

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
18.07.2016 № 729

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

ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С 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 (УКПМД) «Вірусний гепатит С у дітей» за своєю формою, структурою та методичним підходам щодо використання вимог доказової медицини створено відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 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 УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «**Вірусний гепатит С у дітей**» (адаптована з настанов NASPGHAN «Practice guidelines: diagnosis and management of hepatitis c infection in infants, children, and adolescents» та ВООЗ «Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis c infection updated version april 2016») та адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах (оновленої) «**Вірусний гепатит С**» [адаптована з настанов AASLD Practice Guideline. Management of Hepatocellular Carcinoma: An Update (2011); An Update on Treatment of Genotype 1 Chronic Hepatitis C Virus Infection: 2011 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD); EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection (2011); Рекомендація EASL-EORTC для клінічної практики: лікування гепатоцелюлярної карциноми (2011); An update on the management of chronic hepatitis C: Consensus guidelines from the Canadian Association for the Study of the Liver (2012); «SIGN 133 – Management of hepatitis C. A national clinical guideline» (2013); WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis c infection (2014); «An update on the management of chronic hepatitis C: 2015 Consensus guidelines from the Canadian Association for Study of Liver»; «EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015»; WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection (2016)], в яких наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам (в тому числі дитячого віку) із вірусним гепатитом С (ВГС). В УКПМД висвітлено загальні положення, питання профілактики, фактори

ризиком розвитку та особливості перебігу інфекції викликані ВГС у дітей, наведено алгоритм діагностики, лікування, моніторинг ВГС в дитячому віці.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АЛТ	Аланінамінотрансфераза
АСТ	Аспартатамінотрансфераза
АТПО	Антитіла до тиреопероксидази
ВГА	Вірусний гепатит А
ВГВ	Вірусний гепатит В
ВГС	Вірус гепатиту С, вірусний гепатит С
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГЦК	Гепатоцелюлярна карцинома
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІМТ	Індекс маси тіла (кг/м ²)
ІФА	Імуноферментний аналіз
ІФН	Інтерферон
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МО	Міжнародна одиниця
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
Пег-ІФН	Пегільований інтерферон
РБВ	Рибавірин
РНК	Рибонуклеїнова кислота
ТТГ	Тиреотропний гормон
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
HBsAg	Поверхневий антиген вірусу гепатиту В

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гострий вірусний гепатит С; Хронічний вірусний гепатит С

1.2. Коди за МКХ-10

В17.1 Гострий гепатит С.

В18.2 Хронічний вірусний гепатит С.

1.3. Для кого призначений протокол

Протокол призначений для лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-неонатологів, лікарів-гастроентерологів дитячих, лікарів-інфекціоністів дитячих, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги дітям (до 18-ти років) з вірусним гепатитом С, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

1.4. Мета протоколу

Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів, відповідно до клінічних настанов, що розроблені на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) для надання медичної допомоги при певній хворобі/стані (наявність спеціалістів, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту.

1.5. Дата складання протоколу: липень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: липень 2019 року.

1.7. Розробники протоколу

Кравченко Василь Віталійович	директор Медичного департаменту, голова робочої групи;
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 високоспеціалізованої медичної допомоги управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту;
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 НАМН України», учений секретар інституту, д.мед.н.;
Боднарук Наталія Миколаївна	начальник управління допомоги матерям і дітям Медичного департаменту;

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 НАМН України, д.мед.н., професор»;
Диба Марина Борисівна	старший науковий співробітник відділення дитячої гепатології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, к.мед.н.»;
Євтушенко Віталій В'ячеславович	доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, к.мед.н.; головний позаштатний спеціаліст з дитячих інфекційних хвороб Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради;
Комаров Михайло Петрович	заступник начальника управління – начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту;
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 НАМН 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;
Яценко 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».

Методологічний 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.

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:

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

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

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

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 хворобами верхніх дихальних шляхів. Захворюваність та летальність внаслідок гепатитів В і С прогресивно збільшується на планеті та, за даними експертів, подвоїться до 2015–2020 рр. Вже зараз загальна кількість пацієнтів з гепатитами у світі в 14–15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Вірусні гепатити у 50–100 разів є більш контагіозними, ніж ВІЛ.

Вірусний гепатит С (ВГС) – хвороба з гемоконтактним механізмом передачі збудника. Останніми роками помітна тенденція до збільшення захворюваності на ВГС, в тому числі випадків хронічних форм хвороби. За даними ВООЗ, на хронічний гепатит С страждає біля 150 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С (ВГС).

За останніми даними 0,17% дітей 6–11-річного віку і 0,39% 12–19-річних мають антитіла до ВГС. Хронічний ВГС уражає від 0,1% до 2% дітей в залежності від популяції населення і факторів ризику у дітей. Таким чином, ВГС є серйозною світовою проблемою.

За даними ВООЗ Україна належить до країн із середньою поширеністю гепатиту С – інфіковано приблизно 3% громадян, що складає ~1 170 000 осіб. Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, рівень інфікування ВГС серед деяких з них значно перевищує середньостатистичні показники і сягає 40–60%. В Україні за даними офіційної статистики в 2014–2015 роках поширеність хронічного ВГС у дітей коливається між 0,25 до 0,3 на 1000, а захворюваність 1,04–0,55 на 100 000 дітей віком до 17-ти років.

Захворюваність гострим ВГС складає 0,17–0,2 на 100 000 дітей віком до 17-ти років.

Своєчасна діагностика інфікування ВГС у дітей ускладнена через переважно мінімальну клінічну симптоматику. Несвоєчасна діагностика і лікування ведуть до подальшого поширення ВГС серед населення України та прогресування захворювання печінки у інфікованих.

Існує ряд відмінностей інфекції ВГС у дорослих і дітей: Найважливішими з них є передача збудника від матері до дитини; вища частота спонтанної регресії хронічного ВГС [ситуація, коли у дитини з хронічним ВГС зникає РНК ВГС у сироватці крові без проведення будь-якого лікування (2 негативних тести на РНК ВГС за період з інтервалом як мінімум 6 місяців)].

Питання перебігу хронічного ВГС у дітей, строки формування цирозу печінки, умови прогресування хвороби і частота розвитку раку печінки ще недостатньо вивчені. В той же час існує думка, що у дітей ВГС характеризуються більш уповільненими темпами прогресування хвороби ніж у дорослих і швидке прогресування не є типовим у дитячому віці. Тим не менше ризик прогресування є більш високим при інфікуванні у ранньому дитинстві, ніж у дорослому віці. Згідно спостереженням деяких авторів 85% з тих, хто отримав ВГС інфекцію у дитинстві, стає хронічно інфікованим, у 20–30% відбувається розвиток цирозу печінки через 20 років.

1.9. Етіологія та характеристика епідемічного процесу

ВГС являє собою однопіткову РНК та належить до сімейства *Flaviviridae*. Сьогодні виділяють 11 генотипів вірусу, більше 100 його субтипів та велику кількість так званих квазівидів. Останні відіграють основну роль у формуванні стійких до лікування штамів вірусу. Генотипи 1a, 1b, 2a, 2b, 2c и 3a складають понад 90% всіх ізолятів вірусу, що отримані у Північній та Південній Америці, Європі, Росії, Китаї, Японії, Австралії та Новій Зеландії. Генотипи 4, 5a та 6 відповідно виявляються в Центральній та Південній Африці, Південно-Східній Азії. В Україні та інших країнах колишнього Союзу незалежних держав відмічається переважання генотипів 1b (біля 70%) та 3a. Генотип не впливає на наслідок хвороби, але дозволяє спрогнозувати ефективність та тривалість лікування. З 1-м та 4-м генотипом частіше пов'язана низька відповідь на інтерферонотерапію; із 3-м генотипом частіше пов'язаний стеатоз печінки.

Джерелом інфекції є хворі на гострий чи хронічний ВГС та вірусоносії. В крові вірус з'являється через 1–3 тижні після інфікування.

Передача інфекції відбувається за допомогою інфікованої крові та інших біологічних рідин. У дітей можлива передача збудника від матері до дитини (вертикальна передача). Передавання збудника від інфікованої матері до

новонародженого реалізується значно рідше, ніж, при ВГВ. Так, ризик інфікування дитини серопозитивною жінкою в середньому складає 2% та зростає до 7% в разі наявності в крові вагітної РНК ВГС. Якщо жінка в період вагітності продовжує споживати ін'єкційні наркотичні речовини, ризик інфікування дитини зростає до 10%, при коінфекції з ВІЛ – до 20%.

Дані щодо стійкості вірусу у навколишньому середовищі обмежені. На відміну від ВГВ, забруднення навколишніх предметів кров'ю не є вагомим фактором ризику передачі інфекції, за виключенням відділень гемодіалізу. Дані щодо ризику побутової передачі ВГС у сім'ях, де 1 людина інфікована ВГС, неясні. В цілому, ризик дуже невеликий (<2%). Немає даних щодо передачі ВГС серед дітей у дитячих садках. Ризик інфікування ВГС при статевому акті при постійних статевих стосунках незначний, але це не може бути підставою для сексуально активних підлітків ігнорувати правила безпечного сексу.

Природна сприйнятливість людей до ВГС велика. Антитіла, що виявляються в організмі інфікованої людини не мають захисних властивостей та їхня наявність не захищає від повторного інфікування ВГС як гомологічного, так і іншого штаму.

