

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭПИДЕМИОЛОГИИ, МИКРОБИОЛОГИИ,  
ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И  
ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ  
ГЕПАТИТОВ А и Е**

**ТАШКЕНТ 2025**



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор НИИ Вирусологии

РОНПМЦЭМИНЗ

Э.И. Мусебаев

» \_\_\_\_\_ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ  
ГЕПАТИТЫ А и Е»**

ТАШКЕНТ 2025

**Оглавление**

<b>НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А и Е»</b> .....	3
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А И Е»</b> .....	29
<b>НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А И Е»</b> .....	32

## 1. Вводная часть

### 1) Коды по МКБ-10:

B15, B17	Острый гепатит А и Е <a href="https://mkb-10.com/?ysclid=lqniyld7w6585385596">https://mkb-10.com/?ysclid=lqniyld7w6585385596</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/mkb?ysclid=lqnj2gy9r9554498634">https://www.rlsnet.ru/mkb?ysclid=lqnj2gy9r9554498634</a> <a href="https://classinform.ru/">https://classinform.ru/</a> <a href="https://classinform.ru/mkb-10/a05.1.html">https://classinform.ru/mkb-10/a05.1.html</a>
----------	--

### Коды по МКБ-11:

1E50.0	Острый гепатит А
1E50.4	Острый гепатит Е <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#352087872">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#352087872</a>

2) **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:**

**Научно-исследовательский институт вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний**

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению инфекционные болезни:

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний**

1	Таджиев Б.М.	Директор центра, д.м.н., профессор	РСНПМЦЭМИПЗ
3	Таджиева Н.У.	Заместитель директора по научной работе, профессор	РСНПМЦЭМИПЗ

**НИИ вирусологии РСНПМЦЭМИПЗ**

1	Мусабаев Э.И.	Директор института, д.м.н., Академик АН РУз	НИИ вирусологии РСНПМЦЭМИПЗ
2	Байжанов А.К.	Руководитель прикладного гранта, д.м.н., с.н.с.	НИИ вирусологии РСНПМЦЭМИПЗ

**Ташкентский Государственный медицинский университет**

1	Туйчиев Л.Н.	Заведующий кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор	Ташкентский Государственный медицинский университет
2	Худайкулова Г.К.	Главный детский инфекционист Минздрава Республики Узбекистан д.м.н.	Ташкентский Государственный медицинский университет
3	Рахматуллаева Ш.Б.	Доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н.	Ташкентский Государственный университет

### Другие медицинские учреждения

- |   |                   |  |   |
|---|-------------------|--|---|
| 1 | Ярмухамедова Н.А. | Заведующая кафедрой<br>инфекционных болезней<br>Самаркандского Государственного<br>медицинского института<br>Доцент кафедры инфекционных и<br>детских инфекционных болезней, | Самаркандский<br>Государственный<br>медицинский<br>институт |
| 2 | Шаджалилова М. С. | пульмонологии и фтизиатрии<br>Ташкентского педиатрического<br>медицинского института д.м.н   | Ташкентский<br>педиатрический<br>институт                   |
| 3 | Усманова Э.М.     | Доцент кафедры инфекционных<br>болезней Андижанского<br>Государственного медицинского<br>института   | Андижанский<br>Государственный<br>медицинский институт      |
| 4 | Абуллабаева Н.Т.  | заместитель главного врача по<br>лечебной части  | Городская клиническая<br>инфекционная<br>больница №5        |
| 5 | Мадримов З.Х.     | главный врач, к.м.н.   | Хорезмская областная<br>инфекционная<br>больница            |

### 3) Список основных авторов:

1. Абдукадырова Муаззам Алиевна – главный научный сотрудник Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, д.м.н., с.н.с.;
2. Рахимова Висола Шавкатовна - доцент кафедры инфекционных болезней Центра развития профессиональной подготовки медицинских работников, к.м.н.;
3. Касимова Раъно Ибрагмовна – руководитель отдела Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, д.м.н.;
4. Долимов Тохир Кенжабек ўғли – заведующий отделением хронических гепатитов Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, д.м.н.;
5. Эгамова Интизор Нормухаммадовна - заместитель главного врача по организационно-методической работе Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, PhD, с.н.с.;
6. Бригада Крестина Степановна - руководитель отдела Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии,

инфекционных и паразитарных заболеваний, PhD;

7. Бакиева Шохиста Рустамовна - врач клиники Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, PhD.
8. Абдурахимова Дилноза Равшановна - врач клиники Научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний;
9. Курбанова Гулноза Шукуровна – главный врач городской клинической инфекционной больницы №1 г. Ташкента

#### 4) Рецензенты:

**Исмоилов Умед Юсупович**

Заведующий гепатологического центра  
клиники НИИ Вирусологии, к.м.н.

**Кошерава Бахыт Нургалиевна**

Главный инфекционист МЗ Республики  
Казахстан, доктор медицинских наук,  
профессор НАО "Медицинский университет  
Астана"

5) Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Сопещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации инфекционистов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦЭМИПЗ и заместителей), врачей региональных учреждений системы инфекционной службы в онлайн-формате 20 мая 2025 г., протокол №6.

Руководитель рабочей группы - д.м.н. Таджиев Б.М., директор РСНПМЦЭМИПЗ

#### Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Холматова Камола Шавкатовна	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний
2. Муминова Махбуба Тешаевна	Ташкентская Медицинская Академия

#### Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

Шарипов Ф.Р.	Заместитель министра, д.м.н.
Алмарданов Ш.	Начальника управления медицинского страхования
Убайдуллаева С.А.	Начальник отдела разработки клинических протоколов и стандартов, д.м.н.
Джумаева Г.	Главный специалист отдела разработки клинических протоколов и стандартов

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И., начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

#### 6) Список сокращений

АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
Анти HAV – IgM, IgG	иммуноглобулины M, G против ВГА
АнтиHEV– IgM, IgG	иммуноглобулины M, G против ВГЕ
ВВ	внутривенное введение
ВГА	вирусный гепатит А
ВГЕ	вирусный гепатит Е
ВОП	врачи общей практики
ИФА	иммуноферментный анализ
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОВГ	острый вирусный гепатит
РНК HAV	геном вируса гепатита А
РНК HEV	геном вируса гепатита Е
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
УД	уровень доказательности

#### 7) Пользователи протокола:

Врачи общей практики, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, инфекционисты, акушер-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, педиатры, невропатологи, клинические ординаторы, магистранты, докторанты медицинских вузов.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения малярии в практику здравоохранения повсеместно.

#### 8) Категория пациентов в данной нозологии:

больные с острым гепатитом А и Е

#### 9) Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

##### Шкала оценки уровней достоверности доказательств

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа

3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## 2. Основная часть

### 1) Введение

Гепатит А высоко контагиозное заболевание. Крупные вспышки гепатита А регистрировались в различных странах. Гепатит А присутствует во всем мире и возникает как в виде единичных случаев, так и в виде эпидемий, которые имеют тенденцию к цикличности. Причем при оценке широты распространения необходимо помнить, что на один случай заболевания, протекающего с желтухой, приходится как минимум пять случаев, протекающих без желтухи, которые обычно не регистрируются. Интенсивный показатель ГА в нашей республике в 2021 году составила 21,8 (абс. 7707 чел.), а 2022 году – 82,8 (абс. 29197 чел.). Вирус передается фекально-оральным путем. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. гепатит А во всем мире унес жизни 7134 человек (что составляет 0,5% общей смертности от вирусного гепатита). Вирус гепатита А передается фекально-оральным путем, часто через загрязненную воду.

По оценкам, в мире ежегодно инфицирования вирусом гепатита Е происходит в 20 млн случаев, из которых 3,3 млн случаев заболевания гепатитом Е протекают с симптомами. По оценкам ВОЗ, в 2015 г. от гепатита Е умерли приблизительно 44 000 человек (что составляет 3,3% совокупной смертности от вирусного гепатита). В Узбекистане вирусный гепатит Е выявляется в единичных случаях (в 2019 г -2 чел., 2021 г – 4 чел.). Вирус гепатита Е передается фекально-оральным путем, главным образом через загрязненную воду [4, 6]. Гепатит Е встречается во всем мире, но наиболее часто распространен в странах Восточной и Южной Азии.

