

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00216&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00216. Вірусний гепатит

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Вірусний гепатит В <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/76-virusnyi-hepatyt-v> та Вірусний гепатит С <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/82-virusnyi-hepatyt-s>

Автори: Maija Lappalainen, Martti Färkkilä
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-05-12

Основні положення

- Найкращим способом попередити гепатити А та Е є дотримання правил гігієни, пов'язаних з їжею та питною водою, особливо у країнах високого ризику.
- Уникнути гепатитів В і С можна завдяки належній увазі при виконанні роботи високого ризику та у сексуальній поведінці. Єдиним найважливішим фактором ризику розвитку гепатиту С є внутрішньовенне введення наркотиків.
- Перед поїздкою до країн з високим ступенем ризику гепатиту А показане проведення профілактики шляхом вакцинації.
- Вакцинація проти гепатиту В показана при роботі з високим ступенем ризику Доказ [B] і для груп ризику

Коментар експерта. Вакцинація проти гепатиту В входить до Національного календаря профілактичних щеплень

- (Н.В.: Рекомендації щодо вакцинації у цій статті базуються на фінських настановах.)

Основні правила діагностики

- Нещодавнє інфікування гепатитами А, В або Е виявляється наступними тестами: ІgМ-антитіла до вірусу гепатиту А (анти-ВГА ІgМ), поверхневий антиген гепатиту В (НВsАg), ІgМ-антитіла до core-антигену гепатиту В (анти-НВс ІgМ) та ІgМ-антитіла до вірусу гепатиту Е (анти-ВГЕ ІgМ).
- З допомогою серології неможливо відрізнити нещодавнє інфікування гепатитом С від старого. Активний гепатит С може бути виявлений шляхом тестування на нуклеїнову кислоту ВГС (якісний або кількісний метод) додатково до визначення антитіл до вірусу гепатиту С.
- Якщо клінічно легкий гепатит пов'язаний з ознаками, що свідчать про мононуклеоз (гарячка, лімфаденопатія, спленомегалія, симптоми з боку верхніх дихальних шляхів) або очевидний холестаз (збільшення концентрації ЛФ і білірубіну в плазмі крові), імовірний мононуклеоз можна виявити на ранній стадії швидким тестом, і якщо необхідно, можна визначити антитіла до вірусу Епштейн-Барр (ЕБВ) та цитомегаловірусу (ЦМВ).

Гепатит А

Інкубаційний період

- 15-50 днів


Шлях інфікування

- Зазвичай фекально-оральний шлях, але також траплялися епідемії серед тих, хто вживав нелегальні внутрішньовенні наркотики.


Клінічна картина

- Гострий початок
- Початковими симптомами є втрата апетиту і нудота.
- Гарячка
- Жовтяниця

Лабораторні тести

- Підвищені АЛТ та АСТ у плазмі крові
- Точний діагноз можна встановити, визначивши анти-ВГА IgM антитіла.
- IgG або загальні антитіла можна визначити для оцінки необхідності профілактики. Позитивний результат тесту на IgG або сумарні антитіла (і негативний результат на антитіла IgM) свідчить про більш ранню інфекцію чи успішну вакцинацію ВГА, яка захищає від цього захворювання.
- Див. зображення  [Hepatitis A].

Профілактика

- Уникання потенційно інфікованих продуктів (особливо мідій та інших морепродуктів) під час подорожей у країнах з високим ступенем ризику
- Вакцинація проти гепатиту А  особливо показана тим, хто тривалий час перебуває або часто подорожує до країн з високим ступенем ризику. Ревакцинацію рекомендовано проводити через 6-12 місяців після першої дози. За сучасними даними не рекомендовано вводити наступні бустерні дози імунокомпроментованим особам після 2-дозної програми. Мандрівників слід вакцинувати щонайменше за 2 тижні до подорожі.
 - Для дітей віком старше 15 років та для дорослих, дві дози (Havrix[®] 1440 ELISA-Од/мл, 1 мл) вакцини вводять за схемою 0 та 6-12 місяці.

Коментар експерта. ХАВРИКС™ 1440 - торговельна назва вакцини для профілактики гепатиту А.

- Дітям віком 1-15 років вводять половину дорослої дози (0,5 мл) також за схемою 0 і 6-12 місяці.
- Дозування вакцини Ераха!® однакове для дорослих та дітей віком понад 2 роки.

Коментар експерта. Вакцина для профілактики гепатиту А з торговельною назвою Епаксал® в Україні станом на 12.03.2019 не зареєстрована.

- Комбінована вакцина проти гепатитів А та В

- Вводиться три дози за схемою 0, 1 і 6 місяців.
- Для дітей віком менше 16 років є окрема вакцина.

Коментар експерта. Комбінована вакцина проти гепатитів А та В в Україні станом на 12.03.2019 не зареєстрована.

- Вакцинація проти гепатиту А завжди рекомендується туристам, які мандрують у тропічні райони та по узбережжях Середземного моря, а саме африканському та Середньому Сходу. Щодо країн Балтії, Росії та країн Східної Європи, вакцинація рекомендована у випадку, коли очікуване перебування є тривалим або передбачені повторні відвідування цих країн

Контагіозність

- Через тиждень після початку жовтяниці вірус більше не виділяється з калом.
- Не було виявлено статусу постійного носія.

