

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В, С И D, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМ ПУТЕМ У ДЕТЕЙ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
B 16	Острый вирусный гепатит В
B16.0	Острый гепатит В с дельта-агентом(коинфекция) с печеночной комой
B16.1	Острый гепатит В с дельта-агентом(коинфекция) без печеночной комы
B16.2	Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой
B16.9	Острый гепатит В без дельта-агента без печеночной комы
B17.0	Острая суперинфекция дельта-агента на латентное течение гепатита В
B17.1	Острый вирусный гепатит С

1.2 Дата пересмотра протокола: 2013/пересмотр 2017 год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АлАТ	аланинаминотрансфераза
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
Анти-HAV – JgM, JgG	иммуноглобулины М, G против ВГА
Анти-HEV – JgM, JgG	иммуноглобулины М, G против ВГЕ
в/в	внутривенное введение
ВГА	вирусный гепатит А
ВГЕ	вирусный гепатит Е
ВОП	врачи общей практики
ДНК HBV	геном вируса гепатита В
ИФА	иммуноферментный анализ
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОВГ	острый вирусный гепатит
ОВГВ	острый гепатит В

ОВГС	острый гепатит С
HBsAg	поверхностный антиген вируса гепатита В
ОПН	острая печёночная недостаточность
ПИ	протромбиновый индекс
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РНК HAV	геном вируса гепатита А
РНК HEV	геном вируса гепатита Е
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
ЭКГ	электрокардиограмма
ЩФ	щелочная фосфатаза
УЗИ	ультразвуковое исследование
УД	уровень доказательности

1.4 Пользователи протокола:ВОП, детские инфекционисты, педиатры, врачи скорой медицинской помощи, фельдшера.

1.5 Категория пациентов: дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

1.7 Определение [1,2,3]:

Острый гепатит В– заболевание человека, вызываемое ДНК-содержащим вирусом с парентеральным механизмом передачи возбудителя-вируса гепатита В (HBV), характеризующееся развитием циклически протекающего паренхиматозного гепатита в различных клинико-морфологических вариантах, с наличием или отсутствием желтухи и возможностью развития хронического гепатита.

Острый гепатит С – инфекционное заболевание, вызываемое РНК – содержащим вирусом (HCV), с гемоконтактным механизмом передачи, протекающее преимущественно как хроническая инфекция с частым развитием цирроза печени и гепатокарциномы.

1.8 Клиническая классификация [1,2,3]:

Вид ОБГ	Критерий этиологического диагноза	Форма тяжести*	Критерии оценки тяжести (в желтушный период)
Гепатит В	HBsAg, HBeAg, анти – HBcIg M, HBV - ДНК	Легкая	Симптомы интоксикации умеренно выражены. Билирубин общий - до 100 мкмоль/л, ПИ - до 80%
Гепатит Д	анти - HDVIgM HDV – РНК	Средняя	Симптомы интоксикации выражены. Билирубин до 180 мкмоль/л, ПИ 60%-70%
Гепатит С	анти-HCVIgM HCV - РНК	Тяжелая	Симптомы интоксикации резко выражены. Билирубин более 180 мкмоль/л, ПИ 40%-60%
		Злокачественная (фульминантная)	Печеночная энцефалопатия, геморрагический синдром, сокращение размеров печени, билирубин-протеидная диссоциация и билирубин-ферментная диссоциация.

По типу: типичная (желтушная) форма и атипичные формы (безжелтушная, стертая и субклиническая формы)

По течению:

- острое до 3 месяцев;
- затяжное до 6 месяцев;
- хроническое более 6 месяцев.

* Тяжесть болезни определяется в желтушный период, с появлением желтухи самочувствие ухудшается.

