



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**

# **Hepatita virală A la copil**

**Protocol clinic național**

**PCN-17**

Chișinău 2017

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 29.12.2016, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 134 din 21.02.2017  
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Hepatita virală A la copil”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

<b>Galina Rusu</b>	USMF „Nicolae Testemițanu
<b>Nadejda Sencu</b>	USMF „Nicolae Testemițanu”

**Recenzenți oficiali:**

<b>Victor Ghicavî</b>	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
<b>Valentin Gudumac</b>	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
<b>Ghenadie Curocichin</b>	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
<b>Vladislav Zara</b>	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
<b>Diana Grosu -Axenti</b>	Compania Națională de Asigurări în Medicină
<b>Maria Cumpănă</b>	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

## CUPRINS

<b>Abrevierile folosite în document</b>	<b>4</b>
<b>PREFAȚĂ</b>	<b>4</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ</b>	<b>5</b>
A.1. Diagnoza	5
A.2. Codul bolii (CIM 10)	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data revizuirii următoare	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	6
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	7
<b>B. PARTEA GENERALĂ</b>	<b>9</b>
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	9
B.2. Nivelul consultativ specializat (infecționist, pediatru infecționist)	10
B.3. Nivelul de staționar	11
<b>C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ</b>	<b>12</b>
Algoritmul C.1.1. Măsurile antiepidemice în focar cu HVA	12
Algoritmul C.1.2. Diagnostic diferențial a bolilor însoțite cu sindrom de "icter"	13
Algoritmul C.1.3. Criterii de diagnostic în HVA	15
<b>C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR</b>	<b>16</b>
C.2.1. Clasificarea HVA	16
C.2.2. Profilaxia HVA	16
C.2.3. Conduita pacientului cu HVA	16
C.2.3.1. Anamneza	16
C.2.3.2. Manifestările clinice în HVA	18
C.2.3.3. Investigații paraclinice în HVA	21
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial	24
C.2.3.5. Tratamentul pacienților cu HVA la etapa spitalicească	32
C.2.3.6. Evoluția și prognosticul HVA la copii	35
C.2.3.7. Criterii de externare a pacienților cu HVA	35
C.2.3.8. Supravegherea pacienților cu HVA	35
C.2.4. Complicațiile și consecințele HVA la copii	36
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI</b>	<b>37</b>
D1. Instituțiile de AMP	37
D2. Secțiile consultativ-diagnostice	37
D3. Secțiile de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale, republicane și spitalele de boli infecțioase.	37
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A PROTOCOLULUI</b>	<b>39</b>
<b>ANEXE</b>	<b>40</b>
Anexa 1. Dieta 5a	40
Anexa 2. Dieta 5	42
Anexa 3. Formular de conduită la medicul de familie a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu HVA în perioada preicterică	44
Anexa 4. Formular de conduită în staționar a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu HVA în perioada icterică	45
Anexa 5. Formular de conduită la medicul de familie a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu HVA în perioada de convalescență	47
Anexa 6. Definiții de caz de boală infecțioasă pentru sistemul de supraveghere epidemiologică și raportare a HVA	49
Anexa 7. Ghidul pacientului cu HVA	50
Anexa 8. Fișă standartizată de audit medical bazat pe criterii pentru PCN " Hepatita virală A la copii"	67
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>52</b>
	3

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ADN-HBV	acid dezoxiribonucleic al virusului hepatitei B
ALT	alaninaminotransferaza
AMP	asistentă medicală primară
Ag HAV	antigenul virusului hepatic A
Anti-EBV EA	anticorpi către antigenul viral timpurii
Anti-EBV EBNA IgG	anticorpi către antigenul nuclear virusului Epstein Barr clasei imunoglobuline G
Anti-EBV VCA IgG	anticorpi către anticapsida virală virusului Epstein Barr clasei imunoglobuline G
Anti-EBV VCA IgM	anticorpi către anticapsida virală virusului Epstein Barr clasei imunoglobuline M
Anti-HAV IgG	anticorpi către virusul hepatic A clasei imunoglobuline G
Anti-HAV IgM	anticorpi către virusul hepatic A clasei imunoglobuline M
Anti-HBcor IgM	anticorpi către antigenul HBcor clasei imunoglobuline M
Anti-HBe	anticorpi către antigenul HBe
Anti-HCV	anticorpi către virusul hepatic C
Anti-HCV IgM	anticorpi către virusul hepatic C clasei imunoglobuline M
Anti-HDV	anticorpi către virusul hepatic D
Anti-HDV IgM	anticorpi către virusul hepatic D clasei imunoglobuline M
Anti-HEV IgM	anticorpi către virusul hepatic E clasei imunoglobuline M
ARN	acid ribonucleic
ARN-HAV	acid ribonucleic al virusului hepatitei A
ARN-HCV	acid ribonucleic al virusului hepatitei C
ARN-HDV	acid ribonucleic al virusului hepatitei D
ARN-HEV	acid ribonucleic al virusului hepatitei E
AST	aspartataminotransferaza
GGTP	gamaglutamiltranspeptidază
HBeAg	antigenul (e) al virusului hepatic B ( <i>hepatitis B e antigen</i> )
HBsAg	antigenul superficial (s) al virusului hepatic B ( <i>hepatitis B s antigen</i> )
HVA	hepatita virală A
HVB	hepatita virală B
HVC	hepatita virală C
HVD	hepatita virală D
RFC	reacție de ficsare a complementului
RHAI	reacție de hemaglutinare indirectă
TA	tensiunea arterială
VSH	viteza de sedimentare a hematiilor
CMP	Centrul de Medicină Preventivă
USG	ultrasonografia

## **PREFAȚĂ**

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Catedrei Boli Infecțioase la Copii a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind hepatita virală A la copii și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

### **A.1. Diagnoza: Hepatita virală A (copii)**

*Exemple de formulare a diagnosticului clinic de bază:*

1. Hepatita virală A, forma tipică icterică, gravă.
2. Hepatita virală A, forma tipică icterică, medie.
3. Hepatita virală A, forma atipică anicterică, ușoară.

### **A.2. Codul bolii (CIM 10): B15 Hepatita virală A**

### **A.3. Utilizatorii:**

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- centrele consultative raionale (medici infecționiști);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și medici infecționiști);
- serviciile de asistentă medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU specializată și de profil general);
- secțiile de boli infecțioase, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor raionale, municipale (medici infecționiști, pediatri infecționiști, pediatri, reanimatologi);
- spitalele de boli contagioase (medici infecționiști, pediatri infecționiști, reanimatologi).

*Notă:* Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

### **A.4. Scopurile protocolului:**

1. A îmbunătăți depistarea precoce (în primele 3-5 zile ale bolii) a bolnavilor cu HVA forme tipice și atipice la etapa prespitalicească
2. A îmbunătăți calitatea examinării clinice, paraclinice și a tratamentului pacienților cu HVA forme tipice și atipice
3. A îmbunătăți supravegherea convalescenților după HVA forme tipice și atipice în perioada postexternare






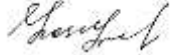
### **A.5. Data elaborării protocolului:** mai 2008

### **A.6. Data revizuirii următoare:** 2019

## A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Galina Rusu, doctor în medicină, conferențiar universitar	șef Catedră Boli Infecțioase la Copii, USMF „Nicolae Testemițanu”, specialist principal în boli infecțioase la copii al MS
Dr. Nadejda Sencu	asistent universitar Catedră Boli Infecțioase la Copii, USMF „Nicolae Testemițanu”

## Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Boli infecțioase”	
Comisia științifico-metodică de profil „Pediatrie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

## A.8. Definițiile folosite în document

**Hepatita virală A** – boală contagioasă umană, produsă de virusul hepatitei A cu mecanism de transmitere fecalo-oral, care se caracterizează prin afectarea ficatului cu evoluție ciclică, benignă și se manifestă clinic prin intoxicație de scurtă durată, dereglări ale tractului digestiv, în deosebi ale funcției ficatului, cu sau fără icter, cu restabilirea rapidă a funcției hepatice și prognostic favorabil.

Hepatita virală A este determinată de hepatovirus din familia Picornaviridae depistat în anul 1973. Virionul este format dintr-un genom ARN. La temperatura de 4°C HVA rezistă luni și ani de zile, iar la 100°C este inactivat doar în 5 minute. Este sensibil la raze ultraviolete sau clorinare și insensibil la solvenți și acizi.

### **Virusul hepatitei A (HVA)**

Familie	Picornaviridae
Gen	Hepatovirus
Genom	ARN
<b>Markeri:</b>	
Antigen	AgHAV
Anticorpi:	Anti-HAV IgM Anti-HAV IgG

### **Markerii infecției:**

OMS recomandă pentru diagnosticul specific două teste anti-HAV IgM și anti-HAV IgG care sunt depistați prin metoda imunoenzimatică (ELISA). Anti-HAV IgM apar încă la sfârșitul perioadei de incubație, dar în titrul semnificativ sunt decelați la sfârșitul primei săptămâni de boală (la a 7-ea zi), titrul cel mai înalt la sfârșitul primei luni de boală, apoi micșorându-se și dispărând la a 3-4-a lună de la debutul maladiei și anti-HAV IgG care sunt decelați la a treia săptămână de la debut și în titre mici se păstrează toată viața (indicator al suportării HVA și vindecării).

### **Antigenul viral (AgHAV)**

Se depistează prin metoda imunoenzimatică în materii fecale peste 10-20 zile după infectare, dar poate fi depistat în perioada acută a HVA numai la 20-50% de bolnavi.

**Copii** – persoane cu vârsta pînă la 18 ani.

**Recomandat** - nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

## **A.9. Informația epidemiologică**

HVA se caracterizează printr-o răspîndire ubicuitară și practic se înregistrează pe toate continentele globului pămîntesc. Este considerată o infecție, nivelul de răspîndire a căreia depinde de vastă gamă de factori naturali, biologici și, în special, sociali. În acest context mulți autori menționează că HVA este infecție a țărilor, localităților, grupurilor de populație, colectivităților și familiilor sărace cu condiții și mod de viață, din punct de vedere igienic, nesatisfăcător. Cele mai afectate de HVA sunt țările din Africa, Asia Centrală, America De Sud, Irlanda, care sunt considerate ca regiuni cu o epidemicitate înaltă a HVA.

Hepatita virală de tip A este cea mai răspîndită formă etiologică (70% din hepatitele virale). HVA domină la vârsta copilăriei și constituie 75-80% din totalul cazurilor de hepatită virală A.

Morbiditatea prin HVA în RM în anii precedenți a fost: 2001 - total 5201 2014 total 490(inclutiv la copii – 389) cazuri; 2002 – 8685 (6569); 2003 – 8522 (6275); 2004 – 3559 (2760); 2005 – 1448 (1074). În anul 2006 în RM au fost înregistrate 423 cazuri de hepatită virală A. În comparație cu anul 2005 a fost o reducere de 3 ori ( $34,3^{0}/_{0000}$ ). De menționat, că ponderea copiilor de 0-17 ani din numărul total de cazuri de HVA a constituit 67,4% (285 cazuri), inclusiv copiii de 0-2 ani – 2,4% (10 cazuri) și 3-6 ani – 18,4% (78 cazuri). În anul 2007 au fost înregistrate 230 ( $5,5^{0}/_{0000}$ ) cazuri de hepatită virală A. În comparație cu anul 2006 a fost o reducere de 2,1 ori. De menționat, că ponderea copiilor de 0-17 ani din numărul total de cazuri de HVA a constituit 73% (168 cazuri), inclusiv copiii de 0-2 ani - 0,1% (2 caz) și 3-6 ani – 16,5% (38 cazuri)<sup>1</sup>, în 2009-2010 indicii morbidității prin Hepatita virală A a constituit 0,81 și 0,45 la 100 000 populație. Începând cu 2013 în RM (în special în 2014) s-au înregistrat cazuri repetate de izbuciri de hepatite virale A, morbiditatea constituind – 13,78 și în 2015-7,82 la 100.000 populație

HVA nu duce la cronicizare și în majoritatea cazurilor are evoluție ușoară, se consideră că HVA nu este maladie periculoasă. Dar HVA pe fon de HVB, HVD, HVC și alte hepatite cronice cauzează forme grave sporind nivelul letalității, din care considerențe această infecție a fost inclusă în capitolul XIII al Politicii Naționale de Sănătate a RM pentru aa. 2007-2021 su genericul: Controlul maladiilor contagioase<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Starea sanitaro-igienică și epidemiologică, indici de activitate a serviciului sanitaro-epidemiologic de Stat pentru anii 2001-2007.

<sup>22</sup> Politica Națională de Sănătate a RM pentru aa. 2007-2021. Capitolul XIII „Controlul maladiilor contagioase”, pag.53-57.

**Receptivitatea** este generală. Din numărul total de pacienți cu HVA, copiii sub vârsta de 14 ani constituie 60- 80%, maximal la copii în vârstă de 3-10 ani. În ultimii ani a crescut morbiditatea copiilor în vârstă de 7-15 ani. La sugari – cazuri excepționale, ei fiind protejați de anticorpii materni.

**Sezonalitatea maladiei** – toamna și iarna

**Intensitatea procesului** – sporadică sau epidemică (la intervale de 5-8-10 ani).

<b>HVA</b>	
<b>Sursa de infecție</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omul bolnav de HVA cu forme manifeste și amănifeste</li> </ul>
<b>Fluidele fiziologice potențiale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiile fecale;</li> <li>• Sânge și derivatele sanguine contaminate cu HVA – excepțional</li> </ul>
<b>Durata contagiozității</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omul bolnav – este contagios în ultimele 7-10 zile a perioadei de incubație, foarte periculos în perioada preicterică și pe parcursul a primelor 10-12 zile a perioadei icterice.</li> </ul>
<b>Mecanismul de transmitere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecal-oral (predominant)</li> <li>• Parenteral (excepțional)</li> <li>• Sexual (excepțional), anal-oral</li> </ul>
<b>Căile de transmitere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrică</li> <li>• Habituală (contact direct și indirect)</li> <li>• Alimentară</li> </ul>
<b>Factorii de transmitere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apa și alimentele infectate</li> <li>• Mâinile murdare</li> <li>• Obiectele de uz casnic</li> <li>• Muștele și hidrobionții</li> </ul>
<b>Receptivitatea</b>	<p><b>Generală</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Din numărul total de pacienți cu HVA, copiii sub vârsta de 14 ani constituie 60-80%</li> <li>• Receptivitatea maximală - la copii în vârstă de 3-10 ani.</li> <li>• În ultimii ani a crescut morbiditatea copiilor în vârstă de 7-15 ani</li> <li>• La sugari – cazuri excepționale</li> </ul>
<b>Sezonalitatea maladiei</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toamnă-iarnă</li> </ul>
<b>Imunitatea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilă, durabilă</li> </ul>



