

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ



УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

« 2012 г.

Регистрационный № 226-1212

**АЛГОРИТМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

к.м.н., доцент Лукашик С.П., к.м.н., доцент Яговдик-Тележная Е. Н.,
к.м.н., доцент Данилов Д.Е., д.м.н., проф. Ключарева А.А., Шавлов Н.М.,
Козаченко М.Г., Грибок И.А.

Минск, 2012

В настоящей инструкции по применению изложен алгоритм диспансерного наблюдения при вирусных гепатитах, использование которого позволит стандартизировать подходы диспансеризации пациентов с вирусными гепатитами и циррозом печени вирусной этиологии, определить перечень необходимых инструментально-лабораторных исследований у пациентов вирусным поражением печени на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Область применения: инфекционные болезни, организация здравоохранения.

Показания к применению: проведение диспансерного наблюдения пациентов с вирусным поражением печени, определение перечня лабораторно-инструментальных обследований этих пациентов, ведение пациентов, получающих этиотропную терапию хронических вирусных гепатитов В, С и D.

Противопоказания к применению: нет.

Описание технологии:

1. Диспансерное наблюдение за пациентами, переболевшими острыми формами вирусных гепатитов, хроническими формами и носителями ПВГ осуществляется врачами-инфекционистами в:

диспансерных (консультативных) кабинетах городских (областных) инфекционных больниц;

кабинетах инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических организаций по месту жительства (месту пребывания) пациента (далее – КИЗ). При отсутствии КИЗ диспансерное наблюдение осуществляет врач-терапевт участковый или врач-педиатр.

2. Диспансерному наблюдению подлежат лица:

переболевшие ВГА;

переболевшие ВГЕ;

переболевшие острой формой ВГВ (далее – ОГВ);

переболевшие острой формой ВГС (далее – ОГС);

с хронической формой ВГВ (далее – ХГВ);

с хронической формой ВГС (далее – ХГС);

носители вирусов гепатитов В, С. Термин носительства вируса гепатита С следует воспринимать как статистический до момента расшифровки диагноза;

переболевшие ВГД.

3. Объем и перечень лабораторно-инструментальных методов, используемых при проведении диспансерных мероприятий, определяется врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение. Назначение дополнительных методов (исследование крови на α -фетопротеин, исследование крови на наличие РНК или ДНК вирусов методом полимеразно-цепной реакции, ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов брюшной полости, доплерография и др.) определяется по показаниям у конкретного пациента и имеющихся диагностических возможностей учреждения здравоохранения.

4. Диспансерное наблюдение состоит из медицинского осмотра и лабораторных обследований (обязательных и дополнительных). Медицинский осмотр включает:

осмотр кожных покровов и слизистых (бледность, желтушность, сосудистые изменения и другое);

опрос на наличие характерных жалоб (снижение аппетита, утомление, боли в животе, тошнота, рвота и другое);

пальпаторное и перкуторное определение размеров печени и селезенки, определение консистенции и болезненности.

Обязательное лабораторное обследование включает определение:

общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов;

уровня билирубина и его фракций;

активности аланин-аминотрансферазы (далее – АлАТ), аспартат-аминотрансферазы (далее – АсАТ), γ -глутаминтранспептидазы (γ -ГТП), щелочной фосфотазы (ЩФ).

Дополнительные лабораторные обследования (исследование крови на α -фетопротеин, исследование крови на наличие РНК или ДНК вирусов методом полимеразно-цепной реакции, УЗИ, доплерография и др.), другие медицинские консультации осуществляются по назначению лечащего врача, проводящего диспансерное наблюдение.

5. В процессе диспансерного наблюдения инфицированный информируется в установленном законодательством Республики Беларусь порядке о потенциальной опасности, которую он представляет для окружающих, механизмах заражения, путях передачи инфекции, мерах по профилактике заражения вирусными гепатитами.

6. Диспансерное наблюдение за переболевшими ВГА, ВГЕ устанавливается на период реконвалесценции.

Первичный медицинский осмотр и лабораторное обследование проводится через 10 дней после выписки из организации здравоохранения, в которой была оказана медицинская помощь, для решения вопроса о сроках временной нетрудоспособности для работающих и обучающихся в учреждениях образования.

