

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР**

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
И ЛЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ  
ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А  
НА ДОМУ**

**[Методические рекомендации]**

**Киев — 1983**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

«Утверждаю»  
Зам. министра  
здравоохранения УССР

А. Н. Зелинский

Одобрены  
бюро Президиума Ученого  
медицинского совета МЗ УССР  
2.09. 1983 г.  
Протокол № 20

проф.

О. А. Пятак

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
И ЛЕЧЕНИЯ НЕГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ  
ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А  
НА ДОМУ

(Методические рекомендации)

Киев — 1983

Методические рекомендации составлены сотрудниками Киевского НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского МЗ УССР профессором А. Ф. Фроловым, старшими научными сотрудниками Б. В. Строгановым, Е. В. Голузовой, Н. В. Татьянко и К. Т. Тищенко, аспирантом Т. Ф. Назорновой;

Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. акад. А. А. Богомольца зав. кафедрой инфекционных болезней профессором А. С. Сокол и зав. кафедрой детских инфекций профессором П. С. Мошиц.

Методические рекомендации предназначены для практических врачей — инфекционистов, терапевтов, педиатров и эпидемиологов в качестве пособия для организации медицинского обслуживания и лечения негоспитализированных больных легкой формой вирусного гепатита А на дому.

Ответственный за издание методических рекомендаций — директор Киевского НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского МЗ УССР профессор А. Ф. Фролов.

Среди инфекционных болезней, регистрируемой формой 85, большой показатель социальной и экономической значимости имеют вирусные гепатиты, в особенности вирусный гепатит А, заболеваемость которым в настоящее время имеет тенденцию к дальнейшему росту.

Согласно методических указаний, утвержденных приказом МЗ СССР от 08.07.1981 года за № 752 «Об усилении мероприятий по снижению заболеваемости вирусными гепатитами», больные вирусным гепатитом подлежат лечению в инфекционных больницах и отделениях, а что касается детей, то все дети больные вирусным гепатитом, независимо от тяжести болезни подлежат обязательной госпитализации.

Вместе с тем, несмотря на требования 100-процентной госпитализации больных вирусным гепатитом, некоторое количество из них остаются дома и нуждаются в соответствующем медицинском обслуживании. Поэтому, в настоящих рекомендациях приводится порядок ведения, обследования и лечения негоспитализированных больных легкой формой вирусного гепатита А в домашних условиях, установления медицинского наблюдения за контаковавшими с больными (не болевшими ранее гепатитом А) и обеспечения профилактических мероприятий.

Решение всех вопросов лечения на дому больных вирусным гепатитом А осуществляется участковыми врачами (терапевтами или педиатрами) совместно с врачом кабинета инфекционных заболеваний.

По согласованию с эпидемиологом могут быть оставлены на дому для лечения больные с легкими, безжелтушными и субклиническими формами вирусного гепатита А в возрасте от 3-х до 30 лет (при отсутствииотягощающих факторов и сопутствующих заболеваний), проживающих в изолированных квартирах с хорошим санитарным состоянием. Важно наличие неработающих членов семьи, которые могут обеспечивать уход за больным.

На период болезни ребенка при необходимости матери в соответствии с действующим положением выдается больничный лист по уходу за больным ребенком. В больничном листе в графе «находился в стационаре» добавляется: «на дому» и проставляют-

ся соответствующие даты. Больничный лист подписывают участковый врач, врач кабинета инфекционных заболеваний и заведующий поликлиническим отделением.

Если среди лиц, окружающих заболевшего вирусным гепатитом А, окажутся носители HBsAg или дети, посещающие детские коллективы, работники пищевых предприятий и лица к ним приравненные, такой больной подлежит обязательной госпитализации.

Клинические формы вирусного гепатита А — легкая желтушная, безжелтушная и субклиническая отличаются облегченным течением болезни.

Легкая желтушная форма гепатита характеризуется слабо выраженными симптомами общей интоксикации и нарушений функции печени: незначительная общая слабость, снижение аппетита, тошнота, редко рвота. Возможно кратковременное повышение температуры до 37,3°—37,5°. Желтушность склер и кожных покровов, появляющиеся обычно спустя 4—5 дней, слабо выражены, обесцвечивание кала кратковременно. Более продолжительно определяется увеличенная печень, возможно увеличение селезенки. Моча с первых дней заболевания приобретает оранжевый оттенок, а при обесцвечивании кала — коричневатый.

