

Утвержден  
протоколом заседания Экспертной комиссии  
по вопросам развития здравоохранения МЗ РК  
№ 23 от «12» декабря 2013 года

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А У ДЕТЕЙ

### I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**1. Название протокола:** Вирусный гепатит А у детей

**2. Код протокола:** P-010

**3. Код(ы) МКБ-10:**

Шифр: В 15. 9

В 15 острый гепатит А

В15.0 гепатит А с печеночной комой

В15.9 гепатит А без печеночной комы

**4. Дата разработки протокола:** 22.08.2013

**5. Сокращения, используемые в протоколе:**

1. АЛТ – аланинтрансфераза

2. АСТ – аспартаттрансфераза

3. Анти-ВГА – JgM, JgG – иммуноглобулины M,G против ВГА.

4. ВГА - вирусный гепатит А

5. ИФА - иммуноферментный анализ

6. ОВГ- острые вирусные гепатиты

7. ОПЭ – острая печёночная энцефалопатия

8. ПТИ – протромбиновый индекс

9. ПЦР – полимеразная цепная реакция

10. РИА – радиоиммунный анализ

11. ЩФ – щелочная фосфатаза

12. ВОП – врачи общей практики

13. в/в - внутривенное введение

**6. Категория пациентов:** дети в возрасте от 0 до 18 лет.

**7. Пользователи протокола:** врачи-педиатры, инфекционисты, врачи-ВОП

### II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**8. Определение:** Вирусный гепатит А — острое, циклически протекающее инфекционное заболевание, характеризующееся кратковременными симптомами интоксикации, быстропроходящими нарушениями печёночных функций, доброкачественностью течения.

**9. Клиническая классификация.**

Вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи:

**Острый вирусный гепатит А.**

**Формы ОВГ:**

**I. Типичная желтушная форма** – сочетание желтухи с цитолитическим синдромом с четким разграничением 3-х периодов болезни: преджелтушный, желтушный, реконвалесценция.

Типичная желтушная форма с **холестатическим компонентом** – желтуха более интенсивная, высокая билирубинемия, незначительная трансаминаземия, имеется тенденция к повышению показателя щелочной фосфатазы. Более продолжителен желтушный период болезни.

**Типичная форма по степени тяжести** делится: Легкая, среднетяжелая и тяжелой степени тяжести.

**II. Атипичная безжелтушная форма** – полное отсутствие желтухи. Клинические симптомы не выражены и близки преджелтушному периоду, гепатомегалия. Специфические маркеры вирусных гепатитов в сочетании с повышенным уровнем АЛТ.

**Существует злокачественная форма** – фульминантный гепатит. Фульминантный (злокачественный) гепатит с массивным и субмассивным некрозом печени.

Сверхострый вариант соответствует подлинно фульминантному течению ОВГ с развитием печеночной комы и летальным исходом на 1-8 день болезни. Фульминантное течение при гепатите А встречается в 0,01 - 0,5 случаев. Летальность высокая: 80-100%.

**По течению ОВГ** делится:

**1. Острое циклическое течение** – в течение 1-1,5 месяцев прекращается репликация (размножение) вируса, он элиминируется (выводится) из организма и наступает полная санация. Для гепатитов А и Е – это типичное течение болезни.

При ВГА иногда отмечается **затяжное течение** у детей с отягощенным преморбидным фоном, но завершается полным выздоровлением.

**10. Показания для госпитализации:**

- а). Плановая – тяжелая форма ВГА, затяжное течение, холестатический вариант.
- б). Экстренная – при тяжелой степени тяжести ВГА.

**11. Перечень диагностических мероприятий:**

- основные лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови и мочи
2. Анализ мочи на желчные пигменты и уробилин
3. Кровь на общий билирубин и его фракции, АЛТ и АСТ (их соотношения)
4. Кровь на маркеры ВГ А (anti-HAV IgM)

- дополнительные лабораторные обследования:

1. Протеинограмма и коагулограмма по показаниям.

2. Исследование щелочной фосфатазы

- Обследования до плановой госпитализации:

1. Общий анализ крови и мочи
2. Анализ мочи на желчные пигменты и уробилин
3. Кровь на общий билирубин и его фракции, АЛТ и АСТ (их соотношения)
4. Кровь на маркеры ВГ А (anti-HAV Ig M)

**Специфические методы диагностики:**

**- Кровь на маркеры вирусного гепатита А - anti-HAV IgM, IgG**

- ИФА крови с определением anti- HAV IgM, IgG
- ПЦР крови с определением RNA HAV (при трудности диагностики)

1) Жалобы и анамнез:

а) преджелтушный период – повышение температуры (70-80%), слабость, недомогание, снижение аппетита, тошнота, может быть рвота, боли в животе, гиперемия слизистой ротоглотки, объективный симптом - гепатомегалия

