

Острый гепатит А (ГА) у взрослых - Клин.Рек. ID 718_2 от 29.07.2025

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: B15

Возрастная категория: Взрослые

Год утверждения: 2025

Пересмотр не позднее: 2027

Дата размещения КР: 29.07.2025

Список сокращений

- **АлАТ** — аланинаминотрансфераза;
- **АсАТ** — аспартатаминотрансфераза;
- **ВГА** — вирус гепатита А;
- **ВОЗ** — Всемирная организация здравоохранения;
- **ГА** — гепатит А;
- **ГВ** — гепатит В;
- **ГГТП** — гаммаглутамилтранспептидаза;
- **ГС** — гепатит С;
- **Д.м.н.** — доктор медицинских наук;
- **ДНК** — дезоксирибонуклеиновая кислота;
- **К.м.н.** — кандидат медицинских наук;
- **КТ** — компьютерная томография;
- **МЗ РФ** — Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- **МКБ-10** — Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, **10-го** пересмотра;
- **МНО** — международное нормализованное отношение;
- **ОРИТ** — отделение реанимации и интенсивной терапии;
- **ОТ-ПЦР** — полимеразная цепная реакция с обратной транскриптазой;
- **ПТИ** — протромбиновый индекс;
- **РНК** — рибонуклеиновая кислота;
- **РФ** — Российская Федерация;
- **СОЭ** — скорость оседания эритроцитов;
- **УЗИ** — ультразвуковое исследование;
- **ФГДС** — фиброгастродуоденоскопия;
- **ЩФ** — щелочная фосфатаза;

- **HBcAb** — антитела к ядерному антигену вируса гепатита В;
- **HBsAg** — поверхностный антиген вируса гепатита В;
- **HAV** — вирус гепатита А;
- **HEV** — вирус гепатита Е;
- **IgG** — иммуноглобулин G;
- **IgM** — иммуноглобулин M;
- **WHO** — World Health Organization.

1. Краткая информация по заболеванию

1.1 Определение заболевания

Острый гепатит А (ГА) — острая вирусная инфекционная болезнь, характеризующаяся **циклическим доброкачественным** течением. В типичных случаях проявляется:

- общим **недомоганием**, повышенной **утомляемостью**;
- **анорексией** (*потеря аппетита*), **тошнотой**, **рвотой**;
- иногда **желтухой** (*тёмная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов*);
- обычно сопровождается **повышением активности aminотрансфераз** сыворотки крови.

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель — РНК-содержащий вирус гепатита А (ВГА). Таксономически принадлежит к семейству *Picornaviridae*, роду *Hepatovirus*.

Структура вируса:

- размер — **27–32 нм** в диаметре (*мелкий РНК-содержащий вирус*);
- геном — **5–7 кб** в длину;
- поверхность состоит из **32 капсомеров** величиной **8–12 нм**;
- капсид **не имеет** внешней оболочки и сердцевинного компонента;
- геном представлен **тремя** функциональными участками — **P1, P2, P3**:
 - **P1** кодирует **четыре** капсидных полипептида (*VP1, VP2, VP3, VP4*) с молекулярными массами: **30–33 000, 24–27 000, 21–23 000, 7–14 000** соответственно;
 - **P2 и P3** кодируют **неструктурные** полипептиды, необходимые для **вирусной репликации**.

Антигенные свойства:

Вирус имеет **один** вирус-специфический антиген белковой природы. Известно множество штаммов, выделенных на различных территориях; все имеют **высокую степень антигенного родства** — определяется наличие **одного серотипа**.

Генотипы — выделено **6** генотипов:

- **1, 2, 3** — изолированы от **больных людей**;
- **4, 5, 6** — от **обезьян Старого Света**, не патогенны для человека.

В различных географических регионах циркулируют различные генотипы.

Устойчивость во внешней среде:

ВГА — один из наиболее **устойчивых** к факторам внешней среды вирусов человека. Способен длительно сохраняться:

- в **воде, пищевых продуктах, сточных водах**, на различных объектах;
- в течение **нескольких месяцев** при температуре от **+4 до +20 °С**.

Инактивация:

- **кипячение**;
- **автоклавирование — +121 °С, 20 мин**;
- **сухожаровая обработка**;
- **высокоустойчив к изменениям pH — стабилен при pH 3,0–9,0**;
- погибает от **дезинфицирующих средств**: раствор хлорной извести при концентрации остаточного хлора **2,0–2,5 мг/л** в течение **15 мин**; раствор формальдегида — **30 мин**;
- **высококочувствителен к УФО**.

Патогенез:

В **~95 %** случаев ВГА внедряется через **рот** → попадает в **желудок** (*будучи кислотоустойчивым, легко преодолевает желудочный барьер*) → **тонкая кишка** → всасывается в **кровь** → по системе **воротной вены** достигает **печени**, где осуществляется **репликация** в гепатоцитах.

На мембране гепатоцитов есть **рецепторы**, к которым вирус прикрепляется и проникает внутрь. В **цитоплазме** происходит **декапсидация** (*освобождение вирусной РНК от белковой оболочки*), начинается **транскрипция**. Вирусные

белки синтезируются и собираются в новые капсиды.

- часть вирусных частиц → с **желчью** в **фекалии** → выделяется из организма;
- другая часть → инфицирует **соседние гепатоциты**.

Ключевое изменение концепции: ранее ВГА считался **цитопатическим** вирусом (*прямое разрушение гепатоцитов*), но в **1990-е гг.** концепция была **опровергнута**. Установлено, что поражение печени обусловлено **не самим вирусом, а клеточными иммунными реакциями:**

- **цитотоксические Т-клетки** распознают и **лизируют** инфицированные гепатоциты;
- Т-лимфоциты продуцируют **γ-интерферон**, запуская каскад иммунных реакций;
- высвобождение вируса происходит вследствие **иммунологически опосредованного разрушения** печеночных клеток;
- в результате **цитолиза** гепатоцитов вирус и его «обломки» поступают в кровь — **фаза вторичной виремии**.

Иммунный ответ:

ВГА — **высокоиммуногенный** вирус: одновременно с клеточным активизируется **гуморальный** компонент, накапливаются **вируснейтрализующие антитела**. Благодаря быстрому иммунному ответу:

- **репликация вируса блокируется;**

- дальнейшее внедрение в неинфицированные гепатоциты **ограничивается**;
- через **несколько недель** организм освобождается от ВГА;
- **нет** длительного вирусоносительства, **нет** хронических форм;
- течение обычно **лёгкое**, фульминантная форма (*молниеносная, с летальным исходом*) — **исключительно редка**;
- **полное выздоровление**.

