

Некоммерческое партнерство
«Национальное научное общество инфекционистов»

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ЭНТЕРАЛЬНЫЕ ГЕПАТИТЫ (ГЕПАТИТ А И ГЕПАТИТ Е) У ВЗРОСЛЫХ

*Утверждены решением
Пленума правления Национального научного
общества инфекционистов
30 октября 2014 года*

2014

«Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е) у взрослых»

Клинические рекомендации

Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией Минздрава России по специальности "инфекционные болезни" на заседании 25 марта 2014 года и 8 октября 2014 года

Члены Профильной комиссии:

Шестакова И.В. (г. Москва), Малышев Н.А. (г. Москва), Лебедев В.В. (Южный Федеральный округ), Сологуб Т.В. (Северо-Западный федеральный округ), Агафонов В.М. (Архангельская область), Авдеева М.Г. (г. Краснодар), Александров И.В. (Новгородская область), Альбогачиева Э.И. (Республика Ингушетия), Амбалов Ю.М. (г. Ростов-на-Дону), Аршба Т.Е. (Астраханская область), Афиногенова Л.А. (Республика Бурятия), Баташева И.И. (Ростовская область), Беляева Н.М. (г. Москва), Берова Р.М. (Республика Кабардино-Балкария), Блохина Н.П. (г. Москва), Бородкина О.Д. (Кемеровская область), Валишин Д.А. (Республика Башкортостан), Веселова Е.В. (Забайкальский край), Волчкова Е.В. (г. Москва), Городин В.Н. (Краснодарский край), Давудова И.В. (Камчатский край), Дагаева Р.М. (Чеченская Республика), Девянин О.А. (Курская область), Дегтярева А.А. (Республика Крым), Дьяченко И.И. (Удмуртская Республика), Емельянова О.Н. (Еврейская автономная область), Ермолова Л.А. (г. Ростов-на-Дону), Ефимов С.В. (Чувашская Республика), Жаров М.А. (г. Майкоп), Жданов К.В. (г. Санкт-Петербург), Збровская Н.М. (Республика Карелия), Зиньковская С.В. (Чукотский автономный округ), Зубаров П.Г. (Нижегородская область), Иванов И.Б. (Калининградская область), Иванова М.Р. (Республика Кабардино-Балкария), Имкенова Л.Н. (Республика Калмыкия), Иоанниди Е.А. (Волгоградская область), Каримов И.З. (Республика Крым, г. Симферополь), Катков В.В. (Республика Коми), Катанасова Л.Л. (Ханты-Мансийский автономный округ - Югра), Катырин В.И. (Орловская область), Кашуба Э.А. (Уральский Федеральный округ), Киселева Л.М. (г. Ульяновск), Ковширина Ю.В. (Томская область), Кожевникова Г.М. (г. Москва), Козлова В.И. (Рязанская область), Корочкина О.В. (Приволжский федеральный округ), Коссобудский М.Ю. (Мурманская область), Кравченко И.Э. (Республика Татарстан), Кузнецова А.В. (Хабаровский край), Кузьменко Е.В. (Магаданская область), Куприянова А.В. (г. Севастополь), Кушакова Т.А. (Республика Марий Эл), Латышева И.Б. (Ленинградская область), Малеев В.В. (г. Москва), Мануева Я.Н. (Тверская область), Мартынов В.А. (г. Рязань), Масалев В.В. (Пермский край), Мельцова И.Д. (Республика Карачаево-Черкессия), Микушева Е.А. (Ненецкий автономный округ), Миронова Н.И. (Саратовская область), Михеева Р.Л. (Белгородская область), Молочный В.П. (Дальневосточный Федеральный округ), Монастырский А.А. (Воронежская область), Морозов Е.Н. (г. Москва), Намитоков Х.А. (Республика Адыгея), Наумова Л.М. (г. Пермь), Никифоров В.В. (г. Москва), Нурмухаметова Е.А. (г. Москва), Орлов М.Д. (Тюменская область), Отараева Б.И. (г. Владикавказ), Павелкина В.Ф. (Республика Мордовия), Пантюхова Р.А. (Тульская область), Платко Г.П. (Республика Хакасия), Подгорочная Т.Н. (Вологодская область), Позднякова Л.Л. (Новосибирская область), Притулина Ю.Г. (г. Воронеж), Прусс В.Ф. (Оренбургская область), Пшеничная Н.Ю. (г. Ростов-на-Дону), Рау Н.Ю. (Республика Алтай), Рахманова А.Г. (г. Санкт-Петербург), Савинова Г.А. (Ульяновская область), Сагалова О.И. (Челябинская область), Санникова И.В. (Ставропольский край), Сарыглар А.А. (Республика Тыва), Сафонов А.Д. (Омская область), Сивачева И.Л. (Псковская область), Симакова А.И. (Приморский край), Ситников И.Г. (г. Ярославль), Слепцова С.С. (Республика Саха (Якутия), Суздальцев А.А. (Самарская область), Таланова Н.М. (Костромская область), Тихомолова Е.Г. (Кировская область), Тихонова Е.П. (Красноярский край), Тихонова Н.Н. (Республика Саха (Якутия), Томилка Г.С. (Хабаровский край), Трагира И.Н. (Брянская область), Тхакушинова Н.Х. (Краснодарский край), Федорищев В.В. (Ямало-Ненецкий автономный округ), Фомина Т.В. (Курганская область),

Хабудаев В.А. (Иркутская область), Чернова Т.Ф. (Пензенская область), Чесноков А.Т. (Липецкая область), Шевченко В.В. (Алтайский край), Шипилов М.В. (Смоленская область), Шошин А.А. (Ярославская область), Штундер И.П. (Калужская область), Эсауленко Е.В. (г. Санкт-Петербург), Ющук Н.Д. (г. Москва), Якушева Г.М. (Сахалинская область).

Утверждены решением Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года.

Члены Правления Некоммерческого партнерства "Национальное научное общество инфекционистов":

Покровский В.И., Аитов К.А., Покровский В.В., Волжанин В.М., Беляева Н.М., Шестакова И.В., Анохин В.А., Сологуб Т.В., Кожевникова Г. М., Лебедев В.В., Ситников И.Г., Малышев Н.А., Горелов А.В., Учайкин В.Ф.

Приглашенные лица: Усенко Д.В., Феклисова Л.В., Мартынов В.А.

Предисловие

Разработан:	Коллективом авторов кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России, кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии СПбГУ, кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России
Внесен:	ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России
Принят и введен в действие:	Утвержден на заседании Пленума правления Национального научного общества инфекционистов 30 октября 2014 года
Введен впервые:	2015 г.
Отредактирован:	

Код протокола

91500.	11.	A03 A03.1 A03.2 A03.3 A03.8 A03.9	01	-	2014	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
A03 A03.1 A03.2 A03.3 A03.8 A03.9	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от A00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2014	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

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

Содержание

1	Область применения	8
2	Нормативные ссылки	9
3	Термины, определения и сокращения	9
4	Общие положения	11
4.1	Определение и понятия	15
4.2	Этиология и эпидемиология	15
4.3	Патогенез	17
4.4	Клиническая картина	18
4.4.1	Формы тяжести энтеральных гепатитов	18
4.4.2	Клиническая картина ГА без печеночной недостаточности	19
4.4.3	Клиническая картина ГА с печеночной недостаточностью	20
4.4.4	Клиническая картина острого ГЕ	20
4.4.5	Клиническая картина хронического ГЕ	21
4.5	Диагностика	21
4.5.1	Общие подходы к диагностике	21
4.5.2	Дифференциальная диагностика энтеральных гепатитов	22
4.5.3	Клинические критерии диагностики энтеральных гепатитов	32
4.5.4	Эпидемиологическая диагностика	32
4.5.5	Лабораторная диагностика	33
4.5.6	Инструментальная диагностика	34
4.5.7	Специальная диагностика	34
4.6	Обоснование и формулировка диагноза	34
4.7	Лечение	34
4.7.1	Общие подходы	34
4.7.2	Методы терапии	35
4.7.3	Этиотропная терапия	38
4.7.4	Патогенетическая терапия	38
4.8	Реабилитация	40
4.9	Диспансерное наблюдение	40
4.10	Общие подходы к профилактике	40
4.11	Ошибки и рекомендации	41
4.12	Организация оказания медицинской помощи больным энтеральными гепатитами (гепатитом А и гепатитом Е)	42
5	Характеристика требований	43
5.1	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)	43
5.1.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	43
5.1.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	43
5.1.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	44
5.1.4	Лечение в амбулаторных условиях	44
5.1.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях	44
5.1.6	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	44
5.1.7	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	44
5.2	Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, амбулаторная)	45
5.2.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	45

5.2.2	Требования к диагностике в амбулаторных условиях	45
5.2.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	46
5.2.4	Требования к лечению в амбулаторных условиях	46
5.2.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в амбулаторных условиях	47
5.2.6	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях	47
5.2.7	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	47
5.3	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медико-санитарная помощь больным гепатитом А, острым гепатитом Е, легкой степени тяжести, стационарная)	47
5.3.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	47
5.3.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	48
5.3.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	48
5.3.4	Требования к лечению в условиях стационара	53
5.3.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи в стационарных условиях	53
5.3.6	Требование к лекарственной помощи в стационарных условиях	53
5.3.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	56
5.3.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации	56
5.3.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	56
5.3.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	56
5.3.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	57
5.4	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А, острым гепатитом Е, средней степени тяжести, стационарная)	57
5.4.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	57
5.4.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	57
5.4.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	58
5.4.4	Требования к лечению в стационарных условиях	63
5.4.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	63
5.4.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	63
5.4.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	66
5.4.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	67
5.4.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	67
5.4.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	67
5.4.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	67
5.5	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А без печеночной комы, острым гепатитом Е, тяжелой степени тяжести, стационарная)	67

5.5.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	68
5.5.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	68
5.5.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	69
5.5.4	Требования к лечению в стационарных условиях	75
5.5.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	75
5.5.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	75
5.5.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	80
5.5.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	80
5.5.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	80
5.5.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	80
5.5.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	80
5.6	Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А, острым гепатитом Е с печеночной комой, тяжелой степени тяжести, стационарная)	81
5.6.1	Критерии и признаки определяющие модель пациента	81
5.6.2	Требования к диагностике в стационарных условиях	81
5.6.3	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий	83
5.6.4	Требования к лечению в стационарных условиях	89
5.6.5	Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи	89
5.6.6	Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях	89
5.6.7	Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях	95
5.6.8	Требования к режиму труда, отдыха, лечению или реабилитации	95
5.6.9	Требования к диетическим назначениям и ограничениям	96
5.6.10	Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам	96
5.6.11	Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола	96
6	Графическое, схематическое представления протокола лечения больных	96
7	Мониторинг протокола лечения больных	96
8	Экспертиза проекта протокола лечения больных	96
9	Приложения	97
10	Библиография	98

Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е)» разработан:

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Эсауленко Елена Владимировна	Заведующая кафедрой инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор	194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2	+7(812)277-78-23
Перадзе Хатуна Джемалиевна	Доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук	194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2	+7(812)277-78-23
Сухорук Анастасия Александровна	Ассистент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России	194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2	+7(812)277-78-23
Яковлев Алексей Авенирович	Заведующий кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии Санкт-Петербургского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор	199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д.7-9.	+7(812)717-28-48
Погромская Маргарита Николаевна	Доцент кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент	191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кировная, д.41	+ 7(812)717-48-24
Шестакова Ирина Викторовна	Главный внештатный специалист по инфекционным болезням Минздрава РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и	105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной горы, д. 15, корп. АБК	+7(495)365-60-39

	эпидемиологии ГБОУ ВПО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России		
--	---	--	--

1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) "Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е) у взрослых" предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

2. Нормативные ссылки

В Клинических рекомендациях (протоколе лечения) использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

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

Методические указания 3.1.2837-11 3.1. «Профилактика инфекционных болезней. Кишечные инфекции. Эпидемиологический надзор и профилактика вирусного гепатита А».

Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Вып. XIV- М.: «Эхо», 2013. – 980 с.

3. Термины, определения и сокращения

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

Клинические рекомендации (протокол лечения)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией

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

	вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов лечения, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.

В тексте используются следующие сокращения:

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
WHO	World Health Organization
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон
ГА	Гепатит А
ГЕ	Гепатит Е

4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) "Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е) у взрослых" разработан для решения следующих задач:

- ▲ проверка на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- ▲ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных энтеральными гепатитами (гепатит А и гепатит Е);
- ▲ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным энтеральными гепатитами (гепатит А и гепатит Е);
- ▲ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;

- ▲ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- ▲ обоснование программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- ▲ проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- ▲ выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- ▲ защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего протокола лечения больных энтеральными гепатитами (гепатитом А и гепатитом Е) - медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку (www.elibrary.ru). Глубина поиска составляет 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки уровня доказательств

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи

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

Методы, использованные для анализа доказательств:

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

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

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

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

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

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Таблица 2

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

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

C	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):

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

Экономический анализ:

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

Метод валидации рекомендаций:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

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

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

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

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

Консультация и экспертная оценка:

Настоящие клинические рекомендации были представлены для дискуссии в предварительной версии на VI Ежегодном Всероссийском Конгрессе по инфекционным болезням – 24-26 марта 2014 года и на заседании Профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Минздрава РФ 25 марта и 8 октября 2014 г. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте Национального Научного Общества Инфекционистов (<http://nnoi.ru>) для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

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

Рабочая группа:

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

Основные рекомендации:

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

Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения)

Ведение протокола «Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е)» осуществляется государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Система ведения предусматривает взаимодействие государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации со всеми заинтересованными организациями.

4.1 Определения и понятия

Энтеральные гепатиты – острые вирусные заболевания с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризующиеся симптомами интоксикации и преимущественным поражением печени.

В группу энтеральных гепатитов включены два самостоятельных заболевания: гепатит А (ГА) и гепатит Е (ГЕ). Их объединяет механизм передачи возбудителя – фекально-оральный.

Энтеральные гепатиты в настоящее время являются одной из наиболее актуальных проблем инфекционной патологии в связи с глобальностью распространения, вовлечением в эпидемический процесс взрослого населения, возможностью развития тяжелых форм, в том числе фульминантных, и летальными исходами.

Гепатит А – широко распространенная инфекция, вызываемая вирусом гепатита А (ВГА, НАV). По данным ВОЗ (2012) в мире ежегодно регистрируется 1,4 миллиона случаев заболевания. Причем при оценке широты распространения необходимо помнить, что на один случай заболевания, протекающего манифестно, приходится, как минимум пять - десять случаев, протекающих без клинических проявлений, которые обычно не регистрируются. В России ГА сохраняет важное социально-экономическое значение, остается распространенным, стойко занимая в этиологической структуре острых вирусных гепатитов доминирующее положение. Рост актуальности проблемы ГА в последние десятилетия определяет появление большой когорты взрослого населения, не имеющей в крови антител к вирусу.

Гепатит Е еще совсем недавно считался заболеванием стран с жарким климатом, но в последние годы появляются все новые и новые доказательства его распространения в Европе и в России. Первоначально заболевание было принято относить к завозным инфекциям. ВГЕ могли инфицироваться туристы во время поездок в регионы Восточной и Южной Азии, а так же завезти мигранты, прибывшие с эндемичных территорий. Сегодня ситуация изменилась кардинально: врачи все чаще диагностируют ГЕ у лиц, ни разу не выезжающих за пределы

своего региона. ГЕ – прежде всего профессиональное заболевание животноводов, работников скотобоен, ветеринаров, лесников и охотников, особенно тех, кто сталкивается с кабанами или свиньями. По данным ВОЗ (Информационный бюллетень №280 от июля 2013г.) ежегодно происходит 20 миллионов случаев инфицирования ВГЕ, более 3 миллионов острых случаев заболевания ГЕ и 57 000 случаев смерти, связанных с ГЕ. Более 60% всех случаев инфицирования ВГЕ и 65% всех случаев смерти в исходе ГЕ происходят в Восточной и Южной Азии.

4.2 Этиология и эпидемиология

Возбудителями данных заболеваний являются РНК-содержащие вирусы: вирус гепатита А (ВГА, Hepatitis A virus, HAV) и вирус гепатита Е (ВГЕ, Hepatitis E virus, HEV).

ВГА таксономически принадлежит к семейству Picornaviridae роду Hepatovirus. По своим размерам (27-32 нм в диаметре) является мелким РНК-содержащим вирусом. Геном ВГА составляет 5-7 кб в длину. Его поверхность выполнена 32 капсомерами величиной 8-12 нм. Капсид ВГА не имеет внешней оболочки и сердцевинного компонента в составе вириона. Как и у других представителей семейства, геном ВГА представлен тремя функциональными участками – Р1, Р2 и Р3. Участок Р1 кодирует четыре капсидных полипептида (VP1, VP2, VP3 и VP4) с молекулярными массами: 30 – 33 000, 24 – 27 000, 21 – 23 000 и 7 – 14 000 соответственно. Участки Р2 и Р3 кодируют неструктурные полипептиды, необходимые для вирусной репликации. Исследования разных авторов доказали, что вирус имеет только один вирус специфический антиген белковой природы. В настоящее время известно множество штаммов вируса, выделенных на различных территориях. Все они имеют высокую степень антигенного родства, определяющего наличие одного серотипа вируса.. Выделено 6 генотипов вируса: 1, 2, 3 изолированы от больных людей; 4, 5 и 6 – от обезьян Старого Света, которые не инфекционны для человека. В различных географических регионах циркулируют различные генотипы. ВГА относится к числу наиболее устойчивых к факторам внешней среды вирусов человека, он способен длительно сохраняться в воде, пищевых продуктах, сточных водах, на различных объектах внешней среды в течение нескольких месяцев в температурном диапазоне от +4 до +20°C. Инактивация может осуществляться кипячением, автоклавированием (+121°C, 20 мин), сухожаровой обработкой. Высокоустойчив к изменениям pH (стабилен при pH 3,0-9,0). Погибает при воздействии дезинфицирующих средств: растворами хлорной извести при концентрации остаточного хлора 2,0-2,5 мг/л в течение 15 мин, раствором формальдегида в течение 30 минут. Вирус высокочувствителен к УФО.