Гострий гепатит С – гостра інфекція ВГС у пацієнта, у якого не було виявлено ВГС та ознак гепатиту 6 місяців тому.

Гострий ВГС часто протікає безсимптомно і клінічно не проявляється. Гострий ВГС у новонароджених визначається як виявлювана РНК ВГС в крові новонародженого в перші 1–6 місяців життя, зазвичай у контексті передачі ВГС від матері до дитини. Часто у новонароджених відбувається спонтанна регресія ВГС. Неонатальну інфекцію ВГС слід відрізнити від перинатальної перехідної віремії, коли РНК ВГС визначається в периферичній крові в період 0–5 днів після народження; з урахуванням даного виду віремії, виявлення РНК ВГВ в крові пуповини не має значення. Гострий ВГС в 20–30% може завершитися одужанням з повною нормалізацією аланінамінотрансферази (АЛТ) і зникненням РНК ВГС протягом 6–12 місяців, але у випадку хронізації гепатиту та прогресування хвороби печінки виникає загроза розвитку цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. Фульмінантні форми ВГС зустрічаються дуже рідко. Пацієнти з імуносупресією (ВІЛ-інфекція, онко-гематологічна патологія, цукровий діабет та ін.) мають більш тяжкий перебіг та більш прискорене прогресування хвороби.

Хронічний ВГС – ознаки активної вірусної інфекції з виявленим РНК ВГС за період не менше 6-ти місяців з прогресуючим ураженням печінки.

Спонтанна регресія ВГС зникнення виявлених раніше РНК ВГС без проведення будь-якого лікування, що доведено шляхом отримання двох послідовних негативних тестів на наявність РНК ВГС з інтервалом не менше 6-

ти місяців. У немовлят, що інфікувалися в результаті вертикальної передачі, існує високий рівень спонтанної регресії хвороби, що наближається до 25–40%. У більшості пацієнтів спонтанна регресія спостерігається до 24-х місяців, але у деяких вона не відбувається до 7-ми років після вертикального інфікування. Приблизно 6–12% дітей старшого віку демонструють спонтанну регресію.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Мета УКПМД – забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги пацієнтам із ВГС на всіх етапах надання медичної допомоги. У протоколі наведені методи раннього (своєчасного) виявлення захворювання та профілактики, що дозволять суттєво покращити стан пацієнта та зменшити витрати на медичну допомогу чи зменшити ризик інфікування.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ВГС.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з ВГС у кожному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) мають бути розроблені та впроваджені локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

В контексті даного протоколу під закладом вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги слід розуміти заклади, які мають досвід лікування вірусного гепатиту С у дітей; під «дитячим лікарем-спеціалістом» слід розуміти лікаря-інфекціоніста дитячого чи лікаря-гастроентеролога дитячого, які мають досвід лікування вірусного гепатиту С у дітей.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1.1. Профілактика

Обґрунтування

Доведено, що застосування засобів разового використання (шприци, голки тощо), засобів індивідуального захисту (рукавички) та бар'єрних контрацептивів попереджає інфікування ВГС.

Доведено, що знання пацієнтом свого вірусного статусу та відповідні заходи сприяють уповільненню прогресування ВГС; рання діагностика дає можливість своєчасно розпочати лікування.

Ризик перинатальної передачі ВГС складає від 4–5% до 6% і є в 2–3 рази вищим для матерів із ВІЛ/ВГС – коінфекцією.

Необхідно проводити ефективне роз'яснення щодо запобігання інфікуванню вірусом дітям, працівникам охорони здоров'я та членам сім'ї, які контактували з пацієнтом. Дітей з ВГС слід заохочувати до ведення звичайного способу життя.

Висока концентрація ВГС в материнському організмі (> 400 000 МО/мл) сприяє передачі збудника від матері до дитини. Внутрішній моніторинг плода, тривалий розрив оболонок плода і гіпоксія плода під час пологів, можуть збільшувати ризик інфікування.

При підтвердженні вертикальної передачі, братів і сестер слід обстежити на предмет вертикальної передачі ВГС.

Дії лікаря

Обов'язкові:

Проводити роз'яснювальну роботу щодо профілактики захворювання на вірусні гепатити серед громади; рекомендувати щеплення проти ВГА, ВГВ.

Оцінювати належність кожного пацієнта до груп ризику щодо розвитку ВГС (див. 4.2 розділу IV).

Кожного пацієнта розглядати як потенційно інфікованого ВГС (користуватися засобами індивідуального захисту при безпосередньому контакті з пацієнтом, біологічними тканинами чи рідинами, не допускати потрапляння біологічних тканин та/чи рідин в навколишнє середовище).

Проведення щеплення дітей відповідно до «Календаря профілактичних щеплень в Україні».

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

Надання друкованої інформації для пацієнта щодо ВГС (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

Своєчасне встановлення діагнозу та призначення терапії позитивно впливає на перебіг хвороби, дозволяє уникнути ускладнень та зберегти пацієнту повноцінне життя. Доведено, що у немовлят існують особливості, що пов'язані з перинатальним ризиком інфікування від інфікованої матері, особливостями імунної відповіді у дітей раннього віку та грудним вигодовуванням.

Доведено, що виключно клінічна оцінка тяжкості хвороби має тенденцію до недооцінювання тяжкості змін в печінці.

Дії лікаря

Обов'язкові:

Дітям та батькам дітей які мають скарги на загальну втомлюваність, зниження працездатності, проводити анкетування (див. Додаток 1). В разі позитивного результату анкетування направляти на попередню діагностику (див. Додаток 3).

Пацієнтів з груп ризику (див. 4.2 розділу IV) один раз на рік направляти на попередню діагностику. (див. Додаток 3).

Направляти пацієнтів з позитивним результатом попередньої діагностики до дитячого лікаря-спеціаліста.

Обстежувати немовлят, народжених від ВГС та/чи ВІЛ позитивних матерів, відповідно до алгоритму обстеження немовлят (див. Додаток 4).

Сприяти виконанню призначень та рекомендацій дитячого лікаря-спеціаліста для дітей, у яких визначається РНК ВГС.

Клінічне ведення дітей, які інфіковані ВГС здійснює дитячий лікар-спеціаліст.

3.1.3. Лікування

Обґрунтування

Метою противірусної терапії ВГС є покращення довгострокового виживання та якості життя, зниження ризику прогресування хвороби печінки до цирозу печінки і ГЦК.

Лікування ВГС проводиться дитячим лікарем-спеціалістом у ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Сьогодні не доведена ефективність превентивного лікування; відкладне лікування ВГС на 3–6 місяців не знижує відповіді на лікування, а відкладене вже на 1 рік – знижує.

Лікування призначається дитячим лікарем-спеціалістом відповідно до пункту 4.7 розділу IV.

3.1.3. А Лікування гострого ВГС

Дії лікаря

Обов'язкові:

Забезпечення наявності записів в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о).

Сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій дитячого лікаря-спеціаліста.

Сприяти здійсненню призначеного дитячим лікарем-спеціалістом клінічного моніторингу пацієнтів з гострим ВГС впродовж 3-х місяців після встановлення діагнозу; обстеженню на РНК ВГС після 3-х місяців від встановлення діагнозу гострого ВГС. При підтвердженій РНК ВГС пацієнт направляється до дитячого лікаря-спеціаліста.

3.1.3. Б Лікування хронічного ВГС

Дії лікаря

Обов'язкові:

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

Сприяння виконанню пацієнтом усіх рекомендацій дитячого лікаря-спеціаліста.

Бажані:

Проведення санітарно-просвітницької роботи серед дітей з ВГС та їх батьків (опікунів) щодо раціонального харчування, відмови від вживання алкоголю, 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, 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. Строки моніторингу визначаються дитячим лікарем-спеціалістом.

Моніторинг дітей з хронічним ВГС, які отримують протівірусне лікування проводиться дитячим лікарем-спеціалістом у ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги.

Моніторинг пацієнтів, які не отримують лікування проводиться лікарями в ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу відповідно до плану розробленого дитячим лікарем-спеціалістом (див. 4.8 розділу IV).

Дії лікаря

Обов'язкові:

Оцінка поточного стану пацієнта, супутньої патології.

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

Застосування засобів разового використання (шприци, голки тощо), засобів індивідуального захисту (рукавички) та бар'єрних контрацептивів попереджає інфікування ВГС.

Доведено, що знання пацієнтом свого вірусного статусу та відповідні заходи сприяють уповільненню прогресування ВГС; рання діагностика дає можливість своєчасно розпочати лікування.

Ризик перинатальної передачі ВГС складає від 4–5% до 6% і є в 2–3 рази вищим для матерів із ВІЛ/ВГС – коінфекцією.

Необхідно проводити ефективне роз'яснення щодо запобігання інфікуванню вірусом дітям, працівникам охорони здоров'я та членам сім'ї, які контактували з пацієнтом. Дітей з ВГС слід заохочувати до ведення звичайного способу життя.

Висока концентрація ВГС в материнському організмі (>400 000 МО/мл) сприяє передачі збудника від матері до дитини. Внутрішній моніторинг плода, тривалий розрив оболонок плода і гіпоксія плода під час пологів, можуть збільшувати ризик інфікування.

При підтвердженні вертикальної передачі, братів і сестер пацієнта слід обстежити на предмет вертикальної передачі ВГС.