## B. PARTEA GENERALĂ

Descriere	Motivele	Pașii
<b>B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară</b>		
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia specifică  <i>C.2.2.</i>	HVA pe fundalul maladiilor hepatice cronice, hepatitelor acute, cronice (B,C,D) sau mixte poate evolua în formă gravă și malignă cu complicații și consecințe grave [1, 5, 12, 13, 16 ]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunizarea pe scară largă la moment nu se aplică în RM</li> <li>• Se aplică în instituții închise pentru copii conform indicațiilor epidemiologice (tabelul 2)</li> </ul>
1.1. Măsurile antiepidemice în focar  <i>Algoritmul C.1.1.</i> <i>C.2.2.</i>	Scopul - localizarea și lichidarea focarului [12, 14, 37, 40]	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depistarea timpurie a bolnavilor și spitalizarea lor;</li> <li>• Dezinfecția curentă și terminal</li> <li>• Declararea cazului la CMP teritorială</li> <li>• Evidența contactilor (Anexa 3)</li> <li>• Examenul clinic, biochimic a sîngelui și serologic (la necesitate) a contactilor; (Algoritmul C.1.1.)</li> <li>• Supravegherea medicală a contactilor o dată în 10 zile la domiciliu zilnic, în instituțiile preșcolare și școlare timp de 35 zile de la ultimul contact cu bolnavul (Algoritmul C.1.1.)</li> <li>• Copii care au fost în contact cu bolnavul de HVA nu se transferă în alte instituții și în alte grupe sau clase timp de 35 de zile de la ultimul contact cu bolnavul</li> </ul>
<b>2. Diagnostic</b>		
2.1. Diagnosticul preliminar a HVA  <i>C.2.3.</i> <i>Algoritmul C.1.2.</i> <i>C.1.3.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea HVA [18, 22, 26, 35].</li> <li>• Datele subiective și obiective ne permit suspectarea HVA formelor tipice icterice și atipice</li> <li>• Testele biochimice a sîngelui ne permit suspectarea HVA formelor tipice icterice și atipice [20, 23, 26, 30,32].</li> <li>• Numai Anti-HAV IgM pozitiv și testele biochimice a sîngelui ne permit diagnosticul HVA (forme tipice și atipice) [26, 33, 34, 37]</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza clinico-epidemiologică (casete 1)</li> <li>• Date obiective (casetele 1,2, tab. 3,4,5)</li> <li>• Examenul de laborator: teste biochimice a sîngelui, ANTI-HAV IgM (tab. 8);</li> <li>• Diagnosticul diferențial (tab. 11,12,13)</li> </ul>
2.2. Deciderea necesității consultului specialistului și/sau spitalizării	Cu scop de diagnostic precoce a HVA, diagnostic diferențial cu altă patologie, inclusiv, chirurgicală	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicul infecționist;</li> </ul> <p><b>La necesitate:</b></p>

		Consultația medicului chirurg <b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toți bolnavii cu HVA vor fi spitalizați în secțiile de bol infecțioase sau la spitalul de boli infecțioase</li> <li>În cazuri aparte în condiții favorabile izolare, îngrijire și tratament unii bolnavi se vor trata la domiciliu sub supravegherea medicului de familie și infecționistului</li> </ul>
<b>3. Tratamentul – convalescenților</b>		
Tratament nemedicamentos	Restabilirea funcției hepatice. Prevenirea evoluției trenante, recidivelor, acutizărilor maladiei de bază și maladiilor cronice concomitente, sechelelor [28, 31, 32, 37, 38]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regim (casetă 3)</li> <li>Dieta – masa 5 (Anexa 2)</li> </ul>
Tratament medicamentos – numai în caz de evoluție trenantă		<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hepatoprotectoare</li> <li>Multivitamine</li> <li>Coleretice</li> <li>Fitoterapie (Anexa 2, tab. 14, caseta 3)</li> </ul>
<b>4. Supravegherea</b>		
4.1. Supravegherea bolnavilor cu HVA <i>C.2.3.8.</i>	Pentru depistarea recidivelor, acutizărilor clinico-biochimice, complicațiilor și sechelelor [12, 23, 31]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dispensarizarea se va face cu consultul medicului de familie, medicului infecționist (casetă 6)</li> </ul>

### ***B.2. Nivelul consultativ specializat (infecționist, pediatru infecționist)***

Descriere	Motivele	Pașii
<b>1. Profilaxia</b>		
1.1. Profilaxia specifică <i>C.2.2.</i>	HVA pe fon de hepatite acute sau cronice (B,C,D sau mixte), de maladii hepatice cronice, poate evolua în formă gravă și malignă cu complicații și consecințe grave [1, 5, 12, 13, 16 ]	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imunizarea pe scară largă la moment nu se aplică în RM Se aplică în instituții închise pentru copii conform indicațiilor epidemiologice (tabelul 2)</li> <li>Este posibilă vaccinarea individuală contra plată</li> </ul>
1.2. Măsurile antiepidemice în focar <i>Algoritmul C.1.1.</i> <i>C.2.2.</i>	Scopul - localizarea și lichidarea focarului [12, 35, 37].	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Depistarea timpurie a bolnavilor și spitalizarea lor;</li> <li>Dezinfecția curentă și terminală;</li> <li>Declararea cazului la CMP teritorial;</li> <li>Evidența contactilor (Anexa 3)</li> <li>Examenul clinic, biochimic și serologic a contactilor (Algoritmul C.1.1.);</li> <li>Supravegherea medicală a</li> </ul>

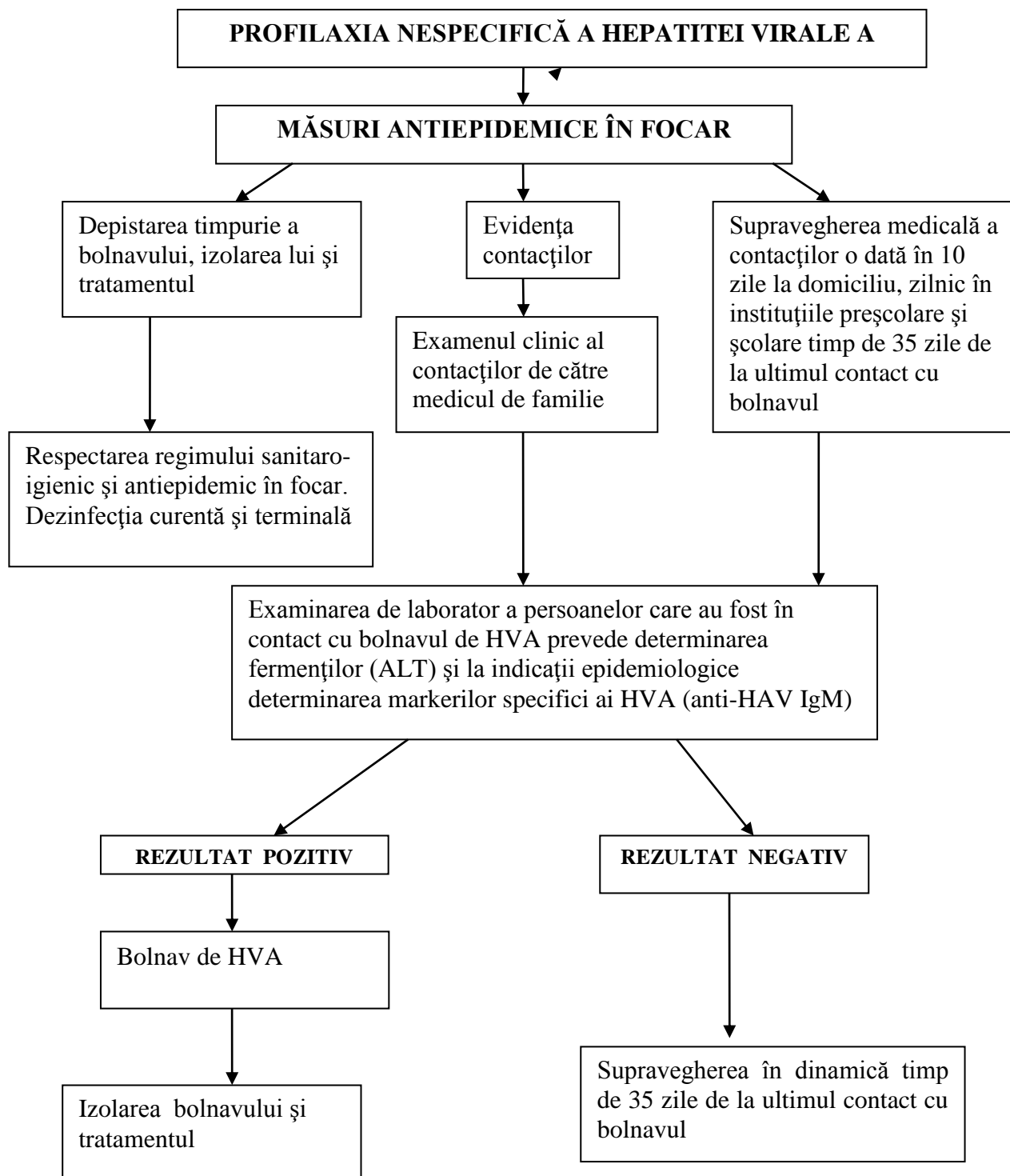
		<p>contactelor o dată în 10 zile la domiciliu, zilnic în instituțiile preșcolare și școlare timp de 35 zile de la ultimul contact cu bolnavul (Algoritmul C.1.1.)</p> <p><b>Notă:</b> Toate activitățile se efectuează de comun cu medicul de familie.</p>
--	--	--

### **B.3. Nivelul de staționar**

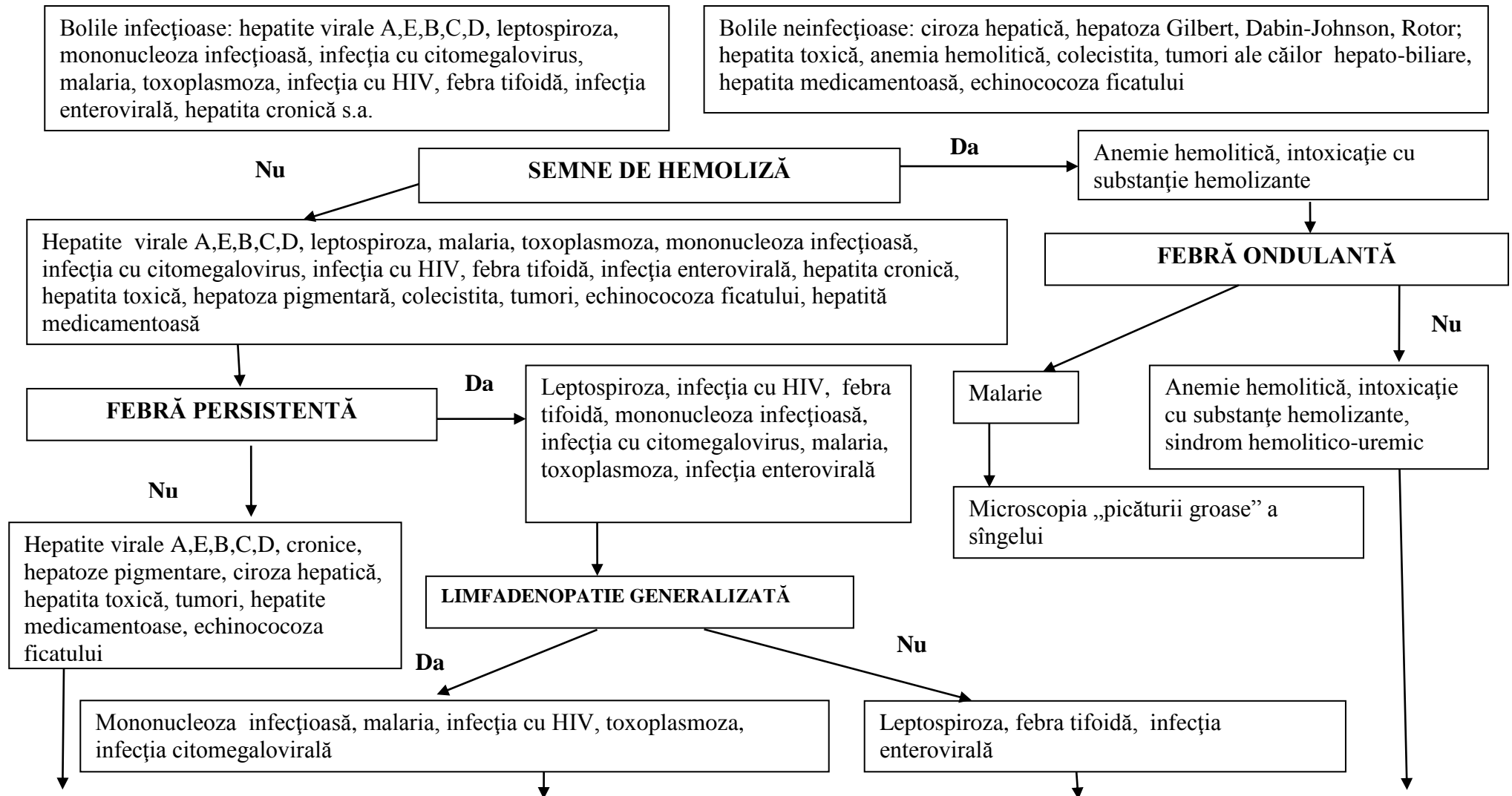
<b>Descriere</b>	<b>Motivele</b>	<b>Pași</b>
<b>• 1. Profilaxia</b>		
1.1. Măsurile antiepidemice	Izolarea bolnavului cu HVA pe parcursul contagiozității	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respectarea condițiilor de izolare;</li> <li>• Dezinfecția curentă și terminală</li> <li>• Declararea cazului la CMP teritorial</li> </ul>
<b>1. Spitalizare</b> <i>Algoritmul C.1.1.</i>	Vor fi spitalizați bolnavii cu HVA, cei cu suspecție la HVA și convalescenții în caz de acutizare sau recădere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacienții cu HVA se vor spitaliza în secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale (municipale) și în spitale clinice de boli infecțioase</li> </ul>
<b>2. Diagnostic</b>		
2.1 Confirmarea diagnosticului de HVA <i>Algoritmul C.1.3.</i> <i>C.2.3.1.</i> <i>C.2.3.2.</i> <i>C.2.3.3.</i> 2.2 Evaluarea severității bolii <i>C.2.3.2.</i> 2.3 Efectuarea diagnosticului diferențial <i>C.2.3.4.</i>	Conduită pacientului cu HVA și inițierea tratamentului medicamentos depind de severitatea și complicațiile bolii precum și de factorii de risc și maladiile concomitente (premorbidul nefavorabil) [22, 26, 34]	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza clinico-epidemiologică (caseta 1,2)</li> <li>• Date obiective (casetele 1,2 tab. 3)</li> <li>• Examenul de laborator (tab. 8);</li> <li>• Diagnosticul diferențial (tab. 11,12,13)</li> <li>• Deciderea necesității consultului specialiștilor: chirurg, medicul de diagnostic funcțional (la necesitate)</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.2. Tratamentul HVA conform formelor clinice <i>C.2.3.5.</i>	Prevenirea evoluției trenante, complicațiilor și sechelelor, acutizărilor maladiilor cronice și de fon [18, 25, 34, 36]	<b>Obligatoriu:</b> Tratamentul HVA se va efectua în conformitate cu formele clinice și severitatea bolii (C.2.3.6.2., tab. 14, caseta 3)
<b>4. Externarea</b> <i>C.2.3.7.</i>	Bolnavul se va externa după vindecarea clinică, normalizarea/ sau ameliorarea indicilor biochimici	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conform criteriilor de externare (C.2.3.8, caseta 5)</li> </ul>
<b>5. Externarea cu referirea la nivelul primar pentru tratament (în perioada de convalescență) și supraveghere</b> <i>C.2.3.8.</i>		Extrasul din foaia de observație <b>obligatoriu</b> va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul confirmat desfășurat</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate</li> <li>• Recomandări explicite pentru pacient</li> <li>• Recomandări pentru medicul de familie</li> </ul>

