



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Hepatita virală C acută la adult

Protocol clinic național

PCN-35

Chișinău, 2016

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 24 mai 2016, proces verbal nr.2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 543 din 30.06.2016 „Cu privire la
aprobarea Protocolului clinic național „Hepatita virală C acută la adult”**

Elaborat de colectivul de autori:

Victor Pântea	USMF „Nicolae Testemițanu”
Tiberiu Holban	USMF „Nicolae Testemițanu”
Constantin Spînu	USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Grigore Bivol	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii	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 care au participat la elaborarea protocolului:	5
A.8. Definiție folosită în document	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	9
B.1. Nivel de asistență medicală urgență la etapa prespitalicească: echipele AMU profil general și specializat 903 (112)	9
B.2. Nivel de asistență medicală primară	10
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (infecționist)	12
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	14
C.1. ALGORITMI DE CONDUCERE	17
C.1.1. Algoritm de profilaxie a hepatitei virale C	17
C.1.2. Algoritm de conduită și asistență urgentă a pacientului cu HVC acută la etapa prespitalicească	17
C.1.3. Algoritm de conduită și asistență urgentă a pacientului cu HVC acută formă gravă la etapa prespitalicească	18
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	19
C.2.1. Clasificarea HVCA	19
C.2.2. Profilaxia HVCA	19
C.2.2.1. Profilaxia specifică	19
C.2.2.2. Profilaxia nespecifică - măsuri antiepidemice în focar	20
C.2.3. Factorii de risc	20
C.2.4. Screeningul	21
C.2.5. Conduita pacientului cu HVCA	21
C.2.5.1. Anamneza	21
C.2.5.2. Examenul fizic (datele obiective)	22
C.2.5.3. Investigațiile paraclinice	25
C.2.5.4. Diagnosticul diferențial	28
C.2.5.4.1. Diagnosticul diferențial în perioada preicterică	32
C.2.5.4.1. Diagnosticul diferențial în perioada icterică	34
C.2.5.5. Prognosticul și sechelele în HVCA	40
C.2.5.6. Criteriile de spitalizare	40
C.2.5.7. Tratamentul HVCA	40
C.2.5.7.1. Tratamentul formelor fulminante, precomei și comei	46
C.2.5.8. Criteriile de externare	48
C.2.5.9. Suravegherea pacienților cu HVCA	48
C.2.6. Complicațiile în HVCA	49
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	50
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	50
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	50
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale; spitale de boli infecțioase.	51
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	52
ANEXE	54
Anexa 1. Definiții de caz de boală infecțioasă pentru sistemul de supraveghere epidemiologică și raportare a hepatitei virale C acute	54
Anexa 2. Ghidul pacientului cu HVC acută	55
Anexa 3. Dieta 5	57
BIBLIOGRAFIE	58

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ARN	acidul ribonucleic
VHC	virusul hepatic C
Ag core	antigenul core al VHC
anti-HVC IgM	anticorpi IgM către VHC
anti-HVC IgG (sumar, total)	anticorpi IgG către VHC
ALAT	alaninaminotransferaza
ASAT	aspartataminotransferaza
ELISA	test cu enzime legate de imunosorbenti (<i>enzyme linked immunosorbent assay</i>)
ADN-VHB	acidul dezoxiribonucleic al virusului hepatic B
AgHBe	antigenul e al VHB
anti-HBe	anticorpi către AgHBe
AgHBs	antigenul superficial al VHB
anti-HBs	anticorpi către AgHBs
anti-HBcor IgM	anticorpi către antigenul nuclear al virusului hepatic IgM
anti-HBcor sum	anticorpi către antigenul nuclear al virusului hepatic sumar
ARN-VHD	acid dezoxiribonucleic al virusului hepatitei D
ARN-VHE	acid ribonucleic al virusului hepatic E
ARN-VHA	acid ribonucleic al virusului hepatic A
PCR	reacția de polimerizare în lanț
IgM	imunoglobulina M
IgG	imunoglobulina G
TTPA	timpul de tromboplastină parțial activat

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Catedrei Boli Infecțioase Facultatea de Perfecționare a Medicilor și Catedrei Boli infecțioase, Tropicale și Parazitologie Medicală ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” de comun cu specialiștii Centrului Național de Sănătate Publică

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind hepatita virală C la adult și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. 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. Diagnosticul: Hepatita virală C acută la adulți

Exemple de formulare a diagnosticului clinic de bază:

1. Hepatita virală C acută, forma ușoară;
2. Hepatita virală C acută, forma moderată;
3. Hepatita virală C acută, forma severă.

