

2026.10.02 Острый гепатит В (ГВ)

у взрослых -

Клин.Рек. ID 672_2 от 15.10.2024 -

КОНСПЕКТ 10.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

2026.10.02 Острый гепатит В (ГВ) у взрослых -

Клин.Рек. ID 672_2 от 15.10.2024 - КОНСПЕКТ

10.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений

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

1.1 Определение заболевания или состояния

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Устойчивость во внешней среде

Генотипы

Мутации и их влияние

Патогенез

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния

Искусственные пути

Естественные пути

1.4 Особенности кодирования по МКБ

1.5 Классификация заболевания или состояния

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния

Преджелтушный период

Желтушный период

Период реконвалесценции

Клинические варианты ВГВ

Затяжные формы

Особенности у разных групп

Осложнения

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

Критерии установления диагноза

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.5 Иные диагностические исследования

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

Принципы лечения

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (противовирусная) терапия

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

3.2 Хирургическое лечение

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

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

5.1 Специфическая профилактика

Экстренная профилактика

5.2 Неспецифическая профилактика

5.3 Диспансерное наблюдение

6. Организация оказания медицинской помощи

Критерии выписки из стационара

Формы и условия оказания медицинской помощи

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

Без печёночной комы

С печёночной комой

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

Дифференциальная диагностика острых вирусных гепатитов у взрослых

Дифференциальная диагностика ГВ и других заболеваний, протекающих с синдромом желтухи

Приложение В. Информация для пациента

Лечение острого гепатита В

Симптомы гепатита В

Приложение Г1. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale)

1. Открывание глаз

2. Вербальная реакция

3. Двигательная реакция

Интерпретация

Список сокращений

АлАТ — аланинаминотрансфераза

АсАТ — аспартатаминотрансфераза

ВГВ — вирус гепатита В

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГА — гепатит А

ГВ — гепатит В

ГГТП — гаммаглутамилтранспептидаза

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 нормализованное
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

HBcAg — 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

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

1.1 Определение заболевания или состояния

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 неё*). Протекает с выраженным полиморфизмом клинических проявлений и исходов — от выздоровления до возможности развития **хронического гепатита В, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы**.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Возбудитель — вирус гепатита В (HBV), семейство **Нерадnaviridae**. Диаметр вириона **42–45 нм**. Ядро состоит из **нуклеокапсида**, включающего:

- **ДНК;**
- фермент **ДНК-полимеразу;**
- белки: ядерный антиген (**HBcAg**), его секретируемую растворимую часть (**HBeAg**) и антиген неясной роли (**HBxAg**).

Наружная оболочка представлена **поверхностным антигеном (HBsAg)** — «австралийский» антиген.

Имеет **4 подтипа**: adw, adr, ayw, ayr. На поверхности HBsAg имеется рецептор для прикрепления к рецептору гепатоцита — этим обеспечивается **гепатотропность** вируса. HBsAg синтезируется в цитоплазме гепатоцитов: часть идёт на сборку вируса, часть секретируется в кровь и служит **маркером инфицирования**.

Капсид (внутренняя оболочка) представлен **HBcAg**, окружающим вирусную ДНК. В ядрах гепатоцитов HBcAg локализуется в свободной форме.

В состав HBcAg входит **HBeAg**. Свободный HBeAg в сыворотке отражает **степень вирусной репликации**. Кровь такого больного особенно заразна.

HBV обладает **мутационной изменчивостью** (с чем связаны некоторые случаи ациклического течения). Существуют мутантные варианты, при которых сохраняется продукция HBsAg, но не определяются антитела к HBcAg и сам HBcAg.

Вакцины для профилактики защищают от заражения различными генотипами и **Pre Core** мутантом HBV.

Устойчивость во внешней среде

Условие	Время инаktivации
100 °C	30 мин
Холодильник	до 1 года
Замороженное состояние	20 лет
Сухая плазма	25 лет
1–2% хлорамина	2 ч

Условие	Время инаktivации
1,5% формалин	7 суток
Автоклавирование, 120 °С	45 мин
Сухой жар, 180 °С	60 мин

Генотипы

Генотипы — варианты вируса, отличающиеся структурой генома не менее чем на **8%**. Выделено **10 генетических групп (А–J)** с географическим распределением. Генотипы разделяются на **субтипы** (*более 4, но менее 8% различий*). Генотипы **Е, G, H, I, J** субгенотипов не имеют. Различия между генотипами имеют **клиническую значимость** и влияют на эффективность терапии.

Мутации и их влияние

- **Pre-S1 и Pre-S2** — повышают риск **гепатоцеллюлярной карциномы**, влияют на скорость сероконверсии по HBsAg (*характерно при скрытом гепатите В*);
- **S-мутации** — способствуют переходу в **хроническую форму** и развитию гепатоцеллюлярной карциномы;
- **Х-мутации** — способствуют развитию гепатоцеллюлярной карциномы;
- **Pre-core и core-мутации** — приводят к более **тяжёлому течению**, циррозу и гепатоцеллюлярной карциноме;
- **Р-мутации** — ответственны за **резистентность** к аналогам нуклеозидов.

Патогенез

Проникновение HBV в гепатоцит — начальный шаг инфекции. Вирус транспортируется к ядру, где расположена **ковалентно непрерывная кольцевая ДНК** как репликация матрицы. ДНК вируса **интегрируется** в клеточную ДНК человека, что приводит к вторичным генетическим изменениям (*делеция, перемещение, геномная неустойчивость*).

ОРС S (**2854–835 пар нуклеотид**) кодирует **3 гена**: pre-S1, pre-S2 и область S. Существуют **3 формы** поверхностных белков (**S, M, L**). Главная антигенная петля — **«а» детерминантная область** (*аминокислоты 124–147*) — главный эпитоп, способный вызвать **защитную иммунную реакцию**. Мутации в гене S могут возникать естественно, а также в результате терапии иммуноглобулином или иммунного ответа на вакцину.

Острая инфекция генотипами А и D приводит к более высокой частоте хронизации, чем генотипами **В и С**. У генотипов **С и D** — низкие показатели спонтанной сероконверсии. Генотип **С** чаще мутирует в основном промоторе гена С (**BCP A1762T/G1764A**) и демонстрирует более высокую вирусную нагрузку, чем генотип В. Генотип **D** — аналогично больше мутаций в области BCP, чем генотип А.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния

ОГВ — **антропоноз**. Источники инфекции — больные с различными формами заболевания.