### 2) Определение:

Гепатит А – это воспалительное заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита А (ВГА). Вирус распространяется главным образом в результате употребления пищевых продуктов или воды, загрязненных фекалиями инфицированного человека. Это заболевание тесно связано с некачественным водоснабжением или заражением продуктов питания, плохими санитарными условиями, несоблюдением правил личной гигиены.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>

Гепатит Е – это воспалительное поражение печени, вызываемое вирусом гепатита Е (ВГЕ). Существует не менее 4 генотипов вируса гепатита Е: 1, 2, 3 и 4. Генотипы 1 и 2 были обнаружены только у человека. Генотипы 3 и 4 циркулируют среди некоторых видов животных, включая свиней, кабанов и оленей, не вызывая у них заболевания; встречаются случаи заражения этими генотипами человека.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>

Длительность инкубационного периода составляет от 15 до 30 дней (минимум – 7, максимум – 50 дней), в среднем – 20 дней.

Манифестные формы ГА протекают циклически, с различной степенью тяжести: легкая, средняя и тяжелая.

Продромальный (преджелтушный) период: длительность – от 4 до 7 дней, характеризуется гриппоподобным, реже диспепсическим или астеновегетативным вариантами клинических проявлений. Гриппоподобный вариант: острое начало, температура тела быстро повышается до 38-39 °С, часто с ознобом, и держится на этих уровнях 2-3 дня. Пациенты предъявляют жалобы на головную боль, ломоту в мышцах и суставах. Иногда появляются катаральные симптомы – насморк и болезненные ощущения в ротоглотке. Диспепсический вариант: снижение или исчезновение аппетита, боли и тяжесть в подложечной области или правом подреберье, тошнота и рвота. Возможна диарея (стул до 2- 5 раз в сутки). Астеновегетативный вариант: постепенное начало, температура тела остается нормальной. Преобладает слабость, снижается работоспособность, появляются раздражительность, сонливость, головная боль, головокружение. Смешанный вариант: признаками нескольких синдромов. При пальпации органов брюшной полости отмечаются увеличение, уплотнение и повышение чувствительности печени, а нередко и увеличение селезенки. В конце преджелтушного периода (за 2-3 дня до появления желтушности склер и кожных покровов больные замечают потемнение, а испражнения – более светлыми (гипохолчными).

Период разгара (желтушный период) проявляется желтушностью склер, слизистых оболочек ротоглотки, а затем кожи. Интенсивность желтухи нарастает быстро и в большинстве случаев уже в ближайшую неделю достигает своего максимума. Цвет мочи становится все более темным, испражнения – бесцветными. С появлением желтухи симптомы преджелтушного периода становятся менее выраженными и у значительной части больных исчезают, при этом дольше всего сохраняются общая слабость и снижение аппетита, иногда – чувство тяжести в правом подреберье. Температура тела в желтушном периоде обычно нормальная. При обследовании больного можно выявить увеличение, уплотнение и повышение чувствительности края печени. У 15-50% больных в положении на правом боку пальпируется край селезенки. Артериальное давление нормальное или несколько снижено. Первый тон сердца на верхушке ослаблен. В крови повышено содержание общего билирубина, главным образом за счет прямого (связанного), резко

нарастает активность аминотрансфераз, особенно аланинаминотрансферазы (АлАТ), снижен протромбиновый индекс (ПТИ). Характерны гематологические сдвиги: лейкопения, нейтропения, относительный лимфо- и моноцитоз, нормальная или замедленная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Выраженное снижение концентрации билирубина крови происходит чаще всего на 2-й неделе желтухи. Одновременно наблюдается снижение активности аминотрансфераз. К 20-25-му дню с момента появления желтухи эти показатели обычно достигают нормы.

Период реконвалесценции: улучшение общее состояние, ослабление симптомов нарушения пигментного обмена, наступает "пигментный криз". Уменьшается желтушность кожи и слизистых оболочек, светлеет моча, испражнения приобретают обычную окраску, появляется четкая тенденция к нормализации биохимических показателей и прежде всего билирубина и протромбина. Период реконвалесценции длится около 2-3 месяцев. Общее состояние больных хорошее. Клинические проявления отсутствуют, изредка возможно появление тошноты, болей в животе. Возможны явления астении. Печень длительное время может быть увеличенной, слегка болезненной. При лабораторной диагностике периодически выявляется диспротеинемия, небольшое увеличение уровня печеночных ферментов.

Осложнения ГА, ГЕ возникают крайне редко. Возможны сохранение в период реконвалесценции гепатомегалии за счет фиброза печени, а также поражение желчевыводящих путей, чаще в форме дискинезии. Также возможны внепеченочные проявления в виде редких случаев острого рассеянного энцефаломиелита, миелита, острой моторной и сенсорной невропатии, менингоэнцефалита, острого холестатического синдрома, холецистита, панкреатит, крапивницы, плеврального выпота или асцита, острого гломерулонефрита или почечной недостаточности, гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза и рабдомиолиза.

### 3) Классификация:

**Вид ОВГ:** ВГА и ВГЕ

**Критерий этиологического диагноза (маркеры):**

Anti-HAV IgM, HAV-РНК,

Anti-HEV IgM, HEV-РНК

**Форма тяжести:** Критериями формы тяжести являются степень выраженности синдромов интоксикации, желтухи и синтетической функции печени.

- легкая форма – интоксикация не выражена, уровень общего билирубина до 85 мкмоль/л, ПТИ - свыше 75%.

- среднетяжелая форма – интоксикация выражена, уровень общего билирубина до 150 мкмоль/л, ПТИ 60%-70%.

- тяжелая и фульминантная формы – встречается редко, острый гепатит А может протекать в тяжелой форме и приводить к острой печеночной недостаточности, иногда это приводит к летальному исходу. Билирубин общий >150 мкмоль/л, ПТИ 40%-60%);

- злокачественная (при гепатите Е у беременных женщин). Печеночная энцефалопатия, Геморрагический синдром (коагулопатия), сокращение размеров печени. Билирубин-протеидная диссоциация и билирубин-ферментная диссоциация.

**По клиническим формам:** манифестные: типичная (желтушная), желтушная с холестатическим компонентом, холестатическая, безжелтушная. Латентные (субклинические, инаппарантные).

**По течению:**

- острое до 3 месяцев;
- затяжное до 6 месяцев
- с рецидивами, обострениями

Критерии оценки тяжести печеночной энцефалопатии:

**1 стадия** – невротический синдром:

- психопатология: реакция на обращение и патологию сохранена, слабая способность к сосредоточению, истощаемость, эйфория или депрессия;
- неврологические симптомы: легкий тремор губ, гиперрефлексия

**2 стадия** – сомнолентность:

- психопатология: реакция на обращение заторможена, неадекватное поведение, дезориентация во времени пространстве, сонливость и беспокойство, спутанность сознания;
- неврологические симптомы: выраженный тремор губ, гиперрефлексия, нарушение координации, скомканная речь

**3 стадия** – сопор:

- психопатология: реакция на обращение снижена, летаргия, пациента еще можно разбудить, афазия, реакция на болевой раздражитель замедлена;
- неврологические симптомы: клонические судороги, ригидность и спастичность мышц, атаксия, тремор губ, гиперрефлексия

**4 стадия** – кома:

- психопатология: реакции на обращение нет, реакция на болевое раздражение заметно снижена, и ненаправленная, словесный контакт отсутствует;
- неврологические симптомы: спонтанная двигательная активность отсутствует или движения некоординированные, клонические судороги, ригидность и спастичность мышц, сохранены первичные реакции, положительный рефлекс Бабинского

**5 стадия** – глубокая терминальная кома:

- психопатология: отсутствует реакция на болевой раздражитель;
- неврологические симптомы: тонус мышц вялый либо положение сгибания или разгибания.

### 3. Методы, подходы и процедуры диагностики

#### 1) Диагностические критерии

**Жалобы и анамнез, в том числе эпидемиологический:**

**В преджелтушный период:**

- повышение температуры тела 37,0<sup>0</sup> до 38,5<sup>0</sup> (в 70-80% случаев)
- снижение аппетита;
- тошнота, рвота;
- боли в животе, в области правого подреберья;
- слабость, вялость, недомогание.

