Клинические рекомендации – Острый гепатит В (ГВ) у взрослых – 2024-2025-2026 (15.10.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: В16

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые Пересмотр не позднее: 2026

ID: 672

По состоянию на 15.10.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского (НАСИБ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспартатаминотрансфераза

ВГВ – вирус гепатита В

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГА – гепатит А

ГВ – гепатит В

ГГТП – гаммаглютамилтранспептидаза

ГС – гепатит С

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИФА – иммуноферментный анализ

КТ – компьютерная томография

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 — международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра

МНН – международное непатентованное название

МНО – международное нормализированное отношение

ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии

ОТ-ПЦР – полимеразная цепная реакция с обратной транскриптазой

ПТИ – протромбиновый индекс

РНК – рибонуклеиновая кислота

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФГДС – фиброгастродуоденоскопия

ЩФ – щелочная фосфатаза

НВсАд – ядерный антиген вируса гепатита В

HBsAg – поверхностный антиген вируса гепатита В

HAV – вирус гепатита А

HEV – вирус гепатита Е

HBV – вирус гепатита В

IgG – иммуноглобулин G IgM – иммуноглобулин M WHO – World Health Organization

Термины и определения

Доказательная медицина — подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов.

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.

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.

Клинические рекомендации — документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций — отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острый гепатит В — острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита В (HBV), с преимущественно парентеральным механизмом передачи, характеризующееся в клинически выраженных случаях симптомами острого поражения печени и интоксикацией (с желтухой и без нее) и протекающее с выраженным полиморфизмом клинических проявлений болезни и исходов от выздоровления до возможности развития хронического гепатита В, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [1, 2, 3, 4].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудителем ВГВ является вирус гепатита В (HBV), относящийся к семейству Нераdnaviridae. Диаметр вириона 42-45 нм. Ядро его состоит из нуклеокапсида, включающего ДНК, фермент ДНК-полимеразу и несколько белков: ядерный антиген (HBcAg), его секретируемая, растворимая часть (HBeAg) и антиген, роль которого до конца еще не ясна (HBxAg). Наружная оболочка представлена поверхностным антигеном (g). В геноме ДНК НВV выделяют несколько ключевых доменов (регуляторных участков ДНК), ответственных за синтез структурных белков и репликацию вируса (ген S, ген C, ген X и др.). Мутации, происходящие в отдельных участках генов, особенно ответственных за preS – pre-S1 и pre C зоны, приводят к образованию новых мутантных штаммов вируса [1, 2, 3, 4].

Наружная липопротеиновая оболочка содержит поверхностный антиген (HBsAg — "австралийский" антиген), который имеет 4 подтипа (adw, adr, ayw, ayr), обладающих антигенными различиями. На поверхности HBsAg имеется рецептор, который служит для прикрепления антигена к рецептору, расположенному на поверхности гепатоцита. Именно этим обеспечивается гепатотропность вируса. Поверхностный антиген (HBsAg) синтезируется в цитоплазме гепатоцитов, часть его используется для сборки вируса, другая часть секретируется в межклеточное пространство и циркулирует в крови. Он является маркером, свидетельствующим об инфицировании человека ВГВ [1, 2, 3, 4].

Капсид (внутренняя оболочка вируса), представлен HBcAg, который окружает вирусную ДНК, взаимодействуя с ней. В ядрах гепатоцитов HBcAg локализуется в свободной форме [1, 2, 3, 4].

В состав HBcAg входит HBeAg. В сыворотке крови выявляют свободный HBeAg, отражающий степень вирусной репликации. Кровь такого больного особенно заразна [1, 2, 3, 4].

HBV обладает мутационной изменчивостью, с чем могут быть связаны некоторые случаи ациклического течения заболевания. Кроме "дикого" варианта, существуют мутантные, при котором сохраняется продукция HBsAg, но не определяются антитела к HBcAg и HBcAg [1, 2, 3, 4].

Применяемые вакцины для профилактики вирусного гепатита B защищают человека от заражения различными генотипами и Pre Core мутантом вируса гепатита B [1, 2, 3, 4].

НВV отличается исключительно высокой устойчивостью в окружающей среде. При 100 °C погибает через 30 мин, в холодильнике сохраняется до 1 года, в замороженном состоянии − 20 лет, в сухой плазме − 25 лет. Раствор 1-2% хлорамина инактивирует вирус через 2 ч, а 1,5% раствор формалина − через 7 суток. При автоклавировании при 120 °C вирус гибнет через 45 мин, стерилизации сухим жаром при 180 °C − через 60 мин [1, 2, 3, 4, 19, 25, 27, 30, 31, 33, 34, 37, 65].

 Γ енотипы — это варианты вируса, которые отличаются друг от друга структурой генома не менее, чем на 8% [1, 2, 3, 4]. Филогенетический анализ с использованием последовательностей цепей геномов позволил выделить десять генетических групп, обозначенных латинскими буквами от A до J, имеющих географическое распределение.

Генотипы разделяются на субтипы, имеющие более 4, но менее 8% различий в геноме вируса. Генотипы E, G, H, I, J субгенотипов не имеют. Различия между генотипами имеют клиническую значимость и оказывают влияние на эффективность проводимой терапии [19, 25, 27, 30, 31, 33, 34, 37].

В геноме вируса гепатита В есть участки, в которых могут происходить мутации. Влияние мутаций на течение заболевания и эффективность терапии различна и зависит от области генома, в которой произошли изменения. Pre-S 1 и pre-S 2 — повышают риск развития гепатоцеллюлярной карциномы, влияют на скорость сероконверсии по HBsAg, наиболее характерно при скрытом гепатите В. S мутации способствуют переходу заболевания в хроническую форму и развитию гепатоцеллюлярной карциномы. X мутации способствуют развитию гепатоцеллюлярной

карциномы. Pre-core и core мутации приводят к более тяжелому течению заболевания, развитию цирротических изменений в печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Р мутации ответственны за развитие резистентности к аналогам нуклеозидов [19, 25, 27, 30, 31, 33, 34, 37].

Проникновение ВГВ в гепатоцит человека считается начальным шагом вирусной инфекции. Далее вирус транспортируется к ядру, где расположена ковалентно непрерывная кольцевая ДНК как репликация матрицы ВГВ [19, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 37].

После проникновения ВГВ в клетку его ДНК интегрируется в клеточную ДНК человека, что приводит к вторичным генетическим изменениям в геноме хозяина, включая делецию, перемещение и геномную неустойчивость. Выявлено, что потеря хромосомной целостности в ГЦК обусловлена делецией в некоторых хромосомах. ОРС S (2854 – 835 пар нуклеотид) кодирует три различных гена: pre-S1, pre-S2, и область S. Pre-S область играет существенную роль при присоединении вируса к рецепторам гепатоцитов и содержит несколько антигенных детерминант, нацеленных на клетки Т и В. Домен S также важен в создании HBsAg. Существуют три формы поверхностных белков ВГВ различных размеров (S, M и L). Три типа HBsAg разделяют общую область, состоящую из главной антигенной петли (аминокислоты 124-147), которую называют "а" детерминантной областью. Данная детерминантная область – главный эпитоп, способный вызвать защитную иммунную реакцию. Она расположена в главной гидрофильной область формирует структуру с двумя петлями. Мутации и изменения в гене S были выявлены во многих странах. Хотя эти мутации происходят естественно, они также могут быть установлены во время терапии иммуноглобулином или в результате иммунного ответа на вакцину.

Острая инфекция, вызванная ВГВ генотипами A и D, приводит к более высокой частоте хронизации, чем генотипами B и C. У пациентов с генотипами C и D низкие показатели спонтанной сероконверсии (НВеАд в анти-НВе) [25, 27, 30, 31, 33, 34, 37].

ВГВ генотип С чаще мутирует в основном промоторе гена С (ВСР) А1762Т/G1764А и демонстрирует более высокую вирусную нагрузку, чем генотип В. Аналогичным образом ВГВ генотип D более высокую мутации в области (ВСР) А1762Т/G1764А, чем генотип А. Наблюдения позволяют предположить важные различия в патогенезе инфекций, вызванных разными генотипами ВГВ [19, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 35, 38].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОГВ является антропонозом. Источниками инфекции являются больные с различными формами данного заболевания. Вирус у инфицированных содержится в крови, сперме, вагинальном секрете. Механизм инфицирования — гемоконтактный (парентеральный). Пути инфицирования: естественные (половой, бытовой, перинатальный) и искусственные, связанные с парентеральными вмешательствами. Восприимчивость к ВГВ — всеобщая, обусловленная наличием специфических рецепторов к HBsAg на гепатоцитах [1, 2, 3, 5, 6, 13, 14, 18, 21, 26].

Ведущее эпидемиологическое значение при парентеральных гепатитах имеют искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении немедицинских и медицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, а также манипуляций, связанных с риском их повреждения. Инфицирование вирусами парентеральных гепатитов при немедицинских манипуляциях, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, происходит при инъекционном введении наркотических средств (наибольший риск 80-100%), нанесении татуировок, пирсинге, ритуальных обрядах, проведении косметических, маникюрных, педикюрных и других процедур с использованием контаминированных инструментов [1, 2, 3, 5, 6, 13, 14, 18, 21, 26, 65].

При медицинских манипуляциях инфицирование ВГВ возможно при переливании крови или ее компонентов, пересадке органов или тканей и процедуре гемодиализа (высокий риск), через

медицинский инструментарий для парентеральных вмешательств, лабораторный инструментарий и другие изделия медицинского назначения, контаминированные ВГВ. Инфицирование возможно в ходе эндоскопических исследований и других диагностических и лечебных процедур, которые могут привести к повреждению кожи или слизистых оболочек. Инфицирование парентеральными гепатитами может осуществляться при контакте слизистой оболочки или раневой поверхности с кровью (ее компонентами) и другими биологическими жидкостями, содержащими ВГВ, а также при передаче вируса от инфицированной матери новорожденному ребенку половым путем. ГВ все чаще фигурирует как заболевание, передающееся половым путем. Хорошо известна передача ВГВ от инфицированной матери плоду (вертикальный, трансплацентарный пути передачи). Риск развития ГВ у плода зависит от срока беременности и составляет в I и II триместре беременности 3-6%, в III триместре беременности — приближается к 100%, особенно если у беременной имеются HbsAg(+) и HbeAg(+).

В семейных парах происходит интенсивное инфицирование партнеров, риск составляет 17-50% в зависимости от наличия HbsAg или HbeAg [1, 2, 3, 5, 6, 13, 14, 18, 21, 26, 65].

В результате реализации программы массовой иммунизации населения Российской Федерации против гепатита В в настоящее время (сведения на 31.12.2024 года) регистрируются единичные случаи ОГВ.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- В16 Острый гепатит В
- В16.0 Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) и печеночной комой
- В16.1 Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) без печеночной комы
- В16.2 Острый гепатит В без дельта-агента с печеночной комой
- В16.9 Острый гепатит В без дельта-агента и без печеночной комы

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- По типу:
- 1. Типичная (манифестная (желтушная))
- 2. Атипичная:
- 2.1. Безжелтушная;
- 2.2. Стертая;
- 2.3. Субклиническая (латентная);
- 2.4. Бессимптомная (инаппарантная).
- По тяжести:
- 1. Легкая;
- 2. Средней тяжести;
- 3. Тяжелая;
- 4. Фульминантная (молниеносная).
- По длительности течения:
- 1. Острое циклическое (длительность болезни до 3 месяцев);
- 2. Затяжное прогредиентное (длительность болезни до 6 месяцев);
- По характеру:
- 1. Гладкое

2. Негладкое:

- с осложнениями
- с наслоением вторичной инфекции
- с обострением хронических заболеваний

Критериями формы тяжести являются степень выраженности синдромов интоксикации, желтухи и синтетической функции печени – Приложение $\Gamma 1$ [1, 2, 3, 4].