ВГЕ классифицирован как член семейства Hepadnaviridae, рода Heparvirus. Частица вируса представляет собой округлое образование диаметром в среднем 32 нм, без наружной оболочки. Геном ВГЕ представлен одноцепочечной РНК. Вирус распространен повсеместно, его изоляты выделены в различных регионах Земного шара. ВГЕ не имеет серологических вариантов. Но сравнительный анализ секвенирования РНК ВГЕ установил гетерогенность его популяции. Вирус имеет 5 генотипов: 1 и 2 генотипы выявлены только у людей, 3 и 4 – как у людей, так и у животных, 5 генотип обнаружен у птиц. Генотип 1 и 2 циркулирует в эндемичных регионах в популяции человека и ассоциируется с большими водными эпидемиями. Для генотипа 3 и 4 свойственна передача вируса от животного к человеку, что позволяет классифицировать заболевание как зоонозное. С данными генотипами вируса связывают спорадические случаи, но клинически манифестные. Генотип ВГЕ определяет тяжесть и исходы заболевания. Инфицирование ВГЕ генотипа 1 и 2, имеющие сходные эпидемиологические и спорадические черты, могут приводить к острому гепатиту, в ряде случаев осложненного острой печеночной недостаточностью и хронизации в исходе заболевания. ВГЕ 3 и 4 генотипа обычно вызывает только острый гепатит, заканчивающееся полным выздоровлением пациента (самолимитирующееся заболевание).

ВГЕ хорошо сохраняется при температуре – 20°C, но при температуре выше 0°C, особенно при оттаивании, быстро разрушается. Вирус сохраняет свою активность при его

экранировании (плохо прожаренное мясо), стабилен в умеренно кислой и щелочной средах и выживает в желудочно-кишечном тракте.

ГА – строгий антропоноз, единственным источником (резервуаром) возбудителя инфекции является человек. Вирус выделяется больными с различными формами заболевания. При манифестном варианте течения заболевания вирус выделяется с фекалиями наиболее интенсивно уже в конце инкубационного, в течение всего продромального (преджелтушного) и в первую неделю желтушного периодов. ВГА обладает высокой инфекционностью, для заражения гепатитом А достаточно всего нескольких вирусных частиц.

ГЕ – антропозооноз, поэтому источником возбудителя являются как человек, так и животные. Период, в течение которого инфицированный человек остается заразным, неизвестен. ВГЕ обладает малой инфекционностью, его инфицирующая доза в 2 раза превышает дозу ВГА. Редко передается от человека к человеку.

ГА и ГЕ – типичные кишечные инфекции с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Пути передачи: водный, алиментарный и контактно-бытовой. Факторами передачи, как при всех кишечных инфекциях, являются различные пищевые продукты (в том числе морепродукты, замороженные овощи и фрукты), не подвергающиеся термической обработке, а также контаминированная вирусом вода и различные предметы, загрязненные фекалиями больного, в том числе и грязные руки. Крупные вспышки ГА и ГЕ связаны с загрязнением фекалиями водоемов, являющихся источником водоснабжения, или с попаданием сточных вод в водопроводную сеть. Употребление в пищу сырых овощей или моллюсков также может явиться фактором риска заражения в эндемичных районах. Длительная вирусемия (в среднем до 5 недель), наблюдающаяся при ГА является причиной реализации неестественной парентеральной передачи вируса ГА, особенно в среде лиц, использующих внутривенное введение психотропных препаратов. ВГЕ также обладает способностью реализации дополнительных путей передачи, в том числе:

- переливание инфицированных продуктов крови;
- вертикальная передача от беременной женщины плоду.

Факторы риска развития энтеральных гепатитов связаны с плохой санитарией во многих районах мира и с выделением вирусов с фекальными массами.

Иммунитет после перенесенных энтеральных гепатитов прочный и длительный, практически пожизненный.

4.3 Патогенез

ВГА проникает в организм человека с пищей или водой через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Первичная репликация вируса происходит в эндотелии тонкого кишечника и мезентеральных лимфатических узлах, после чего вирус попадает в кровь (кратковременная виремия) и достигает печени. ВГА является вирусом с прямым цитопатическим действием. В гепатоцитах и клетках ретикулогистиоцитарной системы происходит вторичная репликация вируса, что приводит к нарушению функции клеточных мембран с развитием цитолиза и дистрофии печеночных клеток. Формируются участки некроза, обычно небольшого размера (фокальный, пятнистый, реже - зональный некроз). Второй механизм повреждения гепатоцитов вызывается Т-клеточным иммунным ответом на инфекцию. Затем ВГА с желчью попадает в кишечник и выделяется с фекалиями. В результате морфологических изменений печеночной ткани развиваются патогмоничные синдромы ГА – цитолитический, мезенхимально-воспалительный, холестатический. ВГА обладает высокой иммуногенностью. Быстрый и мощный иммунный ответ прекращает репликацию возбудителя и не дает распространяться на неинфицированные гепатоциты. Элиминации вируса из организма способствует разрушение инфицированных гепатоцитов натуральными киллерами и антителами анти-НАV. Чем сильнее иммунная реакция организма, тем больше клеток разрушается, и тем сильнее желтуха. Гуморальный иммунный ответ характеризуется ранним синтезом антител к вирусу. В период разгара болезни

(желтушный период) происходит санация организма пациента от вируса, формируется стойкий иммунитет.

Патогенез ГЕ изучен недостаточно. Заражение происходит при употреблении контаминированной воды или пищи. Вирус поражает гепатоциты, что ведёт к нарушению функции печени и развитию интоксикации. При вирусном ГЕ значительно чаще, чем при ГА, встречаются тяжёлые формы заболевания, в ряде случаев приводящие к летальному исходу.

Простое строение вирусов энтеральных гепатитов, наличие единственного антигена позволяет иммунной системе человека быстро распознать и элиминировать вирусы А и Е из организма.

Стадии патогенеза энтеральных гепатитов

- Внедрение вирусов (ЖКТ — преимущественно тонкая кишка).
- Энтеральная фаза (репликация возбудителя в тонкой кишке).
- Регионарный лимфаденит возможен при ГА, но не характерен для ГЕ
- Первичная генерализация инфекции (попадание в кровь и занос возбудителя в печень).
- Гепатогенная стадия:
 - Начальная, нецитопатогенная (иммунологическая);
 - Цитопатогенная.
- Стадия иммуногенеза и выздоровления.

4.4 Клиническая картина

4.4.1 Формы тяжести энтеральных гепатитов

Манифестные формы энтеральных гепатитов протекают циклически. Заболевания (ГА, ГЕ) могут протекать с различной степенью тяжести: легкая, средняя и тяжелая. Независимо от этиологии критериями формы тяжести являются степень выраженности синдромов интоксикации и желтухи.

Легкая форма характеризуется удовлетворительным состоянием пациента в разгаре заболевания, быстрым исчезновением желтушности кожных покровов (через 2-3 недели), быстрой нормализацией активности АлАТ (в течение 1 мес). Билирубинемия не превышает 100 мкмоль/л, а протромбиновый индекс составляет более 60%. В случаях, когда по основным клинико-лабораторным показателям состояние больного только 2-3 дня оценивалось как среднетяжелое, а в остальные дни обозначалось как удовлетворительное, и гепатит приобрел легкое течение, более обоснованно относить эту форму заболевания к легкой.

Среднетяжелая форма характеризуется удовлетворительным состоянием пациента в период разгара болезни, длительностью желтушности кожи до 3-4 недели и повышенной активностью АлАТ до 1,5 месяцев. Состояние средней тяжести характеризуется симптомами интоксикации (анорексия, слабость, нарушение сна, тошнота, рвота и др.), умеренным увеличением печени. Билирубинемия колеблется от 100 до 200 мкмоль/л, протромбиновый индекс - от 50 до 60%. В случаях, когда по основным клинико-лабораторным показателям состояние больного определяется как легкое, однако нормализация активности АлАТ происходит более 1 месяц, заболевание следует расценивать как среднетяжелое. С другой стороны, если в самый разгар болезни основные клинико-лабораторные показатели соответствуют тяжелому состоянию больного, но при быстром течении желтушного периода, продолжающегося до 20 дней, и нормализации активности АлАТ в течение 30 дней также более обоснованно относить данную форму гепатита к среднетяжелой.

При *тяжелой форме* в разгаре заболевания длительность желтухи превышает 4 недели, повышение активности АлАТ - более 1,5 мес. Тяжесть состояния больного определяется на основании оценки и сопоставления клинических и лабораторных показателей. При тяжелом состоянии больного симптомы интоксикации выражены более

резко. Отмечается нарастающая общая слабость, сонливость, головокружение, анорексия вплоть до отвращения к пище, повторная рвота, яркая желтушность кожи, геморрагический синдром и т.д. Билирубинемия превышает 200 мкмоль/л, протромбиновый индекс составляет менее 50%. Если тяжесть состояния больного определяется как среднетяжелое, однако нормализация активности АлАТ происходит более 1,5 мес, заболевание следует расценивать как тяжелое.

К факторам риска развития тяжелого течения заболевания относят: возраст пациента, беременность в 3 триместре, и сопутствующие заболевания: хронические диффузные заболевания печени (суперинфекция и ко-инфекция с HCV, HBV), хроническая алкогольная интоксикация, употребление психотропных средств. Особенно тяжело протекает гепатит E у беременных в 3 триместре гестации, в большинстве случаев заканчиваясь летально.

4.4.2 Клиническая картина ГА без печеночной недостаточности

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

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°C, 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 аланиновой аминотрансферазы (АлАТ), снижен протромбиновый индекс. Характерны гематологические сдвиги: лейкопения, нейтропения, относительный лимфо- и моноцитоз, нормальная или замедленная СОЭ. Выраженное снижение уровня 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 печёночных ферментов. Осложнения гепатита А возникают крайне редко. Возможны сохранение в период реконвалесценции гепатомегалии за счёт фиброза печени, а также поражение жёлчевыводящих путей, чаще в форме дискинезии.

4.4.3 Клиническая картина ГА с печеночной недостаточностью

Фульминантное (молниеносное) течение острого гепатита проявляется быстрым, в течение часов-суток, развитием острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ). Такое течение характеризуется быстрым наступлением печеночной комы, чаще всего на 4-5-й день от начала желтухи. У большинства больных наблюдаются геморрагии в местах инъекций, носовое кровотечение, рвота содержимым типа "кофейной гущи". Нередко отмечается появление отеков на стопах и в нижней трети голени. О глубоком повреждении печеночных клеток свидетельствуют высокие показатели активности аминотрансфераз, при этом АсАТ преобладает над АлАТ. Развитие комы приводит к летальному исходу, особенно при отсутствии превентивной интенсивной терапии.

Факторы, наличие которых увеличивает риск развития печеночной недостаточности:

- соматическая патология - язвенная болезнь, сахарный диабет, заболевания крови,
- инфекция - одонтогенная, тонзиллогенная, туберкулез,
- алкоголизм, наркомания и токсикомания,
- лекарственные токсические гепатиты,
- иммунодефицитные состояния,
- алиментарная дистрофия, несбалансированное питание.

4.4.4 Клиническая картина острого ГЕ

Инкубационный период при ГЕ длится от трех до восьми недель при средней продолжительности 40 дней (20–65 дней).

Продолжительность продромального периода – 3 – 7 дней. Симптомы: слабость, диспепсические расстройства, артралгии, диарея, возможно повышение температура тела.

Период разгара составляет от одной до трех недель. Почти в 100% случаев развивается желтуха, с появлением которой, в отличие от ГА, симптомы интоксикации не исчезают. Больные по-прежнему жалуются на слабость, плохой аппетит, боли в эпигастрии и правом подреберье, может быть субфебрилитет, зуд кожи. Заболеванию свойственен холестатический вариант течения заболевания.

Внепеченочные проявления чаще отсутствуют, но у части пациентов могут отмечаться гемоглинурия с развитием почечной недостаточности, а также геморрагический синдром. При ОГЕ возможно развитие тяжелых внепеченочных проявлений с поражением нервной системы: синдром Гийена-Барре, билатеральный плечевой неврит, полирадикулонейропатия, периферическая невралгия с менингитом, поперечный миелит, невралгическая амиотрофия, псевдотуморозный церебрит и параличи нервов.

В число характерных симптомов ГЕ в период разгара входят следующие:

- желтуха (пожелтение кожи и глазных белков, темная моча и бесцветный кал);
- анорексия (потеря аппетита);
- увеличенная печень (гепатомегалия), болезненная при пальпации

- абдоминальные боли и болезненность;
- тошнота и рвота;
- повышенная температура.

Период реконвалесценции протекает более длительно, чем при ГА.

Исходы и прогноз: в общей популяции – благоприятный, с последующим выздоровлением.

В редких случаях острый ГЕ может приводить к молниеносному гепатиту (острой печеночной недостаточности) и смерти. Общие показатели смертности населения варьируются от 0,5% до 4,0%. Молниеносный гепатит наиболее часто развивается во время беременности. Беременные подвергаются наибольшему риску возникновения акушерских осложнений и смерти от ГЕ, который может приводить к смерти 20% женщин на третьем триместре беременности. ГЕ и беременность оказывают выраженное взаимоотягочающее влияние, и протекают с синдромом острой печеночной недостаточности, массивным геморрагическим синдромом и присоединением острой почечной недостаточности. Состояние резко ухудшается накануне родов или сразу же после них, которые сопровождаются большой потерей крови. У беременных стремительно нарастает желтуха, интоксикация, рвота, печеночная энцефалопатия, нарушение сознания, наблюдается тремор, тахикардия, уменьшаются значительно размеры печени (симптом "пустого подреберья"), нередко возникает усиленный гемолиз эритроцитов с гемоглобинурией, что приводит к прогрессирующей острой почечной недостаточности. При выкидыше или преждевременных родах состояние пациентки резко ухудшается. Даже доношенные дети, как правило, погибают - вероятность рождения полноценного ребенка достаточно мала.

Острый ГЕ может протекать как супер-инфекция у пациентов с хроническими вирусными гепатитами. В данном случае заболеванию свойственно тяжелое течение, с неблагоприятным прогнозом и летальным исходом.

4.4.5 Клиническая картина хронического ГЕ

В последние годы стало известно о возможности хронизации патологического процесса в исходе острого ГЕ. Хронический ГЕ развивается на фоне иммуносупрессии у реципиентов донорских органов, ВИЧ-инфицированных, онкологических пациентов. Так, при отсутствии противовирусной терапии в 60% случаев у пациентов, перенесших трансплантацию солидных органов, в исходе острого ГЕ формируется хронический процесс, которых сопровождается прогрессированием фиброза, развитием цирроза печени и печеночной недостаточности, что может потребовать трансплантации печени. У большинства пациентов хронический ГЕ протекает латентно. Манифестация заболевания сопровождается развитием неспецифических симптомов, таких как желтуха, тошнота, боли в брюшной полости, лихорадка и астения. хронический ГЕ может сопровождаться билатеральным пирамидальным синдромом, периферической нейропатией, воспалительной полирадикулопатией, энцефалитом и проксимальной миопатией. В 6% случаев хронический ГЕ у реципиентов трансплантированных солидных органов сопровождается неврологическими признаками и симптомами. Другими осложнениями хронической HEV-инфекции являются панкреатиты, тромбоцитопения, гемолиз, мембранозный гломерулонефрит и пурпура Шенлейн-Геноха. Из всех осложнений мембранозный гломерулонефрит является наиболее часто встречаемым и значимым.

Патогенез манифестации хронического ГЕ в настоящее время не изучен.

4.5 Диагностика

4.5.1 Общие подходы к диагностике

Диагностика энтеральных гепатитов производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных методов обследования, и направлена на определение

нозологической и клинической формы, тяжести состояния, выявления осложнений и показаний к терапии, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу терапии или требующие коррекции терапии в зависимости от сопутствующих заболеваний или иных факторов. Такими факторами могут быть:

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

Обследованию на энтеральные гепатиты подлежат:

- лица, имеющие соответствующую клиническую картину, проявляющаяся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и обычно сопровождающаяся повышением уровня аминотрансфераз сыворотки крови,
- контактные из очагов инфекции.

4.5.2 Дифференциальная диагностика энтеральных гепатитов

Дифференциальный диагноз энтеральных гепатитов определяется их клинической формой.

Наибольшую трудность для диагностики представляют случаи, при которых отсутствуют характерные эпидемиологические данные, а клиническая симптоматика ограничивается общеинтоксикационными симптомами.

