

СОГЛАСОВАНО:

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ
АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР

_____ Ю.В.ЛОБЗИН

_____ 2015

УТВЕРЖДАЮ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВЛЕНИЯ
МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ» И
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-
ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

_____ Ю.В. ЛОБЗИН

_____ 2015

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Организации-разработчики:

ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ,

ГБОУ ВПО Ивановская ГМА,

Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням»,

Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и
Ленинградской области» (АВИСПО)

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Предисловие

Разработан:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Внесен:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Принят и введен в действие:	Утверждено на заседании Профильной комиссии .9 октября 2015г.
Введен впервые:	2015г.

Код протокола

91500.	11.	В 15	01	-	2014	
--------	-----	------	----	---	------	--

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от А00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2015	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов ведения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ

1. Область применения
2. Нормативные ссылки
3. Термины, определения и сокращения
4. Общие положения
 - 4.1. Определения и понятия
 - 4.2. Этиология и патогенез
 - 4.3. Клиническая картина и классификация
 - 4.4. Общие подходы к диагностике
 - 4.5. Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания
 - 4.6. Эпидемиологические критерии диагностики
 - 4.7. Лабораторная диагностика
 - 4.8. Инструментальная диагностика
 - 4.9. Обоснование и формулировка диагноза
 - 4.10. Лечение
 - 4.11. Реабилитация
 - 4.12. Диспансерное наблюдение
 - 4.13. Медико-социальная экспертиза
 - 4.14. Общие подходы к профилактике
 - 4.15. Организация оказания медицинской помощи больным
5. Мониторинг протокола ведения больных
6. Экспертиза проекта протокола ведения больных
7. Приложения
8. Библиография

ВВЕДЕНИЕ

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным острым вирусным гепатитом А разработан сотрудниками отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени ФГБУ НИИДИ ФМБА России

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Горячева Лариса Георгиевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, руководитель отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени, д.м.н., ведущий научный сотрудник.	197022, СПб, ул. проф. Попова, д.9	8 (812) 234-34-16
Шилова Ирина Васильевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, научный сотрудник отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени, к.м.н.	197022, СПб, ул. проф. Попова, д.9	8 (812) 234-34-16
Рогозина Наталия Васильевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, старший научный сотрудник отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени, к.м.н.	197022, СПб, ул. проф. Попова, д.9	8 (812) 234-34-16
Баликин Владимир Федорович	ГБОУ ВПО Ивановская ГМА, зав. кафедрой детских инф. болезней и эпидемиологии им. проф. С.Д.Носова, гл. специалист по инфекционным болезням у детей Департамента здравоохранения Ивановской области, д.м.н., профессор	153012, г. Иваново, Шереметевский проспект, 8	8 (4932) 32 80 29

1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным острым вирусным гепатитом А предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247;

- Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);
- Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012г. №521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями», зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный №24867;
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;
- Приказ Минздрава России от 10.12.2013. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»;
- Приказ Минздрава России № 408 от 12.07.1989г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»;
- Санитарно-эпидемиологические правила МЗ РФ 2000г. «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»;
- Санитарно-эпидемиологические правила - СП 3.1.2825-10 - "Профилактика вирусного гепатита А»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2011 г. N 51н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"
- Приказ Минздрава РФ от 09.11.2012 г. № 742н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при вирусном гепатите А легкой степени тяжести» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 18.03.2013 № 27733);
- Приказ Минздрава РФ от 24.12.2012 N 1366н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при остром вирусном гепатите А без печеночной комы средней степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 19.02.2013 N 27204);
- Приказ Минздрава РФ от 09.11.2012 N 825н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при остром вирусном гепатите А без печеночной комы тяжелой степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 20.02.2013 N 27229);

3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов, нарушение деятельности организма, работоспособности,

	способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	Критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную,

	реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
АЛТ	Аланинаминотрансаминаза
АСТ	Аспартатаминотрансаминаза
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГА	Гепатит А
ГГТП	Гаммаглутаминтранспептидаза
ДЖВП	Дискинезия желчевыводящих путей
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ОГА	Острый гепатит А
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ОК ПМУ	Отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги"
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
ПМУ	Простая медицинская услуга
РНК	Рибонуклеиновая кислота
ФЗ	Федеральный закон
ХВГ	Хронический вирусный гепатит
ХЛИА	Хемилюминесцентный иммунный анализ

ЩФ	Щелочная фосфатаза
HAV	Вирус гепатита А
Анти-HAV IgM	Антитела к вирусу гепатита А класса IgM
Анти-HAV IgG	Антитела к вирусу гепатита А класса IgG
HAV Ag	Антиген вируса гепатита А
Ig M, G	Иммуноглобулины класса M, G

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным вирусным гепатитом А разработан для решения следующих задач:

- проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных вирусным гепатитом А;
- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи детям больным вирусным гепатитом А;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- разработка стандартов медицинской помощи и обоснование затрат на ее оказание;
- обоснование программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
- проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего Протокола — медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:
поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку (www.elibrary.ru). Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок

2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства , из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Последние изменения в рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Всероссийском Ежегодном Конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», Санкт-Петербург, 09-10 октября 2015г.

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте www.niidi.ru, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Основные рекомендации:

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

Ведение протокола:

Ведение клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным острым вирусным гепатитом А осуществляется Федеральным государственным бюджетным учреждением «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства».

Система ведения предусматривает взаимодействие Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства» со всеми заинтересованными организациями.

4.1 Определения и понятия

Вирусный гепатит А - код МКБ-10: B15 (B 15.0; B15.9).

Вирусный гепатит А (ВГА) – инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита А (HAV), с преимущественно фекально-оральным механизмом передачи, в основе которого лежит гепаоцеллюлярный некроз и диффузное воспаление печени и характеризующееся кратковременными симптомами интоксикации, нарушениями функции печени различной степени тяжести и доброкачественным течением.

4.2 Этиология, эпидемиология и патогенез

Этиология. Возбудителем ВГА является РНК-содержащий вирус гепатита А (HAV), относящийся к роду *Hepatovirus*, семейству *Picornaviridae*, группе энтеровирусов 72 типа. Диаметр вириона 27–32 нм, он не имеет сердцевинки и оболочки. В настоящее время идентифицировано 7 генотипов вируса (I, II, III и VII встречаются у больных людей, а IV, V и VI у обезьян). На территории России превалирует 1А генотип. Все генотипы имеют один и тот же антиген — HAV Ag, что свидетельствует о принадлежности их к одному серотипу и определяет моноклональный характер вырабатываемых антител (анти-HAV). Вирус обнаруживается в фекалиях, желчи, гепаоцитах и в крови. В сыворотке крови, уже в ранние сроки заболевания, выявляются специфические антитела сначала класса М, а затем G. Обнаружение anti-HAV IgM свидетельствует о первичном иммунном ответе и подтверждении ВГА, а выявление анти-HAV IgG о наличии протективного иммунитета.