Факторы, наличие которых увеличивает риск развития печеночной недостаточности [1, 2, 3, 4, 20, 26, 42, 43]:

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

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Длительность инкубационного периода составляет от 1-4 до 6 месяцев, в среднем – 80 дней. Манифестные формы ГВ протекают циклически, с различной степенью тяжести: легкая, средняя и тяжелая [3, 4].

Преджелтушный период длится 8-12 дней и более. Болезнь начинается постепенно.

Характерны астеновегетативный (слабость, утомляемость, разбитость) и диспепсический (снижение аппетита, тошнота, иногда рвота, горечь во рту, тяжесть и тупые боли в правом подреберье) синдромы. Часты головная боль, нарушение сна. Примерно у 20-30% больных наблюдают боли в крупных суставах, уртикарную сыпь, реже кожный зуд. В конце преджелтушного периода увеличивается печень (иногда селезенка), появляются темная моча и ахоличный кал. При лабораторном обследовании в моче обнаруживают уробилиноген, иногда желчные пигменты. В крови повышается активность АЛТ и АСТ, обнаруживается специфические маркеры HBV-инфекции (HBsAg, HBeAg, анти-HBcIgM).

Преджелтушный период может отсутствовать, тогда потемнение мочи и желтушность склер служат первыми симптомами болезни [3, 4].

Желтушный период. С появлением желтухи самочувствие больных не улучшается: нарастает слабость, снижается аппетит вплоть до анорексии, тошнота, сухость и горечь во рту, нередко – головная боль и головокружение, прекращаются артралгии. В желтушном периоде еще более увеличивается печень. Постепенно нарастает желтуха, достигая максимума на 2-3 неделе. Моча становится темной, кал на высоте желтухи становится ахоличным. Продолжительность желтушного периода варьирует от нескольких дней до нескольких недель, чаще составляет 2-6 недель.

Повышение активности АЛТ в 30-50 раз регистрируют в течение всего желтушного периода. Белково-синтетическая функция печени при ВГВ нарушается при тяжелом течении болезни (снижение содержания альбумина, протромбинового индекса). Показатель тимоловой пробы, как правило, в пределах нормы. В периферической крови обнаруживают тенденцию к лейкопении и лимфоцитозу, СОЭ снижается или в норме.

Фаза угасания желтухи характеризуется постепенным улучшением состояния больного и восстановлением показателей функциональных печеночных тестов. Однако, у ряда больных развиваются обострения [3, 4].

Период реконвалесценции может продолжаться до 6 месяцев. Клиникобиохимические изменения исчезают медленно: содержание билирубина в сыворотке нормализуется в течение 2-4

недель; повышенная активность ферментов сохраняется от 1 до 3 мес. У ряда больных можно наблюдать волнообразный характер гиперферментемии в период реконвалесценции. Рецидив заболевания с клинико-ферментативным обострением и гипербилирубинемией требует исключения HDV-инфекции [3, 4].

Клинические варианты ВГВ:

- Желтушный;
- Холестатический;
- Безжелтушный;
- Стертый;
- Инаппарантный (субклинический).

По данным эпидемиологичских исследований, безжелтушный вариант встречается в 20-40 раз чаще желтушного.

Стертая и безжелтушная формы ВГВ обычно выявляются в ходе эпидемиологического и лабораторного обследования.

Безжелтушная форма ВГВ характеризуются полным отсутствием клинических признаков желтухи при положительных энзимных тестах и слабовыраженных общих проявлениях заболевания, включая увеличение печени, субъективные признаки нарушений ее функций.

Субклиническая форма BГВ устанавливается при полном отсутствии клинических проявлений болезни, в том числе гепатомегалии, выявлении специфических маркеров BГВ в сочетании с повышенным содержанием трансаминаз, прежде всего АЛТ.

Инаппарантная форма устанавливается путем выявления только специфических маркеров ВГВ при полном отсутствии клинических и биохимических признаков гепатита.

Острая форма ГВ с холестатическим синдромом характеризуется развитием стойкого синдрома внутрипеченочного холестаза при слабой выраженности синдрома цитолиза. При этом интоксикация незначительная, ведущим клиническим проявлением становится интенсивная желтуха с упорным мучительным зудом кожи со следами расчесов на теле. Печень значительно увеличена, плотная. Кал ахоличный, моча темная в течение длительного времени. В сыворотке крови — высокая билирубинемия, повышенное содержание холестерина и активности ЩФ, ГГТП, а уровень АЛТ относительно невысок (3-5 норм). Желтушный период может затягиваться до 2-4 мес., полная нормализация биохимических сдвигов происходит еще позже.

При затяжных формах OBB (15-20%) клинико-биохимические проявления разгара заболевания и особенно периода обратного его развития длительные — от 3 до 6 мес. Критериями затяжного течения ΓB являются — стабильно высокая концентрация в крови ДНК HBV более 3 нед., HBeAg более 1 мес., HBsAg более 3 мес., анти-HBcIgM все это характеризует прогредиентное течение ΓB , а соответственно, более 5 нед., 2 и 6 мес. прогнозирует вероятность хронизации [3, 4].

У взрослых в 1/3 случаев имеют место желтушные формы ОГВ, риск хронизации 610%. ОГВ у пожилых может протекать в тяжелой форме, длительно и с холестазом. Наблюдается значительная диспротеинемия, высокий уровень в крови билирубина, холестерина и щелочной фосфатазы. Тяжесть клинического течения заболевания зависит от наличия коморбидности.

Осложнения ОГВ — острая печеночная недостаточность (ОПН в 0,8-1% случаев), массивный геморрагический синдром, обострения и рецидивы болезни (в 1-1,5% случаев), поражение желчных путей, вторичная бактериальная инфекция (пневмония, холангит, холецистит и др.) [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 24, 26].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза

Диагностика острого вирусного гепатита B осуществляется на основании патогмоничных данных [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41]:

- 1) анамнестических данных: парентеральные вмешательства, половые контакты, контакт с носителями HBsAg;
- 2) жалоб и данных физикального анамнеза: наличия преджелтушного периода в виде общего недомогания, диспепсических проявлений, артралгии, ухудшения самочувствия на фоне появившейся желтухи; желтушного окрашивания кожи и слизистых, потемнения мочи, обесцвечивания кала, увеличения размеров печени;
- 3) лабораторных исследований: выделение из клинического материала антигенов и антител вируса гепатита В, повышение общего и прямого билирубина, АлАТ, АсАТ;
- 4) инструментального обследования: гепатомегалия без изменения структуры печени, возможна спленомегалия.

2.1. Жалобы и анамнез

- Рекомендуется обратить внимание на различные парентеральные вмешательства и манипуляции, включая внутривенное введение психоактивных препаратов, переливание крови или ее компонентов, операции, нанесение татуировок, пирсинг и т.д.; случайные половые контакты или частая смена половых партнеров, тесный контакт с носителями HBsAg, в течение последних 6 месяцев до появления симптомов заболевания всем пациентам с подозрением на ОГВ с целью выявления источника и факторов передачи инфекции [2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется обратить внимание на совместное проживание с инфицированным ГВ и сексуальные отношения с человеком, имеющим острую и хроническую ВГВ-инфекцию всем пациентам с подозрением на ОГВ с целью выявления источника и факторов передачи инфекции [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется обратить внимание на возможный длительный преджелтушный период, общее недомогание, повышение температуры, утомляемость, анорексию, тошноту, рвоту, артралгии, экзантему типа крапивницы, ухудшение самочувствия на фоне появившейся желтухи и/или потемнение мочи, обесцвечивание кала, увеличением размеров печени пациентам с подозрением на острый вирусный гепатит для своевременной диагностики НВV-инфекции [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ начать с общего осмотра с выявлением желтушного окрашивания кожи и слизистых оболочек для диагностики формы заболевания [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ проведение пальпации живота с

определением размеров (увеличение или уменьшение) и консистенции печени и селезенки для диагностики гепатолиенального синдрома [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ определение признаков декомпенсации функции печени (энцефалопатия, периферические отеки, геморрагический синдром) для своевременной диагностики осложненного течения заболевания [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется всем пациентам с наличием признаков острой печеночной недостаточности оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар для своевременного перевода и дальнейшего оказания специализированной помощи в условиях ОРИТ [1, 2, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

Комментарии: проводится у пациентов с признаками печеночной комы. Критерии оценки степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго представлены в Приложении Г2.

- Рекомендован перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) пациентам с тяжелым течением ГА и развитием печеночной комы при наличии неотложных состояний для проведения интенсивной терапии [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендован перевод из ОРИТ в инфекционное отделение пациентов с ОГВ с печеночной комой при улучшении сознания по шкале Глазго для дальнейшего лечения [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.3. Лабораторные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза

2.3.1. Неспецифическая лабораторная диагностика

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ выполнение общего (клинического) анализа крови с дифференцированным подсчетом лейкоцитов (лейкоцитарная формула) для своевременного выявления осложнений и неотложных состояний и комплексной оценки степени тяжести заболевания [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: при неосложненном течении ГВ характерны лимфоцитоз, лейкопения, нейтропения, анемия возникает редко. При фульминантной или осложненных формах наблюдается лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения, замедление СОЭ.

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления признаков нарушения пигментного обмена и сопутствующей бактериальной инфекции мочевыводящих путей [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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

- Рекомендуется выполнение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня общего билирубина в крови, уровня свободного и связанного билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазыи определение аспартатаминотрансферазы (АлАТ, AcAT) В крови, определение глютамилтрансферазы (ГГТП) в крови, определение активности щелочной фосфатазы (ЩФ) в крови всем пациентам с подозрением на ОГВ для определения выраженности экскреторнобилиарного синдрома, активности цитолитического синдрома и оценки степени тяжести заболевания [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41]

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: выполняется для оценки базового уровня показателей, характерно увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП.

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на острый вирусный гепатит В для выявления снижения белково-синтетической функции печени выполнение исследования уровня общего белка в крови, уровня альбумина в крови, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарии: характерна диспротеинемия при осложненном течении.

- Рекомендовано исследование уровня общего белка в крови, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови пациентам с ОГВ, осложненным печеночной комой не позднее трех часов от момента поступления в стационар для базовой оценки показателей [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при тяжелом течении с развитием печеночной недостаточности возможно развитие гипоальбуминемии, диспротеинемии, нарушение электролитного состава крови.

- Рекомендуется пациентам с ОГВ с признаками геморрагического синдрома коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза): исследование времени свертывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы не активированное, исследование времени кровотечения, определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, тромбинового времени в крови, и определение международного нормализованного отношения (МНО) для оказания своевременной помощи [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 36, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: выполняется при наличии геморрагического синдрома. Выявляется снижение фибриногена и факторов свертывания: II, V, VII, VIII, IX, X, снижение протромбинового времени, удлинение периода свертывания крови, снижение ПТИ [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 39, 41].