Безжелтушная форма вирусного гепатита А характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме желтухи. Клинические проявления болезни и функциональные нарушения печени выражены слабо. Наиболее постоянным симптомом при этой форме является увеличение размеров печени, реже селезенки. Возможно кратковременное потемнение мочи и частичное обесцвечивание кала.

Субклинические формы выявляются обычно в очагах вирусного гепатита. Клинические проявления отсутствуют, но сохраняются энзимологические сдвиги. Наиболее чувствительным методом выявления таких форм болезни является определение активности аланинаминотрансферазы (АлАТ).

В комплекс лабораторного обследования входит определение в сыворотке крови содержания общего билирубина и его фракций, показателей тимоловой пробы, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ); общий анализ крови, включая определение ретикулоцитов и осмотической резистентности эритроцитов при наличии в сыворотке крови только свободной фракции билирубина; общий анализ мочи, включая определение билирубина и уробилина. Специфическим методом лабораторной диагностики вирусного гепатита А служит выявление в сыворотке крови больного антител к вирусу гепатита А, принадлежащих к классу IgM (в течение 2—3 недель от начала болезни), а также четырехкратное и более выраженное нарастание титра антител класса IgG (забор крови в желтушном

и в периоде реконвалесценции). Для определения антигена вируса гепатита А и антител к нему в экскрементах больных и контактных целесообразно ставить реакцию преципитации в геле (РПГ), которая является более доступной для лаборатории практического профиля. В периоде диспансеризации кроме обычных лабораторных анализов показано проведение протеннограммы.

В случаях, когда диагноз вирусного гепатита А устанавливается в преджелтушном (начальном) периоде или в первые дни появления незначительной желтухи, осмотр больных на дому осуществляется участковым терапевтом или педиатром. Больные, обратившиеся впервые в поликлинику в течение второй декады болезни и позже, могут наблюдаться и лабораторно обследоваться, в зависимости от клинических проявлений заболевания, в условиях поликлиники у врача участковой сети.

Лечение и обследование больных вирусным гепатитом А на дому осуществляется участковым терапевтом или педиатром при обязательной консультативной помощи и контроле врача — инфекциониста. Врач кабинета инфекционных заболеваний инструктирует участкового врача и патронажную сестру о правилах ухода за больным и методах лечения, консультирует больного на дому или в поликлинике один раз в неделю или чаще, в зависимости от течения болезни, анализирует совместно с терапевтом или педиатром клинико-лабораторные данные, намечает план дальнейшего лечения больного вирусным гепатитом А.

На каждого больного заводится амбулаторная карта, на которой стоит гриф «стационар на дому». В ней так же, как и в обычной истории болезни, лечащий врач записывает анамнестические данные, течение заболевания, указания патронажной сестры по лечению и уходу за больным, соответствующие консультации, при выписке оформляет эпикриз. В амбулаторной карте должен находиться специальный лист патронажной сестры, которая отмечает выполнение назначений лечащего врача за время нахождения больного на дому. Это позволяет осуществлять ежедневный дополнительный контроль за качеством лечения и соблюдением режима при оставлении больного вирусным гепатитом А на дому (своевременность приема лекарств, длительность постельного режима, соблюдение диеты, исключение алкоголя, курения и т. д.), а также контроль за изменением окраски кожных покровов и склер, цвета мочи и кала.

Основу лечения больных с самого начала заболевания составляют постельный режим и диета. Особое внимание необходимо обращать на соблюдение полноценной диеты, в пределах стола № 5. Она включает любые хорошо переносимые молочные блюда, творог, отварное говяжье или кроличье мясо, отварная рыба нежирных сортов, сливочное и растительное масло (подсолнечное, кукурузное). Различных сортов ржаной или пшенич-

ный (не сдобный) хлеб, каши, картофель, капуста, свекла, кабачки, тыква, яблоки и другие фрукты, свежие фруктовые и овощные соки, немного меда, достаточное количество жидкости.

Общепринятый дневной рацион для детей дошкольного возраста: белков 25—40 г., жиров 20—30 г., углеводов 180—200 г.; для детей старшего возраста: белков 50—60 г., жиров 30—40 г., углеводов 280—400 г.; для взрослых больных: белков 90—120 г., жиров 30—60 г., углеводов 400—500 г., поваренной соли 2 г., до 1,5—2 литров жидкости (соки, морсы, чай с лимоном, компоты, настой шиповника, минеральные воды типа Боржоми, Ессентуки 4 и 17, Миргородская и др.). Питание дробное, небольшими порциями. Меню должно быть разнообразным, с учетом привычек и вкусов больных, ниже приводится его примерный образец на одну неделю.