Вирусный гепатит В передается в большинстве случаев парентеральным путем и реже — половым, поэтому для его диагностики важен подробный анамнез с акцентом на парентеральный путь в течение инкубационного периода (чаще 60–120 дней). Преджелтушный период при вирусном гепатите В в отличие от энтеральных гепатитов более длительный. В это время больных часто беспокоят суставные боли. У больных посттрансфузионным гепатитом, а также при тяжелых формах в конце преджелтушного периода может быть повышение температуры тела. В целом же выраженность всех проявлений преджелтушного периода больше, чем при вирусном гепатите А. Чаще преджелтушный период начинается с диспептических явлений (снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота, тупые боли в правом подреберье). У части больных может наблюдаться кратковременное расстройство стула. Артралгический вариант отмечается в 30 % случаев. В таких ситуациях больных беспокоят сильные ломящие боли в крупных суставах, костях, мышцах, усиливающиеся ночью. Около 10 % больных вирусным гепатитом на этом этапе заболевания могут иметь уртикарную сыпь. В конце преджелтушного периода моча становится темной, а кал обесцвечивается, отмечается увеличение печени, повышается активность АсАТ и в значительной степени — АлАТ. Желтушный период при остром вирусном гепатите В, как правило, очень длительный и характеризуется выраженностью и стойкостью клинических проявлений, которые постепенно нарастают. Желтуха достигает максимума на 2–3-й неделе (при гепатите А к этому времени уже исчезает). При тяжелых формах уже в первые дни желтухи на фоне прогрессирующего ухудшения состояния может развиваться острая печеночная недостаточность. В этот период больные жалуются на слабость, недомогание, снижение аппетита, тупые боли в правом подреберье. Могут быть боли в суставах, кожный зуд. Желтуха нарастает постепенно. Вначале желтуха выявляется лишь при тщательном осмотре на склерах, мягком и твердом небе, и несколько позже появляется желтушное окрашивание кожи. Практически у всех больных наблюдается гепатомегалия. По мере выздоровления размеры печени возвращаются к норме. Уменьшение размеров печени при нарастающей желтухе указывает на возможность развития острой печеночной

недостаточности. Часто отмечается увеличение селезенки. При остром вирусном гепатите В период выздоровления более длительный, чем при гепатите А. Состояние больных постепенно улучшается. По мере выздоровления уменьшается и исчезает желтуха, появляется аппетит, уменьшаются размеры печени, моча светлеет, кал окрашивается. Иногда выздоровление затягивается, снова может появляться умеренная желтуха в виде отдельных волн. После перенесенного острого вирусного гепатита В может длительно сохраняться астенизация. Исходом острого вирусного гепатита В могут быть затяжные и хронические формы. Важную роль в дифференциальной диагностике острых вирусных гепатитов играет лабораторная диагностика, и в частности серологическое определение маркеров и полимеразная цепная реакция.

При других инфекционных заболеваниях желтуха бывает далеко не у всех больных, а лишь при более тяжелых формах болезни. При многих из этих инфекционных заболеваний появление желтухи происходит на фоне высокой лихорадки и выраженных симптомов общей интоксикации. Кроме этого, могут появляться различные органые поражения, свойственные тому или иному инфекционному заболеванию, но не характерные для вирусных гепатитов А и В.

Желтушная форма инфекционного мононуклеоза. При инфекционном мононуклеозе практически всегда развивается гепатит, нередко он протекает с выраженной желтухой, и имеет все признаки, характерные для вирусных гепатитов (желтуха печеночного генеза, увеличение печени, повышение активности сывороточных ферментов — АЛАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы и др.). Однако при инфекционном мононуклеозе более выражен синдром общей интоксикации (повышение температуры тела до 39–40 °С, общая слабость, головная боль и др.), который сохраняется, а иногда и нарастает после появления желтухи. Главное же отличие заключается в поражении других органов и систем, что не характерно для вирусных гепатитов. Клиническая симптоматика при инфекционном мононуклеозе настолько характерна, что позволяет дифференцировать это заболевание от желтух иной этиологии. Основными проявлениями инфекционного мононуклеоза, которые служат для дифференциальной диагностики, являются: лихорадка; тонзиллит; генерализованная лимфаденопатия; гепатоспленомегалия; характерные изменения периферической крови. Лихорадка при инфекционном мононуклеозе длится от 1 до 3 недель, а иногда и дольше. Она не уменьшается после появления желтухи. Лихорадка часто достигает 38–40 °С. Тонзиллит является обязательным компонентом инфекционного мононуклеоза. Наличие его имеет большое дифференциально-диагностическое значение, так как он отсутствует не только при вирусных гепатитах А и В, но и при других инфекционных болезнях, протекающих с желтухой, за исключением ангинозно-септической формы листериоза. Изменения зева при инфекционном мононуклеозе своеобразны. Характерны некротические изменения небных миндалин с образованием на них пленок, которые иногда напоминают фибринные налеты при дифтерии зева. Иногда проявления тонзиллита напоминают изменения зева при катаральной или фолликулярно-лакунарной ангине. Изменения в зеве появляются не с первого дня болезни, а присоединяются к лихорадке и другим клиническим симптомам лишь на 2–3-й день от начала заболевания. Генерализованная лимфаденопатия является характерным симптомом инфекционного мононуклеоза и лишь иногда встречается при желтухах другой этиологии (лиштериоз, сифилис), поэтому имеет большое дифференциально-диагностическое значение. Увеличены все группы лимфатических узлов, которые при пальпации умеренно болезненны. Иногда отмечается болезненность в области мезентеральных лимфатических узлов. Увеличение печени и селезенки характерно как для вирусных гепатитов, так и для других инфекционных болезней, протекающих с желтухой, поэтому дифференциально-диагностическая ценность этого признака невелика. Обращает на себя внимание лишь более значительное увеличение селезенки по сравнению с другими заболеваниями. Именно этим объясняется то, что одним из тяжелых осложнений инфекционного мононуклеоза является разрыв селезенки. Подобное увеличение селезенки, а иногда и более выраженное, отмечается лишь при малярии и возвратном тифе. Картина

периферической крови при инфекционном мононуклеозе настолько характерна, что послужила основанием для названия «мононуклеоз». Отмечается умеренный лейкоцитоз. Суммарное число одноклеточных элементов (лимфоциты, моноциты, атипичные мононуклеары) к концу 1-й недели болезни превышает 40 % и часто достигает 80–90 %. Мононуклеарная реакция крови может сохраняться до 3–6 месяцев. Из других болезней, протекающих с желтухой, преобладание одноклеточных элементов может наблюдаться при цитомегаловирусной инфекции и при некоторых формах листериоза.

Желтая лихорадка. Клинически выраженные формы этой болезни соответствуют названию и протекают с желтухой. Это карантинная болезнь, эндемичная для стран Южной Америки и Экваториальной Африки. Следовательно, о ней можно подумать, если больной человек прибыл из страны, эндемичной по желтой лихорадке, в срок инкубационного периода (3–6 суток). Клиническая симптоматика желтой лихорадки своеобразна и позволяет проводить дифференциальную диагностику на основании клинических данных (в дальнейшем, как и при других карантинных болезнях, необходимо получить лабораторное подтверждение диагноза). Болезнь начинается внезапно с повышения температуры тела до 39–40 °С и выше. С первых суток появляются характерные гиперемия и одутловатость лица, отечность век, инъектирование сосудов конъюнктивы склер, тахикардия (до 130 ударов в 1 минуту). На 2-й день появляются тошнота и рвота, гиперемия слизистой оболочки ротовой полости, а к 3–4-му дню — желтуха. На 5-й день болезни температура тела снижается, общее самочувствие улучшается, однако ремиссия очень короткая, уже через несколько часов температура тела вновь повышается, появляется геморрагический синдром (носовые кровотечения, кровавая рвота и др.). Тахикардия сменяется брадикардией (40–50 ударов в 1 минуту), падает артериальное давление. Смерть наступает от острой почечной недостаточности или от инфекционно-токсического шока. При благоприятном исходе с 7–9-го дня состояние больного начинает улучшаться.

Лептоспироз. В клинических проявлениях лептоспироза имеется ряд признаков, характерных для данного заболевания и позволяющих достаточно надежно дифференцировать эту форму инфекционной печеночной желтухи. Начало заболевания при лептоспирозе острое и даже внезапное. Уже в первый день болезни температура тела с ознобом повышается, как правило, выше 39 °С. С первых дней болезни появляются гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер, но желтушное окрашивание кожи отмечается лишь с 3–5-го дня от начала заболевания. Печень и селезенка увеличены с первых дней болезни. Патогномоничным признаком лептоспироза является поражение икроножных мышц. В них развиваются резко выраженные морфологические изменения (типа ценкеровского некроза). Клинически это проявляется в резко выраженных болях, которые затрудняют, а иногда делают невозможным передвижение больных. Это не обычная миалгия, которая бывает при очень многих инфекционных болезнях, а очень сильные мышечные боли, которые резко усиливаются при попытке встать, а также при пальпации пораженных мышц. Наиболее выражены эти изменения в икроножных мышцах. Поражаются и другие мышечные группы, но значительно слабее. Этот признак очень важен для дифференциальной диагностики. Вторым обязательным для тяжелых форм лептоспироза (а желтуха развивается только при тяжелых формах) симптомом является поражение почек. При летальных исходах гибель больных обычно наступает от острой почечной недостаточности. Поражение почек проявляется в олигурии и даже анурии, появлении в моче белка, эритроцитов, цилиндров. В сыворотке крови нарастает остаточный азот. Содержание билирубина в крови может достигать 200–300 мкмоль/л и более, повышается активность АсАТ и АлАТ. Дифференциально-диагностическое значение имеют и другие проявления лептоспироза: присоединение геморрагического синдрома, серозного менингита, двухволновой характер температурной кривой. Диагностическое значение имеет и картина периферической крови: умеренный лейкоцитоз нейтрофильного характера, раннее и значительное повышение СОЭ. Учитываются и эпидемиологические предпосылки (летняя сезонность, купание в пресноводных водоемах, контакты с животными).

Таким образом, наиболее информативными для дифференциальной диагностики лептоспироза данными являются: внезапное начало, высокая лихорадка, резко выраженное поражение икроножных мышц, появление желтухи с 3–5-го дня болезни, изменения со стороны почек, нейтрофильный лейкоцитоз. Некоторое значение имеет присоединение признаков менингита, геморрагического синдрома.

Псевдотуберкулез. Желтушные формы псевдотуберкулеза в практике врача встречаются довольно часто, особенно во время вспышек этого заболевания. Желтуха развивается у больных со среднетяжелой и тяжелой формами псевдотуберкулеза с достаточно выраженной клинической симптоматикой. Сама по себе желтуха, увеличение печени, лабораторные проявления гепатита ничем не отличаются от других желтух инфекционной природы и, следовательно, не имеют существенного дифференциально-диагностического значения. Об этиологии желтухи можно судить по другим проявлениям псевдотуберкулеза. Начало заболевания острое. Уже в первый день болезни температура тела достигает 38–40 °С. Рано появляются инъекция сосудов склер, гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов туловища. Однако эти признаки бывают и при других инфекционных заболеваниях (желтая лихорадка, кишечный иерсиниоз, лептоспироз), поэтому они имеют лишь относительное дифференциально-диагностическое значение. Более типичной и характерной для псевдотуберкулеза является своеобразная мелкоточечная («скарлатиноподобная») экзантема. Сыпь мелкоточечная, обильная, располагается по всему телу с концентрацией в области естественных складок кожи (локтевые сгибы, паховые области). Экзантема появляется чаще на 3-й день болезни. Кожа ладоней и подошв гиперемирована. Язык ярко-красный, с увеличенными сосочками, без налета («малиновый язык»). Среди других инфекций, протекающих с желтухой, подобной экзантемы не наблюдается, поэтому она имеет большое дифференциально-диагностическое значение. Однако следует учитывать, что иногда желтушные формы псевдотуберкулеза протекают без сыпи. Из других важных для дифференциальной диагностики признаков следует отметить мезаденит и терминальный илеит. Клинически это проявляется в спонтанных болях в правой подвздошной области, а также в выраженной болезненности этой области при пальпации. Этот признак бывает и при кишечном иерсиниозе. Псевдотуберкулез иногда затягивается, протекает с повторными волнами лихорадки, поражением суставов, узловатой эритемой. В большинстве случаев, особенно во время эпидемических вспышек, диагностика желтушных форм псевдотуберкулеза трудностей не вызывает. Для дифференциальной диагностики наибольшее значение имеют: высокая лихорадка и выраженные симптомы общей интоксикации, появление «скарлатиноподобной» экзантемы, гиперемии ладоней и подошв, мезаденит и терминальный илеит.

Иерсиниоз. По клиническому течению иерсиниоз во многом сходен с псевдотуберкулезом, однако желтуха отмечается, как правило, лишь при очень тяжелых септических формах кишечного иерсиниоза. Более легкие формы (гастроинтестинальная и аппендикулярная) протекают без желтухи. Основными клиническими проявлениями желтушной формы кишечного иерсиниоза являются высокая лихорадка с большими суточными размахами (2–3 °С), повторные ознобы и потливость, анемизация, выраженная желтуха, увеличение печени и селезенки. Беспокоят боли в животе, чаще справа в нижних отделах, может быть расстройство стула. У части больных образуются вторичные гнойные очаги, развиваются гнойные артриты. Желтуху при кишечном иерсиниозе легко отличить от вирусных гепатитов А и В, а также от многих инфекций, протекающих с желтухой, но без бактериологического исследования трудно дифференцировать от других видов сепсиса.

Сальмонеллез. Желтуха может наблюдаться лишь при тяжелых формах сальмонеллеза, как при гастроинтестинальных, так и при генерализованных. Как и при других желтухах при бактериальных инфекциях, наблюдаются высокая лихорадка (39–40 °С), выраженные проявления общей интоксикации, увеличение печени и селезенки, а также биохимические проявления печеночной желтухи (повышение содержания билирубина в крови, активности сывороточных ферментов — АлАТ, АсАТ). Эти проявления позволяют

желтуху при сальмонеллезе дифференцировать от желтухи при гепатитах А и В, но для дифференциальной диагностики от других бактериальных желтух эти проявления недостаточно информативны. Дифференциально-диагностическое значение имеют другие проявления сальмонеллезной инфекции. Это прежде всего поражения желудочно-кишечного тракта, которые при локализованных формах сальмонеллеза выступают на первый план в течение всего периода болезни, а при генерализованных отмечаются уже в начальном периоде. С первого дня болезни появляются боли в животе, тошнота, повторная рвота, затем присоединяется диарея. Потеря жидкости и электролитов приводит к появлению признаков дегидратации, которая иногда выступает на первый план. Среди инфекционных желтух такая симптоматика наблюдается лишь при сальмонеллезе, что и позволяет дифференцировать его от других болезней.

Листериоз. Среди различных клинических форм острого листериоза лишь при некоторых из них развивается желтуха. Листерийный гепатит может появиться при ангинозно-септической и тифоподобной формах листериоза. Клиническая дифференциальная диагностика такого гепатита иногда представляет трудности. Помимо высокой лихорадки и признаков общей интоксикации, на фоне которых появляется гепатит, о листериозе можно думать, если выявляются другие признаки данной инфекции. При ангинозно-септической форме это будет генерализованная лимфаденопатия, которая иногда сочетается с признаками специфического мезаденита. Характерным также является поражение зева в виде разной выраженности острого тонзиллита, протекающего нередко с некротическими изменениями. В этих случаях бывает трудно дифференцировать листериоз от желтушных форм инфекционного мононуклеоза. У части больных появляется крупнопятнистая или эритематозная сыпь, которая образует на лице фигуру бабочки. В некоторых случаях желтушные формы листериоза сопровождаются признаками гнойного листериозного менингита. Клинические особенности листериозного гепатита, в частности генерализованная лимфаденопатия, мезаденит, поражение зева, гнойный менингит, позволяют дифференцировать его от вирусных гепатитов А и В и от большинства других печеночных желтух инфекционной природы.

Сепсис. Клиническая дифференциальная диагностика септических поражений печени от других инфекционных желтух может базироваться на следующих клинических особенностях: тяжесть течения, нередко с развитием септического шока, наличие очагов инфекции, геморрагического синдрома с признаками диссеминированного внутрисосудистого свертывания, гектическая или неправильная лихорадка с большими суточными размахами, ознобами, потливостью.

Амебиаз. Желтуха при амебиазе может быть следствием амебного гепатита (в остром периоде болезни) или проявлением амебного абсцесса печени (период поздних внекишечных осложнений). Амебный гепатит протекает на фоне кишечного амебиаза, клиническая симптоматика которого и определяет возможности дифференциальной диагностики. Для острого периода амебиаза характерны выраженные дисфункции кишечника (стул с примесью слизи и крови и язвенные изменения толстой кишки по данным ректороманоскопии) при нормальной или субфебрильной температуре тела и слабо выраженных признаках общей интоксикации. Амебный абсцесс печени нередко сопровождается умеренно выраженной желтухой, что нужно учитывать при проведении дифференциальной диагностики желтух. Амебный абсцесс печени может развиваться относительно рано, еще на фоне кишечных изменений (боли в животе, жидкий стул с примесью слизи и крови), но чаще он появляется в более поздние периоды болезни, когда кишечные изменения уже проходят. Дифференциальная диагностика в этих случаях сложнее. Диагностическое значение имеют следующие данные: наличие в течение последних месяцев затяжного кишечного заболевания с примесью слизи и крови в испражнениях, боли в области печени постоянного характера, которые усиливаются при пальпации или при глубоком вдохе, неравномерность увеличения печени, изменение контуров печени по

данным рентгенологического обследования. В этот период дизентерийные амебы в испражнениях уже не обнаруживаются.