Перебіг захворювання та спостереження

- Хвороба проходить самостійно, не існує специфічного лікування.
- Фульмінантний гепатит є рідкісним ускладненням інфекції і розвивається у 0,3% тих, хто був інфікований.
- Тривала жовтяниця (холестатичний гепатит А) може ускладнювати захворювання у дорослих.
- Позапечінкові симптоми включають артрит, васкуліт і кріоглобулінемію.
- Важкість ушкодження печінки оцінюється шляхом визначення концентрації альбуміну плазми і протромбінового часу. Захворювання легке, якщо протромбіновий час не нижче ніж 0,40 і концентрація альбуміну плазми не нижча, ніж 30 г/л.
- Концентрацію АЛТ у плазмі слід контролювати щотижня, доки вона не почне знижуватись.

Гепатит В

Інкубаційний період

- 1-6 місяців

Шлях інфікування

- Парентеральний (шприци, які використовують при внутрішньовенному введенні наркотиків, препарати крові)
- Сексуальний контакт
- Перинатальна передача

Клінічна картина

- Подібна до гепатиту А, але початок повільніший
- Приблизно в 1% інфікованих розвивається фульмінантний гепатит, що пов'язаний з 80% рівнем летальності, якщо не провести трансплантацію печінки.
- Суглобові симптоми у 10-20% пацієнтів
- Шкірні симптоми
- Концентрація печінкових амінотрансфераз підвищується повільніше, ніж при гепатиті А.

Лабораторна діагностика

- Підвищені АЛТ та АСТ плазми
- Специфічна діагностика полягає у визначенні сироваткових HBsAg і анти-HBc IgM.
- Для оцінки інфікування первинним дослідженням є визначення е-антигену гепатиту В (HBeAg). Якщо результат позитивний, ймовірно у пацієнта активний гепатит і хвороба є високо контагіозною, оскільки вірус активно реплікується. Найточніша оцінка вірусемії досягається шляхом кількісного визначення ВГВ-ДНК. Цей метод слід застосовувати зокрема у випадку, якщо підозрюється HBeAg-негативна форма хронічної ВГВ інфекції.
- Див. таблицю [табл. |Т1] і зображення [зображення|00874|Hepatitis B].

Таблиця Т1. Інтерпретація серологічного дослідження гепатиту В

| | HBsAg | aHBs | aHBc | aHBcIgM | HBeAg | aHBe |
|--|-----------------|-----------------|------|-------------------|-----------------|------|
| Не інфікований | - | - | - | | | |
| Вакцинований | - | + | - | | | |
| Вроджений імунітет | - | + ¹⁾ | + | | | + |
| Гостра інфекція | | | | | | |
| • рання | + ²⁾ | - | - | - | +/- | |
| • пізня | + | - | + | +++ | + | |
| Носій | | | | | | |
| • заразний | + | - | + | +/- ³⁾ | + ⁴⁾ | - |
| • менш заразний | + | - | + | - | - | + |
| <ol style="list-style-type: none"> Негативний приблизно у 10-15% осіб, у яких є інфекція в анамнезі. У таких випадках, анти-НВс - це єдиний маркер перенесеної інфекції. Перший аналіз, який стає позитивним (навіть до появи клінічних симптомів) Анти-НВс-IgM може стати позитивним при загостренні хронічної інфекції. Активний гепатит є вірогідним і захворювання легко передається, оскільки вірус активно реплікує. Найбільш точною оцінкою вірусемії є кількісне визначення ВГВ-ДНК. | | | | | | |

Профілактика

- Уникнення дій з високим ступенем ризику (незахищений секс з потенційним носієм вірусу, використання забруднених голوک для ін'єкцій).
- Уникнення контакту з кров'ю у роботі, яка передбачає контакт з людською кров'ю.

Вакцинація груп ризику

- Цільові групи (базуються на фінських національних рекомендаціях; додаткові цільові групи розглядаються)
 - Новонароджені, чиї батьки є HBsAg позитивними [доказ 100805] A. Якщо мати є носієм, до першої вакцинації дитині також слід ввести дозу імуноглобуліну проти гепатиту В (125 МО).

Коментар експерта. Імуноглобулін проти гепатиту В в Україні станом на 12.03.2019 не зареєстрований.