2.3.2. Специфическая лабораторная диагностика

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ определение антигенов и антител методом иммуноферментного анализа (ИФА): определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антигена (HbeAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) и определение ДНК вируса гепатита В (Нераtitis B virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование для подтверждения этиологического фактора заболевания, как критерия установления диагноза [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 25, 27, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Самым достоверным специфическим маркером ОГВ являются анти-HBcIgM, которые появляются в конце инкубационного периода и сохраняются в течение всего периода клинических проявлений. Через 4-6 мес от начала заболевания анти-HBcIgM исчезают и появляются анти-HBcIgG (они сохраняются пожизненно). У вирусоносителей HBV анти-HBcIgM в крови отсутствуют.

В инкубационном периоде ВГВ одновременно с HBsAg в сыворотке крови циркулирует HBeантиген — маркер активной репликации вируса, он выявляется еще до синдрома цитолиза. HBeAg исчезает из крови еще в периоде желтухи и появляются анти-HBe. Наличие HBeAg всегда отражает продолжающуюся репликативную фазу острой HBV-инфекции. Если он обнаруживается более 2-3 мес, то это свидетельствует о возможности хронизации процесса. Индикация HBeAg и анти-HBe имеет не столько диагностическое, сколько эпидемиологическое и прогностическое значение.

При заражении мутантным типом HBV наблюдается высокая частота развития тяжелой и фульминантной форм гепатита. Рекомендуется определение ДНК ВГВ в плазме крови методом ПЦР, качественное и количественное исследование пациентов с подозрением на ОГВ как критерий ранней диагностики и установления уровня вирусной нагрузки [1, 2, 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 24, 26, 39, 41].

- Рекомендовано проведение ИФА для определения суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, антител класса М (anti-HAV IgM) к ВГА, в сыворотке крови всем пациентам с подозрением на острый гепатит с целью дифференциальной диагностики ОВГ и определения микст-инфицирования [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 25, 27, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендовано пациентам с печеночной комой не позднее 24 часов от момента поступления в стационар определение ДНК вируса гепатита В (Нераtitis В virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита С (Нераtitis С virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита С (Нераtitis С virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита D (Нераtitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита А (Нераtitis A virus) в крови методом ПЦР; определение методом ИФА в крови антигена (Нь Ад) вируса гепатита В (Нераtitis В virus); антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Нераtitis В virus); антител класса С к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Нераtitis В virus) в крови; антигена (Нь Ад) вируса гепатита В (Нераtitis В virus), определение суммарных антител классов М и С (anti-HCV IgC и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Нераtitis С virus) в крови; антител класса М (anti-HAV IgM) к вирусу гепатита А [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 25, 27, 31, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется определение основных групп по системе AB0, определение антигена D системы Резус (резус-фактор) пациентам с тяжелым и осложненным течением заболевания для возможного оказания неотложной помощи [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарии: проводится у пациентов с тяжелыми и фульминантными формами.

- Рекомендовано пациентам с печеночной комой проведение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы и определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, коагулограмма (ориентировочное исследование системы

гемостаза) и определение основных групп по системе AB0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор) выполнить не позднее 3 часов от момента поступления в стационар для оказания своевременной помощи [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

- Рекомендуется динамический контроль показателей общего (клинического) анализа крови с определением лейкоцитарной формулы для всех пациентов с острым вирусным гепатитом В с целью выявления осложнений и сопутствующей патологии [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 24, 26, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5) Комментарии: при наличии клинических показаний.

- Рекомендуется динамический контроль показателей биохимического анализа крови: общий билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин, мочевина, креатинин, общий белок, определение соотношения белковых фракций, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) всем пациентам с острым гепатитом В с целью своевременного выявления тяжелого и осложненного течения заболевания [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 21, 24, 26, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: выполняется с периодичностью в 7-10 дней. При наличии клинических показаний – частота выполнения биохимического анализа крови на усмотрение лечащего врача.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам с острым вирусным гепатитом В выполнение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства для диагностики увеличения и изменения структуры печени, увеличения селезенки, исключения сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 19, 21, 24, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: характерна гепатомегалия без изменения структуры печени, возможна спленомегалия [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 19, 26, 39, 41].

- Рекомендуется компьютерная или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости пациентам с неясными очаговыми изменениями в печени и селезенке или неопределенными, противоречивыми данными, полученными при УЗИ органов брюшной полости с целью выявления сопутствующей патологии [1, 2, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) у пациентов с любыми отклонениями в работе сердечно-сосудистой системы (сердечного ритма, изменением границ и тонов сердца, выявлением шума) с целью предотвращения развития декомпенсации сопутствующей патологии [1, 2, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: для больных с желтушной формой ГВ в остром периоде характерным является склонность к брадикардии, а при ухудшении состояния, нарастании интоксикации и риске развития прекомы, прогностически неблагоприятными признаками являются изменение ритмов сердца, появление тахикардии, приглушение тонов сердца.

- Рекомендуется выполнение эзофагогастродуоденоскопии пациентам с болями в животе, рвотой "кофейной гущей" для выявления остро возникшей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 19, 24, 39, 41].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: выполняется для уточнения характера повреждения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 26, 39, 41].

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется пациентам с тяжелым и осложненным течением острого вирусного гепатита В и имеющим сопутствующую патологию при наличии неотложных состояний консультация врача анестезиолога-реаниматолога не позднее 30 минут от момента поступления в стационар для определения показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) [1, 2, 3, 4, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-хирурга пациентов с острым вирусным гепатитом В при наличии интенсивных болей в животе, гипотонии, геморрагическом синдроме с целью выявления и своевременного лечения патологии со стороны желудочно-кишечного тракта [1, 2, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-невролога при развитии энцефалопатии у пациентов с осложнением в виде острой печеночной недостаточности для оказания специализированной помощи [1, 2, 3, 4, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется всем пациентам с подозрением на ОГВ проведение дифференциальной диагностики с другими острыми вирусными гепатитами, а также проведение дифференциальной диагностики ОГВ и других заболеваний, протекающих с синдромом желтухи [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19, 24, 26, 39, 41]. Подходы к дифференциальной диагностике острых вирусных гепатитов у взрослых представлены в Приложении АЗ.

Уровень убедительности рекомендаций ^С (уровень достоверности доказательств − 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Принципы лечения больных с ГВ предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием:
- 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;
- клиническая форма болезни;
- период болезни;
- ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учетом признаков

иммунодефицита (хронический алкоголизм, истощение, тяжелая сопутствующая патология, пожилой возраст);

- тяжесть заболевания;
- возраст больного;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.
- Рекомендуется госпитализация в инфекционное отделение больных и подозрительных на заболевание ГВ с целью оказания квалифицированной помощи [1, 2, 3, 4, 7, 9, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

3.1. Консервативное лечение

3.1.1. Этиотропная (противовирусная) терапия

- Рекомендуется пациентам с тяжелым и фульминантным течением заболевания с диагнозом ОГВ проведение этиотропной терапии Нуклеозидами и нуклеотидами — ингибиторами обратной транскриптазы с целью предотвращения развития осложнений и хронизации заболевания. [13, 22, 23, 33, 36, 37, 49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств -3).

Комментарии: Этиотропная терапия проводится препаратами, зарегистрированными в Российской Федерации. #Энтекавир** назначается по 0,5 мг 1 раз в сутки [23] или #Тенофовир** назначается в дозе 300 мг 1 раз в сутки. [56]. Терапия проводится до сероконверсии по HBsAg и снижения вирусологической нагрузки до неопределяемого уровня. Консолидирующая терапия проводится от 3 до 6 месяцев, далее поддерживающая терапия в течение 12 месяцев.

3.1.2. Патогенетическая и симптоматическая терапия

- Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания с целью восстановления нарушенных функций печени и профилактики осложнений [4, 15, 16, 17, 22, 33, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств -4).

Комментарии: Базисная терапия включает в себя щадящий режим и диету. Из рациона исключают жареные, копченые, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (свинина, баранина). Категорически запрещается алкоголь в любых видах. "Организация диетического лечебного питания пациентов с острым гепатитом В при стационарном лечении в медицинских организациях проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебнопрофилактических учреждениях Российской Федерации", от 21 июня 2013 г. N 395н "Об утверждении норм лечебного питания" и от 23 сентября 2020 г. N 1008н "Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием".

- Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии пациентам с ОГВ по клиническим показаниям с учетом степени тяжести заболевания для купирования синдрома интоксикации [4, 15, 16, 17, 22, 33, 36].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: объем дезинтоксикационной терапии зависит от степени тяжести заболевания 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 — инфузионная терапия: 800-1200 мл 5% раствора декстрозы** внутривенно капельно. У пациентов с увеличенным уровнем глюкозы в крови рекомендовано введение натрия хлорида раствора сложного [Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид]**, раствора калия хлорида + натрия ацетата + натрия хлорида**, раствора натрия ацетата + натрия хлорида, раствора калия хлорида + натрия гидрокарбоната + натрия хлорида, 0,9% раствора натрия хлорида** в суточной дозе — 5-20 мл/кг, при необходимости может быть увеличена до 30-50 мл/кг. Длительность курса — 5 дней.

Тяжелая степень тяжести — усиление дезинтоксикационной терапии и терапии, направленной на восстановление и поддержание объема циркулирующей крови при возникновении его дефицита. Осуществляется путем введения кристаллоидных и коллоидных растворов: декстрана**, 20% раствора альбумина** [56]

При наличии глубоких изменений в коагулограмме, развитии выраженного геморрагического синдрома, кровотечений различной локализации показана трансфузия свежезамороженной плазмы крови [56].

- Рекомендуется назначение глюкокортикоидов пациентам с любыми проявления фульминантной формы ГВ (прекома, кома, признаки массивного некроза печени), с тяжелыми формами гепатита с признаками острой печеночной недостаточности, а также тяжелыми формами без признаков печеночной прекомы – комы, но с выраженными проявлениями интоксикации и их прогрессированием, несмотря на проводимую активную инфузионную терапию с целью подавления иммунопатологических, воспалительных реакций и предотвращения отека – набухания головного мозга [15, 16, 17, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Абсолютных противопоказаний для назначения глюкокортикоидов нет. Относительные противопоказания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет, психические заболевания, бактериальная инфекция и некоторые другие. При назначении данных препаратов пациентам с относительными противопоказаниями проводится дополнительное лечение, направленное на предупреждение или купирование их побочного действия. Препаратом выбора являются: преднизолон**. При остром гепатите преднизолон** вводят по 75-100 мг в сутки в/в капельно в течение 7-10 дней [15, 16, 17, 37].