Токсические гепатиты. Поражение печени с развитием печеночной желтухи может наблюдаться при различных токсических гепатитах. Для дифференциальной диагностики инфекционных и токсических гепатитов большое значение имеет наличие признаков острого инфекционного процесса (лихорадка, признаки общей интоксикации, экзантема, эпидемиологические данные и др.). Для диагностики токсических гепатитов имеют значение употребление гепатотропных токсических веществ (противотуберкулезные препараты, ингибиторы МАО, производные фенотиазина), технических жидкостей (дихлорэтан, этиленгликоль), профессиональные вредности (работа с окислителями на основе азотной кислоты, гидразином и др.), а также отсутствие проявлений инфекционного процесса.

Острый алкогольный гепатит может развиваться у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, после очередного злоупотребления алкоголем, при этом следует учитывать возможность токсического действия различных суррогатов алкоголя. В отличие от вирусного гепатита при алкогольном поражении печени чаще отмечаются лейкоцитоз, повышение активности щелочной фосфатазы, более высокое содержание в крови холестерина и В-липопротеидов, отмечается также билирубиново-аминотрансферазная диссоциация (степень повышения АЛАТ несколько отстает от уровня гипербилирубинемии).

Медикаментозные гепатиты могут быть обусловлены многими лекарственными препаратами, но чаще возникают в тех случаях, когда препарат назначается длительно и в больших дозах. Более половины медикаментозных гепатитов связаны с длительным применением противотуберкулезных препаратов. Как правило, гепатит развивается к концу месяца от начала применения лекарственных средств. Помимо желтухи и увеличения печени могут быть и другие проявления лекарственной болезни: диспептические расстройства (тошнота, рвота, изжога), аллергические нарушения (зуд и жжение кожи, уртикарная или геморрагическая экзантема, лимфаденопатия, эозинофилия). В отличие от вирусного гепатита, который может наслоиться на туберкулез, отсутствует цикличность развития заболевания, нет типичных для вирусного гепатита изменений периферической крови (лейкопении, лимфоцитоза, снижения СОЭ). Показатели тимоловой пробы отрицательные.

Токсические гепатиты могут развиваться не только после приема лекарственных препаратов, но и в результате воздействия профессиональных вредностей, при отравлении техническими жидкостями.

Окислители на основе азотной кислоты при длительном воздействии вызывают поражение печени и желтуху (при острых отравлениях преобладают признаки поражения органов дыхания). Болезнь развивается постепенно, у больных появляются общая слабость, быстрая утомляемость, снижается работоспособность, ухудшается аппетит, возникает головная боль. На этом фоне начинаются боли в животе, которые локализуются в правом подреберье и в эпигастральной области. Печень увеличена, содержание билирубина в крови умеренно повышено. Течение гепатита относительно благоприятное. Следует отметить, что у лиц, длительно работающих с оксидами азота, наблюдается окрашивание в желтоватый цвет кожи кистей, лица, волосистой части головы даже при нормальном содержании билирубина в сыворотке крови.

Гидразин и его производные также вызывают поражение печени. При длительном профессиональном контакте с этими веществами развивается хроническая интоксикация, в картине которой на первый план могут выступать признаки токсического гепатита. При интоксикации гидразином гепатит является преимущественно паренхиматозным, однако ему часто сопутствует дискинезия желчевыводящих путей, что проявляется в резко выраженном болевом синдроме. Боли локализуются в эпигастральной области (при гидразиновой интоксикации нередко развивается гастрит) и в области правого подреберья с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Желтуха выражена умеренно. Для дифференциальной диагностики большое значение имеет анамнез (работа с производными гидразина). Специфических

методов диагностики при хронической интоксикации гидразином нет. Определение содержания гидразина в моче не дает убедительных результатов.

Токсический гепатит при **отравлении хлорэтаном** развивается в тех случаях, когда больные не погибают от отравления в течение первых суток. Симптомы гепатита появляются на 2–3-й день отравления. В первые сутки у больных появляются головная боль, общая слабость, состояние оглушенности и даже кратковременная потеря сознания, многократная рвота, понос. На 2–3-й день, помимо этих признаков, развиваются изменения со стороны печени и почек. Такая симптоматика характерна для ингаляционных отравлений хлорэтаном.

Для дифференциальной диагностики, кроме клинических и лабораторных признаков токсического гепатита, большое значение имеют синдром начального периода отравления хлорэтаном и анамнестические данные (выявление возможности ингаляционного или перорального отравления хлорэтаном). Некоторое значение имеют динамика дальнейшего течения гепатита, а также сочетание поражения печени и почек. Восстановление функций этих органов происходит через 2–5 недель. Диагноз может быть подтвержден химическим анализом промывных вод желудка, рвотных масс, крови, мочи.

Отравление **этиленгликолем** сопровождается развитием токсического гепатита. Для дифференциальной диагностики основное значение имеют сведения об употреблении технической жидкости (прежде всего антифриза), симптоматика начального периода «опьянения», сочетание признаков токсического гепатита с поражением почек.

Злокачественные новообразования. Наиболее часто с ошибочным диагнозом вирусного гепатита поступают больные обтурационной желтухой, развивающейся вследствие рака поджелудочной железы, реже — метастатического рака печени и еще реже — вследствие рака желчного пузыря, желчных путей, большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Основными признаками рака поджелудочной железы являются постепенно нарастающая желтуха при сравнительно удовлетворительном общем состоянии, кожный зуд, боль. Одной из главных жалоб является болевой синдром, преимущественно опоясывающего характера, но в отдельных случаях боли может и не быть. Распознавание таких «немых» желтух усложняется. Довольно типичны диарея, прогрессирующее исхудание. Один из главных признаков — симптом Курвуазье, который в ряде случаев выявляется с большим опозданием, что может быть обусловлено топографическими особенностями. Увеличенный желчный пузырь редко располагается в желчно-пузырной области (при растяжении он пальпируется латеральнее, кнаружи от края прямой мышцы живота или спускается до уровня гребня подвздошной кости и в очень редких случаях определяется слева от белой линии). При раке желчных путей и желчного пузыря общее состояние больных мало нарушено, обычно не наблюдается столь быстрой потери массы тела. Желчный пузырь, пораженный раковым процессом, более доступен пальпации. С появлением метастазов пальпируется большая бугристая печень — синдром опухолевой гепатомегалии.

Рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки характеризуется перемежающейся желтухой, кишечными кровотечениями с быстрым развитием анемии. В испражнениях обнаруживается скрытая кровь. Боль не характерна. Наблюдается интермиттирующая лихорадка. Размеры печени увеличены, определяется положительный симптом Курвуазье.

Большое значение приобретают результаты лабораторных исследований. При панкреатодуоденальном раке — лейкоцитоз, повышенная СОЭ. В отличие от вирусного гепатита активность аминотрансфераз нормальная или слегка повышена. Существенное значение имеет одновременное исследование аланинаминотрансферазы в цельной и разведенной изотоническим раствором натрия хлорида 1 : 10 сыворотке крови. При обтурационной желтухе, как правило, определяется высокая активность щелочной фосфатазы и повышенный уровень холестерина. Тимоловая проба остается длительно без изменений. Большое значение имеют комплексные инструментальные и рентгенологические исследования, релаксационная дуоденография, фибродуоденоскопия, эндоскопическая

ретроградная панкреатохолангиография, сканирование печени, реогепатография, лапароскопия.

Желчнокаменная болезнь. Заболевание проявляется периодически повторяющимися болевыми приступами с характерной иррадиацией, ознобом, нередко тошнотой, рвотой, т. е. признаками, которые объединяются понятием желчной колики. Вслед за ней нередко появляется желтуха, наблюдается ахолия. Все эти признаки обычно непродолжительны, держатся несколько дней и исчезают после прекращения приступа. Заболевание носит хронический характер, поэтому при дифференциальной диагностике большое значение приобретает тщательно собранный анамнез. Как правило, очередные обострения связываются с погрешностями в диете, физическим напряжением или эмоциональными перегрузками. Больные раздражительны, нередко жалуются на бессонницу, болевые ощущения в области сердца, сердцебиение. Пальпаторно отмечается болезненность в надчревной области и правом подреберье, метеоризм. В результате часто повторяющихся приступов увеличиваются размеры печени, развивается реактивный гепатит. Возможно увеличение желчного пузыря в тех случаях, когда камень вклинивается в большой дуоденальный сосок или общий желчный проток. Определяется лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышенная СОЭ. При биохимическом исследовании крови — незначительно повышенная активность аминотрансфераз, нормальные показатели тимоловой пробы, умеренно повышенная активность щелочной фосфатазы. Нарушение тока желчи в случаях внезапной закупорки протока камнями может привести к стрессовой реакции и связанным с этим неспецифическим нейрогуморальным сдвигам, нарушению метаболических процессов, проявлению вторичного цитолитического синдрома. Последнее может сопровождаться кратковременным значительным повышением активности аланинаминотрансферазы, которое более характерно для вирусного гепатита.

В типичных случаях правильный диагноз желчнокаменной болезни устанавливается сравнительно легко с помощью пероральной или внутривенной холангиографии, ретроградной холецистопанкреатографии, эхогепатографии. Более сложно распознать желчнокаменную болезнь, сопровождающуюся неопределенными жалобами, — холецистопатию. Желтуха при этом нарастает постепенно, принимает затяжной характер при отсутствии выраженного болевого приступа. Случаи желчнокаменной болезни, сопровождающиеся волнообразной желтухой, могут быть ошибочно диагностированы как рецидивирующий вирусный гепатит. В дуоденальном содержимом обнаруживаются патологические примеси в порциях В и С. Отмечается изменение химизма желчи, в частности содержания желчных кислот, холестерина, что находит отражение в снижении холато-холестеринового коэффициента.

Первичный склерозирующий холангит развивается во внепеченочных желчных протоках. Хронический воспалительный процесс в желчных протоках вызывает разрастание соединительной ткани и приводит к облитерации их просвета. В патологический процесс вовлекаются не только внепеченочные желчные пути, но и внутрипеченочные. Изменения в печени характеризуются наличием соединительнотканых разрастаний вокруг печеночных протоков с сужением их просвета. С течением времени определяются некробиотические изменения гепатоцитов с постепенным формированием билиарного цирроза печени. Наиболее сложной и практически важной является дифференциальная диагностика склерозирующего холангита и вирусного холестатического гепатита. Первичный склерозирующий холангит характеризуется клиническим симптомокомплексом внепеченочной закупорки. Болезнь, как правило, начинается постепенно. Преджелтушный период затягивается. Больные предъявляют жалобы на кожный зуд, диспепсические расстройства, болевой синдром наблюдается редко. Желтушный период в отличие от вирусного гепатита не имеет цикличности. Однажды появившись, желтуха неуклонно прогрессирует, но чаще носит волнообразный характер. Отмечается перемежающаяся ахолия. В период спада желтухи при дуоденальном зондировании удается получить желчь. Патологические изменения в порциях желчи обнаруживаются постоянно. Основное

внимание в клинической картине болезни привлекает кожный зуд как проявление холестаза. Увеличиваются размеры печени. Возможно увеличение желчного пузыря. Но этот признак проявляется в довольно поздние сроки, что зависит от локализации стеноза во внепеченочных желчных протоках и сроков формирования процесса. Нарастает лейкоцитоз, повышается СОЭ. С первых дней болезни возникает эозинофилия. Отмечаются высокий уровень конъюгированной фракции билирубина, стойкая гиперфосфатаземия, гиперхолестеринемия, умеренная активность аминотрансфераз, нормальные показатели тимоловой пробы, глубокие нарушения протеиносинтетической функции печени, диспротеинемия. Значительные сдвиги наблюдаются в глобулиновом спектре крови — повышение содержания альфа-2- и бета-глобулиновых фракций, что можно связать с выраженным холестазом, а также с воспалительной реакцией, сопровождающей экскреторно-билиарный синдром. Клинико-лабораторный комплекс позволяет заподозрить первичный склерозирующий холангит. В связи с первичной локализацией процесса в желчных путях перспективна эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Решающее значение в постановке диагноза склерозирующего холангита приобретает лапаротомия с одновременным проведением операционной холангиографии, которая дает представление о степени сужения общего желчного протока. При этом заболевании необходимо своевременное хирургическое вмешательство с длительным билиарным дренажем.

Обтурационная желтуха может развиваться как возможное **осложнение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки**. Обструкция располагается на уровне дистального отрезка общего желчного протока и его сфинктера. Изменения эти носят вторичный характер и развиваются вследствие постоянного рецидивирующего обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В одних случаях отмечается только сдавление дистального отдела общего желчного протока в связи с перифокальным воспалением при обострении язвенного процесса или перфорации язвы с последующим обратным характером этих изменений; в других — прогрессирующий склерозирующий язвенный процесс вовлекает внепеченочные желчные пути, приводя к стойким необратимым изменениям и полной облитерации их просвета. Как в одном, так и в другом случае обтурационный синдром приводит к нарушению оттока желчи и развитию механической желтухи. В связи с наличием желтухи таких больных направляют с ошибочным диагнозом вирусного гепатита в инфекционные стационары. При распознавании истинного характера заболевания необходимо учитывать следующие особенности. При обтурирующем холедохите одним из постоянных клинических признаков является гастралгический синдром как проявление язвенной болезни. Наиболее частой локализацией боли является надчревная область. Боль часто носит приступообразный характер, сопровождаясь диспепсическими явлениями. Боль и диспепсические симптомы могут наблюдаться и у больных вирусным гепатитом, если они сочетаются с язвенной болезнью. Но в отличие от обтурационной желтухи при вирусном гепатите обострение боли у больных язвенной болезнью возникает на фоне выраженных общетоксических явлений и нередко сочетается с артралгиями, ознобом, повышением температуры, увеличением размеров печени и селезенки. При распознавании характера желтухи, обусловленной склерозирующим язвенным процессом, имеет значение появление таких диагностических признаков, как кожный зуд, растяжение желчного пузыря, гастродуоденальное кровотечение, а также рентгенологическая картина — бульбарная и постбульбарная локализация ниши с воспалительным валом. Изменения крови не имеют дифференциально-диагностического значения. Только у больных язвенной болезнью с кишечным кровотечением наблюдается снижение уровня гемоглобина и эритроцитов, более часто регистрируется повышенная СОЭ. Важное значение приобретает оценка результатов биохимического исследования. При обтурирующем холедохите, в отличие от вирусного гепатита-микст, выявляется низкая активность ферментов, характеризующих синдром цитолиза (аминотрансфераз, урокиназы, малатдегидрогеназы и др.), повышенные показатели щелочной фосфатазы, характеризующей синдром холестаза. Решающим в постановке

окончательного диагноза вирусного гепатита В у больных язвенной болезнью при наличии соответствующей клинической симптоматики является обнаружение в сыворотке HBs-антигена.