Результаты первичного медицинского осмотра и лабораторного обследования, выполненные в больничной организации, прилагаются к выписному эпикризу и передаются в соответствии с законодательством Республики Беларусь о здравоохранении в амбулаторно-поликлиническую организацию по месту жительства (месту пребывания) переболевшего.

По результатам первичного медицинского осмотра и лабораторного обследования принимается решение о закрытии или продлении листка

временной нетрудоспособности и даются соответствующие рекомендации.

7. Диспансерное наблюдение за переболевшими ОГВ, ОГС проводится через 3, 6, 9, 12 месяцев после завершения курса лечения с целью контроля периода реконвалесценции, своевременного выявления пациентов с хроническим течением заболевания, подбора тактики проведения этиотропной терапии. Кратность исследований может быть изменена по показаниям.

Диспансерное наблюдение включает:

медицинский осмотр;

общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов;

лабораторные исследования крови на билирубин, АлАТ, АсАТ, γ -ГТП, ЩФ, соответствующие маркеры парентеральных вирусных гепатитов. Пациентам, перенесшим ОГС и не получавшим противовирусную терапию, рекомендуется исследование крови на наличие РНК вируса методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР) через 3 и 6 месяцев после установления диагноза;

УЗИ органов брюшной полости.

8. Переболевшие ОГВ снимаются с диспансерного наблюдения через 12 месяцев после завершения курса лечения при:

отсутствии жалоб;

удовлетворительных результатах медицинского осмотра;

нормализации размеров печени;

стабильно нормальных показателях биохимических проб: билирубина, АлАТ, γ -глутаминтранспептидазы, ЩФ;

элиминации HbsAg (появлении anti-HBs).

Переболевших ОГВ, у которых через 6 месяцев после установления диагноза в крови сохраняется HbsAg, рекомендуется дополнительно

обследовать на ДНК вируса гепатита В в крови методом ПЦР по назначению лечащего врача.

9. Переболевшие ОГС снимаются с диспансерного наблюдения через 12 месяцев после выписки из стационара при:

отсутствии жалоб;

удовлетворительных результатах медицинского осмотра;

нормализации размеров печени;

стабильно нормальных показателях биохимических проб;

элиминации РНК вируса гепатита С;

наличии двух отрицательных результатов РНК вируса гепатита С в крови методом ПЦР. При положительных результатах через 3 месяца рекомендуется исследование на генотип вируса, уровень вирусной нагрузки для принятия решения о тактике противовирусного лечения.

Пациентам, перенесшим острый вирусный гепатит С и не получавшим противовирусную терапию, рекомендуется исследование крови на наличие РНК вируса методом ПЦР через 3 и 6 месяцев после установления диагноза по назначению лечащего врача.

10. В зависимости от клинического течения инфекционного процесса выделяют четыре группы диспансерного наблюдения пациентов с хроническими ПВГ (в том числе с вариантами микст-гепатитов В, D, С).

11. Первая группа включает лиц, у которых заболевание протекает без признаков биохимической и (или) морфологической активности. Диспансерное наблюдение пациентов данной группы проводится не реже 1 раза в год.

Программа диспансерного наблюдения включает:

медицинский осмотр;

общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов;

анализ крови на билирубин, АлАТ, АсАТ, γ -ГТП, ЩФ;

УЗИ органов брюшной полости;

определение уровня вирусной нагрузки (количество копий РНК вируса гепатита С, ДНК вируса гепатита В). Решение о назначении противовирусной терапии принимается лечащим врачом в каждом конкретном случае индивидуально.

Кратность и объем лабораторных исследований могут быть расширены по медицинским показаниям.

12. Вторая группа включает лиц, у которых заболевание протекает с признаками биохимической и (или) морфологической активности патологического процесса, с фиброзом или без фиброза печени. Диспансерное наблюдение пациентов данной группы проводится не реже 2 раз в году.

Программа диспансерного наблюдения включает:

медицинский осмотр;

общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов;

анализ крови на билирубин, АлАТ, АсАТ, γ -ГТП, ЩФ;

анализ крови на α -фетопротеин – 1 раз в год;

УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в год;

определение уровня вирусной нагрузки (количество копий РНК вируса гепатита С, ДНК вируса гепатита В). Решение о назначении противовирусной терапии принимается лечащим врачом в каждом конкретном случае индивидуально.

Кратность и объем лабораторных исследований могут быть расширены по медицинским показаниям.