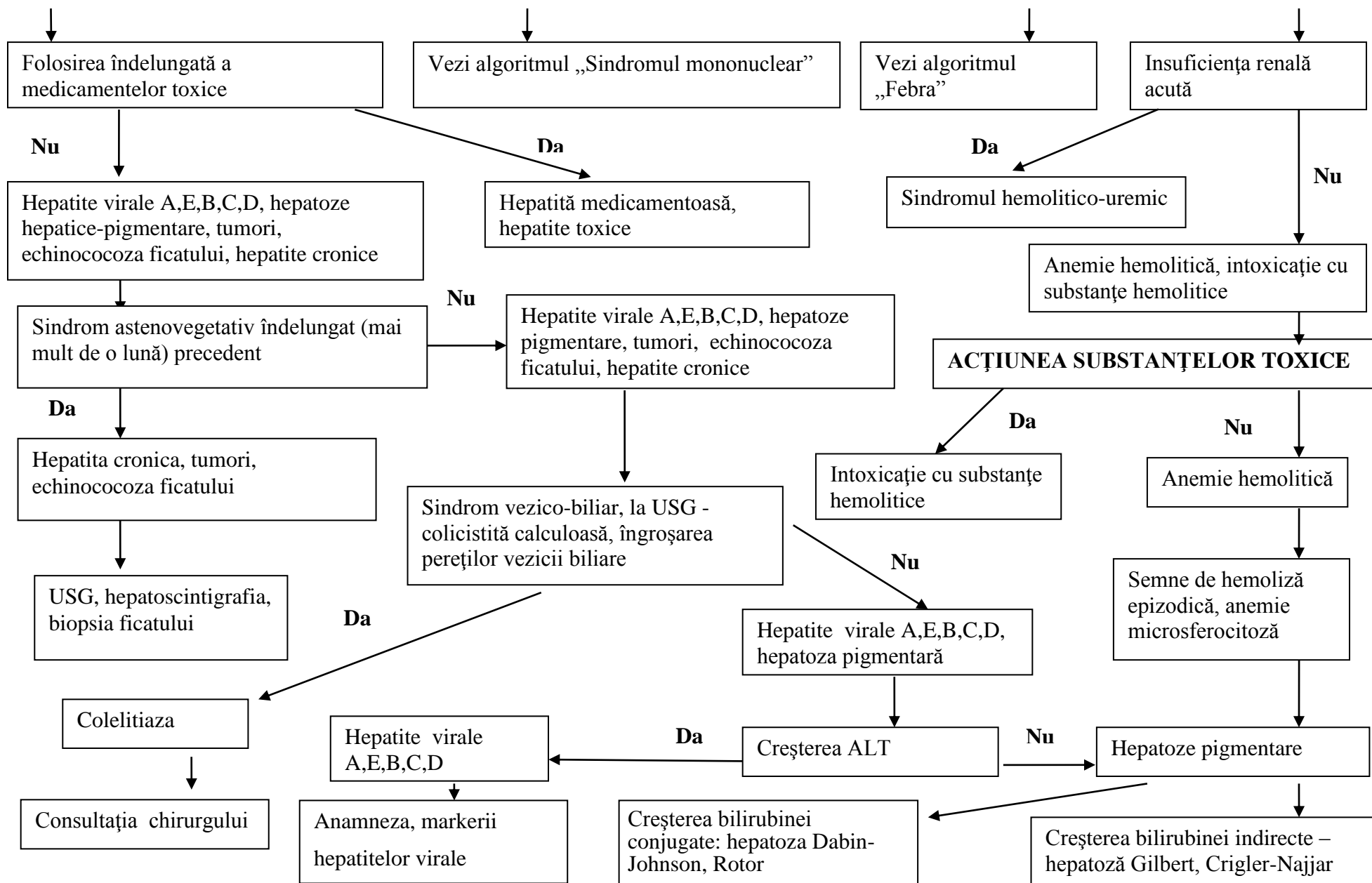
## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### Algoritm C.1.1. Măsurile anti-epidemice în focar cu HVA



**Algoritmul C.1.2 Diagnostic diferențial a bolilor însoțite cu sindrom de "icter"**

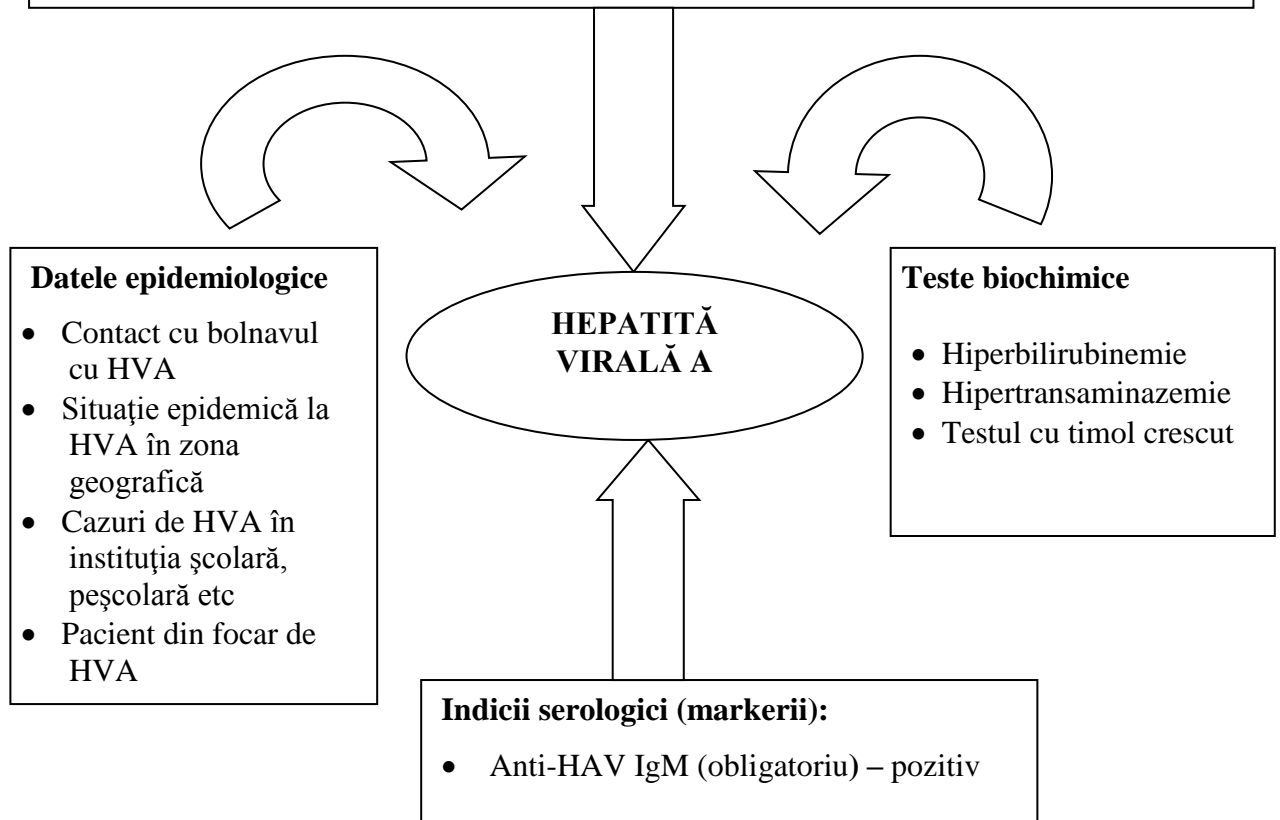




### Algoritmul C.1.3. Criterii de diagnostic în HVA

#### Date clinice

- Debut acut
- Febră (2-3 zile)
- Sindrom dispeptic (mai frecvent): *dureri abdominale, inapetență, grețuri, vome, diaree sau constipație*
- Sindrom astenovegetativ: *astenie, apatie, slăbiciune generală, adinamie*
- Sindrom cataral (gripal): *manifestări respiratorii ușoare, coriză, hiperemie faringiană ușoară*
- Sindrom mixt
- Hepatomegalie, posibil însoțită și de splenomegalie
- Perioada preicterică scurtă (4-6 zile), preponderent cu semne dispeptice
- Apariția icterului tegumentelor și sclerelor și creșterea lui rapidă
- Ameliorarea stării bolnavului odată cu apariția icterului
- Intoxicația slab pronunțată și de scurtă durată în perioada icterică



## C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea HVA

Tabelul 1 Clasificarea formelor clinice a HVA

Forme clinice	Gravitatea	Evoluția	
		Durata bolii	Caracterul
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tipică:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ icterică</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ușoară</li><li>• Medie</li><li>• Gravă (rar)</li><li>• Malignă (excepție)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acută (3 luni)</li><li>• Trenantă (3-6 luni)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ciclică</li><li>• Cu complicații și maladii intercurrente</li><li>• Cu acutizări și recidive</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atipice:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ anicterică</li><li>✓ frustă</li><li>✓ subclinică,</li><li>✓ inaparentă</li><li>✓ colestatică</li></ul></li></ul>			

### C.2.2. Profilaxia specifică HVA

- Imunizarea pe scară largă la moment nu se aplică în RM
- Se aplică în instituții închise pentru copii conform indicațiilor epidemiologice
- Este posibilă vaccinarea individuală contra plată

Tabelul 2. Profilaxia specifică în HVA<sup>3</sup> [12, 22, 37]

Vârsta	Vaccin	Doza de antigen în vaccin	Doza de administrare	Numărul de doze	Schema de administrare
2-18 ani	Havrix	720 ELU	0,5	2	Inițial și peste 6-12 luni
2-18 ani	Vaqta	25 U	0,5	2	Inițial și peste 6-12 luni
≥19 ani	Havrix	1440 ELU	1,0	2	Inițial și peste 6-12 luni
≥19 ani	Vaqta	50 U	1,0	2	Inițial și peste 6-12 luni
≥18 ani	Tvinrix	720 ELU	1,0	3	Inițial, peste 1 și peste 6 luni

### C.2.3 Conduita pacientului cu HVA

#### C.2.3.1 Anamneza

##### Caseta 1. Recomandări pentru culegerea anamnesticalui

##### Date epidemiologice

- Contact cu bolnavul cu HVA
- Situație epidemică la HVA în zona geografică
- Cazuri de HVA în instituția școlară, preșcolară etc.
- Pacient din focar de HVA.

##### Date clinice

- Debut acut
- Febră (2-3 zile)
- Sindrom dispeptic (mai frecvent):
  - ✓ dureri abdominale, ce pot uneori simula prezența apendicitei acute

<sup>3</sup> Red Book Report of the Committee on Infections Diseases, American Academy of Pediatrics 2003



- ✓ inapetență
  - ✓ grețuri
  - ✓ vome
  - ✓ diaree, constipație (uneori)
  - Sindrom astenovegetativ:
    - ✓ astenie
    - ✓ apatie
    - ✓ slăbiciune generală
    - ✓ adinamie
  - Sindrom cataral: manifestări semne catarală ușori, corize
  - Sindrom mixt
  - Apariția icterului tegumentelor și sclerelor
  - Urina hipercromă (la sfârșitul perioadei)
  - Scaune acolice (la sfârșitul perioadei)
  - în formele grave:***
  - vome repetate
  - anorexie
  - dureri abdominale pronunțate
  - adinamie pronunțată
  - somnolență
  - cefalee
  - vertij
  - bradicardie
  - hipotonie
  - hemoragii nazale, gingivale, erupții hemoragice
  - icter pronunțat a tegumentelor și mucoaselor
- Nota:*** În formele subclinice și inaparente pacientul nu prezintă acuze

### C.2.3.2 Manifestările clinice în HVA

#### Caseta 2. Date obiective în perioada preicterică

- **Icter absent**
- Hepatomegalie
  - ✓ *La palpare:*
    - mărit în dimensiuni, marginea rotundă, suprafața netedă
    - dur-elastic
    - dureros sau sensibil
- Splenomegalie (rareori)
  - ✓ *La palpare:*
    - elastică
    - indolentă
- Hiperemie faringiană ușoară (unii)
- Urina hipercromă (la sfârșitul perioadei)
- Scaune acolice (la sfârșitul perioadei)

**Tabelul 3. Datele obiective în HVA perioada icterică**

Date obiective	FORMA TIPICĂ	FORME ATIPICE				
	Forma icterică	Forma anicterică	Forma frustă	Forma subclinică	Forma inaparentă	Forma colestatică
Icter	Prezent, corelează cu gravitatea bolii	Absent	Slab pronunțat	Absent	Absent	Prezent intens, prurit
Hepatomegalie (excepție - forma malignă)	Prezentă, corelează cu gravitatea bolii.	Prezentă, moderată	Prezentă, moderată	Absentă	Absentă	Prezentă, moderată
Splenomegalie	Rareori	Rareori	Absentă	Absentă	Absentă	Rareori
Sindrom cataral	Prezent (rareori), slab pronunțat	Prezent (rareori), slab pronunțat	Absent	Absent	Absent	Prezent (rareori), slab pronunțat
Urina hipercromă	Prezentă	Absentă	De scurtă durată	Absentă	Absentă	Prezentă
Scaune acolice	Prezente	Absente	Absente	Absente	Absente	Prezente

**Tabelul 4. Criteriile de gravitate în HVA**

<i>Criteriile clinice</i>	<i>Criteriile paraclinice</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensitatea intoxicației generale - tulburările neuropsihice și neurovegetative</li> <li>• Manifestările digestive (greață, inapetență, vome repetate)</li> <li>• Manifestările hemoragice</li> <li>• Intensitatea icterului și progresarea rapidă a lui</li> <li>• Nivelul hepatomegaliei, durerea la palpare, consistența și dinamica acestor simptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivelul bilirubinemiei (creșterea ei rapidă), raportul fracțiilor bilirubinei în dinamică</li> <li>• Nivelul scăderii fibrinogenului</li> <li>• Nivelul scăderii indicelui protrombinic</li> <li>• Nivelul scăderii testului cu sublimat</li> <li>• Nivelul <math>\beta</math>-lipoproteidelor</li> </ul>

*Nota:* Nivelul  $\beta$ -lipoproteidelor în forma malignă (fulminantă) scade considerabil.