Вирус содержится в **крови, сперме, вагинальном секрете**.

Механизм инфицирования — гемоконтактный (парентеральный).

Пути инфицирования:

- **Естественные:** половой, бытовой, перинатальный;
- **Искусственные:** связанные с парентеральными вмешательствами.

Восприимчивость — **всеобщая** (обусловлена наличием специфических рецепторов к HBsAg на гепатоцитах).

Искусственные пути

Немедицинские манипуляции (наибольший риск):

- инъекционное введение наркотических средств — риск **80–100%**;
- татуировки, пирсинг, ритуальные обряды;
- косметические, маникюрные, педикюрные процедуры с контаминированными инструментами.

Медицинские манипуляции:

- переливание крови или её компонентов, пересадка органов, гемодиализ (*высокий риск*);
- контаминированный медицинский и лабораторный инструментарий;
- эндоскопические исследования и другие процедуры с риском повреждения кожи или слизистых.

Естественные пути

ГВ всё чаще фигурирует как заболевание, **передающееся половым путём.**

Вертикальная (трансплацентарная) передача от инфицированной матери плоду:

- **I и II триместр** — риск **3–6%**;
- **III триместр** — риск приближается к **100%** (особенно при *HBsAg(+)* и *HBeAg(+)*).

В семейных парах риск инфицирования партнёров — **17–50%** (в зависимости от наличия *HBsAg* или *HBeAg*).

В результате программы массовой иммунизации населения РФ против гепатита В (сведения на 31.12.2024) регистрируются **единичные случаи** ОГВ.

1.4 Особенности кодирования по МКБ

- **B16** — Острый гепатит В
- **B16.0** — Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) и печёночной комой
- **B16.1** — Острый гепатит В с дельта-агентом (коинфекция) без печёночной комы
- **B16.2** — Острый гепатит В без дельта-агента с печёночной комой
- **B16.9** — Острый гепатит В без дельта-агента и без печёночной комы

1.5 Классификация заболевания или состояния

По типу:

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

1. безжелтушная;
2. стёртая;
3. субклиническая (*латентная*);
4. бессимптомная (*инаппарантная*).

По тяжести:

1. лёгкая;
2. средней тяжести;
3. тяжёлая;
4. **фульминантная** (*молниеносная*).

По длительности течения:

1. **Острое циклическое** — длительность до 3 месяцев;
2. **Затяжное прогрессирующее** — длительность до 6 месяцев.

По характеру:

1. гладкое;
2. негладкое:
 - с осложнениями;
 - с наложением вторичной инфекции;
 - с обострением хронических заболеваний.

Критерии формы тяжести — степень выраженности синдромов **интоксикации, желтухи и синтетической функции печени.**

Факторы, увеличивающие риск развития печёночной недостаточности:

- соматическая патология — **язвенная болезнь, сахарный диабет, заболевания крови;**
- инфекция — **одонтогенная, тонзиллогенная, туберкулёз;**

- **алкоголизм, наркомания, токсикомания;**
- **лекарственные токсические гепатиты;**
- **иммунодефицитные состояния;**
- **алиментарная дистрофия, несбалансированное питание.**

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния

Инкубационный период — от 1–4 до 6 месяцев, в среднем **80 дней**.

Манифестные формы протекают **циклически**, с различной степенью тяжести.

Преджелтушный период

Длится **8–12 дней** и более. Начало **постепенное**.

Характерны:

- **астеновегетативный синдром** — слабость, утомляемость, разбитость;
- **диспепсический синдром** — снижение аппетита, тошнота (*иногда рвота*), горечь во рту, тяжесть и тупые боли в правом подреберье;
- часты **головная боль**, нарушение сна;
- у **20–30%** больных — боли в крупных суставах, уртикарная сыпь (*реже кожный зуд*).

В конце преджелтушного периода увеличивается **печень** (*иногда селезёнка*), появляются **тёмная моча** и **ахоличный кал**. В моче — уробилиноген (*иногда желчные пигменты*). В крови повышается активность **АЛТ** и **АСТ**, обнаруживаются маркёры: **HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM**.

Преджелтушный период может **отсутствовать** — тогда потемнение мочи и желтушность склер служат первыми симптомами.

Желтушный период

С появлением желтухи самочувствие **не улучшается**: нарастает слабость, снижается аппетит вплоть до **анорексии**, тошнота, сухость и горечь во рту, нередко головная боль и головокружение; прекращаются артралгии. Печень увеличивается ещё более. Желтуха достигает максимума на **2–3 неделе**. Моча тёмная, кал ахоличный. Продолжительность — от нескольких дней до нескольких недель, чаще **2–6 недель**.

АЛТ повышена в **30–50 раз** в течение всего желтушного периода. Белково-синтетическая функция нарушается при тяжёлом течении (*снижение альбумина, протромбинового индекса*). Тимоловая проба — в пределах нормы. В периферической крови — тенденция к **лейкопении** и **лимфоцитозу**, СОЭ снижается или в норме.

Фаза угасания — постепенное улучшение состояния и восстановление печёночных тестов. Однако у ряда больных развиваются **обострения**.

Период реконвалесценции

Может продолжаться до **6 месяцев**. Билирубин нормализуется за **2–4 недели**; повышенная активность ферментов сохраняется **1–3 месяца**. Возможна волнообразная гиперферментемия. **Рецидив** с клинико-ферментативным обострением требует исключения **HDV-инфекции**.

Клинические варианты ВГВ

- желтушный;
- **холестатический**;
- безжелтушный;
- стёртый;
- **инаппарантный** (*субклинический*).

Безжелтушный вариант встречается в **20–40 раз чаще** желтушного.

Безжелтушная форма — отсутствие клинических признаков желтухи при положительных энзимных тестах и слабовыраженных общих проявлениях (*увеличение печени, субъективные признаки нарушений её функций*).

Субклиническая форма — отсутствие клинических проявлений (*в т.ч. гепатомегалии*), выявление специфических маркёров в сочетании с повышением трансаминаз (*прежде всего АЛТ*).

Инаппарантная форма — только специфические маркёры при полном отсутствии клинических и биохимических признаков.