Иммунитет после перенесённого ГА — **прочный, длительный, практически пожизненный**.

ГА трактуется как **острое**, в большинстве случаев **доброкачественное** заболевание с **самолимитирующим** течением.

1.3 Эпидемиология

Источник инфекции: ГА — строгий **антропоноз** (*источник — только человек*). Вирус выделяется больными с различными формами заболевания.

Выделение вируса с фекалиями — наиболее интенсивно:

- в конце **инкубационного** периода;
- в течение всего **продромального** (*преджелтушного*) периода;
- в **первую неделю** желтушного периода.

ВГА обладает **высокой инфекционностью** — для заражения достаточно **нескольких вирусных частиц**.

Механизм передачи: фекально-оральный.

Пути передачи:

- **водный;**
- **алиментарный (пищевой);**
- **контактно-бытовой.**

Факторы передачи:

- **пищевые продукты (морепродукты, замороженные овощи и фрукты), не подвергающиеся термической обработке;**
- **контаминированная (загрязнённая вирусом) вода;**
- **предметы, загрязнённые фекалиями больного, в т. ч. грязные руки.**

Крупные вспышки связаны с **загрязнением водоёмов (источник водоснабжения)** или попаданием **сточных вод** в водопроводную сеть. Употребление **сырых овощей** или **моллюсков** — фактор риска в эндемичных районах.

Длительная **вирусемия (в среднем до 5 недель)** обуславливает возможность **парентеральной** передачи, особенно среди лиц, использующих **в/в введение** психотропных препаратов.

Мировая статистика (ВОЗ, 2012): ежегодно регистрируется **1,4 миллиона** случаев. На **1** манифестный случай приходится **5–10** бессимптомных (*нерегистрируемых*).

Российская Федерация:

ГА сохраняет важное **социально-экономическое** значение, доминирует в этиологической структуре

острых вирусных гепатитов. Рост актуальности связан с появлением большой когорты **взрослого населения, не имеющего антител к вирусу.**

- **экономический ущерб в 2022 г. — 400 125,8 тыс. рублей;**
- **в 2023 г. зарегистрировано 3 545 случаев, показатель — 2,42 на 100 тыс. населения (не превысил СМП — 4,43);**
- **удельный вес детей до 17 лет — 35 % (1 249 случаев, 4,13 на 100 тыс.);**
- **максимальная заболеваемость — возрастная группа 3–6 лет: 5,10 на 100 тыс. населения данного возраста;**
- **в 2018 г. у детей до 14 лет — самый низкий показатель — 4,7 на 100 тыс.;**
- **показатель заболеваемости у детей превышал таковой для всего населения — 2,9 на 100 тыс. (2019 г.);**
- **в 2023 г. — 4 очага групповой заболеваемости (Белгородская, Рязанская, Смоленская, Челябинская области), 128 пострадавших, доля детей до 17 лет — 19,5 % (25 детей);**
- **для сравнения, в 2022 г. — 5 очагов, 63 человека (дети — 20,6 %);**
- **в 2023 г. привито 423 855 человек, в т. ч. 171 161 детей до 17 лет;**
- **в 2022 г. привито 431 283 человека, в т. ч. 165 932 детей до 17 лет.**

ГА в России может быть как **аутохтонным (местным)**, так и **завозным**. Особое внимание — пациентам из **эндемичных регионов**. Изучение **генетического разнообразия** изолятов способствует

расследованию очагов, выявлению источника инфекции и идентификации завозных случаев.

Профилактика: эффективная мера — **иммунизация**. Проводится по **эпидемическим показаниям** в «группах риска», а в отдельных субъектах — среди **детского населения** по региональным календарям.

1.4 Кодирование по МКБ-10

- **B15** — Острый гепатит А
 - **B15.0** — Гепатит А с **печёночной комой**
 - **B15.9** — Гепатит А **без** печёночной комы
(Гепатит А (острый) (вирусный) БДУ)
-

1.5 Классификация

Клиническая классификация острого вирусного гепатита А:

А. По выраженности клинических проявлений:

Клинические варианты:

- **желтушный;**
- **безжелтушный;**
- **стёртый.**

Субклинический (инаппарантный) вариант.

По типу:

1. **Типичная (манифестная, желтушная)**
2. **Атипичная:**
 1. **Безжелтушная;**

2. **Стёртая;**
3. **Субклиническая (латентная);**
4. **Бессимптомная (инаппарантная).**

Б. По степени тяжести:

1. **Лёгкая;**
2. **Среднетяжёлая;**
3. **Тяжёлая.**

В. По длительности и цикличности течения:

- **острое — до 3 мес.;**
- **затяжное — 3–6 мес.;**
- **с рецидивами, обострениями.**

1.6 Клиническая картина заболевания

Инкубационный период: от **15** до **30** дней (минимум — **7**, максимум — **50** дней), в среднем — **20** дней.

Манифестные формы ГА протекают **циклически**, с различной степенью тяжести: **лёгкая, средняя и тяжёлая**.

Продромальный (преджелтушный) период

Длительность — от **4** до **7** дней. Характеризуется гриппоподобным, реже диспепсическим или астеновегетативным вариантами клинических проявлений.

Гриппоподобный вариант:

- **острое** начало, температура тела быстро повышается до **38–39 °С**, часто с **ознобом**, держится **2–3** дня;
- жалобы на **головную боль, ломоту** в мышцах и суставах;
- иногда — **катаральные симптомы** (насморк, болезненные ощущения в ротоглотке).

Диспепсический вариант:

- **снижение** или **исчезновение** аппетита;
- **боли и тяжесть** в подложечной области или правом подреберье;
- **тошнота и рвота**;
- возможна **диарея** (стул до **2–5** раз в сутки).

Астеновегетативный вариант:

- **постепенное** начало, температура тела **нормальная**;
- преобладают **слабость, снижение работоспособности, раздражительность, сонливость, головная боль, головокружение**.

Смешанный вариант: признаки нескольких синдромов одновременно.

При **пальпации** органов брюшной полости — **увеличение, уплотнение и повышение чувствительности** печени, нередко **увеличение селезёнки**.

В конце преджелтушного периода (за **2–3** дня до появления желтушности склер и кожных покровов) больные замечают **потемнение мочи**, испражнения становятся **более светлыми (гипохоличными)**.

Период разгара (*желтушный период*)

Проявляется **желтушностью склер**, слизистых оболочек ротоглотки, затем **кожи**. Интенсивность желтухи нарастает **быстро**, в большинстве случаев уже в ближайшую **неделю** достигает максимума. Цвет мочи — **тёмный**, испражнения — **бесцветные**.

