

Вирусный гепатит А - инфекционное заболевание, проявляющегося желтухой, которая вызвана вирусным поражением печени. Передается фекально-оральным путем, с загрязненной водой и продуктами. Источниками инфекции являются заболевшие.

Эпидемическая желтуха была описана впервые еще в античную эпоху, однако гипотеза об инфекционной природе желтух была впервые сформулирована Боткиным только в 1888 году. Дальнейшие исследования привели к разделению в 1960-х годах вирусного гепатита с фекально-оральным путем передачи (А) и сывороточного гепатита (В). Позднее были идентифицированы и другие вирусные гепатиты: С, D, Е и др.

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.

Вирус гепатита А отличается высокой устойчивостью к факторам внешней среды и дезинфекционным средствам. Длительность выживания вируса в продуктах достигает 1 года.

Показатели устойчивости:

Хлор - 30 мин.

Формалин - 72 часа

20% этиловый спирт - не инактивируется

кислая среда (рН 3.0) - не инактивируется

блюда из мяса и моллюсков (температура 80оС) - 20 мин.

выживание в воде (температура 20оС) - 3 дня

Вирус обычно проникает в организм фекально-оральным путем, то есть при употреблении в пищу инфицированных воды и продуктов. Менее характерным, но не менее актуальным способом передачи вируса является распространение с зараженной кровью и ее продуктами. Инфекция встречается у наркоманов, пользующихся общими шприцами и тех, кто получает препараты крови. Этот путь передачи редко принимается в расчет, хотя чисто умозрительное сравнение с вирусным гепатитом В может дать представление о возможной недооцененной распространенности вирусного гепатита А. Третьим, возможно менее актуальным, но вполне реальным путем распространения инфекции является воздушно-капельный путь.

Источником инфекции является больной человек в последнюю неделю инкубационного периода (который длится от 14 до 28 дней) и в первую неделю заболевания. Таким образом внешне здоровый человек может служить источником опасности для своего окружения. Длительность нетрудоспособности в среднем составляет 35 дней.

Большинство случаев заболевания начинается с гриппоподобных, напоминающих простудное заболевание симптомов - потеря аппетита, общая слабость, тошнота, рвота, повышение температуры. Впрочем, эти симптомы обычно не останавливают больных, они продолжают работать и не обращаются к врачам. Первым симптомом,стораживающим пациентов является потемнение мочи, что является одним из признаков желтухи. Цвет мочи меняется с обычного, соломенно-желтого до цвета темного пива. Другим признаком желтухи, который первыми замечают уже близкие больного, является пожелтение склер (белков глаз). Третьим классическим признаком желтухи является обесцвечивание кала. Следует сказать, что вирусный гепатит А может протекать и без желтухи, когда единственными признаками протекающей инфекции могут быть тошнота, потеря аппетита и, возможно, боли в животе. Частота желтушных форм увеличивается с возрастом, желтуха редко встречается у детей до 5 лет и является практически обязательным спутником гепатита А у взрослых.

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 фульминантной, 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.

Страны с умеренной эндемичностью характеризуются особым типом распределения заболеваемости. В сельской местности встреча с вирусом гепатита А происходит в детстве, иммунитет приобретается в более молодом возрасте. В городах, где легче соблюдать гигиенические требования, человек дольше остается восприимчивым, что, как ни парадоксально, приводит к большей частоте манифестных, а иногда и тяжелых форм гепатита А у горожан. Таким образом, жители городов, выезжающие в сельскую местность также являются группой риска.

Другими группами риска являются:

лица выезжающие в командировки в неблагополучные по гепатиту А регионы, в том числе - военные

- работники канализационных служб и водоснабжения,
- работники предприятий торговли и питания,
- группы риска по осложнениям и смертности вследствие гепатита А: лица, являющиеся хроническими носителями вируса гепатита В, пациенты с хроническими заболеваниями печени.

При проведении профилактики следует учитывать тот факт, что выработка иммунитета после вакцинации занимает как минимум 2 недели (как максимум - 4 недели), поэтому в некоторых случаях, требующих немедленной защиты, может быть использован проверенный еще во времена Второй Мировой войны метод - иммунизация нормальным человеческим иммуноглобулином, то есть пассивно приобретенными антителами к вирусу гепатита А, длительность действия которых составляет не более 2 месяцев. Если требуется быстрая защита, но предполагается длительное нахождение в регионе с высокой заболеваемостью, рекомендуется одновременное введение иммуноглобулина и вакцины.

Имуноглобулин может быть использован и в случае необходимости профилактики гепатита А у детей младше 2 лет. В этих целях, в США

иммуноглобулин используется в дозировке 0,02 мл на кг массы тела при предполагаемой длительности нахождения ребенка в опасной зоне менее 3 мес. При предполагаемом нахождении в эндемичном регионе более 3 месяцев, рекомендуемая доза составляет 0,06 мл на кг массы тела. Повторные дозы рекомендуется вводить не ранее, чем через 5 месяцев от предыдущей.

Согласно российской схеме, иммуноглобулин вводится однократно: детям 1-6 лет 0,75мл; 7-10 лет - 1,5 мл; детям старше 10 лет и взрослым - 3 мл.

Иммуноглобулин может применяться и в целях экстренной профилактики. Экстренная профилактика проводится в тех случаях, когда есть основания предполагать контакт с источником инфекции. Если прошло менее двух недель со времени предполагаемого контакта, однократно вводится нормальный человеческий иммуноглобулин в дозировке 0,75 мл детям 1-6 лет; 1,5 мл для детей в возрасте 7-10 лет, детям старше 10 лет и взрослым вводят 3,0 мл. Повторное введение препарата возможно не ранее, чем через 2 месяца после первого введения. В США рекомендуемая дозировка составляет 0,02 мл на кг массы тела; у детей старше двух лет и взрослых, при вероятном повторном контакте с источником инфекции доза составляет 0,06 мл на кг массы тела, причем повторные дозы следует вводить с 5-месячным интервалом.

Использован материал сайта Прививка.Ру