б) желтушный период – улучшение самочувствия с появлением желтухи, желтушность склер, кожных покровов, потемнение цвета мочи, ахоличный стул, гепатомегалия:

в) в анамнезе – контакт с больным ВГ А, косвенно осенне-зимний период года, нарушение санитарно-гигиенических норм

г) *Критерии оценки степени тяжести острых вирусных гепатитов*

1. Легкая степень тяжести:

- слабо выраженные явления интоксикации или их полное отсутствие;
- аппетит умеренно снижен, тошнота непостоянная;
- рвота не характерна;
- степень увеличения размеров печени обычно не коррелирует с тяжестью заболевания и больше связана с возрастными особенностями, предшествующими и сопутствующими заболеваниями;
- интенсивность и стойкость желтухи минимальная.

2. Среднетяжелая степень тяжести:

- симптомы интоксикации умеренно выражены;
- аппетит плохой, тошнота выраженная без рвоты;
- гепатомегалия умеренная, край тупой, эластической консистенции, селезенка не увеличена;
- желтуха выраженная и стойкая.

3. Тяжелая степень тяжести:

- выраженное нарастание признаков интоксикации;
- может присоединиться геморрагический синдром, тахикардия, болезненность в области печени, склонность к задержке жидкости, "асептическая лихорадка" с нейтрофильным лейкоцитозом;

*Фульминантный гепатит.* При ВГ А встречается очень редко. Клинический синдром с внезапным развитием тяжелого нарушения функции печени с энцефалопатией, коагулопатией и другими метаболическими расстройствами.

2) Физикальное обследование:

а). Желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, потемнение цвета мочи, ахоличный стул, возможные следы расчесов;

б). Определить край, консистенцию, болезненность и размеры печени.

3) Лабораторные исследования:

При легкой степени тяжести:

- Общий билирубин (за счет прямой фракции) в крови не превышает 4-х кратных нормальных параметров, показатель коагулограммы (протромбиновый индекс) - без отклонений от нормы.

При средней степени тяжести:

- Уровень общего билирубина в сыворотке крови достигают до 160 мкмоль/л с преобладанием прямой фракций, наиболее информативным является уровень протромбинового индекса, который снижается до 60-70%.

При тяжелой степени:

- билирубинемия свыше 160-180 мкмоль/л с тенденцией быстрого их роста.

- протромбиновый индекс снижается до 40-60%;

- при нарастании тяжести отмечается билирубино-ферментная диссоциация (падение уровня аминотрансфераз при повышении уровня билирубина крови, что может указывать на угрозу развития острой печеночной недостаточности, особенно при нарастании непрямой фракции билирубина)

- необходимо помнить, что у детей первого года жизни даже при самых тяжелых поражениях печени содержание билирубина может быть невысоким и не превышать 4 норм (система СИ)

4) Инструментальные исследования:

УЗИ органов брюшной полости с определением размеров, структуры тканей печени, селезенки при тяжелой степени тяжести, холестатическом варианте, затяжном течении ВГА.

5) Показания для консультации специалистов:

В зависимости от состояния, фоновых и сопутствующих заболеваний пациента (хирурга, онколога)

6. Дифференциальный диагноз ВГА:

Диагноз	или причина	В пользу диагноза
1. Острое заболевание	респираторное	Дифференциальная диагностика необходима только в начальный период заболевания ВГ, при котором не выражены катаральные проявления и после снижения температуры самочувствие ребенка не улучшается. Объективным симптомом ВГ является раннее увеличение печени
2. Синдром Жильбера		Встречается в подростковом и молодом возрасте. Заболевание характеризуется относительной недостаточностью фермента УДФГТ и повышением уровня непрямого билирубина в крови.
3. Острая кишечная инфекция		Дифференциальная диагностика требуется в начальный период заболевания ВГ, когда может быть диарейный синдром, который не имеет выраженности и купируется без лечения. Объективным симптомом является гепатомегалия

4. Гемолитические желтухи – Надпеченочные желтухи	Характеризуются повышением непрямого билирубина вследствие усиленного гемолиза, а также желтухой на фоне анемии. Для гемолитических желтух не характерны синдромы паренхиматозного поражения печени (мезенхимально-воспалительный, цитолиз и холестаза).
5. Острый живот: аппендицит, мезаденит, панкреатит	При ВГ А, как правило, выраженной болезненности всего живота нет, лишь умеренная болезненность в области правого подреберья. Объективный симптом ВГ - гепатомегалия
6. Механические желтухи:	Возникают вследствие закупорки желчевыводящих путей камнями, клубком гельминтов, опухолью. При таких состояниях повышается общий билирубин за счет прямой фракции как при ВГ, но при этом активность трансаминаз, как правило, нормальное или слегка повышено и выражен чаще болевой синдром
7. Гепатиты при ряде инфекций, например: иерсиниоз, листериоз, лептоспироз, инфекционный мононуклеоз, цитомегаловирусная инфекция	Кроме клиники и лабораторных данных характерных для гепатита, при таких заболеваниях много других симптомов, в том числе лихорадка, как правило, продолжительная нежели при ВГ А и кроме гепатомегалии имеется поражение других систем и органов
8. Токсические поражения печени на фоне приема лекарств (например противотуберкулезные), токсических веществ	Клиника паренхиматозного поражения печени. Диффдиагностическим признаком служит исчезновение признаков заболевания после отмены вызвавшей причины

