиболее тяжелыми клиническими формами вирусного гепатита А являются **холестатическая** (дословно "застой желчи") и фульминантная (молниеносная). При первой доминирующими симптомами становятся выраженная желтуха, значительное увеличение печени и сильный кожный зуд, причиной которого является раздражение нервных рецепторов кожи компонентами желчи. Застой желчи при такой форме вирусного гепатита А вызван значительным воспалением стенок желчных протоков и печени в целом. Несмотря на более тяжелое течение, прогноз при холестатической форме гепатита А остается благоприятным. Этого нельзя сказать о **фульминатной**, молниеносной форме гепатита А, к счастью довольно редкой среди детей и молодых взрослых (частота составляет доли процента), но нередкой у пожилых пациентов (несколько процентов случаев). Смерть наступает в течение нескольких дней, вследствие острой печеночной недостаточности.

**Исходы**: выздоровление без остаточных явлений, выздоровление с остаточными явлениями, затяжная реконвалесценция. Могут быть обострения, рецидивы.

**Осложнения:** астеновегетативный синдром, дисфункция биллиарной системы, летальность до 2% из-за острой печеночной недостаточности (печеночная кома).

**Клиника ОПН** – психоневрологическая симптоматика (энцефалопатия): нарушение сна, кошмарные сноведения, эйфория и заторможенность, галлюцинации, спутанность сознания, геморрагический синдром, сокращение размеров печени при выраженной желтухе, « печеночный запах изо рта, тахикардия, гипотензия.

Печеночная энцефалопатия характеризуется асоциальным поведением или нарушением характерологических особенностей больного. Ночные кошмары, головная боль, головокружение относятся к ранним признакам. Появление делириозно-маниакального состояния и судорожного синдрома указывает на стимуляцию ретикулярной формации. Периоды спутанного сознания часто сочетаются с неадекватным поведением. Клинически выделяют 4 стадии печеночной энцефалопатии. 1 стадия печеночной энцефалопатии(продромвальная) характеризуется преобладанием эмоционально-психических расстройств. Появляются варьирующие нарушения поведения, эмоциональная неустойчивость, чувство тревоги, тоски, апатия, эйфория, замедление мышления, ухудшение ориентировки, инверсия сна. Больные часто становятся слезливыми, слабодушными. Психические реакции pi речь замедлены, наблюдаются периоды оцепенения с фиксацией взгляда, возможно некоторое психомоторное возбуждение, реже агрессивность с негативизмом, но ориентация и критика сохраняются. Отмечаются начальные нарушения речи и письма. 2 стадия печеночной энцефалопатии (прекома) характеризуется углублением психических и неврологических нарушений. Больные совершают бессмысленные поступки. Периодически возникают делириозные состояния с судорогами и моторным возбуждением, во время которых больные становятся агрессивными, пытаются бежать. Появляются атаксия, дизартрия, дисгра-фия, стереотипные движения, рефлексы повышены, "хлопающий" тремор пальцев. Отмечается неопрятность, фамильярность, агрессивное отношение к медицинскому персоналу, провалы памяти. Развивается оглушение, сознание часто спутанное. Часто возникает лихорадка, возможны желтуха с печеночным запахом из рта. Дыхание учащенное, глубокое.

3 стадия печеночной энцефалопатии (ступор). Выявляется комплекс общемозговых, пирамидальных и экстрапирамидатгьных расстройств. Больные пребывают в коме с периодическими пробуждениями. Реакция на свет зрачков сохраняется (признак метаболической комы), отмечается скрип зубов, тризм, фибриллярные подергивания и судороги мышц, недержание мочи. Желтуха выражена, на коже проявляются петехии, кровоизлияния. Возможно развитие желудочно-кишечных кровотечений. Отмечается тахикардия со снижением артериального давления. Частота дыхания увеличена. 4 стадия печеночной энцефалопатии (печеночная кома) характеризуется утратой сознания, лицо становится маскообразным, исчезают реакции на болевые раздражители. Появляется ригидность мышц конечностей, затылка. В терминальной фазе зрачки расширяются, реакция на свет исчезает, рефлексы угасают.