Критерии оценки тяжести печеночной энцефалопатии:

1 стадия - неврастенический	• психопатология: реакция на обращение и патологию сохранена, слабая способность к сосредоточению,
--------------------------------	--

синдром:	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 заметна 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 вялыйлибо положение сгибанияили разгибания.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Диагностические критерии [1,2,3,4,9,11]:

Жалобы:	
В преджелтушный период (продолжительность от нескольких часов до 2-3 недель):	• на вялость, слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита; • на тошноту, рвоту; • нечасто на повышение температуры тела • возможны боли в суставах и/ или на появление пятнисто-папулезной сыпи.
В желтушный период – (продолжительность в среднем 2-3 недели):	• появление желтухи, не сопровождаемой улучшением самочувствия; • нарастание интоксикации, тяжесть и болезненность в области правого подреберья и эпигастрия; • нередко появление зуда кожи; • потемнение цвета мочи и обесцвечивание кала; • носовые кровотечения.
Анамнез:	

клинические данные:	постепенное начало с симптомов интоксикации/астенизации диспепсического синдрома, возможно повышение температуры тела, наличие артралгического синдрома и высыпаний, позже потемнение мочи, обесцвечивания кала, желтушное окрашивание склер и кожных покровов.
эпидемиологические данные:	для ОБГВ – наличие факта парентеральных вмешательств с применением многоразовых инструментов, посещения стоматолога, эндоскопические вмешательства, переливания крови и кровезаменителей, тесные длительные бытовые контакты с носителями вируса гепатита В, рождение ребенка от матери с HBV – инфекцией, половой путь передачи от партнера с HBV – инфекцией. • для ОБГС – преимущественный путь передачи: переливания крови и кровезаменителей, использование инструментов, загрязненных частицами крови, проведение различных медицинских манипуляций инвазивного характера (оперативные вмешательства, посещение стоматолога, эндоскопические обследования). ВГС чаще встречается у пациентов отделений гемодиализа и гематологии. Рождение ребенка от матери с HCV-инфекцией, а также заражение половым и контактно-бытовыми путями (эти пути в малом проценте случаев)

Физикальное обследование:

- определение симптомов интоксикации: слабость, возможно повышение температуры не только в преджелтушный период, но и на фоне появления желтухи (при ко-инфекции гепатита В с дельта агентом), со стороны сердечно-сосудистой системы - тахикардия и приглушение тонов сердца;
- осмотр кожных покровов и видимых слизистых: желтушная окраска кожных покровов, склер и слизистой неба, экхимозы или петехии, возможно пятнисто-папулезные высыпания, располагающейся симметрично на конечностях, на туловище (синдром Джанноти-Крости), возможен зуд кожных покровов (следы расчесов);
- пальпация живота: увеличенные размеры печени и реже селезенки, консистенция плотно-эластичная, край закруглен, болезненность, поверхность гладкая;
- желтушность более 3-4 недель, сопровождается зудом кожных покровов при холестатической форме болезни.

Особенности клинических проявлений ОБГС: чаще заболевание протекает малосимптомно, поэтому не диагностируется. Если ОБГС имеет типичную форму болезни, то заболевание протекает волнообразно с периодами улучшения и обострения (нарастания интоксикации и желтухи).

Одновременное инфицирование вирусами гепатитов В и D может привести к развитию острой ВГВ/ВГD-ко-инфекции, при этом отмечают:

- более острое начало заболевания;
- лихорадка, сохраняющаяся на фоне желтухи;
- частое появление полиморфной сыпи, суставных болей;

- увеличение селезенки;
- двух волновое течение заболевания с клинико-ферментативным обострениями;
- преимущественно течение заболевания в среднетяжёлой и тяжёлой формах;
- активность АЛАТ выше активности АсАТ, коэффициент де Ритиса более 1 (часто);
- наличие в сыворотке крови маркеров гепатита В и D (HBsAg, анти-HBcIgM в сочетании с анти-BГD IgM, HBV ДНК, HDV РНК).