A.2. Codul bolii: B17.1

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medicii de familie și asistentele medicilor de familie);
 - centrele de sănătate (medici de familie);
 - centrele medicilor de familie (medicii de familie);
 - centrele consultative raionale (medicii specialiști în boli infecțioase);
 - asociațiile medicale teritoriale (medicii de familie și specialiști în boli infecțioase);
 - serviciile de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU specializate și de profil general);
 - secțiile de boli infecțioase, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor raionale, municipale (medicii specialiști în boli infecțioase și terapie intensivă);
 - spitalele de boli infecțioase (medicii specialiști în boli infecțioase, specialiștii în boli infecțioase, colaboratori ai catedrelor Boli infecțioase USMF “Nicolae Testemițanu”).
- Notă:** Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A îmbunătăți calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu HVC acută;
2. A facilita diagnosticul diferențial al hepatitelor virale acute;
3. A stabili indicațiile de spitalizare a pacienților cu HVC acută;
4. A preciza urgențele în HVC acută și a stabili severitatea evoluției maladiei conform manifestărilor clinice și indicilor de laborator;
5. A concretiza volumele de asistență medicală prespitalicească pacienților cu HVC acută;
6. A unifica tratamentul, inclusiv terapia intensivă a pacienților cu HVC acută și durata spitalizării cu diverse forme clinice ale HVC acute;
7. A preciza principiile și termenii de supraveghere a convalescențelor după HVC acută în timpul dispensarizării.







A.5. Data elaborării protocolului: 2008

A.6. Data revizuirii următoare: 2018

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

Numele	Funcția deținută
Victor Pântea	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră Boli infecțioase Facultatea de Perfecționare a Medicilor, USMF „Nicolae Testemițanu”, Președintele Societății de Boli Infecțioase din Republica Moldova
Tiberiu Holban	d.h.ș.m., profesor universitar, ef catedră Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală USMF “Nicolae Testemițanu”,
Constantin Spînu	d.h.ș.m., profesor universitar Vice-director Centrul Național de Sănătate Publică, președintele comisiei de specialitate în microbiologie, virusologie și parazitologie a MS RM

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat

Denumirea	Persoana responsabilă - semnătura
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Boli Infecțioase”	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definiție folosită în document

Hepatita virală C este o boală infecțioasă acută sau cronică, antroponoză, provocată de virusul hepatic C cu mecanismul de transmitere parenteral, care se caracterizează prin afectarea ficatului și a altor organe și sisteme (hematologice, renale, endocrine, dermatologice, neuro-musculare, articulare, oculare și salivare), manifestându-se clinic prin simptomele a trei sindroame: dispeptic (scăderea poftei de mâncare, jenă ori dureri în rebordul costal drept, greață, vomă), astenic (somniază ori insomnie, cefalee moderată, oboseală, fatigabilitate), artralgie (dureri în articulații).

Hepatita virală C acută evoluează cu forme icterice și atipice (anicterică, frustă, subclinică, inaparentă și portaj de virus hepatic C). Din 100 persoane infectate cu virusul hepatic C, forma manifestă se constituie numai în 20% din cazuri. Formele acute pot avea o evoluție autolimitată cu vindecare în 10-30% din cazuri, celelalte avînd o evoluție spre cronicizare care are loc în 50-90% din cazuri cu evoluție spre ciroză în 20-22 ani sau hepatocarcinom în 28-29 ani.

Pe parcursul a mai multor ani HVC acută era inclusă în hepatita “non A, non B”, care ulterior după depistarea în anul 1988 de o echipă de cercetători de la firma Chiron a unui nou virus cu tropism hepatic specific virusul hepatic C (VHC) a fost create premise reale în delimitarea și confirmarea specifică a acestei patologii.