**Tabelul 5 Manifestările clinice în hepatita virală A la copii conform gravității bolii**

<b>Criteriile</b>	<b>Forma ușoară</b>	<b>Forma medie</b>	<b>Forma gravă</b>
Sindromul toxic	Slab pronunțat	Moderat	Foarte pronunțat, cu apariția icterului poate să progreseze
Sindromul digestiv	Slab pronunțat	Moderat	Foarte pronunțat, cu apariția icterului poate spori
Icterul	Moderat	De la moderat pînă la pronunțat	Foarte pronunțat
Hepatomegalia	Moderată, la palpare elastic, sensibil	Pînă la 5 cm sub de rebordul costal, dur-elastic, dureros moderat	Foarte pronunțată (se asociază cu splenomegalie), dură, foarte dureroasă
Sindromul hemoragic	Absent	Absent	Erupții hemoragice, hemoragii nazale, echimoze pe piele, etc

**Tabelul 6 Manifestările clinice și paraclinice ale formei colestatice în hepatita virală A la copii**

<i>Criteriile clinice</i>	<i>Paraclinice</i>
<p><b>Forma colestatică</b> poate fi întâlnită în hepatitele virale de etiologie diferită. Mai frecventă la adolescenți. Se caracterizează prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Icter intens și persistent (30-40 zile și mai mult)</li> <li>• Prurit</li> <li>• Semne de intoxicație slab pronunțate sau moderate</li> <li>• Subfebrilitate</li> <li>• Hepatomegalie moderată</li> <li>• Urină hiperchromă</li> <li>• Scaune acolice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilirubina generală – crescută considerabil, preponderent pe contul fracției conjugate</li> <li>• ALT, AST moderat crescute</li> <li>• Colesterolul, fosfataza alcalină, B-lipoproteidele și GGTP - valori crescute</li> </ul>

**Tabelul 7. Manifestările clinice și paraclinice ale HVA la copii în perioada de convalescență**

<b>Descriere</b>	<b>Criterii</b>
<b>Manifestările - clinice</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ameliorarea stării generale</li> <li>• Restabilirea apetitului</li> <li>• Dispariția completă a icterului</li> <li>• Revenirea ficatului la dimensiuni normale</li> <li>• Normalizarea culorii scaunului și a urinei</li> <li>• Recâștigarea treptată a puterii fizice</li> </ul> <p><b>Mai persistă:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ dureri ori senzație de greutate sub rebordul costal drept</li> <li>✓ slăbiciune generală moderată</li> <li>✓ hepatomegalie moderată</li> </ul>
<b>Date paraclinice</b>	Testele hepatice se normalizează sau se apropie de valorile normale
<b>Indicii serologici (markerii)</b>	Anti-HAV IgG

**Nota:** La o parte de pacienți cu HVA perioada de convalescență va continua 2-3 luni.

### C.2.3.3. Investigații paraclinice în HVA

Tabelul 8. Investigațiile paraclinice în HVA

Investigații	FORMA TIPICĂ		FORME ATIPICE			
	Forma icterică	Forma anicterică	Forma frustă	Forma subclinică	Forma inaparentă	Forma colestatică
<b>Analiza generală a sîngelui</b>	✓ leucopenie, ✓ limfocitoză, ✓ VSH normală	✓ leucopenie, ✓ limfocitoză, ✓ VSH normală	Mai frecvent norma	Norma	Norma	✓ leucopeni, ✓ limfocitoză, ✓ VSH normală,
<b>Teste biochimice (Grad recomandare B)</b>						
<b>Bilirubina generală serică</b>	Crescută	Norma	Crescută (ușor)	Norma	Norma	Crescută considerabil
<b>Bilirubina conjugată serică</b>	Crescută (predomină)	Crescută (ușor)	Crescută (ușor)	Lipsește	Lipsește	Crescută (predomină)
<b>Bilirubina neconjugată serică</b>	Crescută	Norma	Norma	Norma	Norma	Crescută
<b>ALT serică</b>	Crescută	Crescută	Crescută	Crescută	Norma	Crescută(moderat)
<b>AST serică</b>	Crescută	Crescută	Crescută	Crescută	Norma	Crescută(moderat)
<b>Coefficient De Ritis (ALT:AST) &gt;1</b>	>1	>1	>1	>1	Norma	>1
<b>GGTP</b>	Crescută (ușor)	Norma	Norma	Norma	Norma	Crescută
<b>Indicele protrombinic</b>	Scăzut ușor	Norma	Norma	Norma	Norma	Scăzut ușor
<b>B-lipoproteide</b>	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma	Crescută
<b>Colesterorul total</b>	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma	Crescută
<b>Fosfataza alcalină</b>	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma	Crescută
<b>Testul cu timol</b>	Crescut	Crescut	Crescut (ușor)	Norma	Norma	Crescut
<b>Testul cu sublimat</b>	Scăzut ușor	Norma	Norma	Norma	Norma	Scăzut ușor
<b>Analiza generală a urinei</b>	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>Urina la pigmentii biliari</b>	Pozitiv	Pozitiv de scurtă durată (1-2 zile)	Slab pozitiv	Norma	Norma	Pozitiv
<b>Indicii serologici (markerii HVA) în sînge:</b>						

<b>Avti-HAV IgM (obligatoriu)</b> (Grad recomandare A)	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv
<b>Anti-HAV IgG</b> (Grad recomandare A)	Pozitiv (în perioada de convalescență)	Pozitiv (în perioada de convalescență)	Pozitiv (în perioada de convalescență)	Pozitiv (în perioada de convalescență)	Pozitiv (în perioada de convalescență)	Pozitiv (în perioada de convalescență)
<b>HbsAg</b> (Grad recomandare B)	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
<b>Anti-HBcor IgM</b> (Grad recomandare B)	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
<b>Anti-HCVsum</b> (Grad recomandare B)	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ

**Tabelul 9. Investigațiile paraclinice în HVA la copii conform gravității bolii**

<b>Criteriile</b>	<b>Forma ușoară</b>	<b>Forma medie</b>	<b>Forma gravă</b>
Bilirubina comună serică	Nu mai mult de 85 mkmol/l	Variază între 86-200 mkmol/l	Mai mare de 170-200 mkmol/l
Bilirubina neconjugată serică	Nu mai mult de 25 mkmol/l	Pînă la 50 mkmol/l	Mai mult de 50 mkmol/l
ALT, AST	Crescută, de 5-10 ori față de normă	Crescută, de 10-15 ori față de normă	Crescută, de 10-30 ori față de normă
Indicele protrombinic	La limita normală	Scăzut pînă la 60-70%	Scăzut pînă la 50-60% și mai jos
Beta-lipoproteidele	La limita normală	La limita normală	Scăzute
Testul cu sublimat	La limita normală	La limita normală	Scăzut pînă la 1,6-1,4 ml

**Tabelul 10. Monitorizarea pacienților cu HVA forme grave, pe parcursul tratamentului de spital**

Monitorizarea clinică	Monitorizarea paraclinică
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring cardio-pulmonar continuu; dacă nu este posibil – frecvența respirației și frecvența contracțiilor cardiace fiecare 1-2 ore;</li> <li>• TA;</li> <li>• Saturarea cu oxigen;</li> <li>• Diureza – fiecare oră</li> <li>• Reexaminare clinică - fiecare 2-3 ore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bilirubina comună serică și fracțiile (conjugată, neconjugată)</li> <li>• ALT, AST serice</li> <li>• fibrinogenul</li> <li>• indexul protrombinic</li> <li>• ionograma (K,Na,Cl,Ca) sîngelui</li> <li>• echilibrul acido-bazic</li> <li>• ureea</li> <li>• creatinina</li> <li>• glucoza</li> <li>• timpul coagulării</li> <li>• grupa sîngelui</li> <li>• Rh-factor</li> <li>• Electrocardiograma.</li> </ul>
<p><i>Notă:</i> La necesitate mai frecvent</p>	

### C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Tabelul 11. Diagnosticul diferențial al HVA la copii în perioada preicterică

Semne și sindroame	HVA	Gripa	Colecistita	Apendicita	Pancreatita	Toxiinfecția alimentară
<b>Anamneza</b>	Contact cu bolnavi de HVA	Contact cu bolnavi de gripă	În anamneză colecistopatie, erori alimentare	Fără particularități	În anamneză maladiile tractului digestiv (gastrită, duodenită, colecistită, dischinezia căilor biliare etc.), erori alimentare	Contact cu bolnavi de boală diareică acută, folosirea produselor alimentare cu termen expirat
<b>Vîrsta</b>	Mai frecvent copii de la 3 pînă la 18 ani	Toate vîrstele	Adolescenți, adulți tineri	După 3-4 ani, mai frecvent copii de la 8 pînă la 14 ani	Toate vîrstele	Toate vîrstele, mai frecvent copiii după 1 an
<b>Debutul bolii</b>	Acut	Acut, brutal	Acut	Acut	Acut	Acut
<b>Sezonalitate</b>	Toamnă-iarnă	Iarnă-primăvară	Absentă	Absentă	Absentă	Vară-primăvară
<b>Febra</b>	38-39°C în primele 1-2 zile, apoi normală	38-40°C din ziua 1-2-a a bolii (cu frisoane)	38-39°C, uneori cu frisoane	Mai frecvent subfebrilitate, uneori 38-39°C	37-39°C, uneori normală	38-40°C în ziua 1-2-a a bolii
<b>Sindrom cataral</b>	Slab pronunțat (uniori)	Prezent, însoțite de cefalee, mialgie, dureri în globii oculari	Absent	Absent	Absent	Absent
<b>Dureri abdominale (caracterul și localizarea)</b>	Moderate în hipocondrul drept și/sau epigastru	Moderate, difuze	În accese, pronunțate în hipocondrul drept cu iradiere în umărul drept și omoplat	Moderate, în dinamică accentuate, constante din debut, frecvent în epigastru, periombilical sau difuze și peste câteva ore se localizează în regiunea iliacă dreaptă. Poziția pacientului pe partea dreaptă	Moderate sau accentuate, periombilical, uneori în formă de centură	Moderate, difuze
<b>Hepatomegalie</b>	Prezentă.	Absentă	Posibilă, ușoară	Absentă	Posibilă, ușoară	Absentă, rareori ușoară



	Corelează cu gravitatea bolii, sensibilă la palpare, de consistență elastică					
<b>Splenomegalie</b>	Prezentă (30-50% din cazuri) Ușoară sau moderată, la palpare sensibilă, de consistență elastică.	Absentă	Absentă	Absentă	Absentă	Absentă
<b>Scaunul</b>	Constipație sau diaree la sfârșitul perioadei acolic	Norma	Constipație sau scaun lichid 2-3 ori /zi	Normal, uneori semilichid	Constipație sau scaun lichid 2-3 ori, prost digerat	Lichid, frecvent, posibil cu incluziuni patologice
<b>Urina</b>	Hipercromă la sfârșitul perioadei preicterice	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>Teste biochimice:</b>						
<b>Bilirubina serică generală</b>	Crescută Corelează cu gravitatea bolii	Norma	Norma, posibil ușor crescută	Norma	Norma	Norma
<b>Bilirubina serică conjugată</b>	Crescută (predomină)	Norma	Norma, posibil ușor crescută	Norma	Norma	Norma
<b>Bilirubina serică neconjugată</b>	Crescută	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>ALT serică</b>	Crescută. Corelează cu gravitatea bolii (excepția forma malignă)	Norma	Normală sau ușor crescută, cu normalizare rapidă	Norma	Norma	Norma
<b>AST serică</b>	Crescută. Corelează cu gravitatea bolii (excepția forma malignă)	Norma	Normală sau ușor crescută, cu normalizare rapidă	Norma	Norma	Norma

Semne și sindroame	HVA	Gripa	Colecistita	Apendicita	Pancreatita	Toxiinfecția alimentară
<b>Indicele protrombinic</b>	Scăzut. Corelează cu gravitatea bolii	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>Colesterolul</b>	Norma	Norma	Crescut	Norma	Norma	Norma
<b>Fosfataza alcalină</b>	Norma	Norma	Crescută	Norma	Norma	Norma
<b>Amilaza serică</b>	Norma	Norma	Norma	Norma	Crescută	Norma
<b>Testul cu timol</b>	Crescut moderat sau pronunțat	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>Testul cu sublimat</b>	Scăzut ușor	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>Confirmarea etiologică</b>	Anti-HAV IgM - pozitiv	Creșterea titrului de anticorpi către virusul gripal în dinamică de 4 ori și mai mult	-	-	-	Creșterea titrului de anticorpi către agentul cauzal în dinamică de 4 ori și mai mult
<b>Analiza generală a urinei</b>	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
<b>Analiza generală a sîngelui</b>	Leucopenie, limfocitoză, VSH - norma	Leucopenie, limfocitoză, VSH - norma. Uneori trombocitopenie neînsemnată.	Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stînga, VSH accelerată	Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stînga, VSH accelerată	Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stînga, VSH accelerată sau leucopenie, limfocitoză, VSH norma	Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stînga, VSH accelerată

**Tabelul 12. Diagnosticul diferențial al HVA la copii cu mononucleoza infecțioasă și leptospiroza**

Semne și sindroame	Hepatita virală A	Mononucleoza infecțioasă	Leptospiroza
<b>Etiologie</b>	Virus HVA	Virus Epstein-Barr	Genul Leptospira, familia Spirochetaceae: <i>Leptospira interrogans</i> (parazitară)
<b>Sursa de infecție</b>	Omul bolnav cu forma tipică icterică sau forme atipice	Bolnavul cu formă tipică sau forme atipice	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pacientul cu leptospiroză nu este molipsitor.</li> <li>✓ Rezervorul de infecție - diferite rozatoare (șoarecii de câmp, sobolanii etc.), bovinele și porcinele</li> </ul>

<b>Mecanismul de transmitere</b>	Fecal-oral	Aerogen	Fecal-oral
<b>Căile de infectare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ alimentară</li> <li>✓ habituală (contact direct și indirect)</li> <li>✓ hidrică</li> <li>✓ sînge, excepțional, doar în perioada de viremie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ aeriană, prin picături</li> <li>✓ direct, prin sărut</li> <li>✓ prin obiecte recent contaminate cu secreții</li> <li>✓ prin transfuzii (rar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ contact cu animalele bolnave sau purtatoare de leptospire (la îngrijirea, sacrificarea animalelor);</li> <li>✓ hidrică cu apa contaminată cu eliminările animalelor bolnave (urina), în timpul scăldatului, pescuitului, folosirii apei din bazinele de suprafață;</li> <li>✓ pe cale alimentară - cu produsele contaminate</li> </ul>
<b>Receptivitate</b>	Generală	Generală	Generală
<b>Vîrsta</b>	Mai frecvent copiii de la 3 pînă la 14 ani și adolescenții	Mai frecvent copiii de la 3 pînă la 14 ani, adolescenții și adulții tineri	Toate grupele de vîrsta, mai frecvent profesioniștii
<b>Semne și sindroame</b>	<b>Hepatita virală A</b>	<b>Mononucleoza infecțioasă</b>	<b>Leptospiroza</b>
<b>Imunitate</b>	Durabilă, peste 80%	Virusul poate persista în organismul uman, în stare de latență producînd sindroame limfoproliferative	Specifică de serotip
<b>Perioada de incubație</b>	7-50 zile, mai frecvent 15-30 zile	4-6 săptămîni (30-50 de zile)	2-20 zile (în medie 7-10 zile)
<b>Sezonalitate</b>	Toamnă-iarnă	-	Vară-toamnă
<b>Debutul bolii</b>	Acut cu frisoane, febră	Acut	Acut, uneori violent, bolnavii indicînd ziua îmbolnavirii, dar și ora, cu frisoane, cefalee, oboseală, slăbiciune generală, insomnie, greață, vomă, dureri în regiunea lombară, mialgii gastrocnemice, occipitale, cervicale, spinale și abdominale. Unii bolnavi nu prezintă mialgii, însă palparea mușchilor gastrocnemieni este dureroasă
<b>Febra</b>	38-39°C	38-39°C	38-40°C
<b>Durata febrei</b>	2-3 zile	Ondulantă, 1-3 săptămîni	5-9 zile (cu eventuale oscilații de la 2 la 12 zile) apoi scade în mod critic. Ulterior e posibilă a doua undă febrilă, care indică recăderea