Лабораторные исследования:[1,2,3,4,9,11]	
Биохимическое исследование крови: Биохимическое исследование крови на билирубин, АлАТ, АсАТ	– в преджелтушном периоде: • повышение уровня трансаминаз; – в желтушном периоде: • повышение уровня общего билирубина за счет прямой фракции, повышение уровня трансаминаз, коэффициент АлАТ/АсАТ более 1;
ОАМ	определение желчных пигментов
ОАК	лейкопения или нормальное количество лейкоцитов, лимфоцитоз
ИФА крови	HBsAg, HBeAg (при диком штамме вируса) или анти-HBe (при мутантном штамме вируса), анти-HBcIgM; при ко-инфекции – В с дельта агентом HBsAg, анти-HBcIgM в сочетании с анти-BГD IgM*
ПЦР крови	HBV-ДНК; HCV-РНК, при ко-инфекции: HBV ДНК, HDV РНК

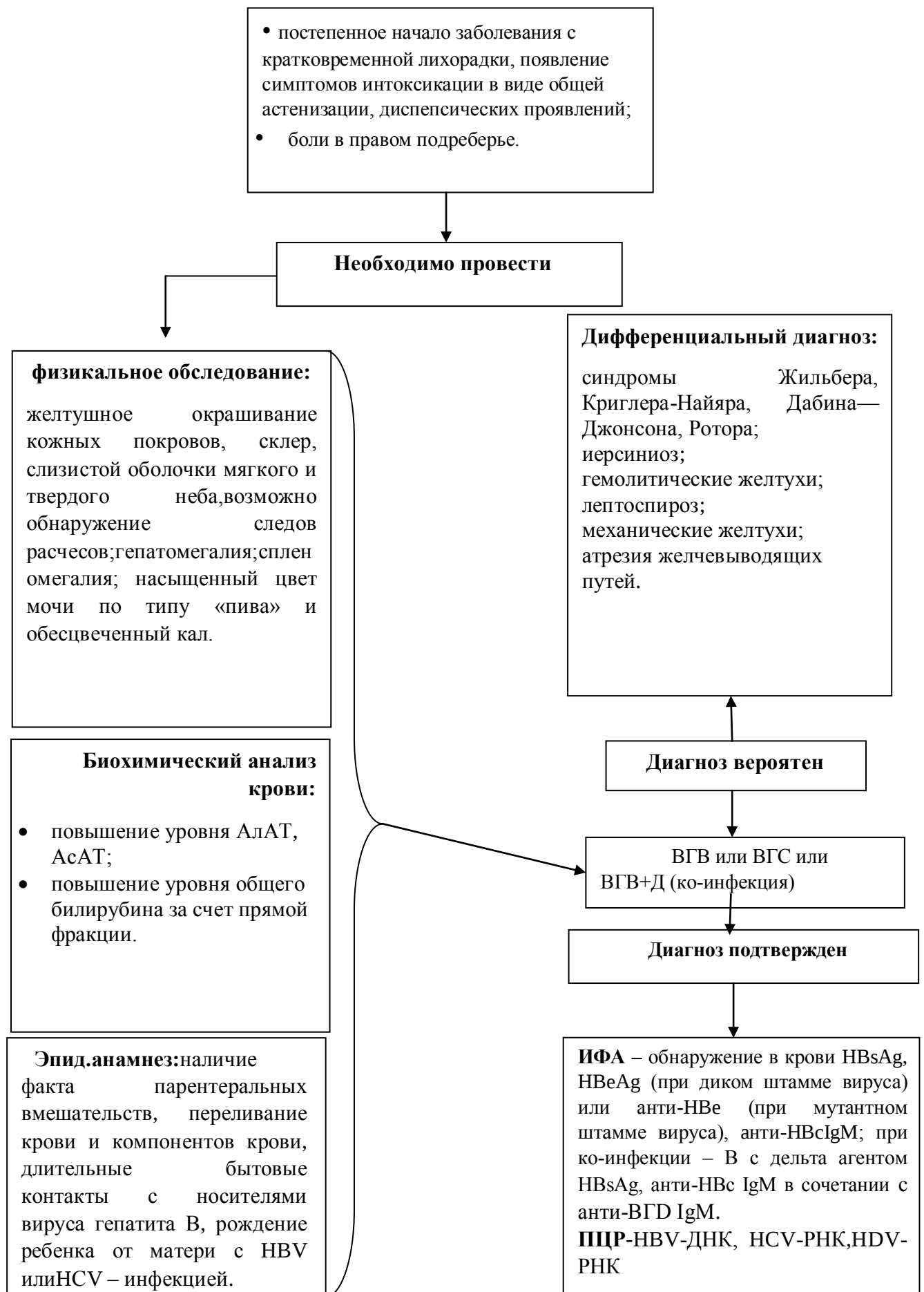
Примечание*: При гепатите С маркеры при ИФА исследовании появляются поздно, нередко через 3-5 месяцев от начала заболевания: анти-HCVIgM, IgG (сog., +NS₃₋₅), поэтому диагностика основывается на ПЦР методе исследования.