Інформування та навчання пацієнтів є одним із засобів припинення подальшого поширення ВГС.

Дії лікаря

Обов'язкові:

Кожного пацієнта розглядати як потенційно інфікованого (користуватися засобами індивідуального захисту при безпосередньому контакті з пацієнтом,

біологічними тканинами чи рідинами, не допускати потрапляння біологічних тканин та/чи рідин в навколишнє середовище).

Проводити роз'яснювальну роботу щодо вторинної профілактики захворювання на вірусні гепатити; рекомендувати щеплення проти ВГА, ВГВ (див. 4.1 розділу IV).

Проводиться санітарно – просвітницька робота з громадою щодо ВГС. Рекомендується уникати факторів ризику інфікування ВГС. Надається друкована інформація для пацієнтів «Пам'ятка пацієнта стосовно ВГС» (див. додаток 2).

3.2.2. Діагностика Обґрунтування

Діагноз ВГС 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. 4.2 розділу IV). 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 ВГС, диференційну діагностику його з іншими хворобами, що характеризуються ураженням печінки та оцінку ризику тяжких ускладнень.

Дії лікаря

Обов'язкові:

При виявленні пацієнта з позитивними антитілами до ВГС в медичних закладах вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, останній обстежується у відповідності із Додатком 3. Після отримання результатів обстеження пацієнт направляється на консультацію до дитячого лікаря-спеціаліста.

Пацієнт, направлений на консультацію, обстежується з урахуванням тих даних, що зазначені в формі 027/о. Обсяг обстеження проводиться у відповідності із пунктом 4.4 розділу IV. Діагноз виставляється у відповідності із пунктом 4.6 розділу IV.

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

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

Направляти пацієнтів до суміжних лікарів-спеціалістів при наявності у пацієнта з ВГС супутньої патології.

Пацієнт направляється на госпіталізацію в заклад третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги для лікування тяжких загострень

хронічного ВГС та ускладнень цирозу печінки, проведення пункційної біопсії печінки при прогресуючому перебігу хвороби, та перед початком 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. Доведено, що своєчасна діагностика хвороби дозволяє розпочати лікування в строки, що максимально сприяють одужанню.

Для лікування дітей з хронічним ВГС застосовуються Пег-ІФН- α , рибавірин (РБВ). Лікування противірусними препаратами проводиться відповідно до генотипу вірусу та супутньої патології у пацієнта.

Метою противірусної терапії хронічного ВГС є покращення довгострокової виживаності та якості життя, зниження ризику прогресування хвороби печінки, цирозу печінки і ГЦК. Оптимальною кінцевою точкою лікування є стійка вірусологічна відповідь у пацієнтів після завершення лікування, оскільки це зупиняє прогресування хвороби і знижує ризик ГЦК. Відповідь на лікування може бути оцінена на біохімічних, серологічних, вірусологічних і гістологічних рівнях.

Дії лікаря

Обов'язкові:

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

У разі обрання стратегії лікування призначаються додаткові обстеження, схема лікування, строки і обсяг необхідного моніторингу, 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.

Пацієнт з ускладненнями в результаті лікування направляється на третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. Лікування ускладнень ВГС проводиться згідно з встановленим діагнозом.

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

3.2.4. Трансплантація

Обґрунтування

Доведено, що в тяжких випадках ВГС та розвитку цирозу печінки, трансплантація печінки є необхідним лікувальним заходом.

Дії лікаря

Обов'язкові:

Питання з трансплантації печінки розглядається у пацієнтів з: гострою печінковою недостатністю, що розвинулася як ускладнення ВГС; цирозом печінки стадія В, С за шкалою Чайлд-П'ю; гепатоцелюлярною карциномою, які відповідають критеріям для трансплантації.

3.2.5. Госпіталізація

Обґрунтування

Діти з прогресуючим перебігом ВГС з високою активністю запального процесу в печінці потребують надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою визначення стратегії та тактики подальшого лікування, запобігання розвитку печінкової недостатності. При вперше встановленому діагнозі хронічного ВГС у дітей необхідна госпіталізація пацієнта у спеціалізоване відділення (інфекційне, гастроентерологічне) ЗОЗ третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги 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 ВГС (тяжкий перебіг) – госпіталізація в інфекційне відділення ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
2. Необхідність проведення пункційної біопсії печінки.
3. Прогресуючий високоактивний перебіг хронічного ВГС – госпіталізація у відділення (інфекційне/гастроентерологічне) ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

4. Побічні ефекти протівірусної терапії, які можуть потребувати відміни лікування – госпіталізація в спеціалізоване відділення ЗОЗ третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

5. Ускладнений перебіг хронічного ВГС з ознаками печінкової недостатності, портальної гіпертензії, ускладнення цирозу печінки – госпіталізація в спеціалізоване відділення ЗОЗ третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

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 ВГС (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 тяжкого перебігу ВГС (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 нерозпізаного прогресування в термінальну стадію хвороби та пов'язаних з цим ускладнень, які можливо попередити при ранньому виявленні прогресуючої хвороби і своєчасному протівірусному лікуванні.

Строки моніторингу визначаються дитячим лікарем-спеціалістом.

Дії лікаря

Обов'язкові:

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

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Первинна та вторинна профілактика інфікування ВГС

Первинна профілактика спрямована на попередження інфікування особи, а у разі інфікування – на своєчасну діагностику і початок лікування. Первинна профілактика інфікування полягає в обізнаності населення щодо проблеми ВГС та дотримання певної поведінки. Така поведінка передбачає утримання від контактів з рідинами організму іншої людини (кров, міжтканинна рідина, сперма): треба практикувати безпечний секс (застосовувати бар'єрні контрацептиви – презервативи), користуватися засобами разового (шприци, голки, крапельні системи, гінекологічні оглядові дзеркала тощо) та індивідуального (зубні щітки, леза для гоління, контактні лінзи) призначення; користуватися засобами індивідуального захисту (рукавички, окуляри, фартухи тощо), користуватися стерильним інструментом багаторазового призначення (манікюрний, стоматологічний, хірургічний, лабораторний інструмент, інструмент для пірсингу та татуажу тощо); працівникам, які мають контакт з рідинами та тканинами організму, не допускати забруднення навколишнього середовища останніми та користуватися засобами індивідуального захисту.

Особам, які мали (або не виключають) контакт з рідинами організму іншої людини, звертатися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря з приводу своєчасної діагностики хвороби, оскільки чим раніше буде встановлений діагноз, тим скоріше можна буде прийняти рішення стосовно лікування (якщо воно буде потрібно та не буде протипоказань до лікування) і тим більші шанси одужати.

Вторинна профілактика спрямована на попередження поширення ВГС в навколишнє середовище інфікованою особою та зменшення тяжкості перебігу хвороби шляхом модифікації способу життя і проведення щеплень проти ВГА та ВГВ.

Суть вторинної профілактики: інфікована особа має усвідомлювати суть своєї хвороби (етіологія, шлях передачі вірусу, наслідки хвороби для організму) і, як сумлінний член суспільства, поводити себе безпечно по відношенню до інших людей, пам'ятаючи про те, що саме вона може інфікувати іншого.

При пологах через природні родові шляхи з метою зниження ризику передачі ВГС слід уникати значних вагінальних розривів. Немає доказів можливості інфікування немовлят (діти до 18-ти місяців) через грудне молоко інфікованих матерів-годувальниць. Важливо уникати годування груддю, якщо соски кровоточать, при наявності маститу або якщо у матері після пологів спостерігається загострення гепатиту з жовтяницею. Інфіковані ВГС породіллі

мають забезпечити можливість обстеження своєї новонародженої дитини в строк, зазначений лікарем.

Інфікованим особам рекомендовано щепитися від ВГА та ВГВ, оскільки коінфекція з ВГА та/чи ВГВ значно обтяжує перебіг хвороби і зменшує шанси на одужання.

4.2. Групи ризику, що підлягають обстеженню на ВГС

Обстеженню на ВГС підлягають:

- діти, народжені ВГС-інфікованими матерями;
- діти, в родинях яких є інфіковані ВГС;
- діти, народжені від матерів з коінфекцією ВІЛ;
- особи, які нещодавно або в минулому вживали ін'єкційні наркотики, включаючи і тих, хто робив це один раз і не вважає себе наркоманом;
- особи, які мають стани, пов'язані з високою поширеністю інфекції ВГС, включаючи: дітей з ВІЛ-інфекцією; дітей із гемофілією, які отримували концентрати фактору згортання системи крові; дітей, які коли-небудь були на гемодіалізі; дітей із нез'ясованими аномальними рівнями амінотрансфераз.
- особи, які були реципієнтами крові чи органів, включаючи: дітей, яким повідомили, що вони отримали кров від донорів, які потім були позитивно тестовані на ВГС; дітей, яким проводилося переливання крові чи препаратів на основі крові; дітей, які перенесли трансплантацію органів та/чи тканин.
- особи, які в даний час є сексуальними партнерами ВГС-інфікованих осіб.

4.3. Скринінг на ВГС

Скринінгу на ВГС – визначення антитіл IgG до ВГС (метод ІФА) – підлягають пацієнти з групи ризику (див. 4.2 розділу IV); донори крові, органів та тканин; вагітні жінки; пацієнти з підвищеними рівнями АЛТ та АСТ невідомого походження. Тести на основі антитіл IgG до ВГС не використовуються у дітей до 18-ти місяців життя; в даному випадку проводиться аналіз сироватки крові на РНК ВГС.