Virusul hepatic C (VHC) aparține familiei *Flaviviridae*. Este un virus cu ARN. Anvelopa virală cuprinde un strat lipidic și proteinele anvelopei, care înconjoară capsida (“core”), structură care include acidul nucleic viral. Prin comparație cu funcțiile cunoscute ale majorității proteinelor Flavivirusurilor, cele 3 proteine ale VHC de la capătul N-terminal sunt proteine structurale (C, E₁, E₂/NS₁), iar cele 4 proteine C-terminale (NS₂, NS₃, NS₄, NS₅) - nestructurale și sunt folosite în detectarea anticorpilor anti-HVC în diagnostic și prognostic.

VHC este heterogen, fiind constatate 6 genotipuri, peste 90 subtipuri (1a, 1b, 1c, 2a, 2b etc.), izolate și cvasispecii ceea ce sugerează că variabilitatea genomică este modalitatea prin care VHC reușește să persiste în organismul uman, scăpînd de acțiunea sistemului imun și determinînd evoluția cronică a bolii. Viabilitatea virusului hepatic C în mediul ambient la

acțiunea factorilor termici și substanțelor dezinfectante este aceeași ca și la virusul hepatic B (VHB).

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informația epidemiologică

Hepatita virală cu virusul C constituie o problemă de sănătate publică mondială. În întreaga lume, circa 170 milioane de persoane, aproximativ 3% din populația mondială sunt infectate cu virusul hepatic C, iar 3-4 milioane reprezintă cazurile noi înregistrate anual în lume ceea ce se materializează prin 500 mii decese urmare a infecției cronice cu virusul hepatic C. Incidența infecției simptomatice noi cu virusul C a fost estimată la 1-3 cazuri la 100.000 persoane anual. Evident, incidența reală a infecției noi cu VHC este mult mai mare (majoritatea cazurilor fiind asimptomatice).

Republica Moldova este o zonă endemică nu numai pentru hepatitele B și D, dar și C. În ultimii ani în RM s-a constatat o scădere lentă a morbidității prin infecția acută cu virusul hepatic C. Conform datelor statistice în Republica Moldova indicele morbidității prin hepatita virală C acută s-a diminuat de la 6,14 la 100 mii populație până la 1,26 la 100 mii populație în anul 2015¹. Indicii menționați de morbiditate prin hepatită virală C acută depășesc indicatorii similari din unele țările europene: Danemarca – 0,2 cazuri la 100 mii populație, Ungaria – 0,4, Grecia – 0,1, Irlanda – 0,3, Olanda – 0,3, România – 0,4².

Sursa de infecție - omul bolnav (forme asimptomatice, cronice, acute)

Infecția VHC se transmite:

- Parenteral;
- Habitual;
- Sexual;
- Vertical (de la mamă la făt).

Principala cale de transmitere este parenterală:

- prin injectare de droguri i.v., folosind repetat sau în colectiv aceleași ace și seringi;
- Manopere medicale: stomatologice, chirurgicale, ginecologice, angiografii, endoscopii, acupunctura și nemedicale: tatuaj, manichiură, pedichiură cu utilizarea instrumentarului de multiplă folosință;
- la hemodializații cronici și hemofilici politransfuzati, infecția cu VHC apare la 41,3% (înainte de introducerea testelor anti-VHC și a distrugerii virusului prin încălzire, 60-90% dintre bolnavii hemofilici erau anti-VHC pozitivi)³;
- infecția profesională cu VHC (1-5%) este frecventă la stomatologi, chirurgi, reanimatologi, ginecologi, asistente medicale și în alte specialități în care se vine în contact cu sângele pacienților;
- transfuzii de sânge și derivate ale acestuia. Frecvența hepatitelor posttransfuzionale a scăzut considerabil, dar 80-90% din totalul lor sunt determinate de VHC. Transmiterea VHC prin transfuzii de sânge a scăzut considerabil urmare a valorificării metodelor de securizare a sângelui. Actualmente, riscul rezidual de transmitere posttransfuzională a VHC este estimat la 1 caz la 3000-6000 unități de sânge transfuzat⁴.

Prezența în sânge a ARN-VHC la persoanele cu anticorpii anti-VHC cu valori normale ale transaminazelor justifică considerarea acestora ca fiind potențial infecțioși.