<b>Завтрак:</b>	1 день. Рыба отварная, винегрет, сладкий чай с молоком. 2 день. Творог с молоком и сахаром, сладкий чай с лимоном.
<b>Второй завтрак:</b>	1 день. Простокваша, яблочное пюре. 2 день. Тертая морковь, кефир.
<b>Обед:</b>	1 день. Борщ вегетарианский, молотое мясо с рисом, компот. 2 день. Суп рисовый, отварное мясо с вермишелью, компот.
<b>Полдник:</b>	1 день. Чай, хлеб с маслом, печенье яблоки. 2 день. Чай, хлеб с маслом, кабачковая икра.
<b>Ужин:</b>	1 день. Рисовая молочная каша. 2 день. Молочная манная каша.
<hr/>	
<b>Завтрак:</b>	3 день. Мясные тефтели с картофельным пюре, сладкий чай с молоком. 4 день. Картофельное пюре с тушеной свеклой, сладкий чай с молоком.
<b>Второй завтрак:</b>	3 день. Кефир, овсяная каша. 4 день. Простокваша, гречневая каша.
<b>Обед:</b>	3 день. Суп картофельный, голубцы с мясом и рисом, компот. 4 день. Суп овощной, паровые котлеты с овсяной кашей, компот.

<b>Полдник:</b>	3 день. Творог, чай, хлеб с маслом. 4 день. Белковый омлет, чай, хлеб с маслом.
<b>Ужин:</b>	3 день. Гречневая каша, чай. 4 день. Творожный пудинг с изюмом и сметаной, чай.
<hr/>	
<b>Завтрак:</b>	5 день. Рыба отварная с тушеной капустой, сладкий чай с молоком. 6 день. Отварное мясо, винегрет, сладкий чай с молоком.
<b>Второй завтрак:</b>	5 день. Простокваша, тертое яблоко с сахаром. 6 день. Кефир, манные оладьи с джемом.
<b>Обед:</b>	5 день. Суп овощной, отварное мясо с картофельным пюре, компот. 6 день. Суп с домашней лапшой, тефтели с рисовой кашей, компот.
<b>Полдник:</b>	5 день. Чай, хлеб с маслом, печенье. 6 день. Чай, хлеб с маслом, зефир.
<b>Ужин:</b>	5 день. Рисовая молочная каша. 6 день. Яблочно-рисовый пудинг.
<hr/>	
<b>Завтрак:</b>	7 день. Голубцы с морковью, сладкий чай с молоком.
<b>Второй завтрак:</b>	7 день. Кефир, печенье, яблоко с медом.
<b>Обед:</b>	7 день. Суп картофельный, молочные сосиски с овсяной кашей.
<b>Полдник:</b>	7 день. Чай, хлеб с маслом, чернослив с сахаром.
<b>Ужин:</b>	7 день. Творожный пудинг с изюмом.

В числе специальных препаратов рекомендуются:  
Витамин «С» с глюкозой по 0,1х3 раза в день для детей и по 0,2—0,3х3 раза в день для взрослых;  
Галаскорбин — комбинированный препарат витаминов «С» и «Р» по 0,3—0,5х3—4 раза в день;  
Рибофлавин — детям 0,001—0,005, взрослым 0,01х3 раза в день.

**Тиамин** — 2 или 3 раза в день, детям по 0,002—0,005, взрослым по 0,01.

В случаях задержки нормализации биохимических показателей сыворотки крови назначать липотропные средства в виде липоевой кислоты по 0,025×2—3 раза в день для взрослых в течение 3—4 недель, детям соответственно возрасту; легалон — 70 для взрослых 1—2 табл. три раза в день; легалон — 35 детям по 1 табл. 2—3 раза; желчегонные средства — лучше отвары желчегонных трав (бессмертник, шиповник, кукурузные рыльца, мята, ромашка; из расчета 1 столовая ложка препарата или смеси из них на стакан воды). В восстановительном периоде, при наличии увеличенной печени и селезенки по индивидуальным показаниям рекомендуются тепловые процедуры (УВЧ, грелка).

В качестве контроля за эффективностью проводимой терапии необходимо определять вышеназванный лабораторный комплекс при выявлении больного и повторно спустя 14—21 день на фоне благоприятного течения болезни. К допустимым отклонениям среди лабораторных показателей при окончании лечения на дому относится гиперферментемия (увеличение показателя АлАТ в 2—3 раза) при нормальном содержании билирубина в сыворотке крови.