Инструментальные исследования	
УЗИ органов брюшной полости	При повторных болях в животе и длительно сохраняющемся желтушном синдроме.

Показания для консультации специалистов:

- консультация узких специалистов – по показаниям.

2.1 Диагностический алгоритм [1,2,3]:



2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1,2,3]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый живот	Наличие болей в животе в первые дни болезни	ОАК, консультация хирурга	Боли в правой подвздошной области, возможно прощупывание инфильтрата в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез. В биохимическом анализе крови – нормальный уровень АлАТ
Надпеченочные желтухи (гемолитические анемии)	Наличие желтухи	ОАК, биохимический анализ крови (общий билирубин, его фракции, АлАТ)	Желтушность кожи и склер, цвет мочи и кала не меняется, уровень АлАТ в норме, повышение уровня билирубина за счет неконъюгированной фракции, в ОАК наличие анемии
Механические желтухи	Наличие желтухи, боли в животе	Биохимический анализ крови (общий билирубин, его фракции, АлАТ), ОАК, УЗИ органов брюшной полости, возможно КТ или МРТ	При механической желтухе уровень билирубина повышен за счет конъюгированной фракции, тогда как активность ферментов остается в норме. В ОАК могут быть лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ. В ряде случаев на УЗИ могут определяться тени конкрементов.
Функциональные гипербилирубинемии (синдром Жильбера)	Наличие желтухи	Биохимический анализ крови (общий билирубин, его фракции, АлАТ)	В отличие от вирусного гепатита гипербилирубинемия за счет не прямой фракции, при нормальном уровне трансаминаз, нет гепатомегалии, интоксикации. Гипербилирубинемия имеет волнообразный характер
Печеночные желтухи (при иерсиниозе, листериозе,	Наличие гепатомегалии, болей в животе, повышения уровня трансаминаз,	ОАК, ИФА, бактериологический анализ кала, мочи	Продолжительная лихорадка, умеренно выраженная гипербилирубинемия, в ОАК нередко лейкоцитоз, нейтрофилез, значительно ускоренное СОЭ, поражение других систем и органов. Окончательно выставляется

инфекционном мононуклеозе и т.д.)	иногда уровня билирубина.		диагноз после лабораторного исследования
Поражение печени при болезнях системы крови (лейкоз, лимфогранулематоз)	Гепатомегалия, иногда повышение конъюгированного билирубина	ОАК	При заболеваниях крови: часто повышение температуры тела, геморрагический синдром, увеличение селезенки более выражено, чем печени, увеличение периферических лимфоузлов. В ОАК нарастающая анемия, тромбоцитопения, и другие специфические изменения.
Поражение печени при описторхозе и других глистных инвазиях	Желтуха, увеличение печени	ОАК, биохимическое исследование (общий билирубин, его фракции, АлАТ).	При паразитарных исследованиях кроме гепатомегалии и желтухи (не всегда бывает) имеются артралгии, диспепсические проявления, повышение температуры, резкая болезненность печени при почти нормальном уровне трансаминаз. В ОАК – лейкоцитоз, эозинофилия, увеличение СОЭ
Поражение печени при сепсисе	Гепатомегалия, желтуха	ОАК, биохимическое исследование (общий билирубин, его фракции, АлАТ), гемокультура	При сепсисе: тяжелое общее состояние, возможно наличие первичного гнойно-воспалительного очага. В б/х анализе – несоответствие высокого уровня конъюгированного билирубина низкой активности трансаминаз. В ОАК - лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ
Атрезия желчевыводящих путей	Желтуха, гепатомегалия	Биохимический анализ крови (общий билирубин, его фракции, АлАТ), УЗИ, КТ, МРТ	Желтуха сразу после рождения или в течение месяца, темная окраска мочи и обесцвеченный кал, долгое время нет интоксикации и в биохимическом анализе при нарастании конъюгированной гипербилирубинемии остаются нормальные показатели трансаминаз. Окончательный диагноз устанавливается при инструментальном исследовании

