

**ГУЗ «Саратовский областной центр
медицинской профилактики»**

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО №4

за 4 квартал 2016 года

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ГЕПАТИТАХ?

«Желтая» угроза

Согласно данным ВОЗ вирусными гепатитами инфицировано более одного миллиарда населения планеты, что значительно превышает распространенность ВИЧ-инфекции в мире. Вирусный гепатит инфекционное заболевание, вызываемое вирусами и сопровождающееся острым воспалением печени. Этот жизненно важный орган человека отвечает за вывод токсинов, а также синтез белков и компонентов, необходимых для пищеварения. Чем большее количество клеток печени поражено, тем больше в организме остается токсических веществ и хуже идет процесс усвоения пищи.

Первый вирус гепатита, вирус А, был открыт сто лет назад С. П. Боткиным, остальные были обнаружены сравнительно недавно — их научное изучение началось в середине XX века и до сих пор многое для нас остается пока неизвестным. На сегодняшний день известно девять вирусов, вызывающих гепатит. Вирус внедряется в клетки печени и использует их для своего размножения. Кроме клеток печени, гепатит может поражать и другие клетки, в том числе клетки кровеносных сосудов, почек, поджелудочной железы и даже нервные клетки. Вирусные гепатиты могут протекать в острой и хронической формах. Хронический гепатит развивается у каждого десятого, перенесшего гепатит В, и у каждого второго, перенесшего гепатит

С. От хронических форм гепатитов и провоцируемых ими цирроза и первичного рака печени, ежегодно в мире умирает более 2 млн. человек.

Классификация гепатитов основана на том, какими путями передается и распространяется инфекция.

Болезни «грязных рук»

Так называют энтеральные гепатиты, вызываемые вирусами А и Е, которые передаются фекально-оральным путем. Для них характерны эпидемические вспышки, поражающие большое количество людей. Заражение происходит чаще при употреблении некачественной воды в местностях с плохой системой канализации и водоснабжения, низкой санитарной культурой населения, в условиях неблагоприятной окружающей среды.

Вирусным гепатитом А в основном болеют дети в возрасте от 3 до 10 лет. На их долю приходится 70–80% всей заболеваемости. Болезнь чаще всего протекает в легкой форме, а у детей до 5 лет, как правило, бессимптомно. Клинические проявления наблюдаются у 50–80% инфицированных взрослых, у пожилых пациентов встречаются молниеносные формы. Продолжительность заболевания 2–3 недели. Клинические признаки типичны для гепатитов — слабость, утомляемость, потеря аппетита, тошнота, рвота, и конечно, самый характерный признак — желтушность кожных покровов и склер, которая появляется через 7–10 дней после начала заболевания. Также отмечается потемнение мочи и обесцвечивание кала.

Профилактика энтеральных гепатитов заключается в соблюдении правил личной гигиены, улучшении общей санитарной обстановки, качества пищи и водоснабжения. Разработаны и применяются различные вакцины, пассивная иммунопрофилактика.

Еще одна проблема века

Второй группой гепатитов являются парентеральные гепатиты, наиболее известные из них — В и С. Парентеральные гепатиты отличаются тяжестью течения и последствиями заболевания. Они передаются гемоконтактным путем: для заражения определенные жидкости организма — кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко, слюна, а также пот или слезы больных острыми и хроническими гепатитами должны попасть в кровь здорового человека. Это может произойти при переливании крови и трансплантации органов, при использовании нестерильного медицинского (шприцы, катетеры, иглы) и косметического инструментария (при нанесении татуировок, пирсинге, маникюре и педикюре), при прямом попадании крови в организм через ранки, язвочки, слизистые оболочки, при пользовании общими зубными щетками, бритвенными приборами, мочалками, обезличенными полотенцами, при незащищенных сексуальных контактах, от инфицированной матери ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. В других ситуациях, например, при объятиях и рукопожатиях, в общественном транспорте или бассейне, когда не происходит обмена жидкостями

организма заразиться парентеральными гепатитами невозможно.

Симптомы парентеральных гепатитов — слабость и усталость, потеря аппетита, боль в правом подреберье, температура, тошнота, рвота, суставные и мышечные боли, желтушность кожи и белков глаз, потемнение мочи и осветленный цвет кала.