- Особи, які живуть з носіями HBsAg або з пацієнтами з гострим гепатитом В
- Сексуальні партнери носіїв HBsAg та сексуальні партнери пацієнтів з гострим гепатитом В
- Люди з порушенням гемостазу, які потребують постійного лікування препаратами крові
- Особи, які зловживають внутрішньовенними наркотиками, їхні сексуальні партнери та інші люди, які проживають в спільному помешканні. Особливо важливо вакцинувати новонароджених дітей, матері яких вводять наркотики внутрішньовенно.
- Особи, які займаються проституцією.
- Після пошкоджень від уколу голкою та контакту з кров'ю, коли згідно з оцінкою ризику, необхідне проведення профілактики, і цей випадок не можна віднести до професійних хвороб.
- Працівники охорони здоров'я, які планують працювати в ендемічних зонах.
- Вакцинація проти гепатиту В також може розглядатися в окремих випадках для осіб, які через свою роботу [доказ] [В] [05203] мають підвищений ризик контакту з кров'ю. Вакцинація може також розглядатися для тих, хто доглядає за такою особою. Наприклад:
 - Акушерки, хірурги-стоматологи та певний персонал лабораторій.
 - Персонал, який працює у відділенні діалізу та лікує пацієнта, який є носієм HBsAg. Інші пацієнти в цьому відділенні.
 - Персонал центру догляду за дітьми, який опікується дитиною, яка є носієм HBsAg. Інші діти в цьому центрі.
 - Будь-хто залучений у догляд за наркозалежними, які вводять наркотики внутрішньовенно.
- Введення вакцини
 - Вакцина проти гепатиту В 1,0 мл в/м. (0,5 мл для дітей).
 - Дозу повторюють через 1 і 6 місяців. Після успішної первинної вакцинації ревакцинація зазвичай не потрібна.

- Приблизно в 10% вакцинованих не розвивається достатній імунітет. Якщо ризик контакту з вірусом є високим та тривалим, наявність імунітету слід підтверджувати серологічно приблизно через 2 місяці після третьої ін'єкції [доказ 05203] [В]. Якщо немає відповіді з боку антитіл, дають три додаткові дози з інтервалом у два місяці, а наявність імунітету підтверджується серологічно приблизно через 2 місяці після третьої ін'єкції. Якщо все ще немає відповіді антитіл, ризик контакту слід знизити, наприклад, змінивши місце роботи.

Імунопрофілактика після контакту з вірусом

- Імуноглобулін проти гепатиту В (НерВQuin®) слід вводити новонародженим дітям HBsAg позитивних матерів (+ вакцинація проти гепатиту В) [доказ 00005] [А].

Дії після контакту з інфікованою кров'ю

- Для детальної інструкції див. статтю [настанова 00046] [Контакт з кров'ю та інши...]

Контагіозність

- Більшість пацієнтів з гепатитом В одужують; проте невелика частина (<5%) дорослих пацієнтів залишаються носіями вірусу (у країнах Північної Європи).
- Визначення HBeAg та ДНК ВГВ допомагає оцінити інфекційність у HBsAg-позитивних пацієнтів.

Перебіг гострого захворювання та спостереження

- Більше 95-99% дорослих пацієнтів з гострим гепатитом В спонтанно одужують і стають анти-HBs-позитивними. Спостереження в лікарні необхідне для пацієнтів, у яких є симптоми, жовтяниця або якщо виявлено порушення функції печінки.
- У активній стадії захворювання контролюється АЛТ плазми, протромбіновий час і, за необхідності, концентрації преальбуміну та білірубіну щодня або щотижня, залежно від важкості випадку, доки вони не нормалізуються.
- HBsAg слід визначити через 3 місяці після початку захворювання.

Хронічна стадія захворювання

- Якщо аналіз HBsAg залишається позитивним через 6 місяців після початку захворювання, пацієнт, ймовірно, став носієм гепатиту В. Статус носія підтверджується позитивним результатом аналізу на HBsAg через 12 місяців.
- При хронічному гепатиті В зростає ризик розвитку гепатоцелюлярної карциноми. Ризик корелює з рівнем ДНК ВГВ та розвитком цирозу.

Гепатит С

- Найпоширеніший тип гепатиту в багатьох країнах
- Існує більше 500 мільйонів носіїв гепатиту С.
- Поширений серед наркозалежних, які вводять наркотики внутрішньовенно.

Інкубаційний період

- 20-120 днів

Шлях інфікування

- Парентеральний, як і при гепатиті В, але інфекційність значно нижча. Джерелом вірусу може служити внутрішньовенне введення наркотиків, татуювання, переливання крові і незахищений секс з гепатит С-позитивним партнером. Однак, шанс інфікуватися вірусом через незахищений секс є відносно низьким та у довготривалих стосунках захищений секс не вважається абсолютно необхідним.
- Існують пацієнти, які хворіють гепатитом С, яким ніколи не проводилося переливання крові, і які не належать до жодної з груп ризику.

Клінічна картина

- Клінічні прояви зазвичай легкі. Лише близько в 10-15% інфікованих людей розвивається жовтяниця; порівняно з 50% тих, хто заражається гепатитом В. Деякі пацієнти залишаються безсимптомними.

- У хворих на хронічний гепатит С були зареєстровані позапечінкові прояви, такі як кріоглобулінемія, гломерулонефрит, аутоімунний тиреоїдит, синдром Шегрена та пізня шкірна порфірія.