По своим физико-химическим свойствам HAV устойчив к действию кислот, щелочей, эфира; при нагревании до 60°C сохраняется в течение 1 ч, при комнатной температуре — до 30 суток, в воде — до 3–10 мес. Чувствителен к хлорамину, формалину, УФО и погибает при температуре 85°C и автоклавировании. Вирус может репродуцироваться в культурах клеток печени человека и обезьян.

Эпидемиология. Основным механизмом передачи возбудителя — фекально-оральный, пути передачи - водный, пищевой и контактно-бытовой. Также возможен парентеральный путь передачи (при переливании крови от больного ВГА донора реципиенту) и половой. Однако на практике они реализуются крайне редко. ВГА имеет выраженную сезонность (сентябрь — декабрь) и периодичность. Подъемы заболеваемости регистрируются, как правило, каждые 10-12 лет, но отмечаются случаи роста заболеваемости и через 3–4, а также 6–8 лет.

В большинстве случаев заболевание ВГА имеет острое циклическое течение длительностью до 1–1,5 мес. Легкие и среднетяжелые формы составляют до 97%, тяжелые — не более 3%. У детей практически не регистрируются злокачественные формы, протекающие с печеночной комой; исключение составляют только микст-гепатиты (А + В, А + С и др.). Крайне редко болеют дети первого года жизни. Ребенок, родившийся от переболевшей ВГА матери, как правило, не болеет ВГА на первом году жизни (трансплацентарная передача anti-HAV IgG). Хроническое течение ВГА не установлено.

Патогенез. Входные ворота инфекции — желудочно-кишечный тракт. Вирус, проходя

через ротоглотку и кишечник, попадает сначала в регионарные лимфоузлы, а далее лимфогенно и гематогенно через портальную вену проникает в печень. Проникновение его в гепатоцит обусловлено наличием на мембране клетки специфических рецепторов. В гепатоцитах происходит репликация вируса. Интенсивно размножаясь, он поступает в желчные ходы, а затем в просвет кишечника и выделяется с каловыми массами. Поражение гепатоцитов связано с высоким цитопатогенным действием НАV. В клетке разворачивается каскад биохимических реакций (активация ПОЛ, протеолитических и других систем), ведущих к выраженным нарушениям электролитного баланса, структурным изменениям мембраны и других компонентов клетки. Результатом этих процессов является цитолиз гепатоцитов.

НАV обладает высокой иммуногенностью. Появление большого количества вирусных частиц и его антигенов, в том числе и в результате цитолиза гепатоцитов, является мощным стимулятором для активации Т-клеточного и макрофагального звена иммунной системы. Включение иммунных механизмов обеспечивает блокирование дальнейшей репликации вируса, выработку и накопление специфических и аутоантител, нейтрализацию вирусных частиц и очищение организма от возбудителя. Таким образом, ВГА — самолимитирующаяся инфекция, при которой не бывает длительного вирусоносительства и ХВГ.

4.3. Клиническая картина и классификация

4.3.1 Наиболее частые симптомы и синдромы вирусного гепатита А.

Для острого ВГА характерна цикличность заболевания: инкубационный период, преджелтушный период, желтушный период (период паренхиматозного гепатита) и период реконвалесценции.

Инкубационный период от 7 до 45 дней (в среднем 15–30 дней), но он может укорачиваться до 4–5 и удлиняться до 50 дней.

Преджелтушный период – 3–7 дней, может укорачиваться до 1–2 или удлиняться до 10 дней. Основными вариантами течения преджелтушного периода ВГА у детей являются:

- ▲ катаральный,
- ▲ диспептический,
- ▲ смешанный (диспептический+катаральный)
- ▲ в подростковом возрасте при ВГА может отмечаться астено-вегетативный тип преджелтушного периода

У детей чаще всего регистрируются интоксикационный, диспептический и смешанный синдромы, катаральный отмечается в 15-20% случаев, артралгический – крайне редко. При диспептическом синдроме могут быть боли в животе различного характера (тупые, разлитые по всему животу, с локализацией в эпигастрии и/или в правом подреберье; острые или приступообразные), имитирующие абдоминальный (ложно-хирургический) синдром.

При всех начальных вариантах продромального периода ведущими симптомами являются увеличение печени, реже — селезенки, потемнение мочи и «пятнистый» (чередование участков ахоличного кала с участками обычной окраски), а затем ахоличный стул за 2–3 дня до начала желтухи. При легких вариантах болезнь может начинаться сразу с потемнения мочи и желтухи.

Период паренхиматозного гепатита (желтушный) начинается с появлением желтухи и длится 7–14 дней. Его подразделяют на 3 стадии — нарастания, максимального проявления и спада желтухи. Период нарастания характеризуется легкой иктеричностью, которая появляется сначала на склерах, слизистой оболочке рта, шее, ушных раковинах, затем, нарастая в течение 1–3 дней сменяется выраженной желтухой и приобретает различный оттенок, вплоть до шафранового. С появлением желтухи интоксикация уменьшается,

исчезают некоторые жалобы, но сохраняются слабость, сниженный аппетит, периодические боли в животе; печень при пальпации максимально уплотнена, равномерно увеличена (у детей до 5-7 лет преимущественно за счет левой доли) и умеренно болезненна. Достигая своего максимума, желтуха держится недолго (2–3 дня), а затем начинает уменьшаться. Появление «пестрого» кала указывает на восстановление желчеотделения и соответствует кризису болезни. С этого момента отмечается обратное развитие всех симптомов: полностью исчезает интоксикация, улучшается аппетит, уменьшаются размеры печени.

Ведущие симптомы и синдромы этого периода -

- клинические:

1. интоксикация;
2. желтушность кожи и слизистых;
3. зуд кожи (при синдроме холестаза);
4. гепатомегалия;
5. спленомегалия (чаще у детей раннего возраста);
6. холурия;
7. ахолия кала

- лабораторные:

1. цитолиз печеночных клеток (повышение АЛТ, АСТ);
2. желтуха (гипербилирубинемия за счет прямой фракции билирубина, выявление желчных пигментов, уробилина в моче, исчезновение стеркобилина и стеркобилиногена в кале);
3. холестаз (гипербилирубинемия за счет прямой фракции билирубина, повышение уровня ГГТП, ЩФ, холестерина в сыворотке крови);
4. мезенхимально-воспалительный синдром (повышение концентрации общего белка, β - и γ -глобулинов, IgA, IgG, IgM);
5. гепато-целлюлярная недостаточность (снижение общего белка, альбуминов, протромбинового комплекса, холестерина, фибриногена, повышение международного нормированного отношения (МНО) в коагулограмме.