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ: нет.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [4]:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- Легкие и атипичные формы ВГВ и ВГС.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- дети до 1 года;
- наличие общих признаков опасностей у детей до 5 лет (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- тяжелые и злокачественные формы ВГ.

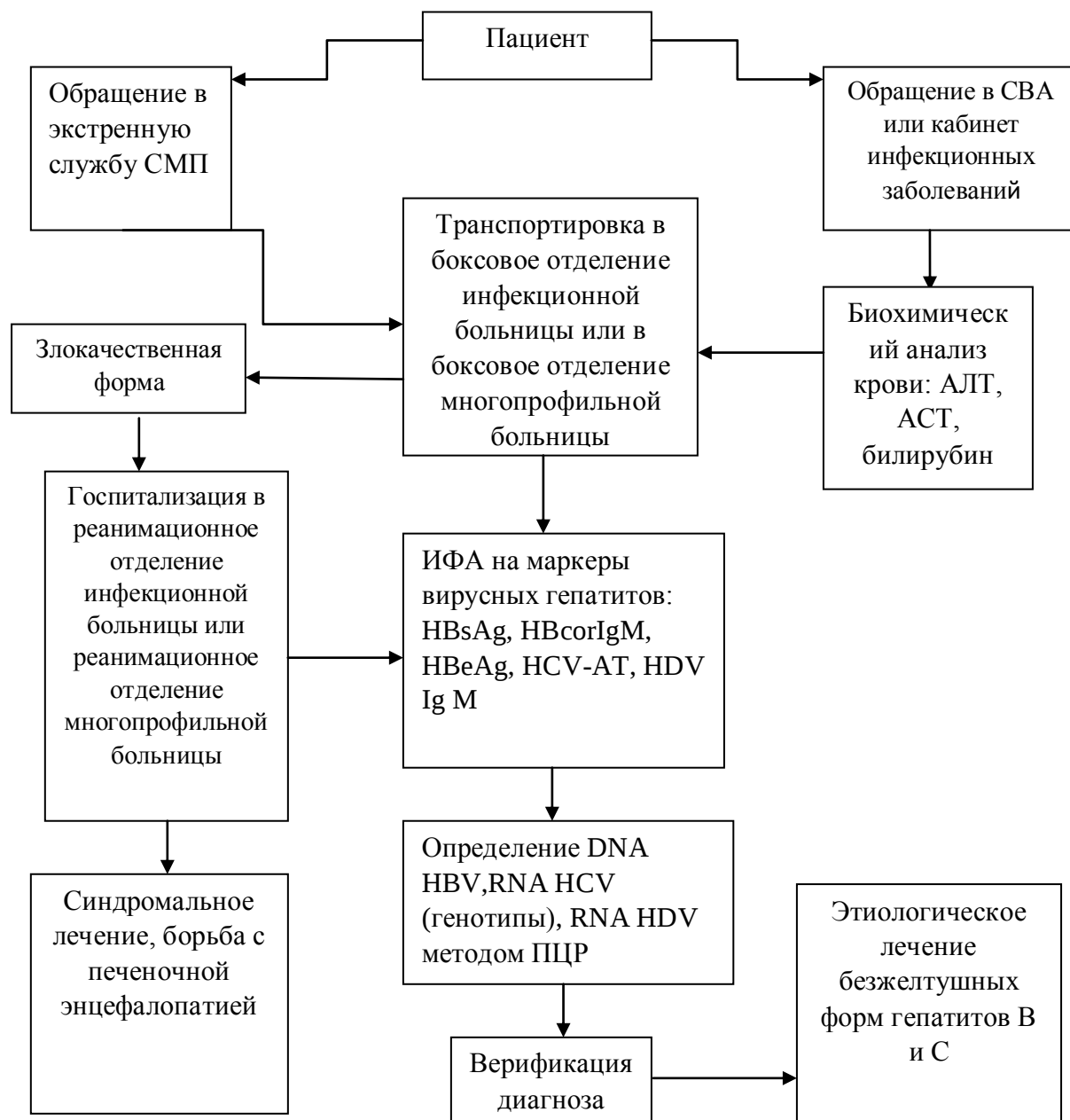
5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1,2,3,4,9,10,11,12]:

Этиотропную терапию проводят больным с безжелтушными формами гепатитов В и С.

Основой лечения безжелтушных форм ГС является ПВТ на основе комбинации пегилированных интерферонов и рибавирина. Длительность терапии определяется исходными характеристиками пациента, вируса, а также вирусологическим ответом на 4, 12, (24) неделях лечения. Вероятность УВО прямо пропорциональна скорости клиренса HCV RNA. Обе молекулы ПегИФН- α 2a (180 мкг/неделю) и ПегИФН- α 2b (1,5 мкг/кг/неделю) могут использоваться в двойной терапии. Для мониторинга эффективности ПВТ следует использовать ПЦР-анализ в режиме реального времени с нижним лимитом определения <15 МЕ/мл на анализаторах закрытого типа.

При ВГВ детям с 1 года применяется препарат Интерферон α 2b-человеческий в виде суппозиторий или в виде инъекций п/к (по показаниям, до 2-х лет).

5.1 Маршрутизация пациента:



5.2 Немедикаментозное лечение:

- Режим: постельный для среднетяжелой, тяжелой форм и полупостельный для легкой степени тяжести;
- Диета: диета - стол 5а, 5 - с сохранением количества белков, жиров, углеводов в возрастных нормативах, их соотношение 1:1:4-5; разгрузочная диета при тяжелой форме от 2 до 3-х дней, а при злокачественной форме до выхода из комы в виде исключения жиров, белков;
- дезинтоксикационная терапия – энтерально для легких и среднетяжелых форм гепатита: вода, морсы, компот; щелочная минеральная вода.

5.3 Медикаментозное лечение[1,2,3,4,9,10,11,12]:

Этиотропную терапию ОБГ В и С назначают при безжелтушной форме:

при ВГВ детям с 1 года применяется препарат Интерферон $\alpha 2b$ -человеческий (в виде суппозиториев или в виде инъекций п/к – 3 млн МЕ/м² три раза в неделю в течение первой недели лечения с последующим повышением дозы до 6 млн МЕ/м² – х 3 раза в неделю, продолжительность курса лечения 6 мес), (до 2-х лет, по показаниям);

При ВГС детям от 3 лет и старше применяют пегилированный интерферон $\alpha 2b$ – 1,5 мкг/кг 1 раз в неделю п/к в сочетании с рибавирином – 13-15 мг/кг ежедневно, разделяя эту дозу на утреннюю и вечернюю, длительность курса лечения при ОВГС составляет при 2 и 3 генотипе, 24 недели и 48 недель при 1,4,5,6 генотипах. Вирусологический мониторинг, эффективность терапии – см. протокол лечения хронических вирусных гепатитов В и С у детей.

Дезинтоксикационная терапия:

- при среднетяжелой форме: энтеральный путь введения жидкостей (кипяченая вода, натуральные соки, компоты, морсы, щелочная минеральная вода, 5% раствор декстрозы);
 - при тяжелой степени тяжести: внутривенная дезинтоксикационная терапия-введение глюкозо - солевых растворов (10% раствор декстрозы, 0,9% раствор натрия хлорида) в объеме 30- 50 мл/кг в сутки.
 - при злокачественной форме – в/в введение жидкостей до 100 мл/кг/сутки под контролем диуреза. Назначение сиропа лактулозы: детям в возрасте: от 6 недель до 1 года – по 5 мл, 1-7 лет – по 5-10 мл, 7-14 лет – по 10-15 мл *1- 3 раза в сутки. Для лечения нарушений показателей свертываемости крови применяется СЗП. Для снижения повышенного уровня аммиака в крови назначают L-орнит-L-аспартатот 5 до 20 грамм в сутки в зависимости от возраста. Для предотвращения развития отека головного мозга при ненарушенной функции почек - в/в введение маннитола из расчета – 0,5- 1,5 грамм/кг в сутки с фуросемидом – суточная доза 1-3 мг/кг/сутки. При судорогах и возбуждении применяют противосудорожные препараты: Натрия оксидат-20% р-р, разовая доза 50-150 мг/кг; или диазепам 0,5% раствор- 0,1мл/кг – разовая доза;
- деконтаминация кишечника при злокачественной форме – высокие очистительные клизмы, повторные промывания желудка.

Антихолестатические средства –урсодезоксихолевая кислота – 10-15 мг/кг/сутки в 2 приема.

Антибактериальную терапию проводят с целью профилактики бактериальных осложнений при злокачественной формой гепатита.

Перечень основных лекарственных средств [4,5,7,8,9,10,11,12]:

№ п/п	Лекарственные средства	Показания	УД
Прочие ирригационные растворы			
2.	Декстроза раствор для инфузий 5 % 200 мл, 400 мл; 10% 200 мл, 400 мл	С целью дезинтоксикации, энтеральное и парентеральное питание	С
Солевые растворы			
3.	Натрия хлорид раствор для инфузий 0,9%	С целью дезинтоксикации	С

	100 мл, 250 мл, 400 мл		
Противовирусные препараты для системного применения			
4.	Рибавирин раствор оральный 40 мг/мл, 100 мл, таблетки и капсулы по 200 мг	Противовирусное действие на РНК вирусы	С
Кровезаменители			
5.	Свежезамороженная плазма	Восполнение дефицита факторов свертывания крови (при ДВС- синдроме по показаниям)	С
Растворы с осмодиуретическим действием			
6.	Маннитол 15%, 20% раствор 200 мл	Диуретическое действие	С
Интерфероны			
9.	Интерферон альфа-2b* 3 млн МЕ, 6 млн МЕ порошок лиофилизированный для приготовления инъекционного раствора	Противовирусное, иммуномодулирующее действие	С
10.	Интерферон альфа-2b* порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций 3 млн МЕ, 6 млн.МЕ, 9 млн МЕ; суппозитории ректальные 150000 МЕ, 50000 МЕ, 1000000.	Противовирусное, иммуномодулирующее действие	С
11.	Пегинтерферон альфа-2b* порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций 50, 80, 100, 120 мкг/0,5 мл	Противовирусное, иммуномодулирующее действие	С
Гипоазотемическое средство			
12.	Лактулоза, сироп до 1 года – 5 мл, 1-7 лет – 5-10 мл, 7-14 лет – 10-15 мл	Гипоазотемическое действие	С

NB! *по показаниям, до 2-х лет

Перечень дополнительных лекарственных средств [4,5,7,8,9,10,11,12]:

№ п/п	Лекарственные средства	Показания	УД
Антихолестатическое и гепатопротекторное средство			
2.	Урсодезоксихолевая кислота, в дозе 10-15 мг/кг в сутки	При холестазах, при гепатите – мембраностабилизирующее действие	В
Адренергетики и допаминомиметики			
3.	Допамин концентрат для приготовления раствора для инфузий 40 мг/мл по 5 мл, 5 мг/мл по 5 мл	Кардиотонический эффект	С
Другие препараты для общей анестезии			
4.	Натрия оксибат раствор для инъекций 200 мг/мл по 10 мл	Противосудорожное	

Производные бензодиазепина			
5.	Диазепам раствор для внутримышечных и внутривенных инъекций 5 мг/мл по 2 мл	Противосудорожное	В
	Антибактериальный препарат-цефалоспориновый ряд		
6.	Цефтриаксон- порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г	Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными микроорганизмами	А
7.	Цефуроксим порошок для приготовления раствора для инъекций в комплекте с растворителем 250 мг, 750 мг, 1500 мг	Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными микроорганизмами	А