С появлением **желтухи** симптомы преджелтушного периода становятся **менее выраженными** и у значительной части больных **исчезают**; дольше всего сохраняются **общая слабость** и **снижение аппетита**, иногда — **чувство тяжести** в правом подреберье. Температура тела обычно **нормальная**.

При обследовании:

- **увеличение, уплотнение и повышение чувствительности** края печени;
- у **15–50 %** больных в положении на правом боку пальпируется край **селезёнки**;
- артериальное давление **нормальное** или несколько **снижено**;
- первый тон сердца на вершшке **ослаблен**.

Лабораторные изменения в крови:

- повышено содержание **общего билирубина**, главным образом за счёт **прямого (связанного)**;
- **резко нарастает** активность **аминотрансфераз**, особенно **АлАТ**;
- **снижен протромбиновый индекс (ПТИ)**;

- гематологические сдвиги: **лейкопения, нейтропения**, относительный **лимфо- и моноцитоз**, **нормальная или замедленная СОЭ**.

Выраженное снижение концентрации билирубина крови — чаще всего на **2-й неделе** желтухи.

Одновременно — **снижение** активности аминотрансфераз. К **20–25-му дню** с момента появления желтухи показатели обычно достигают **нормы**.

Период реконвалесценции

Улучшение общего состояния, ослабление симптомов нарушения пигментного обмена — наступает «**пигментный криз**». Уменьшается **желтушность** кожи и слизистых, **светлеет моча**, испражнения приобретают **обычную окраску**, появляется чёткая тенденция к **нормализации** биохимических показателей (*прежде всего билирубина и протромбина*).

Длительность периода реконвалесценции — около **2–3 месяцев**. Общее состояние больных **хорошее**. Клинические проявления **отсутствуют**, изредка возможны **тошнота, боли в животе**. Возможны явления **астении**. Печень длительное время может быть **увеличенной**, слегка **болезненной**. При лабораторной диагностике периодически выявляется **диспротеинемия**, небольшое **увеличение** уровня печёночных ферментов.

Осложнения

Осложнения ГА возникают **крайне редко**.

Возможны:

- сохранение в период реконвалесценции **гепатомегалии** за счёт **фиброза** печени;
- поражение **жёлчевыводящих путей** (*чаще в форме **дискинезии***);
- **внепеченочные** проявления: редкие случаи **острого рассеянного энцефаломиелита, миелита, острой моторной и сенсорной невропатии, менингоэнцефалита, острого холестатического синдрома, холецистита, панкреатита, крапивницы, плеврального выпота или асцита, острого гломерулонефрита или почечной недостаточности, гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза и рабдомиолиза**.

Критерии формы тяжести

Критериями являются степень выраженности синдромов **интоксикации, желтухи и синтетической функции** печени.

Лёгкая форма:

- **удовлетворительное** состояние пациента в разгаре заболевания;
- **быстрое** исчезновение желтушности кожных покровов (*через **2–3 недели***);
- **быстрая** нормализация активности **АлАТ** (*в течение **1 месяца***);
- **билирубинемия** не превышает **100 мкмоль/л**;

- ПТИ — более 60 %.

Среднетяжелая форма:

- **удовлетворительное** состояние пациента в период разгара;
- длительность желтушности кожи — до **3–4 недель**;
- повышенная активность **АлАТ** — до **1,5 месяцев**;
- **состояние средней тяжести**: симптомы интоксикации (*анорексия, слабость, нарушение сна, тошнота, рвота*), **умеренное** увеличение печени;
- **билирубинемия** — от **100 до 200 мкмоль/л**;
- ПТИ — от **50 до 60 %**.

Тяжелая форма:

- длительность желтухи — **более 4 недель**;
- повышение активности **АлАТ** — **более 1,5 месяцев**;
- **резко выраженные** симптомы интоксикации: нарастающая общая слабость, **сонливость**, **головокружение**, **анорексия** вплоть до отвращения к пище, **повторная рвота**, **яркая желтушность**, **геморрагический синдром**;
- **билирубинемия** — **более 200 мкмоль/л**;
- ПТИ — **менее 50 %**.

Фульминантное (молниеносное) течение

Проявляется **быстрым** (в течение часов–суток) развитием **острой печёночной энцефалопатии (ОПЭ)**. Характеризуется быстрым наступлением **печёночной комы**, чаще всего на **4–5-й день** от

начала желтухи. У большинства больных — **геморрагии** в местах инъекций, **носовое кровотечение**, рвота содержимым типа «**кофейной гущи**». Нередко — **отёки** на стопах и в нижней трети голеней.

О глубоком повреждении печёночных клеток свидетельствуют **высокие** показатели активности аминотрансфераз, при этом **АсАТ преобладает над АлАТ**. Развитие комы приводит к **летальному исходу**, особенно при отсутствии превентивной интенсивной терапии.

ПРИЛОЖЕНИЕ: Критерии оценки степени тяжести вирусного гепатита А по результатам клинико-лабораторной диагностики

Признак	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легко выраженная слабость, тошнота, снижение аппетита — 5–7 дней	Умеренная (анорексия, слабость, нарушение сна, тошнота, рвота)	Резко выражены (нарастающая слабость, сонливость, головокружение, анорексия, повторная рвота)
Интенсивность и длительность желтушности кожи	Слабо или умеренно выраженная — 2–3 недели	Интенсивно выраженная — 3–4 недели ; при холестатическом синдроме	Интенсивно выраженная, может прогрессировать на фоне нарастания

Признак	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
		— до 40–45 дней	интоксикации — более 4 недель
Лихорадка	Отсутствует или субфебрильн ая в течение 2–3 дней преджелтушн ого периода	Субфебрильн ая или фебрильная в течение 2–5 дней преджелтушн ого периода	Появление фебрильной температуры на фоне развития и прогрессирова ния желтухи
Тахикардия	Отсутствует	Отсутствует, склонность к брадикардии	Появление на фоне развития и прогрессирова ния желтухи
Геморрагическ ий синдром	Отсутствует	Отсутствует или слабо выражен — единичные петехии на коже, носовые кровотечения	Петехиальная сыпь, носовые кровотечения, рвота «кофейной гущей», кровоизлияния в местах инъекций, «дегтеобразны й» стул
Размеры печени	В норме либо увеличены до 3 см	Увеличены на 3–4 см	Увеличены на 4–6 см. Резкое уменьшение размеров на фоне прогрессирован