Степень тяжести острого ВГА зависит от выраженности и длительности сохранения синдромов и симптомов заболевания, уровня гипербилирубинемии, доли неконъюгированной фракции, степени снижения протромбина. Нередко в процесс вовлекаются сердечно-сосудистая, нервная, мочевыделительная и другие системы, но эти изменения никогда не являются ведущими.

Завершение данного периода ассоциируется с нормализацией показателей билирубина, а в случае безжелтушной формы заболевания – со снижением уровня АлТ до субнормальных цифр.

Период реконвалесценции – наступает с исчезновения желтухи, восстановления нормальной окраски мочи, кала. Он длится от нескольких недель до 6 мес. В этот период у большинства больных происходит полное морфологическое и функциональное восстановление печени, подтверждаемое данными клинико-лабораторного и инструментального обследования пациента.

Обострения и рецидивы — это усиление или повторное появление признаков болезни после полного их исчезновения. Обострения (ациклическое течение) ВГА у детей отмечаются в 1–2%, рецидивирующее течение — в 2–4,5% случаев. Они возникают в первые 3 мес., клинически менее выражены и в большинстве проявляются только гиперферментемией и циркуляцией анти-HAV IgM. Однако у ряда больных может обнаруживаться и HAAg, свидетельствующий о возобновлении репликации вируса.

ВГА может быть причиной развития дискинетических и воспалительных процессов ЖКТ и желчевыводящей системы (2,5–7,2%), сопровождающихся умеренной или минимальной

гиперферментемией до 3 мес. (затянувшаяся реконвалесценция), а также манифестации синдрома Жильбера (1–3%). Затяжное течение заболевания от 3 до 6 мес., но оно заканчивается всегда выздоровлением. Ни затяжное, ни рецидивирующее течение не приводит к хронизации процесса.

4.3.2 Классификация острого вирусного гепатита А

I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):

1. **B15** Острый гепатит А
2. **B15.9** Острый гепатит А без печеночной комы
3. **B15.0** Острый гепатит А с печеночной комой

II. Клиническая классификация «Острого вирусного гепатита А»:

По клинической форме:

1. Манифестная:
 - желтушная
 - А) желтушная цитолитическая (типичная);
 - Б) желтушная цитолитическая с холестатическим синдромом
 - В) желтушная холестатическая (атипичная)
 - безжелтушная
 - стертая
2. Бессимптомная
 - субклиническая
 - инapparантная

По степени тяжести:

1. Легкая
2. Средняя
3. Тяжелая

По длительности течения:

1. Острое циклическое - до 3 мес.
2. Острое затяжное - 3-6 мес.

Желтушная форма с холестатическим синдромом. Регистрируется у 2–2,5% больных детей. Для нее характерны все симптомы, присущие типичной желтушной форме ВГА, но с более длительным и выраженным желтушным периодом и кожным зудом, то есть одновременно имеются признаки холестаза и цитолиза.

Желтушная атипичная форма. Встречается довольно редко, в основном в препубертатном и пубертатном возрастах. Клинические и биохимические симптомы цитолиза минимальные, интоксикация отсутствует, но имеет место стойкий холестаз, проявляющийся яркой желтухой, зудом кожи, нарушениями пигментного и жирового обмена печени. Отмечается субфебрильная температура, в гемограмме — лейкоцитоз и нейтрофилез, повышение СОЭ. Аналогичных изменений гемограммы не бывает ни при типичной форме, ни при наличии холестатического компонента.

Безжелтушная форма. Выявляется среди детей в 2–3 раза чаще, чем желтушная форма. Ей также присущи все симптомы и синдромы типичной формы, кроме желтухи. Проявление симптомов менее четкое, что нередко является причиной позднего обращения к врачу и установления диагноза. Заболевание обычно протекает в легкой форме и длится 2–3 недели.

Субклиническая и инapparантная формы. Больные этими формами составляют до 25–30% и более от всех заболевших. Обычно данный диагноз устанавливается при плановых

обследованиях по контакту в очагах ВГА. Клинические признаки, кроме гепатомегалии, отсутствуют, жалоб больные не предъявляют. При субклинической форме отмечается умеренное повышение трансаминаз и наличие специфических антител в крови. При инаппарантной форме лишь обнаружение анти-HAV IgM указывает на факт инфицирования. В большинстве случаев эти формы оказываются нераспознанными и не регистрируются, а больные не изолируются, представляя серьезную эпидемиологическую опасность.

Бессимптные формы диагностируются при проведении иммунобиохимических исследований в очагах, обследованиях для диагностики других заболеваний (кишечные инфекции), плановых обследованиях отдельных категорий (медицинского персонала, работников общественного питания и других).

4.3.3 Структура заболеваемости и клинических форм

ВГА имеет повсеместное распространение, но показатели заболеваемости колеблются в широких пределах и зависят от экономического, социального и культурного уровня развития общества. В гиперэндемичных регионах Азии, Африки, некоторых странах Латинской Америки заболеваемость составляет 200 и более случаев на 100 000 населения. Болеют преимущественно дети младшего возраста, и к 5 годам у 90% детей в крови выявляются анти-HAV IgG. В странах со средней эндемичностью (Восточная и Южная Европа, страны Среднего Востока) показатели заболеваемости от 60 до 200 на 100 000 населения, однако манифестные формы здесь встречаются чаще. На территориях с низкой эндемичностью (США, Австралия, некоторые страны Западной Европы) заболеваемость составляет от 5 до 30 на 100 000 населения, в Швеции, Дании, Норвегии, Японии этот показатель ниже 5, и случаи ВГА регистрируются исключительно у взрослых, выезжающих за границу. Поэтому ВГА стали называть «болезнью путешественников». В России заболеваемость ВГА за последние 20 лет снизилась с 200-280 до 15-30 на 100 000 населения. Наметилось отчетливое смещение показателей заболеваемости от детей к подросткам и лицам молодого возраста (с 3-10 лет к 15-29 годам).

