

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
21.06.2016 № 613

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ  
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В У ДІТЕЙ**

## ВСТУП

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей» за своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини розроблений відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

Даний уніфікований клінічний протокол (УКПМД) розроблений на основі адаптованих клінічних настанов, заснованих на доказах: «**Лікування хронічного гепатиту В у дітей**», що адаптована з настанови Європейського товариства дитячих гастроентерологів, гепатології та нутриціологів (ESPGHAN) «Management of chronic hepatitis B in childhood: ESPGHAN clinical practice guidelines, 2013»; «**Вірусний гепатит В. Позиція ВООЗ**», що адаптована з настанови ВООЗ «Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection, WHO 2015»; «**Вірусний гепатит В (хронічний)**», що адаптована з настанови NICE «Hepatitis B (chronic) Diagnosis and management of chronic hepatitis B in children, young people and adults, NICE 2013», в яких наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам дитячого віку із вірусним гепатитом В. В УКПМД висвітлено загальні положення, питання профілактики, фактори ризику розвитку та особливості перебігу інфекції викликані ВГВ у дітей, наведено алгоритм діагностики, лікування, моніторинг ВГВ в дитячому віці.

**СКОРОЧЕННЯ**

HBcAg	Ядерний антиген вірусу гепатиту В
HBeAg	Антиген <i>e</i> вірусу гепатиту В
HBsAg	Поверхневий антиген вірусу гепатиту В
АЛТ	Аланінамінотрансфераза
анти-HBsAg	Антитіло до поверхневого антигену вірусу гепатиту В
анти-HBcAg	Антитіло до ядерного антигену вірусу гепатиту В
АСТ	Аспартатамінотрансфераза
анти-HBeAg	Антитіла до HBeAg
ВГС	Вірусний гепатит С
ВГD	Вірусний гепатит D
ВГВ	Вірус гепатиту В/ вірусний гепатит В
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ГГТ	Гамаглутамілтрансфераза
ГЦК	Гепатоцелюлярна карцинома
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІФН	Інтерферон
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НА	Нуклеоз(т)идні аналоги
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
УЗД	Ультразвукове дослідження
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ХГВ	Хронічний вірусний гепатит В
ЦПМСД	Центр первинної медико-соціальної допомоги

**I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА****1.1. Діагноз: Вірусний гепатит В****1.2. Код за МКХ-10:**

V16 Гострий гепатит В; V18.0 Хронічний гепатит В з дельта-антигеном; V18.1 Хронічний гепатит В без дельта-антигену.

**1.3. Для кого призначений протокол**

Протокол призначений для керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-неонатологів, лікарів-гастроентерологів дитячих, лікарів-інфекціоністів дитячих, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам дитячого віку (до 18-ти років) із вірусним гепатитом В.

**1.4. Мета протоколу**

Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі доказів ефективності

медичних втручань; забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги, встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування пацієнтів дитячого віку із вірусним гепатитом В відповідно до положень адаптованої клінічної настанови; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги пацієнтам із вірусним гепатитом В (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я.

**1.5. Дата складання протоколу:** травень 2016 року.

**1.6. Дата перегляду протоколу:** травень 2019 року.

### 1.7. Розробники протоколу

Кравченко Василь Віталійович	директор Медичного департаменту, голова;
Крамарьов Сергій Олександрович	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби»;
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н., ст.н.с., заступник голови з методологічного супроводу;
Алексійчук Людмила Валеріївна	головний спеціаліст відділу координації та забезпечення медичної допомоги під час антитерористичних операцій, надзвичайного і воєнного стану Управління надзвичайної медицини Медичного департаменту МОЗ України;
Бацюра Ганна Володимирівна	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.мед.н.;
Березенко Валентина Сергіївна	завідувач відділення дитячої гепатології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», учений секретар інституту, д.мед.н.;
Боднарук Наталія Миколаївна	заступник начальника управління спеціалізованої медичної допомоги - начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України;
Гетьман Лариса Іванівна	заступник директора з питань організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»;
Голуб Оксана Борисівна	директор Комунального закладу Київської обласної ради «Київський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом»;

Демчишина Ірина Вікторівна	завідувач лабораторією вірусології та СНІД, референс-лабораторії МОЗ з діагностики грипу та ГРВІ Центральної Санітарно-епідеміологічної станції МОЗ України;
Денисова Маргарита Федорівна	завідувач відділення захворювань органів травлення у дітей Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор;
Диба Марина Борисівна	старший науковий співробітник відділення дитячої гепатології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України, к.мед.н.;
Євтушенко Віталій В'ячеславович	доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, головний позаштатний спеціаліст з дитячих інфекційних хвороб Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради, к.мед.н.;
Комаров Михайло Петрович	начальник відділу координації та забезпечення медичної допомоги під час антитерористичних операцій, надзвичайного та воєнного стану управління надзвичайної медицини Медичного департаменту МОЗ України;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»;
Мостовенко Раїса Василівна	завідувач інфекційно-боксованого діагностичного відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України, к.мед.н.;
Незгода Ірина Іванівна	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету, д.мед.н., професор;
Патратій Марина Володимирівна	доцент кафедри внутрішньої медицини Буковинського державного медичного університету, к.мед.н., доцент, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації за фахом «Гастроентерологія»;

Самогальська Олена Євгенівна	завідувач кафедри клінічної фармації Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор;
Сергеєва Тетяна Анатоліївна	завідувач лабораторії епідеміології парентеральних вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції, заступник директора з наукової роботи Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України», д.мед.н.;
Федорченко Сергій Валерійович	завідувач відділу ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського», д.мед.н., ст.н.с.;
Чернишова Людмила Іванівна	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, д.мед.н., професор;
Шадрін Олег Геннадійович	завідувач відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча гастроентерологія»;
Швець Світлана Вікторівна	асистент кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», к.мед.н.;
Шевченко Тетяна Миколаївна	завідувач кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара, д.мед.н, професор;
Шостакович-Корецька Людмила Романівна	завідувач кафедри інфекційних хвороб Дніпропетровської медичної академії, д.мед.н., професор.
Щербиніна Марина Борисівна	професор кафедри клінічної лабораторної діагностики Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара, д.мед.н, професор;

Ященко Юрій  
Борисович

завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, професор кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія».

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній  
Леонідович

начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.;

Мельник Євгенія  
Олександрівна

начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;

Мігель Олександр  
Володимирович

завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;

Шилкіна Олена  
Олександрівна

начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: [medstandards@dec.gov.ua](mailto:medstandards@dec.gov.ua).

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

### **Рецензенти:**

Мороз Лариса  
Василівна

завідувач кафедри інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, д.мед.н., професор;

Дуднік Вероніка  
Михайлівна

завідувач кафедри педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, д.мед.н., професор.



### 1.8. Коротка епідеміологічна інформація.

Більше 360 мільйонів людей в світі (6% усього населення) хронічно інфіковані вірусом гепатиту В (ВГВ). За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології разом із грипом та гострими інфекційними захворюваннями верхніх дихальних шляхів. Вірусні гепатити у 50–100 разів є більш контагіозним, ніж ВІЛ. У 2013 році в Україні (система МОЗ) було зареєстровано 20 346 пацієнта з ХГВ (в тому числі з вперше встановленим в житті діагнозом 3 245), в 2014 році було зареєстровано 19 459 і 3 084 пацієнта відповідно. У 2013 році було зареєстровано 1 701 пацієнта з гострим вірусним гепатитом В, в 2014 році ця цифра склала 1 324 (показники за 2014 рік надані та розраховані на населення без урахування тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополя. До даних включені відомості підконтрольних Україні територій Донецької та Луганської областей). Згідно з даними Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» поширеність ХГВ серед дитячого населення України в 2014–2015 роках складала 0,2–0,3 на 1 000 дитячого населення віком до 17-ти років, а захворюваність 0,83–0,79 на 100 000 дитячого населення; захворюваність на гострий ВГВ складала 1,05–0,75 на 100 000 дитячого населення віком до 17-ти років.

Захворюваність ВГВ різко скоротилася в ряді країн, завдяки впровадженню універсальних програм імунізації рекомендованих ВООЗ в 1991 році і скринінгу донорів крові, але не зважаючи на це, значна кількість дітей, як і раніше, інфікується щороку, що вимагає вживання відповідних заходів. Незважаючи на досить сприятливий перебіг ХГВ в дитинстві та підлітковому віці, у 3–5% і у 0,01–0,03% хронічних носіїв розвивається цироз печінки або гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК), відповідно, до настання повноліття.

Загальна вакцинація для зменшення інфекції ВГВ та її ускладнень залишається глобальною метою. Лікування дітей з ВГВ утруднено постійною затримкою в ліцензуванні нових ліків для використання у дітей. Безпечні та ефективні противірусні методи лікування доступні дорослим, але лише деякі з них дозволені для використання у дітей. Необхідним є обґрунтований та зважений підхід до вибору препарату для лікування та визначення найбільш сприятливого часу початку терапії. Тому розробка УКПМД пацієнтам дитячого віку з ВГВ є актуальним завданням, що проводиться в рамках мультидисциплінарної програми надання медичної допомоги та впроваджується в практику на основі доказів ефективності втручань, фармакотерапії та організаційних принципів надання медичної допомоги.

### 1.9. Епідемічна інформація.

Вірус гепатиту В є одним з найменших вірусів, які інфікують людей, і належить до сім'ї гепаднавірусів. Це гепатотропний вірус і ураження печінки відбувається через імунноопосередковане знищення інфікованих клітин

печінки. Вірус гепатиту В є онкогенним вірусом з найбільш високим ризиком розвитку ГЦК.