При появлении этих признаков необходимо незамедлительно обратиться к врачу. Нужно иметь в виду, что некоторых симптомов может и не быть, а гепатит С часто протекает вообще бессимптомно. При подозрении на заражение вирусными гепатитами необходимо сдать специальные анализы крови. Но в инкубационный период (время от момента заражения до развития заболевания), тесты на гепатит могут быть отрицательными. Поэтому рекомендуется сдать повторные анализы через 3 и 6 месяцев после вероятного заражения. Следует также учитывать, что в период инкубации инфекции, а также при бессимптомных и хронических формах гепатитов, когда заболевание никак себя не проявляет, инфицированный человек заразен и может передать вирус окружающим.

При дальнейшем развитии инфекции очень важны своевременное выявление и комплексная оценка признаков нарастания печеночной недостаточности и прогрессирования некротических процессов в печени. Необращение за медицинской помощью провоцирует тяжелое течение гепатита — усиливается общая мышечная слабость, головокружение, апатия, отсутствие аппетита, тошнота, учащается рвота, появляется немотивированное возбуждение, нарушается память;

прогрессирует желтушная окраска кожи, появляется геморрагическая сыпь на коже и носовые кровотечения, кровоизлияния из мест инфекций, черный стул, рвота «кофейной гущей», отеки в области живота и нижних конечностей.

«Злой» гепатит

Особой тяжестью течения отличается вирусный гепатит В. Несомненно, он является не меньшей проблемой человечества, чем ВИЧ-инфекция и СПИД, а по распространенности превосходит ее в несколько раз. По данным ВОЗ, более трети населения мира уже инфицированы вирусом гепатита В (ВГВ), из них 350 млн. человек являются носителями этого вируса. Каждые 15–20 лет от вирусных гепатитов в мире гибнет больше людей чем во вторую мировую войну. Из них ежегодно 100 тысяч — от молниеносной формы, 500 тысяч — в течение острой инфекции, около 700 тысяч — от цирроза печени и 300 тысяч — от карциномы печени.

Значителен экономический ущерб от гепатита, например, в США, в стране с низкой эпидемичностью, он ежегодно превышает 300 млн. долларов. Россия относится к регионам с относительно высоким уровнем распространенности гепатита В и устойчивой тенденцией к его росту в последние годы. С гепатитом В в определенной степени связано в настоящее время подавляющее большинство летальных исходов и большая часть случаев развития хронических заболеваний печени, включая циррозы и первичный рак печени. В России и странах СНГ ежегодно погибают

около 10 тысяч человек. Из них 5 тысяч — от острого и 4 тысячи от хронического гепатита В.

Истоки столь устойчивого и масштабного свойства находятся, конечно, в самом вирусе. Характерными свойствами ВГВ являются его чрезвычайно высокая инфекционность и устойчивость в окружающей среде. Инфицирующей дозой ВГВ считается 0,0001 мл зараженной крови, но в некоторых случаях лишь 0,0000001 мл сыворотки с наличием вируса может стать причиной заражения гепатитом В. Вирус способен выживать в сыворотке крови при 30С в течение 6 месяцев, при -20С — 15 лет; после прогревания до 60С — в течение часа, и погибает лишь при 20-минутном кипячении.

Попав в организм человека, ВГВ может вызвать развитие острой или хронической вирусной инфекции или развитие бессимптомного (иногда пожизненного) вирусоносительства. Инкубационный период вирусного гепатита В продолжается от 42 до 180 дней. Заболевание начинается с появления выраженной слабости, вялости, снижения аппетита вплоть до его отсутствия. Нередки тошнота и рвота. Часто отмечается зуд кожи, боли в суставах, а также пожелтение склер и кожи — характерный признак гепатитов.

Передается ВГВ как и все парентеральные гепатиты гемоконтактным путем. По сравнению с другими гепатитами у ВГВ актуален и высок риск заражения половым путем. Именно с этим связан пик заболеваемости подростков и молодых людей, начинающих половую жизнь со взаимоотношений, далеких от моногамности. На долю лиц в возрасте от

15 до 30 лет приходится до 70–80% больных острым гепатитом В. Риск заражения детей, рожденных от матерей-носителей вируса составляет 10%. Примерно у 15% из них развивается хронический гепатит. Передача вируса вследствие его высокой устойчивости во внешней среде возможна также в повседневной жизни — через носовые платки, полотенца, постельное белье на которых остались инфицированные ВГВ кровь, слюна и др.

У значительной части больных имеет место заражение при парентеральных манипуляциях и, к сожалению, в медицинских учреждениях. До введения одноразовых инъекционных инструментов риск заражения гепатитом В был очень высок. Применение одноразовых шприцев, игл, катетеров и систем безусловный прогресс в борьбе с вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией.