4.4 Общие подходы к диагностике

Диагностика острого ВГА проводится на основе данных эпидемиологического анамнеза, клинического осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования и направлена на определение этиологии гепатита, клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые могут влиять на течение болезни, выбор тактики лечения и требующие коррекции лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

Значимыми при постановке диагноза ВГА являются следующие опорные признаки:

1. эпидемиологические (сведения о контактах с больными ВГА (лабораторно подтвержденным случаем ВГА в течение 15-50 дней до появления симптомов заболевания), пребывание в эндемичной местности, очаге инфекции, дошкольный и школьный возраст, наличие сезонного подъема заболеваемости) [В];
2. отсутствие указаний в анамнезе на перенесенный ранее ВГА, вакцинации против ВГА, а также парентеральных вмешательств в предшествующие 6

- месяцев до настоящего заболевания;
3. клинические (интоксикация без выраженного катарального и кишечного синдромов, появление желтушности кожи и слизистых, гепатомегалия, холурия и ахолия) [В];
 4. биохимические (повышение активности аминотрансминаз, билирубина, ГГТП) [В];
 5. серологические (этиологическое подтверждение диагноза возможно после выявления в сыворотке специфических маркеров, характерных для острой фазы — анти-HAV IgM, анти-HAV IgG, РНК-HAV) [А].

4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания

4.5.1 Клинические критерии диагностики острой формы вирусного гепатита А

Признак	Характеристика	Сила *
<i>Преджелтушный период</i>		
Гриппоподобный синдром	Острое начало болезни. Субфебрильная лихорадка (кратковременная — 3-5 дней), умеренная гиперемия в зеве, признаки фарингита, боли в мышцах.	D
Астено-вегетативный синдром	Головная боль, слабость. Интоксикация без катарального (респираторного) и кишечного (диарейного) синдромов;	D
Диспептический синдром	Снижение аппетита, тошнота, рвота, «горечь» во рту, увеличение и болезненность живота, боли в животе в области правого подреберья и эпигастрии, умеренно выраженная дисфункция ЖКТ- разжиженный стул или запор	D
Сыпь	Не характерна, встречается редко: различная полиморфная сыпь на теле.	D
Артралгии	Встречается редко, как правило, в пубертатном периоде: ломота в крупных суставах, боли в голенях в течение 2-3 дней	D
Зуд кожи	Усиливающийся зуд кожи, особенно в ночное время	D
Гепатомегалия	Увеличение размеров печени и ее плотности	C
Спленомегалия	Чем меньше ребенок, тем чаще регистрируется спленомегалия	C
Холурия	У детей выявляется за 2-3 дня до появления желтухи.	B
Ахолия кала	Появление сначала «пятнистого», а затем ахолического стула.	B
<i>Желтушный период</i>		
Желтушность кожи и склер	Интенсивное нарастание желтухи	B
Интоксикация	Уменьшение симптомов интоксикации на фоне появления желтухи	D
Гепатомегалия	Увеличение размеров печени и ее плотности, при пальпации определяется острый край печени.	C
Спленомегалия	Появление спленомегалии	C
Холурия	Увеличение интенсивности окраски мочи	B
Ахолия	Стойко ахолический стул	B

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

На основании клинических данных при типичной желтушной форме с цитолитическим синдромом, либо желтушной с холестатическим синдромом, с высокой степенью

достоверности, можно диагностировать острый гепатит, но без этиологической расшифровки. Врач формулирует предварительный диагноз «Вирусный гепатит». В пользу ВГА будет свидетельствовать лишь острое начало заболевания, нарастание слабости, тошноты, диспептического синдрома, уменьшение интоксикации после появления желтухи [В]. Врач формулирует предварительный диагноз «Вирусный гепатит (гепатит А?)».

4.5.2 Критерии оценки степени тяжести и заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или слабо выраженная слабость, тошнота, снижение аппетита, 5-7 дней	Умеренно выраженная, 8-15 дней	Ярко выраженная, апатия, сонливость или возбуждение, головокружение, усиление анорексии, тошноты, рвоты, нарастание мышечной слабости, более 15 дней
Интенсивность и длительность желтушности кожи	Слабо или умеренно выраженная, не более 14 дней	Интенсивно выраженная, 14-21 день, при холестатическом синдроме до 40-45 дней.	Интенсивно выраженная, может прогрессировать на фоне нарастания интоксикации, 20-35 дн. и более.
Тахикардия	Отсутствует	Отсутствует, склонность к брадикардии	Появление на фоне развития и прогрессирования желтухи
Геморрагический синдром	Отсутствует	Отсутствует или слабо выражен – единичные петехии на коже и носовые кровотечения	Петехиальная сыпь на коже, носовые кровотечения, рвота «кофейной гущей», кровоизлияния в местах инъекций, «дегтеобразный» стул
Размеры печени	В норме, либо увеличены до 3см	Увеличены на 3-4см	Увеличены на 4-6 см. Резкое уменьшение размеров на фоне прогрессирования болезни, болезненность ее края
Отечно-асцитический синдром	нет	нет	Отечность стоп, голеней, асцит

4.6 Эпидемиологические критерии диагностики острого вирусного гепатита А

Источником заражения ВГА является больной человек. Основной механизм передачи возбудителя — фекально-оральный, пути его реализации - водный, пищевой и контактно-бытовой. Выделяется вирус от больного только с фекалиями, начиная со 2-й недели инкубационного периода, и достигает максимума в конце инкубационного - начале преджелтушного периода. Длительность выделения от 2 до 3 недель (реже до 1–1,5 мес.).

Возможными путями передачи ВГА являются парентеральный (при переливании крови от больного ВГА донора реципиенту) и половой. Однако на практике они реализуются крайне

редко. Исследования последних лет позволили окончательно исключить воздушно-капельный путь передачи инфекции и трансплацентарный (из-за невозможности вируса преодолевать плацентарный барьер).

В связи с этим эпидемиологическими критериями диагностики острого ВГА являются сведения о контактах с больными ВГА, пребывание в эндемичной местности, дошкольный и школьный возраст, наличие сезонного подъема заболеваемости.

Пути передачи ВГА	Характеристика	Сила*
Пищевой	Передача через пищу.	А
Водный	Передача через употребление воды	А
Контактно-бытовой	Передача через загрязненные предметы и руки, использование посуды от больного (при условии попадания вируса через рот).	В
Трансфузионный	Инфицирование при проведении гемотрансфузий и препаратов крови при наличии в них НАV.	В

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7 Лабораторная диагностика

4.7.1 Методы диагностики

Лабораторные методы исследования с исследованием биохимических и гематологических показателей позволяют диагностировать острую фазу заболевания и степень тяжести; этиологическая верификация гепатита осуществляется только серологическими и молекулярно-генетическими методами.