5.4 Хирургическое вмешательство: нет

5.5 Дальнейшее ведение[4]:

- диспансеризация переболевших ОВГ В и С осуществляется в кабинете инфекционных заболеваний или в гепатоцентре территориальной организации здравоохранения с письменной рекомендацией лечащего врача, выдаваемой на руки больному;
- диспансерное наблюдение проводится при ВГВ – 6 месяцев, острым гепатитом С – постоянно, учитывая высокую вероятность хронизации (в том числе при нормальных показателях трансаминаз и отсутствии репликации вируса в крови). Диспансеризация больных ВГВ показана (особенно при наличии HBsAg) в связи с возможностью суперинфицированием Д-инфекцией. Длительность диспансерного наблюдения определяется сохраняющейся ферментемией и клиники гепатита с осмотром через месяц после выписки. Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений;
- после перенесенного ОВГ, профилактические прививки противопоказаны в течение шести месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины
- лицам, перенесшим ОВГ, противопоказаны профилактические прививки в течение шести месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины.

6. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ:

- купирование интоксикации и желтухи;
- купирование цитолиза;
- при тяжелых формах купирование клинических проявлений ОПН;
- снижение процента хронизации при гепатите С;
- полное выздоровлении.

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

7.1 Список разработчиков протокола:

- 1) Куттыкужанова Галия Абдуллаевна – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
- 2) Эфендиев Имдат Муса оглы кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии, РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей».
- 3) Баетова Динагуль Аяпбековна доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, АО «Медицинский университет Астана».
- 4) Умешева Кумускуль Абдуллаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»
- 5) Девдариани Хатуна Георгиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет».
- 6) Жумагалиева Галина Даутовна – кандидат медицинских наук, доцент, руководитель курса детских инфекций, РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный университет им. Марата Оспанова».
- 7) Алшынбекова Гульшарбат Канагатовна – кандидат медицинских наук, и.о. профессора кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет».
- 8) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической фармакологии, АО «Медицинский университет Астана».

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

7.3 Рецензенты:

- 1) Кошеров Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию, профессор кафедры инфекционных болезней, главный внештатный инфекционист МЗ РК.

7.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

1. Учайкин В.Ф., Чердиченко Т.В., Смирнов А.В. Инфекционная гепатология: руководство для врачей. Москва, ГЭОТАР-Медиа, -2012. -640с
2. В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева. Инфекционные болезни у детей; учебник – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 688 с.: ил.
3. Симованьян Э.Н. Инфекционные болезни у детей. «Справочник в вопросах и ответах», издательство «Феникс» – Ростов н/Д, 2011. – 767 с.
4. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических)

- мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний». Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан №194, 12 марта 2015 г.
5. EASL. Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2014/ Available on http://www.easl.eu/_newsroom/latest-news/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-c-2014
 6. Оказание стационарной помощи детям (Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня, адаптированное к условиям РК) 2016г. 450 с. Европа.
 7. Большой справочник лекарственных средств / под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепахина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 3344 с
 8. BNF forchildren 2014-2015
 9. Чередниченко Т.В. Современная терапия гепатита С у детей //Эффективная фармакотерапия. «Эпидемиология и инфекции». №1. 2012г.
 10. NASPGHAN Practice Guidelines: Diagnosis and Management of Hepatitis C Infection in Infants, Children, and Adolescents Cara L. Mack, y Regino P. Gonzalez-Peralta, z Nitika Gupta, § Daniel Leung, Michael R. Narkewicz, jjEve A. Roberts, Philip Rosenthal, and # Kathleen B. Schwarz - JPGN Volume 54, Number 6, June 2012.
 11. Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update - S. K. Sarin¹ -HepatolInt (2016) 10:1–98 DOI 10.1007/s12072-015-9675-4.
 12. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015 European Association for the Study of the Liver ↑ - Journal of Hepatology 2015 vol. 63 j 199–236