Особливості обстеження новонароджених та немовлят

Немовлята, народжені від жінок позитивних на антитіла IgG ВГС і РНК ВГС-негативних не обстежуються на ВГС.

Діти, народжені від РНК ВГС-позитивних матерів, обстежуються на антитіла IgG ВГС на 12-му місяці життя, або на РНК ВГС після 2-х місяців життя (у разі негативного результату повторне обстеження на РНК ВГС проводиться після 12-ти місяців життя).

У випадку, якщо результати обстеження на РНК ВГС в ранньому дитинстві позитивні, проводиться повторне обстеження на РНК ВГС після 12-ти місяців життя.

Дітям старше 18-ти місяців, які є позитивними на антитіла IgG ВГС, проводиться обстеження на РНК ВГС (кількісно) для визначення активної інфекції.

У разі позитивного результату тесту на РНК ВГС проводиться повторне обстеження на РНК ВГС.

Алгоритм обстеження немовлят зазначено в Додатку 4.

Пацієнт з позитивним результатом обстеження направляється на консультацію до дитячого лікаря-спеціаліста з метою уточнення діагнозу, генотипування вірусу, встановлення ступеня активності гепатиту, стадії фіброзу, проведення додаткових методів обстеження, диференційної діагностики, призначення лікування.

4.4. Діагностика ВГС

Метою діагностики є: а) підтвердження факту інфікування ВГС; б) визначення перебігу інфекції ВГС; в) визначення ступеня ураження печінки; г) визначення генотипу ВГС з метою прийняття зваженого рішення щодо стратегії та тактики ведення пацієнта.

На вторинну (спеціалізовану)/третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу пацієнти направляються лікарями первинної медичної допомоги з результатами проведеної первинної діагностики (див. Додаток 3). Дитячі лікарі-спеціалісти проводять подальше обстеження пацієнта з урахуванням даних вже проведеного обстеження.

Таблиця 1. Інтерпретація даних вірусологічного обстеження

Показники	Характеристика
Антитіла IgG ВГС «+» РНК ВГС «-»	1. Регресія інфекції ВГС (через 3 міс повторно обстежується на РНК ВГС). 2. Гострий ВГС в період низької віремії (через 3 міс повторно обстежується на РНК ВГС)
Антитіла IgG ВГС «-» РНК ВГС «+»	1. Рання стадія гострого ВГС. 2. Хронічний ВГС в умовах порушеної імунної реакції. 3. Хибнопозитивний тест РНК ВГС
Антитіла IgG ВГС «+» РНК ВГС «+»	1. Гострий ВГС 2. Хронічний ВГС

Критерії діагностики гострого ВГС:

1. Клінічні ознаки та симптоми відповідають гострому гепатиту С (АЛТ >10×ВМН, жовтуха) при відсутності в анамнезі хронічних хвороб печінки чи інших причин гострого гепатиту, та/чи якщо останнє імовірне джерело передачі можливо ідентифікувати у пацієнтів з позитивним РНК ВГС.

2. Задокументована сероконверсія (антитіла IgG ВГС – антитіла IgG ВГС +).

Критерії діагностики хронічного ВГС:

1. Виявлення антитіл IgG ВГС та РНК ВГС за наявності біологічних та гістологічних ознак хронічного гепатиту.

4.5. Клінічний перебіг

ВГС у дітей переважно має безсимптомний, або малосимптомний перебіг.

Позапечінкові прояви ВГВ: мембранозний гломерулонефрит та ін.

Інфекція ВГС в нервовій системі може бути причиною когнітивних розладів у дітей з хронічним ВГС, погіршення якості життя та навчання; відставання у нервово-психічному розвитку.

4.5.1. Анамнез хвороби

При зборі анамнезу з'ясовується чи відноситься пацієнт до групи ризику інфікування ВГС (див. пункт 4.2 розділу IV).

4.5.2. Фізикальне обстеження

Оцінюються наявність гепато- та спленомегалії, телеангіоектазії, долонної ерітеми, іктеричності склер та загрозливих симптомів: жовтушність шкіри, асцит, підвищена кровоточивість, набряки, печінковий запах з рота, енцефалопатія (цироз печінки з чи без проявів печінкової недостатності).

4.5.3. Лабораторні методи обстеження

Серед методів лабораторної діагностики, залежно від клінічної ситуації, використовуються наступні методи діагностики: загальний аналіз крові; біохімічні показники крові [білірубін, АЛТ, аспартатамінотрансфераза (АСТ), лужна фосфатаза, гамма-глутамілтрансфераза, загальний білок, альбумін, протромбіновий індекс, міжнародне нормалізоване відношення, протромбіновий час]; маркери ВГВ [HBeAg, антитіла IgM, IgG до HBsAg, антитіла IgG до HBsAg, HBeAg, визначення ДНК ВГВ (в МО/л)]; маркерів вірусного гепатиту А, ВІЛ (анти-ВГА IgG, IgM, анти-ВІЛ загальні); маркери метаболічних хвороб печінки (за необхідності); визначення титру специфічних аутоімунних антитіл (див. Таблицю 2).

Верхню межею норми (ВМН) для АЛТ слід вважати верхню межу норми тієї лабораторії, в якій проводилось тестування.

4.5.4. Генотипування хронічного ВГС

Генотипування хронічного ВГС призначається у випадку, коли розглядається питання призначення протівірусної терапії.

Таблиця 2. Стандартне тестування пацієнтів з позитивним результатом на антитіла до ВГС

Мета обстеження	Обстеження	Коментарі
Підтвердження та характеристика ВГС	РНК ВГС	Свідчать про наявність та є основою оцінки відповіді на лікування
	Генотип і підтип ВГС	Вибір тривалості

Мета обстеження	Обстеження	Коментарі
		лікування
Оцінка ураження печінки	Загальний аналіз крові	Тромбоцитопенія може вказувати на цироз печінки і портальну гіпертензію
	АЛТ	Нормальний рівень АЛТ не виключає наявність вираженого фіброзу
	АСТ	
	Гамма-глутамілтрансфераза	
	Лужна фосфатаза	
	Білірубін	Підвищений рівень білірубину або міжнародного нормалізованого відношення чи гіпоальбумінемія можуть вказувати на серйозне порушення функції печінки
	Міжнародне нормалізоване відношення (або протромбіновий час)	
	Альбумін	
	Креатинін	Ниркова дисфункція збільшує гемолітичну анемію, пов'язану з РБВ
Ультразвукове обстеження органів черевної порожнини	Може виявити ознаки цирозу печінки	
Вірусні коінфекції	Антитіла Ig G ВГА	При отриманні негативного результату, рекомендується щеплення проти гепатиту А
	HBsAg	Виключення коінфекції ВГВ
	Антитіла до HBsAg	При отриманні негативних результатів на HBsAg та анти-HbsAg рекомендується щеплення проти ВГВ
	Антитіла до ВІЛ	Виключення коінфекції ВІЛ
Виключення інших причин ураження печінки†	Альфа-1-антитрипсин	Альфа-1-антитрипсинова недостатність
	Церулоплазмін	Хвороба Вільсона

Мета обстеження	Обстеження	Коментарі
	Феритин, залізо сироватки, загальна залізовв'язуюча здатність сироватки крові	Перевантаження залізом
	Антинуклеарні антитіла	Аутоімунний гепатит
	Гладком'язові антитіла	
	Антимітохондріальні антитіла	Первинний біліарний цироз
	Імуноглобулін G	Часто підвищується при аутоімунному гепатиті та цирозі будь-якої етіології
Протипоказання до лікування	Тиреотропний гормон, Т4 загальний	Виключення хвороби щитоподібної залози, які можуть загострюватися під впливом ІФН
† Запропоновані тести, необхідність проведення яких визначається індивідуально		

Обстеження на поліморфізм гену IL28B розглядається для дітей з генотипом 1 перед початком лікування, оскільки варіанти поліморфізму гену IL28B дозволяють прогнозувати відповідь на Пег-ІФН- α і РБВ.

4.5.5. Фактори, що обтяжують перебіг хвороби

До факторів, що обтяжують перебіг хвороби, відносяться: надмірна маса тіла, коінфекція з ВІЛ, коінфекція з ВГВ чи ВГА в анамнезі.

4.5.6. Інструментальні методи обстеження

Серед інструментальних методів діагностики та моніторингу динаміки перебігу ВГС у дітей використовуються: ультразвукове обстеження печінки та органів черевної порожнини; комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія для виключення злжкісних новоутворень печінки (за наявності показань); езофагогастродуоденоскопія (у пацієнтів із спленомегалією) з метою виявлення варикозного розширення вен стравоходу; біопсія печінки з подальшим морфологічним обстеженням біоптату. Результати обстеження біоптатів печінки дозволяють оцінити активність запального процесу та стадію хвороби і можуть відігравати вирішальну роль для прийняття рішення про початок лікування.

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 хронічним ВГС.

Біопсію печінки варто розглядати тільки у випадку, коли результат обстеження може вплинути на прийняття медичних рішень. Показаннями до

проведення біопсії печінки є: ознаки клінічної декомпенсації печінки нез'ясованої етіології у раніше стабільних пацієнтів і дітей, яким рекомендовано проведення противірусної терапії, з метою оцінки тяжкості ураження печінки; у дітей з 1-м генотипом вірусу.