Лабораторна діагностика

- Коливання концентрацій печінкових трансаміназ (АЛТ) часто є єдиним проявом гепатиту С. Рівні АЛТ періодично можуть нормалізовуватись.
- Концентрації АЛТ та АСТ плазми рідко перевищують 800 О/л.
- Точний діагноз отримують шляхом визначення антитіл проти гепатиту С і РНК (ВГС-РНК).
 - Антитіла можна виявити через 10 тижнів після контакту.
 - ВГС-РНК зазвичай позитивна на початку симптомів.

Контагіозність

- Більшість пацієнтів, у яких є антитіла, також є носіями вірусу і можуть поширювати інфекцію.

Перебіг захворювання і спостереження [ДОКАЗ 03623] [В] [ДОКАЗ 03605] [В]

- Алкоголь підвищує ризик розвитку цирозу печінки у пацієнтів з гепатитом С.
- Гостра фаза, зазвичай, перебігає легше, ніж при гепатиті В, але захворювання частіше стає хронічним в асимптоматичних пацієнтів (у 85-90% пацієнтів).
- Оцінка концентрацій трансаміназ не є інформативною, оскільки в гострій фазі вони мають тенденцію змінюватись. Важливим є моніторинг, якщо очікується консультація фахівця.
- У більшості носіїв розвивається хронічний гепатит, а приблизно у 10% - цироз впродовж 20 років. Щороку приблизно у 1% пацієнтів з цирозом розвивається гепатома, в середньому через 28 років після інфікування.

Дельта збудник (гепатит D)

- Виникає як суперінфекція, асоційована з гепатитом В
- Спричинена вірусом-сателітом, який може уражати тільки HBsAg позитивну особу (можна набути обидва віруси при одному контакті)

- Зазвичай у наркозалежних, які вводять наркотики внутрішньовенно та в носіїв гепатиту В.
- Перебіг захворювання може бути блискавичним.
- Точний діагноз можна отримати, визначивши сироваткові антитіла проти ВГД і за необхідності ВГД-РНК.
- Були спроби лікування інтерфероном альфа Доказ
01297 [В].

Гепатит Е

- Відомі чотири генотипи вірусу гепатиту Е. Господарем генотипів 1 і 2 є людина. Генотипи 3 і 4 є зоонозами та їх господарями є свині.
- Так звана епідемічна форма (генотипи 1 і 2) - це захворювання, яке нагадує гепатит А, що виникає насамперед у Південній та Центральній Азії, Китаї та Африці на південь від Сахари. Здебільшого інфекція передається через контаміновану питну воду.
- Генотип 3 існує по всьому світу включно з індустріалізованими країнами. Генотипи 3 і 4 викликають хронічні інфекції в імуносупресивних пацієнтів. Зазвичай, інфікування відбувається через заражені продукти харчування, а також можливе інфікування через препарати крові.
- Точний діагноз можна встановити, визначивши антитіла IgG та IgM сироватки до вірусу гепатиту Е (анти-ВГЕ IgG і анти-ВГЕ IgM). За необхідності також визначають ВГЕ-РНК.
- Гепатит Е слід запідозрити у пацієнтів, які нещодавно повернулися з Далекого Сходу та мали слабовиражений гепатит, а також в імуносупресивних пацієнтів, у яких було необгрунтоване збільшення концентрації печінкових ферментів, але антитіл проти ВГА не виявлено.
- Впродовж вагітності гепатит Е може бути особливо блискавичним, внаслідок чого материнська смертність становить до 20%.
- Спеціального лікування гострого гепатиту Е (генотипи 1 і 2) немає. Рибавірин застосовується для лікування хронічної інфекції, викликаній генотипами 3 та 4. Симптоматичне лікування та спостереження проводяться, як і при гепатиті А.

Інші форми вірусних гепатитів

- Деякі випадки гепатитів залишаються без встановленого етіологічного діагнозу. Можливо тому, що існують інші віруси гепатиту, крім описаних вище.
- У 90% пацієнтів з мононуклеозом, індукованим вірусом Епштейн-Барр або цитомегаловірусом, розвивається гепатит. Захворювання зазвичай перебігає легко і лише приблизно у 5 % пацієнтів розвивається жовтяниця.

Лікування гепатиту та показання до втручання спеціаліста

Гострий гепатит Доказ [01299] A

- Важкість оцінюється з допомогою визначення альбуміну плазми і протромбінового часу. Хвороба вважається легкою, якщо протромбіновий час більше 40%, а сироватковий альбумін понад 30 г/л.
- Свербіж можна лікувати антигістамінними препаратами або холестираміном (4 г/добу).
- Слід уникати всіх ліків, що метаболізуються в печінці.
- Дієта повинна містити багато калорій та вуглеводів.

Гострий фульмінантний гепатит (А, В або С)

- Симптоми і ознаки
 - Енцефалопатія
 - Протромбіновий час < 30%, МНС >2,0
 - Білірубін >300 мкмоль/л
 - Гепаторенальний синдром
 - Гіпоглікемія
- Трансплантація печінки може бути життєво необхідною.
- Противірусне лікування є неефективним в гострій фазі.