¹Formularul statistic nr. 2 privind unele boli infecțioase și parazitare înregistrate

²<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-HIV-AIDS-blood-borne-annual-epi-report-2014.pdf>

³ Teza de doctor în științe medicale ”Particularitățile epidemiologice ale hepatitei virale C în grupurile cu risc sporit de infectare. Octavian SAJEN”. Chișinău 2015

- **Calea habituală:** infectarea intrafamilială de la persoana bolnavă sau purtătoare de VHC, folosirea în comun a aparatului de ras, periutelelor de dinți, seringilor și acelor, truselor de manichiură sau a oricăror obiecte tăioase, prin contacte sexuale neprotejate; manopere nemedicale cu instrument contaminat insuficient sterilizat în instituțiile de deservire socială (bărbierit, manichiură, pedichiură, tatuaje, găurirea lobilor urechilor pentru portul cerceilor, instalarea verigilor în ombelic, buze, limbă etc) și modalități de ritual.
 - **Calea sexuală** joacă un rol secundar în transmiterea VHC datorită nivelului redus al VHC în spermă și secreția vaginală (5-10%):
 - prostituate – 6%;
 - heterosexuali – 4%;
 - homosexuali – 3%;
- Transmiterea verticală de la gravidele cu viremii înalte** cu VHC este rară (10%)
- infecția perinatală poate fi posibilă (3-9%);
 - alaptarea este mai puțin riscantă.
- VHC se transmite prin organele transplantate. Astfel 85-100% din recipienții unui organ ARN VHC pozitiv transplantat fac infecția VHC
- În 20-40% din cazuri calea de transmitere** a infecției VHC rămâne necunoscut
- Receptivitatea** este generală. Sunt considerate receptive la infecția cu VHC toate persoanele care nu au suportat hepatita virală C în nici una din formele sale

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală urgență la etapa prespitalicească: echipele AMU profil general și specializat 903 (112)

Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
Protecția personalului	Instruirea personalului și respectarea precauțiilor universale pentru a reduce riscul profesional de infectare.[48]	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Protecția personalului prin utilizarea echipamentelor de protecție individuală (mănuși, halate)
1. Diagnosticul		
<i>1.1. Diagnosticul preliminar al HVC acute</i> C.2.5.1. – C.2.5.2.	Diagnosticul urgențelor în hepatita virală C permite aplicarea măsurilor medicale rapide ce reduce considerabil dezvoltarea complicațiilor	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Anamneza (casetă 2)• Datele obiective (casetă 3, tabelele 3-7) <i>Algoritmii C.1.2, C.1.3.</i>
2. Tratamentul		
<i>2.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească</i> <i>Algoritmul C.1.3.</i>	Inițierea precoce a măsurilor de urgență previne progresarea maladiei și dezvoltarea complicațiilor grave	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Tratamentul insuficienței hepatice (edemului cerebral și sindromului hemoragic) <i>Algoritmul C.1.3.</i>
3. Transportarea în secția specializată	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale previne complicațiile și permite transportarea pacientului în staționarul de profil	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Aprecierea gravității pacienților și asigurarea posibilităților de transport

B.2. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Instruirea personalului și respectarea precauțiilor universale pentru a reduce riscul profesional de infectare .[48]	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Protecția personalului prin utilizarea echipamentelor de protecție individuală (mănuși, halate)
1. Profilaxia		
C.2.2.		
1.1. Profilaxia primară		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> informarea populației și, în special, a grupurilor de risc privind măsurile de profilaxie nespecifică a HVC (tabelul 2)
C.2.3.		
1.2. Măsurile antiepidemice în focar	Scopul- detectarea și prevenirea răspândirii infecției cu virusul C Măsurile antiepidemice în focar se vor efectua în comun cu medicii infecționiști și epidemiolog	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Depistarea precoce și spitalizarea pacienților; Declararea cazului la Sănătate Publică teritorială; Examinarea clinică, serologică specifică a persoanelor de contact (anti-HVC IgM și anti-HVC sumar Examinarea biochimică a contactilor (după necesitate); Supravegherea contactilor (tabelul 2, Algoritmul C.1.1.)
C.2.2.2.		
Algoritmul C.1.1.		
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul preliminar al HVC acute	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea HVC acute 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza clinico-epidemiologică (caseta 2)
I	II	III