Біопсія печінки не показана дітям з 2-м і 3-м генотипами ВГС, які мають високі шанси (>80%) досягти елімінації ВГС при проведенні противірусної терапії.

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

Результати гісто-морфологічного обстеження біоптатів печінки проводяться за шкалою оцінок METAVIR, що дозволяє окремо враховувати як ступінь запалення, так і стадію фіброзу печінки (див. Таблицю 3).

Таблиця 3. Система оцінок активності запалення й фіброзу печінки за шкалою METAVIR

Показники активності (A)		Лобулярне запалення		
		Відсутнє 0	Помірне 1	Тяжке 2
Часточкові сходинокоподібні 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 поодинокими септами (помірний).

F 3 = численні септи без цирозу (значний).

Відсутність можливості проведення пункційної біопсії печінки не обмежує доступ пацієнтів до лікування у випадку наявності відповідних показань; не розглядається як протипоказання до початку лікування або не є основною причиною для його затримки.

4.5.7. Диференційний діагноз ВГС

Диференційну діагностику ВГС проводять з вірусними гепатитами А, В, Е; аутоімунним гепатитом, гемохроматозом, хворобою Вільсона-Коновалова, дефіцитом альфа-1 антитрипсину; медикаментозним гепатитом.

4.6. Формулювання діагнозу

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

Таблиця 4. Шкала Чайлд-П'ю для визначення класу (стадії) цирозу печінки

Клінічні та біохімічні параметри	Оцінка у балах		
	1	2	3
Білірубін загальний (мкмоль/л)	<34	34–51	>51
Альбумін (г/л)	>35	28–35	<28
Асцит	відсутній	помірний	значний/рефрактерний
Енцефалопатія	відсутня	помірна (стадії I–II)	тяжка (стадії III–IV)
Протромбіновий індекс (у %), або	>60	40–60	<40
протромбіновий час (с), або	<4	4–6	>6
міжнародне нормалізоване відношення	<1,70	1,71–2,30	>2,30

Інтерпретація результатів оцінки: клас А: 5–6 балів (компенсований цироз); клас В: 7–9 балів (субкомпенсований цироз); клас С: 10–15 балів (декомпенсований цироз).

4.7. Лікування

В лікуванні ВГС у дітей використовуються пегільовані інтерферони (Пег-ІФН- α -2а, Пег-ІФН- α -2b) в комбінації з РБВ. Тривалість лікування у дітей становить 48 тижнів для генотипів 1 і 4 і 24 тижні – для генотипів 2 і 3.

4.7.1. Показання до противірусної терапії ВГС

Показаннями до противірусного лікування ВГС є:

- 1) наявність РНК ВГС у пацієнтів з 2-м, 3-м генотипом;
- 2) вік ≥ 3 -х років для Пег-ІФН- α -2b та ≥ 5 -ти років для Пег-ІФН- α -2а;
- 3) постійне підвищення рівня амінотрансфераз у сироватці крові;
- 4) виразний фіброз ($\geq F2$ за METAVIR) та наявність некрозозапальних змін у тканині печінці незалежно від активності трансаміназ. У таких випадках призначення лікування є обов'язковим;

5) при прийнятті рішення про початок лікування у дітей враховується: вік, тяжкість хвороби, ефективність обраного лікування, побічні дії, згоду з лікуванням і бажання одужати.

Лікування дітей призначається відповідно до ступеня тяжкості хвороби та генотипу ВГС (див. Таблицю 5).

Таблиця 5. Лікування дітей відповідно до тяжкості перебігу хвороби та генотипу ВГС

Ступінь тяжкості	Генотип ВГС					
	1	2	3	4	5	6
Легкий	Зважити ризику лікування	Лікування		Зважити ризику лікування		
Помірний	Лікування					
Тяжкий						

4.7.2. Протипоказання до лікування із застосуванням схем на основі Пег-ІФН+РБВ

Абсолютні протипоказання: вагітність.

Відносні протипоказання: декомпенсований цироз печінки; цитопенія, аутоімунні хвороби; серцева або ниркова недостатність; наявність трансплантантів, імуносупресивна терапія супутніх хвороб, виразна депресія.

4.7.3. Термінологія, що використовується для позначення вірусологічної відповіді

Велике прогностичне значення в лікуванні ВГС має відповідь організму пацієнта на противірусне лікування. Практичне значення має рівень РНК ВГС в певні строки від початку лікування в залежності від генотипу збудника. Для

зручності використання даної інформації дитячі лікарі-спеціалісти використовують певну термінологію (див. Таблицю 6)

Таблиця 6. Термінологія, що пов'язана з вірусологічною відповіддю

Термін	Визначення
Швидка вірусологічна відповідь	Невиявлені РНК ВГС у сироватці (<50 МО/мл) після 4-х тижнів лікування
Рання вірусологічна відповідь	Невиявлені або зниження концентрації РНК ВГС у сироватці як мінімум на $2 \log_{10}$ з первинного рівня після 12-ти тижнів лікування
Відповідь в кінці лікування	Невиявлені РНК ВГС у сироватці (<50 МО/мл) після завершення лікування
Стійка вірусологічна відповідь (СВВ)	Невиявлені РНК ВГС у сироватці (<50 МО/мл) через 24 тижні після завершення лікування
Часткова відповідь	Зниження рівнів РНК ВГС у сироватці, але все ще виявляються РНК ВГС через 24 тижні після початку лікування
Відсутність відповіді	Виявлені рівні РНК ВГС на 24-му тижні лікування без істотного зниження рівня РНК ВГС у сироватці
Рецидив	Визначення РНК ВГС після закінчення лікування та досягнення відповіді в кінці лікування

4.7.4. Фактори, що впливають на протівірусне лікування

На імовірність досягнення СВВ впливають генотип, вік, вірусне навантаження, стадія фіброзу і дотримання лікування.

4.7.5. Моніторинг для тих, кому лікування не рекомендоване

Моніторинг проводиться з метою раннього виявлення тих, кому буде показане лікування: оцінка клінічного стану та лабораторних показників [загальний аналіз крові, АЛТ, АСТ, білірубін (загальний, прямий, непрямий), альбуміни, протромбіновий час/МНВ, РНК ВГС – 1 раз на рік; ультразвукове обстеження печінки та органів черевної порожнини – 1 раз на рік; біопсія печінки при ознаках клінічної декомпенсації чи прогресуванні хвороби печінки.

4.7.6. Моніторинг для тих, кому лікування рекомендоване

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- α включає: моніторинг техніки ін'єкцій, маси тіла, зросту, психоневрологічних розладів, лабораторні аналізи, що підлягають моніторингу, зазначені в таблиці 7.

Таблиця 7. Рекомендації для контролю під час лікування

Лабораторні аналізи, що підлягають моніторингу	Проведіть тести на наступних тижнях лікування
---	--

Лабораторні аналізи, що підлягають моніторингу	Проведіть тести на наступних тижнях лікування
Загальний аналіз крові з формулою, абсолютне число нейтрофілів	0, 1, 2, 4, 8, 12 і кожні 4–8 тижнів після цього
Печінковий профіль (білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, гамма-глутамілтрансфераза, загальний білок, альбумін), глюкоза, креатинін, сечовина, сечова кислота, тригліцериди, холестерин	0, 1, 2, 4, 8, 12 і кожні 4–8 тижнів після цього
ТТГ, Т4 загальний, АТПО	0, 12, 24, 36, 48
ХГЛ в сечі (для пацієнтів жіночої статі 13 років і старших)	0, 24
Протромбіновий час	0; повторювати тільки при клінічній необхідності
Аналіз сечі	0; повторювати тільки при клінічній необхідності
РНК ВГС	0, 4, 12, 24, 48, 72
ВГС – вірус гепатиту С; ХГЛ – хоріонічний гонадотропін людини; 0 – обстеження перед початком лікування	

Припинення терапії.

Рекомендовано припинити лікування при відсутності ранньої вірусологічної відповіді на противірусну терапію.

При розвитку тяжких побічних реакцій на терапію.

4.7.7. Моніторинг побічних явищ

Перед початком лікування пацієнт обстежується: загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; біохімічний аналіз крові (білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, гамма-глутамілтрансфераза, загальний білок, альбумін, глюкоза, протромбіновий час/міжнародне нормалізоване відношення, креатинін, сечовина, електроліти (K, Na, Ca, P, Cl), сечова кислота, тригліцериди, холестерин); гормони щитоподібної залози (ТТГ, Т3 вільний, Т4 вільний, антитіла до ТТГ, АТПО); кількісне визначення РНК ВГС (в МО/л).

4.7.8. Побічні реакції противірусного лікування ВГС та їх корекція

Противірусне лікування ВГС може супроводжуватися побічними реакціями найбільш частими з яких є: грипозний стан, затримка росту та зниження маси тіла. Лікуючий лікар відслідковує такі реакції та оцінює можливість подальшого лікування.

Моніторинг лікування та корекція терапії при виникненні побічних реакцій детально наведені в інструкції до препаратів.

4.7.9. Лікування ВГС, що проявляється цирозом

Ґрунтуючись на ефективності і переносимості, лікування має істотний позитивний ефект у пацієнтів з компенсованим цирозом, тоді як пацієнтам з декомпенсацією необхідно зважити всі ризики і користь даного лікування.