Хронічний гепатит В [доказ 06186 | D] [доказ 05157 | C] [доказ 01300 | A]

- У HBeAg позитивних імуноактивних пацієнтів (концентрація АЛТ збільшена, ДНК ВГВ > 2 000 МО/мл) може бути використаний пегільований інтерферон альфа протягом 48 місяців. Лікування забезпечує сероконверсію HBeAg приблизно в третини пацієнтів.
- Пероральний тенофовір або ентекавір можна застосовувати у пацієнтів, які не відповідають на лікування інтерфероном або як препарати першої лінії. Лікування може тривати навіть протягом років, під контролем рівня ДНК HBV.
- Див. таблицю [табл. | T2]

Таблиця T2. Показання до лікування, медикаментозне лікування та реакція на лікування при захворюванні з позитивним та негативним HBeAg

| Тип | АЛТ | ДНК ВГВ (МО/мл) | Біопсія печінки | Рекомендації щодо лікування | Відповідь на лікування |
|------------------|--------------------------|-----------------|---|--|--|
| HBeAg позитивний | ≥ 2 × норма неодноразово | ≥ 20 000 | Не обов'язково | Пегільований інтерферон альфа-2а впродовж 48 тижнів | <ul style="list-style-type: none"> • Сероконверсія HBsAg і HBeAg • нормальна ВГВ-ДНК |
| | 1–2 × норми | ≥ 20 000 | Обов'язково для пацієнтів старше 40 років | Лікування тільки при запаленні (G1-2) або фіброзі (F ≥ 2): пегільований інтерферон альфа-2а впродовж 48 тижнів або тенофовір/ентекавір | |
| HBeAg негативний | Нормальна | ≤ 2 000 | Не обов'язково | Контроль АЛТ з інтервалами у 3-6 місяців | – |
| | Нормальна | ≥ 2 000 | Обов'язково для пацієнтів старше 40 років | Лікування тільки при запаленні (G1-2) або фіброзі (F ≥ 2): тенофовір/ентекавір | <ul style="list-style-type: none"> • Сероконверсія HBsAg і HBeAg • ВГВ-ДНК нормальна |
| | 1–2 × норми | 2 000–20 000 | Обов'язкові | Лікування тільки при запаленні | |

| Тип | АЛТ | ДНК ВГВ (МО/мл) | Біопсія печінки | Рекомендації щодо лікування | Відповідь на лікування |
|-----|-------------|-----------------|-----------------|--|------------------------|
| | > 2 × норми | ≥ 20 000 | Не обов'язково | (G1-2) або фіброзі (F ≥ 2): тенофовір Тенофовір/ентекавір | |

Хронічний гепатит С [доказ B] [доказ D] [доказ C] [доказ A] [доказ C] [доказ A] [доказ B]

[доказ C]

- АЛТ плазми залишається підвищеною 6 місяців після появи симптомів; проте нормальний рівень АЛТ не виключає можливості хронічного гепатиту.
- Інформація про генотип вірусу є важливим орієнтиром для прийняття рішень щодо лікування.
- Показанням для консультації стосовно лікування є ВГС-РНК позитивний гепатит (позитивний якісний аналіз на РНК гепатиту С), якщо пацієнт не має протипоказань до лікування (див. нижче).
- Біопсія печінки призначена для визначення ступеня пошкодження печінки та оцінки невідкладності лікування.
- З 2014 року для лікування гепатиту С було введено 9 нових специфічних протівірусних пероральних препаратів другого покоління. Використовуючи різні комбінації цих препаратів, можна досягнути 90-100% відповіді на лікування, незалежно від генотипу або рівня пошкодження печінки. Однак, проблемою цих препаратів є дуже висока ціна, тому їх використання спрямоване, перш за все, на тих, хто найбільше їх потребує, тобто пацієнтів з очевидним пошкодженням печінки, викликаним гепатитом С (METAVIR F2–4).
- Якщо немає протипоказань, лікування починають з комбінації пегільованого інтерферону альфа та рибавірину [доказ A].
- Якщо лабораторні висновки негативні через 4 тижні після початку терапії (так звана швидка вірусологічна відповідь, ШВВ), лікування продовжують з комбінацією пегільованого інтерферону альфа та рибавірину, що дає 80-95% відповіді на лікування залежно від генотипу. Однак, якщо ШВВ не досягнуто, продовжується лікування комбінацією ліків, специфічних для вірусу.
- Протипоказанням до комбінації пегільованого інтерферону альфа та рибавірину є декомпенсований цироз печінки, важка дисфункція печінки, цитопенія, стан імуносупресії, ВІЛ-позитивність, вживання

наркотиків або надмірної кількості алкоголю, важка депресія, аутоімунні захворювання, важкі генералізовані захворювання та вагітність.

- Нові специфічні протівірусні препарати дуже добре переносяться, а побічних ефектів мало.
- Якщо немає протипоказань, при важкому цирозі можна розглянути необхідність трансплантації печінки.