<b>Aspectul feței</b>	Fața cu obrajii congestionați, sclerele injectate („ochi de iepure”)	Fața tumefiată, nasul infundat, respirația îngreuiată	Fața tumefiată, congestionată, sclerele injectate, conjunctivele hiperemiate
<b>Semne și sindroame</b>	<b>Hepatita virală A</b>	<b>Mononucleoza infecțioasă</b>	<b>Leptospiroza</b>
<b>Exantemul</b>	Absent	Erupție rujeoliformă, rubeoliformă sau scarlatiniformă, uneori peteșială (în 15% din cazuri)	La a 3-6-a zi de boală, pe tegumentele membrelor superioare și inferioare, piept, spate, suprafețele laterale ale abdomenului apar erupții polimorfe (rozeolo-papuloasă sau maculo-papuloasă, mai rar - peteșială), dispuse simetric, de obicei, efemere. Exantemul se menține câteva ore sau zile, urmează descuamația furfuracee a pielii. În formele icterice, erupțiile au un caracter hemoragic
<b>Afectarea sistemului nervos central</b>	Lipsește	Rareori meningoencefalită	Se manifestă chiar în primele ore de boală prin cefalee puternică și persistentă, insomnie, vertij, adinamie, stare confuzională, delir, obnubilare și tulburări de conștiență. Spre sfârșitul primei săptămâni de boală apar semne meningiene. Puncția lombară confirmă diagnosticul de meningită seroasă
<b>Afectarea sistemului cardiovascular</b>	Bradycardie, zgomotele cardiace sunt asurzite, TA scăzută	Tahicardie, atenuarea zgomotelor cardiace, uneori suflu sistolic	În debutul bolii - bradicardie relativă, apoi tahicardie, zgomotele cardiace asurzite, TA scăzută. În formele severe - miocardită acută și uneori insuficiență cardiacă acută
<b>Semne și sindroame</b>	<b>Hepatita virală A</b>	<b>Mononucleoza infecțioasă</b>	<b>Leptospiroza</b>
<b>Afectarea aparatului respirator</b>	Sindrom cataral slab pronunțat	Hiperemia difuză a orofaringelui	Tuse, expectorație, posibil raluri bronșice, edem pulmonar hemoragic, insuficiența respiratorie acută
<b>Amigdalita</b>	Absentă	Prezentă: catarală, foliculară, lacunară, poate fi necrotică.	Absentă
<b>Dureri în gât</b>	Absente	Pronunțate	Uneori, moderate
<b>Polilimfadenopatia</b>	Absentă	Prezentă în 97,8% din cazuri. Cel mai frecvent ganglionii cervicali posteriori	Uneori, moderate

		și occipitali. Limfadenopatia poate persista câteva săptămîni.	
<b>Icterul</b>	Prezent în forma icterică. Apare de obicei în ziua a 3-5-a a bolii, progresează (2-3 zile), menținîndu-se la același nivel (3-5 zile), după care treptat scade. Icterul corelează cu gravitatea bolii. Absent în formele atipice.	Prezent (8-18% din cazuri) ușor sau moderat.	În a 2-4-a zi de boală, la o serie de bolnavi (12-20%) apare icter, intensitatea și durata caruia poate varia - de la colorația subicterică a sclerelor pîna la un icter franc, intens rubiniu sau portocaliu, care persistă câteva săptămîni
<b>Pruritul cutanat</b>	În formele colestatice	Absent	Moderat
<b>Hepatomegalia</b>	Corelează cu gravitatea bolii, sensibilă, elastică	Moderată, sensibilă, elastică	Din a 3-4-a zi a bolii, moderată
<b>Splenomegalia</b>	Prezentă în 30-50% din cazuri . Ușoară sau moderată, sensibilă, elastică.	Prezentă în 70-80 % din cazuri. Pronunțată sau moderată, sensibilă, elastică, atinge dimensiunile maxime la începutul săptămîinii a doua, regresînd în următoarele 7-10 zile	Inconstantă
<b>Semne și sindroame</b>	<b>Hepatita virală A</b>	<b>Mononucleoza infecțioasă</b>	<b>Leptospiroza</b>
<b>Afectarea renală</b>	Absentă	Absentă	Dureri în regiunea lombară, oligurie, posibil insuficiență renală acută
<b>Sindromul hemoragic</b>	Absent	Absent	Începînd cu ziua a 7-10-a, iar în unele cazuri și mai devreme apar erupții cutanate peteșiale, hemoragii subconjunctivale, echimoze extinse la nivelul injectării, epistaxis, hemoragii gingivale; sînt posibile hemoragii gastrice, intestinale, metroragii, hemoptizii, hemoragii cerebrale, miocardice și în alte organe.
<b>Urina</b>	Hipercromă	Norma	Hipercromă
<b>Scaunul</b>	Acolic	Norma	Norma, uneori acolic
<b>Teste biochimice:</b>			
<b>Bilirubina serică generală</b>	Crescută. Corelează cu gravitatea bolii	Crescută ușor sau moderat	Crescută
<b>Bilirubina serică conjugată</b>	Crescută (predomină)	Crescută (predomină)	Crescută
<b>Bilirubina serică neconjugată</b>	Crescută	Crescută	Crescută
<b>ALT serică</b>	Crescută. Corelează cu gravitatea bolii	Crescută ușor sau moderat	Normală sau moderat crescută
<b>AST serică</b>	Crescută. Corelează cu gravitatea bolii	Crescută ușor sau moderat	Normală sau moderat crescută

<b>Indicele protrombinic</b>	Scăzut. Corelează cu gravitatea bolii	Scăzut ușor	Scăzut moderat
<b>Colesterolul</b>	Crescut în forme colestatice	Norma	Scăzut moderat
<b>Semne și sindroame</b>	<b>Hepatita virală A</b>	<b>Mononucleoza infecțioasă</b>	<b>Leptospiroza</b>
<b>Fosfataza alcalină</b>	Crescută în forme colestatice	Norma	Crescută
<b>Testul cu timol</b>	Crescut moderat sau pronunțat	Crescut ușor	Norma
<b>Testul cu sublimat</b>	Scăzut ușor	Norma	Norma
<b>Analiza generală a sîngelui</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Leucopenie</li> <li>✓ Limfocitoză</li> <li>✓ VSH normală sau redusă</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Leucocitoză</li> <li>– Limfocitoză</li> <li>– Monocitoză</li> <li>– Mononucleare atipice peste 15%</li> <li>– VSH accelerată</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anemie progresivă,</li> <li>✓ leucocitoză</li> <li>✓ neutropenie cu deviere moderată spre stînga a formulei leucocitare,</li> <li>✓ eozinopenie,</li> <li>✓ trombocitopenie (în sindromul hemoragic),</li> <li>✓ VSH este accelerată- 40-60 mm/h</li> </ul>
<b>Analiza generală a urinei</b>	Norma	Norma	Proteinurie moderată, apar hematii proaspete și umbre eritrocitare, leucocite, cilindri hialinici și celule de epiteliu renal.
<b>Culturi</b>	-	-	Hemocultura, licvorocultura, urocultura la leptospire
<b>Semne și sindroame</b>	<b>Hepatita virală A</b>	<b>Mononucleoza infecțioasă</b>	<b>Leptospiroza</b>
<b>Indicii serologici (markerii) în sînge:</b>	Anti-HAV IgM - pozitiv Anti-HAV IgG - pozitiv (în perioada de convalescență)	Anti-EBV VCA IgM Anti-EBV VCA IgG Anti-EBV EA Anti-EBV EBNA IgG	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Determinarea anticorpilor IgM specifici</li> <li>– Tehnica de microaglutinare și liză a leptospirelor la a 7 -a zi de boală cu creștere la a 2-4-a săptămîină de la debut</li> <li>– RHAI – titrul 1/80 la a 9-13-a zi de boală</li> <li>– RFC - titrul 1/10 la a 2-3 zi de boală cu creștere la a 2-4-a săptămîină de la debut</li> </ul>
		ADN virus Epstein-Barr	ADN leptospirelor

**Tabelul 13. Diagnosticul diferențial al hepatitelor virale la copii**

Semne și sindroame	Hepatita virală A	Hepatita virală E	Hepatita virală B	Hepatita virală D	Hepatita virală C
<b>Date epidemiologice</b>	Contact cu bolnav de HVA	S-a aflat în zone favorabile pentru HVE	În anamneză intervenții parenterale, transfuzii de sânge sau a componentelor de sânge, contacte sexuale cu persoane ocazionale neprotejate	În anamneză intervenții parenterale, transfuzii de sânge sau a componentelor de sânge, contacte sexuale cu persoane ocazionale neprotejate	În anamneză intervenții parenterale, transfuzii de sânge sau a componentelor de sânge, contacte sexuale cu persoane ocazionale neprotejate
<b>Sezonalitatea maladiei</b>	Vară-toamnă	Absentă	Absentă	Absentă	Absentă
<b>Vârsta</b>	După 1 an, maximal la copii în vârstă de 3-10 ani	Peste 1 an, maximală la copii în vârstă de 5-10 ani	Toate grupele de vârstă	Toate grupele de vârstă	Toate grupele de vârstă
<b>Perioada de incubație (zile)</b>	7-35-50	15-35-50	50-120 -180	Coinfecție: 50-120-180 Suprainfecție: 30-60	45-80 -140
<b>Debutul bolii</b>	Acut	Acut	Treptat	Acut	Treptat
<b>Sindroamele perioadei preicterice</b>	Dispeptic (mai frecvent), astenovegetativ, cataral (mai rar)	Dispeptic (mai frecvent). Pot fi poliartralgi.	Astenovegetativ (mai frecvent), dispeptic, poate fi artralgie, eruptiv	Astenovegetativ, artralgie (mai frecvent decât în HBV), dispeptic	Astenovegetativ (mai frecvent), dispeptic
<b>Particularitățile perioadei icterice</b>	Starea generală se ameliorează odată cu apariția icterului	Starea generală a pacientului nu se ameliorează odată cu apariția icterului. Icterul este slab pronunțat, de scurtă durată.	Lipsa ameliorării stării generale odată cu apariția icterului. Creșterea și cedarea treptată a intensității icterului.	Nu se deosebește de perioada icterică în hepatita virală B	Icterul este prezent la 20-40% din pacienți și este slab pronunțat
<b>Durata perioadei icterice (săptămâni)</b>	2	2-3	3-5	2-8	2
<b>Gravitatea bolii</b>	Ușoară și medie	Ușoară și medie	Mai frecvent medie și gravă	Gravă și malignă	Ușoară, anicterică
<b>Cronicizarea</b>	Absentă	Absentă	Cronicizarea în 6-10% din cazuri, e posibilă hepatita cronică primară	Cronicizarea în 6-10% din cazuri, e posibilă hepatita cronică primară	Frecventă 50-80% din cazuri
<b>Markerii serici</b>	Anti-HAV IgM	Anti-VHE IgM	HBsAg, HBeAg, anti-HBcor IgM, anti-HBe, ADN-HBV	HBsAg, HBeAg, anti-HBc IgM, anti-HBe, anti-HDV IgM, anti-HDV sum ARN-HDV	ARN-HCV, anti-HCV IgM, anti-HCV sum, anti-spectru HCV

### C.2.3.5. Tratamentul pacienților cu HVA la etapa spitalicească

Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (\*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

**Tabelul 14. Tratamentul de spital al copiilor cu HVA**

<i>Tratament nemedicamentos</i>	<i>Forma ușoară</i>		<i>Forma medie</i>	<i>Forma gravă</i>
Regimul zilei	Regim parțial liber în perioada acută a bolii ( se permite a șede în pat, de mîncat la masă, a se folosi de veceu și a face baie)		Repaus la pat 5-7 zile, apoi parțial liber	Repaus la pat 1,5-2 săptămîni, apoi parțial liber
Supravegherea scaunelor	În caz de constipație - clistire evacuatoare			
Dieta	Masa 5a, 5 (Anexa 1,2)			
Terapia de detoxifiere	Perorală: apă minerală plată, ceaiuri, compoturi, sucuri de fructe și legume servite la temperatura camerei – de la 1 pînă la 2 litri conform vîrstei			
<i>Tratament medicamentos</i>	<i>Forma ușoară</i>	<i>Forma medie</i>		<i>Forma gravă</i>
Multivitamine și vitamine	14 zile	20-25 zile		30 zile și mai mult
	<b>Revit (combinație)</b> ✓ copii sub 3 ani – 1 drajeu pe zi, ✓ 3-7 ani – 1-2 drajeuri pe zi, ✓ 7 ani -15 ani – 2-3 drajeuri pe zi, adulți – 1 drajeu de 3 ori pe zi, cu 10-15 min înainte de mese			
	<b>Acidum ascorbicum</b> 50-100 mg de 2-3 ori pe zi per os			<b>Sol. Acid ascorbic 5%</b> - 100-200mg o dată pe zi i/v
Terapia de detoxifiere	Nu sunt indicate	La necesitate perfuzii intravenoase gluco-saline (raportul 3:1) cu Glucosum 5-10%, Sol.Natrii chloridum 0,9%, Sol.Ringer lactat (Natrii chloridum+Kalii chloridum+Calcii chloridum)sau Lactasol, Trisol. Volumul de lichide pentru 24 ore va fi egal cu 30-50 ml/kg (3-5 zile)		Perfuzii intravenoase cu soluții de Glucosum 5-10%, Sol.Natrii chloridum 0,9% sau Sol.Ringer lactat (Natrii chloridum+Kalii chloridum+Calcii chloridum), Lactosol*, Trisol* și Hepasteril*. Volumul de lichide pentru 24 ore va fi egal 70-100 ml/kg. Raportul cristaloizi: coloizi = 3:1
Antiproteazice	Nu sunt indicate	Nu sunt indicate		<b>Aprotininum</b> 10000-20000AtrU 1-2 ori/zi i.v. în perfuzie
Hemostatice	Nu sunt indicate	Nu sunt indicate		<b>Etamsylatum</b> 10-15 mg/kg/zi divizată în 3



<i>Tratament nemedicamentos</i>	<i>Forma ușoară</i>	<i>Forma medie</i>	<i>Forma gravă</i>
(în prezența sindromului hemoragic)			prize, i/m <b>Menadioni natrii bisulfis</b> (Vitamina K) timp de 3-4 zile i/m: ✓ copii sub 1 an 2-5 mg, ✓ 1-2 ani - 6 mg, ✓ 3-4 ani - 8 mg, ✓ 5-9 ani - 10mg, ✓ 10-14 ani - 15 mg
Antispasticele musculaturii netede	Nu sunt indicate	Nu sunt indicate	<b>Sol. Drotaverinum</b> per os, i/m, i/v: copii sub 6 ani 10-20 mg, 6-12 ani 20 mg 1-2 ori pe zi sau <b>Sol. Papaverinum 2%</b> 6 mg/kg/zi sau 200 mg/m <sup>2</sup> /zi s/c, i/m., divizată în 3-4 prize
Enterosorbenți	Nu sunt indicate	La necesitate: <b>Enterodez</b> * 5 g de 3 ori pe zi (diluat în 100 ml de apă fiartă), timp de 2-7 zile sau <b>Polifepan</b> * ½ lingură 3 ori pe zi, timp de 5-7 zile sau <b>Smecta(Diosmectinum)</b> (copii peste 2 ani) 2-3 plicuri pe zi, timp de 2-7 zile. Conținutul plicului se amestecă cu pireu sau alt product nutritiv	<b>Enterodez</b> * 5 g de 3 ori pe zi (diluat în 100 ml de apă fiartă), timp de 2-7 zile sau <b>Polifepan</b> * ½ lingură 3 ori pe zi, timp de 5-7 zile sau <b>Smecta(Diosmectinum)</b> (copii peste 2 ani) 2-3 plicuri pe zi, timp de 2-7 zile. Conținutul plicului se amestecă cu pireu sau alt product nutritiv
<b>Hepatoprotectoare: în lipsa ameliorării și în evoluția trenantă nu mai devreme de 3 săptămâni de la debutul bolii</b>			
• Preparate care restabilesc integritatea membranelor hepatocitelor	<b>Essentiale (combinație):</b> în perfuzie i/v - 3-10 ml în Sol. Glucoză 5-10% - 7-10 zile, sau per os: ✓ copii sub 5 ani – 1 caps. de 2 ori/zi, ✓ 5-10 ani - 1 caps. de 3 ori/zi, ✓ peste 10 ani – 2 caps. de 2 ori/zi după mese, 2-4 săptămâni <b>Fosfogliv:</b> <sup>4</sup> (Phospholipidum+Acidum glycyrrhizicum) ✓ copii sub 3 ani – ½ caps. de 3 ori/zi,		