4.7.10. Лікування ВГС у особливих груп дітей

Коінфекція ВІЛ/ВГС. З урахуванням більш низького ступеня відповіді на лікування, дітям з коінфекцією ВІЛ/ВГС лікування проводиться протягом не менше 48-ми тижнів, незалежно від генотипу. На даний момент не існує рекомендацій щодо оптимального режиму для дітей з коінфекцією ВІЛ/ВГС.

Коінфекція ВГВ/ВГС. Якщо прийнято рішення про проведення лікування дитині з коінфекцією ВГВ/ВГС, рекомендується проведення повного курсу лікування з використанням комбінації Пег-ІФН- α і РБВ незалежно від генотипу.

Пацієнти з порушеннями системи крові після багаторазового переливання. Ризик гемолізу у зв'язку з РБВ ускладнює проведення комбінованої терапії. Множинні переливання пов'язані з перевантаженням печінки залізом, що ускладнює лікування ВГС і може прискорити розвиток цирозу і збільшити ризик ГЦК. Лікування може бути ефективним, але слід розглянути проблеми гемолізу у зв'язку з РБВ.

Трансплантація (печінки і нирок). Ризик рецидиву ВГС у дітей після ортотопічної пересадки печінки високий і пов'язаний з високою частотою повторної трансплантації. Якщо прийнято рішення проводити лікування дитини з ВГС після пересадки печінки або нирки, необхідний ретельний контроль побічних явищ внаслідок підвищеного ризику відторгнення трансплантата при терапії ІФН.

Хвороби нирок (діаліз). Лікування ВГС-позитивних пацієнтів на гемодіалізі є складним і комплексним. Даних пацієнтів ретельно спостерігають разом з нефрологами дитячими. Пацієнти з ВГС на гемодіалізі можуть отримувати стандартну або знижену дозу ІФН- α з або без РБВ в низькій дозі. Лікування ВГС ІФН- α малоефективне у пацієнтів з останніми стадіями хвороби нирок. Лікування рекомендується проводити перед проведенням пересадки нирки.

4.8. Особливості харчування під час лікування.

Противірусна терапія представляє високу загрозу для втрати маси тіла, а тому ретельно проводиться моніторинг серед пацієнтів і надається їм нутритивна підтримка (коли це необхідно) протягом лікування.

Пацієнтам зі стабільно високими показниками феритину в сироватці крові рекомендується знизити рівень споживання продуктів, багатих на залізо.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.com.ua/>.

5.1. Первинна медична допомога

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі; лікарі-педіатри дільничні, середній медичний персонал.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до Табеля оснащення.

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

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікарі-інфекціоністи дитячі, лікарі-гастроентерологи дитячі, лікарі-терапевти підліткові, лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-педіатри-неонатологи, лікарі-хірурги дитячі, лікарі приймальної палати (відділення), середній медичний персонал, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям (до 18-ти років) із ВГС.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення: відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби: пегільований інтерферон альфа, рибавірин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом 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 28.04.2012 року за № 661/20974.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом 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 28.04.2012 року за № 661/20974.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря первинної медичної допомоги локального протоколу ведення пацієнта з ВГС.

6.1.2. Наявність у лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу при ВГС, локального протоколу ведення пацієнта із ВГС.

6.1.3. Відсоток пацієнтів з ВГС, щодо яких лікарем первинної медичної допомоги отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

6.1.4. Відсоток осіб, вперше протестованих впродовж звітного періоду на антитіла до ВГС на території обслуговування.

6.1.5. Відсоток осіб з вперше встановленим впродовж звітного періоду діагнозом ВГС серед осіб, зареєстрованих на території обслуговування.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність у лікаря первинної медичної допомоги локального протоколу ведення пацієнта з ВГС.

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 С 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 закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%;

2017 рік та подальший період – 100%.

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 первинної медичної допомоги (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, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів первинної медичної допомоги (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 лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з ВГС (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем первинної медичної допомоги (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 (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу при ВГС, 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 С 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 закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%;

2017 рік та подальший період – 100%.

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 лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) 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 (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) 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 (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з ВГС (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів з ВГС, щодо яких лікарем первинної медичної допомоги отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

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 С у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем первинної медичної допомоги (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) впродовж звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність рецидивів хвороби.

Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар первинної медичної допомоги (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

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 первинної медичної допомоги (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями первинної медичної допомоги (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 обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем первинної медичної допомоги (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження від всіх лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості дітей (до 18-ти років) з ВГС, а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта впродовж звітного періоду. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря первинної медичної допомоги (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з ВГС.

Джерелом інформації є:

Форма 025/0;

Форма 030/0.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря первинної медичної допомоги (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з ВГС, для яких наявні записи про медичний огляд впродовж звітного періоду та наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності рецидивів хвороби.

Джерелом інформації є:

Форма 025/0, вкладний листок № 2 «Щорічний епікриз на диспансерного хворого»;

Форма 030/о, пункт «7. Контроль відвідувань».

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4.А) Відсоток осіб, вперше протестованих впродовж звітнього періоду на антитіла до ВГС на території обслуговування.

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 С у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

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

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 первинної медичної допомоги (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються лікарями первинної медичної допомоги (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

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

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги, в яких наявна інформація щодо проведення тестування на антитіла до ВГС впродовж звітнього періоду – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від всіх лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), розташованих на території обслуговування.

г) Знаменник індикатора складає:

для лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги) – загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря первинної медичної допомоги (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України № 110 від 14 лютого 2012 року «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 28.04.2012 року за № 661/20974.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, яким вперше було зроблено тестування на антитіла ВГС впродовж звітнього періоду. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.5.А) Відсоток осіб з вперше встановленим впродовж звітнього періоду діагнозом ВГС серед осіб, зареєстрованих на території обслуговування.

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 С у дітей».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

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

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 (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); регіональне управління охорони здоров'я.

б) Дані надаються лікарями первинної медичної допомоги (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

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

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги, в яких наявна інформація щодо проведення тестування на антитіла до ВГС впродовж звітнього періоду – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від всіх лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), розташованих на території обслуговування.

г) Знаменник індикатора складає:

для лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги) – загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря первинної медичної допомоги (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом ВГС, яким вперше було встановлено діагноз ВГС протягом звітного періоду. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о), затверджена наказом 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту

В. Кравченко

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

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. «Вірусний гепатит С», 2016.

2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит С у дітей», 2016.

3. Наказ МОЗ України від 05 червня 1998 року № 153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я».

4. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

5. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».

6. Наказ МОЗ України від 29.03.2002 року № 117 «Про впровадження випуску Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»».

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 14.02.2012 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 28.04.2012 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 27.12.2013 року № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

16. 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.

17. 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.

18. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 року № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

19. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 року № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

20. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 року № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

21. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 року № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

22. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 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 29.11.2012 року за № 2001/22313.

23. Наказ МОЗ України від 16.09.2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10.10.2011 року за № 1159/19897.

24. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 року № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 22.11.2005 року за № 1404/11684.

25. Наказ МОЗ України від 21.12.2010 року № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14.03.2011 року за № 319/19057.

26. 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 С у дітей»

Анкета скринінгового опитування пацієнта

Шановний пацієнт, у зв'язку з тим, що вірусний гепатит С має тяжкі наслідки для здоров'я людини і важко виявляється, МОЗ України вживає заходи для покращення виявлення цього захворювання. Заповнивши цю анкету, Ви допоможете лікарю своєчасно направити Вас чи Вашу дитину на обстеження.

Відповідь «Так» хоча б на одне запитання означатиме, що Вам чи Вашій дитині необхідно пройти обстеження на вірусний гепатит С. Від своєчасного обстеження залежатиме Ваше чи Вашої дитини здоров'я, а інколи і життя.

№ запитання	Запитання	Так	Ні
1	Ви чи Ваша дитина отримували препарати крові?		
2	Вам чи Вашій дитині пересаджували органи чи тканини?		
3	Вам чи Вашій дитині проводили гемодіаліз?		
4	Ваша робота пов'язана з ризиком контактування з кров'ю іншої особи?		
5	У Вас чи у Вашої дитини були підвищені показники АЛТ, причина підвищення яких не була встановлена?		
6	Ви чи Ваша дитина вживали колись ін'єкційні наркотики?		
7	Ви чи Ваша дитина ВІЛ-позитивні?		
8	Ваша мати хвора на вірусний гепатит С?		
9	Ви отримували стоматологічну допомогу, що супроводжувалась порушенням цілісності слизової оболонки чи пульпи зуба?		
10	Ви чи Ваша дитина мали татування чи пірсинг?		
11	Ви чи Ваша дитина мала статевий контакт з людиною, що інфікована на вірусний гепатит С		
12	Ви чи Ваша дитина користувались спільними речами (зубними щітками, лезами для гоління, манікюрними інструментами) з людиною, хворою на вірусний гепатит С?		

Ця анкета не може розглянути всіх випадків, які могли б стати причиною інфікування людини.

Ви маєте розуміти, що можете бути інфіковані, якщо хоч яка частина крові чи тканинної рідини від хворої людини потрапить крізь шкіру чи слизову оболонку до Вашого організму.