Працездатність

- Листок непрацездатності видається у гострій фазі відповідно до звичайних правил, тобто пацієнт може повернутися до роботи, як тільки його загальний стан дозволить це зробити.
- Хронічне носійство не повинно перешкоджати особі працювати.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00391 |Viral hepatitis – Relate...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00391 |Viral hepatitis – Relate...\]](#)

Джерела інформації

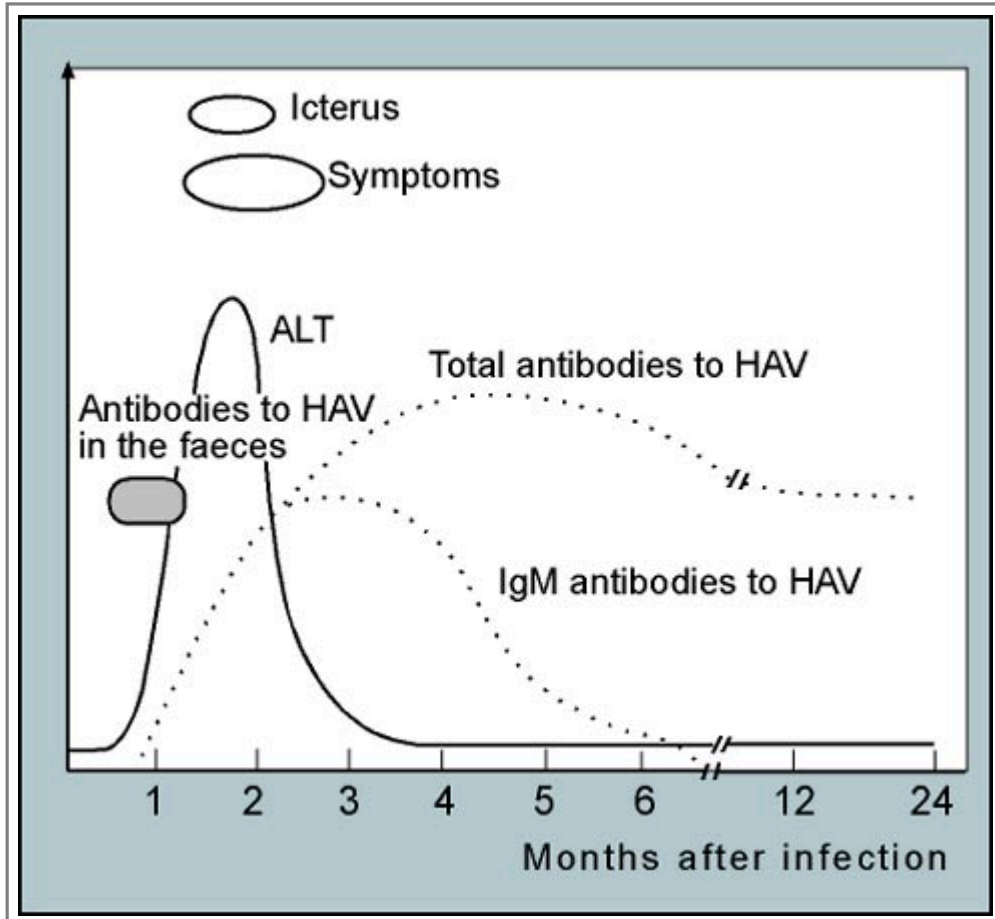
R1. European Association for Study of Liver.. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015. J Hepatol 2015;63(1):199-236. [\[PubMedID|25911336\]](#)

Настанови

- [Настанова 00046](#). Контакт з кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнта при виконанні професійних обов'язків.