- Рекомендовано пациентам с ОГВ с печеночной комой при поступлении, проведение инфузионно-трансфузионной терапии и терапии лекарственными препаратами группы глюкокортикоидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний) [3, 4, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проведение экстракорпоральной детоксикации (плазмоферез, с частичным плазмообменом, гемосорбция, гемодиализ, гемотрансфузия) пациентам с тяжелыми формами ГВ в случае неэффективности проведенной дезинтоксикационной терапии с включением глюкокортикоидов для выведения токсических продуктов из организма путем их извлечения непосредственно из крови [3, 8, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется лечение согласно соответствующему протоколу в условиях ОРИТ пациентам с острой печеночной недостаточностью для возможности оказания своевременной интенсивной терапии и неотложной помощи [3, 15, 16, 17, 36, 45].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

Комментарии: интенсивная терапия проводится на фоне ранее проводимых терапевтических мероприятий и должна быть своевременной. В коматозном состоянии для улучшения легочной вентиляции рекомендовано использование аппарата искусственного дыхания.

- Рекомендуется использование гемостатических средств пациентам с наличием геморрагического синдрома для коррекции гемостаза [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37, 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: рекомендуется внутривенное капельное введение ингибиторов фибринолиза (300 мл 5% #аминокапроновой кислоты** внутривенно капельно в течение суток при продолжающемся геморрагическом синдроме), свежезамороженной плазмы (300-400 мл), [52, 57, 58, 59].

- Рекомендовано назначение аминокислот и их производных и прочих препаратов для лечения заболеваний печени пациентам, в независимости от формы тяжести для улучшения тканевого обмена, стабилизации клеточных мембран [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: адеметионин** – рекомендуемая доза составляет 5-12 мг/кг/сут внутривенно или внутримышечно. При необходимости поддерживающей терапии рекомендуется продолжить прием препарата в виде таблеток в дозе 800-1600 мг/сутки на протяжении 2-4 недель;

глицирризиновая кислота + фосфолипиды — лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 2500 мг, предварительно растворив в 10 млводы для инъекций** в/в струйно медленно 2 раза в день в течение 10 дней, затем переходят на пероральный прием по 1-2 капсулы 3 раза в сутки внутрь во время еды, инозин 0,6-0,8 г 3-4 раза в сутки. Длительность курса пероральных препаратов с гепатопротекторным и антиоксидантным действием 3-4 недели и до 6 месяцев [46].

- Рекомендуется назначение папаверина и его производных пациентам с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, обусловленные спазмами гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и при развитии холестаза для улучшения оттока желчи. [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

Комментарии: использование дротаверина** -40-80 мг 1-2 раза в сутки, папаверина 40 мг 2-3 раза в сутки [46].

- Рекомендуется назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты** в комбинации с парентеральным введением адеметионина** пациентам с продолжительной гипербилирубинемией, симптомами холестаза с целью купирования синдрома холестаза и гепатопротективной целью [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 37, 45, 60, 61, 62].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: препараты #урсодезоксихолевой кислоты** назначаются по 500-1000 мг/сутки (на ночь) внутрь; адеметионин** в первые две недели вводится в/в струйно в дозе 400-800 мг ежедневно с последующим переходом на пероральный прием дозе 800-1600 мг/сутки (2-4 таблетки) на протяжении 2-4 недель. Длительность курса урсодезоксихолевой кислоты** при выраженном холестатическом компоненте может достигать 2-3 мес. [4, 45, 46, 60, 61, 62].

- Рекомендуется назначение витаминов пациентам, в независимости от формы и степени тяжести заболевания для обеспечения суточной потребности [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: потребность в витаминах должна обеспечиваться как за счет натуральных пищевых продуктов, так и дополнительного назначения поливитаминов. Для парентерального введения могут использоваться аскорбиновая кислота**, и ее производные. Использование перорально ретинола** и альфа-токоферола ацетата возможно лишь при отсутствии синдрома холестаза [46].

- Рекомендуется всем больным ГВ проведение терапии, направленной на нормализацию

функции ЖКТ (профилактику запоров, борьбу с дисфункцией) для ежедневного опорожнения кишечника с целью выведения токсических веществ [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: в зависимости от клинической симптоматики используются как препараты, стимулирующие моторику ЖКТ — слабительные препараты (лактулоза** — начальная суточная доза 15-45 мл, поддерживающая суточная дозировка 15-30мл), стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта (домперидон 10 мг 2-3 раза в сутки внутрь, метоклопрамид** 10 мг 1-4 раза в сутки внутрь), так и кишечные адсорбенты (активированный уголь 1-2 г — 3 или 4 р./сут., смектит диоктаэдрический** по 1 пакетику 3 раза в сутки, растворяя его содержимое в 1/2 стакана воды, кремния диоксид коллоидный — средняя суточная доза у взрослых 0,1-0,2 г на 1 кг массы тела (6-12 г), принимается 3-4 р./сут., растворить в ¼-1/2 стакана воды). Длительность курса 3-5 дней. При лечении больных с ВГВ необходимо следить за ежедневным опорожнением кишечника, доза лактулозы** и других слабительных должна подбираться индивидуально таким образом, чтобы стул был ежедневно, оформленный или кашицеобразный [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37, 46].

- Рекомендуется пациентам с наличием симптомов поражения поджелудочной железы назначение ферментных препаратов в качестве заместительной терапии [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств -4).

Комментарии: панкреатин** 25 Ед. по 2-4 таблетки внутрь 3 раза в сутки во время еды, длительность курса 10-15 дней. Максимальная суточная доза — 16 таблеток [46].

- Рекомендуется антибактериальная терапия пациентам с присоединением инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний (холецистит, холангит, пневмония и др.) для санации очагов бактериальной инфекции [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при выраженном холестатическом синдроме и длительной гипербилирубинемии всегда имеют место поражения желчевыводящих путей (холангита, холецистита, перехолецистита), требующие антибактериальной терапии системного действия: другие бета-лактамные антибактериальные препараты цефалоспорины (цефазолин** или цефтриаксон** в дозе 1000 мг 2 раза в сутки внутримышечно или внутривенно), фторхинолоны (ципрофлоксацин** или левофлоксацин** в дозе по 500 мг 2 раза в сутки внутрь), метронидазол** при лечении анаэробных инфекций таблетки по 500 мг 3 раза в сутки. Длительность лечения составляет до 7 дней. [1, 4, 45, 46, 58, 63, 64].

- Рекомендуется применение ибупрофена** — таблетки по 200 мг 3-4 раза в сутки. Для достижения более быстрого терапевтического эффекта у взрослых разовая доза может быть увеличена до 400 мг 3 раза в сутки при наличии у пациентов проявлений лихорадочного синдрома с целью его купирования [1, 2, 3, 4, 15, 16, 17, 36, 37, 45, 46].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: максимальная суточная доза препарата при наличии лихорадочного синдрома для взрослых составляет 1200 мг.

3.2. Хирургическое лечение

- Рекомендовано проведение трансплантации печени пациентам с фульминантным течением острого вирусного гепатита В для повышения их выживаемости. [1, 2, 3, 4, 30, 44].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется включить в план реабилитационных мероприятий на всем протяжении специального лечения оказание социально-психологическую поддержку [1, 2, 3, 21, 26, 45, 47].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется начинать реабилитационные мероприятия уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции всем пациентам с ОГВ для профилактики развития осложнений [1, 2, 3, 21, 26, 45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия всем пациентам с ОГВ для профилактики развития осложнений [1, 2, 3, 21, 26, 45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации всем пациентам с ОГВ для комплексного оказания реабилитационной помощи [1, 2, 3, 21, 26, 45].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

- Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям пациента всем с ОГВ для достижения полного его выздоровления [1, 2, 3, 21, 26, 45].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств − 5)

Комментарии: Важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия

- Рекомендуется всем пациентам с ОГВ постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий для достижения выздоровления пациента [1, 2, 3, 21, 26, 45].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций, переболевших (косвенными и прямыми методами).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика ГВ должна быть комплексной, только сочетание методов неспецифической и специфической профилактики обеспечивают снижение заболеваемости [1, 2, 3, 4, 28, 29, 65].

5.1. Специфическая профилактика

- Рекомендуется проведение плановой вакцинации против вирусного гепатита В в рамках национального календаря профилактических прививок всем гражданам с целью предупреждения развития заболевания [1, 2, 3, 4, 28, 29, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Стандартная схема вакцинации от гепатита В: 0-1-6 месяцев.

Первую прививку делают еще в роддоме, вторую – по достижению месячного возраста, а

третью — не раньше, чем через 5 месяцев (на 6 месяце жизни). Такая же схема используются для прививания детей старшего возраста и взрослых (второй укол делают через месяц после первого, а третий — через 5 месяцев). Основной принцип — придерживаться установленного интервала между прививками.

Детей из группы риска (мать болеет любой клинической формой HBV-инфекции, мать не обследована во время беременности, в семье есть больной гепатитом, ребенок из неблагополучной семьи) прививают по другой схеме: 0-1-2-12 месяцев.

- Рекомендовано применение вакцины для профилактики вирусного гепатита B, рекомбинантной, содержащей S, pre-S1 и pre-S2 антигены, адсорбированной** взрослым старше 18 лет для активной профилактики инфекции, вызванной вирусом гепатита B [53-55, 65].

Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств -2).

Комментарии. Индуцирует сероконверсию у пациентов групп высокого риска и лиц "не отвечающих" на иммунизацию конвенциональными вакцинами, а также пациентов с коморбидностью, включая терминальную почечную недостаточность и у иммунокомпроментированных лиц

- Рекомендована экстренная профилактика вакцинами для профилактики вирусного гепатита В в случае, если контакт с вирусом (с кровью, половой, бытовой) уже мог иметь место [1, 2, 3, 4, 28, 29, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: экстренная профилактика рекомендована лицам с повышенным риском инфицирования гепатитом В:

- новорожденным от матерей носителей HBsAg или больных острым гепатитом B в периоде родоразрешения вводится иммуноглобулин человека против гепатита B-1 доза (100 ME) в первые 12 часов после рождения одновременно с вакциной для профилактики вирусного гепатита B, но в разные участки тела (в дальнейшем дети подлежат прививке вакциной для профилактики вирусного гепатита B в возрасте 1, 2 и 12 мес);
- лицам, не привитым ранее против гепатита В или лицам, у которых вакцинация не закончена, или в случае, когда уровень НВѕ-антител ниже защитного (< 10 МЕ/л), после случайных заражений в результате контакта с инфицированным материалом (при инъекциях, стоматологических манипуляциях, переливании крови, попаданиях брызг инфицированного материала в рот или глаза и т.п.), иммуноглобулин человека против гепатита В вводят из расчета 0,1 мл/кг массы как можно раньше после контакта (по возможности в течение 24-48 ч.). Одновременно (в этот же день) следует начать вакцинацию против гепатита В по схеме 0-1-2-12 мес. или продолжить начатый курс.
- лицам, относящимся к группам высокого риска инфицирования вирусом гепатита В (пациенты центров хронического гемодиализа, больные, страдающие различными заболеваниями, которые по жизненным показаниям получают частые трансфузии крови и ее препаратов, контактные в очагах гепатита В и др.), не привитым против гепатита В, иммуноглобулин человека против гепатита В вводят до начала процедуры гемодиализа, переливания крови и ее препаратов и др.; однократно вводят 8-12 МЕ (0,16-0,24 мл/кг), максимально 500 МЕ (10 мл) каждые 2 месяца до формирования сероконверсии после вакцинации. Одновременно с введением иммуноглобулина человека против гепатита В следует начать курс вакцинации против гепатита В по укороченной схеме 3 аппликации вакцины с интервалом 1 месяц. Через 12 месяцев после начала иммунизации вводится 4-я дополнительная доза вакцины для профилактики вирусного гепатита В. Первая доза вакцины для профилактики вирусного гепатита В вводится одновременно с иммуноглобулином человека против гепатита В, но в разные участки тела.