Якщо Вам відомі такі випадки – інформуйте про це Вашого лікаря. Це може врятувати Вам життя.

Додаток 2 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей»

Пам'ятка пацієнта Вірусний гепатит С

Що таке гепатит С?

Гепатит С – це захворювання, що викликається вірусом, який може передаватися через кров від однієї людини до іншої. Захворювання, в основному, вражає печінку.

Коли ваша печінка вражається вірусом, вона може уражатися і зрештою виникнуть труднощі з виконанням своїх різноманітних і життєво важливих функцій. Протягом тривалого періоду часу це може прогресувати до серйозного ураження печінки (наприклад, фіброзу і цирозу), або, в деяких випадках, до раку печінки (гепатоцелюлярної карциноми).

Як хвороба впливає на людей?

Потенційно, це захворювання загрожує життю людини, і може вплинути на Вас фізично й емоційно. Захворювання може погіршити якість Вашого життя. У багатьох випадках за умови відповідного лікування гепатит С можна вилікувати.

Які симптоми захворювання на гепатит С?

Деякі люди не мають жодних симптомів захворювання впродовж багатьох років, у той час як інші можуть відчувати підвищену стомлюваність, пітливість (особливо вночі), ломоту та болі, втрату апетиту і концентрації уваги. Симптоми можуть з'являтися і зникати. На більш пізніх стадіях захворювання, коли печінка уражена більш серйозно, можуть бути такі симптоми, як жовтяниця, свербіж, внутрішня кровотеча і закреп.

Мені це загрожує?

Фактори ризику, коли кров інфікованої гепатитом С особи може потрапити в кровоток іншої особи, включають наступні:

- переливання крові, хірургічне втручання;
- отримання медичної або стоматологічної допомоги в країнах, де гепатит є поширеним захворюванням, 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;
- статеві відносини; хоча ризик дуже низький, якщо немає загрози кровотечі;
- контакт з кров'ю на роботі, наприклад, поранення голкою, порізи, прибирання крові, робота на місці жорстоких подій з присутністю крові;
- передавання від матері до дитини в момент народження.

Мені треба здати аналізи?

Якщо Ви вважаєте, що Ви або Ваша дитина знаходиться у групі ризику, необхідно звернутися до лікаря та пройти лабораторне обстеження з метою виявлення вірусу гепатиту С.

Що мається на увазі «позитивний» чи «негативний»?

Є три типи тестів. Перший тип тесту (тест на антитіла до ВГС) визначає, чи Ви коли-небудь мали вірус. Деякі люди позбавляються вірусу природнім шляхом, без медичної допомоги. Другий тип (полімеразна ланцюгова реакція) вказує, чи вірус наявний у даний момент у Вашому організмі (тобто, чи інфіковані Ви гепатитом С). Якщо результат позитивний, додаткове генотипування покаже генотип (штам) вірусу. Генотип визначає тривалість лікування, яке може бути призначено лікарем.

Як щодо конфіденційності?

Конфіденційне тестування доступне у лікарів загальної практики-сімейних лікарів та інших місцях. Результати цього тесту є конфіденційними і не будуть передані третім особам без вашого дозволу. Лікарі загальної практики-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 заразити членів Вашої сім'ї і друзів через повсякденну діяльність, таку як спільне використання посуду, обійми та поцілунки.

Аби не заразити 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, воду тощо).

Ризик передачі інфекції статевим шляхом є дуже низьким у відсутності інших ускладнюючих чинників, таких як:

- кров від менструації або анального сексу
- виразки на геніталіях, тобто від інфекцій, що передаються статевим шляхом, таких як гонорея, герпес або генітальні бородавки.

Як це вплине на моє навчання і кар'єрні перспективи?

Багато людей з гепатитом С почуваються досить добре, щоб навчатися та працювати, 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 педагогам та вихователям, що у Вас або Вашої дитини ВГС. Проте, побічні ефекти від лікування можуть означати, що Ви відчуваєте себе погано і не в змозі повноцінно навчатися впродовж певного періоду часу. Може бути корисно розказати, що Ви чи Ваша дитина отримує лікування. Наприклад, Вас чи Вашу дитину можуть підтримати, змінивши графік навчання та фізичні навантаження впродовж періоду лікування.

Як позитивний діагноз вплине на моє страхування життя?

Як і будь-яке серйозне захворювання, діагноз гепатиту С буде мати вплив на страхування життя. Є багато видів страхування життя, так що варто перевірити будь-які поліси, які у вас є, оскільки, можливо, Вам доведеться сказати страховику, якщо є зміни у стані Вашого здоров'я. Важливо пам'ятати, що будь-яка інформація, яку Ви надаєте вашим страховикам, є складовою частиною правового договору. Якщо інформація є неточною або невірною, угода може бути недійсною.

Якщо Ви подаєте заяву на страхування та згоду на передачу медичної інформації, людина, яка проводила тестування, зобов'язана передати інформацію про позитивний результат тесту, якщо страхова компанія звернеться з таким проханням.

Ви повинні прочитати дрібний шрифт на поточних або нових договорах страхування, перш ніж підписувати.

Як вплине на моє страхування життя негативний діагноз?

Лікарі не повинні надавати страховикам жодної інформації про негативний діагноз. Страховики можуть тільки запитувати інформацію, чи має хтось позитивний результат або проходить курс лікування.

Що відбувається впродовж тестування?

Перед тестуванням лікар повинен з Вами обговорити, що відбувається. Це допоможе Вам зрозуміти процес тестування, результати тестування та конфіденційність.

Зразки крові будуть відправлені на лабораторне дослідження. Якщо контакт з вірусом Вас чи Вашої дитини відбувся в останні шість місяців, Вас

можуть попросити повернутися для повторного тесту. Це відбувається через те, що існує «вікно» після контакту, поки тест не стає позитивним.

Якщо тест негативний, команда лікарів дасть Вам поради про те, як не піддавати себе ризику в майбутньому. Якщо тест позитивний, вони будуть пояснювати, що це означає і направлять Вас чи Вашу дитину у спеціалізовану клініку для обстеження.

Що відбувається далі?

Обстеження буде включати в себе аналізи крові, такі як тест на печінкові проби, тест на генотип (штам вірусу гепатиту С), клінічне обстеження, дискусії про спосіб життя, інші хвороби та ліки, що приймаєте Ви чи Ваша дитина, ультразвукове обстеження, еластографію і, в окремих випадках, біопсію печінки. Біопсія печінки означає забір невеликого шматка печінки для лабораторного аналізу. Це робиться під загальною анестезією.

По завершенню обстеження Ваш лікар буде говорити з Вами або Вашою дитиною про лікування. Лікування ефективно і побічних ефектів можна уникнути при гарному догляді та підтримці. Лікування не підходить для всіх і залежить від інших хвороб або ускладнень, які Ви чи Ваша дитина можете мати.

У той час як Ви або Ваша дитина знаходитесь на лікуванні, і впродовж від 6-ти до 12-ти місяців після цього, необхідно використовувати контрацепцію, щоб уникнути вагітності, оскільки ці препарати можуть бути шкідливі для майбутньої дитини.

Життя з гепатитом С?

Є багато речей, що стосуються стилю життя, які можуть полегшити життя з гепатитом С.

Не вживайте алкоголь. Алкоголь і гепатит С можуть призвести до ураження печінки, а їх поєднання робить цей процес набагато швидшим. Існує спеціальна професійна підтримка, щоб допомогти вам зменшити або припинити споживання алкоголю;

Збалансована дієта є життєво важливою. Зменшіть споживання надмірно жирних та солодких продуктів. Втрата надмірної маси допоможе знизити навантаження на печінку. Проте, втрата маси тіла може бути побічним ефектом лікування, тому можуть бути необхідні харчові добавки. Професійна допомога в плануванні здорової збалансованої дієти стане вам у нагоді.

Якщо у вас поганий апетит, намагайтеся їсти малими порціями, але частіше.

Регулярні помірні фізичні вправи зменшують стрес або депресію, тонізують, допомагають зміцнити імунну систему.

Якщо у вас гепатит С, припиніть палити. Відмова від куріння знижує ризик захворіти на рак. Для припинення паління можна звернутися за допомогою.

Поговоріть з вашим лікарем з приводу щеплень проти гепатиту А і В. Інші типи інфекції печінки, особливо якщо у вас вже є гепатит С, 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 цим захворюванням. Перш ніж почати їх вживання, необхідно отримати професійну консультацію.

Яку підтримку я можу отримати Ви чи Ваша дитина?