Однако, самыми многочисленными группами риска в отношении заражения ВГВ остаются три следующие: пациенты, получающие переливание крови или ее препаратов, медицинские работники, имеющие контакт с кровью и потребители инъекционных наркотиков, использующих общие шприцы и иглы.

Гепатит В — единственный из парентеральных гепатитов, против которого разработана вакцина. Создание 20 лет назад вакцины, сначала из плазмы крови, затем методом генной инженерии, породило надежду на успех в борьбе с ВГВ. В вакцинации в первую очередь нуждаются: дети, чьи матери являются носителями вируса, медицинский персонал и студенты-медики, подростки, люди, имеющие постоянный контакт с носителями и больными ВГВ, люди, подвергающиеся

частым медицинским манипуляциям, сотрудники МВД, потребители инъекционных наркотиков, секс-работницы. Носители ВГВ и лица, имеющие антитела к вирусу гепатита В в результате перенесенной инфекции не нуждаются в вакцинации, однако, она не наносит вреда в случае ее проведения.

Вакцинация проводится по специальным схемам трехкратно. Срок действия ее 5–7 лет. Прививка от вирусного гепатита В включена в Национальный календарь прививок. Вакцинация проводится всем детям до 18 лет и взрослым людям в возрасте до 55 лет. Новорожденным первую вакцинацию проводят в родильном доме. Предусмотрена программная вакцинация профессиональных групп риска (медицинские работники).

Проведение вакцинопрофилактики может обеспечить значительное снижение заболеваемости этой инфекцией, а систематическая вакцинация новорожденных в состоянии заметно повлиять на уровень носительства вируса.

«Ласковый» убийца

Другим из наиболее распространенных парентеральных вирусных гепатитов является гепатит С. Официальная регистрация ВГС в нашей стране началась в 1994 году. По данным МЗ РФ за период до 2000 года показатели заболеваемости этой инфекцией выросли в 6 раз. В некоторой степени отмеченный рост связан с улучшением диагностики инфекции, однако, имеется очень много данных о подлинной активизации эпидемического распространения ВГС. В мире

насчитывается 170–200 миллионов носителей ГС. Около 80% из них — больны гепатитом С. Причем на один желтушный случай острого ГС приходится шесть случаев, протекающих без характерных симптомов. Для ВГС вообще характерно бессимптомное проявление инфекции, вследствие чего, болезнь редко попадает в поле зрения врачей. В то же время, ГС свойственна совершенно необычная высокая частота хронизации. За тихий и коварный нрав ГС называют «ласковым убийцей». По данным НИИ вирусологии у 56% больных острым гепатитом С, протекающим с желтухой и у 80% — без желтухи, развиваются хронические формы. По зарубежным исследованиям у 40% больных хроническим гепатитом С в течение 20 лет развивается цирроз, а в последующем у трети из них — первичный рак печени.

Структура путей передачи вируса гепатита С в последние годы претерпела большие изменения. Если в 1993 году на долю риска заражения в медицинских учреждениях приходилось почти 50%, то сейчас только 3–11%. Основная масса больных (до 70%) — это потребители инъекционных средств, заразившиеся при совместном использовании шприцев. Наркотики превратили ГС из проблемы медицинской в проблему социальную. Этим и объясняется преобладание среди заболевших лиц в возрасте 15–25 лет. Другие пути передачи ГС (половой, от матери к ребенку) существуют, но малоактивны. Установлено, что передача вируса С от матери к ребенку происходит в 3,5 раза, а половая в 7–8 раз реже, чем гепатита В. К группам риска ВГС, как и при ВГВ относятся медицинские работники, лица,

имеющие по роду работы контакты с кровью, пациенты гемодиализа и после переливания крови, потребители наркотиков.

Источником инфекции при ВГС также является больной острой или хронической формой инфекции. Инкубационный период от 20 до 150 дней. Клиническая картина при гепатите С выражена не ярко, жалобы редкие, проявление желтухи — минимально. Тяжелые формы гепатита С развиваются крайне редко. При обострении хронического ГС появляются жалобы на быструю утомляемость, слабость, прогрессирующее снижение трудоспособности, нарушение сна. Поскольку заболевание часто протекает без желтухи, многие больные пропускают стадию обострения и не обращаются за своевременным лечением.

К сожалению, специфической защиты против ВГС, в отличие от вируса В — нет. Вирус С изменчив и создать вакцину против него пока не удалось, хотя научные разработки в этом направлении ведутся.