Джерелом інфекції є хворі на гострий чи хронічний ВГВ та вірусоносії.

Вірус гепатиту В поширюється черезшкірним або слизовим контактом з інфікованою кров'ю та різними рідинами організму, у тому числі слиною, менструальними, вагінальними виділеннями і спермою, які є засобами передачі людьми. Передача вірусу може також відбуватися в результаті випадкового потрапляння незначної кількості крові або рідини під час медичних, хірургічних та стоматологічних процедур або від бритв осіб, інфікованих через кров; використання нестерильних шприців та голок; споживання ін'єкційних наркотиків; татуювання; пірсингу і голковколювання.

Перинатальна передача є основним шляхом передачі вірусу гепатиту В в багатьох частинах світу і є важливим чинником у підтримці резервуару інфекції в деяких регіонах світу. У відсутності профілактики велика кількість матерів з вірусом, особливо HBeAg-серопозитивних, передають інфекцію своїм немовлятам на момент народження або незабаром після народження.

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Гострий гепатит В – вперше виявлена інфекція вірусу гепатиту В. Діагноз ґрунтується на виявленні антитіл до поверхневого антигену вірусу гепатиту В (HBsAg) і IgM до ядерного антигену вірусу гепатиту В (анти-HBcAg).

Хронічний гепатит В – діагностується на підставі збереження HBsAg впродовж більше 6-ти місяців незалежно від наявності ДНК ВГВ в крові та/або клінічних проявів.

Прихована інфекція вірусу гепатиту В – визначається як стійка ДНК ВГВ в печінці у осіб, у яких HBsAg не виявляється в крові, хоча при ДНК ВГВ постійно <200 МО/мл; більшість з них є анти-HBcAg-позитивними.

В профілактиці поширення вірусу гепатиту В основним методом є застосування вакцини проти вірусного гепатиту В і громадянська позиція, при якій кожна особа розглядається як потенційно інфікована.

Лабораторна діагностика є основним методом діагностики вірусного гепатиту В. На підставі клінічної картини, даних лабораторної діагностики та з урахуванням побажань батьків обирається стратегія ведення – моніторинг + лікування чи тільки моніторинг.

Метою терапії ВГВ у дітей є покращення довгострокової виживаності та якості життя, зниження ризику прогресування хвороби печінки до цирозу і ГЦК.

В лікуванні ВГВ у дітей доведена ефективність інтерферонів альфа та нуклеоз(т)идних аналогів. Кожний з препаратів має свої переваги та недоліки. Противірусне лікування ВГВ у дітей проводиться дитячими інфекціоністами та/або дитячими гастроентерологами з відповідною кваліфікацією та досвідом в лікуванні ВГВ. Первинна медична допомога в ЛПМД має враховувати регіональні можливості – співпрацювати з тими дитячими спеціалістами, які мають кваліфікацію і досвід лікування дітей з ВГВ.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі відіграють ключову роль у покращенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці вірусного гепатиту В. Додаток 1 Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей» має на меті полегшити санітарно-просвітницьку складову роботи лікарів.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам дитячого віку із вірусним гепатитом В у кожному закладі охорони здоров'я будуть розроблятися та впроваджуватися локальні протоколи медичної допомоги, у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначається відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я закладу місцевого самоврядування.

### III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

#### 3.1. Первинна медична допомога

##### 3.1.1. Профілактика

###### Обґрунтування

Доведена ефективність профілактичного щеплення дітей раннього віку (починаючи з народження) в зниженні захворюваності і поширеності ВГВ у більшості ендемічних регіонів за останні кілька десятиліть.

Ризик хронізації вищий у новонароджених (90%), немовлят і дітей віком до 5 років (25–30%), ніж у підлітків або дорослих (<5%). Вакцинація є найбільш ефективним способом запобігання передачі гепатиту.

ВООЗ рекомендує загальне щеплення всіх дітей проти ВГВ. Щеплення дітей проти ВГВ впродовж 24-х годин після народження на 90–95% ефективно в запобіганні інфікування ВГВ. Невеликий відсоток щеплених дітей (5–10%) мають слабку відповідь на щеплення і залишаються уразливими у дорослому віці до інфекції ВГВ.

Крайня стійкість ВГВ дозволяє йому виживати протягом більш ніж тижня на сухих поверхнях, що є причиною значного ризику горизонтальної внутрішньосімейної передачі. Отже, необхідне консультування носіїв ВГВ і щеплення інфікованих членів сім'ї.

###### Дії лікаря

###### Обов'язкові:

Проведення щеплення дітей відповідно до чинного Календаря профілактичних щеплень в Україні.

Обстеження пацієнтів групи високого ризику (див. пункт 4.2) (скринінг на HBsAg) раз на рік.

Всі побутові контакти ВГВ-інфікованої дитини обстежуються на наявність HBsAg, поствакцинальних антитіл і антитіл до HBsAg для того, щоб запропонувати щеплення тим, у кого відсутні антитіла до ВГВ і діагностувати пацієнтів з ВГВ.

###### Бажані:

Проведення санітарно-просвітницької роботи з громадою щодо ВГВ. Рекомендувати уникати впливу факторів ризику інфікування ВГВ.

Надання друкованої інформації для пацієнта щодо ВГВ (див. Додаток 1).

Батькам (опікунам) і дитині необхідно надати всю необхідну інформацію щодо суті хвороби дитини (етіологія, шлях передачі вірусу, наслідки хвороби для організму), рекомендації щодо безпечної поведінки дитини по відношенню до інших людей, зауваживши, що саме вона може інфікувати іншого.

##### 3.1.2. Діагностика

###### Обґрунтування

Діагноз ВГВ розглядається в усіх пацієнтів з гострим або хронічним гепатитом невизначеної етіології, включаючи пацієнтів з гострим тяжким гепатитом, а також у пацієнтів групи високого ризику (див. пункт 4.2). Своєчасне встановлення діагнозу та призначення терапії позитивно впливає на

перебіг хвороби, дозволяє уникнути ускладнень та зберегти пацієнту повноцінне життя.

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

1. Призначається обстеження всім пацієнтам з підозрою на ВГВ та підвищеним ризиком інфікування ВГВ.

2. Пацієнт обстежується відповідно до Додатку 2.

3. Оцінюються загрозливі симптоми: асцит, підвищена кровоточивість, кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка в анамнезі, набряки, що свідчать про розвиток цирозу печінки та печінкової недостатності.

4. Пацієнт з позитивним HBsAg статусом направляється на консультацію до інфекціоніста дитячого чи гастроентеролога дитячого, або на госпіталізацію (при наявності загрозливих симптомів) в ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

5. Для пацієнтів, які направляються на консультацію до дитячого спеціаліста (гастроентеролога; інфекціоніста) заповнюється форма № 027/о і видається пацієнту (батькам; опікунам) на руки.

### **3.1.3. Лікування**

#### **Обґрунтування**

Метою противірусної терапії ХГВ є покращення довгострокової виживаності та якості життя, зниження ризику прогресування хвороби печінки до цирозу печінки і ГЦК.

Лікування ВГВ проводиться дитячим спеціалістом (гастроентерологом чи інфекціоністом) у ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

1. Забезпечення наявності записів в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль за дотриманням плану ведення пацієнта (див. Розділ IV).

2. Сприяння виконанню пацієнтом усіх рекомендацій спеціаліста (гастроентеролога дитячого; інфекціоніста дитячого).

##### **Бажані:**

Проведення санітарно-просвітницької роботи серед дітей з ВГВ та їх батьків (опікунів) щодо раціонального харчування, відмови від вживання алкоголю та наркотичних речовин та куріння.

### **3.1.4. Моніторинг**

#### **Обґрунтування**

Моніторинг проводиться з метою поточної оцінки стабільності стану пацієнта, відповіді організму на лікування або ідентифікації прогресування хвороби в активну фазу, що вимагає лікування. Відсутність моніторингу може призвести до нерозпізаного прогресування в термінальну стадію хвороби та пов'язаних з цим ускладнень, яким можливо запобігти при ранньому виявленні прогресуючої хвороби і своєчасному противірусному лікуванні. Доказова база для визначення оптимальних строків моніторингу обмежена. Строки

моніторингу визначаються дитячим спеціалістом (гастроентерологом; інфекціоністом).

Моніторинг дітей з ВГВ, які отримують противірусне лікування, проводиться дитячим спеціалістом (гастроентерологом; інфекціоністом) у ЗОЗ, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу.

Моніторинг пацієнтів, які не отримують лікування проводиться лікарями первинної медичної допомоги відповідно до плану розробленого дитячим спеціалістом (гастроентерологом; інфекціоністом) (див. Розділ IV).

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

1. Оцінка поточного стану пацієнта, супутньої патології.
2. Забезпечення записів в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о) та контроль за дотриманням плану ведення пацієнта (див. Розділ IV).

### **3.2. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога**

#### **3.2.1. Профілактика**

##### **Обґрунтування**

Доведена ефективність профілактичного щеплення дітей раннього віку (починаючи з народження) в зниженні захворюваності і поширеності ВГВ у більшості ендемічних регіонів за останні кілька десятиліть.

Ризик хронізації вищий у новонароджених (90%), немовлят і дітей віком до 5 років (25–30%), ніж у підлітків або дорослих (<5%). Вакцинація є найбільш ефективним способом запобігання передачі ВГВ.

ВООЗ рекомендує загальне щеплення всіх дітей проти ВГВ. Щеплення дітей проти ВГВ впродовж 24-х годин після народження на 90–95% ефективно в запобіганні інфікування ВГВ. Невеликий відсоток щеплених дітей (5–10%) мають слабку відповідь на щеплення і залишаються уразливими у дорослому віці до інфекції ВГВ.