Холестатический синдром — стойкий внутрипечёночный холестаз при слабой выраженности цитолиза. Интоксикация незначительная, ведущее проявление — **интенсивная желтуха** с упорным зудом кожи (*следы расчёсов*). Печень значительно увеличена, плотная. Кал ахоличный, моча тёмная длительно. В сыворотке — высокая **билирубинемия**, повышенные **холестерин, ЩФ, ГГТП; АЛТ**

относительно невысокий (3–5 норм). Желтушный период может затягиваться до **2–4 месяцев**.

Затяжные формы

При затяжных формах (15–20%) клинико-биохимические проявления длятся **3–6 месяцев**.

Критерии затяжного течения:

- **ДНК HBV** стабильно высокая > **3 недель**;
- **HBeAg** > **1 месяца**;
- **HBsAg** > **3 месяцев**;
- **анти-HBc IgM** — прогрессирующее течение; сохранение > **5 недель**, **2 и 6 месяцев** прогнозирует вероятность **хронизации**.

Особенности у разных групп

У взрослых в $\frac{1}{3}$ случаев — желтушные формы; риск хронизации **6–10%**. У пожилых — возможно тяжёлое течение, длительно, с холестазом; значительная **диспротеинемия**, высокий уровень билирубина, холестерина и ЩФ. Тяжесть зависит от **коморбидности**.

Осложнения

- **Острая печёночная недостаточность** — **0,8–1%** случаев;
- массивный **геморрагический синдром**;
- обострения и рецидивы — **1–1,5%**;
- поражение желчных путей;
- вторичная бактериальная инфекция (пневмония, холангит, холецистит и др.).

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

Критерии установления диагноза

Диагностика острого вирусного гепатита В осуществляется на основании патогномичных данных:

1. **анамнестические данные** — парентеральные вмешательства, половые контакты, контакт с носителями HBsAg;
2. **жалобы и данные физикального обследования** — наличие преджелтушного периода (*общее недомогание, диспепсические проявления, артралгии*), ухудшение самочувствия на фоне появившейся желтухи; желтушное окрашивание кожи и слизистых, потемнение мочи, обесцвечивание кала, увеличение размеров печени;
3. **лабораторные исследования** — выделение из клинического материала антигенов и антител вируса гепатита В, повышение **общего и прямого билирубина, АлАТ, АсАТ**;
4. **инструментальное обследование** — гепатомегалия без изменения структуры печени, возможна спленомегалия.

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется обратить внимание на:

- различные **парентеральные вмешательства и манипуляции** (*внутривенное введение психоактивных препаратов, переливание крови или её компонентов, операции, татуировки, пирсинг и т. д.*);
- **случайные половые контакты** или частая смена половых партнёров;
- **тесный контакт с носителями HBsAg**;

в течение последних **6 месяцев** до появления симптомов — всем пациентам с подозрением на ОГВ для выявления источника и факторов передачи инфекции.

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.

Рекомендуется обратить внимание на возможный **длительный преджелтушный период**:

- общее недомогание, **повышение температуры**, утомляемость, **анорексия**, тошнота, рвота;
- **артралгии**, **экзантема** типа крапивницы;
- **ухудшение самочувствия на фоне появившейся желтухи** (*отличительный признак вирусного гепатита*);
- потемнение мочи, обесцвечивание кала, увеличение размеров печени.

2.2 Физикальное обследование

Общий осмотр — всем пациентам с подозрением на ОГВ: выявление **желтушного окрашивания** кожи и слизистых оболочек для диагностики формы заболевания.

Пальпация живота — определение размеров (*увеличение или уменьшение*) и консистенции **печени** и **селезёнки** для диагностики гепатолиенального синдрома.

Признаки декомпенсации функции печени:

- **энцефалопатия;**
- **периферические отёки;**
- **геморрагический синдром** — для своевременной диагностики осложнённого течения.

При наличии признаков **острой печёночной недостаточности** — оценка степени нарушения сознания и комы по **шкале Глазго** не позднее **30 минут** от момента поступления в стационар (*проводится у пациентов с признаками печёночной комы*).

Перевод в ОРИТ — пациентам с тяжёлым течением и развитием **печёночной комы** при наличии неотложных состояний.

Перевод из ОРИТ в инфекционное отделение — при улучшении сознания по шкале Глазго.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1 Неспецифическая лабораторная диагностика

Общий (клинический) анализ крови с дифференцированным подсчётом лейкоцитов — всем пациентам с подозрением на ОГВ.

- При неосложнённом течении: **лимфоцитоз, лейкопения, нейтропения**, анемия возникает редко.
- При **фульминантной или осложнённой** форме: **лейкоцитоз, нейтрофилёз**, сдвиг лейкоцитарной формулы **влево**, **тромбоцитопения**, замедление СОЭ.

Общий (клинический) анализ мочи — всем пациентам с подозрением на ОГВ.

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

Биохимический анализ крови — всем пациентам с подозрением на ОГВ:

- **общий билирубин, свободный и связанный билирубин**;
- активность **АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЩФ** — для определения выраженности экскреторно-билиарного и цитолитического синдромов;
- характерно **увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП**.

Белково-синтетическая функция печени — всем пациентам с подозрением на ОГВ:

- **общий белок, альбумин**, соотношение белковых фракций (*высококчувствительный капиллярный электрофорез*);
- характерна **диспротеинемия** при осложнённом течении.

При **печёночной коме** — не позднее **3 часов** от момента поступления:

- общий белок, белковые фракции, **натрий, калий** в крови — для базовой оценки;
- возможно развитие **гипоальбуминемии, диспротеинемии**, нарушение электролитного состава крови.

Коагулограмма — при наличии **геморрагического синдрома**:

- время свёртывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы;
- время кровотечения;
- **протромбиновое (тромбопластиновое) время, тромбиновое время, МНО**;
- выявляется снижение **фибриногена** и факторов свёртывания **II, V, VII, VIII, IX, X**, снижение протромбинового времени, удлинение периода свёртывания, снижение **ПТИ**.