Дифференциальная диагностика острых вирусных гепатитов

Признаки	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С
Эпидемиологические предпосылки	Пребывание в очаге ГА за 15-40 дней до заболевания	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГС
Начальный (преджелтушный) период	Острое начало заболевания, короткий преджелтушный период до 4-7 дней (чаще по гриппоподобному типу)	Постепенное начало болезни, длительный преджелтушный период до 7-14 дней (чаще по смешанному типу с возможными полиартралгиями)	Как правило, отсутствует. При его наличии характеризуется слабо выраженными явлениями интоксикации в течение 1-4 дней.
Желтушный период	Быстрое развитие желтухи, с появлением которой, как правило, улучшается самочувствие. Непродолжительный желтушный период (в среднем 2 недели)	Постепенное развитие желтухи, с появлением которой, как правило, отсутствует улучшение самочувствия, или оно ухудшается. Длительный желтушный период с медленным исчезновением симптомов в период реконвалесценции	Как правило, отсутствует. При его наличии характеризуется незначительной быстропроходящей желтухой и исчезновением симптомов в период реконвалесценции
Лабораторная диагностика	Наличие антител к вирусу гепатита А класса IgM (анти-HAV IgM)	Наличие поверхностного антигена (HBsAg), антител к ядерному антигену класса IgM (анти-HBc IgM), ДНК вируса гепатита В	Наличие антител к ядерному антигену класса IgM (анти-HCVc IgM), РНК, реже - общих антител (анти-HCV); при отсутствии антител к неструктурному белку 4 (анти-NS4) вируса гепатита С
Хронизация	Не характерна	в 5-10%	в 80-90%

Дифференциальная диагностика гепатита А и других заболеваний, протекающих с синдромом желтухи

Признаки	Гепатит А	Псевдотуберкулез	Лептоспироз	Приступ
----------	-----------	------------------	-------------	---------

				печеночной колики (калькулезный холецистит)
Эпидемиологические предпосылки	Контакт с больными	Употребление в пищу свежей капусты или моркови	Контакт с животными; купание в реках или озерах	Нет
Температура тела	Нормальная	38-39°C	39-40°C	38-39°C
Симптомы интоксикации	Слабость, отсутствие аппетита, тошнота, рвота	Слабость, снижение аппетита, боли в мышцах и суставах	Выраженная слабость, головная боль, отсутствие аппетита, боли в икроножных мышцах	Общая слабость, тошнота, рвота
Цвет кожи	Желтый, при тяжелой форме - петехиальная сыпь	Желтый; гиперемия лица, шеи, кистей рук, стоп; обильная мелкопятнистая точечная сыпь	Желтый; гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнктивы, кровоизлияния в склеру; пятнистая сыпь	Желтый
Цвет слизистых оболочек рта и глотки	Желтый	Желтый; катаральное воспаление	Желтый	Желтый
Частота пульса	Нормальная или относительная брадикардия	Тахикардия соответственно уровню температуры тела	Тахикардия соответственно уровню температуры тела	Тахикардия соответственно уровню температуры тела
Пальпация живота	Умеренная болезненность в правом подреберье	Болезненность в правой подвздошной области	Безболезненная	Положительные желчнопузырные симптомы
Печень	Увеличена	Увеличена	Увеличена	Может быть увеличена
Селезенка	Увеличена (в 30%)	Увеличена (в 15%)	Увеличена (в 50%)	Не увеличена
Количество лейкоцитов	Нормоцитоз	Умеренный лейкоцитоз	Лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Лейкоцитарная формула	Лимфоцитоз, плазматические клетки	Нейтрофилез, эозинофилия	Нейтрофилез	Нейтрофилез со сдвигом в сторону молодых форм
СОЭ	Нормальная или снижена	Повышена	Повышена	Повышена

4.5.3 Клинические критерии диагностики энтеральных гепатитов

Признак	Характеристика	Сила*
Лихорадка	Отсутствует	С
Синдром интоксикации	Слабость, отсутствие аппетита, тошнота, рвота	С
Внешний вид больного	Желтушность кожи и видимых слизистых оболочек	В
Размеры печени	Увеличены	В
Изменения в биохимическом анализе крови	Значительное повышение активности трансаминаз (АлАТ и АсАТ)	С

4.5.4 Эпидемиологическая диагностика

Эпидемиологические критерии диагностики энтеральных гепатитов:

1. Пребывание в очаге в период, соответствующий инкубационному периоду.
2. Наличие эндемичной вспышки (водного или пищевого характера).
3. Сезонность (осенне-зимний период для ГА).

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Водный	Заражение при употреблении водопроводной воды, загрязненной канализационными водами	С
Пищевой	Употребление загрязненных продуктов питания, в основном, не подвергавшихся термической обработке (свежие овощи, соки), а также моллюски (устрицы).	С
Контактно-бытовой	Через загрязненные предметы обихода, грязные руки.	В

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

4.5.5 Лабораторная диагностика

4.5.5.1 Методы диагностики

Специфическая лабораторная диагностика

Подтвержденным случаем заболевания, вызванным ВГА или ВГЕ, считается случай, при котором у человека имеет место острое заболевание с наличием синдрома интоксикации и желтухи, и положительные результаты лабораторной диагностики. ГА и ГЕ клинически не отличаются от других типов острого вирусного гепатита.

Специфическая диагностика ГА и ГЕ основана на выявлении в крови специфических антител к вирусу класса IgM иммуноферментным анализом: антитела к ВГА класса IgM и антитела к ВГЕ класса IgM. При невозможности определения антител класса IgM, диагностика может быть проведена по увеличению титра специфических антител класса IgG в парных сыворотках не менее, чем в 4 раза.

Существуют дополнительные диагностические тесты, для проведения которых требуется специальное лабораторное оборудование, проводятся только в научно-исследовательских целях:

- полимеразная цепная реакция с обратной транскриптазой (РТ-ПЦР) для выявления РНК вируса гепатита Е;
- полимеразная цепная реакция с обратной транскриптазой (РТ-ПЦР) для выявления РНК вируса гепатита А;
- иммуноэлектронная микроскопия для выявления вируса гепатита Е.

Метод	Показания	Сила*
Биохимический	Пациенты с клиническими симптомами энтерального гепатита для подтверждения нозологии и определения степени тяжести	С

Серологический (ИФА)	Пациенты с клиническими симптомами энтерального гепатита для подтверждения диагноза	В
----------------------	---	---

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

4.5.5.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза

Признак	Критерии	Сила*
IgM, IgG	Антитела к ВГА класса IgM и антитела к ВГЕ класса IgM. При невозможности определения антител класса IgM, диагностика может быть проведена по увеличению титра специфических антител класса IgG в парных сыворотках не менее, чем в 4 раза.	В

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

4.5.6 Инструментальная диагностика

Метод	Показания	Сила*
Электрокардиография (ЭКГ)	Пациенты с клиническими симптомами энтеральных гепатитов	С
Рентгенография легких	Пациенты с клиническими симптомами энтеральных гепатитов	С
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Пациенты с клиническими симптомами энтеральных гепатитов	С

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

4.5.7 Специальная диагностика

не применяется.

4.6 Обоснование и формулировка диагноза

При формулировке диагноза учитывают особенности клинического течения заболевания (нозологическая форма, клиническая форма с указанием возбудителя, степень тяжести, период болезни) и приводят его обоснование.

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические, лабораторные, инструментальные данные и результаты специальных методов исследования, на основании которых подтвержден диагноз энтерального гепатита.

4.7 Лечение

4.7.1 Общие подходы

Эти рекомендации применимы ко всем группам пациентов, включая беременных женщин, пожилых людей и пациентов с сопутствующими нарушениями здоровья.

Стационарное лечение больным с энтеральными гепатитами (ГА или ГЕ), протекающих с легкой степенью тяжести не рекомендуется. Данная категория пациентов может лечиться на дому; остальные (средняя или тяжелая степень тяжести, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни) подлежат госпитализации и лечению в инфекционных больницах или инфекционных отделениях. Для оказания медицинской помощи можно использовать те методы, медицинские изделия,

материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению в установленном порядке. Принципы лечения больных с энтеральными гепатитами предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- купирование острых приступов болезни;
- профилактика обострений, ближайших рецидивов и долечивание остаточных явлений заболевания;
- профилактика отдаленных рецидивов, т.е. достижение полного и стойкого выздоровления.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- вариант начального периода заболевания;
- клиническую форму;
- период болезни;
- ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков иммунодефицита (хронический алкоголизм, истощение, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст).
- тяжесть заболевания;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

4.7.2 Методы терапии

Терапия больных энтеральными гепатитами (ГА и ГЕ) является комплексной и включает следующие виды:

- этиотропная
- патогенетическая
- симптоматическая

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень* доказательности
Ингибитор Н ⁺ -К ⁺ -АТФ-азы. Противоязвенный препарат (A02BC01)	<i>Омепразол</i>	Профилактика острых язв желудка	2+
Спазмолитик с миотропным и м-холиноблокирующим действием (A03AX)	<i>Платифиллин</i>	Спазмолитик	2+
Миотропный спазмолитик (A03AD02)	<i>Дротаверин</i>	Спазмолитик	2+
Гепатопротектор с иммуномодулирующим и противовирусным действием (A05BA)	<i>Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды</i>	Гепатопротектор	2+
Препарат, способствующий растворению холестериновых желчных камней (A05AA02)	<i>Уродезоксихолевая кислота</i>	Профилактика холестаза	2+
Гепатопротектор. Препарат с антидепрессивной активностью (A16AA02)	<i>Адеметионин</i>	Гепатопротектор	2+
Слабительный препарат с	<i>Лактулоза</i>	Нейропротекция	2+

осмотическими свойствами. Гипоаммониемическое средство (A06AD11)			
Энтеросорбент (A07BA01)	<i>Активированный уголь</i>	Сорбент	2+
Противодиарейный препарат с адсорбирующим действием (A07BC05)	<i>Смектит диоктаэдрический</i>	Сорбент	2+
Витаминный препарат (A11GA01)	<i>Аскорбиновая кислота</i>	Общеукрепляюще е, антиоксидантное действие	2+
Антикоагулянт прямого действия - гепарин среднемолекулярный (B01AB01)	<i>Гепарин натрия</i>	Профилактика тромбоэмболичес ких осложнений	2+
Парентеральные препараты трехвалентного железа (B03AC)	<i>Железа [III] гидроксида сахарозный комплекс</i>	Коррекция нарушения содержания микроэлементов	3
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения (B05BB01)	<i>Натрия хлорид 0,9%,</i>	Дезинтоксикация, регидратация, восполнение электролитных нарушений	2+
	<i>Натрия ацетат + Натрия хлорид</i>	Дезинтоксикация, регидратация, восполнение электролитных нарушений	2+
	<i>Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид</i>	Дезинтоксикация, регидратация, восполнение электролитных нарушений	2+
Препарат, восполняющий дефицит калия в организме (B05XA01)	<i>Калия хлорид</i>	Коррекция нарушения содержания микроэлементов	2++
Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения (B05BA03)	<i>Глюкоза 5%</i>	Дезинтоксикация, регидратация	2++
Препарат для коррекции ацидоза для парентерального применения (B05CB04)	<i>Натрия гидрокарбонат</i>	Коррекция метаболического ацидоза	2+
Магний-содержащий препарат	<i>Магния сульфат</i>	Коррекция нарушения	2+

(A12CC02)		содержания микроэлементов	
Допаминомиметический и адреномиметический препарат (C01CA04)	<i>Допамин</i>	Противошоковое средство	2+
Препарат, улучшающий микроциркуляцию. Ангиопротектор (C04AD03)	<i>Пентоксифиллин</i>	Улучшение микроциркуляции	2+
Калийсберегающий диуретик (C03DA01)	<i>Спиронолактон</i>	Диуретик	2+
Глюкокортикостероид для инъекций (H02AB)	<i>Преднизолон</i>	При среднетяжелой и тяжелой форме заболевания при угрожающем отеке головного мозга, неврологических осложнениях	2+
Глюкокортикостероид для инъекций (H02AB02)	<i>Дексаметазон</i>	При среднетяжелой и тяжелой форме заболевания при угрожающем отеке головного мозга, неврологических осложнениях	2+
Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия, разрушающийся пенициллиназой (J01CA)	<i>Амоксициллин</i>	Профилактика и лечение бактериальных осложнений	2++
Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия с ингибитором бета-лактамаз (J01CR02)	<i>Амоксициллин+Клав улановая кислота</i>	Профилактика и лечение бактериальных осложнений	2++
Антибактериальный препарат группы фторхинолонов (J01MA02)	<i>Ципрофлоксацин</i>	Профилактика и лечение бактериальных осложнений	2++
Противопаразитарный препарат с антибактериальной активностью (J01XD01)	<i>Метронидазол</i>	Профилактика и лечение бактериальных осложнений	2++
Нестероидное противовоспалительное	<i>Диклофенак</i>	Противовоспалит ельная,	2+

средство (M01AB05)		анальгетическая, жаропонижающая терапия	
Психостимулятор и аналептик (N06BC01)	<i>Кофеин-бензоат натрия</i>	Противошоковое средство	2+
Транквилизатор (анксиолитик) (N05BA01)	<i>Диазепам</i>	Нейропротекция	3
Снотворный препарат (N05CF01)	<i>Зопиклон</i>	Нейропротекция	3
Антидот. Комплексообразующий препарат (V03AB06)	<i>Натрия тиосульфат</i>	Нейропротекция	3
Препарат, улучшающий метаболизм головного мозга (N07XX)	<i>Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота,</i>	Нейропротекция	3
Блокатор гистаминовых H1- рецепторов. Противоаллергический препарат (R06AA02)	<i>Дифенгидрамин</i>	Противоаллергиче ское средство	2+
Блокатор гистаминовых H1- рецепторов. Противоаллергический препарат (R06AC03)	<i>Хлоропирамин</i>	Противоаллергиче ское средство	2+
Растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций (V07AB)	<i>Вода для инъекций</i>	Приготовление инъекционных препаратов	3
Кровь и родственные препараты (B05A)	<i>Свежезамороженна я плазма</i>	Противошоковое средство	2+

4.7.3 Этиотропная терапия

Противовирусные препараты для лечения больных ГА не применяются.

Этиотропная терапия у пациентов ГЕ используется после проведения ортотопической трансплантации органа (реципиентов органа), ВИЧ-инфицированных или онкологических больных, получающих химиотерапию. Следует учитывать, что снижение дозы иммуносупрессивных препаратов у данной категории пациентов может привести (30%) к спонтанному клиренсу ВГЕ, что может быть приравнено к противовирусной терапии первой линии. При отсутствии эффекта, необходимо использовать противовирусные средства с целью полной элиминации ВГЕ. К данной группе лекарственных средств относятся интерферон-альфа2, рибавирина. Терапия проводится в режиме монотерапии с использованием одного из препаратов или их комбинации. Рекомендуемая длительность терапии составляет 3 месяца.

4.7.4 Патогенетическая терапия

Лечение пациентов с энтеральными гепатитами должно быть патогенетически обоснованным. Всем пациентам не зависимо от тяжести течения заболевания обязательно проведение базисной терапии, которая включает в себя соответствующую диету и щадящий режим. Из рациона исключают жареные, копченые, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (свинина, баранина). Категорически запрещается алкоголь в любых видах.

Дезинтоксикационная терапия направлена на купирование синдрома интоксикации, ее объем зависит от степени тяжести пациента:

Легкая степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объеме 2-3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, медом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод.

Средняя степень тяжести – инфузионно-дезинтоксикационная терапия: 800-1200 мл 5% раствор глюкозы внутривенно капельно. У пациентов с увеличенным уровнем глюкозы в крови рекомендовано введение раствора Рингера в суточной дозе - 5–20 мл/кг, при необходимости может быть увеличена до 30–50 мл/кг. Длительность курса – 5 дней. Показано парентеральное введение метадоксина (пиридоксин L-2 пирролидон 5-карбоксилат) в дозе 600 мг при разведении в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы в течение 1,5 часов в течение 5 дней с последующим переводом на пероральный прием 1г/сут в два приема. Общий курс – 21 день.

Тяжелая степень тяжести – усиление дезинтоксикационной терапии путем трехкратного введения энтеросорбентов, 10% раствора альбумина, плазмы крови. При отсутствии эффекта проводят гормонотерапию с использованием глюкокортикостероидов в эквивалентных преднизолону дозах – 60 мг/сут *per os* или 120 мг/сут парентерально. Терапия проводится 2–3 суток. В случае ее неэффективности используют экстракорпоральную детоксикацию (плазмоферез, плазмоферез с частичным плазмобменом, гемосорбция).

Метаболическая терапия. В независимости от формы тяжести показано назначение средств метаболической терапии, влияющие на обмен веществ, в частности в печени - рибоксин, адеметионин, экстракт артишока. Схема использования адеметионина: первые две недели внутривенно струйно в дозе 800–1600 мг ежедневно с последующим переходом на таблетки - по 2–4 таблетки в день.

Пациентам с холестатическим синдромом не зависимо от степени тяжести заболевания назначают препараты урсодезоксихолиевой кислоты в дозе - 10 мг/кг/сут.,

Витаминотерапия. Потребность в витаминах должна обеспечиваться за счет натуральных пищевых продуктов. Если это невозможно, дополнительно назначаются поливитаминные препараты (Аевит, Аскорутин, Ундевит и др.) 3 раза в день после еды. Для парентерального введения используют аскорбиновую кислоту, витамины группы В, препараты никотиновой кислоты (никотинамид). Витамины А и Е — по показаниям, только при отсутствии синдрома холестаза.

Профилактика запоров. Необходимо следить за ежедневным опорожнением кишечника. При запорах следует использовать лактулозу, дозу которой подбирают индивидуально (30–60 мл/сутки) таким образом, чтобы стул был ежедневно, оформленный или кашицеобразный

Коррекция синдрома цитолиза. Для снижения активности синдрома цитолиза показано назначение глицирризиновой кислоты в сочетании с фосфолипидами

Антихолестатическая терапия. При продолжительной гипербилирубинемии, симптомах холестаза необходимо назначение препаратов желчных кислот в сочетании с адеметионином и/или холестирамином.

Пациенты с признаками печеночной недостаточности подлежат интенсивной терапии в условиях отделения реанимационно-интенсивной терапии больницы. Интенсивная терапия проводится на фоне ранее проводимых терапевтических мероприятий и должна быть своевременной. В коматозном состоянии для улучшения воздухопроницаемости показано

использование аппарата искусственного дыхания. Купирование психомоторного возбуждения осуществляется седативными препаратами: оксибутират натрия 20% раствор 10-20 мл внутривенно медленно, возможно в сочетании с диазепамом 0,5% раствор – 2 мл внутримышечно. При развитии геморрагического синдрома показано использование ингибиторов протеаз и фибринолиза: 5% раствор эpsilon - аминокaproновой кислоты в дозе по 200 мл два раза в сутки, апротинин (контрикал) – по 100-200 ЕД или апротинин (гордокс) по 800-1200 ЕД через каждые 3-4 часа. Купирование гипокалиемического алколоза проводят внутривенным капельным введением препаратов калия (до 6г калия хлорида/сут при отсутствии энтерального поступления). При развитии почечной недостаточности, особенно при ГЕ, используют аппарат «искусственная почка».