После 3—4 недель лечения участковый врач передает больного в установленном порядке в кабинет инфекционных заболеваний или детскому инфекционисту поликлиники для дальнейшего наблюдения. При наличии клиничко-лабораторных остаточных явлений реконвалесцент в течение 2—4 недель после завершения лечения на дому должен считаться временно нетрудоспособным. После этого срока при хорошем самочувствии и контрольных анализах возможен допуск к работе или занятиям.

Осмотр и обследование реконвалесцентов в период диспансеризации проводится согласно методических указаний, утвержденных приказом МЗ СССР № 752 от 08.07.1981 года.

В процессе диспансерного наблюдения рекомендуется дальнейшее соблюдение диеты в течение ближайших 2—3 месяцев, с постепенным и индивидуализированным подходом к переходу на обычное питание, но с полным исключением любых алкогольных напитков.

Обязательное соблюдение режима труда и отдыха. Запрещаются в течение 6—12 месяцев тяжелые физические нагрузки, в том числе и спортивные (велосипед, коньки, лыжи, плавание, бег, волейбол, футбол, баскетбол и т. п.). Занятия физкультурой в школе разрешаются только под контролем школьного врача спустя 6 месяцев после перенесенного заболевания.

Опыт диспансеризации реконвалесцентов, перенесших легкую форму вирусного гепатита А и леченных на дому, показывает, что среди них также не возникает затяжное течение, рецидив,

обострение и переход острого гепатита в хронический. У отдельных реконвалесцентов отмечались остаточные явления, в основном у поздно обратившихся за врачебной помощью. В числе остаточных явлений встречается гепатолиенальный синдром (у детей нередко продолжительный срок), постгепатитная гипербилирубинемия в первые 2—3 месяца от начала заболевания с увеличением содержания неконъюгированной фракции билирубина при нормальных показателях ферментных показателей крови и протеннограммы. Возможна волнообразная гиперферментемия, чаще среди лиц с сопутствующими заболеваниями (хронический тонзиллит, глистные инвазии, хроническое воспаление желчевыводящих путей и др.), требующими соответствующего лечения.

Выполнение санитарно-гигиенического режима начинается прежде всего с изоляции больного в отдельную комнату, где необходимо ограничить число предметов, с которыми больной может соприкасаться. Наряду с соблюдением правил личной гигиены следует обеспечить выделение отдельной постели, полотенца, предметов ухода, посуды для приема пищи и питья. Посуду и предметы ухода за больными, а также грязное белье хранить отдельно, соблюдать чистоту в помещениях и местах общего пользования, используя при этом раздельный уборочный инвентарь для комнаты больного и туалета.

Участковый врач инструктирует больного, а также ухаживающих за ним и совместно проживающих лиц по всем вопросам личной гигиены и профилактики заболеваний, отвечая за организацию текущей дезинфекции. Врач-эпидемиолог или его помощники осуществляют противозидемические мероприятия в семейном очаге, одновременно контролируя правильность организации и проведения дезинфекции согласно приложения № 4 к приказу МЗ СССР № 752 от 08.07.1981 года, в котором конкретно указаны различные способы обеззараживания отдельных объектов при гепатите А.

Для дезинфекции в домашних условиях необходимо широко использовать 2% раствор чистящего или моющего средства с антимикробным действием. В нашей стране производится и разрешены к применению более 20 таких средств: «Блеск», «Санитарный-1» или «-2», «Деэус», «Дезинфектант», «Посудомой», «Модези», «Дихлор-1» или «-2», «Уральский», «Белка», «Новость», «Прогресс», «Лотос», «Астра», «Триас-А», «Вилот» и др.

Для повышения невосприимчивости к вирусному гепатиту А детям в возрасте от 1 года до 14 лет, а также беременным женщинам, непосредственно соприкасавшимся с заболевшим гепатитом А, в течение 7—10 дней от начала заболевания, вводится иммуноглобулин (в дозе 1 мл детям от 1 года до 10 лет, и 1,5 мл — старше 10 лет). Вместе с тем необходимо помнить, что детям, имеющим в анамнезе многократное введение гаммаглобули-

на (4—6 раз), применять его для очаговой профилактики вирусного гепатита не следует, поскольку в этом случае защитный эффект практически отсутствует и наблюдается значительный подъем титров антигаммаглобулинов. Кроме того, за соприкасавшимися с больными устанавливается систематическое, не реже 1 раза в неделю, медицинское наблюдение в течение 35 дней.