Метод	Показания	Сила*
Биохимический	Пациенты с клиническими симптомами острого ВГА для подтверждения диагноза острого гепатита, определения его клинической формы и степени тяжести	А
Серологический (ИФА, ХЛИА) определение антигенов и антител НАV	Пациенты с клиническими симптомами острого ВГА для определения нозологии и клинической формы	А
Молекулярно-генетический метод (РНК ВГА - ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами ВГА; при затяжном течении или обострении для определения нозологии	А

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Диагноз ВГА должен быть подтвержден лабораторно с определением anti-NAV IgM или РНК ВГА в течение 48 часов после выявления подозрительного на эту инфекцию больного.

Показатели	Критерии	Сила*
АЛТ, АСТ	Выявление повышенного уровня аминотрансминаз в сыворотке указывает на цитолиз гепатоцитов, а коэффициент де Ритиса $< 0,7$ (соотношение АСТ:АЛТ) - на острую фазу болезни	В
Билирубин общий и его фракции	Выявление повышенного уровня общего билирубина в сыворотке с преобладанием конъюгированного (прямого по	В

	ВанДенБергу) указывает на нарушение билирубинового обмена (конъюгации и в большей степени экскреции) в печени. Содержание неконъюгированного билирубина коррелирует с глубиной гепатоцеллюлярного некроза, а доля неконъюгированного билирубина в структуре общей гипербилирубинемии отражает тяжесть вирусного гепатита.	
ЩФ, ГГТП, холестерин	Выявление повышенного уровня данных показателей свидетельствует о холестазах	С
Общий белок, альбумин, фибриноген, протромбиновый комплекс	Снижение показателей и уровня ПТИ/МНО указывает на нарушение белково-синтетической функции печени.	В
Уробилин, желчные пигменты мочи	Появление в моче указывает на нарушение пигментного обмена и внутripеченочный холестаза, что является характерным для начала желтушного периода	В
Стеркобилиноген	Исчезновение из кала указывает на нарушение пигментного обмена и внутripеченочный холестаза, что является характерным для начала желтушного периода	В
Anti-HAV IgM	Появляются в крови с конца инкубационного периода и первых дней манифестации, титр которых возрастает. Длительность их циркуляции колеблется от нескольких недель до 4–6 мес.(в среднем 3 мес.).	А
Anti-HAV IgG	Появляются в период реконвалесценции после прекращения НА-антигемии и свидетельствует о санации организма от вируса, также выявляются после вакцинации против ГА	А
HAV Ag	Появляется в крови и фекалиях в инкубационный период, исчезает в период реконвалесценции	А
РНК-HAV	Показатель репликации; может быть обнаружен в инкубационный, желтушный периоды, при обострении	А

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

Повышение активности аминотрансминаз, билирубина, нормальные показатели тимоловой пробы и снижение титра сулемовой пробы в ранние сроки болезни позволяет с высокой степенью вероятности предположить диагноз острого вирусного гепатита А у больного.

4.7.3. Критерии оценки степени тяжести и заболевания по результатам ам лабораторной диагностики.

Критериями оценки тяжести являются показатели уровня билирубина и протромбинового индекса и в меньшей степени аминотрансминаз

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Уровень общего билирубина	До 85-100 мкмоль/л	100-170 мкмоль/л	170-200 мкмоль/л и более
Протромбиновый индекс	До 80%	80-60%	60-40%, при крайне тяжелой форме - менее 40%
Уровень повышения аминотрансминаз (АЛТ)	До 500 ед/л (до 10 норм)	До 1000 ед/л (10-20 норм)	Более 1000 ед/л (более 20 норм)

Для тяжелых форм болезни также характерны изменения гемограммы — лейкоцитоз

со сдвигом влево, замедленная СОЭ.

4.7.4 Методы специальной диагностики ИКИ

Метод	Показания	Сила*
Эзофагогастродуоденоскопия	Желудочно-кишечное кровотечение, при выраженном абдоминальном болевом синдроме	A
Эластография печени	При выраженных изменениях структуры печени на УЗИ	B
Электрокардиография	При выявлении шумов в сердце, выраженном интоксикационном синдроме	B
Рентгенография брюшной полости	При выраженном абдоминальном болевом синдроме и выявленных уплотнениях в брюшной полости	C
Определение антител Ig M, G методом ИФА, РИГА в сыворотке крови и антигенов в кале методом ПЦР к иерсиниям и псевдотуберкулезу	При длительной лихорадке, выраженной дисфункции кишечника, сыпи и негладком течении для дифференциальной диагностики	B
Определение антител класса IgM, G методом ИФА и ДНК герпес-вирусов (EBV, CMV, HSV 1, 2, 6 типа) в ПЦР	При негладком течении для дифференциальной диагностики	B
Определение спектра аутоантител ядерных, к гладким мышцам, митохондриям, растворимому печеночному липопропротеиду, митохондриям печени и почек, (ANA, AMA, ASMA, SLP, LKM, ANCA)	При тяжелом негладком течении для дифференциальной диагностики	B
Цитологическое исследование мазка костного мозга	При дифференциальной диагностике с гематологическими заболеваниями (апластическая анемия)	D
Определение уровня церулоплазмينا и меди в сыворотке и меди в моче	При негладком течении для дифференциальной диагностики	B
Дуоденальное зондирование	При выраженном абдоминальном болевом синдроме	D
Определение уровня α 1-антитрипсина	При негладком течении для дифференциальной диагностики	B
Иммунограмма (с исследованием ЦИК)	При тяжелом и негладком течении заболевания для дифференциальной диагностики	B
Исследование уровня изоферментов креатинкиназы в сыворотке крови	При негладком течении заболевания и нарушениях мышечной системы	B
Спинномозговая пункция	При наличии менингеальных симптомов для дифференциальной диагностики	D
Микроскопическое исследование спинномозговой жидкости, подсчет клеток в счетной камере (цитоз)	У пациентов с менингеальным синдромом для дифференциальной диагностики	D

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

4.7.5 Критерии оценки степени тяжести и заболевания по результатам специальной диагностики

Учитываются только при наличии осложнений и сопутствующих заболеваний ВГА

4.8 Инструментальная диагностика

4.8.1 Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	Сила*
УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Пациенты с клиническими симптомами острого ВГА для уточнения размеров печени, селезенки, поджелудочной железы, лимфатических узлов и оценки их структуры в острый период и в динамике процесса	В
Компьютерная томография брюшной полости	Пациенты с неясными очаговыми изменениями в печени и селезенке или неопределенными, противоречивыми данными, полученными при УЗИ брюшной полости	В
Магнито-ядерная томография брюшной полости	Пациенты с неясными очаговыми изменениями в печени и селезенке или неопределенными, противоречивыми данными, полученными при УЗИ брюшной полости	В

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

4.8.2 Критерии оценки степени тяжести и заболевания по результатам инструментальной диагностики

Критерии оценки степени тяжести по результатам инструментальной диагностики при остром вирусном гепатите А не определены.