Крайня стійкість ВГВ дозволяє йому виживати протягом більш ніж тижня на сухих поверхнях, що є причиною значного ризику горизонтальної внутрішньосімейної передачі. Отже, необхідне консультування носіїв ВГВ і щеплення інфікованих членів сім'ї Спосіб життя (заняття спортом, вподобання в харчуванні, вживання алкоголю) впливає на перебіг хвороби і ефективність лікування.

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

Дітям проводяться щеплення відповідно до чинного Календаря профілактичних щеплень в Україні (див. Розділ 7 пункт 16).

Діти групи високого ризику (див. пункт 4.2) обстежуються раз на рік – скринінг на HBsAg.

Всі побутові контакти ВГВ-інфікованої дитини обстежуються на наявність HBsAg, поствакцинальних антитіл і антитіл до HBsAg для того, щоб запропонувати щеплення тим, у кого відсутні антитіла до ВГВ і діагностувати пацієнтів з ВГВ.

Всі діти-кандидати для хіміотерапії або імуносупресивної терапії перевіряються на HBsAg, анти-HBsAg і анти-HBcAg, ДНК ВГВ (в МО/мл), а серонегативним пацієнтам проводиться щеплення.

*Бажані:*

Проведення санітарно-просвітницької роботи з громадою щодо ВГВ (див. пункти 4.1, 4.2, Додаток 1).

Надання інформації для пацієнта в друкованому вигляді щодо вірусного гепатиту В (див. Додаток 1).

### **3.2.2. Діагностика**

#### **Обґрунтування**

Діагноз ВГВ розглядається в усіх пацієнтів з гострим або хронічним гепатитом невизначеної етіології, включаючи пацієнтів з гострим тяжким гепатитом, а також у пацієнтів групи високого ризику (див. пункт 4.2) Своєчасне встановлення діагнозу та призначення терапії позитивно впливає на перебіг хвороби, дозволяє уникнути ускладнень та зберегти пацієнту повноцінне життя.

Діагностичні заходи спрямовані на встановлення та підтвердження діагнозу ВГВ, диференційну діагностику його з іншими хворобами, що характеризуються ураженням печінки та оцінку ризику тяжких ускладнень.

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

1. При виявленні пацієнта з HBsAg в ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) або третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, останній обстежується у відповідності із Додатком 2. Після отримання даних обстеження пацієнт направляється на консультацію до дитячого спеціаліста (гастроентеролога чи інфекціоніста).

2. Пацієнт, направлений на консультацію, обстежується з урахуванням тих даних, що зазначені в формі 027/о. Обсяг обстеження проводиться у відповідності із пунктом 4.4. Діагноз виставляється у відповідності із пунктами 4.3, 4.5.

3. Пацієнту, направленому на консультацію, на руки видається форма 028/о.

4. Пацієнт направляється на консультацію: при підозрі щодо злоякісного новоутворення – до онколога, при встановленні у пацієнта цирозу печінки – до хірурга-трансплантолога.

5. Пацієнт направляється на госпіталізацію при встановленні гострого ВГВ, для лікування тяжких загострень ХГВ та ускладнень цирозу печінки, проведення пункційної біопсії печінки при прогресуючому перебігу хвороби, та для початку проведення противірусного лікування.

### **3.2.3. Лікування**

#### **Обґрунтування**

Сучасні стратегії ведення пацієнтів включають стратегію моніторингу тих, кому лікування не рекомендоване, і стратегію лікування тих, кому лікування показане (пункти 4.6.1 і 4.6.2).

Доведена ефективність ІФН- $\alpha$ , НА в лікуванні ХГВ у дітей.

Ведення пацієнта з ВГВ здійснює дитячий спеціаліст (гастроентеролог; інфекціоніст).

Метою противірусної терапії ХГВ є покращення довгострокової виживаності та якості життя, зниження ризику прогресування хвороби печінки до цирозу печінки і ГЦК. Оптимальною кінцевою точкою лікування є стійкий кліренс HBeAg, оскільки це зупиняє прогресування хвороби і знижує ризик ГЦК. Якщо серокліренс HBeAg не досягнутий, стійке пригнічення вірусної реплікації за відсутності терапії [відсутні ДНК ВГВ при чутливій полімеразній ланцюговій реакції (ПЛР) в реальному часі, рекомендована чутливість ПЛР не вище 10–15 МО/мл], пов'язаної зі стійкою анти-HBeAg сероконверсією у початково HBeAg-позитивних пацієнтів, є хорошою кінцевою точкою, пов'язаною з покращенням прогнозу, у тому числі зниженням ризику ГЦК. За відсутності вірусного пригнічення поза терапією, стійка вірусологічна відповідь (відсутні ДНК ВГВ при довгостроковій противірусній терапії) є наступною кращою кінцевою точкою. Зниження рівня віремії призводить до зниження запалення печінки і подальшої нормалізації рівня АЛТ, зниження ризику прогресування хвороби. Основною метою лікування дітей має бути втрата HBeAg і HBeAg або сероконверсія. Зниження рівня ДНК ВГВ є важливим показником, але це не повинно досягатись за рахунок підвищеного ризику резистентності до препаратів. Відповідь на лікування може бути оцінена на біохімічних, серологічних, вірусологічних і гістологічних рівнях.

### **Дії лікаря**

#### **Обов'язкові:**

1. Обговорення з пацієнтом та його батьками (опікунами) інформації щодо стану здоров'я пацієнта, наявність показань до лікування, ризику лікування та ефективність терапії. Разом з пацієнтом та батьками (опікунами) приймається зважене рішення щодо подальшого ведення: стратегія лікування + моніторинг або стратегія моніторингу.

2. В разі обрання стратегії лікування призначаються додаткові обстеження, схема лікування, строки і обсяг необхідного моніторингу (див. пункти 4.6–4.8), з внесенням даних в первинну документацію. При необхідності проведення додаткового обстеження в первинній медичній документації зазначається мета обстеження. Проводиться корекція лікування і обговорюється дата наступного візиту до лікаря. При інтерпретації даних обстеження зазначається інформація щодо ефективності чи неефективності лікування (див. пункт 4.5).

3. Пацієнт з ускладненнями направляється у відділення (гастроентерологічне, інфекційне) ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу з досвідом лікування ВГВ. Лікування ускладнень ВГВ проводиться згідно з встановленим діагнозом.

4. В разі обрання стратегії моніторингу призначається обстеження і строки їх виконання, з внесенням даних в первинну документацію.

#### **3.2.4. Трансплантація**

Питання з трансплантації печінки розглядається у пацієнтів з: гострою печінковою недостатністю, що розвинулася як ускладнення ВГВ; цирозом



печінки (стадія В, С за шкалою Чайлд-П'ю); гепатоцелюлярною карциномою, які відповідають критеріям для трансплантації.

### **3.2.5. Госпіталізація**

#### **Обґрунтування:**

Діти з гострим вірусним гепатитом В, прогресуючим перебігом ХГВ з високою активністю запального процесу в печінці потребують надання високоспеціалізованої медичної допомоги з метою визначення стратегії та тактики подальшого лікування, запобіганню розвитку печінкової недостатності. При вперше встановленому діагнозі ХГВ у дітей необхідна госпіталізація пацієнта у відділення (гастроентерологічне, інфекційне) з метою проведення біопсії печінки та оцінки стадії фіброзу печінки й активності гепатиту, що має важливе значення для визначення тактики лікування. Важливо також виключати інші причини ураження печінки.

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

Ознайомлення пацієнта з переліком можливих втручань, очікуваними ризиками та отримати перед госпіталізацією до стаціонару:

- Інформовану добровільну згоду пацієнта та батьків (опікунів) на проведення діагностичних та лікувальних процедур (форма № 003-6/о);

Тривалість стаціонарного лікування визначається строками проведення необхідних обстежень, досягнення клінічної ефективності терапії.

Показаннями для госпіталізації є:

1. Гострий ВГВ – госпіталізація в інфекційне відділення ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.
2. Пункційна біопсія печінки.
3. Прогресуючий перебіг ХГВ з високоактивним запальним процесом в печінці, тяжке загострення ХГВ з ознаками печінкової недостатності, ускладнення цирозу печінки – госпіталізація в відділення (гастроентерологічне, інфекційне) ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.
4. Ускладнений супутніми хворобами перебіг ХГВ, серйозні побічні ефекти противірусної терапії – госпіталізація в відділення (гастроентерологічне, інфекційне) ЗОЗ, що надають вторинну, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу з досвідом лікування ВГВ.

### **3.2.6. Виписка з рекомендаціями після госпіталізації**

#### **Дії лікаря**

##### **Обов'язкові:**

Оформлення і надання пацієнту виписки із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).

Надання пацієнту інформації щодо можливих побічних ефектів лікування, необхідності неухильного дотримання плану подальшого лікування та моніторингу.

Надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

Виписка пацієнта планується відповідно до критеріїв:

- пацієнт з ВГВ (гострим, хронічним), госпіталізований вперше, має бути виписаний із стаціонару після остаточної верифікації діагнозу, покращення стану та з визначеною тактикою лікування або моніторингу;
- при госпіталізації з приводу ускладненого перебігу ВГВ (гострого, хронічного), побічних явищ протівірусного лікування, пацієнт може бути виписаний за умови позитивної клініко-лабораторної динаміки хвороби;
- якщо подальше лікування може здійснюватись амбулаторно.