Признак	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
			ия болезни, болезненность края
Отечно-асцитический синдром	Нет	Нет	Отечность стоп, голеней
Билирубин, мкмоль/л	до 100	100–200	Более 200
Протромбиновый индекс, %	Более 60	50–60	Менее 50

2. Диагностика заболевания

Критерии установления диагноза

Диагностика острого вирусного гепатита А осуществляется на основании патогмоничных данных:

- **анамнестических данных:** пребывание в **очаге ГА** в период, соответствующий инкубационному периоду, **поездки** в районы с высокой эндемичностью, наличие **эндемичной вспышки ГА**, совместное проживание с инфицированным ГА человеком, **сексуальные отношения** с человеком, имеющим острую инфекцию ГА;
- **жалоб и данных физикального осмотра:** наличие 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;
 - **лабораторных исследований:** определение антител класса М (**anti-HAV IgM**) к вирусу гепатита А в крови методом **ИФА**, повышение **общего и прямого билирубина, АлАТ, АсАТ;**
 - **инструментального обследования:** **гепатомегалия** без изменения структуры печени, возможна **спленомегалия**.
-

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендовано обратить внимание на:

- сведения **эпидемиологического анамнеза** о пребывании в **очаге ГА** в период, соответствующий инкубационному периоду;
 - **поездки** в районы с **высокой эндемичностью ГА** без предварительной **иммунизации;**
 - наличие **эндемичной вспышки ГА** (*водного или пищевого характера*);
 - характерную **сезонность ГА** (*осенне-зимний период*) с максимумом заболеваемости в **сентябре–ноябре;**
 - совместное проживание с **инфицированным ГА** человеком и **сексуальные отношения** с человеком, имеющим острую инфекцию ГА;
 - **общее недомогание, повышение температуры, утомляемость, анорексию, тошноту, рвоту, появление желтухи и/или потемнение мочи, обесцвечивание кала.**
-

2.2 Физикальное обследование

- **общий осмотр** с выявлением **желтушного окрашивания** кожи и слизистых оболочек — для диагностики степени тяжести и формы заболевания;
- **пальпация живота** с определением **размеров** (*увеличение или уменьшение*) и **консистенции** печени и селезёнки — для диагностики **гепатолиенального синдрома**;
- оценка выраженности **интоксикации**, обусловленной **печёночно-клеточной недостаточностью** (*тошнота, рвота, отсутствие аппетита, выраженная слабость, головокружение, нарушение ритма сна, тахикардия, эйфория/заторможенность, чувство «провалов», эхолалия, астериксис, геморрагический синдром*) — для диагностики степени тяжести, осложнений и своевременного перевода в **ОРИТ**;
- оценка степени **нарушения сознания и комы** по **шкале Глазго** у пациентов с признаками печёночной комы — не позднее **30 минут** от момента поступления в стационар;
- **перевод в ОРИТ** пациентам с **тяжёлым** течением ГА и развитием **печёночной комы** при наличии неотложных состояний.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза

Общий (клинический) анализ крови развёрнутый — для комплексной оценки степени тяжести

болезни, своевременного выявления осложнений.
Комментарии: при неосложнённом течении характерны **лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ** в преджелтушный период, **анемия** возникает редко. При фульминантной или осложнённых формах — **лейкоцитоз, нейтрофилёз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения, замедление СОЭ.**

Общий (клинический) анализ мочи — для выявления признаков нарушения пигментного обмена.

Комментарии: характерны **изменение цвета мочи, повышение уробилиногена и желчных пигментов.** Выявление в моче **уробилина** и желчных пигментов возможно уже в **преджелтушном** периоде.

Анализ крови биохимический общетерапевтический:

- **общий билирубин, свободный и связанный билирубин;**
- **АлАТ, АсАТ;**
- **ГГТП, ЩФ;**
- **глюкоза в крови.**

Комментарии: характерно **увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП.**

Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза): время свёртывания нестабилизированной крови, время кровотечения, протромбиновое время, тромбиновое время, **МНО** — пациентам с **геморрагическим синдромом.**

Комментарии: выявляется **снижение фибриногена**

и факторов свёртывания: **II, V, VII, VIII, IX, X**, **снижение** протромбинового времени, **удлинение** периода свёртывания крови, **снижение ПТИ**.

Общий белок, белковые фракции методом электрофореза, **электролиты** крови — пациентам с ГА и **печёночной комой**.

Комментарии: при тяжёлом течении возможно развитие **гипоальбуминемии, диспротеинемии, нарушения электролитного состава** крови.

Определение anti-HAV IgM к вирусу гепатита А в крови методом **ИФА** — пациентам с любым вариантом течения ГА для **этиологического подтверждения** диагноза.

Комментарии: при любом варианте течения образуются специфические иммуноглобулины классов **M** и **G** (*anti-HAV IgM* и *anti-HAV IgG*). **Anti-HAV IgM** появляются в крови с конца **инкубационного** периода — первых дней манифестации. Длительность циркуляции — от нескольких недель до **4–6 месяцев (в среднем 3 месяца)**. Необходимо учитывать возможность обнаружения **anti-HAV IgM** в ближайшие недели после **вакцинации**. **Anti-HAV IgG** начинают циркулировать в крови в период **реконвалесценции** и свидетельствуют о **санации** организма от вируса; также выявляются после **вакцинации**.

Определение РНК ВГА в крови методом **ПЦР** — у пациентов с клиническими проявлениями ГА, но при **отсутствии** антител к ВГА класса **IgM** для **этиологического подтверждения** диагноза.

Комментарии: **РНК-HAV** — показатель **репликации**

вируса. РНК может быть обнаружена в **инкубационный, желтушный** периоды, а также при **обострении**. Средняя длительность циркуляции РНК в крови — **10–14 дней**, но в исключительных случаях — до **6–9** и более месяцев.

Серологические исследования для дифференциальной диагностики и определения микст-инфицирования:

- **HBsAg** (*гепатит В*) в крови;
- **anti-HCV IgG** и **anti-HCV IgM** (*гепатит С*) в крови;
- **anti-HEV IgM** (*гепатит Е*) в крови;
- методом **ИФА**.

Пациентам с **печёночной комой** — не позднее **24 часов** от момента поступления:

- **РНК ВГА** (ПЦР, качественное);
- **ДНК ВГВ** (ПЦР, качественное);
- **РНК ВГД** (ПЦР, качественное);
- **РНК ВГС** (ПЦР, качественное).

Определение групп крови по системе **ABO** и **резус-фактора** — пациентам с **тяжёлыми** и **фульминантными** формами для возможного оказания неотложной помощи.