4.9 Обоснование и формулировка диагноза

При формулировке диагноза «Острый вирусный гепатит А» учитывают особенности клинического течения заболевания (нозологическая форма, клиническая форма, степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование с обязательным указанием метода верификации диагноза ВГА..

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- осложнение;
- сопутствующее заболевание.

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден диагноз «Острый вирусный гепатит А»

Примеры диагноза:

- Основной диагноз — **V15.9 Острый вирусный гепатит А (anti-HAV IgM positiv (ИФА, ХЛИА), манифестная желтушная цитолитическая форма (типичная), средней степени тяжести и, циклическое течение.**

Осложнения – Острый холангит

Сопутствующее заболевание - Хронический тонзиллит вне обострения

- Основной диагноз - **V15.9 Острый вирусный гепатит А (anti-HAV IgM positiv (ИФА, ХЛИА), манифестная желтушная цитолитическая форма с холестатическим синдромом, тяжелой степени и, циклическое течение.**

Сопутствующее заболевание - Дисфункция сфинктера Одди, дискинезия желчного

пузыря по гипомоторному типу.

- Основной диагноз - **B15.9 Острый вирусный гепатит А (anti-HAV IgM positiv (ИФА, ХЛИА), манифестная безжелтушная форма, легкой степени тяжести и, затихающее течение.**

Сопутствующее заболевание - ВПС - открытое овальное окно (состояние после операции), НК0.

4.10 Лечение

4.10.1 Общие подходы к лечению острого вирусного гепатита А

Лечение острого ВГА проводится в условиях дневного стационара (легкие формы) и в условиях стационара (среднетяжелые и тяжелые формы болезни). Дети из закрытых детских учреждений; дети из семей, где невозможно осуществить лечебные, диагностические, противоэпидемические мероприятия госпитализируются. В отдельных случаях легкого течения заболевания допускается лечение больного с лабораторно подтвержденным диагнозом ВГА на дому при условии проживания больного в отдельной благоустроенной квартире, отсутствия контакта по месту проживания с работниками лечебно-профилактических, детских и приравненных к ним организаций, а также с детьми, посещающими детские образовательные учреждения, а также обеспечения ухода за больным и выполнения всех мер противоэпидемического режима; отсутствия у заболевшего других вирусных гепатитов или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем; обеспечения динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования на дому;

Для оказания медицинской помощи используются только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных с острым ВГА предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием;
- предупреждение развития и купирование патологических процессов осложнений;
- предупреждение формирования остаточных явлений и рецидивирующего течения;

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- ▲ период болезни;
- ▲ тяжесть заболевания;
- ▲ возраст больного;
- ▲ наличие и характер осложнений;
- ▲ доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом и условиями оказания медицинской помощи.

4.10.2 Методы лечения

Основные принципы терапии включают:

- Режим – охранительный (постельный, полупостельный)
 - Диета – вариант диеты с механическим и химическим щажением;
 - Методы медикаментозного лечения
1. *Патогенетическая терапия.*

- инфузионная, дезинтоксикационная;
- сорбенты;
- нормализация функций ЖКТ (пробиотики, ферменты);
- нормализация функций ЖВП;
- улучшение тканевого обмена (атигипоксанты, гепатопротекторы)

2. Симптоматическая терапия

3. Иммуномодулирующая и иммунокорригирующая терапия

- Методы немедикаментозного лечения

- физиотерапевтические методы лечения;
- применение щелочных минеральных вод («Боржоми», «Ессентуки» №4, №17 и др.)
- физические методы снижения температуры;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия;

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемые для лечения вирусного гепатита А:

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень* доказательности
Растворы влияющие на водно-электролитный баланс	Калия хлорид+ Кальция хлорид+ Магния хлорид+ Натрия ацетат+ Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Меглюмина натрия сукцинат	С целью дезинтоксикации	2+
	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Натрия хлорида раствор сложный (Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид)	С целью дезинтоксикации	2+
	Декстроза	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов	Натрия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
	Калия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
Глюкокортикоиды	Преднизолон	При тяжелой форме ОБГА с выраженным цитолитическим синдромом с противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью	2+
	Дексаметазон	При тяжелой форме ОБГА с выраженными проявлениями цитолиза, гипербилирубинемии, отеке паренхимы печени и желче-	2+

		выводящих путей, при лекарственной аллергии и неврологических осложнениях	
Кровезаменители и препараты плазмы крови (B05AA)	Альбумин человека	При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГА при признаках нарушения гемостаза и белково-синтетической функции	2+
	Свежезамороженная плазма	При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГА при признаках нарушения гемостаза и белково-синтетической функции	2+
Папаверин и его производные (A03AD)	Дротаверин Папаверин	С целью снятия спазма и уменьшения отечности паренхимы печени и желчевыводящих путей	2+
Препараты угля (A07BA)	Активированный уголь	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	
Адсорбирующие кишечные препараты другие	Смектит диоктаэдрический	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
	Лигнин гидролизный		2+
Осмотические слабительные средства (A06AD)	Лактулоза	При нарушении моторики кишечника, запорах, а также при появлении признаков энцефалопатии	2+
Противодиарейные микроорганизмы (A07FA)	Бифидобактерии бифидум	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
Ферментные препараты	Панкреатин	В острую фазу болезни при нарушениях функции ЖКТ симптомах гастрита панкреатита для коррекции панкреатической недостаточности	
	Панкреатин + Диметикон		
	Солизима таблетки (растворимые в кишечнике)		
	Юниэнзим		
	Юниэнзим с МПС Панзинорм форте		
Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (A03FA)	Метоклопрамид Домперидон	Нарушения кинетики желудочно-кишечного тракта	2+
Препараты желчных кислот (A05AA)	Урсодезоксихолевая кислота	Длительно сохраняющийся холестатический и цитолитический синдром	2+
Препараты для лечения	Глицирризиновая кислота+	Длительно сохраняющийся цитолитический синдром	2+