### **3.2.7. Моніторинг**

#### **Обґрунтування**

Моніторинг проводиться з метою поточної оцінки стабільності стану пацієнта, відповіді організму на лікування або ідентифікації прогресування хвороби в активну фазу, що вимагає лікування. Відсутність моніторингу може призвести до нерозпізнаного прогресування хвороби до цирозу печінки та пов'язаних з цим ускладнень, яким можливо запобігти при ранньому виявленні прогресуючої хвороби і своєчасному протівірусному лікуванні. Доказова база для визначення оптимальних строків моніторингу обмежена. Строки моніторингу визначаються дитячим спеціалістом (гастроентерологом; інфекціоністом) з відповідною кваліфікацією та досвідом в лікуванні ВГВ.

#### **Дії лікаря**

#### **Обов'язкові:**

Лікар призначає обсяг і строки моніторингу у відповідності із тяжкістю хвороби, супутніми хворобами і стратегією ведення пацієнта (див. розділ IV).

## IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 4.1. Профілактика

**Первинна профілактика** спрямована на попередження інфікування особи, а в разі інфікування на своєчасну діагностику і початок лікування, що є запорукою одужання.

1. Вакцинація є найбільш ефективним способом запобігання передачі ВГВ (здійснюється відповідно до чинного Календаря профілактичних щеплень в Україні).

- Поствакцинальне тестування захисної концентрації антитіл до поверхневого антигену вірусу гепатиту В рекомендується тільки у груп високого ризику (дітей позитивних жінок на ВГВ, а також ВІЛ-інфікованих або інших суб'єктів з ослабленим імунітетом), і повинно бути виконано через 1–2 місяці після закінчення графіка щеплення.

- Діти з ослабленим імунітетом перевіряються раз на рік і ревакцинуються при рівні антитіл  $<10$  МО/мл.

2. При відсутності тріщин або кровотечі сосків у матерів-годувальниць, немає ризику передачі вірусу гепатиту В від інфікованої матері до її новонародженої дитини при грудному вигодовуванні, якщо дитині проводиться щеплення проти гепатиту В.

3. Профілактика інфікування ВГВ полягає також в обізнаності населення щодо проблеми ВГВ та дотримання певної поведінки (утримання від контактів з рідинами організму іншої людини (кров, міжтканинна рідина, сперма), користуватися засобами разового (шприци, голки, гінекологічні оглядові дзеркала тощо) та індивідуального (зубні щітки, леза для гоління, контактні лінзи) призначення; користуватися стерильним інструментом багаторазового призначення (манікюрний, стоматологічний, хірургічний, лабораторний інструмент, інструмент для пірсингу і татуажу тощо).

4. Особам, які мали (або не виключають) контакт з рідинами організму іншої людини, підлягають своєчасній діагностиці хвороби, оскільки чим раніше буде встановлений діагноз, тим швидше можна буде прийняти рішення стосовно лікування.

5. Всі побутові контакти ВГВ-інфікованої дитини підлягають обстеженню на наявність HBsAg, поствакцинальних антитіл і антитіл до HBcAg для того, щоб запропонувати вакцинацію тим, у кого відсутні антитіла до ВГВ і діагностувати пацієнтів з ВГВ.

**Вторинна профілактика** спрямована на попередження поширення вірусу в навколишнє середовище інфікованою особою та зменшення тяжкості перебігу хвороби шляхом модифікації способу життя.

### 4.2. Групи ризику ВГВ

В групу ризику входять особи, які піддаються впливу факторів, що підвищують ризик інфікування вірусом гепатиту В. Враховуючи це виділяють наступні групи ризику:

1. Народжені ВГВ-інфікованими матерями.
2. Реципієнти крові/тканин.

3. Пацієнти на гемодіалізі.
4. Діти з гемофілією.
5. Пацієнти з підвищеним рівнем активності АЛТ нез'ясованої етіології.
6. Особи, які споживали/споживають ін'єкційні наркотики.
7. Особи, які є ВІЛ-позитивними.
8. Які проживають у закритих дитячих закладах.
9. Особи, які перебували в закладах позбавлення волі впродовж останніх 6 міс.
10. Діти, мати яких інфікована ВГВ, ВГС, ВІЛ.
11. Особи, які отримали медичну чи стоматологічну допомогу в країнах, де ВГВ є поширеним, а інфекційний контроль є низьким.
12. Особи, у яких є татування або пірсинг.
13. Особи, які мали статевого партнера/побутові контакти з особою, яка інфікована ВГВ.
14. Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками.

#### **4.3. Скринінг на ВГВ**

Скринінгу на ВГВ – визначення HBsAg – підлягають пацієнти з групи ризику (див. пункт 4.2); донори крові, органів та тканин; вагітні жінки; новонароджені від HBsAg-позитивних матерів; особи, які потребують імуносупресивного лікування; пацієнти зі збільшеним АЛТ та АСТ невідомого походження.

У разі виявлення HBsAg всім пацієнтам проводиться комплекс первинної діагностики (див. Додаток 2).

Ці пацієнти інформуються лікарем про їхню належність до групи високого ризику інфікування вірусом гепатиту В.

#### **4.4. Клінічний перебіг ВГВ у дітей, термінологія та діагностичні критерії**

Гострий гепатит В – вперше виявлена інфекція вірусу гепатиту В. Діагноз ґрунтується на виявленні антитіл до HBsAg і IgM до HBcAg (анти-HBcAg IgM).

При збереженні HBsAg в крові впродовж більше 6-ти місяців в організмі розвивається патологічний стан, в якому виділяють наступні фази: імунотолерантна, імуноактивна, імуного контролю, уникнення імунової відповіді, реактивації (див. Таблицю 1).

Таблиця 1 Фази хронічного гепатиту В (ХГВ)

Фаза	Серологічний статус HBeAg	Характеристика	Показання до лікування
1. Імунотолерантна	HBeAg-позитивний	HBsAg+; HBeAg+; ДНК ВГВ+ (зазвичай >200 000 МО/мл); анти-HBeAg негативний; нормальний/або мінімально підвищений рівень АЛТ, мінімальне запалення печінки, відсутній або повільно прогресуючий фіброз, низька спонтанна втрата HBeAg. Етап, який спостерігається у багатьох HBeAg-позитивних дітей і підлітків, особливо у перинатально інфікованих.	Лікування, як правило, не проводиться, але моніторинг потрібен
2. Імуноактивна (HBeAg-позитивний ХГВ)	HBeAg-позитивний; може розвиватися анти-HBeAg	HBsAg+; HBeAg+; ДНК ВГВ+ (зазвичай >2 000 МО/мл); анти-HBeAg негативний; аномальні або періодично аномальні АЛТ; гістологічно визначається некрозапальна активність та прогресуючий фіброз. Ця фаза призводить до сероконверсії анти-HBeAg антитіл у 60–95 % хворих в довгостроковій перспективі з нормалізацією АЛТ, яка призводить до фази «імунного контролю». Рівень АЛТ зростає перед виведенням HBeAg і може залишатися підвищеним (зі стрибками у 20 % дітей) протягом 6–12 місяців після сероконверсії.	Лікування може бути показано; моніторинг
3. Неактивний ХГВ або фаза «імунного контролю» (Раніше – неактивний носій)	HBeAg-негативний, анти-HBeAg позитивний	HBsAg+; HBeAg-; анти-HBeAg+; ДНК ВГВ <2 000 МО/мл; стійкий нормальний рівень АЛТ; малоактивна гістологія печінки, ризик цирозу і ГЦК знижений. Сероконверсія HBeAg в молодому віці до розвитку цирозу печінки дає хороший прогноз – зменшення ризику цирозу і раку печінки. Може розвинути HBeAg-негативна хвороба, активна вірусна реплікація.	Лікування не показано, але необхідний моніторинг щодо реактивації і ГЦК
4. «Уникнення імунної відповіді» (HBeAg-негативний ХГВ)	HBeAg-негативний з або без анти-HBeAg-позитивності	HBsAg+; HBeAg-; анти-HBeAg-/+; ДНК ВГВ >20 000 МО/мл; аномальний рівень АЛТ (постійно або періодично); високий ризик прогресування та ГЦК. HBeAg-негативний гепатит вражає близько 10 % дітей.	Лікування може бути показано
5. «Реактивація» або «загострення хронічного гепатиту»	HBeAg-позитивний або негативний	HBsAg+; HBeAg-/+; анти-HBeAg-/+; ДНК ВГВ >20 000 МО/мл; аномальний рівень АЛТ; високий ризик декомпенсації при наявності цирозу печінки. Може виникнути спонтанно або бути наслідком імуносупресії від	Лікування показано

		хіміо- або імуносупресивної терапії, ВІЛ інфекції або трансплантації, розвитку противірусної резистентності або відміни противірусної терапії.	
--	--	--	--

#### 4.5. Діагностика ВГВ

Метою діагностики є: а) підтвердження факту інфікування вірусом гепатиту В; б) перебігу інфекції ВГВ, в) визначення ступеня ураження печінки; г) визначення фази ХГВ з метою прийняття зваженого рішення щодо стратегії та тактики ведення пацієнта.

В ЗОЗ, що надають вторинну/третинну медичну допомогу пацієнти направляються лікарями первинної медичної допомоги з результатами проведеної первинної діагностики (див. Додаток 2). Лікарі-спеціалісти (гастроентерологи дитячі, інфекціоністи дитячі) проводять подальше обстеження пацієнта з урахуванням даних вже проведеного обстеження.

##### 1). Скарги

Для гострого гепатиту В характерно: втомлюваність, знижений апетит, нудота, блювання, абдомінальний біль, біль в правому підребер'ї, субфебрильна температура, жовтуха, темний колір сечі, випорожнення світлого кольору, артралгія, головний біль.

Для ХГВ характерно: переважно безсимптомний перебіг, або втомлюваність, емоційна лабільність, відчуття дискомфорту в правому підребер'ї, носова кровотеча, можливі артралгії. У пацієнтів з тяжким перебігом або у пацієнтів з цирозом печінки можуть відмічатися втомлюваність жовтуха, нудота, носова кровотеча, телеангіоектазії (зірчасті гемангіоми), набряки, асцит, периферичні набряки, порушення сну, шлунково-кишкова кровотеча.