5.2. Неспецифическая профилактика

- Рекомендуется активное выявление источников инфекции (обследование лиц, подверженных повышенному риску инфицирования и/или имеющие особую эпидемиологическую значимость) с целью предотвращения распространения инфекции [1, 2, 1, 2, 3, 4, 28, 29, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется профилактика искусственного механизма передачи (переливание крови только по жизненным показаниям, обоснованность инвазивных методов обследования, использовании одноразового инструментария, строгое соблюдение режимов обработки медицинского инструментария и оборудования, использование защитных средств медработниками) с целью предотвращения распространения инфекции [1, 2, 1, 2, 3, 4, 28, 29, 65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

5.3. Диспансерное наблюдение

- Рекомендуется диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники в течение 6 месяцев всем пациентам с ОГВ в зависимости от самочувствия, скорости нормализации размеров печени и динамики результатов биохимических исследований с целью контроля эффективности терапии [1, 2, 1, 2, 3, 4, 48, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: диспансерное наблюдение за переболевшим ГВ (по месту жительства или лечения) проводится не позднее чем через месяц после выписки его из стационара, при условии нормализации лабораторных показателей. В случае если больной был выписан со значительным повышением активности аминотрансфераз, осмотр проводят через 14 дней после выписки. Сроки освобождения от тяжелой физической работы и спортивных занятий должны составлять 6-12 месяцев. Клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты проводят через 1, 3, 6 месяцев после выписки из стационара. При сохранении в крови через 6 месяцев диспансерного наблюдения маркеров ГВ (НВsAg, ДНК НВV) пациенту устанавливается диагноз "Хронический гепатит В", и он продолжает диспансерное наблюдение согласно клиническим рекомендациям по данной нозологии.

- Рекомендуется воздержаться от профилактических прививок кроме (при наличии показаний) анатоксина столбнячного** и вакцины для профилактики бешенства** всем пациентам после выписки из стационара в течение 6 месяцев с целью исключения возникновения иммунопатологических состояний [1, 2, 1, 2, 3, 4, 48].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется воздержаться от проведения плановых операций и приема гепатотоксичных препаратов и приема алкоголя всем пациентам в течение полугода после перенесенного ГВ с целью предотвращения развития повреждения печени.

Женщинам рекомендуется избегать беременности в течение 12 месяцев после выписки [1, 2, 1, 2, 3, 4, 48].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

6. Организация оказания медицинской помощи

- Рекомендуется госпитализация в инфекционное отделение всех больных подозрительных на заболевание ОГВ с целью оказания своевременной квалифицированной медицинской помощи и предотвращения развития осложнений [1, 2, 1, 2, 3, 8, 9, 45, 48, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется при выявлении инфицированных ВГВ в ЛПУ, направлять пациентов в течение 3-х дней к врачу-инфекционисту по месту жительства для уточнения диагноза, решения вопроса о госпитализации и постановки на диспансерный учет. При выявлении инфицированных ВГВ больных, находящихся на стационарном лечении, необходимо обеспечить проведение им консультации врача-инфекциониста для постановки диагноза, решения вопроса о переводе в инфекционный стационар или назначения необходимой терапии с целью госпитализации и постановки на диспансерный учет [1, 2, 1, 2, 3, 8, 9, 48, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано выполнение осмотра пациента с ОВГ без печеночной комы врачоминфекционистом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар, и в течение 10 минут от момента поступления в стационар пациентам с печеночной комой [1, 2, 3, 8, 9, 48].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована выписка из стационара пациентов с ОГВ по клиническим показаниям [1, 3, 9, 26, 65].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована выписка из стационара пациентов с ОГВ без печеночной комы при снижении активности аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л, снижении уровня билирубина до 40 мкмоль/л и менее, повышении протромбинового индекса до 80% и выше [1, 2, 3, 9, 26].

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована выписка из стационара пациентов с ОГВ с печеночной комой при уменьшении гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствии выпота в брюшной полости, снижении уровня билирубина до 60 мкмоль/л и менее, повышении протромбинового индекса до 70% и выше [1, 2, 3, 8, 9, 48]

Уровень убедительности рекомендаций \mathbb{C} (уровень достоверности доказательств – 5).

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;
- плановой медицинской помощи.

Условия оказания медицинских услуг

Медицинская помощь оказывается в виде:

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

Медицинская помощь взрослым больным с ГВ может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом — терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачоминфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь пациентам в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара..

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь 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.

Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению врача – терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших ГВ.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

К факторам риска развития тяжелого течения заболевания относят возраст пациента и сопутствующие заболевания: хронические диффузные заболевания печени (суперинфекция и ко-инфекция с HCV, HDV), хроническая алкогольная интоксикация, употребление психотропных средств [1, 2, 3, 4].

Факторы, наличие которых увеличивает риск развития печеночной недостаточности и летального исхода [1, 2, 3, 19, 29, 43]:

- микст-инфицирование гепатотропными вирусами и вирусом иммунодефицита человека;
- соматическая патология язвенная болезнь, сахарный диабет, заболевания крови;
- инфекция одонтогенная, тонзилогенная, туберкулез;
- алкоголизм, наркомания и токсикомания;
- лекарственные токсические гепатиты;
- иммунодефицитные состояния;
- алиментарная дистрофия, несбалансированное питание.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества оказания медицинской помощи взрослым больным острым гепатитом В без печеночной комы

N	Критерии качества	Оценка
Π/Π		выполнения
1	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2-х часов от момента	Да/Нет
	поступления в стационар	
2	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/Нет
	(аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-	
	глутамилтранспептидаза, билирубин, общий белок, альбумин)	
3	Выполнено определение протромбинового индекса	Да/Нет
4	Выполнено не позднее 24 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
	определение ДНК HBV (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР,	
	качественное исследование; определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis	
	С virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение	
	РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР,	

	качественное исследование; определение РНК вируса гепатита A (Hepatitis A virus) в крови методом ПЦР.	
5	Выполнено определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови; антител класса М (anti-HAV IgM) к ВГА; определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антигена (HbeAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антигена (HbeAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом иммуноферментного анализа.	
6	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное)	Да/Нет
7	Проведена дезинтоксикационная терапия по клиническим показаниям с учетом степени тяжести заболевания для купирования синдрома интоксикации	Да/Нет
8	Достигнуто снижение уровня аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л на момент выписки из стационара	Да/Нет
9	Достигнуто снижение уровня билирубина в крови до 40 мкмоль/л и менее на момент выписки из стационара	Да/Нет
10	Достигнуто повышение протромбинового индекса не ниже 80% и выше на момент выписки из стационара	Да/Нет

Критерии качества оказания медицинской помощи взрослым больным острым гепатитом В с печеночной комой

N	Критерии качества	Оценка
Π/Π		выполнения
1	Выполнен осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
2	Выполнен осмотр врачом-анестизиологом-реаниматологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
3	Проведены инфузионно-трансфузионная терапия и терапия лекарственными препаратами группы глюкокортикоидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	
4	Выполнено не позднее 24 часов от момента поступления в стационар определение ДНК HBV (Hepatitis B virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита D (Hepatitis D virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование; определение РНК вируса гепатита А (Hepatitis A virus) в крови методом ПЦР.	
5	Выполнено определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови; антител класса M (anti-HAV IgM) к ВГА; определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антигена (HbeAg)	

	вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови методом иммуноферментного анализа.	
6	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина, определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АлАТ, AcAT) в крови не позднее 3 часов от момента поступления в стационар.	Да/Нет
7	Рекомендовано исследование уровня общего белка в крови, определение соотношения белковых фракций методом высокочувствительного капиллярного электрофореза, исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови пациентам не позднее 3 часов от момента поступления в стационар.	Да/Нет
8	Выполнено определение основных групп крови по системе AB0 и определение антигена D системы Резус (резус-фактор) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
9	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	Да/Нет
10	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго не позднее 30 минут от момента поступления в стационар	Да/Нет
11	При наличии неотложных состояний произведен перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)	Да/Нет
12	Проведена терапия антибактериальными препаратами системного действия при присоединении инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний (холецистит, холангит, пневмония и др.))	
13	Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) или компьютерная томография органов брюшной полости или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости	Да/Нет
14	Выполнен перевод из ОРИТ в инфекционное отделение при улучшении сознания по шкале Глазго для дальнейшего лечения	Да/Нет
15	Достигнут уровень билирубина в крови 60 мкмоль/л и менее на момент выписки из стационара (за исключением холестатических форм)	Да/Нет
16	Достигнут уровень протромбинового индекса 70% и выше на момент выписки из стационара	Да/Нет
17	Достигнуто уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствие выпота в брюшной полости на момент выписки из стационара	Да/Нет

Список литературы

- 1. Жданов К.В., Лобзин Ю.В., Гусев Д.А., Козлов К.В. Вирусные гепатиты. СПб.: Фолиант, 2011.-304 с.
- 2. В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник 3-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 550 с.
- 3. Инфекционные болезни: национальное руководство/под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 1104 с. (Серия "Национальные руководства"). ISBN 978-5-9704-6122-8
- 4. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение/Н.Д. Ющук [и др.] 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 304 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). ISBN 978-5-9704-3541-0.
- 5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. Москва: Федеральная служба по надзору в

- сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. 364 с.
- 6. Эсауленко Е.В., Лялина Л.В., Трифонова Г.Ф., Семенов А.В., Сухорук А.А., Сталевская А.В., Болсун Д.Д., Харькова Е.В., Алексеева М.В., Личная Е.В., Плавинский С.Л., Чуланов В.П., Пименов Н.Н., Комарова С.В. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор/Санкт-Петербург, 2016. Том Выпуск 10
- 7. Данилова Л.А. Анализы крови и мочи. 4-е изд., исправ. СПб.: Салит-Медкнига, 2002. 128 с.
- 8. Кутепов Д.Е. Использование экстракорпоральных методов лечения печеночной недостаточности. Казанский медицинский журнал. 2014,
- 9. Ющук Н.Д. и др. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение/2-е изд., перераб. и доп. М., ГЭОТАР-Медиа, 2015. 304 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста").
- 10. Кюрегян К.К., Дьяррассуба А., Михайлов М.И. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. Номер: 2 Год: 2015 Страницы: 26 36.
- 11. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей/Подымова С.Д.//Медицинское информационное агентство -2018.-984 с.
- 12. Чуланов В.П., Шипулин Г.А., Шипулина О.Ю., Волчкова Е.В., Пак С.Г., Покровский В.В. Полимеразная цепная реакция в диагностике вирусных гепатитов//Инфекционные болезни. -2003. Т. 1, N 1. С. 43-48.
- 13. Рахманова А.Г., Неверов В.А., Кирпичникова Г.И., Кузнецов Н.И., Демиденко Т.П., Ремезов А.П., Степанов Е.В. Вирусные гепатиты (этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика и терапия): Пособие для врачей. Кольцово., 2003. 57 с.
- 14. Мукомолов С.Л. Научно-исследовательская и научно-методическая деятельность лаборатории вирусных гепатитов Санкт-Петербургского НИИЭМ им. Пастера в 1986-2006 гг.//Эпидемиология, диагностика и профилактика вирусных гепатитов. Современное состояние: Материалы науч.-практ. конф. с межд. уч. СПб., 2006. С. 9-16.
- 15. Корчинский Н.Ч. Применение энтеросорбентов в лечении больных острыми вирусными гепатитами. Клиническая инфектология и паразитология. Номер: 3 (10) Год: 2014 Страницы: 125-136.
- 16. Сундуков А.В., Мигманов Т.Э., Токмалаев А.К., Дылдин А.В., Петрова Е.В., Маринченко М.Н., Сметанина С.В., Домбровская С.Н. Растительные гепатопротекторы в комплексной терапии вирусных гепатитов. Инфекционные болезни. 2008. Т. 6. N 1. C. 4750.
- 17. Грищенко Е.Б., Щекина М.И. Применение эссенциальных фосфолипидов в лечении острых и хронических заболеваний печени. Consilium Medicum. 2011. Т. 13. N 8. C. 38-41.
- 18. Герасимова, В.В. Левакова И.А., Бичурина М.А. Молекулярно-эпидемиологические особенности вирусного гепатита В. Инфекция и иммунитет. 2015. Т. 5. N 4. C. 297-302.
- 19. Амплеева, Н.П., Павелкина В.Ф., Базаркин Д.И. Острый вирусный гепатит В: клиниколабораторная характеристика. Академический журнал Западной Сибири. Рубрика: Инфекции. Иммунология. 2014. Т. 10, N 1 (50). С. 26-47.
- 20. Амплеева Н.П., Ускова Ю.Г., Павелкина В.Ф., Базаркин Д.И., Альмяшева Р.З. Актуальные вопросы вирусного гепатита В. Современные проблемы науки и образования. 2015. N 5. C. 59-128.
- 21. Эсауленко Е.В., Лялина Л.В., Трифонова Г.Ф., Семенов А.В., Бушманова А.Д., Скворода В.В., Иванова Н.В., Чуланов В.П., Пименов Н.Н., Комарова С.В. Вирусные гепатиты в Российской Федерации. Аналитический обзор/Санкт-Петербург, 2018. Том Выпуск 11.
- 22. Эсауленко Е.В., Прийма Е.Н., Сухорук А.А., Понятишина М.В., Кузьмин А.В., Хомченко И.В., Яковлев А.А. Эффективность применения противовирусной терапии при лечении тяжелых форм острого гепатита В. Журнал инфектологии. 2015. Т. 7 (4). С. 51-56.
- 23. Мельникова, Л.И. Ильченко Л.Ю. Опыт применения энтекавира у больных вирусным гепатитом В в условиях амбулаторно-поликлинической службы. Альманах клинической

медицины. 2015. N 40. C. 90-100.

- 24. Мирошник Г.П. Особенности функционального проявления вирусных гепатитов В и С при первичном их выявлении Журнал: научный результат. Серия: физиология. -2015. T. 5, N 3. C. 56-62.
- 25. Рахманова, А.Г., Александров П.А., Шаройко В.В. Оккультный гепатит В, его роль в распространении инфекции и развитии гепатоцеллюлярной карциномы//Медико-биологические и социально психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. -2015.-N 3. -C. 78-87.
- 26. вирусные гепатиты: современные диагностические Острые возможности терапевтические подходы: учебное пособие/Е.В. Эсауленко, К.Е. Новак, В.В. Басина, А.Д. Бушманова, E.H. Прийма, М.Γ. Позднякова, C.A. Семенова: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Санкт-Петербург, 2020. – 80 стр.
- 27. Эсауленко Е.В., Понятишина М.В., Алексеева М.В., Особенности распространения генотипов вируса гепатита В в субъектах Северо-Западного федерального округа. Инфекция и иммунитет. 2017. N 5. C. 73-103.
- 28. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2021 года. N 1122н "Национальный календарь профилактических прививок".
- 29. Озерецковский Н.А., Шалунова Е.М., Петручук Н.В., Индрикова И.Н. Вакцинопрофилактика гепатита В. Журнал: эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2015. Т. 14, N 2(81). С. 87-95.
- 30. Эсауленко ЕВ, Сухорук АА. Трансплантация печени в детском возрасте и у взрослых. Педиатр. 2015. 6(3). С. 98-103.
- 31. Archampong, T.N. Lartey C.L., Boyce M. HBV genotypes and drug resistance mutations in antiretroviral treatment-naive and treatment-experienced HBV-HIV-coinfected patients. Antivir Ther. 2017; V. 22, S.1: 13-20.
- 32. Baqai, S.F. Proudfoot J., Yi D.H., Mangahas M. High rate of core promoter and precore mutations in patients with chronic hepatitis B. Hepatol Int. 2015; V. 9: 209-217.
- 33. Braz, J., Zhang J., Wang Y., Novel fluoronucleoside analog NCC inhibits lamivudine-resistant hepatitis B virus in a hepatocyte model. Infect Dis. 2018; V. 23. S. 1413 8670(18): 30497-30495.
- 34. Caligiuri P., Cerruti R., Icardi G. Overview of hepatitis B virus mutations and their implications in the management of infection. World J Gastroenterol 2016; V. 7; 22(1): 145 54.
- 35. Chen, C.H., Lee C.M., Lu S.N., Changchien C.S., Eng H.L., Huang C.M., Wang J.H., Hung C.H. Clinical significance of hepatitis B virus (HBV) genotypes and precore and core promoter mutations affecting HBV. e antigen expression in Taiwan. J Clin Microbiol. 2005; V. 43: 60-64.
- 36. De Clercq, E. Current treatment of hepatitis B virus infection. Rev Med Virol. 2015; V. 25(6): 354 65.
- 37. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection.//J. Hepatol. 2017; V. 67: P. 370-398.
- 38. Genotype/subgenotype distribution of hepatitis B virus among hemodialysis patients with chronical hepatitis B Article (PDF Available)/in Annals of hepatology//Official journal of the Mexican Association of Hepatology. V. 11 (6): 849-854.
- 39. Han Y.N. Identification of acute self-limited hepatitis B among patients presenting with hepatitis B virus-related acute hepatitis: a hospital-based epidemiological and clinical study. J. Int. Med Res. 2009; V. 37; S. 6: P. 1952 60.
- 40. Hatazawa, Y., Yano Y., Okada R. Quasispecies variant of pre-S/S gene in HBV-related hepatocellular carcinoma with HBs antigen positive and occult infection. Infect Agent Cancer. 2018; V. 2, N 13: 7.
- 41. Prashanth GP, Angadi BH, Joshi SN, Bagalkot PS, Maralihalli MB. Unusual cause of abdominal pain in pediatric emergency medicine. Pediatr Emerg Care 2012; 28(6): 560-561.

- 42. Sudhamshu KC, Khadka S, Sharma D, Chataut SP. Acute pancreatitis in acute viral hepatitis. JNMA J Nepal Med Assoc 2011; 51(181): 7-10.
- 43. Ponnurangam Nagarajan V, Palaniyadi A, Sathyamoorthi M, Sasitharan R, Shuba S, Padur Sivaraman R, Scott JX. Pleural effusion An unusual cause. Australas Med J 2012; 5(7): 369-372.
- 44. Panassie L, Borentain P, Nafati C, Bernardin G, Doudier B, Thibault V, et al. Fatal fulminant primary hepatitis B virus infections with G1896A precore viral mutants in southeastern France. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2012; 36(1): 1-8. DOI: 10.1016/j.clinre.2011.09.002
- 45. Ивашкин В.Т., Широкова Е.Н., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Шифрин О.С., Маев И.В., Трухманов А.С. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. РЖГГК он-лайн www.gastro-j.ru.
- 46. Справочник Видаль 2021. Лекарственные препараты в России. Под ред. Е.А. Толмачевой. Издательство Видаль Рус. 2021. С. 1120.
- 47. Психосоциальная поддержка людей с туберкулезом, ВИЧ и вирусный гепатит в непрерывном лечении в Европейском регионе. Отчет июль 2020 г. ВОЗ Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021. Лицензия: CCBYNC-SA3.0IGO
- 48. Острые и хронические вирусные гепатиты в практике участкового терапевта: пособие для студентов/О.В. Дудник, С.Н. Орлова, Н.Н. Шибачева, Е.П. Калистратова, Е.Н. Копышева, С.А. Машин: ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Иваново, 2015. 108 с.
- 49. Прийма Е.Н., Новак К.Е., Эсауленко Е.В., Иванова Н.В., Алексеева М.В. Клиническая значимость молекулярно-генетического исследования генома вируса при остром вирусном гепатите В. Вестник Новгородского государственного университета. 2019. N 1 (113). C. 6065.
- 50. Прийма Е.Н., Бушманова А.Д., Новак К.Е., Эсауленко Е.В. Возможности этиотропной терапии при острой и хронической формах гепатита В. Журнал гепатология и гастрооэнтерология. 2021. Т. 5 N 1. C. 50-55.
- 51. Пирадов М.А., Супонева Н.А., Рябинкина Ю.В., Гнедовская Е.В., Ильина К.А., Юсупова Д.Г. и др. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale, GCS): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии. Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2021; 10(1): 91-99. https://doi.org/10.23934/2223-9022-2021-10-1-91-99
- 52. Дифференциальная диагностика хронических гепатитов: учебное пособие/О.В. Рыжкова; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра факультетской терапии. Иркутск: ИГМУ, 2020. 62 с.
- 53. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Захаров К.А., Яковлев А.А. Иммуногенность вакцины против гепатита В третьего поколения (PRE-S1/PRE-S2/S). Ж. Инфекция и иммунитет. 2018. Т. 8. N 1. C. 71-78.
- 54. Esaulenko E.V., Sukhoruk A.A., Yakovlev A.A., Volkov G.A., Surkov K.G., Kruglyakov P.V., Diaz-Mitoma F. Efficacy and safety of a 3-antigen (pre-s1/pre-s2/s) hepatitis B vaccine: results of a phase 3 randomized clinical trial in the Russian federation. J. Clinical Infectious Diseases. 2021. T. 73. N 9. C. E3333-E3339.
- 55. Vesikari T, Langley JM; PROTECT Study Group. Immunogenicity and safety of a tri-antigenic versus a mono-antigenic hepatitis B vaccine in adults (PROTECT): a randomised, double-blind, phase 3 trial. Lancet Infect Dis. 2021 Sep; 21(9): 1271-1281.
- 56. Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маевская М.В., Знойко О.О., Дудина К.Р. и др. Диагностика и лечение гепатита В у взрослых: консенсус экспертов//Инфекционные болезни. Новости. Мнения. Обучение. -2013. N 4(5). C. 72-102.
- 57. Неотложные состояния в клинике инфекционных болезней: уч. пос. для студентов, обучающихся по специальности "Лечебное дело" Ч. II/сост.: Д.А. Валишин, Д.Х. Хунафина, Р.Т. Мурзабаева, А.Н. Бурганова, О.И. Кутуев, А.П. Мамон, Т.Д. Просвиркина, А.Т. Галиева, Т.А. Хабелова, Л.Р. Шайхуллина, Г.М. Хасанова, В.И. Старостина, Г.Р. Сыртланова, Р.С. Султанов. Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014 С.