**В желтушный период:**

- желтушность кожи и склер;
- возможен зуд;
- боли в животе, в области правого подреберья;
- потемнение цвета мочи;
- осветление цвета стула.

### Анамнез заболевания:

- острое начало заболевания с гриппоподобными симптомами: слабости, повышения температуры тела, диспепсии – тошнота, рвота, болей в животе, желтушности склер, темной мочи.

### Эпидемиологический анамнез:

С	<ul style="list-style-type: none"><li>- Контакт с больными с острым гепатитом А и гепатитом Е. Передается при употреблении инфицированной воды, пищи и через инфицированные грязные руки и предметы</li><li>- Рекомендовано обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о</li><li>- пребывание в очаге ГА в период, соответствующий инкубационному периоду всем</li><li>- пациентам с подозрением на ГА с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания</li><li>- Рекомендовано обратить внимание на поездки в районы с высокой эндемичностью ГА, ГЕ без предварительной иммунизации в период, соответствующий инкубационному периоду всем пациентам с подозрением на ГА, ГЕ с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания</li><li>- Рекомендовано обратить внимание на наличие эндемичной вспышки ГА, ГЕ (водного или пищевого характера) всем пациентам с подозрением на ГА с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания. Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ГА, ГЕ (осенне-зимний период) с максимумом заболеваемости в сентябре-ноябре</li></ul> <p><a href="https://www.vyatsu.ru/uploads/file/2306/gepatit_a_2021.pdf">https://www.vyatsu.ru/uploads/file/2306/gepatit_a_2021.pdf</a></p>
---	---

### Жалобы пациента

С	<ul style="list-style-type: none"><li>- тошнота;</li><li>- рвота;</li><li>- желтушность склер;</li><li>- желтушность кожных покровов;</li><li>- темная моча;</li><li>- осветление цвета стула;</li><li>- повышение температуры тела;</li><li>- общая слабость</li></ul>
---	---

### Физикальное обследование: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1)

С	Общий осмотр с выявлением наличия желтушного окрашивания кожи и слизистых оболочек. <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
С	Пальпации живота с определением размеров (увеличение или уменьшение) и консистенции печени и селезенки. <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
С	Определение признаков декомпенсации функции печени (энцефалопатия, периферические отеки, геморрагический синдром). <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>

С	<p>Рекомендуется всем пациентам с наличием признаков острой печеночной недостаточности оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар для своевременного перевода и дальнейшего оказания специализированной помощи в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>
С	<p>Рекомендован перевод в ОРИТ пациентов с тяжелым течением острых энтеральных вирусных гепатитов и развитием печеночной комы при наличии неотложных состояний для проведения интенсивной терапии.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>

### Лабораторные исследования

#### Основная лабораторная диагностика:

#### Биохимический анализ крови:

С	<p>Рекомендовано выполнение биохимического анализа крови (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина, определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АлАТ, АсАТ) всем пациентам с подозрением на острые энтеральные вирусные гепатиты для определения выраженности экскреторно-билиарного синдрома, активности цитолитического синдрома и степени тяжести оценки заболевания.</p> <p><i>Комментарии:</i> характерно увеличение активности АлАТ, АсАТ.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>
С	<p>выполнение протеинограммы Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острые энтеральные вирусные гепатиты тяжелой степени для выявления снижения белково-синтетической функции печени.</p> <p><i>Комментарии:</i> характерна диспротеинемия при осложненном течении.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>
С	<p>Рекомендовано пациентам <i>при тяжелом течении с развитием печеночной недостаточности</i> исследование уровня общего белка в крови, соотношения белковых фракций методом электрофореза времени в крови или в плазме, исследование уровня натрия и калия в крови пациентам с острыми парентеральными вирусными гепатитами и печеночной комой не позднее 3 часов от момента поступления в стационар для базовой оценки показателей.</p> <p><i>Комментарии:</i> при тяжелом течении с развитием печеночной недостаточности возможно развитие гипоальбуминемии, диспротеинемии, нарушения электролитного состава крови.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>

## Исследование системы гомеостаза

С	Рекомендуется пациентам с острыми энтеральными вирусными гепатитами для определения степени тяжести исследование системы гемостаза - протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, тромбинового времени в крови, (ПТИ и МНО) для оказания своевременной помощи.
	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>

## Иммуноферментный анализ крови:

	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острый ВГА, ВГЕ проведение серологических исследований определения антител и антигенов к ВГА, ВГЕ методом иммуноферментного анализа для подтверждения этиологического фактора заболевания
В	<ul style="list-style-type: none"><li>- anti-HAV IgM положительный при остром гепатите А;</li><li>- anti-HEV IgM положительный при остром гепатите Е</li></ul> <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>

## Полимеразная цепная реакция:

	Рекомендуется определение РНК ВГА, РНК ВГЕ в крови методом ПЦР качественное исследование пациентам с подозрением на острый ВГА, ВГЕ как критерий для ранней диагностики.
В	<ul style="list-style-type: none"><li>- РНК ВГА, ВГЕ качественный</li></ul> <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>

## Дополнительные лабораторные исследования:

### Общий анализ крови:

С	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острые энтеральные вирусные гепатиты выполнение клинического анализа крови с определением лейкоцитарной формулы для своевременного выявления осложнений и неотложных состояний и в комплексной оценке степени тяжести заболевания.
	<i>Комментарии: при неосложненном течении острых энтеральных вирусных гепатитов характерны лимфоцитоз, лейкопения, нейтропения, анемия возникает редко. При фульминантной или осложненных формах наблюдается лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения, замедление СОЭ.</i> <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a> <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>

### Общий анализ мочи:

С	Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острые энтеральные вирусные гепатиты выполнение общего анализа мочи для выявления признаков нарушения пигментного обмена и сопутствующей бактериальной инфекции мочевыводящих путей.
---	--

выявление желчных пигментов в моче;  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1)

**Комментарии:** Характерны изменение цвета мочи, повышение уробилиногена и желчных пигментов. Выявление в моче уробилина и желчных пигментов возможно уже в преджелтушном периоде, это первые признаки нарушения пигментного обмена.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1)

### Инструментальные исследования:

#### УЗИ органов брюшной полости:

Рекомендуется всем пациентам с острыми энтеральными вирусными гепатитами выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства для диагностики увеличения и изменения структуры печени, увеличения селезенки, исключения сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта.

С

Возможно увеличение селезенки (спленомегалия)  
вирусы гепатитов А и Е поражают не только орган мишень - печень, но и эпителий желчевыводящих протоков, а также желчный пузырь. При холестатической форме гепатитов А и Е это поражение проявляется виде воспаления, сопровождающегося острым реактивным отеком.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1)

**Комментарий:** характерна гепатомегалия без изменения структуры печени, возможна спленомегалия.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1)

### Показания для консультации специалистов

С

консультация анестезиолога-реаниматолога – при наличии неотложных состояний (в том числе с печеночной комой) с целью определения показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) не позднее 30 минут от момента поступления в стационар

С

консультация хирурга - при интенсивных болях в животе, снижении гипотонии, геморрагическом синдроме с целью исключения острой хирургической патологии и определения показаний к переводу в хирургическое отделение

С

консультация невропатолога – при наличии признаков энцефалопатии с целью исключения неврологической патологии

**С**

консультация акушер-гинеколога - при беременности с целью оценки состояния беременности, исключения патологии и совместного наблюдения инфекционистом за состоянием беременной до выздоровления от острых вирусных гепатитов А и Е.

#### 4) Диагностический алгоритм:

**Жалобы в преджелтушном периоде:**  
повышение температуры тела от 37,0<sup>0</sup> до 38,5<sup>0</sup>, снижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе, в правом подреберье, слабость, вялость, недомогание;

**Жалобы в желтушном периоде:**  
желтушность склер и кожи, возможен зуд, боли в животе и в правом подреберье, потемнение цвета мочи, осветление цвета стула.

**Сбор анамнеза:** контакт с больными острыми гепатитами А и Е: передается при употреблении инфицированной воды и пищи и через инфицированные грязные руки и предметы.