Позапечінкові прояви ВГВ: вузликовий періартеріт, нефропатія (мембранозний гломерулонефрит, мембранозно-проліферативний гломерулонефрит), кріоглобулінемія (тип II).

##### 2). Анамнез

При зборі анамнезу з'ясовуються інформація щодо: оперативних втручань; гемотрансфузій; сімейних контактів; кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу або шлунка в анамнезі; попереднього лікування ВГВ; хіміотерапевтичного або імуносупресивного лікування; випадків вірусного гепатиту та раку печінки серед родичів.

##### 3). Фізикальне обстеження

Оцінюються наявність гепато- та спленомегалії, телеангіоектазії, долонної еритеми, істеричності склер та загрозливих симптомів: жовтушність шкіри, асцит, підвищена кровоточивість, набряки, печінковий запах з рота, енцефалопатія (цироз печінки, печінкова недостатність).

##### 4). Лабораторні методи обстеження.

Серед методів лабораторної діагностики, залежно від клінічної ситуації, використовуються наступні методи діагностики: загальний аналіз крові; біохімічні показники крові: білірубін АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, ГГТ, загальний білок, альбумін, протромбіновий індекс, міжнародне нормалізоване

відношення, протромбіновий час,  $\alpha$ -фетопротейн; маркери вірусного гепатиту В: HBeAg, антитіла IgM, IgG до HBsAg, антитіла (IgG) до HBsAg, HBeAg, кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л); маркерів вірусних гепатитів А, С, D, ВІЛ (анти-ВГА IgG, IgM, анти-ВГС анти-ВГD, анти-ВІЛ загальні); маркери метаболічних хвороб печінки (за необхідності); визначення титру специфічних аутоімунних антитіл.

Верхню межею норми (ВМН) для АЛТ слід вважати верхню межу норми тієї лабораторії, в якій проводилось тестування. Стійким нормальним (або підвищеним) рівнем АЛТ вважається результат на основі даних трьох визначень рівнів АЛТ нижче/вище верхньої межі норми, отримані в довільні інтервали впродовж 6–12 місяців або через попередньо визначені інтервали впродовж 12-місячного періоду.

У осіб з ХГВ позитивний результат HBeAg зазвичай вказує на наявність активної реплікації ВГВ і високої контагіозності.

### **5). Інструментальні методи обстеження**

Серед інструментальних методів діагностики та моніторингу динаміки перебігу ВГВ у дітей використовуються: **УЗД печінки** та органів черевної порожнини; **Комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія** для виключення злякисних новоутворень печінки (за наявності показань); **Езофагогастродуоденоскопія** (у хворих із спленомегалією) з метою виявлення варикозного розширення вен стравоходу; біопсія печінки з подальшим морфологічним обстеженням біоптату. Результати обстеження біоптатів печінки можуть відігравати вирішальну роль для прийняття рішення про початок лікування у випадках коли інші критерії є сумнівними і не дозволяють прийняти такого рішення. Гістологічне обстеження біоптату печінки дозволяє оцінити активність запального процесу та стадію хвороби.

Сьогодні немає достатніх доказових даних щодо використання у дітей з метою діагностики неінвазивних методів – Фіброскан, ФіброТест. Вони не можуть замінити біопсію печінки для вибору тактики лікування дитини чи підлітка з ХГВ.

**Показання до проведення біопсії печінки:** ДНК ВГВ > 2000 МО/мл та АЛТ > ВМН за результатами 2-х послідовних обстежень, проведених з інтервалом в 3 місяці.

З пацієнтом та батьками (опікунами) обговорюються діагностичні можливості біопсії, обмеження і ризику даного методу.

Результатів гістоморфологічного обстеження біоптатів печінки проводяться за шкалою оцінок METAVIR, що дозволяє окремо враховувати як ступінь запалення, так і стадію фіброзу печінки (див. Таблицю 2).

**Таблиця 2. Система оцінок активності запалення й фіброзу печінці за шкалою METAVIR**

Показники активності (A)		Лобулярне запалення		
		Відсутнє 0	Помірне 1	Тяжке 2
Часточкові сходиноподібні некрози	Відсутні 0	A 0	A 1	A 2
	Мінімальні 1	A 1	A 1	A 2
	Помірні 2	A 2	A 2	A 3
	Тяжкі 3	A 3	A 3	A 3
Показники фіброзу (F)	Гістоморфологічні зміни			
F 0	Відсутність портального фіброзу			
F 1	Незначний портальний фіброз без септ (відсутні порушення цитоархітекτονіки печінкових часточок)			
F 2	Помірний портальний фіброз з окремими септами (поодинокі порушення цитоархітекτονіки печінкових часточок)			
F 3	Значний портальний фіброз, багато септ, але без ознак цирозу			
F 4	Цироз			

Оцінка активності гепатиту:

- A 0 = відсутня гістологічна активність
- A 1 = мінімальна активність
- A 2 = помірна активність
- A 3 = значна активність

Оцінка стадії фіброзу печінки:

- F 0 = фіброз відсутній
- F 1 = портальний фіброз без септ (мінімальний)
- F 2 = портальний фіброз із рідкими септами (помірний)
- F 3 = численні септи без цирозу (значний)

Відсутність можливості проведення пункційної біопсії печінки не має обмежувати доступ хворих до лікування у випадку наявності відповідних показань, не має розглядатися як протипоказання до початку лікування або бути основною причиною для його затримки.

**б). Диференційний діагноз вірусного гепатиту В**

Диференційну діагностику вірусного гепатиту В проводять з вірусними гепатитами А, С, Е; аутоімунним гепатитом, гемохроматозом, хворобою Вільсона-Коновалова, дефіцитом альфа-1 антитрипсину; медикаментозним гепатитом. Впродовж 18-ти днів після щеплення проти гепатиту В в крові пацієнта може визначатися HBsAg.



#### 4.6. Формулювання діагнозу

При формулюванні діагнозу зазначається: етіологія, гостра чи хронічна інфекція, фаза ХГВ; вірусне навантаження; активність гепатиту, а саме активний/ неактивний (за показниками трансаміназ), ступінь активності ВГВ за результатами гістологічного обстеження; стадія фіброзу (за шкалою METAVIR); ускладнення; наявність позапечінкових проявів ВГВ.

#### 4.7. Лікування

##### 4.7.1. Показання до лікування

Основними критеріями для призначення протівірусної терапії є: кількість ДНК ВГВ, рівень АЛТ і гістологічні зміни в печінці (активність та стадія фіброзу). Не потрібно визначати генотип вірусу для початкового лікування у пацієнтів з ХГВ. Діти в імунотолерантній фазі не повинні піддаватися лікуванню, але повинні контролюватися, і лікуватися тільки якщо підвищення рівня АЛТ показує імунну активацію.

##### Лікування рекомендується:

- 1) всім дітям з ХГВ та клінічними проявами прогресуючого фіброзу ( $\geq F 2$  за METAVIR)/цирозу печінки незалежно від рівнів АЛТ, наявності/відсутності HBeAg чи рівнів ДНК ВГВ;
- 2) АЛТ  $>$  ВМН протягом 6-ти місяців для HBeAg-позитивних пацієнтів та 12-ти місяців у HBeAg-негативних пацієнтів і високими показниками ДНК ВГВ  $> 2000$  МО/мл;
- 3) дітям з АЛТ  $>$  ВМН з сімейними випадками ГЦК;
- 4) всім дітям з ВГВ, які перенесли трансплантацію печінки;
- 5) реципієнтам трансплантатів від анти-HBeAg-позитивних донорів;
- 6) дітям з ВГВ, які отримуватимуть імуносупресивну або цитотоксичну терапію;
- 7) всім дітям з ВГВ гломерулонефритом, коінфекцією ВГD, ВГC, ВІЛ, навіть якщо рівні АЛТ, ДНК ВГВ, і гістологія печінки не відповідають критеріям, перерахованим вище.

##### 4.7.2 Лікування не рекомендується для наступних груп:

- 1) діти без клінічних ознак цирозу незалежно від статусу HBeAg для яких виконуються всі з наступних умов: а) стійкі нормальні рівні АЛТ; б) рівень ДНК ВГВ  $< 2000$  МО/мл;
- 2) діти в імунотолерантній фазі (див. пункт 4.4).

##### 4.7.3. Моніторинг для тих, кому лікування не рекомендоване

Моніторинг проводиться з метою раннього виявлення тих, кому буде показане лікування:

- 1) діти з HBeAg-позитивним ВГВ які мають нормальний рівень АЛТ без ознак виразного фіброзу (стадія METAVIR  $< F2$  ) моніторинг рівня АЛТ кожні 6 міс;
- 2) HBeAg-позитивні пацієнти з постійно підвищеним рівнем АЛТ проходять обстеження кожні 3 місяці протягом не менше одного року (АЛТ, HBeAg/ анти-HBeAg);

- 3) діти з HBeAg-негативним ВГВ, які мають підвищені рівні АЛТ і рівень ДНК ВГВ  $>2\ 000$  МО/мл обстежуються кожні 3 міс;
- 4) HBeAg-негативні пацієнти проходять обстеження кожні 4 місяці (АЛТ, ДНК ВГВ) протягом першого року, щоб виключити HBeAg-негативний гепатит. Після підтвердження статусу неактивного носія (нормальний рівень АЛТ і ДНК ВГВ  $<2\ 000$  МО/мл), пацієнти підлягають моніторингу кожні 6 місяців;
- 5) щорічний моніторинг дітей з HBeAg-негативним ВГВ, які мають нормальний рівень АЛТ не мають ознак виразного фіброзу (стадія METAVIR  $<F2$ ) і мають рівень ДНК ВГВ  $<2\ 000$  МО/мл;
- 6) всім дітям з ХГВ УЗД печінки проводиться кожні 6 місяців при  $F \geq 2$  балів; при  $F < 2$  балів – кожні 12 місяців.