2.3.2 Специфическая лабораторная диагностика

Иммуноферментный анализ (ИФА) — всем пациентам с подозрением на ОГВ для подтверждения этиологического фактора:

- **HBsAg** (*поверхностный антиген*);
- **anti-HBc IgM** (*антитела класса М к ядерному антигену*);
- **anti-HBc IgG** (*антитела класса G к ядерному антигену*);
- **HBeAg** (*e-антиген*);
- **ДНК HBV** методом **ПЦР**, качественное исследование.

Ключевые маркёры:

- **anti-HBc IgM** — самый достоверный специфический маркёр ОГВ. Появляются в конце инкубационного периода, сохраняются в течение всего периода клинических проявлений. Через **4–6 мес** исчезают, появляются **anti-HBc IgG** (*сохраняются пожизненно*). У вирусоносителей HBV anti-HBc IgM **отсутствуют**.
- **HBeAg** — маркёр **активной репликации** вируса, выявляется ещё до синдрома цитолиза, одновременно с HBsAg. Исчезает из крови в периоде желтухи, появляются **anti-HBe**. Обнаружение HBeAg **более 2–3 мес** свидетельствует о возможности **хронизации**.
- При заражении **мутантным типом** HBV — высокая частота развития **тяжёлой и фульминантной** форм гепатита.

ДНК HBV в плазме крови методом **ПЦР**, качественное и количественное исследование — как критерий ранней диагностики и установления уровня **вирусной нагрузки**.

Дифференциальная диагностика и микст-инфицирование — ИФА всем пациентам с подозрением на острый гепатит:

- **anti-HCV IgG и anti-HCV IgM** (*суммарные антитела к вирусу гепатита С*);
- **anti-HAV IgM** (*антитела класса М к вирусу гепатита А*).

При **печёночной коме** — не позднее **24 часов** от поступления, расширенный спектр исследований:

- **ДНК HBV** (*ПЦР, качественное и количественное*);
- **РНК HCV, РНК HDV, РНК HAV** (*ПЦР, качественное*);
- **HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBc IgG, HBeAg** (*ИФА*);
- **anti-HCV IgG и IgM, anti-HAV IgM.**

Группы крови и резус-фактор — пациентам с **тяжёлым и осложнённым** течением для возможного оказания неотложной помощи (*проводится при тяжёлых и фульминантных формах*).

При **печёночной коме** — биохимический анализ крови (*билирубин и фракции, АлАТ, АсАТ*), коагулограмма, группы крови по **ABO** и **резус-фактор** — не позднее **3 часов** от поступления.

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

Динамический контроль показателей:

- **Общий анализ крови** с лейкоцитарной формулой — всем пациентам с ОГВ для

выявления осложнений и сопутствующей патологии (*при наличии клинических показаний*).

- **Биохимический анализ крови:** общий билирубин и фракции, **АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин, мочевины, креатинин**, общий белок, белковые фракции, **коагулограмма** — всем пациентам с ОГВ для своевременного выявления тяжёлого и осложнённого течения. Периодичность — каждые **7–10 дней** (*при наличии клинических показаний — на усмотрение лечащего врача*).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства — всем пациентам с ОГВ:

- диагностика увеличения и изменения структуры **печени**;
- увеличение **селезёнки**;
- исключение сопутствующей патологии ЖКТ.
- Характерна **гепатомегалия** без изменения структуры печени, возможна **спленомегалия**.

КТ или МРТ органов брюшной полости — при неясных очаговых изменениях в печени и селезёнке или противоречивых данных УЗИ — для выявления сопутствующей патологии.

ЭКГ — при любых отклонениях в работе сердечно-сосудистой системы (*нарушение ритма, изменение границ и тонов сердца, выявление шума*):

- для желтушной формы в остром периоде характерна **брадикардия**;
- прогностически неблагоприятные признаки при ухудшении состояния и риске прекомы — **тахикардия, приглушение тонов сердца, изменение ритмов.**

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — при болях в животе, рвоте «кофейной гущей» — для выявления остро возникшей патологии ЖКТ и уточнения характера повреждения слизистой **пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.**

2.5 Иные диагностические исследования

Консультация врача анестезиолога-реаниматолога — пациентам с **тяжёлым и осложнённым** течением ОГВ при наличии неотложных состояний — не позднее **30 минут** от поступления — для определения показаний к переводу в **ОРИТ.**

Консультация врача-хирурга — при наличии **интенсивных болей в животе, гипотонии, геморрагическом синдроме** — для выявления и своевременного лечения патологии ЖКТ.

Консультация врача-невролога — при развитии **энцефалопатии** у пациентов с осложнением в виде острой печёночной недостаточности — для оказания специализированной помощи.

Дифференциальная диагностика — всем пациентам с подозрением на ОГВ:

- с другими **острыми вирусными гепатитами**;

- с другими заболеваниями, протекающими с синдромом желтухи.

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

Принципы лечения

Принципы лечения больных с ГВ предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- профилактика обострений, ближайших рецидивов и долечивание остаточных явлений;
- профилактика отдалённых рецидивов, т. е. достижение полного и стойкого выздоровления.

Факторы, влияющие на выбор тактики лечения:

- вариант начального периода заболевания;
- клиническая форма болезни;
- период болезни;
- ведущие клинические проявления и особенности течения с учётом признаков **иммунодефицита** (*хронический алкоголизм,*

истощение, тяжёлая сопутствующая патология, пожилой возраст);

- тяжесть заболевания;
- возраст больного;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения лечения.

Рекомендуется **госпитализация** в инфекционное отделение больных и подозрительных на заболевание ГВ.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (противовирусная) терапия

Проводится пациентам с **тяжёлым** и **фульминантным** течением ОГВ — для предотвращения развития осложнений и хронизации.

Препараты (*зарегистрированные в РФ*):

- **Энтекавир** — 0,5 мг 1 раз в сутки;
- **Тенофовир** — 300 мг 1 раз в сутки.

Терапия проводится до **сероконверсии по HBsAg** и снижения вирусной нагрузки до неопределяемого уровня. **Консолидирующая терапия** — от 3 до 6 месяцев, далее **поддерживающая терапия** — 12 месяцев.

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

Базисная терапия

Обязательна всем пациентам независимо от тяжести — для восстановления функций печени и профилактики осложнений.

Включает:

- **щадящий режим и диету;**
- исключение жареных, копчёных, маринованных блюд, тугоплавких жиров (*свинина, баранина*);
- **категорический запрет алкоголя** в любых видах;
- диетическое питание согласно приказам Минздрава РФ.