**13. Цели лечения:** купирование интоксикации, желтушного синдрома, цитолиза гепатоцитов.

**14. Тактика лечения:**

14.1. Немедикаментозное лечение (базисная терапия):

1. Режим – постельный в преджелтушный, желтушный периоды ВГА независимо от степени тяжести на протяжении всего острого периода заболевания.

2. Диета – стол №5а,5, соотношение белков, жиров и углеводов 1:1:4,5, количество их соответствует возрастным нормам.

3. Дезинтоксикационная терапия – прием жидкостей через рот

14.2. Медикаментозное лечение:

1) Лечение больных с легкой и средней степенью тяжести ВГА проводят в домашних условиях.

2) Основные средства патогенетической терапии, используемые при тяжелой степени тяжести ВГА:

- средства дезинтоксикационной терапии: 5%-10% растворы декстрозы, кристаллоиды (натрия хлорид, калия хлорид, натрия гидрокарбонат), реополиглюкин, рефортан;

- антихолестатические средства - урсодезоксихолевая кислота

- желчегонные препараты холекинетического действия (в периоде снижения желтушного синдрома) – 5-10% раствор магния сульфат через рот, холосас;

- ингибиторы протеолиза (контрикал, трасилол и др.)

- антиоксиданты и гепатопротекторы (аскорбиновая кислота, токоферол, эссенциальные фосфолипиды, препараты силимарина;

- гемостатическая терапия (свежезамороженная плазма, аминокaproновая кислота и др);

- посиндромная терапия.

- Перечень основных лекарственных средств: нет.

- Перечень дополнительных лекарственных средств: 5-10% растворы декстрозы, кристаллоиды, свежезамороженная плазма, ингибиторы протеаз, урсодезоксихолевая кислота, препараты силимарина, антиоксиданты, холосас.

**14.3. Другие виды лечения:** не показаны

**14.4. Хирургическое вмешательство:** не требуется.

**14.5.Профилактические мероприятия вирусного гепатит А:**

**Стратегия профилактики и контроля:**

- Обеспечить население доброкачественной питьевой водой;

- Обеспечить надлежащие санитарно-гигиенические условия в детских дошкольных организациях, школах и других учебных заведениях для профилактики контактно-бытового пути передачи инфекции обратив особое внимание на создание питьевого режима и элементарных условий для соблюдения личной гигиены (мыло, туалетная бумага);

- Категорически запретить привлечение школьников к проведению уборки помещений школы.

- Лабораторные обследования контактных лиц на биохимические анализы крови назначаются врачом при наличии клинических показаний.

- Заключительная дезинфекция проводится в детских садах и детских организациях закрытого типа при условии совместного питания, пребывания и сна детей после изоляции больного из коллектива (Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33

- Специфическая профилактика ВГА – вакцинация.

**Контингенты, подлежащие вакцинации:**

1). Дети в возрасте с 2-х лет;

2). Контактные в очагах ВГА в возрасте до 14 лет включительно в первые 2 недели со дня контакта;

3). Дети до 14 лет, больные хроническими вирусными гепатитами В и С в период ремиссии.

Вакцинация проводится 2-хратно с интервалом в 6 месяцев. Побочные реакции на введение вакцины не характерны. Разрешается вводить вакцину против ВГА одновременно с другими вакцинами, при условии их отдельного введения.

**14.6. Дальнейшее ведение. Диспансерное наблюдение:**

Первый осмотр через 15-30 дней после выписки из стационара, повторный — через 3 месяца. При отсутствии остаточных явлений и полной нормализации печёночных проб реконвалесценты снимаются с учёта. При наличии остаточных явлений диспансерное наблюдение проводится до полного выздоровления.

**15. Индикаторы эффективности лечения:**

- исчезновение интоксикации (восстановление аппетита, улучшение самочувствия);

- нормализация пигментного обмена, размеров печени;

- полное клинико- лабораторное выздоровление.

### **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

**16. Список разработчиков протокола:**

1. Куттыкужанова Г.Г.- д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских инфекционных болезней КазНМУ

2. Эфендиев И.М. – к.м.н., доцент, зав. кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии ГМУ г. Семей.