**Необходимо провести**

##### **Физикальное обследование:**

- пальпация живота: увеличение размеров печени (в тяжелых случаях возможно уменьшение размеров печени), редко спленомегалия

##### **ИФА:**

- положительный анти – HAV IgM (при гепатите А) и анти-HEV IgM (при гепатите Е)

##### **Биохимический анализ крови:**

- повышение уровня АЛТ, АСТ;  
- повышение уровня общего билирубина за счет прямой фракции

##### **Дополнительно:**

###### **Общий анализ крови:**

лейкопения или нормальный уровень лейкоцитов, лимфоцитоз.

###### **Общий анализ мочи:**

Определение желчных пигментов – при наличии билирубина в моче образуется зеленое кольцо

**Диагноз ВГА или ВГЕ**

**подтвержден**

### 3) дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

#### Дифференциальная диагностика острых гепатитов А и Е

<b>С 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- с другими вирусными гепатитами и заболеваниями, протекающими с синдромом желтухи для достоверного подтверждения диагноза;</li> </ul> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a></p>
----------------	--

- с острыми вирусными гепатитами В – при наличии гепатомегалии и желтухи;
- с острыми вирусными гепатитами С – при наличии гепатомегалии и желтухи;
- с калькулезным холециститом – при наличии боли в правом подреберье;
- с лептоспирозом – при наличии гепатомегалии, спленомегалии

### Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острые вирусные гепатиты В	Наличие гепатомегалии, желтухи	ИФА (HBsAg),	При остром вирусном гепатите В обнаруживается HBsAg
Острые вирусные гепатиты С	Наличие гепатомегалии, желтухи	ПЦР (РНК HCV качественный)	При остром вирусном гепатите С обнаруживается РНК HCV.
Калькулезный холецистит	Наличие боли в животе	Биохимический анализ крови, ОАК, УЗИ органов брюшной полости, возможно КТ или МРТ	Отсутствие контакта с больным гепатитом А и Е, высокая температура (38-39 <sup>0</sup> С), тахикардия, положительные желчнопузырные симптомы, селезенка не увеличена, лейкоцитоз, нейтрофилёз, увеличение СОЭ
Лептоспироз	Наличие гепатомегалии, возможно спленомегалии	Пальпация живота	Контакт с животными; купание в реках или озерах, боли в икроножных мышцах, гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнктивы, кровоизлияния в склеру; пятнистая сыпь, при пальпации живота безболезненный

### 4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

<b>С</b>	<p>В случаях <b>ЛЕГКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> допускается лечение больного с лабораторно подтвержденным диагнозом ВГА, ВГЕ (при обнаружении в крови anti-HAV IgM или РНК ВГА, ВГЕ) на дому при условии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проживания больного в установленных санитарно- бытовых условиях;</li> </ul>
----------	--

- отсутствие контакта по месту проживания с работниками лечебно-профилактических, детских и приравняваемых к ним организаций, а также с детьми, посещающими детские образовательные учреждения;
- 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 ПАВ, злоупотребления алкоголем;
- обеспечения динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования на дому.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1)

### **1) Немедикаментозное лечение:**

Режим: полупостельный на период разгара заболевания.

Диета: в остром периоде ОВГ назначается диета №5А по Певзнеру, затем постепенно переводят на диету №5 по Певзнеру (приказ 27.08.2018 г №542 МЗ РУз), где сохраняется возрастная норма белков, жиров и углеводов, пища должна быть приготовлена механически и химически щадящая, без экстрактивных веществ, исключаются мясные бульоны, острые и пряные приправы, трудно перевариваемая клетчатка.

Питье жидкости: вода, компот, минеральная вода.

Лечение больных с легкой и/или безжелтушной формой ВГА, ВГЕ проводят в домашних условиях. Полупостельный режим назначают больным на период разгара заболевания. Создается физический покой, питье жидкости (минеральные воды, чай, соки, кисели). Рацион питания максимально обогащается естественными витаминами за счет включения в него фруктов и овощей.

**2) Медикаментозное лечение:** симптоматическая терапия

**3) Хирургическое вмешательство:** нет

### **4) Дальнейшее ведение:**

Все переболевшие вирусными гепатитами А и Е спустя 1-го месяца проходят первичное диспансерное обследование у инфекциониста по месту лечения. Дальнейшая диспансеризация переболевших ОВГ осуществляется по клиническим показаниям в гепатологических центрах или в кабинетах инфекционных заболеваний территориальных поликлиник с письменной рекомендацией лечащего врача.

Диспансерное наблюдение проводится:

- за переболевшими легкой (реконвалесценты гепатитов А и Е при отсутствии отклонений в состоянии здоровья и биохимических показателях крови) - 1 месяц;
- школьники и студенты, переболевшие тяжелым гепатитом А и Е на 3 месяца, освобождаются от занятий физкультурой.

- в течение 3-х месяцев противопоказан тяжелый физический труд, ночные дежурства, длительные поездки на транспорте, что оформляется через ВКК.

- профилактические прививки можно проводить после клинического выздоровления. В течение 6 месяцев, противопоказаны плановые операции, беременность. Применение лекарственных веществ должно быть максимально ограничено.

### **5) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

- отсутствие клинических симптомов;
- купирование желтухи;
- нормализация размеров печени;
- нормализация показателей общего билирубина, АсАТ и АлАТ.

## 5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

1) показания для плановой госпитализации - нет

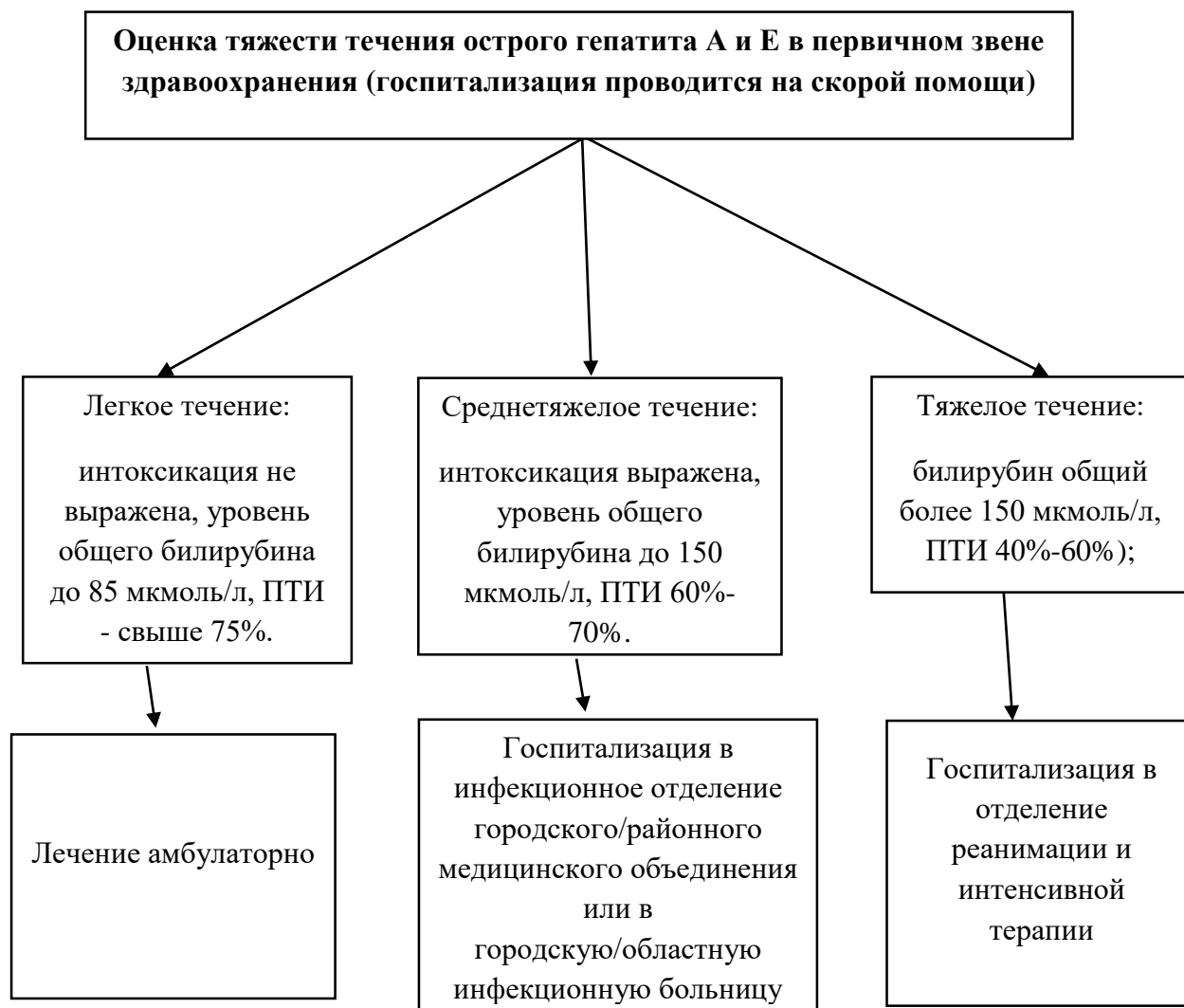
2) показания для экстренной госпитализации:

<b>С 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дети до 5 лет с наличием одного из следующих признаков: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания;</li> <li>- беременные;</li> <li>- среднетяжелые и тяжелые формы острых гепатитов А и Е;</li> <li>- дети из закрытых и других учреждений;</li> <li>- взрослые: <ul style="list-style-type: none"> <li>- легкие формы при наличии сопутствующей патологии печени и желудочно-кишечного тракта;</li> <li>- продолжительность желтухи более двух недель и ее нарастание.</li> </ul> </li> </ul>
----------------	--

## 6. Тактика лечения на стационарном уровне:

### Маршрутизация пациента:

#### Алгоритм маршрутизации пациента с острыми гепатитами А и Е на уровне приемного отделения



### 1) Немедикаментозное лечение:

<b>С</b>	Режим постельный или полупостельный
	Обильное питье.
	Диета: стол №5А по Певзнеру, затем постепенно пациента переводят на диету №5 по Певзнеру, где сохраняется возрастная норма белков, жиров и углеводов, пища должна быть приготовлена механически и химически щадящая, без экстрактивных веществ, исключаются на острый период болезни острые и пряные приправы, трудно перевариваемая клетчатка.

### 1) Медикаментозное лечение проводится только на стационарном уровне:

<b>ВОЗ</b>	Показано проведение базисной терапии, при которой необходимо избегать неоправданного назначения лекарственных средств
------------	---

Таблица-1

### Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	УД	Ссылки
Средство углеводного питания	Декстроза раствор для инфузий 5 % 200 мл, 400 мл	в/в капельно	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения, растворитель	Физиологический раствор 0,9%, 200, 400 мл	в/в капельно	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Натрия хлорида раствор сложный (натрия хлорид 8.6 г калия хлорид 300 мг кальция хлорид дигидрат 330 мг).	в/ в капельно в составе сложного раствора	С	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/ringer_lactici_22024">https://www.vidal.ru/drugs/ringer_lactici_22024</a>
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для	Натрия лактата раствор сложный 400 мл (натрия хлорид 6 г калия	в/ в капельно в составе сложного раствора	С	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/ringer_lactici_22024">https://www.vidal.ru/drugs/ringer_lactici_22024</a>

парентерального применения	хлорид 400 мг кальция хлорида гексагидрат 270 мг натрия лактат)			
----------------------------	--	--	--	--

**Перечень основных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	УД	Ссылки
Калия препарат	Калия хлорид 4%, 10 мл	в/в капельно в составе сложного раствора	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Кальциево-фосфорного обмена регулятор	Кальция хлорид 10% 5,10 мл	в/ в капельно составе сложного раствора	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Гепатопротекторное средство	УДХК, капсулы по 250 мг, таблетки по 500 мг	500 – 1000 мг/сутки, внутрь 1 раз в день. Детям по возрастным дозировкам	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Препараты улучшающие функцию кишечника	Пробиотики	Детям дозу препарата определяет врач индивидуально по возрастным категориям.	С	<a href="http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Ферментные препараты коррекции панкреатической недостаточности	Панкреатин 25 ЕД (100 мг)	Дозу препарата определяет врач индивидуально, в зависимости от возраста и степени ферментной недостаточности.	С	<a href="http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
<b>При тяжелых формах</b>				
Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта	Метоклопрамид Раствор для в/в и в/м введения 1 мл метоклопрамида гидрохлорид 5 мг 10 мг	Детям старше 6 лет по 5 мг 1-3 раза/сут.  Детям дозу препарата определяет врач индивидуально по возрастным категориям.	С	<a href="http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>

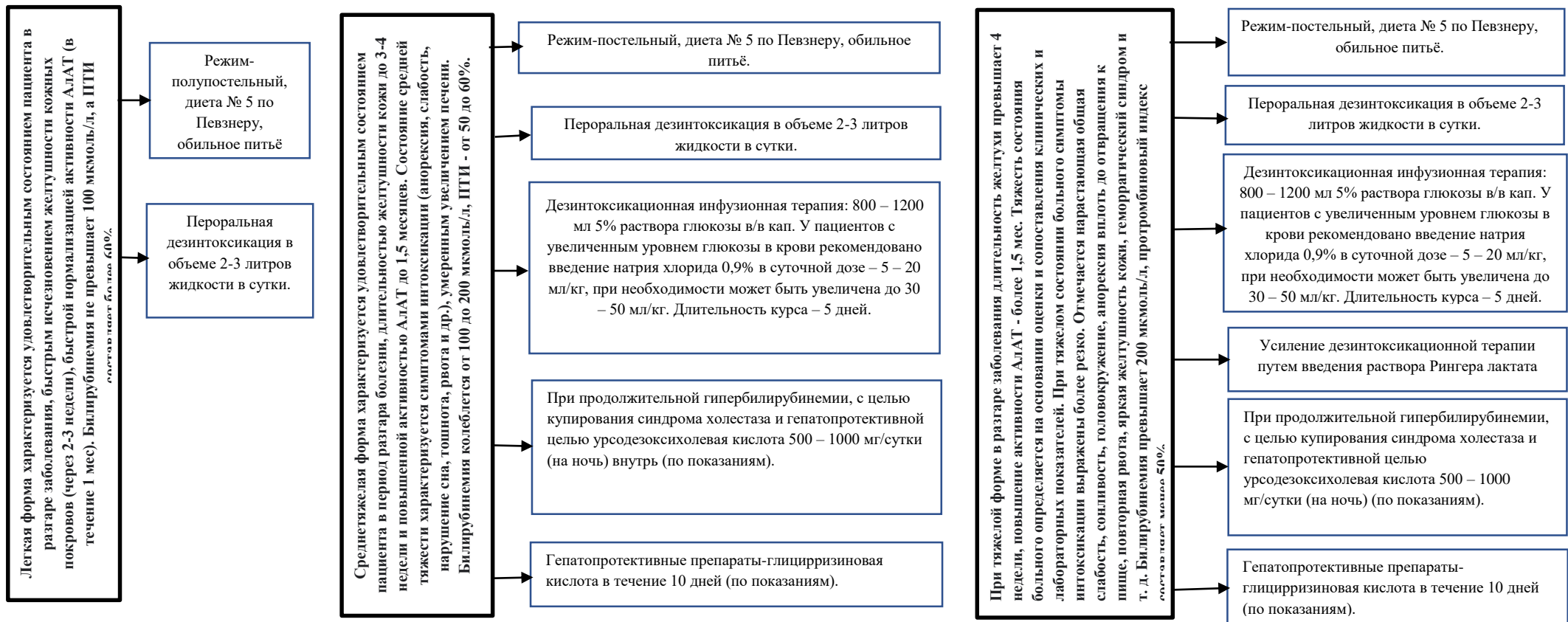
Ингибиторы протонового насоса	Омепразол 20 мг	Детям дозу препарата определяет врач индивидуально по возрастным категориям.	С	<a href="http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Аминокислоты, включая комбинации с полипептидами	Аминокислоты для парентерального питания	Детям дозу препарата определяет врач индивидуально по возрастным категориям.	В	<a href="http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Средство, влияющее на мозговой метаболизм.	Оксибутират натрия Разовые дозы: в/в взрослым 30-120 мг/кг, в/м - 100-150 мг/кг, внутрь - 40-200 мг/кг.	Детям дозу препарата определяет врач анестезиолог-реаниматолог индивидуально по возрастным категориям.	С	<a href="http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Противоэпилептическое средство, барбитураты и их производные	Фенобарбитал 50 мг.	Детям дозу препарата определяет врач индивидуально по возрастным категориям.	С	<a href="http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Диуретическое средство	Фуросемид 40 мг	Детям дозу препарата определяет врач индивидуально по возрастным категориям.	С	<a href="http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bde907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Дезинтоксикационное средство	Глутатион	При среднетяжелых и тяжелых формах гепатита различной этиологии - 1,2-2,4 г внутривенно в день в течение 30 дней в виде инфузий.	С	<a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891584912000366?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891584912000366?via%3Dihub</a>
Плазмозамещающее средство	Альбумин 10%,20% 100,200 мл	в/ в капельно	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
Глюкокортикостероиды	Преднизолон, 30 мг/2 мл	75-100 мг в сутки в/в капельно с интервалом в 3-4 раза в течение 7-10 дней. Детям по	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>