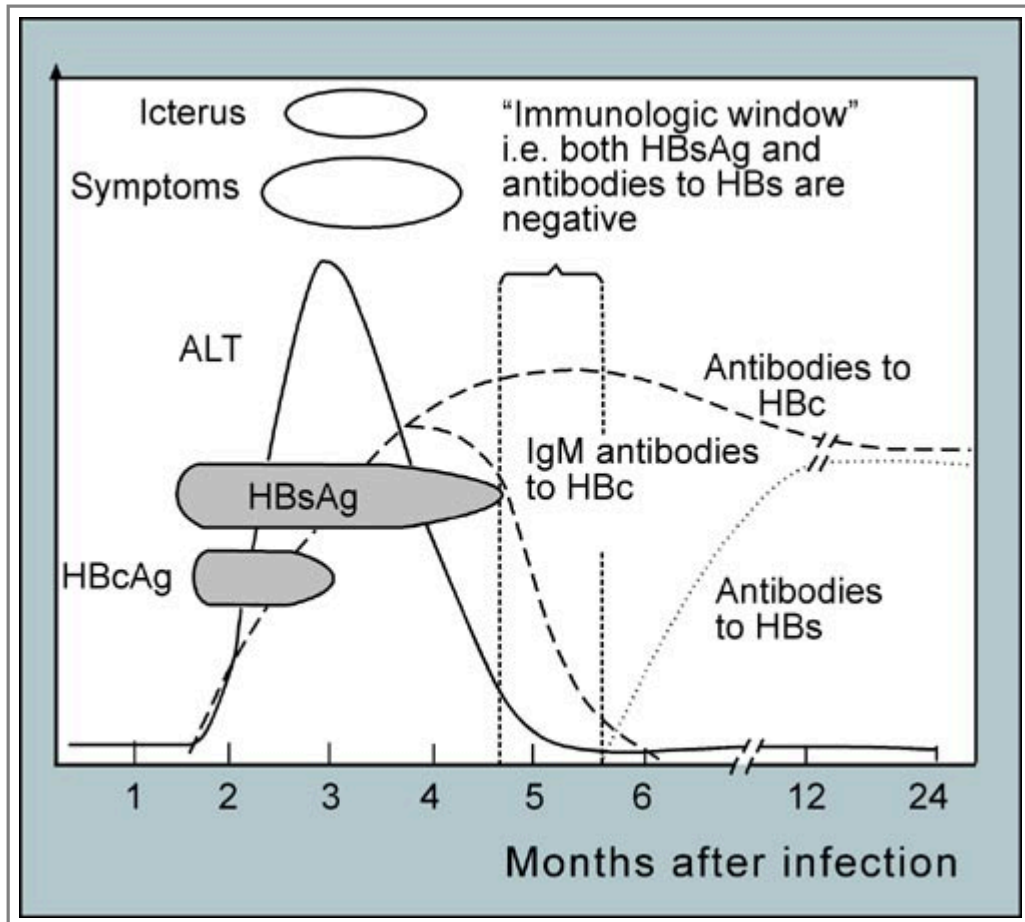
Зображення

- [Зображення 00873](#). Hepatitis A.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 00874](#). Hepatitis B.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05203](#). Vaccines for preventing hepatitis B in health-care workers.
Дата оновлення: 2006-08-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Plasma-derived vaccine (PDV) prevents hepatitis B events. Recombinant vaccine (RV) appears to be able to elicit similar protective anti-HBs levels than PDV.
- [Доказовий огляд 05471](#). Immunoglobulins for the prevention of hepatitis A.
Дата оновлення: 2009-08-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Immunoglobulins may be effective in the prevention of hepatitis A.
- [Доказовий огляд 07056](#). Hepatitis A immunisation in persons not previously exposed to hepatitis A.
Дата оновлення: 2012-09-14

Рівень доказовості: A

Резюме: Hepatitis A vaccines are effective for pre-exposure prophylaxis of clinical hepatitis A in susceptible individuals.

- [Доказовий огляд 00805](#). Hepatitis B immunization for newborn infants of hepatitis B surface antigen-positive mothers .
Дата оновлення: 2007-04-26
Рівень доказовості: A
Резюме: Vaccine and/or hepatitis B immunoglobulin are effective in preventing hepatitis B occurrence in newborn infants of HBsAg positive mothers.
- [Доказовий огляд 03623](#). Interferon and prevention of hepatocellular carcinoma in viral cirrhosis.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: B
Резюме: Interferon appears to have a slight preventive effect on hepatocellular carcinoma prevention in patients with HCV-related cirrhosis.
- [Доказовий огляд 03605](#). Interferon for hepatitis C related cirrhosis.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: B
Резюме: Interferon therapy appears to reduce the risk of hepatocellulare carcinoma in patients with hepatitis C virus (HCV) -related cirrhosis.
- [Доказовий огляд 01297](#). Interferon-alpha for hepatitis D (HDV) virus infection.
Дата оновлення: 2003-08-06
Рівень доказовості: B
Резюме: Interferon-alpha appears to be only very modestly beneficial in patients with HDV infection, with poor long-term remission.
- [Доказовий огляд 01299](#). Interferon as treatment for acute hepatitis C.
Дата оновлення: 2002-01-01
Рівень доказовості: A
Резюме: A short course of low-dose interferon administered to patients with acute hepatitis C is significantly more effective than no treatment in obtaining viral clearance and normal aminotransferases 12 months after stopping treatment, but data on clinically important outcomes do not exist.
- [Доказовий огляд 06186](#). Hepatitis B immunisation in persons not previously exposed to hepatitis B or with unknown exposure status.
Дата оновлення: 2008-09-16
Рівень доказовості: D
Резюме: Because of poor quality of available studies, there is insufficient evidence on the effectiveness of hepatitis B vaccination on the risk of hepatitis B in children or grown-ups who have not been previously exposed to hepatitis B infection or whose exposure status is not known. According to analysis restricted to participants available for follow-up, vaccination might possibly be effective.
- [Доказовий огляд 05157](#). Bile acids for viral hepatitis.
Дата оновлення: 2008-02-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Bile acids may improve serum transaminase activities in hepatitis B and C, but there is insufficient evidence of effects on viral markers, mortality, incidence of cirrhosis, or liver histology.