Дезинтоксикационная терапия

По клиническим показаниям, с учётом степени тяжести:

Степень тяжести	Объём терапии
Лёгкая	Пероральная дезинтоксикация 2–3 литра жидкости в сутки (<i>некрепкий чай с молоком, мёдом, вареньем; отвар шиповника; свежие соки; компоты; щелочные минеральные воды</i>)
Средняя	Инфузионная терапия: 800–1200 мл 5% декстрозы в/в капельно. При повышенной глюкозе — солевые растворы (<i>натрия хлорид сложный, калия хлорид + натрия ацетата + натрия хлорид и др.</i>) в дозе 5–20 мл/кг (до 30–50 мл/кг). Курс — 5 дней
Тяжёлая	Усиление дезинтоксикации: кристаллоиды и коллоиды — декстран, 20% альбумин . При

Степень тяжести	Объём терапии
	геморрагическом синдроме — трансфузия свежезамороженной плазмы

Глюкокортикоиды

Показаны при:

- **фульминантной форме ГВ** (*прекома, кома, признаки массивного некроза печени*);
- тяжёлых формах с признаками **острой печёночной недостаточности**;
- тяжёлых формах без признаков прекомы–комы, но с **выраженной прогрессирующей интоксикацией**.

Препарат выбора — преднизолон 75–100 мг/сут в/в капельно в течение 7–10 дней.

*Абсолютных противопоказаний нет.
Относительные: язвенная болезнь, сахарный диабет, психические заболевания, бактериальная инфекция — при назначении проводится дополнительное лечение для предупреждения побочных действий.*

Пациентам с **печёночной комой** — инфузионно-трансфузионная терапия и глюкокортикоиды не позднее **30 минут** от поступления.

Экстракорпоральная детоксикация

При **неэффективности** дезинтоксикации с глюкокортикоидами — **плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ, гемотрансфузия** — для извлечения токсинов непосредственно из крови.

Острая печёночная недостаточность

Лечение в условиях **ОРИТ** согласно соответствующему протоколу. В коматозном состоянии — **аппарат искусственной вентиляции лёгких**.

Гемостатические средства

При **геморрагическом синдроме**:

- **5% аминокапроновая кислота — 300 мл в/в** капельно в течение суток;
- **свежезамороженная плазма — 300–400 мл**.

Аминокислоты и гепатопротекторы

Назначаются независимо от тяжести — для улучшения тканевого обмена и стабилизации клеточных мембран:

- **адеметионин — 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м;** поддерживающая терапия — **800–1600 мг/сут перорально 2–4 недели**;
- **глицирризиновая кислота + фосфолипиды — 2500 мг в/в струйно медленно 2 раза в день 10 дней,** затем перорально **1–2 капсулы 3 раза в сутки** во время еды;
- **инозин — 0,6–0,8 г 3–4 раза в сутки**.
- **Длительность пероральных гепатопротекторов — 3–4 недели и до 6 месяцев**.

Спазмолитики

При ноющих болях в правом подреберье, спазмах гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и холестазах:

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

Препараты урсодезоксихолевой кислоты

При продолжительной **гипербилирубинемии** и симптомах **холестаза** — в комбинации с парентеральным адеметионином:

- **урсодезоксихолевая кислота** — 500–1000 мг/сут (на ночь) внутрь;
- **адеметионин** — 400–800 мг в/в струйно ежедневно **2 недели**, затем перорально **800–1600 мг/сут 2–4 недели**.
- Длительность курса УДХК при выраженном холестатическом компоненте — до **2–3 месяцев**.

Витамины

Назначаются всем пациентам независимо от формы и тяжести — для обеспечения суточной потребности. Перорально **ретинол** и **альфа-токоферол** — только при **отсутствии холестаза**.

Нормализация функции ЖКТ

Для ежедневного опорожнения кишечника и выведения токсинов:

- **слабительные: лактулоза** — начальная доза **15–45 мл/сут**, поддерживающая **15–30 мл/сут**;
- **стимуляторы моторики: домперидон** 10 мг 2–3 раза в сутки, **метоклопрамид** 10 мг 1–4 раза в сутки;
- **кишечные адсорбенты: активированный уголь** 1–2 г 3–4 раза в сутки, **смектит**

диоктаэдрический 1 пакетик 3 раза в сутки, кремния диоксид коллоидный 0,1–0,2 г/кг массы тела 3–4 раза в сутки.

- **Длительность курса — 3–5 дней. Доза лактулозы подбирается индивидуально для ежедневного стула.**

Ферментные препараты

При симптомах поражения поджелудочной железы — заместительная терапия:

- **панкреатин — 25 ЕД по 2–4 таблетки 3 раза в сутки во время еды, курс 10–15 дней.**
Максимальная суточная доза — 16 таблеток.

Антибактериальная терапия

При присоединении инфекционных бактериальных осложнений (*холецистит, холангит, пневмония и др.*):

- **цефалоспорины: цефазолин или цефтриаксон — 1000 мг 2 раза в сутки в/м или в/в;**
- **фторхинолоны: ципрофлоксацин или левофлоксацин — 500 мг 2 раза в сутки внутрь;**
- **метронидазол — 500 мг 3 раза в сутки (при анаэробных инфекциях).**
- **Длительность — до 7 дней.**

Жаропонижающие

При лихорадочном синдроме:

- **ибупрофен — 200 мг 3–4 раза в сутки; при необходимости разовая доза до 400 мг 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 1200 мг.**

3.2 Хирургическое лечение

Трансплантация печени — пациентам с **фульминантным** течением ОГВ — для повышения выживаемости.

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

Рекомендуемые мероприятия:

- **Социально-психологическая поддержка** — на всём протяжении лечения.
- Начало реабилитации — уже в **периоде разгара** или **ранней реконвалесценции** — для профилактики осложнений.
- **Комплексный характер** — участие различных специалистов, разнообразные методы воздействия.
- **Последовательность и преемственность** — непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.

- **Адекватность** нагрузок адаптационным и резервным возможностям пациента — постепенное возрастание физических и умственных нагрузок, дифференцированное применение методов.
- **Постоянный контроль эффективности** — учёт скорости и степени восстановления функционального состояния и профессионально значимых функций (*прямыми и косвенными 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 обеспечивает снижение заболеваемости.