		возрастным дозировкам		
Глюкокортикостероиды	Дексаметазон 4 мг/мл, амп. по 2 мл	8-32 мг/сутки, с коррекцией по состоянию пациента, в/в капельно в течение 7-10 дней. Детям по возрастным дозировкам	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Гемостатическое средство, ингибитор фибринолиза	5% раствор аминокaproновой кислоты, 100, 250, 500 мл	200 мл x 2 раза в сутки, в/в капельно. Детям по возрастным дозировкам	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Гепатопротекторное средство	Адеметионин	5-12 мг/кг/сут, 1-2 раза в/в или в/м. Детям по возрастным дозировкам	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	Плазма 200 мл, 400 мл	Препарат применяют под контролем лабораторных исследований. Вводят в/в (струйно и капельно). Для детей суточная доза составляет 5-10 мл/кг, скорость введения - 30-60 капель/мин. Детям по возрастным дозировкам	Д	<a href="http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf">http://niidi.ru/dot/Asset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf</a>
Миотропное спазмолитическое средство	Папаверин гидрохлорид 20 мг/мл, амп. по 2 мл	40-80 мг в сутки, 2-3 раза в/м в сутки. Детям по возрастным дозировкам	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Миотропное спазмолитическое средство	Дротаверин 20 мг/мл, амп. по 2 мл Платифиллин Р-р д/п/к введения 2 мг/1 мл: амп. 10 шт.	40-80 мг в сутки, 1-2 раза в/м в сутки. Детям по возрастным дозировкам	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Слабительный препарат с осмотическими свойствами.	Лактулоза, сироп 667 мг/1 мл: 100 мл, 200 мл, 500 мл или 1000 мл фл.	Начальная суточная доза 15-45 мл, поддерживающая суточная дозировка 15-30мл. Детям по	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>

		возрастным дозировкам		
<a href="#">Противорвотное средство - дофаминовых рецепторов антагонист центральный</a>	Домперидон, таб. по 10 мг	10 - 20 мг 2 раза в сутки внутрь. Детям по возрастным дозировкам.	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Противодиарейное средство	Смектит диоктаэдрический, Порошок д/пригот. сусп. д/приема внутрь 3 гр.	по 1 пакетику 3 раза в сутки, растворяя его содержимое в 1/2 стакана воды. Детям по возрастным дозировкам.	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Энтеросорбирующее средство	Диоксид кремния коллоидный	0,1- 0,2 г на 1 кг массы тела (6-12 г), принимается 3-4 р./сут., растворить в 1/4-1/2 стакана воды	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Антибиотик-цефалоспорин	Цефазолин, флаконы 250, 500, 1000 мг	1000 мг 2 раза в сутки в/м  Длительность курса 10 – 14 дней. Детям по возрастным дозировкам.	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Противомикробное и противопротозойное средство	Метронидазол, таб. 250 мг	250 – 500 мг 3 раза в сутки внутрь. Длительность курса 10 – 14 дней. Детям по возрастным дозировкам.	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Антибиотик	Рифаксимин 600 мг/200мг	600 мг / 200 мг каждые 8 ч/каждые 8–12 ч., внутрь  Продолжительность лечения не должна превышать 7 дней	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schem/a/672_1</a>
Гипоазотемическое средство	Л-орнитин Л-аспарат	- до 4-х ампул в сутки, растворив содержимое ампул в 500 мл инфузионного раствора; в зависимости от степени тяжести состояния вводят до 8 ампул в сутки. При	В	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/острые-вирусные-гепатиты-в-d-и-с-у-взрослых/14164">https://diseases.medelement.com/disease/острые-вирусные-гепатиты-в-d-и-с-у-взрослых/14164</a>

		печеночной энцефалопатии Детям по возрастным дозировкам		
--	--	--	--	--

## Алгоритм лечения пациентов с острыми энтеральными гепатитами в зависимости от тяжести течения заболевания



### По клиническим показаниям, независимо от тяжести заболевания

При присоединении инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний цефазолин или цефтриаксон в дозе 1000мг 2 раза в сутки внутримышечно), метронидазол 250 - 500 мг 3 раза в сутки внутрь (по показаниям).

Ферментные препараты по 2-4 таблетки внутрь 3 раза в сутки во время еды, 10-15 дней(по показаниям).

При ноющих болях в правом подреберье обусловленные спазмами гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и при развитии холестаза для улучшения оттока желчи дротаверин - 40-80 мг 1-2 раза в сутки, папаверин 40 мг 2-3 раза в сутки (по показаниям).

Для профилактики запоров, борьбу с дисфункцией ЖКТ слабительные препараты-лактоулоза -начальная суточная доза 15-45 мл, поддерживающая суточная дозировка 15-30мл. Длительность курса 3-5 дней (по показаниям).

Выписка производится при хорошем общем самочувствии, сокращении размеров печени в динамике, снижении активности АЛТ, АСТ и билирубина до 2-кратной нормы и нормализации показателей других лабораторных исследований необходимых при вирусных гепатитах.

**3) Хирургическое вмешательство:** не проводится

**4) Дальнейшее ведение:**

- Все переболевшие острыми вирусными гепатитами спустя 1 месяц после выписки из стационара проходят первичное диспансерное обследование у инфекциониста по месту лечения. Дальнейшая диспансеризация переболевших ОВГ осуществляется по клиническим показаниям в гепатологических центрах или в кабинетах инфекционных заболеваний территориальных поликлиник с письменной рекомендацией лечащего врача, выдаваемой на руки больному.

- диспансеризация переболевших ОВГ А и Е осуществляется в кабинете инфекционных заболеваний территориальной организации здравоохранения с письменной рекомендацией лечащего врача, выдаваемой на руки больному;

- за переболевшими легкой и среднетяжелой формами (реконвалесценты гепатитов А при отсутствии отклонений в состоянии здоровья и биохимических показателях крови) - 1 месяц;

- за переболевшими тяжелой формой ВГА (при сохранении отклонений от нормы) - 3 месяца.

- школьники и студенты, переболевшие ВГА тяжелой формой на 3 месяца освобождаются от занятий физкультурой. В течение 3-х месяцев противопоказан тяжелый физический труд, ночные дежурства, длительные поездки на транспорте, что оформляется через ВКК. Профилактические прививки можно проводить после клинического выздоровления. В течение 6 месяцев, противопоказаны плановые операции, беременность. Применение лекарственных веществ должно быть максимально ограничено.

**5) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

- купирование интоксикации;
- купирование желтухи;
- нормализация размеров печени;
- нормализация показателей общего билирубина, АсАТ и АлАТ.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А И Е»**

**ТАШКЕНТ 2025**

## 2. Основная часть

### 1) Введение:

Крупные вспышки гепатита А регистрировались в различных странах мира. Гепатит А присутствует во всем мире и возникает как в виде единичных случаев, так и в виде эпидемий. Для данной патологии не характерна хронизация процесса, но заболевание может сопровождаться тяжелыми симптомами и иногда протекать в фульминантной форме с острой печеночной недостаточностью, часто заканчивающейся летальным исходом. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. гепатит А во всем мире унес жизни 7134 человек (что составляет 0,5% общей смертности от вирусного гепатита).

