Острый гепатит А (ГА) у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B15 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Острый гепатит А у взрослых — самолимитирующаяся вирусная инфекция печени с фекально-оральной передачей, обычно без хронизации и длительного вирусоносительства. Главное в практике: подтвердить диагноз anti-HAV IgM, оценить тяжесть по билирубину/ПТИ/интоксикации, не назначать системные противовирусные препараты и вовремя выявлять печеночную недостаточность.

Главное

- ГА вызывается РНК-вирусом HAV; хронические формы и длительное вирусоносительство не характерны, иммунитет после перенесенной инфекции прочный, практически пожизненный.
- Инкубационный период обычно 15–30 дней, возможный диапазон 7–50 дней; продрома длится 4–7 дней, часто с лихорадкой 38–39 °C на 2–3 дня, диспепсией или астенией.
- Тяжесть оценивают по интоксикации, длительности желтухи и синтетической функции печени: легкая — билирубин до 100 мкмоль/л и ПТИ >60%; среднетяжелая — билирубин 100–200 мкмоль/л и ПТИ 50–60%; тяжелая — билирубин >200 мкмоль/л и ПТИ <50%.
- Этиологическое подтверждение — anti-HAV IgM в крови методом ИФА при любом варианте течения; УУР С, УДД 4.
- Если клиника ГА есть, а anti-HAV IgM не выявлены, определяют РНК HAV в крови методом ПЦР; УУР В, УДД 3.
- Системные противовирусные препараты при ГА не применяют независимо от тяжести; УУР С, УДД 5.
- Легкая лабораторно подтвержденная форма может лечиться дома при строгих условиях изоляции, ухода, противоэпидемического режима и врачебно-лабораторного наблюдения; остальные пациенты госпитализируются.

Диагностика

1. Собрать эпиданамнез за период инкубации: очаг ГА, поездка в эндемичный регион без иммунизации, водная/пищевая вспышка, проживание или сексуальный контакт с больным ГА; УУР С, УДД 5.
2. Оценить типичные жалобы: недомогание, лихорадка, утомляемость, анорексия, тошнота, рвота, желтуха, темная моча, обесцвеченный кал; УУР С, УДД 5.
3. При осмотре искать желтуху кожи и слизистых, пальпировать печень и селезенку; отдельно оценивать признаки печеночно-клеточной недостаточности — рвоту, выраженную слабость, нарушение сна, эйфорию/заторможенность, астериксис, геморрагический синдром; УУР С, УДД 4–5.
4. Назначить ОАК, ОАМ и биохимию крови: общий, прямой и непрямой билирубин, АлАТ, АсАТ, ГГТП, ЩФ, глюкоза; при ГА характерны повышение АлАТ/АсАТ, ЩФ, ГГТП и признаки нарушения пигментного обмена в моче; УУР С, УДД 5.
5. Подтвердить ГА anti-HAV IgM методом ИФА; помнить, что IgM появляются с конца инкубации/первых дней манифестации и обычно циркулируют от нескольких недель до 4–6 месяцев, в среднем 3 месяца; УУР С, УДД 4.
6. Для дифференциальной диагностики всем пациентам с подозрением на острый гепатит определить HBsAg, anti-HCV IgM/IgG и anti-HEV IgM; УУР С, УДД 4.
7. Выполнить УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: для ГА типична гепатомегалия без изменения структуры печени, возможна спленомегалия; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Ведение щадящее: ГА относится к самолимитирующимся инфекциям, основу составляет базисная терапия с избеганием необоснованных лекарственных назначений.
- Базисная терапия всем пациентам: щадящий режим и диета; исключить жареные, копченые, маринованные блюда, тугоплавкие жиры, алкоголь полностью запрещен; УУР С, УДД 5.

- Дезинтоксикация по тяжести: при легкой форме — питье 2–3 л/сут; при среднетяжелой — 5% декстроза 800–1200 мл в/в капельно, меглюмина натрия сукцинат 400–800 мл/сут со скоростью до 90 кап/мин, средняя суточная доза 10 мл/кг, курс до 11 дней; при тяжелой — усиление декстраном, 10% альбумином, плазмой крови; УУР С, УДД 5.
- При печеночной коме начать инфузионно-трансфузионную терапию и глюкокортикоиды не позднее 30 минут от поступления при отсутствии противопоказаний; острую печеночную недостаточность лечить в ОРИТ, при коме возможно использование ИВЛ; УУР С, УДД 5.
- При тяжелой форме и неэффективности дезинтоксикации применяют экстракорпоральную детоксикацию: плазмоферез, плазмоферез с частичным плазмообменом, гемосорбцию, гемодиализ; УУР С, УДД 5.
- При геморрагическом синдроме используют антифибринолитики: аминокапроновая кислота 5% 200 мл в/в капельно 2 раза в сутки при продолжающемся геморрагическом синдроме, также свежезамороженная плазма 300–400 мл; УУР С, УДД 5.
- При холестазе и длительной гипербилирубинемии: урсодезоксихолевая кислота 500–1000 мг/сут внутрь на ночь, курс при выраженном холестазе до 2–3 месяцев, в комбинации с адеметионином 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м; УУР С, УДД 4.
- Для профилактики запоров всем больным контролируют ежедневный стул; лактулоза: начальная суточная доза 15–45 мл, поддерживающая 15–30 мл, дозу подбирают до ежедневного оформленного или кашицеобразного стула; УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать в инфекционное отделение пациентов с подозрением на ГА; амбулаторное лечение допустимо только при легкой лабораторно подтвержденной форме и выполнении условий изоляции, ухода, противоэпидемического режима и динамического наблюдения; УУР С, УДД 5.
- При тяжелом течении ГА и печеночной коме с неотложными состояниями переводить в ОРИТ; УУР С, УДД 5.
- Пациента с печеночной комой должен осмотреть инфекционист в течение 10 минут от поступления, без печеночной комы — не позднее 2 часов; УУР С, УДД 5.
- При неотложных состояниях, включая печеночную кому, анестезиолог-реаниматолог осматривает пациента не позднее 30 минут от поступления для решения вопроса о переводе в ОРИТ; УУР С, УДД 5.
- При МНО >1,5 и других признаках острой печеночной недостаточности, включая острую печеночную энцефалопатию, нужна консультация трансплантолога и направление в центр трансплантации печени.

Частые вопросы

Какой анализ подтверждает острый гепатит А?

Основной маркер — anti-HAV IgM в крови методом ИФА. При клинике ГА и отсутствии IgM дополнительно определяют РНК HAV методом ПЦР.

Когда можно лечить гепатит А дома?

Только при легком течении и лабораторно подтвержденном ГА, если пациент живет в отдельной благоустроенной квартире, нет опасных контактов с детьми и работниками медико-детских организаций, обеспечены уход, противоэпидемический режим и динамическое врачебно-лабораторное наблюдение.

Нужны ли противовирусные препараты при гепатите А?

Нет. Системные противовирусные препараты не применяют при ГА независимо от тяжести заболевания.

Какие лабораторные пороги указывают на тяжелый гепатит А?

Тяжелая форма: билирубин более 200 мкмоль/л, ПТИ менее 50%, желтуха более 4 недель, повышение АлАТ более 1,5 месяца и выраженная интоксикация.

Когда выписывать пациента с ГА без печеночной комы?

При клинических показаниях и лабораторном улучшении: АлАТ менее 150 Ед/л, билирубин 40 мкмоль/л и менее, ПТИ не ниже 80%.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/718-ostryj-gepatit-a-ga-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/718_2