Организацию терапевтических мероприятий при угрожающих жизни тяжелых и критических состояний осуществляют в соответствии со стандартами по интенсивной терапии инфекционным больным.

4.8 Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

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

4.9 Диспансерное наблюдение

Все реконвалесценты ГА должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники в течение 3 – 6 месяцев в зависимости от их самочувствия, скорости нормализации размеров печени и динамики результатов биохимических исследований. При отсутствии каких-либо клинических и лабораторных отклонений от нормальных показателей они могут быть сняты с учета с рекомендацией освобождения от тяжелой физической работы и занятий спортом. После выписки из стационара в течение 6 месяцев противопоказаны профилактические прививки, кроме (при наличии показаний) анатоксина столбнячного и вакцины для профилактики бешенства. Нежелательно проведение плановых операций, противопоказано назначение гепатотоксичных препаратов в течение полугода после перенесенного ВГА.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ГЕ проводится в течение 1–3 месяцев.

4.10 Общие подходы к профилактике

Профилактика энтеральных гепатитов должна быть комплексной, только сочетание методов неспецифической и специфической профилактики обеспечивают снижение заболеваемости ГА и ГЕ.

Неспецифическая профилактика

Распространение гепатита А и гепатита Е можно снизить путем:

- обеспечения надлежащего снабжения безопасной питьевой водой;

- надлежащей утилизации сточных вод в отдельных сообществах;
- обеспечение качественными продуктами питания, не подвергающихся термической обработке (овощи, фрукты, моллюски и т.д.)
- соблюдения личной гигиены, такой как регулярное мытье рук безопасной водой.

Специфическая профилактика ГА

Проводится с помощью вакцин против гепатита А, которые представляют собой инактивированный вирус ГА, адсорбированный на гидроокиси алюминия. В большинстве стран вакцина рекомендована для иммунизации групп риска, перечень которых определяется органами здравоохранения.

Лица с повышенным риском инфицирования гепатитом А:

- люди, совершающие поездки в места, где ГА является эндемичным заболеванием;
- работники канализационных коллекторов, очистных сооружений и водопроводных сетей;
- дети организованных коллективов, особенно на эндемичных территориях;
- лица, проживающие на территориях с неудовлетворительным водоснабжением и канализованием, а также подвергшихся воздействию природных катаклизмов (наводнения, землетрясения и др)
- мужчины, имеющие секс с мужчинами;
- люди с хроническими болезнями печени (ввиду повышенного риска развития тяжелых осложнений в случае заражения гепатитом А).

Почти у 100% людей в течение одного месяца после введения одной дозы вакцины развиваются защитные уровни антител к вирусу. Даже в случае воздействия вируса одна доза вакцины способна защитить провакцинированного человека, если ее аппликация проведена в течение двух недель после контакта с вирусом. Для формирования длительного и устойчивого иммунитета (20 и более лет) производители рекомендуют вводить две дозы вакцины с интервалом от 6 месяцев до 6 лет.

Как правило, схема вакцинации включает в себя две внутримышечные инъекции. Некоторые производители вакцин против ГА предлагают считать второе введение вакцины не составной частью схемы вакцинации, а бустерным введением препарата, определяющим длительное сохранение анти-ВГА у привитого. Возраст, с которого можно вводить вакцину против ГА, составляет 1–2 года. До 16–18 лет применяется детская дозировка вакцины, содержащая половинную дозу вакцины, применяемой для взрослых.

Так же как и для других вакцин, в состав которых входит гидроокись алюминия, рекомендованный режим хранения вакцины против ГА – +2–8 °С. Этот интервал температур обеспечивает высокое качество вакцины на протяжении заявленного производителем срока годности. Нарушение режимов хранения приводит к ухудшению такой характеристики, как иммуногенность. Это прежде всего относится к замораживанию вакцины, в результате чего происходит агрегация частиц адъюванта вакцины. В меньшей степени негативное воздействие на вакцину оказывает повышенная температура хранения. Исследование иммуногенности препаратов, хранившихся при температуре 37 °С в течение 1 недели или 12 месяцев по своей иммуногенности были близки вакцинам, хранившимся при +2–8 °С. Строгое соблюдение температурного режима хранения является обязательным условием применения вакцины против ГА. Безопасность инактивированных вакцин против ГА крайне высока

Профилактика ГЕ

Стратегия предотвращения заболевания ГЕ должна включать как воздействие на возбудителя, так и вакцинацию. Санитарный и ветеринарный надзор играет одну из ведущих ролей в профилактике ГЕ. Хотя загрязненная пища, особенно свинина и оленина, а также контакт с инфицированными животными рассматриваются в качестве основных путей передачи ГЕ в эндемичных регионах, возможны и другие, в том числе и неизвестные, пути заражения.

В качестве другой превентивной меры возможно внедрение вакцинации. За рубежом зарегистрированы два типа рекомбинантных вакцин против ВГЕ 1 генотипа, их эффективность составляет 95% и > 95% соответственно. Вместе с тем, неизвестно, когда эти вакцины смогут найти применение во всем мире. Также не решенным остается вопрос о вакцинах для других генотипов, особенно генотипа 3.

4.11 Ошибки и рекомендации

В России ГА и ГЕ заболевания, которые могут быть как аутохтонными, так и завозными.

Особое внимание необходимо обращать на пациентов, прибывших из эндемичных регионов.

Основные ошибки:

- недооценка наличия у пациентов независимо от возраста, преморбидного фона (ожирение, сахарный диабет, хронические заболевания легких, сердечно-сосудистой системы, хроническая алкогольная интоксикация), что приводило к летальным исходам,
- не принимались меры к интенсивному наблюдению за пациентами, что вело к стремительному усугублению тяжести состояния и возникновению печеночной недостаточности,
- имела место поздняя госпитализация больных;
- имел место недоучет эпидситуации, деталей анамнеза заболевания.

Рекомендуется обследование лиц, имеющих соответствующую клиническую картину, проявляющуюся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и обычно сопровождающуюся повышением уровня аминотрансфераз сыворотки крови, а также контактных из очагов инфекции.

Регулярное информирование врачей о возможности энтеральных гепатитов (ГА и ГЕ) после возвращения из эндемичных регионов будет способствовать большей настороженности в отношении этих болезней.

4.12 Организация оказания медицинской помощи больным энтеральными гепатитами (гепатитом А и гепатитом Е)

Медицинская помощь взрослым больным энтеральными гепатитами оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи. Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь больным с энтеральными гепатитами оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

При необходимости лечение больных с энтеральными гепатитами осуществляется в условиях стационара по направлению врача участкового терапевта, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

5. Характеристика требований

5.1 Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная доврачебная медико-санитарная помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Вне зависимости от степени тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
Условия оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Код по МКБ-10: B15.9, B17.2

5.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Данные эпидемиологического анамнеза (контакт с больным ГА или ГЕ, пребывание в эндемичном районе)
4. Наличие интоксикационного синдрома
5. Наличие желтухи
6. Любая степень тяжести
7. Вне зависимости от осложнений

5.1.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

Прием (осмотр, консультация) фельдшера - обязательные			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.044.002	Осмотр фельдшером	0,5	1
B01.044.002	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.044.002	Осмотр медицинской сестры	0,5	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1

A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1

5.1.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.1.3.1 Клинические методы исследования

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтухи.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

Оценивается состояние сознания, наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, миалгии, артралгии.

Проводится пальпация органов брюшной полости.

5.1.3.2 Лабораторные методы исследования

Не проводят

5.1.3.3 Инструментальные методы исследования

Не проводят

5.1.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.1.4 Лечение в амбулаторных условиях

Не проводят. Больные направляются на госпитализацию в стационар для оказания им специализированной медицинской помощи.

5.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

5.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

5.1.7 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий по диагностике и лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий условиям его выполнения.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтеральных гепатитов, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению энтеральных гепатитов;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.2. Модель пациента (вид медицинской помощи: первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь)

Фаза	Острая
Стадия	Вне зависимости от степени тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Первичная врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь
Условие оказания	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	неотложная

Код по МКБ-10: В 15.9, В 17.2

5.2.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Категория возрастная – взрослые
2. Пол – любой
3. Данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ)
4. Наличие интоксикационного синдрома
5. Наличие желтухи
6. Любая степень тяжести
7. Вне зависимости от осложнений

5.2.2 Требования к диагностике в амбулаторных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.026.001	Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный	0,5	1
B01.044.002	Осмотр врачом скорой медицинской помощи	0,5	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-	0,2	1

	инфекциониста первичный		
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,1	1
A01.31.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A02.31.001	Термометрия общая	1	1

5.2.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.2.3.1 Клинические методы исследования

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтухи.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

Оценивается состояние сознания, наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, миалгии, артралгии.

Проводится пальпация органов брюшной полости.

5.2.3.2 Лабораторные методы исследования

Не проводят

5.2.3.3 Инструментальные методы исследования

Не проводят

5.2.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.2.4 Требования к лечению в амбулаторных условиях

В амбулаторных условиях лечение больных с подозрением на энтеральные гепатиты не проводят. Больные направляются на госпитализацию в стационар для оказания им специализированной медицинской помощи.

5.2.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в амбулаторных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

5.2.6 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в амбулаторных условиях

На этапе первичной доврачебной медико-санитарной помощи медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры тела;
- ▲ предупреждение развития осложнений.

5.2.7 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения дополнительных мероприятий по диагностике и лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий условиям его выполнения.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтеральных гепатитов, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению энтеральных гепатитов;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.3 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А, острым гепатитом Е, легкой степени тяжести, стационарная)

Фаза	Острая
Стадия	Легкая степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная, экстренная
Продолжительность лечения	9 дней

5.3.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: острая

Стадия: легкая степень тяжести

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: неотложная, экстренная

Средние сроки лечения (количество дней): 9

Код по МКБ-10 B15.9, B17.2

Нозологические единицы Гепатит А без печеночной комы

Острый гепатит Е

5.3.2 Требования к диагностике в стационарных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.047.007	Прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения первичный	1	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,01	1
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	1

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1

5.3.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.3.3.1 Клинические методы исследования

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтухи.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

Оценивается состояние сознания, наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, миалгии, артралгии.

5.3.3.2 Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A09.05.022	Исследование уровня свободного и	1	1

	связанного билирубина в крови		
A09.05.041	Исследование уровня аспартатаминотрансминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A12.06.016	Проведение серологической реакции на различные инфекции, вирусы	0,5	1
A26.06.034	Определение антител классов M, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита A (Hepatitis A virus) в крови	1	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита B (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.044	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита E (Hepatitis E virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1

5.3.3.3 Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	0,8	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,8	1
A06.09.006	Флюорография легких	0,8	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,5	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1

5.3.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.3.3.5 Требования к медицинским услугам для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	1	1
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	8
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1

A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	1
A25.14.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A25.14.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A25.14.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A01.30.016	Перкуссия терапевтическая	0,5	1

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	5
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных препаратов	0,8	5
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	0,05	2
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,3	2

Лабораторные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	3
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	2

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	0,1	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,1	1
A06.09.006	Флюорография легких	0,1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,1	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,5	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,001	1

Другие работы и услуги в здравоохранении			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1

5.3.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.3.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.3.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	МНН**, форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AX	Спазмолитик с миотропным и м-холиноблокирующим действием	<i>Платифиллин</i> , раствор для подкожного введения	0,1	мг	2	10
A03AD02	Миотропный спазмолитик	<i>Дротаверин</i> , таблетки; таблетки, покрытые оболочкой; раствор для инъекций; раствор для внутримышечного и внутривенного введения	0,4	мг	160	1600
A05BA	Гепатопротектор с иммуномодулирующим и противовирусным действием	<i>Глицирризиновая кислота</i> + <i>Фосфолипиды</i> капсулы; лиофилизат для приготовления для приготовления раствора для внутривенного введения	0,1	мг	175 + 325	875 + 1625
A06AD11	Слабительный препарат с осмотическими свойствами. Гипоаммониемическое средство	<i>Лактулоза</i> , сироп	0,2	мл	45	225
A07BA01	Энтеросорбент	<i>Активированный уголь</i> , таблетки; капсулы	0,5	мг	10000	50000
A07BC05	Противодиарейный препарат с адсорбирующим действием	<i>Смектит диоктаэдрический</i> , порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	0,1	г	9	45
A11GA01	Витаминный препарат	<i>Аскорбиновая кислота</i> , драже; капли для приема внутрь; капсулы пролонгированного	0,5	мг	100	1000

		действия; раствор для внутривенного введения; раствор для внутривенного и внутримышечного введения; таблетки				
B05BB01	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Натрия хлорид 0,9%, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	500	5000
		<i>Натрия ацетат + Натрия хлорид, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	400	4000
		<i>Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	400	4000
B05XA01	Препарат, восполняющий дефицит калия в организме	<i>Калия хлорид, концентрат для приготовления раствора для инфузий; раствор для внутривенного введения</i>	0,8	мг	4000	20000
B05BA03	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Глюкоза 5%, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	400	4 000
A12CC02	Магний-содержащий препарат	<i>Магния сульфат, раствор для внутривенного введения</i>	0,8	мг	2500	25000
C04AD03	Препарат, улучшающий микроциркуляцию. Ангиопротектор	<i>Пентоксифиллин, концентрат для приготовления раствора для внутривенного и внутриартериального введения; концентрат для приготовления; раствора для инъекций; раствор для инъекций; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой; таблетки ретард, покрытые пленочной оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой</i>	0,05	мг	100	300

		капсулы				
N06BC01	Психостимулятор и аналептик	<i>Кофеин-бензоат натрия</i> , раствор для подкожного введения; раствор для инъекций	0,2	мг	240	1200
V03AB06	Антидот. Комплексообразующий препарат	<i>Натрия тиосульфат</i> , раствор для внутривенного введения	0,05	мг	3000	9000
V07AB	Растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	<i>Вода для инъекций</i> , растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	1	мл	20	400

5.3.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

5.3.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - до 9 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное лечение;
- рекомендации для пациента – диспансерное наблюдение в течение 3 – 6 месяцев;

Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	9
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	9

5.3.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество
Диетическая терапия при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п)	1	11

5.3.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.3.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (проведение диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтерального гепатита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению энтеральных гепатитов;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.4 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А, острым гепатитом Е, средней степени тяжести, стационарная)

Фаза	Острая
Стадия	Средняя степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная, экстренная
Продолжительность лечения	12 дней

5.4.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: острая

Стадия: средняя степень тяжести

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: неотложная, экстренная

Средние сроки лечения (количество дней): 12

Код по МКБ Х* В 15.9, В 17.2

Нозологические единицы Гепатит А без печеночной комы
Острый гепатит Е

5.4.2 Требования к диагностике в стационарных условиях

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления]	Усредненный показатель кратности применения
В01.047.007	Прием (осмотр, консультация)	1	1

	врача приемного отделения первичный		
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	0,01	1
B01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,01	1
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	0,01	1
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	1

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1

5.4.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.4.3.1 Клинические методы исследования

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтухи.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

Оценивается состояние сознания, наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, миалгии, артралгии.