Пациентам с **печёночной комой** — **биохимический анализ крови** (*общий и связанный билирубин, АлАТ, АсАТ*), **коагулограмма**, **группа крови** и **резус-фактор** — выполнить не позднее **3 часов** от момента поступления в стационар.

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

- **динамический контроль** общего анализа крови развёрнутого — пациентам с **тяжёлыми, осложнёнными** формами и при наличии **сопутствующей патологии** (при наличии *клинических показаний*);
- **динамический контроль** биохимического анализа крови (билирубин, АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЩФ, общий белок, белковые фракции, протромбиновое время) — всем пациентам с ГА. Периодичность — **7–10 дней** (при *клинических показаниях* — на усмотрение лечащего врача).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **УЗИ** органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства — всем пациентам с ГА для диагностики **увеличения** и изменения структуры печени, увеличения **селезёнки**, исключения сопутствующей патологии ЖКТ. *Комментарий:* для ГА характерна **гепатомегалия без изменения структуры** печени, возможна **спленомегалия**.
- **КТ** или **МРТ** органов брюшной полости — пациентам с **неясными очаговыми изменениями** в печени и селезёнке или противоречивыми данными УЗИ.
- **ЭКГ** — пациентам с любыми отклонениями сердечно-сосудистой системы. *Комментарии:*

для острого периода характерна склонность к **брадикардии**; при ухудшении состояния и риске развития **прекомы** прогностически неблагоприятными признаками являются **тахикардия, приглушение тонов** сердца.

- **Эзофагогастродуоденоскопия** — пациентам с **болями в животе**, рвотой «**кофейной гущей**» для уточнения характера повреждения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.

2.5 Иные диагностические исследования

- **Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом** — пациентам с неотложными состояниями (*в т. ч. с печёночной комой*) для определения показаний к переводу в **ОРИТ** — не позднее **30 минут** от момента поступления в стационар.
- **Осмотр врача-хирурга** — пациентам с **интенсивными болями в животе, гипотонии, геморрагическом синдроме** — для исключения острой хирургической патологии.
- **Осмотр врача-невролога** — пациентам с признаками **энцефалопатии** — для своевременной специализированной помощи.
- **Дифференциальная диагностика ГА с другими вирусными гепатитами и заболеваниями, протекающими с синдромом желтухи** — всем пациентам с ГА для достоверного подтверждения диагноза.

Комментарии: наибольшую трудность для диагностики представляют случаи, при которых

отсутствуют характерные эпидемиологические данные, а клиническая симптоматика ограничивается **общей интоксикационными** симптомами.

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

ГА относится к **самолимитирующим** инфекциям. Основой является **максимально бережная** тактика ведения больных, показано проведение **базисной терапии**, при которой необходимо **избегать неоправданного назначения** лекарственных средств (ВОЗ, 2019).

Больные ГА, протекающим в **лёгкой форме**, могут лечиться **на дому**, остальные подлежат **госпитализации** и лечению в **инфекционных стационарах** или отделениях.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (противовирусная) терапия

Не рекомендовано применение противовирусных препаратов системного действия для лечения пациентов с ГА **независимо от тяжести** течения заболевания.

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

Базисная терапия — обязательно всем пациентам независимо от тяжести течения для восстановления нарушенных функций печени и **профилактики осложнений**.

Комментарии: базисная терапия включает **щадящий режим и диету**. Из рациона исключают жареные, копчёные, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (*свинина, баранина*).

Категорически запрещается алкоголь в любых видах. Организация диетического лечебного питания проводится в соответствии с приказами МЗ РФ от 5 августа 2003 г. № 330, от 21 июня 2013 г. № 395н и от 23 сентября 2020 г. № 1008н.

Дезинтоксикационная терапия — пациентам с ГА по **клиническим показаниям** с учётом степени тяжести для купирования синдрома **интоксикации**.

Комментарии: объём зависит от степени тяжести:

- **лёгкая** степень — **пероральная** дезинтоксикация в объёме **2–3 литров** жидкости в сутки (*некрепко заваренный чай с молоком, мёдом, вареньем; отвар шиповника; свежеприготовленные фруктовые и ягодные соки; компоты; щелочные минеральные воды*);
- **средняя** степень — **инфузионная** терапия: **800–1200 мл 5 %** раствора декстрозы внутривенно капельно; меглюмина натрия сукцинат — со скоростью до **90 капель/мин** (*1–4,5 мл/мин*) —

400–800 мл/сут (средняя суточная доза — **10 мл/кг**; курс — до **11 дней**);

- **тяжёлая** степень — **усиление** дезинтоксикации путём введения декстрана, **10 %** раствора альбумина, плазмы крови.
-

Пациентам с **печёночной комой** при поступлении — **инфузионно-трансфузионная** терапия и терапия **глюкокортикоидами** не позднее **30 минут** от момента поступления (при отсутствии медицинских противопоказаний).

Экстракорпоральная детоксикация (плазмоферез, плазмоферез с частичным плазмообменом, гемосорбция, гемодиализ) — пациентам с **тяжёлыми** формами ГА в случае **неэффективности** проведённой дезинтоксикационной терапии.

Пациентам с **острой печёночной недостаточностью** — лечение согласно соответствующему протоколу в условиях **ОРИТ**.

Комментарии: в коматозном состоянии для улучшения лёгочной вентиляции рекомендовано использование **аппарата искусственного дыхания**.

Антифибринолитические средства — пациентам с **геморрагическим синдромом** для коррекции гемостаза.

Комментарии: назначение ингибиторов фибринолиза — **аминокапроновой кислоты 5 %** раствора **200 мл** внутривенно капельно **2 раза** в

сутки при продолжающемся геморрагическом синдроме; **свежезамороженной плазмы (300–400 мл).**

Аминокислоты и их производные и прочие препараты для лечения заболеваний печени — пациентам независимо от формы тяжести для улучшения **тканевого обмена, стабилизации клеточных мембран.**

Комментарии:

- **адеметионин** — первые **2 недели** внутривенно струйно в дозе **800–1600 мг** ежедневно, с последующим переходом на таблетки **400 мг** — по **2–4 таблетки** в день;
 - **глицирризиновая кислота + фосфолипиды** — лиофилизат **2500 мг**, предварительно растворив в **10 мл** воды для инъекций, в/в струйно медленно **2 раза** в день в течение **10 дней**, затем переход на пероральный приём по **1–2 капсулы 3 раза** в сутки 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.**
-

Папаверин и его производные — пациентам с жалобами на **ноющие боли** в правом подреберье, обусловленные **спазмами** гладкой мускулатуры жёлчевыводящих путей, и при развитии **холестаза** для улучшения **оттока желчи.**

Комментарии: дротаверин — **40–80 мг 1–2 раза** в сутки; папаверин — **40 мг 2–3 раза** в сутки.