заболеваний печени (A05BA)	Фосфолипиды		
Прочие препараты для лечения заболеваний ЖКТ и нарушений обмена веществ (A16AX)	Тиоктовая кислота	Длительно сохраняющийся цитолитический синдром у пациентов с нарушением жирового обмена (избыточная масса тела, гиперлипидемия).	2+
Производные нитроимидазола (P01AB)	Метронидазол	При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГА с длительным холестаазом, с лечебной и профилактической целью осложнений (холангита, холецистита и др.)	2+
Цефалоспорины 1-го поколения (J01DB)	Цефазолин	При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГА с длительным холестаазом	2+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефтриаксон	При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГА с длительным холестаазом	2+
Антибиотики (A07AA)	Рифаксимин, Канамицин	При тяжелой форме ОВГА, осложненной острой печеночной недостаточностью для подавления бактериальной флоры ЖКТ, продукции аммиака в кишечнике и профилактики печеночной энцефалопатии.	2+
Производные полиена (A07AA)	Нистатин	При тяжелой форме ОВГА с длительным холестаазом для профилактики генерализации грибковой флоры.	2+
Производные триазола (J02AC)	Флуконазол	При тяжелой форме ОВГА с длительным холестаазом для профилактики генерализации грибковой флоры.	2+
Аминокислоты (B02AA)	Аминокапроновая кислота	При тяжелой форме ОВГА, осложненной острой печеночной недостаточностью и нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	2+
Ингибиторы протеиназ плазмы (B02AB)	Апротинин	При тяжелой форме ОВГА, осложненной нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	2+
Витамин К и другие гемостатики (B02B)	Витамин К	При тяжелой форме ОВГА, осложненной острой печеночной недостаточностью и нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	2+
Другие системные гемостатики	Этамзилат	При тяжелой форме ОВГА, осложненной острой печеночной	2++

(B02BX)		недостаточностью и нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	
Ингибиторы протонного насоса (A02BC)	Омепразол	При тяжелой форме ОБГА для профилактики стрессовых язв.	2+
Другие препараты для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ГЭРБ (A02BX)	Висмута трикалия дицитрат	При тяжелой форме ОБГА для профилактики стрессовых язв.	2+
Другие иммуностимуляторы	Меглюмина акридонат	Клинические проявления затяжного течения ОБГА. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
	Тилорон	Клинические проявления затяжного течения ОБГА. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Производные уксусной кислоты и родственные соединения (M01AB)	Диклофенак	При повышении температуры более 38,0°C, болевом синдроме	1+
Производные пиперазина (R06AE)	Цетиризин	При развитии аллергических реакций	1+
Другие антигистаминные средства системного действия (R06AX)	Лоратадин	При развитии аллергических реакций	1+
Сульфонамиды (C03CA)	Фуросемид	С целью нормализации диуреза	2+
Барбитураты и их производные (N03AA)	Фенобарбитал	При тяжелой форме ОБГА для профилактики и лечения печеночной энцефалопатии и судорожного синдрома	2+
Производные бензодиазепаина (N05BA)	Диазепам	При тяжелой форме ОБГА для профилактики и лечения судорожного синдрома	2+

Другие препараты для общей анестезии (N01AX)	Оксибутират натрия	При тяжелой форме ОБГА для профилактики и лечения судорожного синдрома	2+
Аскорбиновая кислота (витамин С) (A11GA)	Аскорбиновая кислота	Для усиления антиоксидической, антиоксидантной функции печени, активации окислительно-восстановительных процессов в организме	2+
Другие витаминные препараты (A11HA)	Витамин Е	Для усиления антиоксидической, антиоксидантной функции печени, активации окислительно-восстановительных процессов в организме	1+
Аминокислоты, включая комбинации с полипептидами (V06DD)	Аминокислоты для парентерального питания	При тяжелой форме ОБГА, осложненной острой печеночной недостаточностью и комой для снижения гипераммониемии, купирования нарушений белково-синтетической функции и печеночной энцефалопатии.	2++
Иммуноглобулины нормальные человеческие (J06BA)	Иммуноглобулин человека нормальный (специфический)	При тяжелой форме острого ВГА для предупреждения развития и септического состояния.	2+
Интерфероны (L03AB)	Интерферон альфа-2а Интерферон альфа-2b Интерферон альфа	Клинические и лабораторные проявления затяжного течения ВГА.	2+

Примечание: * - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

Назначение антигистаминных препаратов, ферментов, антибиотиков, блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, других противоязвенных препаратов, а также гепатопротекторов должно осуществляться строго по показаниям, избегая полипрогмазии.

4.11 Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. санаторно-курортное лечение: Ессентуки, Кисловодск, Трускавец и др.
6. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

4.11.1. Критерии выздоровления:

- отсутствие интоксикации;
- нормализация уровня аминотрансминаз (АЛТ) и билирубина;
- нормализация или значительное уменьшение размеров печени и селезенки;
- появление в крови анти-HAV IgG;

Выписка из стационара проводится при полном исчезновении симптомов интоксикации, желтухи, уменьшении размеров печени, нормализации пигментного обмена и нормализации или значительном снижении активности трансаминаз. Посещение детских учреждений, школ разрешено при полном клинико-биохимическом выздоровлении. Реконвалесценты ВГА требуют диспансерного наблюдения с контролем биохимических показателей через 1, 3 и 6 мес., первый осмотр следует проводить в стационаре, где лечился больной, последующие в детской поликлинике по месту жительства (кабинете профилактики инфекционных болезней). В случаях ациклического и затяжного течения сроки диспансерного наблюдения определяются индивидуально. Проведение профилактических прививок разрешается не ранее, чем через 1 мес. от момента выздоровления, занятия спортом – через 3-6мес.

4.12 Диспансерное наблюдение

N п/п	Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром участковым	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
1	2	3	4
1	4	6	Врач-педиатр участковый, врач-инфекционист по показаниям

4.13 Медико-социальная экспертиза (МСЭК)

Дети, перенесшие ВГА не подлежат МСЭЕ по заболеванию. В отдельных случаях при наличии сопутствующей патологии возможно проведение МСЭК.