5.4.3.2 Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартатаминотрансминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы в крови	1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови	1	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	0,1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A12.06.016	Проведение серологической реакции на различные	0,5	1

	инфекции, вирусы		
A26.06.034	Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	1	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.044	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита Е (Hepatitis E virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1

5.4.3.3 Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,01	1
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	0,8	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и	0,8	1

	интерпретация электрокардиографических данных		
--	---	--	--

5.4.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.4.3.5 Требования к медицинским услугам для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	1	11
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом- инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	11
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	11
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	11
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	11
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	11
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	11
A25.14.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A25.14.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A25.14.003	Назначение лечебно- оздоровительного режима при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	1
A01.30.016	Перкуссия терапевтическая	0,5	10

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом			
Код медицинской	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель	Усредненный показатель кратности

услуги		частоты предоставления	применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	5
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных препаратов	0,8	5
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	0,05	2
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,3	2

Лабораторные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	2
A09.05.012	Исследование уровня общего глобулина в крови	0,2	2
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения в крови	0,2	2
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	0,2	2
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	0,25	3
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	3
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	2

Инструментальные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	0,01	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,01	1

A06.09.007	Рентгенография легких	0,01	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,001	1

Другие работы и услуги в здравоохранении

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	1

5.4.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.4.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.4.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	МНН**, форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AX	Спазмолитик с миотропным и М-холиноблокирующим действием	Платифиллин, раствор для подкожного введения	0,1	мг	2	10
A03AD02	Миотропный спазмолитик	Дротаверин, таблетки; таблетки, покрытые оболочкой; раствор для инъекций; раствор для внутримышечного и внутривенного введения	0,4	мг	160	1600

A05BA	Гепатопротектор с иммуномодулирующим и противовирусным действием	<i>Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды</i> капсулы; лиофилизат для приготовления для приготовления раствора для внутривенного введения	0,1	мг	175 + 325	875 + 1625
A05AA02	Препарат, способствующий растворению холестериновых желчных камней	<i>Уродезоксихолевая кислота,</i> капсулы	0,2	мг	500	2000
A16AA02	Гепатопротектор. Препарат с антидепрессивной активностью	<i>Адеметионин,</i> лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой	0,2	мг	400	1600
A06AD11	Слабительный препарат с осмотическими свойствами. Гипоаммониемическое средство	<i>Лактулоза,</i> сироп	0,2	мл	45	225
A07BA01	Энтеросорбент	<i>Активированный уголь,</i> таблетки; капсулы	0,5	мг	1000 0	50000
A07BC05	Противодиарейный препарат с адсорбирующим действием	<i>Смектит диоктаэдрический,</i> порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	0,1	г	9	45
A11GA01	Витаминный препарат	<i>Аскорбиновая кислота,</i> драже; капли для приема внутрь; капсулы пролонгированного действия; раствор для внутривенного введения; раствор для внутривенного и внутримышечного введения; таблетки	0,5	мг	100	1000

B05BB01	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Натрия хлорид 0,9%, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	500	5000
		<i>Натрия ацетат + Натрия хлорид, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	400	4000
		<i>Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	400	4000
B05XA01	Препарат, восполняющий дефицит калия в организме	<i>Калия хлорид, концентрат для приготовления раствора для инфузий; раствор для внутривенного введения</i>	0,8	мг	4000	20000
B05BA03	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Глюкоза 5%, раствор для инфузий</i>	0,8	мл	400	4 000
A12CC02	Магний-содержащий препарат	<i>Магния сульфат, раствор для внутривенного введения</i>	0,8	мг	2500	25000
C04AD03	Препарат, улучшающий микроциркуляцию. Ангиопротектор	<i>Пентоксифиллин, концентрат для приготовления раствора для внутривенного и внутриартериального введения; концентрат для приготовления; раствора для инъекций; раствор для инъекций; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой; таблетки ретард, покрытые пленочной оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой капсулы</i>	0,0 5	мг	100	300
H02AB	Глюкокортикостероид для инъекций	<i>Преднизолон, раствор для инъекций; раствор для внутривенного и внутримышечного введения</i>	0,0 1	мг	60	180

H02AB02	Глюкокортикостероид для инъекций	<i>Дексаметазон</i> , раствор для инъекций;	0,01	мг	15	75
J01CA	Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия, разрушающийся пенициллиназой	<i>Амоксициллин</i> , гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь; капсулы; таблетки; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения	0,3	г	1,5	7,5
J01MA02	Антибактериальный препарат группы фторхинолонов	<i>Ципрофлоксацин</i> , таблетки, покрытые оболочкой; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; раствор для инфузий	0,3	г	1	5
J01XD01 P01AB01	Противопаразитарный препарат с антибактериальной активностью	<i>Метронидазол</i> , раствор для инфузий; таблетки	0,75	мг	750	7500
N06BC01	Психостимулятор и аналептик	<i>Кофеин-бензоат натрия</i> , раствор для подкожного введения; раствор для инъекций	0,2	мг	240	1200
V03AB06	Антидот. Комплексообразующий препарат	<i>Натрия тиосульфат</i> , раствор для внутривенного введения	0,05	мг	3000	9000
R06AA02	Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	<i>Дифенгидрамин</i> , раствор для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки	0,1	мг	100	500
R06AC03	Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	<i>Хлоропирамин</i> , раствор для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки	0,1	мг	20	100
V07AB	Растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	<i>Вода для инъекций</i> , растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	1	мл	20	400

5.4.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

5.4.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - до 12 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное лечение;
- рекомендации для пациента – диспансерное наблюдение в течение 3 – 6 месяцев;

Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	12
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	12

5.4.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество
Диетическая терапия при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п)	1	12

5.4.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.4.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (проведение диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтерального гепатита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению энтеральных гепатитов;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.5 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А без печеночной комы, острым гепатитом Е, тяжелой степени тяжести, стационарная)

Фаза	Острая
Стадия	тяжелая степень тяжести
Осложнение	Вне зависимости от осложнений
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная, экстренная
Продолжительность лечения	30 дней

5.5.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: острая

Стадия: тяжелая степень тяжести

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: неотложная, экстренная

Средние сроки лечения (количество дней): 30

Код по МКБ X*

B15.9; B17.2

Нозологические единицы

Гепатит А без печеночной комы

Острый гепатит Е

5.5.2 Требования к диагностике в условиях стационара

Медицинские услуги для диагностики заболевания, состояния

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.047.007	Прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения первичный	1	1
B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,25	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,01	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-	0,01	1

	оториноларинголога первичный		
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача- эндокринолога первичный	0,01	1
B01.051.001	Прием (осмотр, консультация) врача- трансфузиолога первичный	0,01	1
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	1

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	5
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	5

5.5.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.5.3.1 Клинические методы исследования

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтухи.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

Оценивается состояние сознания, наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, миалгии, артралгии.

5.5.3.2 Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.009	Определение цветового показателя	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	1
A09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	1	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартатаминотрансминазы в крови	1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланинаминотрансминазы в крови	1	1
A09.05.044	Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови	1	1
A09.05.046	Исследование уровня щелочной фосфатазы в крови	1	1
A12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1	1
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A12.06.016	Проведение серологической реакции на различные инфекции, вирусы	0,5	1
A26.06.034	Определение антител классов M, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита A (Hepatitis A virus) в	1	1

	крови		
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.039	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.044	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита Е (Hepatitis E virus) в крови	1	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1

5.5.3.3 Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A05.30.005	Магнитно-резонансная томография брюшной	0,01	1

	полости		
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,01	1

5.5.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.5.3.5 Требования к медицинским услугам для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.003.002	Осмотр (консультация) врачом анестезиологом-реаниматологом повторный	0,1	1
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	20
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,1	1
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1	1
B01.055.001	Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный	0,01	1
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	20
A25.14.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	3
A25.14.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	3
A25.14.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при	1	2

	заболеваниях печени и желчевыводящих путей		
A01.30.016	Перкуссия терапевтическая	0,5	10

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом.			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	50
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	5
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	1	10
A11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0.01	1
A11.12.003.001	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов	0.01	1
A14.30.001	Перемещение и/или размещение тяжелобольного пациента в постели	0.01	1
A14.30.002	Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения	0.01	1
A14.30.003	Кормление тяжелобольного пациента через рот и/или назогастральный зонд	0.01	1
A14.30.004	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	0.01	1
A14.30.005	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	0.01	1

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	2

A09.05.012	Исследование уровня общего глобулина в крови	0,2	2
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения в крови	0,2	2
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	0,2	2
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	0,25	3
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	3
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	2

Инструментальные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	0,1	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	0,1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,01	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1

Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие специального анестезиологического и/или реаниматологического обеспечения

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен	0,01	1
A18.05.001	Плазмаферез	0,01	3
A18.05.012	Гемотрансфузия	0,001	1

Иные методы исследования и лечения

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	10
A11.12.013	Взятие крови из центральной вены	0,1	4
A19.14.001	Лечебная физкультура при заболевании печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей	0,2	10
A20.30.026	Оксигенотерапия	0,01	10

5.5.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.5.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.5.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	МНН**, форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AX	Спазмолитик с миотропным и М-холиноблокирующим действием	<i>Платифиллин</i> , раствор для подкожного введения	0,1	мг	2	10
A03AD02	Миотропный спазмолитик	<i>Дротаверин</i> , таблетки; таблетки, покрытые оболочкой; раствор для инъекций; раствор для внутримышечного и внутривенного введения	0,4	мг	160	1600

A05BA	Гепатопротектор с иммуномодулирующим и противовирусным действием	<i>Глицирризиновая кислота + Фосфолипиды</i> капсулы; лиофилизат для приготовления для приготовления раствора для внутривенного введения	0,1	мг	175 + 325	875 + 1625
A05AA02	Препарат, способствующий растворению холестериновых желчных камней	<i>Уродезоксихолевая кислота,</i> капсулы	0,2	мг	500	2000
A16AA02	Гепатопротектор. Препарат с антидепрессивной активностью	<i>Адеметионин</i> лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой	0,2	мг	400	1600
A06AD11	Слабительный препарат с осмотическими свойствами. Гипоаммониемическое средство	<i>Лактулоза,</i> сироп	0,2	мл	45	225
A07BA01	Энтеросорбент	<i>Активированный уголь,</i> таблетки; капсулы	0,5	мг	10000	50000
A07BC05	Противодиарейный препарат с адсорбирующим действием	<i>Смектит диоктаэдрический,</i> порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	0,1	г	9	45
A11GA01	Витаминный препарат	<i>Аскорбиновая кислота,</i> драже; капли для приема внутрь; капсулы пролонгированного действия; раствор для внутривенного введения; раствор для	0,5	мг	100	1000

		внутривенного и внутримышечного введения; таблетки				
B01AB01	Антикоагулянт прямого действия - гепарин средномолекулярный	<i>Гепарин натрия</i> , раствор для внутривенного и подкожного введения; раствор для инъекций	0,001	МЕ	20000	100000
B03AC	Парентеральные препараты трехвалентного железа	<i>Железа [III] гидроксида сахарозный комплекс</i> , раствор для инъекций	0,001	мг	300	1200
B05BB01	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Натрия хлорид 0,9%</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	500	5000
		<i>Натрия ацетат + Натрия хлорид</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	400	4000
		<i>Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	400	4000
B05XA01	Препарат, восполняющий дефицит калия в организме	<i>Калия хлорид</i> , концентрат для приготовления раствора для инфузий; раствор для внутривенного введения	0,8	мг	4000	20000
B05BA03	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Глюкоза 5%</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	400	4 000
B05CB04	Препарат для коррекции ацидоза для парентерального применения	<i>Натрия гидрокарбонат</i> , раствор для инфузий	0,1	мг	8000	40000
A12CC02	Магний-содержащий препарат	<i>Магния сульфат</i> , раствор для внутривенного введения	0,8	мг	2500	25000
C01CA04	Допаминомиметический и адреномиметический препарат	<i>Допамин</i> , концентрат для приготовления раствора для инфузий; раствор для	0,2	мг	200	600

		внутривенного введения				
C04AD03	Препарат, улучшающий микроциркуляцию. Ангиопротектор	<i>Пентоксифиллин</i> , концентрат для приготовления раствора для внутривенного и внутриаириального введения; концентрат для приготовления раствора для инъекций; раствор для инъекций; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой; таблетки ретард, покрытые пленочной оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой капсулы	0,05	мг	100	300
C03DA01	Калийсберегающий диуретик	<i>Спиронолактон</i> , таблетки	0,3	мг	25	600
H02AB	Глюкокортикостероид для инъекций	<i>Преднизолон</i> , раствор для инъекций; раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,01	мг	60	180
H02AB02	Глюкокортикостероид для инъекций	<i>Дексаметазон</i> , раствор для инъекций;	0,01	мг	15	75
J01CA	Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия, разрушающийся пенициллиназой	<i>Амоксициллин</i> , гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь; капсулы; таблетки; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; порошок для	0,3	г	1,5	7,5

		приготовления раствора для внутривенного введения				
J01CR02	Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия с ингибитором бета-лактамаз	<i>Амоксициллин+Клав улоно-вая кислота</i> , порошок для приготовления раствора для внутривенного введения; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; таблетки диспергируемые	0,2	мг	3000 + 600	30000 + 6000
J01MA02	Антибактериальный препарат группы фторхинолонов	<i>Ципрофлоксацин</i> , таблетки, покрытые оболочкой; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; раствор для инфузий	0,3	г	1	5
J01XD01 P01AB01	Противопроtoзойный препарат с антибактериальной активностью	<i>Метронидазол</i> , раствор для инфузий; таблетки	0,75	мг	750	7500
N06BC01	Психостимулятор и аналептик	<i>Кофеин-бензоат натрия</i> , раствор для подкожного введения; раствор для инъекций	0,2	мг	240	1200
N05CF01	Снотворный препарат	<i>Зопиклон</i> , таблетки; таблетки, покрытые оболочкой	0,00 1	мг	7,5	37,5
V03AB06	Антидот. Комплексообразующий препарат	<i>Натрия тиосульфат</i> , раствор для внутривенного введения	0,05	мг	3000	9000

R06AA02	Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	<i>Дифенгидрамин</i> , раствор для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки	0,1	мг	100	500
R06AC03	Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	<i>Хлоропирамин</i> , раствор для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки	0,1	мг	20	100
V07AB	Растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	<i>Вода для инъекций</i> , растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	1	мл	20	400

Кровь и ее компоненты

Наименование компонента крови	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Свежезамороженная плазма	0,25	мл	200	600

5.5.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

5.5.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - до 30 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное лечение;
- рекомендации для пациента – диспансерное наблюдение в течение 6-12 месяцев;

Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	30
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	30

5.5.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество
Диетическая терапия при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п)	1	30

5.5.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.5.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (проведение диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтерального гепатита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения больных, соответствующего ведению энтеральных гепатитов;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

5.6 Модель пациента (вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь больным гепатитом А, острым гепатитом Е с печеночной комой, тяжелой степени тяжести, стационарная)

Фаза	Острая
Стадия	Тяжелая степень тяжести
Осложнение	Печеночная кома
Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условие оказания	Стационарно
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная, экстренная
Продолжительность лечения	30 дней

5.6.1 Критерии и признаки определяющие модель пациента

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: острая

Стадия: тяжелая степень тяжести

Осложнения: печеночная кома

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: стационарно

Форма оказания медицинской помощи: неотложная, экстренная

Средние сроки лечения (количество дней): 30

Код по МКБ Х* В15.0

Нозологические единицы Гепатит А с печеночной комой

5.6.2 Требования к диагностике в условиях стационара

Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления]	Усредненный показатель кратности применения
B01.047.007	Прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения первичный	1	1
B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1	1
B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,25	1
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	0,001	1
B01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	0,01	1
B01.051.001	Прием (осмотр, консультация) врача-трансфузиолога первичный	0,01	1
B01.057.001	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный	0,01	1
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,25	1
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	0,05	1
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	1
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном	1	1

	заболевании		
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	1

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом.

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	5
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	5

5.6.3 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у-04).

5.6.3.1 Клинические методы исследования

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость и т.д.).

Целенаправленно выявляют данные эпидемиологического анамнеза (пребывание в эндемичном очаге, контакт с больными ГА или ГЕ).

При внешнем осмотре оценивают состояние кожных покровов, обращают внимание на наличие/отсутствие желтухи.

Осмотр лимфатических узлов проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую области исследования. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о возможном наличии воспалительного, инфекционного или онкологического характера лимфаденопатии (лимфаденита).

Оценивается состояние сознания, наличие/отсутствие головной боли, тошноты, рвоты, миалгии, артралгии.

5.6.3.2 Лабораторные методы исследования

Лабораторные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	1	1
A09.05.012	Исследование уровня общего глобулина в крови	1	1
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения в крови	1	1
A09.05.014	Исследование уровня	1	1

	глобулиновых фракций в крови		
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	1	1
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	1	1
A12.06.016	Проведение серологической реакции на различные инфекции, вирусы	0,5	1
A26.05.011	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирус Эпштейна-Барр (Epstein - Barr virus)	0,01	1
A26.05.012	Молекулярно-биологическое исследование крови на хламидии (<i>Chlamydia spp.</i>)	0,001	1
A26.05.013	Молекулярно-биологическое исследование крови на токсоплазмы (<i>Toxoplasma gondii</i>)	0,001	1
A26.05.017	Молекулярно-биологическое исследование крови на цитомегаловирус (Cytomegalovirus)	0,001	1
A26.05.020	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит В (Hepatitis B virus)	0,25	1
A26.05.023	Молекулярно-биологическое исследование крови на вирусный гепатит D (Hepatitis D virus)	0,2	1
A26.06.022	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	0,01	1
A26.06.029	Определение антител к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр VCA (IgM) (диагностика острой инфекции) в крови	0,01	1
A26.06.034	Определение антител классов М, G (IgG, IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови	1	1
A26.06.035	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.038	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену	1	1

	вирусного гепатита В (HBeAg Hepatitis B virus) в крови		
A26.06.039	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к антигену вирусного гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови	1	1
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови	1	1
A26.06.043	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита D (Hepatitis D virus) в крови	1	1
A26.06.044	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу гепатита Е (Hepatitis E virus) в крови	0,01	1
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1	1
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови	1	1
A26.06.054	Определение антител к лептоспире интерроганс (Leptospira interrogans) в крови	0,01	1
A26.06.086	Определение антител к сероварам иерсинии энтероколитика (Yersinia enterocolitica) в крови	0,01	1
A26.19.008	Бактериологическое исследование кала на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	0,1	1
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	1

5.6.3.3 Инструментальные методы исследования

Инструментальные методы исследования			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1

A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	1	1
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	1	1
A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A05.30.005	Магнитно-резонансная томография брюшной полости	0,01	1
A06.09.006.001	Флюорография легких цифровая	0,5	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,5	1

5.6.3.4 Специальные методы исследования

Не проводят

5.6.3.5 Требования к медицинским услугам для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом повторный	0,1	1
B01.008.002	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога повторный	0,01	1
B01.014.003	Ежедневный осмотр врачом-инфекционистом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	20
B01.015.002	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный	0,01	1
B01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	1	1
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	0,25	1
B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача - оториноларинголога первичный	0,1	1
B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача - офтальмолога первичный	0,01	1
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1	1

B01.055.001	Прием (осмотр, консультация) врача - фтизиатра первичный	0,01	1
B01.058.002	Прием (осмотр, консультация) врача - эндокринолога повторный	0,01	1
B01.003.003	Суточное наблюдение врачом анестезиологом - реаниматологом	0.01	3
B03.003.005	Суточное наблюдение реанимационного пациента	0.01	3
A01.30.001	Сбор анамнеза и жалоб при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.002	Визуальное исследование при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.003	Пальпация при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.004	Перкуссия при инфекционном заболевании	1	20
A01.30.005	Аускультация при инфекционном заболевании	1	20
A25.14.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	3
A25.14.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	3
A25.14.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях печени и желчевыводящих путей	1	2
A01.30.016	Перкуссия терапевтическая	0,5	10

Прием, осмотр, обследование, наблюдение и уход за больным средним медицинским персоналом. Наблюдение и уход за больным младшим медицинским персоналом.			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A02.30.001	Термометрия общая	1	50
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	5
A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных препаратов	1	10
A11.12.002	Катетеризация кубитальной и других периферических вен	0.01	1
A11.12.003.001	Непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов	0.01	1
A14.28.002	Уход за мочевым катетером	0.01	1
A14.30.001	Перемещение и/или размещение тяжелобольного пациента в постели	0.01	1

A14.30.002	Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения	0.01	1
A14.30.003	Кормление тяжелобольного пациента через рот и/или назогастральный зонд	0.01	1
A14.30.004	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	0.01	1
A14.30.005	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	0.01	1
A14.30.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного	0.01	1

Лабораторные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	2
A09.05.012	Исследование уровня общего глобулина в крови	0,2	2
A09.05.013	Определение альбумин/глобулинового соотношения в крови	0,2	2
A09.05.014	Исследование уровня глобулиновых фракций в крови	0,2	2
A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	0,25	3
B03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	2
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	3
B03.016.006	Анализ мочи общий	1	2

Инструментальные методы исследования

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	0,5	1
A05.10.001	Регистрация электрической активности проводящей системы сердца	1	1

A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A06.09.007	Рентгенография легких	0,5	1
A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	0,1	1

Иные методы исследования и лечения			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	10
A11.12.001	Катетеризация подключичной и других центральных вен	0,01	1
A11.12.013	Взятие крови из центральной вены	0,1	4
A18.05.001	Плазмаферез	0,01	3
A19.14.001	Лечебная физкультура при заболевании печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей	0,2	10
A20.30.026	Оксигенотерпия	0,01	10

5.6.4 Требования к лечению в стационарных условиях

Применение этиотропных, симптоматических, патогенетических средств по назначению врача-специалиста. Возможность оказания медицинской помощи в условиях палаты интенсивной терапии. Соблюдение противоэпидемического и санитарно-гигиенического режима.