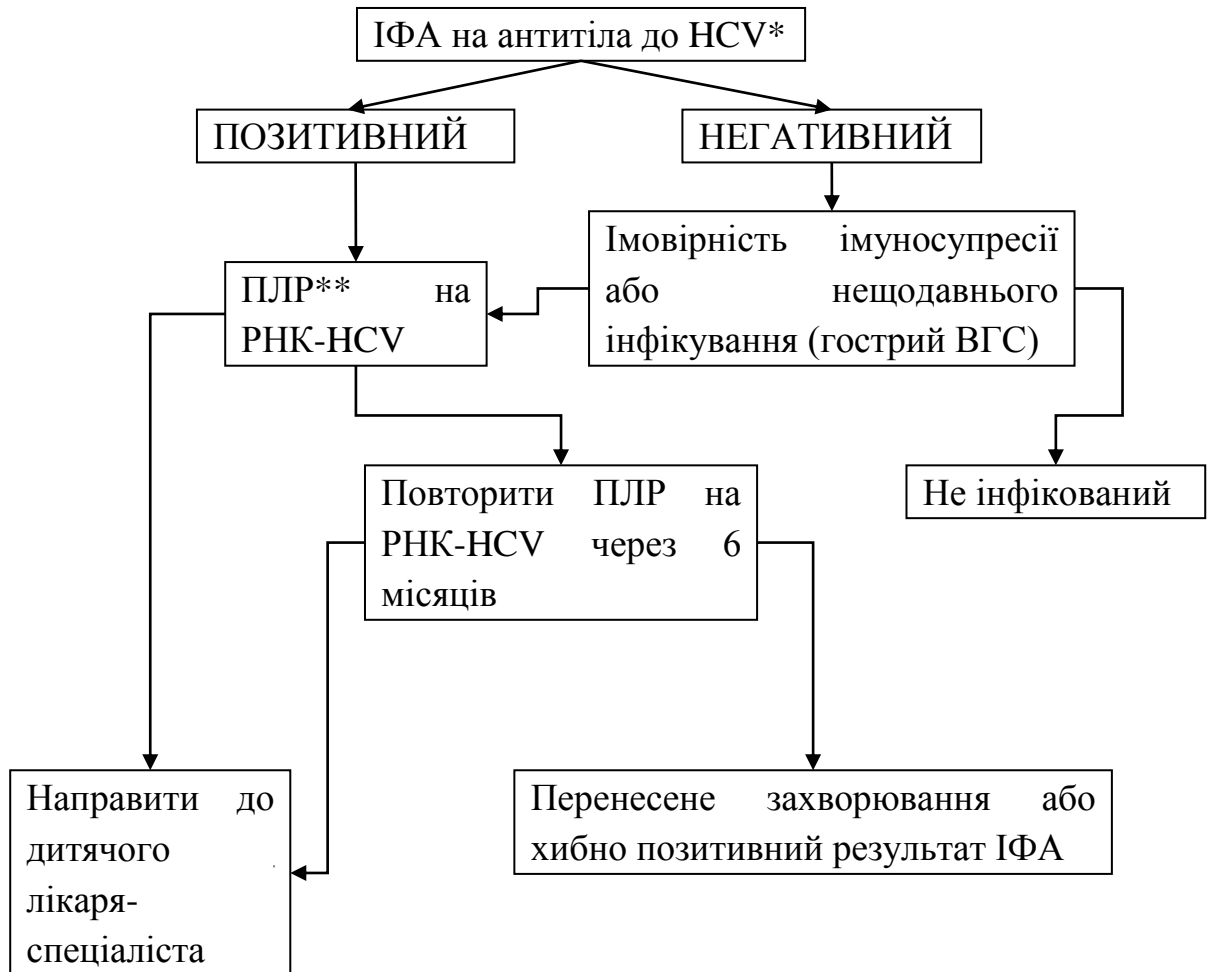
Існують різні спеціалізовані служби підтримки для людей з гепатитом С, такі як консультування, підтримка осіб з подібним діагнозом, адвокації для допомоги у прийнятті рішень.

Гепатит С 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.

Додаток 3 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей»

Алгоритм первинної діагностики ВГС

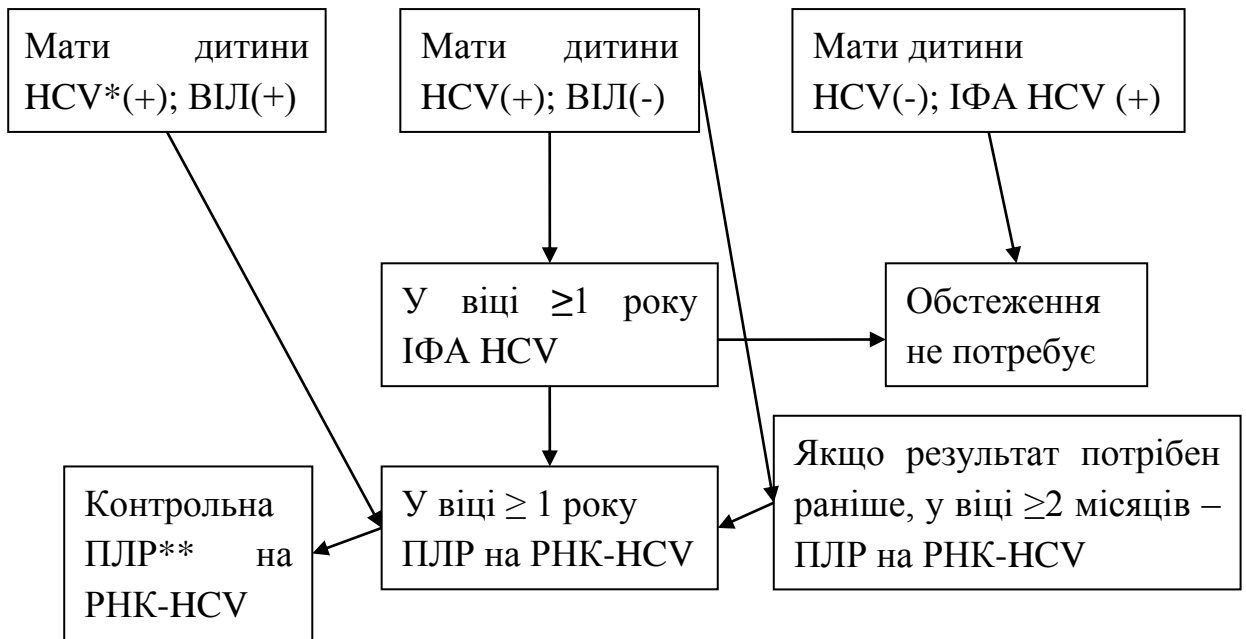


* HCV – вірус гепатиту С

**ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

Додаток 4 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей»

Алгоритм обстеження немовлят

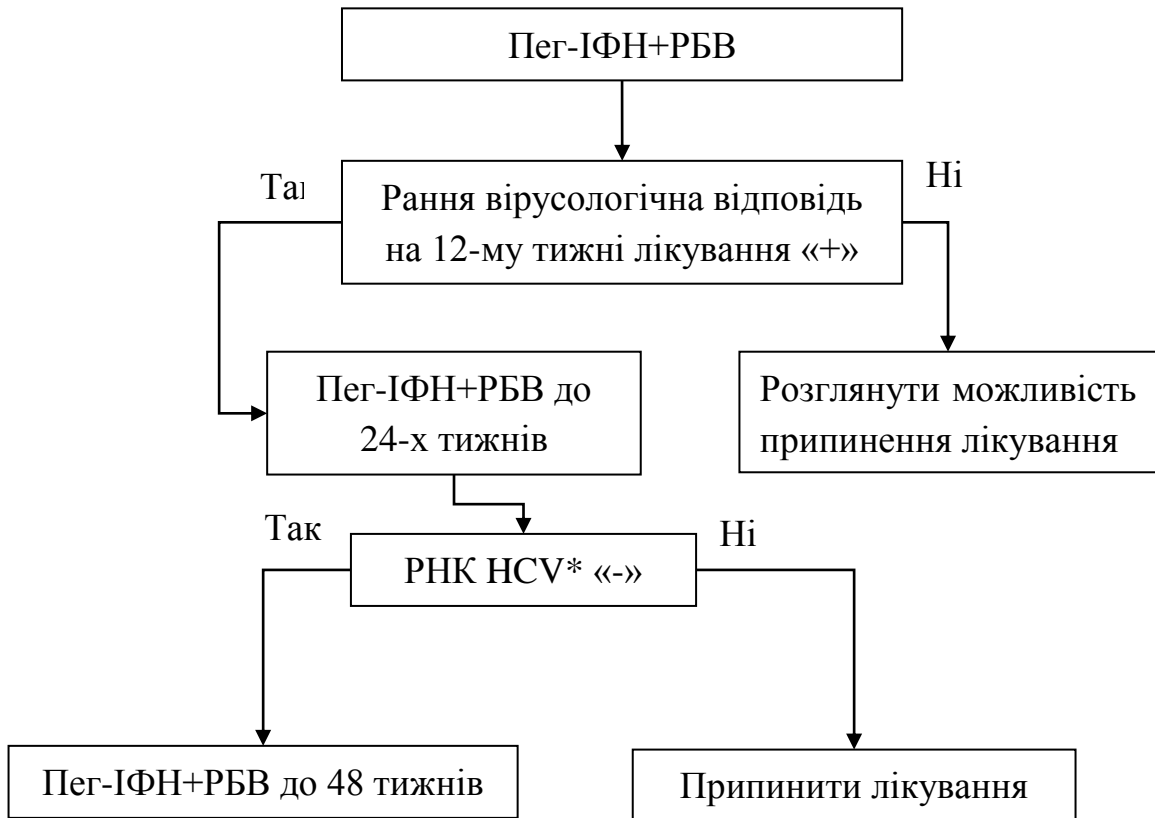


* НCV – вірус гепатиту С

**ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

Додаток 5 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей»

**Алгоритми лікування дітей з ВГС
1-го, 4-го генотипу**



* HCV – вірус гепатиту С

Додаток 6 до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей»

**Алгоритми лікування пацієнтів з ВГС
2-го та 3-го генотипу**