5.1 Специфическая профилактика

Плановая вакцинация против вирусного гепатита В в рамках национального календаря профилактических прививок — всем гражданам.

Стандартная схема вакцинации: 0-1-6 месяцев.

- **Первая прививка** — в роддоме;
- **Вторая** — в 1 месяц;

- **Третья** — не раньше, чем через **5 месяцев** (на 6-м месяце жизни).
- Основной принцип — соблюдение установленных интервалов между прививками. Та же схема для детей старшего возраста и взрослых.

Дети из группы риска (мать болеет любой клинической формой HBV-инфекции, мать не обследована во время беременности, в семье есть больной гепатитом, ребёнок из неблагополучной семьи) — схема **0-1-2-12 месяцев**.

Вакцина рекомбинантная, содержащая **S, pre-S1 и pre-S2** антигены, адсорбированная — взрослым **старше 18 лет** для активной профилактики.

Индуктирует сероконверсию у пациентов групп высокого риска и лиц, «не отвечающих» на конвенциональные вакцины, а также пациентов с коморбидностью (терминальная почечная недостаточность, иммунокомпрометированные лица).

Экстренная профилактика

При уже состоявшемся контакте с вирусом (кровь, половой, бытовой):

1. **Новорождённым** от матерей — носителей **HBsAg** или больных острым гепатитом В в периоде родоразрешения:
 - **иммуноглобулин человека против гепатита В** — **1 доза (100 МЕ)** в первые **12 часов** после рождения;
 - **одновременно** вакцина для профилактики ВГВ, но в **другие участки тела**;

- далее прививки вакциной в возрасте **1, 2 и 12 месяцев**.
- 2. **Непривитым лицам** или с незаконченной вакцинацией, или при уровне **HBs-антител < 10 МЕ/л** после случайного заражения (*инъекции, стоматологические манипуляции, переливание крови, попадание инфицированного материала в рот или глаза*):
 - **иммуноглобулин — 0,1 мл/кг** массы тела, как можно раньше (*в течение 24–48 ч*);
 - **одновременно** начать вакцинацию по схеме **0-1-2-12 мес** или продолжить начатый курс.
- 3. **Группы высокого риска** (*пациенты центров хронического гемодиализа, больные, получающие частые трансфузии крови, контактные в очагах*), непривитым:
 - **иммуноглобулин — 8–12 МЕ (0,16–0,24 мл/кг)**, максимально **500 МЕ (10 мл)** каждые **2 месяца** до формирования сероконверсии;
 - **одновременно** курс вакцинации по укороченной схеме — **3 аппликации** с интервалом **1 месяц**;
 - через **12 месяцев** — **4-я дополнительная доза** вакцины.

5.2 Неспецифическая профилактика

- **Активное выявление источников инфекции** — обследование лиц с повышенным риском инфицирования и/или имеющих особую эпидемиологическую значимость.
- **Профилактика искусственного механизма передачи:**

- переливание крови только по **жизненным показаниям**;
- обоснованность инвазивных методов обследования;
- использование **одноразового инструментария**;
- строгое соблюдение режимов обработки медицинского инструментария и оборудования;
- использование **защитных средств** медработниками.

5.3 Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники — в течение **6 месяцев** всем пациентам с ОГВ.

- Первый осмотр — не позднее **1 месяца** после выписки из стационара (*при нормализации лабораторных показателей*);
- при выписке со значительным повышением активности aminотрансфераз — осмотр через **14 дней**;
- клинический осмотр, биохимические, иммунологические и вирусологические тесты — через **1, 3, 6 месяцев** после выписки;
- при сохранении через **6 месяцев** маркеров ГВ (**HBsAg, ДНК HBV**) — устанавливается диагноз **«Хронический гепатит В»** с продолжением диспансерного наблюдения по соответствующим рекомендациям.

Ограничения после выписки:

- освобождение от тяжёлой физической работы и спортивных занятий — **6–12 месяцев**;
 - воздержание от **профилактических прививок** (*кроме анатоксина столбнячного и вакцины против бешенства при наличии показаний*) — **6 месяцев**;
 - воздержание от **плановых операций, гепатотоксичных препаратов и алкоголя** — **6 месяцев**;
 - женщинам избегать беременности — **12 месяцев**.
-

6. Организация оказания медицинской помощи

Госпитализация в инфекционное отделение всех больных, подозрительных на заболевание ОГВ.

При выявлении инфицированных ВГВ в ЛПУ — направление к врачу-инфекционисту по месту жительства в течение **3 дней** для уточнения диагноза, решения вопроса о госпитализации и постановки на диспансерный учёт. Больным на стационарном лечении — консультация врача-инфекциониста.

Сроки осмотра врачом-инфекционистом:

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

Критерии выписки из стационара

Показатель	Без печёночной комы	С печёночной комой
АЛТ	< 150 Ед/л	—
Билирубин	≤ 40 мкмоль/л	≤ 60 мкмоль/л (исключая холестатические формы)
Протромбиновый индекс	≥ 80%	≥ 70%
Гепатомегалия / выпот	—	уменьшение гепатомегалии (гепатоспленомегалии), отсутствие выпота в брюшной полости

Выписка — по клиническим показаниям.

Формы и условия оказания медицинской помощи

Формы:

- экстренная;
- неотложная;
- плановая.

Виды помощи:

- первичная медико-санитарная;
- скорая (в т. ч. специализированная);
- специализированная (в т. ч. высокотехнологичная).

Условия:

- амбулаторно (без круглосуточного наблюдения);

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

Первичная медико-санитарная помощь:

- доврачебная — в фельдшерско-акушерских пунктах;
- врачебная — врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (*семейным врачом*);
- специализированная — врачом-инфекционистом в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Специализированная помощь — в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими специалистами; включает профилактику, диагностику, лечение с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение в стационаре — по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-инфекциониста или медицинских работников, выявивших ГВ.

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

Факторы риска тяжёлого течения:

- **возраст** пациента;
- сопутствующие заболевания: хронические диффузные заболевания печени (суперинфекция и ко-инфекция с HCV, HDV);
- хроническая **алкогольная интоксикация**;
- употребление **психотропных средств**.