Препараты урсодезоксихолевой кислоты в комбинации с парентеральным введением аминокислот и их производных (*адеметионина*) — пациентам с **продолжительной гипербилирубинемией** и симптомами **холестаза** с антихолестатической и гепатопротективной целью.

Комментарии:

- урсодезоксихолевая кислота — **500–1000 мг/сутки (на ночь)** внутрь; длительность курса при выраженном холестатическом компоненте — **до 2–3 месяцев**;
 - адеметионин — рекомендуемая доза **5–12 мг/кг/сут** внутривенно или внутримышечно; при поддерживающей терапии — таблетки **800–1600 мг/сутки** на протяжении **2–4 недель**.
-

Терапия, направленная на нормализацию функции ЖКТ (профилактика запоров) — всем больным ГА с целью **выведения токсических веществ**.

Комментарии: используется **лактолоза** — начальная суточная доза **15–45 мл**, поддерживающая — **15–30 мл**. Доза подбирается **индивидуально** таким образом, чтобы стул был **ежедневно**, оформленный или кашицеобразный.

Ферментные препараты — пациентам с симптомами поражения **поджелудочной железы** с **заместительной** целью.

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**.

Антибактериальная терапия — пациентам с присоединением **инфекционных бактериальных осложнений** и сопутствующих заболеваний (*холецистит, холангит, пневмония и др.*) для **санации** очагов бактериальной инфекции.

Комментарии: при выраженном холестатическом синдроме и длительной гипербилирубинемии всегда имеют место поражения жёлчевыводящих путей (*холангит, холецистит, перихолецистит*):

- **цефалоспорины 1-го и 3-го поколения** — цефазолин или цефтриаксон в дозе **1000 мг 2 раза** в сутки внутримышечно;
 - **метронидазол** — **500 мг 3 раза** в сутки внутрь;
 - длительность курса — **10–14 дней**;
 - предпочтительным является назначение **метронидазола**.
-

3.2 Хирургическое лечение

Острая печёночная недостаточность при ГА встречается **очень редко** (*менее 1 %*). Пациенты с **МНО > 1,5** и в случае появления других признаков острой печёночной недостаточности (*острой*

печёночной энцефалопатии) должны быть консультированы трансплантологами и направлены в центр трансплантации печени.

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

Реабилитация не требуется — в связи с полным выздоровлением пациента.

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

Профилактика ГА должна быть комплексной — только сочетание методов неспецифической и специфической профилактики обеспечивает снижение заболеваемости.

5.1 Специфическая профилактика

Вакцинация — основной метод специфической профилактики.

Комментарии: проводится с помощью вакцин для профилактики вирусного гепатита А, которые представляют собой **инактивированный** вирус ГА, адсорбированный на **гидроокиси алюминия**. В большинстве стран вакцина рекомендована для

иммунизации **групп риска**, перечень которых определяется органами здравоохранения.

Лица с повышенным риском инфицирования ГА:

- **дети**, проживающие на территориях с **высоким уровнем** заболеваемости ГА;
- **медицинские работники**;
- **воспитатели** и персонал **детских дошкольных организаций**;
- **работники сферы обслуживания** (*прежде всего занятые в организациях общественного питания, по обслуживанию водопроводных и канализационных сооружений, оборудования и сетей*);
- **выезжающие** в эндемичные по ГА регионы и страны;
- **контактные** в очагах по **эпидемическим показаниям**;
- **военнослужащие** воинских частей, дислоцированных в районах с **неудовлетворительными санитарно-бытовыми условиями** или негарантированным водоснабжением;
- **лица с хроническими заболеваниями печени** (*хронические вирусные гепатиты; хронические носители ВГВ, ВГС, ВГД; гепатиты алкогольного, аутоиммунного, токсического, лекарственного генеза; болезнь Вильсона–Коновалова, гепатозы и гепатопатии*);
- **пациенты с заболеваниями крови** и лица, находящиеся на **гемодиализе**;
- **лица с поведенческим риском** (*мужчины, имеющие половые связи с другими мужчинами*);

лица, ведущие беспорядочную половую жизнь; лица, употребляющие инъекционные наркотики; пациенты наркологических диспансеров);

- **ВИЧ-инфицированные** при их выявлении.

Эффективность вакцинации:

- почти у **100 %** людей в течение **1 месяца** после введения **одной дозы** развиваются **защитные уровни антител**;
- даже одна доза способна защитить, если аппликация проведена в течение **2 недель** после контакта с вирусом;
- для формирования **длительного и устойчивого иммунитета (20 и более лет)** — две дозы с интервалом от **6 месяцев до 6 лет**;
- схема вакцинации — **две внутримышечные инъекции**; некоторые производители предлагают считать второе введение **бустерным (определяющим длительное сохранение анти-ВГА)**;
- возраст, с которого можно вводить вакцину, — **1–2 года**;
- до **16–18 лет** применяется **детская дозировка (половинная доза)**;
- продемонстрирована эффективность **однократной массовой вакцинопрофилактики** (Аргентинский опыт; подтверждён в Республике Тыва).

5.2 Неспецифическая профилактика

- **благоустройство** населённых пунктов (*очистка территории, вывоз мусора*);
- обеспечение населения **доброкачественной водой** и **безопасными** в эпидемиологическом отношении продуктами питания;
- улучшение **санитарно-гигиенических условий** труда и быта;
- создание условий, гарантирующих соблюдение **санитарных правил** к заготовке, транспортировке, хранению, технологии приготовления и реализации **продуктов питания**;
- обеспечение повсеместного выполнения **санитарно-гигиенических норм** и санитарно-противоэпидемического режима в **детских учреждениях**, учебных заведениях, **лечебно-профилактических** организациях, воинских коллективах;
- соблюдение **личной гигиены** (*регулярное мытьё рук безопасной водой*);
- проведение **гигиенического воспитания** населения.

5.3 Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение реконвалесцентов ГА в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники — в течение **3–6 месяцев** (*в зависимости от самочувствия, скорости нормализации размеров печени и динамики биохимических показателей*).

Комментарии: наблюдение проводится не позднее чем через **1 месяц** после выписки из стационара. При выписке со **значительным повышением** активности аминотрансфераз — осмотр через **14 дней** после выписки. При отсутствии клинических и лабораторных отклонений — снятие с учёта с рекомендацией освобождения от **тяжёлой физической работы и занятий спортом**.