Исключительно важно выявление в семейном очаге лиц, переносящих заболевание в стертой и безжелтушной форме. Здесь необходимо обратить внимание на ряд признаков, которые имеют значение для распознавания гепатита, изолированно или в сочетании. В момент осмотра следует выяснить, имеются ли в состоянии здоровья члена семьи какие-либо нарушения и не было ли таковых незадолго до этого. Очень важен учет и правильная оценка характера таких нарушений. Потеря или снижение аппетита, тошнота, рвота, чувство тяжести или боли в животе, понос, головная боль, изменение цвета мочи, частичное обесцвечивание кала — все эти признаки даже если они носят кратковременный характер, должны настораживать в отношении возможности вирусного гепатита. Большое значение приобретает оценка данных, полученных на различных этапах болезни. Например, у обследуемого была однократная рвота или на протяжении одного дня он обратил внимание на изменение цвета мочи, после чего моча стала нормальной окраски, но аппетит у него все же остается плохим. Выявление таких микросимптомов, кратковременных переходов от здоровья к болезни требует от участкового врача и врача кабинета инфекционных заболеваний умения собирать анамнез и большой наблюдательности.

Важен также внимательный осмотр цвета кожи. Диагностическое значение при стертых формах вирусного гепатита А приобретает и едва заметная желтушность склер. Для обнаружения этого признака необходимо проводить осмотр при ярком дневном освещении. «Сплошь и рядом, — отмечал С. П. Боткин, — желтуха ограничивается только окраской склер и не замечается даже врачами, а не только самими больными».

Одним из ранних и наиболее постоянных клинических признаков, возникающих уже в начальном периоде вирусного гепатита А, в том числе и при безжелтушной и стертой формах, является увеличение размеров печени и селезенки. Пальпацию селезенки, как показывает опыт, необходимо проводить настойчиво и с большим вниманием, в положении исследуемого на правом боку со слегка согнутыми ногами, в момент вдоха. Печень при вирусном гепатите А обычно несколько плотновата и чувствительна. Однако, она может увеличиваться и при других заболеваниях.

Лабораторное обследование лиц (определение аланинаминотрансфераз и желчных пигментов мочи), общавшихся с больным, проводится по назначению врача-терапевта или педиатра при на-

личии клинических проявлений заболевания. Определение активности ферментов в крови следует проводить микрометодом в биохимических лабораториях поликлиник и стационара (интервал обследования 10—15 дней). Взятие крови из вены допускается только у тех лиц, у которых микрометодом получены нечеткие диагностические отклонения от нормы.

Тщательное клиничко-лабораторное обследование, начатое после появления в семье больного желтушной формой, позволяет выявлять ранее недиагностированные безжелтушные, стертые формы, устанавливать источники формирования семейного очага вирусного гепатита А.

Практика показывает, что при оставлении больных легкой формой вирусного гепатита А для лечения на дому, в последующие дни заболеваний вирусным гепатитом не бывает. Этому способствуют проводимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, четкая преемственность в работе врачей-терапевтов, педиатров, инфекционистов и эпидемиологов.

«Утверждаю»

руководитель учреждения,

в котором проведено внедрения

### АКТ О ВНЕДРЕНИИ

1. Наименование предложения для внедрения — Организация медицинского обслуживания и лечения негоспитализированных больных легкой формой вирусного гепатита А на дому.
2. Кем и когда предложен — Киевским НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л. В. Громашевского МЗ УССР (А. Ф. Фролов, В. В. Строганов, Е. В. Голосова, Н. В. Гатяшко, К. Т. Тищенко, Т. Ф. Нагорнова) и Киевским ордена Трудового Красного Знамени медицинским институтом им. акад. А. А. Богомольца (А. С. Сокол и П. С. Моцци); август 1982 года. Адрес: Киев-15, ул. Январского восстания, 23.
3. Источник информации — Методические рекомендации.
4. Где и когда внедрены \_\_\_\_\_  
наименование лечебного учреждения  
\_\_\_\_\_ дата начала внедрения  
Общее количество наблюдений \_\_\_\_\_
5. Результаты применения метода за период с 198 г. по 198 г.  
положительные (количество наблюдений) \_\_\_\_\_  
неопределенные (количество наблюдений) \_\_\_\_\_  
отрицательные (количество наблюдений) \_\_\_\_\_
6. Эффективность внедрения (рациональное использование больничного коечного фонда для больных с тяжелыми формами инфекционных заболеваний, профилактика реинфекции у больных вирусным гепатитом А, предупреждение повторных заболеваний в семейном очаге, выявление ранее недиагностированной безжелтушной, стертой или субклинической формы гепатита)
7. Замечания, предложения \_\_\_\_\_
8. Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
ответственного за внедрение

Примечание: пп. 4—8 заполняются организацией, внедрившей разработку.