<sup>4</sup> Ordinul MS RM Nr. 11 din 06.01.06

"Privind autorizarea importului produselor farmaceutice neînregistrate în Republica Moldova"

<i>Tratament nemedicamentos</i>	<i>Forma ușoară</i>	<i>Forma medie</i>	<i>Forma gravă</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3-7 ani – 1 caps. de 3 ori/zi,</li> <li>✓ peste 7 ani - - 2 caps. de 2-3 ori/zi, 2-4 săptămîni,</li> <li>✓ i/v 2,5 g de pulbere în 10 ml de apă, 1-2 ori pe zi</li> </ul>		
• Antioxidante	<p><b>Silymarinum</b> - 4,5 g în pliculeț</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copii - ½ de plic diluat în 1/2 pahar cu apă de 2 ori pe zi după mese</li> </ul> <p><b>Hepatofalk planta*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ copii sub 5 ani – 1/2 caps. de 2 ori pe zi,</li> <li>✓ 5-10 ani - 1 caps. de 2 ori pe zi,</li> </ul> <p>peste 10 ani – 2 caps. de 3 ori pe zi după mese, 4 săptămîni sau</p> <p><b>Tocoferolum acetat capsule, dragee</b> – 50-100 mg/24 ore, 3-4 săptămîni</p>		
• Stimulatoare ale proceselor metabolice	<p><b>Inosinum</b> – sol. Injectabilă 2% – 5 ml în fiole, comprimate filmate - 200mg, i/v în perfuzie 3-10 ml timp de 5-10 zile, apoi enteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– copii sub 3 ani – ½ compr. de 3 ori pe zi</li> <li>– 3-10 ani – 1 compr. de 2 ori pe zi</li> <li>– peste 10 ani – 1 compr. de 3 ori pe zi, după mese, 2-3 săptămîni</li> </ul>		
	<p><b>Pacovirinum:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ copii 1-12 ani - ½ compr. de 2 ori pe zi la interval de 12 ore cu 30 min înainte de masă 15-30 zile</li> <li>✓ peste 13 ani – adulți – 1 compr. de 2 ori pe zi la interval 12 ore cu 30 min înainte de masă 15-30 zile</li> </ul>		
<b>Forma colestatică</b>			
Coleretice	<p><b>Cholosasum</b> ¼ - ½ linguriță de 2-3 ori pe</p> <p><b>Allochol (combinație)</b> în perioada de convalescență:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– copii sub 7 ani – 1 compr. de 3 ori/zi după mese 3-4 săptămîni</li> <li>– peste 7 ani – 2 compr. de 3 ori/zi după mese 3-4 săptămîni</li> </ul>		
Colelitolitice	<p><b>Acidum ursodeoxycholicum</b> caps. 250 mg – în forma colestatică</p> <p>Copiilor peste 10 ani 10 mg/kg 1 dată pe zi înainte de culcare timp de 10 zile</p>		
Preparate care restabilesc integritatea membranelor hepatocitelor	<p><b>Ademetioninum</b> sol 5 ml - 400 mg, compr. 400 mg.</p> <p>Copiilor peste 7 ani - 400 mg timp de 7-10 zile i/m sau i/v, apoi 1 compr. 1-2 ori pe zi, timp de 1 lună</p>		

*Nota: Hepatoprotectoarele sunt indicate în forma gravă, în caz de evoluție trenantă, în convalescență prelungită..*

### **Caseta 3. Tratamentul HVA în perioada de convalescență**

1. Se exclude efort fizic, lecții de educație fizică timp de 3 luni după externare
2. Dieta № 5 pe parcurs a 3 luni după externare
3. Vaccinările se permit după normalizarea indicilor biochimici

#### **In caz de evoluție trenantă sau convalescență prelungită:**

1. Hepatoprotectoare
2. Coleretice
3. Multivitamine
4. Fitoterapie
5. Tratamentul balneo-sanatorial, ape minerale

*Nota: vezi tab.14*

### **C.2.3.6. Evoluția și prognosticul HVA la copii**

#### **Caseta 4. Aspecte evolutive ale HVA la copii:**

- În majoritatea cazurilor HVA la copii se caracterizează printr-o evoluție acută ciclică
- Formele ușoare și medii constituie 97-98%, grave – 2-3%
- Forma malignă este excepțională
- Recăderi în HVA sunt rare (2-4%)
- Rareori se întâmplă cazuri cu evoluție trenantă (3-6 luni)
- Vindecare completă în 98,4 % din cazuri

### **C.2.3.7. Criterii de externare a pacienților cu HVA**

#### **Caseta 5. Criterii de externare a pacienților cu HVA**

- Vindecare clinică:
  - normalizarea stării generale
  - normalizarea dimensiunilor ficatului, splinei
- Normalizarea valorilor bilirubinei, transaminazelor (ALT, AST), a testului cu timol

#### **Notă:**

- ✓ Se permite externarea cu ficatul cu 1-2 cm sub rebordul costal și ALT de 2 ori peste valorile normale

### **C.2.3.8. Supravegherea pacienților cu HVA**

#### **Caseta 6. Supravegherea postexternare a pacienților cu HVA**

- Dispensarizarea vor efectua medicul de familie și medicul infecționist.
- Se va evita efortul fizic și sportiv 3 luni.
- Se prelungeste dieta № 5 - 3 luni.
- Spre sfârșitul lunii a 2-3-a în cazul indicilor biochimici normali, alimentația poate fi diversificată, treptat trecând la alimentația obișnuită.
- Copiii nu vor merge la școală încă 10 zile după externare din spital.
- Durata dispensarizării – 1 lună de la externarea din spital.
- În caz de vindecare clinică și biochimică, aceștia pot fi scoși de la evidență.
- Convalescenții cu forme trenante și cei nevindecați definitiv vor fi examinați din nou la 3, în unele cazuri și la 6 luni.
- Caracterul supravegherii:

#### **examenul clinic:**

- ✓ acuze
- ✓ culoarea tegumentelor și sclerelor
- ✓ dimensiunile ficatului, consistența
- ✓ culoarea scaunului și urinei

#### **examenul paraclinic:**

- ✓ bilirubina serică

- ✓ ALT
- ✓ testul cu timol
- În caz de unele abateri de la normă se mai poate investiga testul cu sublimat, fracțiile proteice, iar uneori se efectuează și examenul ultrasonor al ficatului.
- În cazul în care ALT-ul se menține ridicat este necesar de a exclude alte hepatite virale (B,C,D)
- În cazul în care ALT-ul se menține ridicat sau crește considerabil pacientul se va spitaliza

### C.2.4. Complicațiile și consecințele HVA la copii

#### **Caseta 7. Complicațiile și consecințele HVA la copii**

##### **Consecințe:**

- Vindecare completă
- Vindecare incompletă:
  - ✓ Hepatomegalie posthepatitică
  - ✓ Hiperbilirubinemie posthepatitică
- HVA forma trenantă
- Convalescență prelungită

##### **Complicații:**

- Hepatobiliare (colecistită, colangită, dischinezia căilor biliare)
- Dispancreatism
- **Foarte rar:** agranulocitoză, trombocitopenie, miocardită

## D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p><b><i>D1. Instituțiile de AMP</i></b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie</li> <li>• asistenta medicului de familie</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• microscop optic</li> <li>• laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui, urinei sumare, testelor biochimice (bilirubina, ALT, AST), urina la pigmenți biliari</li> </ul> <p><b>Medicamente (pentru pacienții cu evoluție trenantă, convalescența prelungită)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. hepatoprotectoare</li> <li>2. coleretice</li> <li>3. multivitamine.</li> </ol>
<p><b><i>D2. Secțiile consultative-diagnostice</i></b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic-infecționist</li> <li>• medic pediatru</li> <li>• medic laborant</li> <li>• asistente medicale</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tonometru</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• ultrasonograf</li> <li>• laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui, sumarului urinei, testelor biochimice (bilirubina, ALT, AST)</li> <li>• laborator imunologic</li> <li>• anti-HAV IgM</li> </ul> <p><b>Medicamente (pentru pacienții cu evoluție trenantă, convalescența prelungită)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. hepatoprotectoare</li> <li>2. coleretice</li> <li>3. multivitamine.</li> </ol>
<p><b><i>D3. Secțiile de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale, republicane și spitalele de boli infecțioase.</i></b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici infecționiști,</li> <li>• medici infecționiști-pediatri,</li> <li>• medici reanimatologi,</li> <li>• medici laboranți,</li> <li>• asistente medicale,</li> <li>• acces la consultații calificate (chirurg, la necesitate – endoscopist, imunolog)</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparat pentru respirație asistată;</li> <li>• mască;</li> <li>• cateter nazal;</li> <li>• aspirator electric;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cardiomonitor;</li> <li>• lineomat;</li> <li>• catetere i/v. periferice;</li> <li>• sisteme Baterfleai;</li> <li>• perfuzoare;</li> <li>• seringi;</li> <li>• catetere urinare;</li> <li>• sondă gastrică;</li> <li>• Oxigen.</li> </ul>
	<p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sol.Glucosum 5%,10%, Sol. Dextranum 40</li> <li>• Sol.Ringer lactat(Natrii chloridum+Kalii chloridum+Calcii chloridum), Lactosol*, Trisol*, Aminosol, Hepasteril*;</li> <li>• Hemostatice ( Etamsylatum, Menadioni natrii bisulfis);</li> <li>• Antiproteazice (Aprotininum);</li> <li>• Sol.Kalii chloridum 4%;</li> <li>• Sol.Natrii chloridum 0,9%;</li> <li>• Sol.Calcii gluconas10%;</li> <li>• Sol.Acidum ascorbicum 5%;</li> <li>• Diuretice (Furosemidum)</li> <li>• Enterosorbenți (Enterodez*, Polifepan*, Smecta(Diosmectitum))</li> <li>• Spazmolitice (Drotaverinum, Papaverinum)</li> <li>• Hepatoprotectoare (Essentiale (combinație), Silymarinum, Fosfogliv(Phosphlipidum+Acidum glycyrrhizicum), Hepatofalk*, Ademetioninun, Inozină)</li> <li>• Coleretice (Cholosasum, Allochol(combinație) )</li> <li>• Colelitolitice (Acidum ursodeoxycholicum)</li> <li>• Antipiretice (Paracetamolum)</li> <li>• Pacovirinum</li> </ul>
<p><i>Nota: vezi tab.14</i></p>	

## E. INDICATORI DE MONITORIZARE A PROTOCOLULUI

No	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți depistarea precoce (în primele 3 – 5 zile ale bolii) a bolnavilor cu HVA forme tipice și atipice la etapa prespitalicească	1.1. Ponderea pacienților depistați precoce (în primele 3 – 5 zile ale bolii) cu HVA forme tipice și atipice la etapa prespitalicească	Numărul pacienților cu vârsta de până la 18 ani cu HVA forme tipice și atipice depistați precoce (în primele 3 – 5 zile ale bolii) la etapa prespitalicească pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților cu vârsta de până la 18 ani cu HVA forme tipice și atipice supravegheați de către medicul de familie pe parcursul ultimului an
2.	A îmbunătăți calitatea examinării clinice, paraclinice și a tratamentului pacienților cu HVA forme tipice și atipice	2.1. Ponderea pacienților cu diagnosticul cu HVA forme tipice și atipice cărora li s-a efectuat examenul clinic paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor „Protocolului clinic național HVA la copii” în condiții de staționar (%).	Numărul pacienților cu vârsta de până la 18 ani cu diagnoza HVA forme tipice și atipice, cărora li s-a efectuat examenul clinic, paraclinic și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor „Protocolului clinic național HVA la copii” în condiții de staționar pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu vârsta de până la 18 ani cu HVA forme tipice și atipice, înregistrați pe parcursul ultimului an.
3.	A îmbunătăți supravegherea convalescenților după HVA forme tipice și atipice în perioada postexternare	3.1. Ponderea pacienților cu HVA forme tipice și atipice supravegheați în perioada de convalescență de către medicul de familie și medicul infecționist conform recomandărilor „Protocolului clinic național HVA la copii” pe parcursul ultimului an ( % ).	Numărul pacienților cu HVA forme tipice și atipice supravegheați în perioada de convalescență de către medicul de familie conform recomandărilor „Protocolului clinic național HVA la copii” pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu HVA forme tipice și atipice supravegheați în perioada de convalescență de către medicul de familie pe parcursul ultimului an

## ANEXE

### Anexa 1. Dieta 5a<sup>5</sup>

**Indicații pentru administrare:** hepatita și colecistita acută, hepatita și colecistita cronică în acutizare, stare după operații la căile biliare, bolile ficatului și ale căilor biliare asociate cu gastrită, colită cronică sau boala ulceroasă în acutizare.

**Scopul prescrierii:** a contribui la restabilirea funcției dereglate a ficatului și a căilor biliare, a stimula secreția bilei cu acțiune cruțătoare a stomacului și intestinului.

**Caracteristica generală:** dieta satisface necesitățile organismului în proteine cu limitarea moderată a lipidelor și glucidelor, a sării de bucătărie, cu proprietăți energetice satisfăcătoare; se exclud alimentele bogate în substanțe purinice, extractive, colesterol, valențe acide, celuloză aspră; se mărește conținutul de substanțe lipotrope (colină, metionină, lecitină), vitamine și lichid.

**Componența chimică și valoarea energetică:** proteine 90 g (60% animale), lipide 80 g (20-25% g vegetale), glucide 350 g, sare de bucătărie 8 g, lichid liber 2-2,5 l, valoarea calorică 2480 kcal.

**Prelucrarea culinară:** hrana este fiartă, lichidă, pASTă.

**Regimul alimentar:** hrana caldă se servește de 5 ori în zi.

**Se recomandă și se exclud alimentele și bucatele:**

Se recomandă	Se exclud
– pâine de grâu din făină de calitate superioară, uscată sau coaptă în ziua precedentă, făina de grâu, biscuiți uscați	– pâinea proaspătă, de seară, aluatul în foi, cozonacul
– supe de legume pASTE, supă-pireu, supă cu lapte în două cu apă, supe cu crupe bine fierte (gris, orez, ovăz), cartofi, dovlecei, morcovi tăiați mărunt; se dreg cu smântână, unt	– zeama de carne, pește, ciuperci, leguminoase
– carne și carne de pasăre grasă: de vită, găină, curcan în sufleu, pireu, perișoare fierte, pregătite la aburi, se permite carnea de găină fiartă cu bucata; se limitează carnea de vițel și pui	– carnea de rață, gîscă, carnea prăjită, ficatul fiert înăbușit, creierul, rinichii, salamurile, conservele, produsele afumate
– pește sorturi negre, fiert, fiert în aburi, netocat, în pîrjoale	– peștele sărat, afumat, prăjit, fiert înăbușit, conservele, icrele
– lapte, chefir, iaurt, brînză de vaci proaspătă și bucate din ea (sufleu, budincă) fierte în aburi, smântînă proaspătă în bucate, cașcaval nepicant ras	– frișca, brînză grasă, acră, cașcavalul sărat, picant
– ouă - omletă din albuș pregătită în aburi, la cuptor, ou ca ingredient în bucate - 0,5-1 gălbenuș pe zi	– alte bucate din ouă
– crupe, paste făinoase - terciuri pASTE fierte cu apă în două cu lapte din crupe de gris, orez, hrișcă, ovăz, din făină de ovăz și orez, sufleu din gris, orez, fidea fiartă	– macaroanele, crupele de grâu, terciurile grăunțoase
– legume fierte (cartofi, morcovi, sfeclă, conopidă, dovlecei, conopidă), salată verde,	– ciupercile, leguminoasele boabe, legumele murate, marinate, varza, ridichea de lună și

<sup>5</sup> Alimentația rațională și dietetică a copiilor”sub redacție dr.șt.med. Ana Vasilachi. Chișinău Centrul Editorial-Poligrafic Medicina 2004.



sote-uri de legume, banane	de iarnă, măcrișul, usturoi, ceapă
– fructe proaspete, sorturi dulci crude - coapte, fierte (jeleu, cremă gelatinoasă), fructe uscate fierte și pASTE, cremă gelatinoasă din lapte, zahăr, miere de albine, dulceață, zefir, marmeladă	– fructele acre, bogate în celuloză, ciocolata, înghețata
– sosuri cu decoct de legume, de lapte, cu adaos de smântână (făina se usucă, nu se prăjește)	– condimentele
– băuturi - ceai cu lămâie, lapte, sucuri de fructe dulci , decoct de măceșe	– cafeaua naturală, cacao, băuturile reci și gazoase, ciocolata
– grăsimi - unt, ulei vegetal în bucate	– celelalte feluri de grăsimi

### Meniul pe o zi.

- Primul dejun: sufleu din brânză de vaci la aburi, terci pasat de orez cu lapte, ceai.
- Al doilea dejun: mere coapte cu zahăr.
- Prânzul: supă vegetariană cu arpacaș, cu legume, pasată, pîrjoale din carne la aburi cu pireu de morcovi, cremă gelatinoasă.
- Gustare: decoct de măceșe.
- Cina: perișoare din pește la aburi cu pireu de cartofi, budincă din gris cu dulceață, ceai.
- Înainte de culcare: chefir.