#### 4.7.4. Лікування гострого ВГВ

Показаннями для протівірусного лікування НА (ентекавір, тенофовір) є фульмінантний перебіг гострого ВГВ. Тривалість лікування визначається лікуючим лікарем залежно від клінічної ситуації і складає щонайменше 3 місяці після досягнення сероконверсії (зникнення HBsAg і поява анти-HBsAg); або щонайменше 12-ти місяців після досягнення сероконверсії (зникнення HBeAg і поява анти-HBeAg) при збереженні HBsAg.

#### 4.7.5. Лікування ХГВ

На даний час в Україні для лікування дітей з ХГВ використовуються ІФН- $\alpha$ , безпечність яких у дітей є доведеною. Застосування ламівудину, препарату з низьким бар'єром резистентності, для лікування ХГВ у дітей, не рекомендовано ВООЗ.

Відповідь на лікування може бути оцінена на біохімічному, серологічному, вірусологічному і гістологічному рівнях:

- 1) біохімічна відповідь: нормалізація рівня АЛТ, що відображає зниження індексу гістологічної активності. Однак, рівень АЛТ є складним для оцінки параметром, оскільки він може значно коливатися протягом довгого часу і може залишатися підвищеним до 6–12 місяців після сероконверсії. Тому необхідно проводити моніторинг рівнів АЛТ кожні 3 місяці впродовж першого року після лікування і кожні 6 місяців впродовж другого року після лікування;
- 2) серологічна відповідь для HBeAg визначається як втрата HBeAg і сероконверсія до анти-HBeAg (тільки у HBeAg-позитивних пацієнтів); серологічна відповідь для HBsAg визначається як втрата HBsAg і поява анти-HBsAg (значимо для всіх хворих на ХГВ);
- 3) вірусологічна відповідь: невиявлені рівні ДНК ВГВ (визначається чутливим ПЛР) через 3–6 місяців лікування пацієнтів НА, або ДНК ВГВ  $<2\ 000$  МО/мл через 6 місяців і в кінці лікування у пацієнтів на терапії ІФН.
- 4) повна відповідь: вірусологічна відповідь поза терапією пов'язують з втратою HBsAg, стійкою в довгостроковий період часу;
- 5) стійка вірусологічна відповідь: вірусологічна відповідь, що зберігається принаймні протягом 12-ти місяців після припинення лікування;

- б) часткова вірусологічна відповідь: зниження кількості ДНК ВГВ більш ніж на  $1 \log_{10}$  МО/мл, але при його збереженні в сироватці крові після, щонайменше, 6-ти місяців лікування НА;
- 7) первинна відсутність відповіді: зменшення менш ніж на  $1 \log_{10}$  МО/мл кількості ДНК ВГВ від вихідного рівня через 3 місяці терапії;
- 8) вірусологічний прорив: підвищення рівня ДНК ВГВ більш ніж на  $1 \log_{10}$  МО/мл під час терапії, як правило, викликано недотриманням лікування або появою стійких до лікарських засобів мутацій ВГВ.

Гістологічна оцінка некрозапальної активності не використовується як критерій для оцінки відповіді на лікування.

#### **Терапія першої лінії:**

ІФН-а застосовується з 12-ти місячного віку впродовж 24-х тижнів у дітей з HBeAg-позитивним гепатитом. У хворих з HBeAg-негативним гепатитом більш висока частота рецидивів, тому тривалість терапії продовжується до 48 тижнів. У дітей до 3-х років повинен бути прийнятий до уваги ризик розвитку ІФН-асоційованої нейротоксичності.

**Протипоказання до ІФН-а:** декомпенсований цироз печінки; цитопенія, аутоімунні хвороби; серцева або ниркова недостатність; наявність трансплантантів., імуносупресивна терапія супутніх хвороб.

**Перед початком лікування ІФН-а пацієнт обстежується:** загальний аналіз крові; біохімічний аналіз крові (білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, ГГТ, загальний білок, альбумін, протромбіновий час/міжнародне нормалізоване відношення, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl), сечова кислота, тригліцериди, холестерин; гормони щитовидної залози (ТТГ, Т3в, Т4в, анти-ТПО); кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), наявність HBeAg (якщо раніше не проведені або обстеження проведено >1міс. тому).

#### **Моніторинг пацієнтів, які приймають ІФН-а**

Моніторинг під час лікування проводиться з метою оцінки ефективності, виявлення потенційних точок призупинення лікування та отримання інформації про побічні реакції препаратів.

Моніторинг пацієнтів, які отримують ІФН-а включає:

- 1) моніторинг техніки ін'єкцій і побічних реакцій щотижня впродовж першого місяця лікування ІФН-а;
- 2) маса тіла, зріст, загальний аналіз крові, білірубін, альбумін, АЛТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl), сечова кислота, ТТГ, Т4 загальний, анти-ТПО (для гормонів щитовидної залози через 12, 24, 36, 48 тижнів від початку противірусного лікування) через 2, 4, 12, 24, 36 і 48 тижні після початку лікування для виявлення побічних ефектів;
- 3) кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), HBeAg, анти-HBeAg (для HBeAg-позитивного гепатиту) через 12, 24 і 48 тижнів після початку лікування.

**Лікування припиняється** у разі розвитку тяжких побічних реакцій.

**Терапія другої лінії** проводиться НА: інформація наведена в адаптованих клінічних настановах.

**Терапія першої лінії НА.** Інформація наведена в адаптованих клінічних настановах. Наведена нижче інформація стосується пацієнтів, які в

індивідуальному порядку отримують незареєстрований для застосування в Україні препарат.

**Показання до лікування:** пацієнти з декомпенсованим цирозом печінки; профілактика рецидиву перед початком імуносупресивного лікування пацієнтам, які є HBsAg-позитивними і мають рівень ДНК ВГВ більше ніж 2 000 МО/мл (розпочинається перед початком імуносупресивного лікування і продовжується впродовж як мінімум 6-ти місяців після сероконверсії HBeAg і негативного рівня ДНК ВГВ).

**Протипоказання до лікування НА:** довготривалий діабет; неконтрольована артеріальна гіпертензія; тяжка форма остеопенії/остеопорозу; прийом нефротоксичних препаратів у зв'язку з підвищенням ризику ниркових побічних реакцій.

**Обстеження перед початком лікування ентекавіром:** загальний аналіз крові; біохімічний аналіз крові [білірубін, альбумін, АЛТ, АСТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl)]; коагулограма, білок/креатинін в сечі (у хворих з цирозом печінки); кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), кількісний рівень HBsAg, HBeAg, анти-HBeAg.

**Обстеження перед початком лікування тенофовіром:** загальний аналіз крові; біохімічний аналіз крові [білірубін, альбумін, АЛТ, АСТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl)]; рівень фосфатів, білок/креатиніну в сечі; коагулограма (у хворих з цирозом печінки); кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), кількісний рівень HBsAg, HBeAg, анти-HBeAg.

#### **Моніторинг пацієнтів, які приймають НА**

Лікування НА, як правило, довгострокове, якщо тільки не виникає сероконверсія або кліренс HBsAg. Тому моніторинг спрямований на виявлення рецидивів, вірусологічних або біохімічних, що може означати, що розвинулася медикаментозна стійкість або немає повної прихильності до лікування. Окрім того, повинен здійснюватися постійний моніторинг з метою раннього виявлення побічних реакцій.

**Моніторинг пацієнтів, які отримують ентекавір з компенсованою хворобою печінки:** загальний аналіз крові; білірубін, альбумін, АЛТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl) через 4 тижні після початку лікування і потім кожні 3 місяці для виявлення побічних ефектів; кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), кількісний рівень HBsAg, HBeAg, анти-HBeAg через 12, 24 і 48 тижнів після початку лікування і потім кожні 6 місяців (щоб визначити відповідь та тривалість лікування); кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л) кожні 12 тижнів у пацієнтів з HBeAg-негативним гепатитом, які приймали ламівудин впродовж 5-ти років або довше.

**Моніторинг у дітей які отримують ентекавір з декомпенсованою хворобою печінки:** загальний аналіз крові, білірубін, альбумін, АЛТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl), білок/креатинін в сечі, коагулограма, рівень ДНК ВГВ (в МО/мл), HBeAg, анти-HBeAg проводиться щотижня після початку до стабілізації стану (компенсований цироз печінки), потім моніторинг загального аналізу крові та біохімічних показників проводиться кожні 3 міс.; кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), кількісний

рівень HBsAg, HBeAg, анти-HBeAg через 12, 24 і 48 тижнів після початку лікування і потім кожні 6 місяців; контроль росту.

**Моніторинг дітей, які приймають тенофовір з компенсованою хворобою печінки:** загальний аналіз крові, білірубін, альбумін, АЛТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl), білок/креатинін в сечі, рівень фосфатів через 4 тижні після початку лікування і потім кожні 3 місяці для виявлення побічних реакцій; кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), кількісний рівень HBsAg, HBeAg, анти-HBeAg через 12, 24 і 48 тижнів після початку лікування і потім кожні 6 місяців, щоб визначити відповідь та тривалість лікування.