Ограничения после выписки (в течение 6 месяцев):

- **воздержаться** от профилактических прививок (*кроме анатоксина столбнячного и вакцины для профилактики бешенства при наличии показаний*);
- **воздержаться** от проведения **плановых операций**;
- **воздержаться** от приёма препаратов с **токсическим действием** на печень;
- **воздержаться** от **алкоголя**.

6. Организация оказания медицинской помощи

Госпитализация в инфекционное отделение больных, подозрительных на заболевание ГА.

Комментарии: в отдельных случаях **лёгкого течения** допускается лечение на дому при лабораторно подтверждённом диагнозе (обнаружение ***anti-HAV IgM*** или ***РНК ВГА***) при условиях:

- проживание в **отдельной благоустроенной квартире**;

- **отсутствие контакта** по месту проживания с работниками лечебно-профилактических, детских и приравниваемых к ним организаций, а также с детьми, посещающими детские образовательные учреждения;
- обеспечение **ухода** и выполнения всех мер **противоэпидемического режима**;
- отсутствие у заболевшего **других вирусных гепатитов**, хронических заболеваний с частыми обострениями, **наркомании, алкоголизма**;
- обеспечение **динамического клинического наблюдения и лабораторного обследования** на дому.

Сроки осмотра врачом-инфекционистом:

- без печёночной комы — не позднее **2 часов** от момента поступления;
- с печёночной комой — в течение **10 минут** от момента поступления.

Выписка из стационара

Без печёночной комы — при:

- снижении активности **АлАТ** — **менее 150 Ед/л**;
- снижении уровня **билирубина** — **до 40 мкмоль/л** и менее;
- повышении **ПТИ** — **не ниже 80 %** и выше.

С печёночной комой — при:

- улучшении **сознания по шкале Глазго**;
- уменьшении **гепатомегалии (гепатоспленомегалии)**;
- **отсутствии выпота** в брюшной полости;

- снижении активности **АлАТ** — **менее 150 Ед/л**;
 - снижении уровня **билирубина** — **до 60 мкмоль/л** и менее;
 - повышении **ПТИ** — **не ниже 70 %** и выше.
-

Формы и условия оказания медицинской помощи

Формы:

- **экстренная** медицинская помощь;
- **неотложная** медицинская помощь;
- **плановая** медицинская помощь.

Виды:

- **первичная** медико-санитарная помощь;
- **скорая**, в т. ч. скорая специализированная;
- **специализированная**, в т. ч. высокотехнологичная.

Условия для взрослых:

- **амбулаторно** (без круглосуточного наблюдения);
- **дневной стационар** (наблюдение и лечение в дневное время);
- **стационарно** (круглосуточное наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь:

- **первичная доврачебная** — в фельдшерско-акушерских пунктах;
- **первичная врачебная** — врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом);

- **первичная специализированная** — врачом-инфекционистом.

Специализированная помощь — в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами (*профилактика, диагностика, лечение с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинская реабилитация*).

Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению **врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-инфекциониста**, медицинских работников, выявивших ГА.

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

Факторы риска тяжёлого течения:

- **возраст** пациента;
- **беременность** в 3-м триместре;
- **сопутствующие заболевания:** хронические диффузные заболевания печени (*суперинфекция и ко-инфекция с **HCV, HBV***), хроническая алкогольная интоксикация, употребление психотропных средств.

Факторы, увеличивающие риск печёночной недостаточности и летального исхода:

- **микст-инфицирование** гепатотропными вирусами и **ВИЧ**;

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

Критерии оценки качества медицинской помощи
Без печёночной комы

№	Критерий качества	Оценка
1	Осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2 часов от момента поступления	Да / нет
2	Биохимический анализ крови (<i>билирубин общий, свободный и связанный; АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЩФ, глюкоза</i>)	Да / нет
3	Определение ПТИ при наличии геморрагического синдрома	Да / нет
4	Определение anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HCV IgG и IgM методом ИФА	Да / нет
5	УЗИ органов брюшной полости (<i>комплексное</i>)	Да / нет
6	Проведена дезинтоксикационная терапия с учётом степени тяжести	Да / нет
7	Выписка при снижении АлАТ — менее 150 Ед/л	Да / нет
8	Выписка при снижении билирубина — до 40 мкмоль/л и менее	Да / нет

№	Критерий качества	Оценка
9	Выписка при повышении ПТИ — не ниже 80 %	Да / нет

С печёночной комой

№	Критерий качества	Оценка
1	Осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от момента поступления	Да / нет
2	Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут	Да / нет
3	Инфузионно-трансфузионная терапия не позднее 30 минут (при отсутствии противопоказаний)	Да / нет
4	Определение РНК гепатитов А, С, D и ДНК гепатита В методом ПЦР — не позднее 24 часов	Да / нет
5	Биохимический анализ крови (билирубин, АлАТ , АсАТ , ГГТП , ЩФ , глюкоза) — не позднее 3 часов	Да / нет
6	Определение групп крови (AB0) и резус-фактора	Да / нет
7	Коагулограмма — не позднее 3 часов	Да / нет
8	Оценка сознания и комы по шкале Глазго — не позднее 30 минут	Да / нет
9	Перевод в ОРИТ при наличии неотложных состояний	Да / нет
10	Антибактериальная терапия при присоединении бактериальных осложнений (<i>холецистит, холангит, пневмония и др.</i>)	Да / нет
11	УЗИ или КТ или МРТ органов брюшной полости	Да / нет
12	Выписка при улучшении сознания по шкале Глазго	Да / нет

№	Критерий качества	Оценка
13	Выписка при уровне билирубина — не выше 60 мкмоль/л (кроме холестатических форм)	Да / нет
14	Выписка при ПТИ — не ниже 70 %	Да / нет
15	Выписка при уменьшении гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствии выпота в брюшной полости	Да / нет

Дифференциальная диагностика острых вирусных гепатитов у взрослых

Признаки	Гепатит А	Острый гепатит В	Острый гепатит С
Эпидемиологические предпосылки	Пребывание в очаге ГА за 15–40 дней до заболевания	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в т. ч. инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в т. ч. инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГС
Начальный (преджелтушный) период	Острое начало, короткий преджелтушный период — до 4–7 дней (чаще гриппоподобный тип)	Постепенное начало, длительный преджелтушный период — до 7–14 дней (чаще	Как правило, отсутствует . При наличии — слабо выраженная интоксикация