- [Доказовий огляд 01300](#). Interferon for chronic hepatitis B in adults.
Дата оновлення: 2000-01-01
Рівень доказовості: A
Резюме: Interferon is effective in inducing remission in patients with chronic hepatitis B.
- [Доказовий огляд 04844](#). Ribavirin monotherapy for chronic hepatitis C .
Дата оновлення: 2009-12-10
Рівень доказовості: B
Резюме: Ribavirin alone appears to have no significant beneficial effect on virological response and liver morbidity in chronic hepatitis C as compared to placebo or no intervention, but may improve biochemical and histological response transiently.
- [Доказовий огляд 06365](#). Antiviral therapy for recurrent liver graft infection with hepatitis C virus.
Дата оновлення: 2014-05-22
Рівень доказовості: D
Резюме: Antiviral therapy for recurrent liver graft infection with hepatitis C virus might possibly be of no clinical benefit, but there is insufficient evidence from adequate trials.
- [Доказовий огляд 01301](#). Interferon for chronic hepatitis C.
Дата оновлення: 2017-07-25
Рівень доказовості: A
Резюме: Interferon treatment is effective in achieving viral clearance and improving liver biochemistry and histology in chronic hepatitis C. About 17% of the patients have sustained virological response to interferon alpha. Interferon monotherapy retreatment cannot be recommended for patient with severe cirrhosis.
- [Доказовий огляд 00582](#). Correlation of serum ALT concentration and histological improvement in patients with hepatitis C after treatment with interferon alfa.
Дата оновлення: 2003-08-05
Рівень доказовості: C
Резюме: Serum ALT concentration does probably not always reflect liver histology accurately after interferon alpha treatment and may underestimate histological improvement.
- [Доказовий огляд 02661](#). Ribavirin plus interferon versus interferon for chronic hepatitis C.
Дата оновлення: 2010-05-06
Рівень доказовості: A
Резюме: Ribavirin plus interferon is more effective than interferon alone in clearing hepatitis C virus and improving liver histology in chronic hepatitis C, but the combination therapy significantly increases the risk of several adverse events.
- [Доказовий огляд 03554](#). Interferon and ribavirin vs. interferon alone in the re-treatment of chronic hepatitis C.
Дата оновлення: 2003-02-05
Рівень доказовості: B
Резюме: Combination therapy with interferon and higher-dose ribavirin (1 000 to 1 200 mg/day), for at least 24 weeks, appears to be more effective than interferon alone in the re-treatment of interferon non-responders. However, the response rates remain low (less than 20%).
- [Доказовий огляд 06648](#). Antiviral treatment for chronic hepatitis C in patients with human immunodeficiency virus.
Дата оновлення: 2010-04-06

Рівень доказовості: C

Резюме: Among patients with stable HIV, the treatment of concomitant chronic hepatitis C with peginterferon plus ribavirin may be more effective than interferon plus ribavirin or peginterferon alone in achieving a virological response.

- [Доказовий огляд 02293](#). Pegylated interferon for chronic hepatitis C.

Дата оновлення: 2006-10-25

Рівень доказовості: A

Резюме: Pegylated interferon alone or in combination with ribavirin in chronic hepatitis C results in sustained response more often than non-pegylated IFN treatment alone or combined with ribavirin.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00216 Ключ сортування: 009.020 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-05-12

Автор(и): Maija LappalainenMartti Färkkilä Редактор(и): Jukkapekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeMaarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Microbiology Infectious diseases Gastroenterology Occupational health service
Occupational medicine

Ключові слова індексу

mesh: Vaccines mesh: acute fulminant hepatitis C mesh: Child mesh: Hepatitis D mesh: acute fulminant hepatitis
mesh: Liver Cirrhosis mesh: HbeAg mesh: Hepatitis C, Chronic mesh: anti-HBc antibodies mesh: Hepatitis A Vaccines
mesh: Interferons mesh: Hepatitis B mesh: Viral Hepatitis Vaccines mesh: Hepatitis C Antibodies mesh: incubation period
mesh: Albumins mesh: Pruritus mesh: Hepatitis E mesh: HBc-IgM mesh: HCV-RNA mesh: Hepatitis C
mesh: Carrier State mesh: gamma-Globulins mesh: anti-HBs antibodies mesh: non-A non-B hepatitis
mesh: Infectious Mononucleosis mesh: Hepatitis B, Chronic mesh: hepatitis serology mesh: Hepatitis
mesh: Alcoholic Beverages mesh: hepatitis B carrier mesh: Alanine Transaminase mesh: Interferon-alpha
mesh: acute hepatitis mesh: Hepatitis A mesh: Aspartate Aminotransferases mesh: Hepatitis, Chronic
mesh: anti-Hbe antibodies mesh: active hepatitis mesh: acute fulminant hepatitis A mesh: Hepatitis delta Antigens
mesh: combined hepatitis A and B vaccine mesh: HBsAg carrier mesh: Hepatitis B Surface Antigens
mesh: acute fulminant hepatitis B mesh: Viral Hepatitis Vaccines mesh: Cholestyramine mesh: Liver Transplantation
mesh: Hepatitis B Vaccines mesh: Hepatitis, Viral, Human mesh: blood-borne infection mesh: Virulence
mesh: thromboplastin time mesh: acute viral hepatitis mesh: Transaminases mesh: Sexually Transmitted Diseases
mesh: transfusion hepatitis icpc-2: A98 icpc-2: D72 speciality: Gastroenterology speciality: Infectious diseases
speciality: Microbiology speciality: Occupational health service speciality: Occupational medicine