**Моніторинг дітей які приймають тенофовір з декомпенсованою хворобою печінки:** загальний аналіз крові, білірубін, альбумін, АЛТ, креатинін, сечовина, електроліти (К, Na, Ca, P, Cl), білка/креатиніну в сечі, фосфати, коагулограма, кількісне визначення ДНК ВГВ, HBeAg, анти-HBeAg проводиться щотижня після початку до стабілізації стану (компенсований цироз печінки), потім моніторинг загального аналізу крові та біохімічних показників крові проводиться кожні 3 міс.; кількісне визначення ДНК ВГВ (в МО/л), кількісний рівень HBsAg, HBeAg, анти-HBeAg через 12, 24 і 48 тижнів після початку лікування і потім кожні 6 місяців; контроль росту.

#### **Припинення лікування**

Припинення лікування розглядається коли тривалість лікування НА становить не менше 12-ти місяців після досягнення HBeAg-сероконверсії і відсутності ДНК ВГВ в сироватці крові.

Всім дітям з цирозом печінки призначається довічне лікування НА. Противірусне лікування не повинно припинятися через ризик реактивації, яка може призвести до серйозних уражень печінки.

**Моніторинг після противірусного лікування НА** проводиться для пацієнтів з HBeAg-сероконверсією (визначення HBeAg, анти-HBeAg, кількісне визначення ДНК ВГВ і функції печінки проводиться через 4, 12 і 24 тижні після сероконверсії, а потім кожні 6 місяців); для пацієнтів з сероконверсією HBsAg (HBsAg і анти-HBsAg щорічно після противірусного лікування, закінчити моніторинг рекомендується після отримання в 2-х послідовних тестах анти-HBsAg-позитивний результат).

#### **Повторне лікування**

Рецидив може виникнути після завершення лікування НА. Повторне лікування призначається, якщо є послідовні ознаки реактивації (HBsAg або HBeAg стає позитивним, АЛТ підвищується або починає знову визначатися ДНК ВГВ).

#### **4.7.6. Моніторинг гепатоцелюлярної карциноми**

УЗД обстеження черевної порожнини і визначення  $\alpha$ -фетопротейну у пацієнтів з фіброзом  $\geq$  F2 та пацієнтів з ГЦК в сімейному анамнезі проводиться кожні 6 міс.

## V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього УКПМД засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

### 5.1. Первинна медична допомога

**Кадрові ресурси:** лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-педіатри дільничні, середній медичний персонал.

**Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

### 5.2. Вторинна (спеціалізована), третинна (високоспеціалізована) медична допомога

**Кадрові ресурси:** лікарі приймальної палати (відділення), лікарі-терапевти підліткові, лікарі-педіатри-неонатологи, лікарі-інфекціоністи дитячі, лікарі-гастроентерологи дитячі, середній медичний персонал, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дітям (до 18-ти років) із ВГВ.

**Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби: інтерферон альфа.

## VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**Форма 003/о** – форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974;

**Форма 030/о** – форма первинної облікової документації № 030/о «Контрольна карта диспансерного нагляду», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

**Форма 112/о** – Історія розвитку дитини (Форма 112/о), затверджена наказом МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

### 6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, що надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта із вірусним гепатитом В.

6.1.2. Наявність у лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу при вірусному гепатиті В, локального протоколу ведення пацієнта із вірусним гепатитом В.

6.1.3. Відсоток дітей віком до одного року, які отримали щонайменше одну дозу вакцини проти гепатиту В.

6.1.4. Відсоток дітей з вперше виявленим впродовж звітнього періоду ВГВ в закладах, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

### 6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

**6.2.1.А) Наявність у лікуючого лікаря, що надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта із вірусним гепатитом В**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта із ВГВ (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### **6.2.2.А) Наявність у лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу при вірусному гепатиті В, локального протоколу ведення пацієнта із вірусним гепатитом В.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора



Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта із ВГВ (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючими лікарями, які надають вторинну та третинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.3.А) Відсоток дітей віком до одного року, які отримали щонайменше одну дозу вакцини проти гепатиту В.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар / лікар-педіатр дільничний (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями / лікарями-педіатрами дільничними (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Історії розвитку дитини (Форма 112/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем / лікарем-педіатром дільничним (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Історії розвитку дитини (Форма 112/о).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів / лікарів-педіатрів дільничних (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість дітей віком до одного року на момент початку звітного періоду, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря / лікаря-педіатра дільничного (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги).

Джерелом інформації є:

Історія розвитку дитини (Форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість дітей віком до одного року на момент початку звітного періоду, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря / лікаря-педіатра дільничного (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), для яких наведена інформація про вакцинацію проти гепатиту В у віці до одного року. Джерелом інформації є:

Історія розвитку дитини (Форма 112/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**6.2.4. А) Відсоток дітей з вперше виявленим впродовж звітного періоду ВГВ в закладах, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.**

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить виявити проблеми, пов'язані з поширеністю ВГВ та охопленням населення заходами зі своєчасного виявлення ВГВ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-гастроентерологами дитячими, лікарями-інфекціоністами дитячими, лікуючими лікарями, які надають вторинну та третинну медичну допомогу на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Формі первинної облікової документації (Форма 003/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем-гастроентерологом дитячим, лікарем-інфекціоністом дитячим, шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Форми первинної облікової документації (Форма 003/о).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає для лікуючих лікарів, які надають вторинну та третинну медичну допомогу – загальна кількість дітей, які перебувають під диспансерним наглядом.

Джерелом інформації є:

Історія розвитку дитини (Форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість дітей з вперше виявленим впродовж звітного періоду ВГВ в закладах, що надають вторинну

(спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.  
Джерелом інформації є:

Історія розвитку дитини (Форма 112/о),

Форма первинної облікової документації (Форма 003/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**Директор Медичного департаменту**

**В.В. Кравченко**

## **VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ**

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В у дітей», 2016.
2. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В. Позиція ВООЗ», 2016.
3. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В (хронічний)», 2016.
4. Наказ МОЗ України від 05 червня 1998 року № 153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я».
5. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
6. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».
7. Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 р. за № 892/7180.
8. Наказ МОЗ України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року № 221/12095.
9. Наказ МОЗ України від 04 листопада 2010 року № 951 «Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».
10. Наказ МОЗ України від 02 березня 2011 року № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
11. Наказ МОЗ України від 26 квітня 2011 року № 237 «Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 11 серпня 2011 року за № 965/19703.
12. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
13. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»,

зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313.

14. Наказ МОЗ України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 р. за № 990/23522.
15. Наказ МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
16. Наказ МОЗ України від 11 серпня 2014 року № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 жовтня 2014 року за № 1237/26014.
17. Наказ МОЗ України від 14 березня 2016 року № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

## **VIII. ДОДАТКИ**

Додаток 1  
до Уніфікованого  
клінічного протоколу первинної,  
вторинної (спеціалізованої),  
третинної (високоспеціалізованої)  
медичної допомоги «Вірусний  
гепатит В у дітей»

### **Інформація для пацієнта та батьків (опікунів) пацієнта**

#### **Вірусний гепатит В**

##### **Що таке вірусний гепатит В**

Гепатит В – хвороба печінки, причиною якої є вірус гепатиту В (ВГВ). Цей вірус порушує функціонування печінки. Невеликий відсоток інфікованих цим вірусом не можуть звільнитися від нього і стають хронічно інфікованими. Такі люди мають більший ризик смерті від цирозу чи раку (гепатоцелюлярна карцинома) печінки.

##### **Профілактика**

Основою профілактики вірусного гепатиту В є щеплення. За рекомендаціями ВООЗ, всі діти грудного віку повинні отримувати щеплення проти гепатиту В якомога скоріше після народження, бажано впродовж 24-х годин. Схеми щеплення проти вірусного гепатиту В наводяться в чинному Календарі профілактичних щеплень України та в інструкціях до вакцин проти гепатиту В.

Після проведення повної серії щеплення проти гепатиту В більше ніж у 95 % дітей грудного віку, дітей інших вікових груп та підлітків з'являються захисні рівні антитіл. Захист зберігається щонайменше 20 років, а, можливо, і довічно.

Вакцина проти гепатиту В має високу репутацію в плані безпечності та ефективності. Якщо в сім'ї є носій вірусу гепатиту В, не інфікувати дитину буває дуже важко. Ризик інфікування від матері-носія вірусу досягає 60%, а в разі недавнього захворювання мами – 90%! Для дітей гепатит В є дуже небезпечним. Якщо серед дорослих носіїв вірусу тільки 5–10% захворіють хронічною формою, що призводить до цирозу і раку печінки, то у заражених новонароджених такий результат спостерігається в 90% випадків, у заражених немовлят – в 50% випадків, у заражених дітей старше року – в 20%. Чим молодша дитина, тим страшніше для нього хвороба. Тому щеплення зробили обов'язковим в першу чергу для новонароджених. Вакцину від гепатиту В створили генно-інженерним шляхом. Очищений білок (а не живий вірус!) вводять дітям у дозі однієї соті частки міліграма, цього достатньо для утворення антитіл. Інфікувати дитину гепатитом білок не може. Це щодо питання про те, наскільки вакцина безпечна. Єдине, кому щеплення протипоказане, – це тим, у кого алергія на дріжджі, хто не переносить печеного хліба, сиру, квасу.

Ефективність попередження розвитку хронічної інфекції у цієї вакцини складає близько 95%.

### **Чим проявляється вірусний гепатит В**

На стадії гострої інфекції більшість людей не мають будь-якої симптоматики. Проте у деяких симптоми, що можуть з'явитися впродовж декількох тижнів від дня інфікування, можуть тривати декілька тижнів: поява жовтого забарвлення шкіри та очей (жовтуха), темний колір сечі, надмірна втома, нудота, блювання та біль в ділянці живота.

### **Як хвороба впливає на людей?**

Потенційно, ця хвороба загрожує життю людини, і може вплинути на Вас фізично та емоційно. Хвороба може погіршити якість Вашого життя.