3. Аتكенов С.Б – к.м.н., доцент, кафедры детских инфекционных болезней АО «Медицинского Университета Астана»;

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет

**18. Рецензенты:**

Кошерова Бахыт Нургалиевна – проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию, д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней КарГМУ

Башева Д.А. – д.м.н., зав. кафедрой детских инфекционных болезней АО «Медицинского Университета Астана»;

**19. Указание условий пересмотра протокола: Указание условий пересмотра протокола:**

- изменения нормативно-правовой базы Республики Казахстан;

- пересмотр клинических рекомендаций ВОЗ;

- наличие публикаций с новыми данными, полученными в результате доказанных рандомизированных исследований.

**20. Список использованной литературы:**

1. Лечение вирусных гепатитов А.А. Ключарева, Н.В. Голобородько, Л.С. Жмуровская и др. / Под ред. А.А. Ключаревой – Минск: ООО “Доктор Дизайн”, 2003. – 216 с.

2. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Практич. Рук.: Пер.с нем. / под ред.А.А. Шептулина. // М.: Гэотар медицина, 1999. – 432 с.
- 3.Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей //М.:Гэотар Медицина, 2001.- 809 с.
- 4.Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практическое рук.: перевод с англ. / Под редакцией З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 864 с.
5. Kuntz E., Kuntz H. Hepatology: Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnosis, clinic, therapy. – Springer –Verlag Berlin, Heidelberg, 2002.- 825 p.
6. Lok A.S., Heathcote E.J., Hoofnagle J.H. Management of Hepatitis B 2000, Summary of a Workshop. Gastroenterology 2001;120:1828-53.
7. Zhang L, Miao L, Liu JF, Fu HC, Ma L, Zhao GZ, Dou XG. Study on the relationship between the serum levels of Th1/Th2 cytokines and the clinical manifestations of chronic hepatitis C and the outcome of interferon therapy // Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing Du XueZaZhi. 2009 Oct;23(5):352-4.
- 8.Al-Ali J, Al-Mutari N, Ahmed el-SF. Hepatitis C virus and the skin //

**IV.Приложение (таблицы кратности и вероятности применения основных и дополнительных методов диагностики и лечения при проведении процедуры/оперативного вмешательства):**

1.Диагностические исследования

№	Основные диагностические исследования	Кратность применения	Вероятность применения
1	Общий анализ крови	2	100%
2	Общий анализ мочи	2	100%
3	Микроскопия кала для обнаружения яиц гельминтов	1	100%
4	Биохимический анализ крови	2	100%
5	Коагулограмма	1	10%
6	ИФА для определения а/HAV Ig M	1	100%
7	ПЦР HAV	1	3 %
8	КТ или МРТ	1	10%
9	ЭКГ	1	10%
10	УЗИ органов брюшной полости	1	80%
11	Консультация хирурга	1	20%
12	Консультация онколога	1	10%

2.Изделия медицинского назначения и лекарственные средства

№	Основные:	Количество в	Длительность	Вероятность
---	-----------	--------------	--------------	-------------



		сутки	применения (дней)	применения
1	Раствор сернокислой магнезии 5%	От 5 до 30 мл на прием , 3 раза в сутки	7	80%
	<i>Дополнительные:</i>			
	<i>Дезинтоксикационные препараты</i>			
2	5-10 % раствор глюкозы	100 мл/кг	2-5	10%
3	Рефортан	10-15 мл/кг 6% р-р детям до 3-х лет. 10-15 мл/кг 10% р-ра – старше 3-х лет	2-5	10%
4	Реополиглюкин	10мл/кг на введение	2-5	10%
5	5 % раствор аскорбиновой кислоты	50-100мг/кг	2-5	10%
	<i>Желчегонные препараты:</i>			
6	Холосас	5 мл, 3 раза	15	80%
7	Фламин	Детям до 5 лет гранулы для суспензии, 5-10 лет -1табл. 1 раз в день, 10-14 лет – 1табл 2 раза	15	50%
	<i>Ингибиторы протеаз:</i>			
8	Контрикал	14000 АтрЕ/кг	2-4	10%
9	Гордокс.	500 мг	2-4	10%
	<i>Метаболический ацидоз:</i>			
10	4,5% раствор натрия гидрокарбонат	5 мл /кг	2-4	10%
	<i>Форсирующие диурез:</i>			
11	Лазикс	2-3 мг/кг	2-4	10%
	<i>При ДВС – синдроме:</i>			
12	Свежезамороженная плазма	10мл/кг на 1 введение	2-3	10%
13	Гепарин	100-300 Ед	2-5	10%

14	Викасол	0,002-0,005 в сутки в/в	2-5	10%
	<i>При холестазае:</i>			
15	Урсодезоксихолевая кислота (урсофальк, урсосан)	10-12 мг/кг в вечернее время однократно	15-60	10%