По оценкам ВОЗ, в 2015 г. от гепатита Е умерли приблизительно 44 000 человек (что составляет 3,3% совокупной смертности от вирусного гепатита). Гепатит Е встречается во всем мире. У отдельных категорий пациентов (у беременных и получающих массивную терапию иммуносупрессивными препаратами) патология характеризуется тяжелым, часто – молниеносным течением и требует лечения в отделении интенсивной терапии.

Рекомендации, содержащиеся в клиническом протоколе, касаются общепринятых стандартов медицинской помощи больным с острым гепатитом А и Е.

### 2) Определение:

Медицинские вмешательства при остром гепатите А и Е направлены на неспецифическую дезинтоксикацию и симптоматическую терапию и лечению осложнений болезни.

## 3. Методы, подходы, процедуры лечения

**1) цель проведения процедуры или вмешательства:** определение тяжести заболевания.

<b>А</b>	<p>При физикальном осмотре симптомы могут отсутствовать или выявляются симптомы хронического заболевания печени.</p> <p>Общий осмотр с выявлением наличия желтушного окрашивания кожи и слизистых оболочек, пальпации живота с определением размеров (увеличение или уменьшение) и консистенции печени и селезенки. Определение признаков декомпенсации функции печени (энцефалопатия, периферические отеки, геморрагический синдром).</p> <p><i>Примечание:</i> При физикальном осмотре, как правило, никаких изменений не выявляется. Возможно наличие признаков ЦП (асцит, «печеночные ладони», ВРВ брюшной стенки, отеки, спленомегалия). При развитии иммунологически обусловленных внепеченочных проявлений имеют место соответствующие изменения.</p> <p><a href="https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388">https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388</a></p>
----------	---

**2) Противопоказания к процедуре или вмешательству:** нет

**3) Показания к процедуре или вмешательству:** - все пациенты с острым вирусным гепатитом А и Е;

**4) Требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:**

- квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя диагностику состояний, требующих использования медицинских вмешательств.

**5) Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству: нет**  
**Процедуры диагностики**

**Инструментальные исследования:**

**УЗИ органов брюшной полости:**

<b>А</b>	УЗИ позволяет оценить структуру, признаки фиброза, цирроза печени (неровный край, нодулярная структура, атрофия правой доли, наличие асцита, расширение и тромбоз сосудов печени и селезенки, наличие шунтов, спленомегалия и другие признаки портальной гипертензии), а также наличие объемных образований (ГЦК и др.). Для уточнения изменений кровотока проводится ультразвуковая доплерография воротной, селезеночной, нижней полой, верхнебрыжеечной и печеночных вен. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/</a>
----------	--

**1) цель проведения процедуры:** УЗИ брюшной полости даёт информацию о состоянии внутренних органов: — позволяет определить форму, размер, структуру, расположение органа, наличие кист, гемангиом, других новообразований, посторонних включений (камней), свободной жидкости в полости, оценить сокращение желчного пузыря, показатели потоков в сосудах;

**2) противопоказания к процедуре или вмешательству:** нет;

**3) показания к процедуре или вмешательству:** все пациенты с острым вирусным гепатитом А и Е;

**4) требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:** врачи соответствующей квалификации.

**5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре:** нет

**6) требования к проведению процедуры или вмешательства:** – наличие аппарата УЗИ. Дезинфицирующий раствор, бумажные салфетки, гель, одноразовые пеленки

**7) требования к подготовке пациента (описание процесса подготовки пациента к проведению процедуры или вмешательства), а также непосредственная методика проведения процедуры (вмешательства):**

- Исследование проводится натощак, лучше в утренние часы, особенно исследование желчного пузыря. Следует воздержаться от приёма пищи 6-12 часов. Также следует избегать приёма жидкости (детям нельзя пить в течение 1 часа перед исследованием, взрослым – 2 часа) и лекарств. Перед исследованием не курить, не сосать леденцы, не жевать резинку, так как это приведёт к сокращению желудка и желчного пузыря и соответственно к неверному заключению. Если УЗИ проводится во второй половине дня, то разрешается лёгкий завтрак (за 5-6 часов до исследования).

**8) Индикаторы эффективности процедуры или вмешательства** – своевременность выполнения процедуры; наличие записи о выполнении назначения в медицинской документации

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ А И Е»**

**ТАШКЕНТ 2025**

### Пользователи протокола:

- эпидемиологи, врачи общей практики, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, педиатры, невропатологи, клинические ординаторы, магистранты, докторанты медицинских вузов.

### категория пациентов, подлежащих для медицинской профилактики

- при установлении факта контакта с больными острыми гепатитами А и Е

**категория пациентов, подлежащих для медицинской реабилитации данной нозологии:** реабилитация не требуется, в связи с полным выздоровлением пациента.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1)

### Основная часть

#### 1) Введение:

Для данной патологии не характерна хронизация процесса, но заболевание может сопровождаться тяжелыми симптомами и иногда протекать в фульминантной форме с острой печеночной недостаточностью, часто заканчивающейся летальным исходом. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. гепатит А во всем мире унес жизни 7134 человек (что составляет 0,5% общей смертности от вирусного гепатита). Гепатитом А часто болеют дети до 7 лет. Для специфической профилактики ВГА существует эффективная и безопасная вакцина.

Гепатит Е в большинстве случаев болезнь протекает нетяжело и завершается выздоровлением пациента с формированием у него стойкого пожизненного иммунитета. У отдельных категорий пациентов (у беременных и получающих массивную терапию иммуносупрессивными препаратами) патология характеризуется тяжелым, часто – молниеносным течением и требует лечения в отделении интенсивной терапии. Для гепатита Е специфическая профилактика не разработана.

#### 2) Определение – профилактики или реабилитации

Профилактика заболеваний понимается как конкретные, популяционные и индивидуальные меры первичной и вторичной (ранней диагностики) профилактики, направленные на минимизацию бремени болезней и связанных с ними факторов риска. Профилактика – основное направление медицины и включает в себя мероприятия государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера с целью обеспечить высокое состояние здоровья и предупредить возникновение болезней.

<https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания». Реабилитация — это направление современной медицины, которая в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность пациента, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

#### 3) Виды профилактики и реабилитации:

№ п/п	Виды основной профилактики	УД	Ссылка
1.	Первичная профилактика-вакцинация против ВГА	В	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>
2.	Вторичная профилактика-проведение противоэпидемических мероприятий	С	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>

#### **4) Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:**

Профилактические и противоэпидемические мероприятия при ВГА и ВГЕ основываются на принципах, разработанных для кишечной группы инфекций с учетом особенностей его эпидемиологии. Основным комплекс профилактических мероприятий должен быть направлен на второе звено эпидемического процесса, т.е. на разрыв фекально-орального механизма заражения, путем проведения гигиенического воспитания населения. К индивидуальной профилактике относится соблюдение личной гигиены, такой как регулярное мытье рук безопасной водой.

**1) цель профилактики (указываются цели профилактики):** предупреждение риска инфицирования вирусами гепатитами А и Е.

**2) 1-я профилактика:** В профилактике вирусного гепатита А важную роль играет проведение вакцинации против этого типа гепатита. С целью вакцинации против ВГА применяют рекомбинантные вакцины в виду их безопасности и эффективности. Вакцину вводят однократно или двукратно согласно инструкции. Вакцинация показана, прежде всего, детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости этой инфекцией (возрастные группы определяются данными эпидемиологического анализа). Массовую вакцинацию против гепатита А проводят на основании СанПиНа № 0239-07, «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан».

Первичной профилактики для вирусного гепатита Е не предусмотрена.

**3) Скрининг:** по эпидемиологическим показаниям проводятся сотрудниками комитета санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здравоохранения.

**4) 2-я профилактика:** Проводимые профилактические мероприятия по борьбе как с ВГА, так и с ВГЕ носят общегигиенический и санитарный характер. К ним относят: повышение санитарной культуры населения, соблюдение личной гигиены.