Факторы, увеличивающие риск развития печёночной недостаточности и летального исхода:

- **микст-инфицирование** гепатотропными вирусами и **ВИЧ**;
- соматическая патология — **язвенная болезнь, сахарный диабет**, заболевания крови;
- инфекция — **одонтогенная, тонзиллогенная, туберкулёз**;
- **алкоголизм, наркомания, токсикомания**;
- лекарственные **токсические гепатиты**;
- **иммунодефицитные состояния**;
- алиментарная дистрофия, несбалансированное питание.

Критерии оценки качества медицинской помощи
Без печёночной комы

№	Критерий качества
1	Осмотр врачом-инфекционистом не позднее 2 часов от поступления
2	Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ГГТП, билирубин, общий белок, альбумин
3	Определение протромбинового индекса
4	Не позднее 24 часов — ДНК HBV (ПЦР кач.), РНК HCV, HDV, HAV (ПЦР кач.)

№	Критерий качества
5	ИФА: anti-HCV IgG/IgM, anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBc IgG, HBeAg
6	УЗИ органов брюшной полости (<i>комплексное</i>)
7	Дезинтоксикационная терапия по клиническим показаниям
8	Снижение АЛТ < 150 Ед/л на момент выписки
9	Снижение билирубина ≤ 40 мкмоль/л на момент выписки
10	Повышение протромбинового индекса ≥ 80% на момент выписки

С печёночной комой

№	Критерий качества
1	Осмотр врачом-инфекционистом не позднее 10 минут от поступления
2	Осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут
3	Инфузионно-трансфузионная терапия и глюкокортикоиды не позднее 30 минут (<i>при отсутствии противопоказаний</i>)
4	Не позднее 24 часов — ДНК HBV (ПЦР кач.), РНК HCV, HDV, HAV (ПЦР кач.)
5	ИФА: anti-HCV IgG/IgM, anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HBc IgG, HBeAg
6	Биохимический анализ крови (<i>билирубин общий, свободный и связанный, АЛТ, АСТ</i>) не позднее 3 часов
7	Общий белок, белковые фракции (<i>капиллярный электрофорез</i>), натрий, калий не позднее 3 часов
8	Определение групп крови по ABO и резус-фактора не позднее 3 часов

№	Критерий качества
9	Коагулограмма не позднее 3 часов
10	Оценка степени нарушения сознания по шкале Глазго не позднее 30 минут
11	Перевод в ОРИТ при наличии неотложных состояний
12	Антибактериальная терапия при присоединении инфекционных осложнений (<i>холецистит, холангит, пневмония и др.</i>)
13	УЗИ, КТ или МРТ органов брюшной полости
14	Перевод из ОРИТ в инфекционное отделение при улучшении сознания по шкале Глазго
15	Снижение билирубина ≤ 60 мкмоль/л на момент выписки (<i>исключая холестатические формы</i>)
16	Повышение протромбинового индекса $\geq 70\%$ на момент выписки
17	Уменьшение гепатомегалии (<i>гепатоспленомегалии</i>) и отсутствие выпота в брюшной полости на момент выписки

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

Признак	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
Интоксикация	Отсутствует или легко выраженная (<i>слабость, тошнота,</i>	Умеренная (<i>анорексия, слабость, нарушение</i>	Резко выражена (<i>нарастающая слабость, сонливость,</i>

Признак	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
	снижение аппетита), 1–2 недели	сна, тошнота, рвота)	головокружение, анорексия, повторная рвота)
Желтушность кожи	Слабо или умеренно выраженная, 2–3 недели	Интенсивная, 3–4 недели (при холестатическом синдроме — до 40–45 дней)	Интенсивная, может прогрессировать, превышает 4 недели
Лихорадка	Отсутствует или субфебрильная в течение 2–3 дней преджелтушного периода	Субфебрильная или фебрильная в течение 2–5 дней преджелтушного периода	Фебрильная на фоне развития и прогрессирования желтухи
Тахикардия	Отсутствует	Отсутствует, склонность к брадикардии	Появление на фоне развития и прогрессирования желтухи
Геморрагический синдром	Отсутствует	Отсутствует или слабо выражен (единичные петехии, носовые кровотечения)	Петехиальная сыпь, носовые кровотечения, рвота «кофейной гущей», кровоизлияния в местах инъекций,

Признак	Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень
			«дегтеобразный» стул
Размеры печени	В норме или увеличены до 3 см	Увеличены на 3–4 см	Увеличены на 4–6 см; резкое уменьшение на фоне прогрессирования болезни, болезненность края
Отечно-асцитический синдром	Нет	Нет	Отечность стоп, голеней
Билирубин, мкмоль/л	до 100	100–200	Более 200
Протромбиновый индекс, %	80–100	80–100	Менее 80

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	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства

Признаки	Гепатит А	Острый гепатит В	Острый гепатит С
		а (в т. ч. инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	а (в т. ч. инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГС
Преджелтушный период	Острое начало, короткий — до 4–7 дней (чаще гриппоподобный тип)	Постепенное начало, длительный — до 7–14 дней (чаще смешанный тип с возможными полиартралгиями)	Как правило, отсутствует. При наличии — слабо выраженная интоксикация в течение 1–4 дней
Желтушный период	Быстрое развитие желтухи, с появлением которой самочувствие улучшается . Непродолжительный — в среднем 2 недели	Постепенное развитие желтухи, самочувствие не улучшается или ухудшается. Длительный, с медленным исчезновением симптомов	Как правило, отсутствует. При наличии — незначительная быстропроходящая желтуха
Лабораторная диагностика	анти-HAV IgM, РНК ВГА	HBsAg, анти-HBc IgM, ДНК ВГВ	анти-ВГС IgM (реже — общие антитела),

Признаки	Гепатит А	Острый гепатит В	Острый гепатит С
			при отсутствии анти-NS4 ВГС, РНК ВГС

Дифференциальная диагностика
ГВ и других заболеваний,
протекающих с синдромом
желтухи

Признаки	Гепатит В	Псевдотуберкулёз	Лептоспироз	Печёночная колика (калькулёзный холецистит)
Эпидемиологические предпосылки	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства, половой или тесный контакт с больным ГВ	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