5.6.5 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи в стационарных условиях

Не медикаментозная помощь направлена на:

- ▲ снижение температуры;
- ▲ предупреждение развития осложнений;

Включает проведение санитарно-гигиенических мероприятий.

5.6.6 Требования к лекарственной помощи в стационарных условиях

Код АТХ	Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ)	МНН**, форма выпуска	Частота назначения	Единицы измерения	ССЛ***	СКД****
A02BC01	Ингибитор Н ⁺ -К ⁺ -АТФ-азы. Противоязвенный препарат	Омепразол, капсулы; капсулы кишечнорастворимые	0,8	мг	20	200

A03AX	Спазмолитик с миотропным и М-холиноблокирующим действием	<i>Платифиллин</i> , раствор для подкожного введения	0,1	мг	2	10
A03AD02	Миотропный спазмолитик	<i>Дротаверин</i> , таблетки; таблетки, покрытые оболочкой; раствор для инъекций; раствор для внутримышечного и внутривенного введения	0,4	мг	160	1600
A05BA	Гепатопротектор с иммуномодулирующим и противовирусным действием	<i>Глицирризиновая кислота</i> + <i>Фосфолипиды</i> капсулы; лиофилизат для приготовления для приготовления раствора для внутривенного введения	0,1	мг	175 + 325	875 + 1625
A05AA02	Препарат, способствующий растворению холестериновых желчных камней	<i>Уродезоксихолевая кислота</i> , капсулы	0,2	мг	500	2000
A16AA02	Гепатопротектор. Препарат с антидепрессивной активностью	<i>Адеметионин</i> лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой	0,2	мг	400	1600
A06AD11	Слабительный препарат с осмотическими свойствами. Гипоаммониемическое средство	<i>Лактулоза</i> , сироп	0,2	мл	45	225
A07BA01	Энтеросорбент	<i>Активированный уголь</i> , таблетки; капсулы	0,5	мг	1000 0	50000

A07BC05	Противодиарейный препарат с адсорбирующим действием	<i>Смектит диоктаэдрический</i> , порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	0,1	г	9	45
A11GA01	Витаминный препарат	<i>Аскорбиновая кислота</i> , драже; капли для приема внутрь; капсулы пролонгированного действия; раствор для внутривенного введения; раствор для внутривенного и внутримышечного введения; таблетки	0,5	мг	100	1000
B01AB01	Антикоагулянт прямого действия - гепарин средномолекулярный	<i>Гепарин натрия</i> , раствор для внутривенного и подкожного введения; раствор для инъекций	0,001	МЕ	2000 0	10000 0
B03AC	Парентеральные препараты трехвалентного железа	<i>Железа [III] гидроксида сахарозный комплекс</i> , раствор для инъекций	0,001	мг	300	1200
B05BB01	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для парентерального применения	<i>Натрия хлорид 0,9%</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	500	5000
		<i>Натрия ацетат + Натрия хлорид</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	400	4000
		<i>Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	400	4000
B05XA01	Препарат, восполняющий дефицит калия в организме	<i>Калия хлорид</i> , концентрат для приготовления раствора для инфузий; раствор для внутривенного введения	0,8	мг	4000	20000
B05BA03	Препарат для регидратации и дезинтоксикации для	<i>Глюкоза 5%</i> , раствор для инфузий	0,8	мл	400	4 000

	парентерального применения					
B05CB04	Препарат для коррекции ацидоза для парентерального применения	<i>Натрия гидрокарбонат</i> , раствор для инфузий	0,1	мг	8000	40000
A12CC02	Магний-содержащий препарат	<i>Магния сульфат</i> , раствор для внутривенного введения	0,8	мг	2500	25000
C01CA04	Допаминомиметический и адреномиметический препарат	<i>Допамин</i> , концентрат для приготовления; раствора для инфузий: раствор для внутривенного введения	0,2	мг	200	600
C04AD03	Препарат, улучшающий микроциркуляцию. Ангиопротектор	<i>Пентоксифиллин</i> , концентрат для приготовления раствора для внутривенного и внутриартериального введения; концентрат для приготовления; раствора для инъекций; раствор для инъекций; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой; таблетки ретард, покрытые пленочной оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой капсулы	0,05	мг	100	300
C03DA01	Калийсберегающий диуретик	<i>Спиронолактон</i> , таблетки	0,3	мг	25	600
H02AB	Глюкокортикостероид для инъекций	<i>Преднизолон</i> , раствор для инъекций; раствор для внутривенного и внутримышечного введения	0,01	мг	60	180

H02AB02	Глюкокортикостероид для инъекций	<i>Дексаметазон</i> , раствор для инъекций;	0,01	мг	15	75
J01CA	Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия, разрушающийся пенициллиназой	<i>Амоксициллин</i> , гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь; капсулы; таблетки; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; порошок для приготовления раствора для внутривенного введения	0,3	г	1,5	7,5
J01CR02	Антибиотик группы пенициллинов широкого спектра действия с ингибитором бета-лактамаз	<i>Амоксициллин+Клавулоновая кислота</i> , порошок для приготовления раствора для внутривенного введения; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; таблетки диспергируемые	0,2	мг	3000 + 600	30000 + 6000
J01MA02	Антибактериальный препарат группы фторхинолонов	<i>Ципрофлоксацин</i> , таблетки, покрытые оболочкой; таблетки, покрытые пленочной оболочкой; раствор для инфузий	0,3	г	1	5
J01XD01 P01AB01	Противопаразитарный препарат с антибактериальной активностью	<i>Метронидазол</i> , раствор для инфузий; таблетки	0,75	мг	750	7500
M01AB05	Нестероидное противовоспалительное средство	<i>Диклофенак</i> , раствор для внутримышечного введения; раствор для инъекций; суппозитории ректальные; таблетки пролонгированного действия, покрытые	0,001	мг	100	1000

		оболочкой; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой				
N06BC01	Психостимулятор и аналептик	<i>Кофеин-бензоат натрия</i> , раствор для подкожного введения; раствор для инъекций	0,2	мг	240	1200
N05BA01	Транквилизатор (анксиолитик)	<i>Диазепам</i> , раствор для внутривенного и внутримышечного введения; раствор для инъекций; таблетки; драже	0,01	мг	15	45
N05CF01	Снотворный препарат	<i>Зопиклон</i> , таблетки; таблетки, покрытые оболочкой	0,001	мг	7,5	37,5
V03AB06	Антидот. Комплексообразующий препарат	<i>Натрия тиосульфат</i> , раствор для внутривенного введения	0,05	мг	3000	9000
N07XX	Препарат, улучшающий метаболизм головного мозга	<i>Инозин + Никотинамид + Рибофлавин + Янтарная кислота</i> , раствор для внутривенного введения; таблетки	0,2	мл	10	30
R06AA02	Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	<i>Дифенгидрамин</i> , раствор для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки	0,1	мг	100	500
R06AC03	Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	<i>Хлоропирамин</i> , раствор для внутримышечного и внутривенного введения; таблетки	0,1	мг	20	100
V07AB	Растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	<i>Вода для инъекций</i> , растворитель для приготовления лекарственных форм для инъекций	1	мл	20	400

Кровь и ее компоненты

Наименование компонента крови	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
Свежезамороженная плазма	0,25	мл	200	600

Перечень изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и т.д.), не входящих в состав и стоимость предоставляемых работ и услуг

Код НВМИ	Название НВМИ	Частота предоставления	Среднее количество
2368	Гель электродный	1	1
6573	Канюля внутривенная, однократного применения	0,01	1
4806	Катетер для анестезиологии и реанимации однократного применения	0,01	2
4208	Катетер для вливания в малые вены (игла-бабочка)	0,01	2
5277	Катетер для внутривенных вливаний	0,01	2
6897	Катетер для внутривенных вливаний однократного применения	0,01	2
6037	Катетер подключичный	0,01	1
4801	Катетер эндобронхиальный и эндотрахеальный полимерный	0,01	1
2806	Клей медицинский	0,01	1
5555	Оксигенатор	0,01	1
6890	Перчатки хирургические однократного применения	0,01	2
1149	Проводник для введения катетера	0,01	1
5176	Система (устройство) для внутривенных вливаний	0,05	10
1244	Системы (устройство) для переливания крови и растворов	0,01	10
1186	Трубка интубационная	0,01	1
1188	Трубка эндотрахеальная	0,01	1
5712	Шланг для ИВЛ	0,01	1
5760	Шприц медицинский инъекционный однократного применения	1	10

5.6.7 Характеристика алгоритмов и особенностей применения лекарственных средств в стационарных условиях

На этапе лечения в стационарных условиях медицинская помощь пациенту оказывается в виде специализированной, в том числе и высокотехнологичной с использованием специальных методов лечения и обследования и обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения.

5.6.8 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

- сроки ограничения - до 30 дней;
- порядок снятия ограничений – выписка при клиническом выздоровлении или выписка из стационара на амбулаторное лечение;
- рекомендации для пациента – диспансерное наблюдение в течение 6-12 месяцев;

Не медикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
A25.09.002	Назначение диетической терапии	1	30
A25.09.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	30

5.6.9 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Виды лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания

Наименование вида лечебного питания	Усредненный показатель частоты предоставления	Количество
Диетическая терапия при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п)	1	30

5.6.10 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

- Постельный режим в течение периода лихорадки;
- Индивидуальные и одноразовые средства по уходу;

5.6.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий (проведение диагностики) к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками энтерального гепатита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего ведению энтеральных гепатитов;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

6. Графическое, схематическое представления клинических рекомендаций (протокола лечения) "Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е) у взрослых"

В данном разделе приводят графики, таблицы и схемы, облегчающие восприятие требований протокола и позволяющие упростить принятие решений специалистами, алгоритмы дифференциальной диагностики, последовательность выполнения медицинских технологий, оптимальные способы выполнения конкретных манипуляций и др.

7. Мониторинг клинических рекомендаций (протокола лечения) "Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е) у взрослых"

Мониторинг клинических рекомендаций (анализ использования, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение изменений и дополнений осуществляет ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России при взаимодействии со всеми заинтересованными организациями. Обновление версии клинических рекомендаций осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в 3 года.

8. Экспертиза клинических рекомендаций (протокола лечения) "Энтеральные гепатиты (гепатит А и гепатит Е) у взрослых"

Экспертизу клинических рекомендаций (протокола лечения) проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

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

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола. По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении В, оформляют окончательную редакцию протокола.

9. Приложения

Приложение А

Примечание: при формировании перечней медицинских услуг указываются:

- в графах "Код" и "Наименование" - медицинские услуги и их коды согласно Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении;

- в графе "Частота предоставления" - частота предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ведению по данной модели пациента: отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления, равная 1, означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 - означает, что медицинская услуга оказывается не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

- в графе "Кратность выполнения" указывается среднее число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют определенные перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

- дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

Примечание:

Примечание: Каждой модели пациента соответствуют перечни групп лекарственных средств двух уровней:

- 1) основной перечень - минимальный набор групп лекарственных средств, применяемых у пациента независимо от особенностей течения заболевания (указывается частота предоставления равная 1);

2) дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень групп лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывается частота предоставления менее 1).

* - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

** - международное непатентованное или химическое наименование лекарственного препарата, а в случаях их отсутствия - торговое наименование лекарственного препарата

*** - средняя суточная доза

**** - средняя курсовая доза

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

Приложение В

Оформление сводной таблицы предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований

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

10. Библиография

1. Федеральный закон от 31.05.2002 N 62-ФЗ (ред. от 12.11.2012 с изменениями, вступившими в силу с 13.11.2012) "О гражданстве Российской Федерации".
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 89-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ, от 02.07.2013 N 167-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 23.07.2013 N 205-ФЗ, от 27.09.2013 N 253-ФЗ).
3. ГОСТ Р 1.0-2004 "Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения".
4. ГОСТ Р 52623.0-2006 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения».
5. Федеральный закон от 27.12.2002 N 184-ФЗ "О техническом регулировании".

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.01.2012 N 69н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях" (Зарегистрировано в Минюсте России 04.04.2012 N 23726).
7. Приказ Минздрава РФ от 10.04.2001 N 113. «О введении в действие отраслевого классификатора "Простые медицинские услуги».
8. "Номенклатура работ и услуг в здравоохранении" (Разделы D, F, Приложение) (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 12.07.2004).
9. Инфекционные болезни /Национальное руководство/ //Под ред. акад. РАЕН Н.Д. Ющука, акад. РАЕН Ю.Я. Венгерова, Москва: Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2010:1047 с.
10. Эсауленко Е.В., Малинникова Е.Ю., Перадзе Х.Д., Яковлев А.А., Михайлов М.И. Спорадические и групповые завозные случаи гепатита Е в Санкт-Петербурге / Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии 2013;1:38-41.
11. Vaughan G, Goncalves Rossi LM, Forbi JC, de Paula VS, Purdy MA, Xia G, Khudyakov YE. Hepatitis A virus: host interactions, molecular epidemiology and evolution. /J. Infect Genet Evol. 2014; 21:227-243
12. Vaughan G1, Xia G, Forbi JC, Purdy MA, Rossi LM, Spradling PR, Khudyakov YE Genetic relatedness among hepatitis A virus strains associated with food-borne outbreak / J. sPLoS One. 2013; 8(11):745 -746.
13. Full-length genome characterization and genetic relatedness analysis of hepatitis A virus outbreak strains associated with acute liver failure among children./J Med Virol. 2014;86(2):202-208.
14. Ajmera V, Xia G, Vaughan G, Forbi JC, Ganova-Raeva LM, Khudyakov Y, Opio CK, Taylor R, Restrepo R, Munoz S, Fontana RJ, Lee WM; Acute Liver Failure Study Group. What factors determine the severity of hepatitis A-related acute liver failure?/ J. Viral Hepat. 2011;18(7):167-174.
15. Fujiwara K, Kojima H, Yasui S, Okitsu K, Yonemitsu Y, Omata M, Yokosuka O. Hepatitis A viral load in relation to severity of the infection./ J. Med Virol. 2011; 83(2): 201-207.
16. Pineda JA, Cifuentes C, Parra M, Merchante N, Pérez-Navarro E, Rivero-Juárez A, Monje P, Rivero A, Macías J, Real LM. Incidence and natural history of hepatitis E virus coinfection among HIV-infected patients./ AIDS. 2014 Aug 24;28(13):1931-1937.
17. Mateos-Lindemann ML1, Diez-Aguilar M, Galdamez AL, Galán JC, Moreno A, Pérez-Gracia MT. Patients infected with HIV are at high-risk for hepatitis E virus infection in Spain/J Med Virol.2014; 86(1):71-74.
18. Mirazo S, Ramos N, Mainardi V, Gerona S, Arbiza J. Transmission, diagnosis, and management of hepatitis E: an update./J. Hepat Med. 2014; 6:45-59.