**5) 3-я профилактика:** не проводится.

#### **3.2.Методы и процедуры реабилитации:**

реабилитация не требуется, в связи с полным выздоровлением пациента

#### **4.Показания к проведению профилактики и реабилитации:**

##### **Первичная профилактика:**

Первичная иммунизация заключается в двукратном введении инактивированной вакцины или же однократном введении живой вакцины. Иммуногенность вакцины очень высока, у 97 % привитых через 4 недели после первой вакцинации обнаруживается защитный титр антител. После второй вакцинации можно предполагать 100% защиту. Антитела сохраняются не менее 8 лет. Рекомендаций по поводу ревакцинации нет. Рекомендуются:

проводить активную иммунизацию в следующих группах населения:

- дети организованных коллективов
- пациенты с гемофилией, требующие заместительной терапии;
- пациенты и персонал психиатрических учреждений или социальных учреждений;
- лиц с поражением головного мозга или расстройствами поведения;
- лица с хроническим заболеванием печени без антител против вируса гепатита А;
- подвергающийся риску персонал учреждений здравоохранения или лабораторий;
- лица, контактирующие с пациентами с гепатитом А.

Активная иммунизация детей должна проводиться только после первого года жизни, так как пассивно передающиеся материнские антитела обуславливают низкую концентрацию антител (при наличии антител против ВГА у матери).

##### **Вторичная профилактика:**

направлена на второе звено эпидемического процесса, т.е. на разрыв фекально-орального механизма заражения.

### 5.1. Критерии для определения проведения видов профилактики:

Показанием для специфической профилактики ОВГА является отсутствие иммунитета против гепатита А. Специфическая профилактика гепатита Е не существует.

### 5.2. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур:

реабилитация не требуется, в связи с полным выздоровлением пациента.

### 6. Этапы и объемы реабилитации:

реабилитация не требуется, в связи с полным выздоровлением пациента.

### 7. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации: нет

### 8. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

#### 1) Основные профилактические или реабилитационные мероприятия с указанием уровня доказательности:

№	Виды основной профилактики	Показатели	УД
1.	Вакцинация	Против ВГА	В <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>
2.	Вакцинация	Против ВГЕ	не существует

#### 2) Дополнительные профилактические и реабилитационные мероприятия с указанием уровня доказательности.

№	Виды дополнительной профилактики	Показатели	УД
1.	Рекомендовано обеспечение повсеместного и постоянного выполнения санитарно-гигиенических норм и правил, санитарно-противоэпидемического режима в детских учреждениях, учебных заведениях, лечебно-профилактических организациях, организованных воинских коллективах и других объектах. Рекомендуется обеспечение населения доброкачественной водой, безопасными в эпидемиологическом отношении продуктами питания	Против ВГА и ВГЕ	С <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/718_1</a>

## 9. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:

Снижение заболеваемости ВГА и ВГЕ среди населения.

Снижение остаточных явлений у пациентов, перенесших ВГА и ВГЕ.

## 10. Организационные аспекты протокола:

1) указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствует.

2) данные экспертов

3) Рецензенты:

**Исмаилов Умед Юсупович**

Заведующий гепатологического центра  
клиники НИИ Вирусологии, к.м.н.

**Кошерава Бахыт Нургалиевна**

Главный инфекционист МЗ Республики  
Казахстан, доктор медицинских наук,  
профессор НАО "Медицинский университет  
Астана"

4) Пересмотр протокола через 3 года при наличии новых методов с уровнем доказательности

## 5) Список использованной литературы:

1. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи;
2. Клинические рекомендации оказания медицинской помощи детям с острым вирусным гепатитом А, Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням», 2015 г., 33 С.;
3. Клинические рекомендации Клинические рекомендации «Острый гепатит А (ГА) у взрослых» (одобренны Минздравом России), 2021 (РФ)  
[https://cr.minzdrav.g+ov.ru/schema/718\\_1](https://cr.minzdrav.g+ov.ru/schema/718_1);  
<https://www.policlinika-fts.ru/upload/medialibrary/644/6446609f9ad190b44fb7c9599e1089fd.pdf>
4. Информационный бюллетень ВОЗ от 20 июля 2023 года.  
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
5. Информационный бюллетень ВОЗ от 20 июля 2023 года.  
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e>
6. Investigating the spatio-temporal variation of hepatitis A in Korea using a Bayesian model. 2023 Jan 20:10:1085077. doi: 10.3389/fpubh.2022.1085077. eCollection 2022.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36743156/>
7. Постановление службы санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья республики узбекистан об утверждении санитарных правил, норм и гигиенических нормативов (СанПин №0020-22) проектирования, строительства и эксплуатации лечебно-профилактических учреждений ID-53775 (V-3).  
<https://lex.uz/docs/5908394>
8. Профилактика внутрибольничных инфекций. СанПиН № 0342-17.  
<http://med.uz/ses/tashvil/documents/detail.php?ID=53664>

## Острый гепатит и беременность

### Тактика ведения беременных при вирусном гепатите А

Вирусный гепатит А у беременных протекает относительно благоприятно. Воздействие острого ВГА на течение беременности проявляется прежде всего в том, что повышается риск досрочного прерывания беременности, раннего отхождения вод. Частота самопроизвольных аборт при ОГА составляет 1,1%. Угроза прерывания беременности при ОГА составляет 3%, преждевременные роды - 17,8%. Сама беременность обычно не утяжеляет течение острого гепатита А.

**Госпитализация.** Беременная женщина с острым ВГА госпитализируется в перинатальный центр для контроля и своевременного выявления угрозы возникновения осложнений гестации и предупреждения неблагоприятных исходов беременности. В стационаре беременную должны наблюдать инфекционист и акушер-гинеколог.

**Лечение.** Беременные с острым ВГА нуждаются в симптоматической терапии с учетом тяжести болезни. Рекомендуются: щадящий режим, рациональная диета, в период разгара инфекции показан постельный режим. Объем потребляемой жидкости (лучше щелочной минеральной) составляет не менее 2-3 литров в сутки. При выраженной интоксикации проводят внутривенную дезинтоксикационную терапию.

**Родоразрешение.** Прерывание беременности при остром ВГА не показано, поскольку может ухудшить прогноз заболевания. Исключения: возникновение отслойки плаценты с кровотечением, угроза разрыва матки. В данных ситуациях родоразрешение по акушерским показаниям.

**Вскармливание.** При ВГА кормление грудным молоком возможно при условии строгого соблюдения гигиенических правил кормления и отсутствия выраженной интоксикации у матери.

### Тактика ведения беременных при остром вирусном гепатите Е

При вирусном гепатите Е смертность среди беременных женщин остается очень высокой, составляя от 1,5% до 21% в зависимости от триместра беременности.

Осложнения: самопроизвольное прерывание беременности, антенатальная гибель плода, мертворождение. В родах крайне велика вероятность развития фульминантных форм гепатита. Наиболее опасны случаи, когда беременная женщина заражается ВГЕ во второй половине гестации (позже 24 нед). При этих формах вирусного гепатита Е клиническая картина больше напоминает тяжёлые формы гепатита В.

**Госпитализация.** Госпитализировать в обязательном порядке в перинатальный центр для контроля и своевременного выявления угрозы возникновения осложнений гестации и предупреждения неблагоприятных

исходов беременности. В стационаре беременную должны наблюдать два специалиста - инфекционист и акушер- гинеколог.

**Лечение.** Рекомендуются: щадящий режим, рациональная диета, в период разгара инфекции показан постельный режим. Объем потребляемой жидкости - не менее 2–3 л в сутки. При выраженной интоксикации проводят внутривенную дезинтоксикационную терапию.

**Родоразрешение.** Прерывание беременности любым способом при гепатите Е категорически противопоказано. Исключения - возникновение отслойки плаценты с кровотечением, угроза разрыва матки. В данных ситуациях родоразрешение по акушерским показаниям.

**Вскармливание.** При ВГЕ кормление грудным молоком возможно при условии строгого соблюдения гигиенических правил кормления и отсутствия выраженной интоксикации у матери.

## Приложение 2

### Серологические маркеры гепатита А и Е



## Основные лабораторные маркеры при ВГЕ