- 58. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Яковлев А.А., Погромская М.Н., Шестакова И.В. Энтеральные гепатиты (Гепатит А и Гепатит Е) у взрослых. Национальные клинические рекомендации. Федеральная медицинская электронная библиотека (ФЭМБ). Методические указания. Год издания: 2014. Москва.
- 59. Лекарственные препараты, влияющие на гемостаз, в схемах и таблицах: учебное пособие/Батищева Г.А., Болотских В.И., Чернов Ю.Н., Жданов А.И., Сомова М.Н., Гончарова Н.Ю., Исаев А.В. Воронеж, 2019-70 с.
- 60. Reardon J. et al. Ursodeoxycholic acid in treatment of non-cholestatic liver diseases: a systematic review//Journal of clinical and translational hepatology. 2016. T. 4. N. 3. C. 192.
- 61. Odeh M., Oliven A. Treatment of prolonged cholestasis of acute hepatitis B with ursodeoxycholic acid//Hepatology research. 1998. T. 13. N. 1. C. 37-41.
- 62. Учайкин В.Ф. и др. Холестаз при острых и хронических вирусных гепатитах//Детские инфекции. -2014.-T. 13. -N. 3. -C. 51-53.
- 63. Райхельсон К.Л., Пазенко Е.В., Марченко Н.В. Первичный склерозирующий холангит: обзор рекомендаций по диагностике и лечению заболевания/Consilium Medicum. 2017; 19 (8): 121-130.
- 64. Клинические рекомендации Острый холецистит 2021-2022-2023 (03.09.2021) Утверждены Минздравом РФ.
- 65. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" VII. Профилактика вирусных гепатитов В и С (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500).

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

- 1. Горелов А.В. академик РАН, профессор, заместитель директора по научной работе ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО "Московского государственного медикостоматологического университета им. А.И. Евдокимова" Минздрава России.
- 2. Козлов Константин Вадимович д.м.н. профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропической медицины) с клиникой инфекционных болезней ФГБВОУ ВО "Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова" Министерства обороны Российской Федерации
- 3. Кравченко Ирина Эдуардовна д.м.н., доцент, профессор кафедры инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Казанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- 4. Михайлов Михаил Иванович, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова" Федерального агентства научных организации России, заведующий лабораторией вирусных гепатитов.
- 5. Новак Ксения Егоровна, к.м.н. доцент, доцент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- 6. Прийма Екатерина Николаевна, ассистент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский

университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

- 7. Сагалова Ольга Игоревна, д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО "Южно-Уральский государственный медицинский университет" МЗ РФ;
- 8. Усенко Денис Валерьевич д.м.н., руководитель образовательного центра, ведущий научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
- 9. Чуланов Владимир Петрович, д.м.н., профессор, заместитель директора по науке и инновационному развитию ФГБУ НМИЦ ФПИ Минздрава России
- 10. Эсауленко Елена Владимировна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Все члены рабочей группы являются членами Некоммерческого партнерства "Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского" (НАСИБ).

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

- 1. Врач-инфекционист;
- 2. Врач-терапевт;
- 3. Врач-гастроэнтеролог;
- 4. Врач общей практики;
- 5. Врач анестезиолог-реаниматолог;
- 6. Студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Определение уровней достоверности доказательств и убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

Таблица П1 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности				
	доказательств от 1 до 5				
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом <1>				
	или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с				
	применением мета-анализа				
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные				
	рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры				
	исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических				
	исследований, с применением мета-анализа				
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования				

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

<1> Общепринятым стандартом КИ диагностических вмешательств является одномоментный дизайн исследования, в котором к каждому включенному пациенту параллельно и в одинаковых условиях применяются исследуемый диагностический метод и референсный метод, являющийся "золотым стандартом" диагностики изучаемого заболевания или состояния, при этом исследуемый и референсный методы должны применяться независимо друг от друга (т.е. исследуемый метод не может быть частью референсного) и должны интерпретироваться исследователем без знания результатов применения другого метода (рекомендуется использовать ослепление)

Таблица П2 – Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

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

Таблица П3. Возможные комбинации УДД и УУР для диагностических вмешательств

УДД	Критерии определения УУР	Итоговый		
		УУР		
1 = Наиболее достоверные	Одновременное выполнение двух условий:	A		
доказательства:	1. Все исследования имеют высокое или			
систематические обзоры	удовлетворительное методологическое качество;			
исследований с контролем	2. Выводы исследований по интересующим исходам			
референсным методом	являются согласованными <*>			
	Выполнение хотя бы одного из условий:	В		
	1. Не все исследования имеют высокое или			
	удовлетворительное методологическое качество;			
	2. Выводы исследований по интересующим исходам не			
	являются согласованными <*>			
	Выполнение хотя бы одного из условий:	C		
	1. Все исследования имеют низкое методологическое			

	MANAGERRA			
	качество;			
	2. Выводы исследований по интересующим исходам не			
2	являются согласованными <*>			
2 = Отдельные	Одновременное выполнение двух условий: 1. Все	A		
исследования с контролем	исследования имеют высокое или			
референсным методом	удовлетворительное методологическое качество;			
	2. Выводы исследований по интересующим исходам			
	являются согласованными <*>			
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Не все	В		
	исследования имеют высокое или удовлетворительное			
	методологическое качество;			
	2. Выводы исследований по интересующим исходам не			
	являются согласованными <*>			
	Выполнение хотя бы одного из условий: 1. Все	C		
	исследования имеют низкое методологическое			
	качество; 2. Выводы исследований по интересующим			
	исходам не являются согласованными <*>			
3 = Исследования без	Выполнение хотя бы одного из условий:	В		
последовательного	1. Не все исследования имеют высокое или			
контроля референсным	удовлетворительное методологическое качество;			
методом исследования или с	2. Выводы исследований по интересующим исходам не			
референсным методом не	являются согласованными <*>			
являющимся независимым	Выполнение хотя бы одного из условий:	C		
от исследуемого метода	1. Все исследования имеют низкое методологическое			
•	качество;			
	2. Выводы исследований по интересующим исходам не			
	являются согласованными <*>			
4 = Несравнительные исследования, описание клинического случая				
5 = Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма С				
действия или мнение эксперт				
, , sitting				

Определение уровня достоверности доказательств и убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

Таблица П4 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка				
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением				
	мета-анализа				
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа				
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования				
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев,				

<*> Если оценивается одно КИ, то данное условие не учитывается

исследование "случай-контроль"						
5 Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (док					(доклинические	
		исследования) или мнения экспертов				

Порядок обновления клинических рекомендаций

Клинические рекомендации обновляются каждые 3 года.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

- 1. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний"
- 2. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
- 3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4. Приказ Минздравсоцразвития России от 9 августа 2005 г. N 494 "О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям".
- 5. Приказ Минздравсоцразвития России от 13 октября 2017 г. N 804н (ред. от 24.09.2020, с изм. от 26.10.2022 "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".
- 6. Приказ Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 г. N 69н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях".

Примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: имеется в виду Приказ Минздрава России N 205н от 02.05.2023, а не 20.05.2023.

- 7. Приказ Минздрава России от 20 мая 2023 г. N 205н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников".
- 8. Приказ Минздрава России от 07 октября 2015 г. N 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование".
- 9. Приказ Минтруда России от 27 августа 2019 г. N 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы".
- 10. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
- 11. Методические указания "МУ 3.1.2792-10. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за гепатитом В (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 20.12.2010).
- 12. СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней" VII. Профилактика вирусных гепатитов В и С (Зарегистрировано в Минюсте России 15.02.2021 N 62500)
 - 13. Приказ Минздрава России от 13 декабря 2023 г. N 681н "Об утверждении стандарта

медицинской помощи взрослым при остром гепатите В (диагностика и лечение)".

- 14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. N 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации".
- 15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 395н "Об утверждении норм лечебного питания".
- 16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и от 23 сентября 2020 г. N 1008н "Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием".

Критерии оценки степени тяжести вирусного гепатита В по результатам клинико-лабораторной диагностики

Признак	Характеристика признака				
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести		
Выраженность и	Отсутствует или легко	Умеренная интоксикация	Резко выражены		
длительность	выраженная слабость,	(анорексия, слабость,	симптомы интоксикации		
интоксикации	тошнота, снижение	нарушение сна, тошнота,	(нарастающая общая		
	аппетита, 1-2 недели.	рвота и др.)	слабость, сонливость,		
			головокружение,		
			анорексия, повторная		
**		**	рвота)		
Интенсивность и		Интенсивно выраженная,			
длительность	выраженная, 2-3 недели.	3-4 недели, при	1 1 1		
желтушности		холестатическом	на фоне нарастания		
кожи		синдроме до 4045 дней.	интоксикации,		
Лихорадка	Отоутотруют	Cychocourung	превышает 4 недели. Появление фебрильной		
лихорадка	Отсутствует или субфебрильная в течение	- 1 1	* *		
	2-3 дней	дней преджелтушного	температуры тела на фоне развития и		
	преджелтушного	периода.	прогрессирования		
	периода.	периода.	желтухи.		
Тахикардия	Отсутствует.	Отсутствует, склонность	-		
тиннирдни		к брадикардии.	развития и		
			прогрессирования		
			желтухи.		
Геморрагический	Отсутствует.	Отсутствует или слабо	Петехиальная сыпь на		
синдром		выражен – единичные	коже, носовые		
		петехии на коже и	кровотечения, рвота		
		носовые кровотечения.	"кофейной гущей",		
			кровоизлияния в местах		
			инъекций,		
			"дегтеобразный" стул.		
Размеры печени	В норме, либо увеличены	Увеличены на 3-4 см.	Увеличены на 4-6 см.		
	до 3 см.		Резкое уменьшение		
			размеров на фоне		
			прогрессирования		
			болезни, болезненность		
0=	II.m	II.m	края.		
Отечно-	Нет.	Нет.	Отечность стоп, голеней.		
асцитический					

синдром			
Билирубин,	до 100	от 100 до 200	Более 200
мкмоль/л			
Протромбиновый	80-100	80-100	Менее 80
индекс,			
%			