В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами, особенно гепатитом С. Так, по данным здравоохранения США уровень смертности от ВГС в ближайшие несколько лет может достигнуть и даже превысить число смертей, связанных со СПИДом. Возбудители вирусных гепатитов намного устойчивее и инфекционнее возбудителя ВИЧ-инфекции. Особенно опасны наслоения инфекций, так называемые «микст-гепатиты» — 2, 3 и более в одном организме. Но в отличие от ВИЧ-инфекции и СПИДа, вирусные гепатиты поддаются медикаментозному лечению и при

своевременном выявлении при назначении общей и специфической терапии дают надежду на благополучный исход заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ТУГОУХОСТИ

Проблема тугоухости в последнее время становится очень актуальной. Сегодня нарушения слуха наблюдаются у 2-3% людей разного возраста и ежегодно количество тугоухих растет. Клинически значимая тугоухость нередко приводит к тотальной глухоте. Чтобы избежать такого серьезного осложнения, необходимо знать причины и симптомы, а также ознакомиться с профилактическими мероприятиями.

Тугоухостью называют снижение слуха, которое характеризуется затрудненным восприятием речи на среднем и небольшом расстоянии. В некоторых случаях больной не слышит чужой шепот. Также наблюдаются ситуации, когда человек может различать только очень громкие голоса. В итоге это приводит к невозможности нормально общаться с окружающими. Главным симптомом тугоухости считается снижение слуха. Иногда оно отмечается только в конкретном частотном диапазоне. Другие характерные симптомы: шум в ушах, легкое головокружение, неразборчивость речи, тошнота и даже рвота. У детей, которые страдают от тугоухости, наблюдаются замедление развития речи и психики.

Как правило, тугоухость обнаруживается в детском возрасте. В таком случае причинами тугоухости могут быть отит, корь, краснуха, ОРЗ, грипп и др. инфекции. Может быть врожденная тугоухость.

Одной из главных причин считаются болезни среднего уха. Так, гнойные выделения иногда не рассасываются, из-за чего на барабанной перепонке появляются рубцы, провоцирующие развитие тугоухости. У взрослых заболевание в большинстве случаев имеет производственный характер. Другими словами, причинами являются шумы и сильные вибрации на работе (авиация, железная дорога, ткацкое производство, кузнечные цеха и др.). Нередко к нарушениям слуха приводят отравления ядами (ртуть, свинец и др.) и атеросклероз. В пожилом возрасте заболевание возникает на фоне возрастных изменений внутреннего уха и слуховых нервов.

Специалисты выделяют 4 степени заболевания:

1 степень тугоухости – пациент не слышит тихие звуки и не может разобрать речь на большом расстоянии;

2 степень тугоухости – тихие звуки и разговор в шумной обстановке практически не слышны;

3 степень тугоухости – отчетливо слышна только довольно громкая речь, разговоры по телефону или с несколькими людьми затруднены;

4 степень тугоухости – громкая речь воспринимается с трудом, телефонные разговоры вообще не слышны.

Существует **3 типа** тугоухости, которые отличаются между собой уровнем поражения:

1. Кондуктивная разновидность тугоухости, объясняется наличием препятствия на пути, по которому идет звук. Таким препятствием может быть серная пробка, различные патологии, отосклероз, опухоли,

повреждения слуховых косточек, барабанной перепонки, наружный и средний отит.

2. Сенсоневральная или нейросенсорная разновидность тугоухости возникает вследствие повреждения чувствительных нервных клеток слухового нерва внутреннего уха и центральных образований слуховой системы. Характеризуется снижением болевого порога при восприятии звуков. Симптомами сенсоневральной тугоухости являются болезненные ощущения, когда звук едва превышает порог слышимости. Болезнь может развиваться при патологиях слухового нерва, аутоиммунных заболеваниях, болезни Меньера. Такие инфекционные заболевания, как менингит и корь, также иногда могут быть причинами сенсоневральной тугоухости. После приема ряда антибиотиков, включая **гентамицин и мономицин**, нарушение слуха становится необратимым. В некоторых случаях данная разновидность тугоухости возникает из-за сильного промышленного или бытового шума, а также отравления ртутью либо свинцом.

3. Смешанная разновидность тугоухости развивается при наличии нескольких факторов, способных вызывать сенсоневральную и кондуктивную тугоухость. Для коррекции такого нарушения подходят только сложные слуховые аппараты. Недолеченный отит у взрослых может стать причиной развития тугоухости.