## Anexa 2. Dieta 5<sup>6</sup>

**Indicații pentru administrare:** hepatic și colecistita acută în faza de reconvalescență, hepatita și colecistita cronică, ciroza hepatică în faza de acutizare.

**Scopul prescrierii:** contribuirea la normalizarea funcției dereglate a ficatului și a căilor biliare, normalizarea metabolismului lipidic, stimularea eliminării bilei.

**Caracteristica generală:** dieta este chimic și energetic valoroasă, cu excluderea alimentelor bogate în substanțe purinice și extractive, a colesterolului, acidului oxalic, uleiului eteric, produselor de oxidare a grăsimilor, formate în procesul prăjirii (acroleina, aldehida); este bogată în substanțe lipotrope (colină, metionină, lecitină) și lichid.

**Componența chimică și valoarea energetică:** proteine 100 g (60% animale), lipide 90 g (30% vegetale), glucide 400 g, sare de bucătărie 8 g, lichid liber 1,5-2,1.

**Prelucrarea culinară:** hrana este fiartă, fiartă înăbușit, coaptă; carnea și peștele fierte se pot coace. Hrana este preponderent netocată.

**Regimul alimentar:** hrana caldă se servește de 5 ori în zi.

**Se recomandă și se exclud alimentele și bucatele:**

Se recomandă	Se exclud
– pâine de grâu din făină de calitățile I și II, coaptă în ajun, pâine de seară, făină de grâu - fabricate din aluat nedospit cu brânză, magiun, biscuiți uscați	– pâinea proaspătă, fabricatele din cozonac, în foi
– supe vegetariene cu legume, crupe, supe de lapte cu fidea, borș cu sfeclă, varză	– supa de carne, pește, ciuperci
– carne și carne de pasăre, sorturi negrase de carne de vită, vițel, iepure, găină, curcan, fără tendoane, fiartă, coaptă după fierberea preventivă, cu bucata sau tocată (sarmale, pilaf din carne fiartă), crenvurști	– carnea grasă de oaie, porc, carnea de rață, de gîscă, ficatul, rinichii, creierul, salamurile, conservele, produsele afumate
– pește sorturi negrase, fiert, copt fiind preventiv fiert, cu bucata sau tocat (perişoare, sufleu)	– sorturile grase, peștele afumat, sărat, conservele
– lapte, chefir, smîntînă în bucate, brînză de vaci degresată și bucate din ea (sufleu, budincă), cașcaval nepicant	– Se limitează brînza sărată, cașcavalul picant
– ouă - omletă din albuș, cel mult un gălbenuş în bucate; ou fiert moale sau omletă naturală - la o suportare bună	– ouăle fierte tare sau prăjite. În colelitiază - cel mult 0,5 gălbenuş în bucate
– crupe diferite, paste făinoase în diferite bucate, preponderent crupe de hrișcă, ovăz, pilaf cu fructe uscate, budincă cu brînză de vaci, macaroane, fidea fiartă	– leguminoasele
– legume fierte (cartofi, morcovi, sfeclă, conopidă, dovlecei, conopidă), sALTă verde, sote-uri de legume, banane	– ciupercile, leguminoasele boabe, legumele murate, marinate, varza, ridichea de lună și de iarnă, măcrișul, usturoi, ceapă

<sup>6</sup> „Alimentația rațională și dietetică a copiilor” sub redacție dr.șt.med. Ana Vasilachi. Chișinău Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina* 2004.

– gustări - sALTă din legume proaspete cu ulei vegetal, vinegretă, tocană din dovlecei, scrumbie nu prea grasă preventiv ținută în apă, sALTă din pește, carne fiartă, salamuri fierte, cașcaval nepicant	– gustările sărate, afumate, picante, grase, conservele, icrele de pește
– fructe proaspete, fructe uscate - diferite fructe dulci, crude, fierte, coapte, compot, cremă gelatinoasă, gem, marmeladă, bomboane fără ciocolată, zefir, miere, dulceață, zahăr	– ciocolata, înghețata
– sosuri de lapte, smântână, decoct de legume (făina nu se prăjește); mărar, pătrunjel, vanilie	– muștarul, hreanul, piperul negru
– băuturi, sucuri de fructe, ceai cu lapte, decoct de măceșe și de tărîțe	– cafeaua naturală, cacao, băuturile reci și cele alcoolice
– grăsimi - unt natural și în bucate, ulei vegetal	– grăsimea de vită, porc, oaie, rață, gîscă

### **Meniul pe o zi.**

- Primul dejun: brînză de vaci cu zahăr și smîntînă, terci de ovăz cu lapte, ceai.
- Al doilea dejun: mere coapte.
- Prînzul: supă vegetariană cu legume, carne de găină fiartă în sos de lapte, orez fiert, compot din fructe uscate.
- Gustare: decoct de măceșe.
- Cina: pește fiert cu sos cu decoct de legume, pireu de cartofi, brînzoaică, ceai.
- Înainte de culcare: chefir.

**Anexa 3. Formular de conduită la medicul de familie a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu HVA în perioada preicterică**  
(Examenul clinic și paraclinic)

FACTORII EVALUAȚI	DATA			
<b>I. Manifestările clinice</b>				
Febră				
<b>Sindrom astenovegetativ:</b>				
Slăbiciune generală				
Adinamie				
Astenie				
Apatie				
Somnolența				
Cefalee				
<b>Sindrom dispeptic:</b>				
Inapetență				
Grețuri				
Vome repetate				
Diaree				
Constipație				
Durere abdominală (da/nu), localizarea				
<b>Ficatul:</b>				
• durerea				
• consistența				
• marginea				
• dimensiunile				
<b>Splina:</b>				
• durerea				
• consistența				
• marginea				
• dimensiunile				
<b>Alte simptome și semne de impregnare infecțioasă (da/nu, specificați)</b>				
Culoarea materiilor fecale				
Culoarea urinei				
Icterul tegumentelor și mucoaselor				
<b>Nota: În formele subclinice și inaparente pacientul nu prezintă acuze</b>				
<b>II. Datele paraclinice</b>				
Bilirubina serică generală				
Bilirubina serică conjugată				
Bilirubina serică neconjugată				
ALT seric				
AST seric				
Testul cu timol				
Urina la pigmentii biliari				
Anti-HAV IgM				

**Anexa 4. Formular de conduită în staționar a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu HVA în perioada icterică**

*(Examenul clinic și paraclinic, tratamentul de bază, consecințele)*

FACTORII EVALUAȚI	DATA			
<b>I. Manifestările clinice</b>				
Febră				
<b>Sindrom astenovegetativ:</b>				
Slăbiciune generală				
Adinamie				
Astenie				
Apatie				
Somnolența				
Cefalee				
<b>Sindrom dispeptic:</b>				
Inapetență				
Grețuri				
Vome repetate				
Diaree				
Constipație				
Durere abdominală (da/nu), localizarea				
<b>Ficatul:</b>				
• durerea				
• consistența				
• marginea				
• dimensiunile				
<b>Splina:</b>				
• durerea				
• consistența				
• marginea				
• dimensiunile				
Icterului a tegumentelor și mucoaselor (intensitatea)				
Hemoragii nazale, gingivale, erupții hemoragice				
Culoarea urinei				
Culoarea materiilor fecale				
<b>Alte simptome și semne de impregnare infecțioasă (da/nu, specificați)</b>				
<b>Nota: În formele subclinice și inaparente pacientul nu prezintă acuze</b>				
<b>II. Datele paraclinice</b>				
Bilirubina serică comună				
Bilirubina serică conjugată				
Bilirubina serică neconjugată				
Indexul protrombinc				
ALT seric				
AST seric				
Testul cu timol				
Testul cu sublimat				

Urina la pigmentii biliari				
Ionograma sîngelui (K, Na, Ca, Cl)				
Echilibrul acidobazic				
Ureia				
Creatinina				
Colesterolul total				
Glucoza				
Fosfataza alcalină				
Beta-lipoproteidele				
GGTP				
Proteine serice				
Grupa sîngelui				
Rh-factor				
ECG				
Anti-HAV IgM				
HBsAg				
Anti-HBcorIgM				
Anti-HCV				
Examinarea ultrasonoră la necesitate				
<b>III. Tratamentul</b>				
1. Regim				
2. Dieta № 5a, 5				
3. Multivitamine și vitamine - Revit - Acid ascorbic - Sol. Acid ascorbic				
4. Terapia de detoxifiere perorală				
5. Terapia de detoxifiere perfuzională: - Sol.Glucosum 5-10% - Sol.Natrii chloridum 0,9% sau - Sol.Ringer lactat - Hepasteril* - Alte				
6. Hemostatice: - Etamsylatum - Menadioni natrii bisulfis				
7. Antiproteaze: - Aprotininum				
8. Diuretice: - Furosemidum				
9. Enterosorbenți: - Enterodez* sau - Polifepan* sau - Smecta				

10. Antispasticele musculaturii netede: – Drotaverinum sau – Papaverinum				
11. Hepatoprotectoare:				
Preparate care restabilesc integritatea membranelor hepatocitelor – Essentiale (combinație) – Fosfogliv (Phospholipidum+Acidum glycyrrhizicum) – Pacovirinum				
Antioxidante: – Silymarinum – Hepatofalk*				
Stimulatori ale proceselor metabolice: – Ademetioninum – Inozinum				
12. Coleretice: – Cholosasum – Allochol (combinație)				
13. :Colelitolitice: – Acidum ursodeoxycholicum				

**Anexa 5. Formular de conduită la medicul de familie a pacientului în vîrstă pînă la 18 ani cu HVA în perioada de convalescență**

*(Examenul clinic și paraclinic)*

FACTORII EVALUAȚI	DATA			
<b>I. Manifestările clinice</b>				
Febră				
<b>Sindrom astenovegetativ:</b>				
Slăbiciune generală				
Adinamie				
Astenie				
Apatie				
Somnolența				
Cefalee				
<b>Sindrom dispeptic:</b>				
Inapetență				
Grețuri				
Vome repetate				
Diaree				
Constipație				
Durere abdominală (da/nu), localizarea				

<b>Ficatul:</b>				
• durerea				
• consistența				
• marginea				
• dimensiunile				
<b>Splina:</b>				
• durerea				
• consistența				
• marginea				
• dimensiunile				
<b>Alte simptome și semne de impregnare infecțioasă (da/nu, specificați)</b>				
Culoarea materiilor fecale				
Culoarea urinei				
Icterul tegumentelor și mucoaselor				
<b>Nota: În formele subclinice și inaparente pacientul nu prezintă acuze</b>				
<b>II. Datele paraclinice</b>				
Bilirubina serică generală				
Bilirubina serică conjugată				
Bilirubina serică neconjugată				
ALT seric				
Testul cu timol				



## **Anexa 6. Definiții de caz de boală infecțioasă pentru sistemul de supraveghere epidemiologică și raportare a hepatitei virale A**

### *Date epidemiologice:*

- înregistrarea cazurilor de HVA în localitatea dată sau în localitățile vecine;
- deplasarea/vizita în ultimele 50 zile în/din localități cu situație epidemiologică la hepatita virală A nefavorabilă;
- contact cu bolnavii de HVA confirmată în limitele perioadelor de incubație, preicterică și în debutul icterului;
- îmbolnăviri în grup sub forma de focare epidemice în colectivități de copii și tineret;
- caracterul sezonier al maladei cu morbiditatea maximă în lunile septembrie-noiembrie
- receptivitate: mai frecvent copii de la 3 până la 14 ani, adolescenții și adulții tineri

### *Date clinice:*

- forma tipică (icterică): îmbolnăvire cu debut acut, febră 2-3 zile, slăbiciune generală, inapetență, grețuri, vome, dureri abdominale, hepatomegalie, icterului tegumentelor și sclerelor, urina hiper Cromă, scaune acolice
- formele atipice:
  - ✓ anicterică – icter absent, hepatomegalie moderată
  - ✓ frustă - icter slab pronunțat, hepatomegalie moderată
  - ✓ subclinică – date obiective și subiective absente,
  - ✓ inaparentă – date obiective și subiective absente
  - ✓ colestatică - îmbolnăvire cu debut acut, febră 2-3 zile, slăbiciune generală, inapetență, grețuri, vome, dureri abdominale, hepatomegalie, icterului tegumentelor și sclerelor pronunțate, urina hiper Cromă, scaune acolice

### **Clasificarea cazurilor**<sup>7</sup>

#### ***Caz posibil – nu se aplică***

**Caz probabil:** caz suspect și modificările testelor biochimice (bilirubina crescută, ALT, AST crescute cu sau fără modificări hematologice (leucopenie cu limfo-și monocitoză VSH normală sau încetinită) sau prezența icterului tegumentelor și sclerelor și/sau contactul cu un caz confirmat.

**Caz confirmat prin:** caz probabil confirmat prin una sau mai multe metode de laborator:

- Depistarea în ser a anticorpilor IgM împotriva virusul hepatitei A (anti-HAV IgM) - oblicatoriu
- Depistarea antigenului HAV în fecalii
- Depistarea acidului ribonucleic (ARN)

**Caz confirmat clinico-epidemiologic:** caz probabil în lipsa datelor de examenului serologic cu contact stabilit în perioada a 7 - 35 - 50 zile cu un bolnav cu diagnostic confirmat, sau situație epidemiologică nefavorabilă la hepatită virală A în teritoriu, sau deplasarea/vizita în ultimele 7 – 35 - 50 zile în/din localități cu situație epidemiologică la hepatită virală A nefavorabilă.