Дифференциальная диагностика острых вирусных гепатитов у взрослых

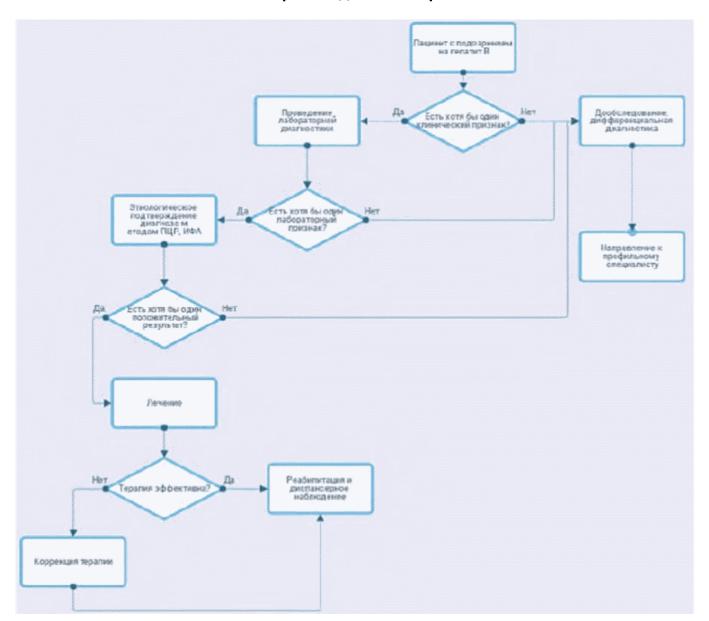
Признаки	Гепатит А	Острый гепатит В	Острый гепатит С
Эпидемиологиче	Пребывание в очаге ГА	Гемотрансфузии,	Гемотрансфузии,
ские	за 15-40 дней до	операции,	операции,
предпосылки	заболевания	парентеральные	парентеральные
		вмешательства (в том	вмешательства (в том
		числе инъекции	числе инъекции
		наркотиков), половой	* /·
		или тесный контакт с	или тесный контакт с
		больным ГВ	больным ГС
Начальный	Острое начало	Постепенное начало	1 /
(преджелтушный	заболевания, короткий	болезни, длительный	
) период	преджелтушный период	преджелтушный период	1
	до 4-7 дней (чаще по	до 7-14 дней (чаще по	слабо выраженными
	гриппоподобному типу)	смешанному типу с	явлениями интоксикации
		возможными	в течение 1-4 дней.
		полиартралгиями)	
Желтушный	Быстрое развитие	Постепенное развитие	Как правило,
период	желтухи, с появлением	желтухи, с появлением	отсутствует. При его
	которой, как правило,	которой, как правило,	наличии характеризуется
	улучшается	отсутствует улучшение	незначительной
	самочувствие.	самочувствия, или оно	быстропроходящей
	Непродолжительный	ухудшается. Длительный	желтухой и
	желтушный период (в	желтушный период с	исчезновением
	среднем 2 недели)	медленным	симптомов в период
		исчезновением	реконвалесценции
		симптомов в период	
П.б	II	реконвалесценции	11
Лабораторная		Наличие поверхностного	
диагностика	вирусу гепатита А класса	\ <u></u>	ядерному антигену
	IgM (анти-HAV IgM), РНК ВГА	антител к ядерному	класса IgM (анти-ВГС
	rnk di A	антигену класса IgM	0 / 1
		(анти-НВс IgM), ДНК ВГВ	антител (анти-ВГС); при отсутствии антител к
		DI D	при отсутствии антител к неструктурному белку 4
			(анти-NS4) ВГС, РНК
			ВГС,
			DIC,

Дифференциальная диагностика ГВ и других заболеваний, протекающих с синдромом желтухи

Признаки	Гепатит В	Псевдотуберкулез	Лептоспироз	Приступ печеночной колики (калькулезный
Эпидемиологичес кие предпосылки	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в том числе инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	Употребление в пищу свежей капусты или моркови	животными;	холецистит) 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		Общая слабость,
Цвет кожи	Желтый, при тяжелой форме – петехиальная сыпь	Желтый; гиперемия лица, шеи, кистей рук, стоп; обильная мелкопятнистая точечная сыпь	Желтый; гиперемия	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		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	Лимфомоноцитоз, плазматические клетки	Нейтрофилез, эозинофилия	Нейтрофилез	Нейтрофилез со сдвигом в сторону молодых форм
СОЭ	Нормальная или снижена	Повышена	Повышена	Повышена

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

Острый вирусный гепатит B — заболевание, протекающее с поражением печени, вызываемое вирусом гепатита B. B настоящее время инфицировано около 5% населения земного шара. Ежегодно регистрируется 3-4 млн. новых случаев инфицирования.

Заражение вирусом может произойти во время манипуляций, осуществляемых с повреждением кожных покровов, если применяются инфицированные инструменты:

- хирургические вмешательства;
- повторное применение шприцев, а также;
- гемодиализ;

- стоматологические манипуляции;
- применение бритвенных принадлежностей;
- акупунктура;
- татуировки и пирсинг;
- маникюр и педикюр.

Этот вирус отличается высокой устойчивостью к химическим и физическим воздействиям, и при этом имеет высокую степень вирулентности. Если человек однажды перенес болезнь, в организме формируется иммунитет на всю жизнь.

У заболевших возбудитель острого гепатита В "хранится" в биологических жидкостях организма:

- сперме;
- секрете влагалища;
- слюне;
- моче;
- крови.

Заражение происходит без участия желудочно-кишечного тракта, передается вирус во время контактов, от человека к человеку.

Заражение чаще всего происходит половым путем, во время незащищенных сексуальных контактов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, от острого гепатита В страдают практически 80% людей, принимающих наркотики путем инъекций.

В некоторых случаях передача вируса происходит во время лечебно-диагностических процедур, выполнения татуировок, маникюра или педикюра. Возможен и бытовой способ, если использовать бритвы, зубные щетки или полотенца, которыми ранее пользовался больной.

В неблагополучных регионах с высокой заболеваемостью нередко наблюдается вертикальная передача инфекции – передача острого гепатита ребенку от матери. Если беременность протекает нормально, опасные микроорганизмы не могут преодолеть плацентарный барьер, но инфицирование возможно во время прохождения малыша через родовые пути. Внутриутробное заражение возможно при патологии развития плаценты или ее отслойке.

На протяжении от двух месяцев до полугода после заражения проходит инкубационный период, не имеющий выраженных симптомов. Репликация патогенных организмов проходит в клетках печени. Когда больных частиц становится слишком много, острый вирусный гепатит переходит в продромальный период.

Детоксикационные функции печении нарушаются. Продукты нарушенного метаболизма начинают постепенно отравлять организм. Возникают следующие симптомы:

- потеря аппетита;
- головокружения;
- слабость;
- упадок сил;
- боль в суставах и мышцах;
- апатия;
- проблемы со сном.

По мере развития болезни интоксикационный синдром становится все более ярким. Печень увеличивается в размерах, что заметно при пальпации. Возможна желтуха – окрашивание белка глаз и кожи в заметный желтый цвет.

Желтуха сопровождается кожным зудом, диспепсией и геморрагическим синдромом. Моча становится темнее. При слабом иммунитете у больных возможна постоянная кровоточивость десен и беспричинные кровотечения из носа.

Желтушный период продолжается несколько месяцев. После симптомы идут на спад:

происходит уменьшение печени до нормальных размеров, кожа и склеры становятся обычных оттенков, проходят симптомы диспепсии. В 10% случаев гепатит переходит из острой формы в хроническую.

Наверняка определить заражение вирусом гепатита можно только посредством проведения серологического анализа крови. Проводится исследование не раньше, чем спустя 28-30 дней после возможного инфицирования. Активность процесса размножения патогенных микроорганизмов показывает ПЦР — количественная полимеразная цепная реакция. С помощью этого анализа специалисты могут обнаружить вирусное ДНК и вычислить количество его копий в крови.

Для контроля хода лечения, динамики развития болезни и состояния печени, больному необходимо регулярно проводить:

- общий анализ крови;
- коагулограмму;
- биохимию крови;
- обший анализ мочи.

Также назначаются ультразвуковые исследования печени. При необходимости назначается пункционная биопсия и выполняется цитологическое и гистологическое исследование взятых тканей.

Вне зависимости от причины гепатита В, летальным исходом острая форма заканчивается достаточно редко. Значительно осложняет прогноз развитие сопутствующих заболеваний гепатобилиарной системы, слабый иммунитет и одновременное протекание с гепатитами С или D. Большую опасность представляет хроническая форма болезни. Она провоцирует развитие цирроза или первичного рака печени, что может привести к смерти больного.

В рамках профилактики рекомендуется:

- использовать барьерные способы контрацепции;
- контролировать стерильность инструментов;
- отказаться от наркотиков;
- пользоваться индивидуальными предметами гигиены.

Если человек входит в группу риска, желательно пройти вакцинацию. Первый укол позволяет выработать иммунитет, который сохраняется в течение пятнадцати лет.

Лечение острого гепатита В

Лечение острого гепатита В проводится в условиях инфекционного стационара, госпитализация больного обязательна [11].

Лечебные мероприятия зависят от течения болезни. При легкой форме допускается терапия без использования специфических медикаментов. Главная задача врача — снизить нагрузку на пораженную печени и поддержать нормальное функционирование организма.

Лечение острого гепатита включает в себя диету, при которой больному придется отказаться от некоторых продуктов. В список входят:

- жирное;
- жареное;
- сладости;
- пряности;
- специи;
- маринады;
- копчености;
- алкогольные напитки.

Особое внимание уделяется питьевому режиму. Обязательное количество жидкости

увеличивается до 2-3 литров в сутки, потреблять желательно только негазированную питьевую воду.

При переходе гепатита из острой формы в хроническую решается вопрос о лечении противовирусными препаратами системного действия. Они должны остановить "копирование" вирусных клеток, устранить воспалительные или фибротические изменения в печени и предотвратить развитие цирроза и первичного рака.

Симптомы гепатита В могут быть как легкими, так и тяжелыми. Они могут включать повышенную температуру, недомогание, потерю аппетита, диарею, рвоту, неприятные ощущения в животе, боли в суставах, появление сыпи, потемнение мочи и желтуху (пожелтение кожи и глазных белков). Не у всех инфицированных людей проявляются все эти симптомы.

Признаки и симптомы болезни у взрослых людей наблюдаются чаще, чем у детей. Вероятность развития тяжелой формы и фатальных последствий выше в пожилом возрасте. Иногда происходят рецидивы гепатита А. У только что выздоровевшего человека развивается еще один острый эпизод болезни. Однако за этим следует выздоровление.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1

Шкала комы Глазго Glasgow Coma Scale (Teasdale G.M., Jennett B., 1974) [51]

Название на русском языке: Шкала комы Глазго

Оригинальное название (если есть): Glasgow Coma Scale

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): (Teasdale G.M., Jennett B., 1974) [51]

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить): _____

Назначение: Критерий для оценки уровня сознания, коррелирует с тяжестью церебрального повреждения и прогнозом.

Содержание (шаблон): Шкала состоит из трех тестов, оценивающих реакцию открывания глаз, а также речевые и двигательные реакции. За каждый тест начисляется определенное количество баллов. В тесте открывания глаз от 1 до 4, в тесте речевых реакций от 1 до 5, а в тесте на двигательные реакции от 1 до 6 баллов. Уровень сознания выражается суммой баллов по каждому из параметров

Признак	Баллы
1. Открывание глаз:	
Спонтанное	4
на вербальную стимуляцию	3
на боль	2
нет реакции	1
2. Вербальная реакция:	
Соответствующая	5

Спутанная	4
бессвязные слова	3
нечленораздельные звуки	2
нет реакции	1
3. Двигательная реакция:	
выполняет словесные команды	6
локализует боль	5
реакция одергивания в ответ на боль	4
сгибание верхних конечностей в ответ на боль (поза декортикации)	3
разгибание верхних конечностей в ответ на боль	2
нет реакции	1

Ключ (интерпретация): Самая низкая оценка -3 балла, а самая высокая -15 баллов. Оценка 8 баллов и ниже определяется как кома.

Пояснения: Оценка по шкале 3-5 баллов прогностически крайне неблагоприятна, особенно если она сочетается с широкими зрачками и отсутствием окуловестибулярного рефлекса.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) — на нашем сайте. Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии — в нём находится эта ссылка.