13. Третья группа включает лиц, которым проводится противовирусная (этиотропная) терапия.

С учетом переносимости противовирусных лекарственных средств программа диспансерного наблюдения включает:

медицинский осмотр – не реже 1 раза в месяц;
исследование показателей гемограммы с подсчетом тромбоцитов –
не реже 1 раза в месяц;

УЗИ органов брюшной полости – по показаниям;

определение уровня вирусной нагрузки – не реже 1 раза в 3 месяца.

кровь на гормоны щитовидной железы не реже 1 раза в 3 месяца.

Кратность и объем лабораторных исследований могут быть
расширены по медицинским показаниям.

Продолжительность лечения определяется вирусологическим
ответом на 4, 12 и 24 неделях. Решение об отмене противовирусной
терапии принимается на 12 и 24 неделях лечения.

После окончания курса противовирусной терапии и стабильной
ремиссии патологического процесса диспансерное наблюдение
продолжается сроком на 3 года с периодичностью наблюдения:

в первый год – 1 раз в квартал;

второй и третий – 2 раза в год.

В этот период программа диспансерного наблюдения включает:
при каждом обращении: медицинский осмотр, исследования
биохимических показателей, общий анализ крови, УЗИ органов брюшной
полости;

ПЦР – не реже 1 раза в год.

Кратность и объем лабораторных исследований могут быть
расширены по медицинским показаниям.

Через 3 года диспансерного наблюдения пациент, перенесший
хронический ПВГ, снимается с диспансерного наблюдения при:

отсутствии жалоб;

удовлетворительных результатах медицинского осмотра;

нормализации размеров печени;

стабильно нормальных показателях биохимических проб;
двух отрицательных результатов ПЦР крови.

Кратность и объем лабораторных исследований могут быть расширены по медицинским показаниям.

14. Четвертая группа диспансерного наблюдения включает лиц с вирусными циррозами печени с установлением класса цирроза по Чайлд-Пью, MELD, PELD. Периодичность диспансерного наблюдения таких пациентов определяется врачом-инфекционистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, в зависимости от клинического течения заболевания и степени цирроза печени.

Программа обследования пациентов с вирусными циррозами печени включает:

при каждом обращении: общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов; биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, γ -ГТП, ЩФ, билирубин, мочевины, креатинин, железо, общий белок, протеинограмма);

кровь на α -фетопротеин – не реже 1 раза в год (лучше – 1 раз в 6 месяцев);

доплерографию – не реже 1 раза в год;

фиброгастродуоденоскопию (далее – ФГДС) при отсутствии противопоказаний – не реже 1 раза в год;

УЗИ органов брюшной полости – не реже 2-х раз в год;

уровень сахара в крови – по клиническим показаниям;

протромбиновый индекс (далее – ПТИ) и (или) международное нормализованное отношение (далее – МНО) – по клиническим показаниям;

гормоны щитовидной железы – по клиническим показаниям;

консультацию врача-хирурга (для решения вопроса о хирургическом лечении) – по клиническим показаниям.

При необходимости организуются консультации (консилиумы) на базе диспансерных (консультативных) кабинетов городских (областных) инфекционных больниц для коррекции тактики противовирусной терапии, планирования трансплантации печени (включения в лист ожидания трансплантации).

Пациенты четвертой группы с диспансерного наблюдения не снимаются.

15. Дети, родившиеся от женщин с ПВГ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром совместно с врачом-инфекционистом в амбулаторно-поликлинической организации по месту жительства (месту пребывания).

Лабораторные обследования таких детей с целью установления клинического диагноза проводятся с учетом сроков циркуляции материнских маркеров ПВГ:

дети, родившиеся от женщин, инфицированных вирусом гепатита В, обследуются на HBsAg через 6 месяцев после законченного курса вакцинации, далее по клиническим и эпидемическим показаниям;

дети, родившиеся от женщин, инфицированных вирусом гепатита С, обследуются на РНК вируса методом ПЦР через 3 и 6 месяцев после рождения, на анти-HCV через 18 месяцев после рождения, далее по клиническим и эпидемическим показаниям.

В случае выявления маркеров вирусов гепатита В и (или) С диспансерное наблюдение таких детей осуществляется на базе диспансерных (консультативных) кабинетов городских (областных) инфекционных больниц.