Вірогідність того, що гостра інфекція гепатиту В стане хронічною (ХГВ), залежить від віку, в якому людина інфікується. З найбільшою вірогідністю інфекція розвивається у дітей, які інфікувалися до 5-ти років життя:

- ХГВ розвивається у 90% дітей, інфікованих впродовж першого півріччя життя;
- ХГВ розвивається у 20–60% дітей, інфікованих у віці від 6-ти місяців до 5-ти років.

### **Як передається вірус гепатиту В**

Вірус гепатиту В передається із кров'ю чи біологічними рідинами від інфікованої людини – так же як і вірус гепатиту С чи вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Але контагіозність вірусу гепатиту В у 50–100 разів більша ніж у ВІЛ.

Більшість випадків інфікування відбуваються від матері до дитини, від дитини до дитини (особливо в сім'ї), при трансфузії та контакті з біологічною рідиною інфікованої людини. Випадки, коли кров інфікованої гепатитом В особи може потрапити в організм іншої особи, включають наступні:

- передавання від матері до дитини в момент народження;
- передавання від дитини до дитини;
- переливання препаратів крові;
- отримання медичної або стоматологічної допомоги в країнах, де гепатит В є поширеною хворобою, а інфекційний контроль є неякісним;
- спільне використання будь-якого обладнання при споживанні ін'єкційних наркотиків або інгаляційних наркотиків;
- спільне використання таких речей як леза для гоління, зубні щітки або речі, що можуть подряпати шкіру;
- пірсинг, татуювання або косметичні ін'єкційні процедури (наприклад, ін'єкції ботулінічного токсину), якщо обладнання для цього використовується повторно;
- під час незахищеного (без презервативу) статевого контакту;

### **Як НЕ передається вірус гепатиту В**

Вірус гепатиту В НЕ ПЕРЕДАЄТЬСЯ через столовий посуд, через забруднені продукти харчування чи воду, під час грудного вигодовування, через обійми, поцілунки, через стискання рук, кашель, чхання, через користування басейнами чи аналогічними об'єктами.



### **Природний перебіг вірусного гепатиту В**

Вірусний гепатит В часто має безсимптомний характер, але відсутність симптомів не є показником серйозності хвороби, оскільки стан пацієнта може різко погіршитися.

У людей, які не отримують лікування, вірусний гепатит В може прогресувати до фіброзу чи цирозу печінки або до раку печінки (гепатоцелюлярна карцинома). Прогресування хвороби залежить від рівнів збудника в крові (характеризується рівнем вірусу в крові), стану активності імунної системи, супутніх хвороб та способу життя людини.

У 8–20% людей, які не отримують противірусного лікування, впродовж п'яти років розвивається цироз печінки. Серед пацієнтів з цирозом, які і далі не отримують противірусного лікування, за п'ять років виживає близько 15%.

Вірусний гепатит В за наявності в крові *e*-антигену поділяється на HBeAg-позитивний та HBeAg-негативний. Наявність HBeAg в крові асоціюється з більшими темпами розмноження вірусу, а отже така людина є більш контагіозною.

В даний час одужання є відносно рідкісною подією при хронічному гепатиті В.

В клінічній практиці для оцінки прогресування хвороби та оцінки відповіді на лікування використовуються деякі лабораторно-інструментальні показники: рівень активності АЛТ (фермент аланінамінотрансфераза), УЗД (ультразвукова діагностика) печінки, біопсія печінки (обстеження при якому обстежується частинка печінки), рівень вірусу в крові, HBeAg, антитіла до HBeAg, HBsAg та антитіла до HBsAg та інші.

#### **Як обстежитися**

За клінічними проявами неможливо визначити який вірус є причиною хвороби, тому потрібно зробити лабораторне обстеження.

Є три типи тестів. Перший тип тесту (тест на HBsAg, антитіла до ВГВ) визначає, чи Ви інфіковані або коли-небудь мали вірус. Деякі люди позбавляються вірусу природнім шляхом, без медичної допомоги. Другий тип (полімеразна ланцюгова реакція – ПЛР) вказує, чи вірус наявний у даний момент у Вашому організмі. Ці види обстеження використовуються для того, щоб визначити фазу інфекційного процесу, гострий чи хронічний вірусний гепатит, оскільки від цього залежить рішення щодо призначення противірусного лікування.

Конфіденційне тестування доступне у сімейних лікарів та інших місцях. Результати цього тесту є конфіденційними і не будуть передані третім особам без вашого дозволу. Сімейні лікарі лише передадуть інформацію про позитивні тести страховій компанії, якщо ви подали заяву на страхування і дали свою згоду на передачу медичної інформації. Негативні результати не будуть розголошуватися.

#### **Це загрожує моїй родині та друзям? Мені треба їм розповісти?**

Підтримка родини і друзів має вирішальне значення, тому варто сказати їм про Ваш діагноз і те, якими можуть бути результати і побічні ефекти лікування. Ви не можете інфікувати членів Вашої сім'ї і друзів через

повсякденну діяльність, таку як спільне використання посуду, обійми та поцілунки.

Аби не інфікувати інших:

- не використовуйте спільно такі предмети побуту, як зубні щітки або бритви;
- очищуйте будь-які плями крові слабким розчином хлорки;
- не використовуйте спільно будь-яке приладдя для вживання ліків (наприклад, трубки, голки та шприци тощо).

Під час статевих контактів користуйтеся презервативами.

### **Як це вплине на моє навчання?**

Багато дітей з гепатитом В почуваються досить добре, щоб навчатись, але Вам, можливо, доведеться внести деякі корективи у Вашу повсякденність, якщо у Вас є надмірна втомлюваність або інші симптоми.

Як правило, Ви не зобов'язані повідомляти в дошкільних, шкільних або позашкільних дитячих закладах, що у Вас вірусний гепатит В. Проте, побічні ефекти від лікування можуть означати, що Ви відчуваєте себе погано і не в змозі навчатись впродовж певного періоду часу. Може бути корисно розказати, що Ви перебуваєте на лікуванні. Наприклад, Вас можуть підтримати, змінивши графік навчання (навчання за індивідуальною програмою). Оцінка Вашого стану буде включати в себе певний обсяг обстеження. В залежності від клінічної ситуації медична допомога може включати аналізи крові, такі як тест на печінкові проби, клінічне обстеження, дискусії про спосіб життя, інші хвороби та ліки, які Ви отримуєте, УЗД тощо. В окремих випадках може використовуватися біопсія печінки – забір невеликого шматка печінки для лабораторного аналізу. Це робиться під загальним знеболюванням, частіше до початку лікування.

### **Лікування вірусного гепатиту В**

По завершенню оцінки Вашого стану лікар буде говорити з Вами про лікування. Мета лікування – якомога довше затримати час розвитку цирозу, зменшити ризик розвитку раку печінки (гепатоцелюлярної карциноми) та продовжити Ваше життя. Лікування полягає в модифікації способу життя та призначенні противірусних лікарських засобів. Лікування може супроводжуватися появою побічних ефектів, які можна зменшити при гарному догляді та підтримці. Ваш лікуючий лікар допоможе Вам знайти підтримку, що є частиною Вашого лікування. Лікування не підходить для всіх і залежить від інших хвороб або ускладнень, які Ви можете мати.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

### **Спосіб життя**

Є багато речей, що стосуються способу життя, які можуть полегшити життя з гепатитом В. Збалансована дієта є життєво важливою. Якщо у вас поганий апетит, намагайтеся їсти малими порціями, але частіше. Зменшіть

споживання надмірно жирних та солодких продуктів, слідкуйте, щоб у раціоні харчування постійно була присутня клітковина в достатній кількості. Втрата маси тіла може бути побічним ефектом лікування, тому можуть бути необхідні рекомендації щодо призначення додаткового лікувального харчування. Професійна допомога в плануванні здорової збалансованої дієти стане вам у нагоді. Регулярні помірні фізичні вправи зменшують стрес або депресію, тонізують, допомагають зміцнити імунну систему. Уникайте токсичних речовин: випаровувань від фарб, розчинників, клеїв, побутової хімії; не вживайте продуктів харчування, які містять хімічні домішки. Не вживайте алкоголь. Алкоголь і гепатит В можуть призвести до ураження печінки, а їх поєднання робить цей процес набагато швидшим.

Обсудіть з вашим лікарем питання щеплень проти гепатиту А. Інші інфекції печінки, особливо якщо у вас вже є гепатит В, спричиняють набагато більше навантаження на печінку і можуть уповільнити або зупинити відновлення для всіх типів гепатиту. Ви також повинні переконатися, що Ви отримуєте сезонне щеплення проти грипу в якості додаткової міри обережності, коли імунна система може бути ослаблена.

Існує дуже мало доказів користі застосування додаткових лікарських засобів, але багато пацієнтів вважають їх корисними у вирішенні багатьох різних симптомів, пов'язаних з цією хворобою. Перш ніж почати їх вживання, необхідно отримати професійну консультацію.

#### **Яку підтримку я можу отримати?**

Існують різні спеціалізовані служби підтримки для людей з гепатитом В, такі як консультування, підтримка осіб з подібним діагнозом, адвокації для допомоги у прийнятті рішень.

Гепатит В може змусити людей відчувати себе ізольованими, а тому емоційна підтримка є дуже важливою. Пацієнти повинні сподіватися на:

- підтримку багатопрофільних служб, що забезпечують добру комунікацію з пацієнтом;
- якісні інформаційні послуги;
- залучення пацієнта на всіх стадіях допомоги та лікування;
- плавний перехід до паліативної допомоги, якщо це необхідно; та регулярну оцінку потреб.

### Алгоритм первинного обстеження