Признаки	Гепатит В	Псевдотуберкулёз	Лептоспироз	Печёночная колика (калькулёзный холецистит)
Интоксикация	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 мелкопятнистая точечная сыпь	Жёлтый; гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнктивы, кровоизлияния в склеру; пятнистая сыпь	Жёлтый
Слизистые рта и глотки	Жёлтые	Жёлтые; катаральное воспаление	Жёлтые	Жёлтые
Пульс	Нормальный или относительно	Тахикардия (соответственно	Тахикардия (соответственно	Тахикардия (соответственно

Признаки	Гепатит В	Псевдотуберкулёз	Лептоспироз	Печёночная колика (калькулёзный холецистит)
	ная брадикардия	температу- ре)	температу- ре)	температу- ре)
Пальпация живота	Умеренная болезненность в правом подреберье	Болезненность в правой подвздошной области	Безболезненная	Положительные желчнопузырные симптомы
Печень	Увеличена	Увеличена	Увеличена	Может быть увеличена
Селезёнка	Увеличена (в 30%)	Увеличена (в 15%)	Увеличена (в 50%)	Не увеличена
Лейкоциты	Нормоцитоз	Умеренный лейкоцитоз	Лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Лейкоцитарная формула	Лимфомонцитоз, плазматические клетки	Нейтрофилез, эозинофилия	Нейтрофилез	Нейтрофилез со сдвигом в сторону молодых форм
СОЭ	Нормальная или снижена	Повышена	Повышена	Повышена

Приложение В. Информация для пациента

Острый вирусный гепатит В — заболевание, протекающее с поражением печени, вызываемое вирусом гепатита В. Инфицировано около **5%** населения земного шара. Ежегодно регистрируется **3–4 млн** новых случаев инфицирования.

Заражение возможно во время манипуляций с повреждением кожных покровов инфицированными инструментами:

- хирургические вмешательства;
- повторное применение шприцев;
- гемодиализ;
- стоматологические манипуляции;
- применение бритвенных принадлежностей;
- акупунктура;
- татуировки и пирсинг;
- маникюр и педикюр.

Вирус отличается **высокой устойчивостью** к химическим и физическим воздействиям и **высокой вирулентностью**. Перенесённое заболевание формирует **пожизненный иммунитет**.

Возбудитель содержится в биологических жидкостях: **сперме, секрете влагалища, слюне, моче, крови**. Заражение происходит **без участия ЖКТ**, от человека к человеку.

Основные пути заражения:

- **половой** (*незащищённые контакты*);

- **инъекционное употребление наркотиков** — до **80%** потребителей инъекционных наркотиков страдают острым гепатитом В;
- лечебно-диагностические процедуры, татуировки, маникюр, педикюр;
- **бытовой** (*бритвы, зубные щётки, полотенца*);
- **вертикальный** — от матери ребёнку (во время прохождения через родовые пути; внутриутробное заражение возможно при патологии плаценты или её отслойке).

Инкубационный период — от **2 месяцев** до **полугода**, без выраженных симптомов. Репликация вируса происходит в клетках печени.

Продромальный период — при накоплении вирусных частиц нарушаются детоксикационные функции печени, возникают:

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

Желтушный период — печень увеличивается, появляется **желтуха** (*окрашивание белка глаз и кожи*), кожный зуд, диспепсия, геморрагический синдром. Моча темнеет. При слабом иммунитете — кровоточивость дёсен, носовые кровотечения. Продолжается **несколько месяцев**.

Реконвалесценция — уменьшение печени до нормы, кожа и склеры обычных оттенков, симптомы диспепсии проходят. В **10%** случаев гепатит переходит в **хроническую** форму.

Диагностика:

- **серологический анализ крови** — не ранее **28–30 дней** после возможного инфицирования;
- **ПЦР (количественная)** — обнаружение вирусной ДНК и подсчёт количества копий в крови;
- контроль лечения: **общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи, УЗИ печени**; при необходимости — **пункционная биопсия** с цитологическим и гистологическим исследованием.

Прогноз: летальный исход при острой форме — редко. Ухудшают прогноз сопутствующие заболевания гепатобилиарной системы, слабый иммунитет, ко-инфекция с гепатитами **С** или **D**.

Хроническая форма провоцирует развитие **цирроза** или **первичного рака печени**.

Профилактика:

- барьерные способы контрацепции;
- контроль стерильности инструментов;
- отказ от наркотиков;
- индивидуальные предметы гигиены;
- **вакцинация** — первый укол формирует иммунитет на **15 лет**.

Лечение острого гепатита В

Лечение проводится в условиях **инфекционного стационара**, госпитализация обязательна.

- При **лёгкой форме** — терапия без специфических медикаментов; главная задача

— снижение нагрузки на печень и поддержание функций организма.

- **Диета** — исключение жирного, жареного, сладостей, пряностей, специй, маринадов, копчёностей, алкоголя.
- **Питьевой режим** — **2–3 литра** в сутки, преимущественно негазированная вода.
- При переходе в **хроническую форму** — решается вопрос о **противовирусных препаратах** системного действия для остановки репликации вируса, устранения воспалительных и фибротических изменений, предотвращения цирроза и рака печени.

Симптомы гепатита В

Симптомы варьируют от лёгких до тяжёлых: повышенная температура, недомогание, потеря аппетита, диарея, рвота, неприятные ощущения в животе, боли в суставах, сыпь, потемнение мочи, желтуха. **Не у всех инфицированных** проявляются все симптомы. 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*).

Приложение Г1. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale)

Назначение — критерий для оценки уровня сознания, коррелирует с тяжестью церебрального повреждения и прогнозом.

Шкала состоит из **трёх тестов**: открывание глаз, речевые и двигательные реакции.

1. Открывание глаз

Реакция	Баллы
Спонтанное	4
На вербальную стимуляцию	3
На боль	2
Нет реакции	1

2. Вербальная реакция

Реакция	Баллы
Соответствующая	5
Спутанная	4
Бессвязные слова	3
Нечленораздельные звуки	2
Нет реакции	1

3. Двигательная реакция

Реакция	Баллы
Выполняет словесные команды	6
Локализует боль	5
Реакция одёргивания в ответ на боль	4

Реакция	Баллы
Сгибание верхних конечностей в ответ на боль (<i>поза декортикации</i>)	3
Разгибание верхних конечностей в ответ на боль	2
Нет реакции	1

Интерпретация

- 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.

Шип Степан Александрович (для личного пользования 10.2026)