4.14 Общие подходы к профилактике

Профилактика ВГА включает комплекс мер, направленных на ликвидацию источника инфекции, разрыв путей передачи возбудителя и повышение невосприимчивости к вирусу населения. Основные меры по ликвидации источника инфекции — это ранняя диагностика заболевания (особенно безжелтушных и субклинических форм), изоляция больных и проведение мероприятий в очаге ВГА. О каждом случае ВГА (подозрении на ВГА) необходимо в течение 2 часов сообщить по телефону и затем в течение 12 часов послать экстренное извещение уч.форма 058/у в органы государственного эпидемиологического надзора по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного). Изменение или уточнение диагноза ВГА требует в течение 12 часов подачи нового экстренного извещения уч.форма 058/у в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз и дату установления уточненного диагноза. Мероприятия в очаге включают строгое соблюдение правил личной гигиены и санэпидрежима, наблюдение за контактными в течение всего карантина (35 дней), двукратное биохимическое и серологическое обследование с интервалом не менее 14 дней, текущую и заключительную дезинфекцию с применением современных дезинфицирующих препаратов. Разрыв путей передачи осуществляется в результате строгого санитарного контроля за эпидемиологически значимыми объектами - состоянием водоисточников, очистительных сооружений, водопроводных и канализационных сетей, предприятий общественного питания, качеством питьевой воды.

Повышение невосприимчивости населения к ВГА достигается методами пассивной и активной иммунизации. Пассивная иммунизация проводится по эпидпоказаниям не позднее 7–10-го дня от предполагаемого контакта с больным. С этой целью применяется 10% коммерческий иммуноглобулин либо специфический иммуноглобулин с повышенным содержанием анти-HAV в дозах: 1,0 мл — детям от 1 года до 10 лет, 1,5 мл — детям старше 10 лет, 3,0 мл — беременным женщинам. Препарат обеспечивает защиту от 3 до 5 мес., но проведение сезонной и повторной серопротекции считается нецелесообразным.

Активная иммунизация – это радикальное решение проблемы профилактики ВГА. Вакцинацию рекомендуется начинать с 1 года, контактными лицам проводить не позднее 5 дня от предполагаемого контакта. Стандартный первичный курс - 1 доза, вводится внутримышечно в область верхней трети плеча или передне-боковой поверхности бедра. Она может сочетаться с любой другой вакциной, декларированной календарем профилактических прививок, при условии введения в разные участки тела. Защитный эффект достигается через месяц, но через 6–12 мес. необходимо введение бустерной дозы. Вакцинация обеспечивает защиту от ВГА на 5 и более лет.

4.15 Организация оказания медицинской помощи больным острым вирусным гепатитом А

Медицинская помощь детям больным острым вирусным гепатитом А оказывается в виде:

♦ первичной медико-санитарной помощи:

- первичной доврачебной медико-санитарной помощи, которая осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования) средним медицинским персоналом; она включает сбор анамнеза, осмотр для определения общего состояния больного, оценки самочувствия для решения вопроса о форме и срочности оказания медицинской помощи, немедикаментозная помощь в совокупности с применением симптоматических и патогенетических средств (диетотерапия, энтеросорбенты, спазмолитики, жаропонижающие средства, ферменты), продолжительность предоставления — не более 2-х часов.

- первичной врачебной медико-санитарной помощи, которая осуществляется в поликлиниках, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования) врачами-педиатрами, участковыми врачами-педиатрами и врачами общей практики (семейные врачи); она направлена на выявление основных синдромов гепатита (желтушный, диспептический, цитолитический, гепатомегалия), определения степени тяжести и условий дальнейшего наблюдения и лечения пациента; методами для реализации поставленных задач являются — осмотр, анализ крови клинический и биохимический, стартовая терапия с применением симптоматических и патогенетических средств; продолжительность предоставления — не более 5 часов.

- первичной специализированной медико-санитарной помощи, которая осуществляется в амбулаторных условиях медицинских организаций врачом-инфекционистом на этапе диагностики заболевания и направлена на определение условий дальнейшего наблюдения и лечения пациента (амбулаторно, в условиях дневного стационара или в условиях стационара); продолжительность предоставления — не более 5 часов.

– скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, которая

осуществляется в экстренной или неотложной форме при развитии состояний, требующих срочного медицинского вмешательства учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной системы здравоохранения вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в амбулаторных и стационарных условиях выездными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи. в в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья; продолжительность предоставления — не более 3-х часов.

♦ специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая может оказываться в следующих условиях:

- в условиях стационара при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести ОВГА; включает изоляцию, в том числе по эпидемиологическим показаниям, круглосуточное медицинское наблюдение и лечение, комплексное обследование, осмотр другими врачами-специалистами, коррекция состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию; продолжительность предоставления — 14-30 дней.

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях государственной системы здравоохранения или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортное лечение по профилю.

5. Мониторинг протокола ведения больных

Мониторинг Протокола (анализ использования Протокола, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в Протокол осуществляет ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Обновление версии Протокола осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

6. Экспертиза проекта протокола ведения больных

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении, оформляют окончательную редакцию протокола.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ
ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ**

Показатели	Значимость		
	Для ранней диагностики	Для оценки тяжести	Для характеристики течения
Билирубин	+	+++	-
АЛТ	+++	+ / -	+++
АСТ	+	+	+++
АСТ / АЛТ	-	++	+
Протромбин	-	+++	-
Осадочные пробы	+	+ (сулемовая)	-
Белковые фракции	-	-	+

СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А

Маркеры	Период болезни			Период выздоровления	Серологический статус после выздоровления
	Конец инкубации	Острая фаза			
	Длительность				
	1-4нед.	2 нед. – 3 мес.		3-6 мес.	Годы
Анти-HAV IgM	+	+	+	+ / -	-
Анти-HAV IgG	-	+	+	+	+
РНК HAV	+	+	+	-	-

**ФОРМА
ОФОРМЛЕНИЯ СВОДНОЙ ТАБЛИЦЫ ПРЕДЛОЖЕНИЙ И ЗАМЕЧАНИЙ,
ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ И ИХ ОБОСНОВАНИЙ**

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

Библиография

1. Вирусные гепатиты / К.В.Жданов, Ю.В.Лобзин, Д.А.Гусев, К.В. Козлов.- СПб.: Фолиант, 2011.-304С.
2. Павлов Ч.С., Глушенков Д.В., Ивашкин В.Т. Современные возможности эластометрии, фибро- и акти-теста в диагностике фиброза печени // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2008. — Т. 18, № 4. - С. 43-52.
3. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чередниченко Т.В. Вирусные гепатиты от А до ТTV у детей.М. Новая Волна. 2003
4. Онищенко Г.Г, Жебрун А.Б. Вирусные гепатиты в Российской Федерации 2010. Справочник / СПб.: НИИЭМ им. Пастера, 2010.-204с.