Тугоухость делят на несколько видов в зависимости от времени развития нарушений слуха:

1. Внезапная тугоухость, для её развития достаточно нескольких часов. Причинами данного вида заболевания считаются опухоли, воздействие вирусов

кори и герпеса, некоторых препаратов, а также различные травмы. Такая тугоухость, как правило, односторонняя.

Излечение наступает через несколько суток. В редких случаях нарушение имеет необратимый характер.

2. Острая тугоухость, развивается в течение 2-5 дней, характеризуется медленным снижением слуха.

3. Хроническая тугоухость- нарушение слуха происходит постепенно. Этот процесс может длиться в течение нескольких месяцев и имеет прогрессирующую и стабильную стадию.

Профилактика тугоухости является важнейшим мероприятием, благодаря которому можно избежать инвалидности и не потерять полностью слух и включает в себя устранение экологических и профессиональных факторов воздействия на слуховой аппарат.

В данном случае необходимо:

- исключить, устранить и снизить шумовые, токсические и вибрационные вредности, использовать общие и персональные средства защиты.

- не применять в лечебной практике ототоксические лекарственные средства, особенно у детей и будущих мам.

- вовремя распознавать и грамотно лечить до полного выздоровления заболевания инфекционного характера (ОРВИ, риниты, отиты, синуситы и др.). Своевременная вакцинация против краснухи.

- устранять факторы риска: курение, прием спиртных напитков, лишний вес, повышенные показатели АД, холестерина.

- осуществлять генетические консультации до зачатия, если в семье есть случаи тугоухости.

Важно!

Особое значение имеет выявление признаков тугоухости на ранних стадиях у детей, поскольку вовремя не обнаруженные нарушения слуха приводят к задержке развития и формирования речи у детей, и, как следствие, отставанию в интеллектуальном развитии, что, в конечном счете, может привести к инвалидности, требующей долгой и не всегда успешной реабилитации.

Для того чтобы вовремя устранить проблемы со слухом у ребенка, родители должны знать, что:

- еще до рождения ребенка у его мамы в карте отмечаются перенесенные ею вирусные заболевания, тугоухость у близких родственников, прием ототоксических препаратов, токсикозы;

- в первые двое суток после рождения в роддоме врач-микрopedиатр осматривает малыша и, если есть какие-то подозрения на снижение его слуха, направляет ребенка на дополнительное обследование. Его нужно провести в течение первого месяца жизни;

- недоношенных детей обследуют сразу после выписки из стационара. Если подозрения подтвердятся, малыша направляют в областной сурдологический центр.

У детей раннего возраста выявление тугоухости представляет значительные трудности, поскольку они не могут дать ответа об отсутствии или наличии слухового ощущения. В последние годы проверка слуха у детей проводится с использованием специальной техники. При

этом регистрируется слуховой вызванный потенциал, который представляет собой электрический ответ на стимуляцию звуком. Ответ может быть разным в зависимости от параметров потенциала и места их отведения (компьютерная аудиометрия). По слуховым вызванным потенциалам можно определить наличие слуховой реакции у малыша любого возраста, а в случае необходимости даже у плода в утробе матери. Кроме того, подобное исследование позволяет получить объективное заключение не только о степени тугоухости, но и о месте поражения слухового пути, а также оценить перспективы терапии и реабилитации.

Также широкое распространение в аудиологической диагностике имеет метод объективной оценки слуха по импедансу (измерение акустического сопротивления) среднего уха.

При обнаружении тугоухости у маленьких пациентов их осмотр должен проводиться такими специалистами, как отоларинголог, логопед и психоневролог. Это делается для определения необходимости их в слухопротезировании, отправки ребенка в специальное учебное заведение.

Реабилитационные мероприятия включают в себя следующий план действий:

- прием медикаментозных средств;
- применение специальных логопедических и сурдологических методик развития речи и слуха;
- рекомендации психоневролога.

Хотя заметные достижения в вопросе борьбы с тугоухостью уже заметны, но они далеки от своего разрешения. Большого внимания требуют вопросы по

созданию миниатюрных слуховых аппаратов с целью их задействия в слухопротезировании, а особенно у малышей в первые годы жизни.

В 6–8 месяцев ребенку уже нужен слуховой аппарат, чтобы он мог заниматься с сурдопедагогом, который поможет ему в развитии речи;

Если в 1,5 года ребенок не слышит, можно ставить вопрос о кохlearной имплантации – вживлении электродов в улитку.