---

<sup>7</sup> Ordin № 385 din 12 octombrie 2007”Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în Republica Moldova”

## **Anexa 7. Ghidul pacientului cu HVA**

### **Hepatita virală A la copii**

#### **(Ghid pentru pacienți, părinții lor, persoanele de îngrijire)**

##### **Introducere**

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu HVA în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În ghid se explică indicațiile adresate pacienților cu HVA, dar și familiilor acestora, părinților și persoanelor de îngrijire, la fel și tuturor celor care doresc să cunoască această infecție.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și tratament ale HVA, care trebuie să fie disponibile în serviciul de sănătate. Nu sunt descrise în detalii maladia, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea veți afla de la medicul de familie sau de la asistența medicală. În ghid veți găsi exemple de întrebări pe care le veți putea adresa pentru a obține explicații. Sunt prezentate și surse suplimentare de informații.

##### **Indicațiile din ghidul pentru pacienți includ:**

- ✓ Modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană suferă de HVA
- ✓ Tratamentul diverselor forme de HVA la copii
- ✓ Modul în care trebuie să fie supravegheat un copil cu HVA

##### **Asistența medicală la care trebuie să beneficiați**

Tratamentul și îngrijirea medicală de care beneficiați trebuie să ia în considerare necesitățile și preferențele Dvs. personale. Aveți dreptul să fiți informat pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate și înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este HVA și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Informația pe care o veți primi de la cadrele medicale trebuie să includă detalii despre posibilele avantaje și riscuri ale tuturor tratamentelor.

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să ia în considerare necesitățile religioase, etnice și culturale pe care le aveți. Trebuie să se ia în considerare și alți factori: dezabilitățile fizice, problemele de vedere, sau auz, dificultățile de citire și vorbire.

##### **Hepatita virală A**

- **Hepatita virală A** – boală contagioasă umană, produsă de virusul hepatic A cu mecanism de transmitere fecalo-oral, care se caracterizează preponderent prin afectarea ficatului cu evoluție ciclică (benignă) și se manifestă clinic prin intoxicație de scurtă durată, dereglări ale tractului digestiv, în deosebi ale funcției ficatului, cu sau fără icter, cu restituirea rapidă a funcției hepatice și prognostic favorabil.
- Diagnosticul HVA se stabilește în baza manifestărilor bolii (febră 2-3 zile, slăbiciune generală, inapetență, grețuri, vome, dureri abdominale, icterul tegumentelor și sclerelor, urină hipercromă, scaune acolice)
- Se ia în considerare și contactul cu un bolnav de HVA, situația epidemică la HVA în zona geografică, cazuri de HVA în instituția școlară, preșcolară etc., pacient din focar de HVA.

##### **Instruire și echipament**

Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să fie instruiți cum să examineze un pacient cu HVA, în deosebi cu slăbiciune generală, inapetență, grețuri, vome, dureri abdominale, icterului tegumentelor și sclerelor, urina hipercromă, scaune acolice, hepatomegalie, uneori splenomegalie.

##### **Diagnosticarea HVA**

Analizele bolnavilor cu HVA trebuie să includă (obligatoriu pentru confirmarea diagnosticului) teste biochimice (1 dată în 10 zile, posibil și mai frecvent): bilirubina serică comună, conjugată, neconjugată, ALT, AST serică, indicele protrombinic, testul cu timol, analiza generală a sîngelui (1-2), analiza generală a urinei (1-2), urina la pigmenții biliari, markerii în sînge ANTI-HAV IgM, în forma gravă - teste de coagulare (factorii II, V, VII, IX, X), fibrinogenul, indice protrombinic repetat, testul cu sublimat, betalipoproteide.

După obținerea rezultatelor testelor și analizelor de laborator medicul trebuie să discute rezultatul cu Dvs. și să vă comunice modalitățile de tratament .

### **Tratamentul medicamentos**

De la prima consultație, medicul vă apreciază forma clinică și severitatea bolii. Diagnosticul de HVA odată stabilit indică spitalizarea imediată și inițierea tratamentului.

### **Tratamentul nemedicamentos**

Medicul de familie și asistenta medicală trebuie să discute cu Dvs. regimul zilei, dieta № 5a, 5 și programul de exerciții fizice necesare. După externare din spital medicul de familie trebuie să supravegheze starea sănătății Dvs., să consulte medicul-infecționist

### **Întrebări despre medicamentele utilizate în HVA**

- ✓ Explicați-mi de ce ați ales să-mi prescrieți aceste medicamente?
- ✓ Cum îmi va ajuta medicamentul ?
- ✓ Care sunt efectele adverse realizate de acest medicament? La care trebuie să atrag atenția îndeosebi?
- ✓ Cît timp va dura tratamentul?
- ✓ Ce se va întîmpla dacă refuz acest medicament?
- ✓ Unde mai pot citi despre acest medicament?

### **Întrebări despre evidența tratamentului**

- ✓ Există alte medicamente pentru această boală pe care aș putea să le încerc?
- ✓ Se poate să schimb doza medicamentului pe parcurs?
- ✓ Dacă mă voi simți bine, se poate să întrerup medicamentul mai devreme, decît a fost indicat?
- ✓ Pe cînd trebuie să mă programez pentru altă vizită?

### **Continuarea sau întreruperea tratamentului**

De regulă, tratamentul HVA durează 14-21 zile. Administrarea medicamentului poate fi întreruptă doar de medicul Dvs. Obligatoriu se exclude efort fizic pe 3 luni, în evoluția trenantă - pe 6 luni. Se recomandă respectarea dietei № 5 pe parcurs de 3-6 luni.

**ANEXA 8 FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU HEPATITA VIRALE LA COPIL**

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU HEPATITA VIRALE LA COPIL staționar			
	Domeniul Prompt	Definiții și note	caz
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact	
3	Numărul fișei medicale		
4	Ziua, luna, anul de naștere a pacientului	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9	
5	Sexul pacientului	masculin = 1; feminin = 2	
6	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2; necunoscut = 9	
7	Numele medicului curant	nume, prenume, telefon de contact	
<b>INTERNAREA</b>			
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 1; AMU = 2; secția consultativă = 3; instituție medicală privată = 5; staționar = 6; adresare directă = 6; alte instituții = 7; necunoscut = 9	
9	Data și ora internării în spital	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9	
10	Data și ora internării în Terapie intensivă/SATI	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
11	Durata internării în Terapie Intensivă/SATI	număr de ore nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
12	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut = 9	
13	Transferul în alte secții	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
14	Respectarea criteriilor de transportare	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
15	Respectarea criteriilor de internare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
<b>DIAGNOSTICUL</b>			
16	Starea pacientului la internare	ușoară = 2; medie = 3; gravă = 4	
17	Faza evolutivă a bolii la internare	ciclică (comună) = 2; cu complicații specifice = 3; cu complicații nespecifice = 4; cu maladii intercurente = 6; cu acutizarea maladiilor de fon = 7; necunoscut = 9	
18	Ziua spitalizării din debutul maladii	pînă la 3 zile = 2; 4-7 zile = 3; peste 7 zile = 4;	
19	Investigații de laborator	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 analiza gen. a sîngelui = 2; analiza gen. a urinei = 3; urina la pigmenții biliari = 4; trombocitele = 6; ureea = 7; creatinina = 8; glucoza = 10; ALT = 11; AST = 12; B- lipoproteida = 13; fosfataza alcalină = 14; protrombina = 15; echilibrul acido-bazic = 16; testul cu timol = 17; bilirubina = 18; ionograma (K, Na, Cl, Ca) sîngelui = 19; indicii serologici (markerii HVA; HVB; HVC) în sînge = 20	
20	Cosultat de alți specialiști		
21	Investigații indicate de către alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	

<b>22</b>	<b>ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR</b>		
<b>23</b>	Contact cu bolnav de HVA	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
<b>24</b>	Face parte pacientul din grupul de risc	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
<b>25</b>	Managementul starilor de urgență	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
<b>26</b>	Maladii concomitente înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
<b>27</b>	Pacient din focar de HVA	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
	<b>TRATAMENTUL</b>		
<b>28</b>	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 2; AMU = 3; secția consultativă = 4; staționar = 6; instituție medicală privată = 7; alte instituții = 8; la domiciliu = 10; necunoscut = 9	
<b>29</b>	Tratamentul patogenetic	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9	
<b>30</b>	Tratamentul simptomatic (inclusiv cel de urgență)	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
<b>31</b>	Respectarea criteriilor de monitorizare clinică și paraclinică a pacienților cu HVA, forme medii și grave	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
<b>32</b>	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
<b>33</b>	Rezultatele tratamentului	vindecare = 2; ameliorat = 3; complicații = 4; necunoscut = 9	
<b>34</b>	Respectarea criteriilor de externare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
<b>35</b>	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9	
		data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9	

## BIBLIOGRAFIE

1. Bell B.P., Hepatitis A vaccine // *Pediatr Infect Dis*; 19 (12): 1187-8.
2. Byun K.S., Kim J.H., Song K.J., Baek L.J., Song J.W., Park S.H., Kwon O.S., Yeon J.E., Kim J.S., Bak Y.T., Lee C.H. Molecular epidemiology of hepatitis A virus in Korea // *Gastroenterol. Hepatol.* – 2001, № 16 (5). – P. 519-524.
3. Chiotan M. Boli infecțioase. București, 2002
4. Costa-Mattioli M., Ferre V., Monpoeho S., Garcia L., Colina R., Billaudel S., Vega I., Perez-Bercoff R., Cristina J. Genetic variability of hepatitis A virus in South America reveals heterogeneity and co-circulation during epidemic outbreaks // *J. Gen. Virol.* – 2001. – № 82 ( 11) – P.2647-2652.
5. Dagan R., Amir J., Mijalovsky A. et al., Immunization against hepatitis A in the first year of life: primind despite the presence of maternal antibody // *Pediatr Infect Dis J*, 2000 Nov; 19 (11): 1045-52
6. Davidkin I., Jokinen S., Valle M., Zheleznova N. and Mukomolov S. Genetik characterization of HAV isolates in North-West Russia and Finland // *Abstracts of the 5th Nordic-Baltic congress on infectious diseases «Towards optimal diagnostics and management».* – Saint Petersburg, Russia., 2002. – P.63.
7. Flehming B., Normann A., Bohnen D. Transmission of hepatitis A virus infection despit vaccination // *N. Engl. J. Med.* – 2000. – №343. – P.301-302.
8. Fujiwara K., Yokosuka O., Fukai K., Imazeki F., Saisho H., Omata M. Analysis of full-length hepatitis A virus genome in sera from patients with fulminant and self-limited acute type A hepatitis ( Анализ полноразмерного генома вируса гепатита А из сывороток

- пациентов с фульминантным и самокупирующимся гепатитом А) // J. Hepatologie . – 2001. – Vol.35, № 1. – P. 112-119.
9. Gharbi Khelifi H., Ferre V., Sdiri K., Berthome M., Fki L., Harrath R., Billaudel S., Aouni M. Hepatitis A in Tunisia Phylogenetic analysis of hepatitis A virus from 2001 to 2004 // J.Virol.Methods. – 2006. – №25.
  10. Kyrlagkitsis I., Cramp M.E., Smith H., Portmann B., O'Grady J. Acute hepatitis A virus infection: a review of prognostic factors from 25 years experience in a tertiary referral center // J. Hepatogastroenterology. – 2002. – Vol.49, № 44. – P.524-528.
  11. Miu N., Farcaș G., Patologie hepatică a copilului, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1982, p. 173
  12. Ordin Nr 211 din 14.07.2004 „Privind măsurile de profilaxie și combatere a hepatitei virale A în Republica Moldova” Chișinău-2004
  13. Perez O.M., Herzog C., Zellmeyer M., Loaisiga A., Frösner G., and Egger M. Efficacy of Virosome Hepatitis A Vaccine in Young Children in Nicaragua: Randomized Placebo\_Controlled Trial // J. Infectious Diseases. – 2003. – №188. – P.671-677.
  14. Pilly E. Maladies Infectieuses et Tropicales (20-e edition), 2006
  15. Rebedea I. Boli infecțioase București. 2000
  16. Red Book Report of the Committee on Infections Diseases, American Academy of Pediatrics 2003
  17. Rezende G., Roque-Afonso A.M., Samuel D., Gigou M., Nicand E., Ferre V., Dussaix E., Bismuth H., Feray C. Viral and clinical factors associated with the fulminant course of hepatitis A infection // J. Hepatology. – 2003. – № 38(3). – P. 613-618.
  18. Rusu G. Boli infecțioase la copii Chișinău, 2000
  19. Steffen R. Risk of hepatitis A in travelers // J.Vaccine . – 1992. – №10. – P.69-72.
  20. Voiculescu M. Boli infecțioase vol. I și II București, 1990
  21. Вирусные гепатиты в Российской Федерации // Аналитический обзор. 5 выпуск. – СПб. – 2005. – с.158.
  22. Вирусные гепатиты: диагностика, профилактика, лечение: Метод. рекомендации / ГВМУ МО РФ; Под общ.ред. Ракова А.Л. - М.: Б.и., 1997. - 32 с.
  23. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей, Москва, 2002.
  24. Каретный Ю.В., Каганов Б.С., Добротворский И.Л. Вирусный гепатита А: состояние проблемы // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – Т. 3, приложение №4.– с.70-78.
  25. Кожемякин Л.А., Кетлинская О.С., Романова С.Ю. Новые возможности в терапии вирусных гепатитов // Лечащий врач. - 2001. - №1. - С.34-35.
  26. Молочный В.П., Протасеня И.И. Гепатиты у детей, Хабаровск, 2004, 147 с.
  27. Подымова С.Д. Болезни печени. - 3-е изд., перераб. и доп. -М.: Медицина, 1998- 704 с.
  28. Постовит В.А., Сухарева Т.А. Затяжные формы вирусного гепатита А // Клин. мед. – 1996. – №74 (5). – С.15-16.
  29. Рахманова А.Г. с соавт. Инфекционные болезни Руководство 2-ое издание Санкт-Петербург 2001
  30. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. проф. Ю.В.Лобзина. - СПб.: Фолиант, 2000. - 936 с.
  31. Симованьян Э.М. с соавт. Инфекционные болезни у детей. Ростов - на –Дону, «Феникс», 2002. 800 с.
  32. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты (2-е издание). – Санкт-Петербург.: Теза, 1998 – 331 с.
  33. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. - СПб.: ТЕЗА, 1998. - 306 с.
  34. Тимченко В.Н. с соавт. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций, Санкт-Петербург, 2005
  35. Тимченко В.Н. с соавт. Инфекционные болезни у детей. (2-е издание). – Санкт-Петербург, 2006, 576 с.
  36. Учайкин В.Ф. Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особенности течения и лечение // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – № 2. – С.4-8.

37. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чередниченко Т.В., Вирусные гепатиты от А до ТTV у детей, Москва, «Новая волна», 2003. 432 с.
38. Учайкин В.Ф., Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва, 1998
39. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ.руководство: Пер. с англ. - М.: Гэотар Медицина. - 1999. - 864 с.
40. Шляхтенко Л.И. Эпидемиологические особенности и важнейшие меры профилактики гепатита А в современный период./ В мат. Научно-практической конференции « Гепатит А: эпидемиология, диагностика, клиника и вакцинопрофилактика». – М., 2002. – С.12-18.
41. Эсауленко Е.В., Железнова Н.В., Мукомолов С.Л., Горчакова О.В. Вирусологические аспекты гепатита А // Вятский медицинский вестник. – Киров. – 2002. - № 1 (10). – с 45.
42. Zanc Victoria. Boli infecțioase, Cluj-Napoca, 2011.
43. Prisacaru Viorel. „Epidemiologie specială”.Manual. Chișinău, 2015
44. Rusu Galina. Boli infecțioase la copii. Manual. Chișinău, 2012, p.194-209
45. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В., Инфекционные болезни у детей, Москва, 2011
46. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А, Москва, 2011, 33 p/