Признаки	Гепатит А	Острый гепатит В	Острый гепатит С
		<i>смешанный тип с возможными полиартралгиями)</i>	в течение 1–4 дней
Желтушный период	Быстрое развитие желтухи, с появлением которой улучшается самочувствие. Непродолжительный (в среднем 2 недели)	Постепенное развитие желтухи, с появлением которой отсутствует улучшение или ухудшение. Длительный период с медленным исчезновением симптомов	Как правило, отсутствует . При наличии — незначительная быстропроходящая желтуха
Лабораторная диагностика	Anti-HAV IgM	HBsAg, anti-HBc IgM, ДНК ВГВ	Anti-ВГС IgM, РНК , реже — общие антитела (<i>anti-ВГС</i>); при отсутствии anti-NS4

Дифференциальная диагностика ГА и других заболеваний, протекающих с синдромом желтухи

Признаки	Гепатит А	Псевдотуберкулёз	Лептоспироз	Приступ печёночной колики (калькулёзный холецистит)
Эпидемиологические предпосылки	Контакт с больными	Употребление в пищу свежей капусты или моркови	Контакт с животными; купание в реках или озёрах	Нет
Температура тела	Нормальная	38–39 °С	39–40 °С	38–39 °С
Симптомы интоксикации	Слабость, отсутствие аппетита, тошнота, рвота	Слабость, снижение аппетита, боли в мышцах и суставах	Выраженная слабость, головная боль, отсутствие аппетита, боли в икроножных мышцах	Общая слабость, тошнота, рвота
Цвет кожи	Жёлтый; при тяжёлой форме — петехиальная сыпь	Жёлтый; гиперемия лица, шеи, кистей рук, стоп; обильная	Жёлтый; гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнкт	Жёлтый

Признаки	Гепатит А	Псевдотуберкулёз	Лептоспироз	Приступ печёночной колики (калькулёзный холецистит)
		мелкопятнистая точечная сыпь	ивы, кровоизлияния в склеру; пятнистая сыпь	
Цвет слизистых оболочек рта и глотки	Жёлтый	Жёлтый; катаральное воспаление	Жёлтый	Жёлтый
Частота пульса	Нормальная или относительная брадикардия (редкий пульс относительно температуры)	Тахикардия соответственно уровню температуры	Тахикардия соответственно уровню температуры	Тахикардия соответственно уровню температуры
Пальпация живота	Умеренная болезненность в правом подреберье	Болезненность в правой подвздошной области	Безболезненная	Положительные желчнопузырные симптомы

Признаки	Гепатит А	Псевдотуберкулёз	Лептоспироз	Приступ печёночной колики (калькулёзный холецистит)
Печень	Увеличена	Увеличена	Увеличена	Может быть увеличена
Селезёнка	Увеличена (в 30 %)	Увеличена (в 15 %)	Увеличена (в 50 %)	Не увеличена
Количество лейкоцитов	Нормоцитоз (нормальное количество)	Умеренный лейкоцитоз	Лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Лейкоцитарная формула	Лимфоцитоз, плазматические клетки	Нейтрофилия, эозинофилия	Нейтрофилия	Нейтрофилия со сдвигом в сторону молодых форм
СОЭ	Нормальная или снижена	Повышена	Повышена	Повышена

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

В исходном материале представлен алгоритм в графическом виде — схема действий врача при ведении пациента с гепатитом А.

Приложение В. Информация для пациента

Гепатит А — болезнь печени, вызываемая **вирусом гепатита А**. Вирус распространяется главным образом при потреблении **загрязнённых фекалиями** инфицированного человека пищевых продуктов или воды. Болезнь тесно связана с **отсутствием безопасной воды** или пищи, **ненадлежащей санитарией** и **плохой личной гигиеной**. В отличие от гепатита В и С инфицирование ГА **не приводит** к хронической болезни печени и **редко** заканчивается смертельным исходом, но может вызывать **ослабляющие здоровье** симптомы и **молниеносный гепатит** (*острую печёночную недостаточность*), который зачастую является смертельным.

Инкубационный период длится обычно **14–28** дней.

Симптомы могут быть как **лёгкими**, так и **тяжёлыми**: повышенная температура, **недомогание**, потеря аппетита, **диарея**, **рвота**, неприятные ощущения в животе, **потемнение мочи**, **желтуха** (*пожелтение кожи и белков глаз*). Не у всех инфицированных проявляются все симптомы.

Особенности течения:

- признаки и симптомы у **взрослых** наблюдаются **чаще**, чем у детей;

- вероятность тяжёлой формы и фатальных последствий выше в **пожилом возрасте**;
- иногда возможны **рецидивы** (*у выздоровевшего человека развивается ещё один острый эпизод с последующим выздоровлением*).

Факторы риска:

- **плохая санитария**;
- отсутствие **безопасной воды**;
- употребление **рекреационных препаратов** (*наркотических веществ*);
- совместное проживание с **инфицированным** человеком;
- **сексуальные отношения** с человеком, имеющим острую инфекцию ГА;
- поездки в районы с **высокой эндемичностью** без предварительной иммунизации.

Диагностика: точный диагноз — выявление в крови **специфических anti-HAV IgM**. Дополнительный тест — **ОТ-ПЦР** для выявления **РНК** вируса (*требует специального лабораторного оборудования*).

Лечение: **специального лечения нет**.

Выздоровление может занимать **несколько недель или месяцев**. Важно **избегать излишних лекарств**. Терапия направлена на **поддержание комфорта и адекватного питания**, включая **возмещение жидкости** (*при рвоте и диарее*).

Профилактика: **безопасное водоснабжение, безопасность пищевых продуктов, улучшенная санитария, мытьё рук и вакцина против ГА** — самые эффективные способы борьбы.

Приложение Г1. Шкала комы Глазго (*Glasgow Coma Scale*)

Источник: *Teasdale G.M., Jennett B., 1974.*

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 одёргивания в ответ на боль	4
сгибание верхних конечностей в ответ на боль (<i>поза декортикации</i>)	3
разгибание верхних конечностей в ответ на боль	2
нет реакции	1

Ключ:

- шкала состоит из **трёх** тестов: открывание глаз (*от 1 до 4*), речевые реакции (*от 1 до 5*), двигательные реакции (*от 1 до 6*);
- уровень сознания выражается **суммой баллов**;
- минимальная оценка — **3 балла**, максимальная — **15 баллов**;
- оценка **8 баллов и ниже** определяется как **кома**;
- оценка **3–5 баллов** — **прогностически крайне неблагоприятна**, особенно в сочетании с **широкими зрачками и отсутствием окуловестибулярного рефлекса**.