<p>C.2.5.1.-C.2.5.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Datele obiective ne permit suspectarea HVC și determinarea severității maladiei; • Numai testul molecular biologic și serologic prin determinarea markerilor specifici permit confirmarea diagnosticului de HVC acută; • Hemoleucograma (leucopenie, limfocitoză) în HVC permite diferențierea ei de hepatita provocată de bacterii (leucocitoză, neutrofiloză, VSH accelerată). • Determinarea precoce a gradului de severitate în HVC va permite asistența prespitalicească corectă și prevenirea complicațiilor grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datele obiective (<i>casetele 2, 3, tabelele 3-7</i>) • Examenul de laborator: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemoleucograma; ✓ Testele biochimice a funcției hepatice (tabelele 8, 9); • Diagnosticul diferențial (tabelul 10,11, casetele 4-8, 9-17) • Determinarea gradului de urgență și a transportabilității pacientului Algoritmul C.1.3. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markerii specifici ai hepatitei virale C (tabelul 8)
<p>2.2. Deciderea necesității consultului specialistului și/sau spitalizării</p> <p>C.2.5.6.</p>		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HVC acută prevede spitalizarea obligatorie indiferent de gradul de severitate
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească</p> <p>Algoritmul C.1.3.</p>	<p>Inițierea la timp a tratamentului de urgență stopează progresarea bolii și previne complicațiile grave</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul HVC acute cu sindrom hemoragic și edem cerebral <p>Algoritmul C.1.3.</p>
<p>Supravegherea</p>		
<p>4.2. Supravegherea pacienților după externare</p> <p>C.2.5.9.</p>	<p>Scopurile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tratamentul convalescenților; 2) Evaluarea și tratamentul consecințelor HVC (în comun cu medicii specialiști); 	<p>Obligatoriu:</p> <p>Dispensarizarea se va face cu consultul medicului infecționist (caseta 20)</p>

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (infecționist)		
Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Instruirea personalului și respectarea precauțiilor universale pentru a reduce riscul profesional de infectare.[48]	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea echipamentelor de protecție individuală (mănuși, halate)
1. Profilaxia		
C.2.2.		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> informarea populației și, în special, a grupurilor de risc privind măsurile de profilaxie nespecifică a HVC (tabelul 2)
1.2. Măsurile antiepidemice în focar C.2.2.1. Algoritm C.1.1.	Scopul-localizarea și prevenirea răspândirii infecției cu virusul hepatic C. Măsurile antiepidemice în focar se vor efectua în comun cu medicul de familie și medicul epidemiolog	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Depistarea precoce și spitalizarea pacienților; Declararea cazului la Centrul de Medicină Preventivă teritorială; Examinarea clinică, serologică specifică a persoanelor de contact (anti-HVC IgM și anti-HVC sumar; Examinarea biochimică a contactilor (după necesitate); Supravegherea contactilor (tabelul 2, Algoritm C.1.1.)
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului HVC acute	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea HVC acute. Datele obiective ne permit suspectarea HVC, 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza clinico-epidemiologică (casetă 2) Datele obiective (casetele 2, 3, tabelul 3-7)

I	II	III
<p>C.2.5.1-C.2.5.4</p>	<p>determinarea severității afecțiunii.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numai testul molecular biologic și serologic prin determinarea markerilor specifici permit confirmarea diagnosticului de HVC acută; • Hemoleucograma (leucopenie, limfocitoză) în HVC permite diferențierea ei de hepatita provocată de bacterii (leucocitoză, neutrofiloză, VSH accelerată). • Determinarea precoce a gradului de severitate în HVC va permite asistența prespitalicească corectă și prevenirea complicațiilor grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examenul de laborator (tabelul 8); ✓ Hemoleucograma; ✓ Indicii biochimici hepatici; ✓ Markerii specifici al hepatitei virale C acute; • Diagnosticul diferențial (tabelul 10,11, casetele 4-8, 9-17); • Determinarea gradului de urgență și a transportabilității pacientului. <p><i>Algoritmul C.1.3.</i></p>
<p>2.2. Deciderea necesității consultației altor specialiști și/sau spitalizării</p> <p>C.2.5.6.</p>		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HVC acută prevede spitalizarea obligatorie indiferent de gradul de severitate
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească</p> <p><i>Algoritmul C.1.3</i></p>	<p>Inițierea la timp a tratamentului de urgență stopează progresarea bolii și previne complicațiile grave</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul HVC acute, forma fulminantă <p><i>Algoritmul C.1.3.</i></p>
<p>4. Supravegherea</p>		
<p>4.1. Supravegherea pacienților după externare</p> <p>C.2.5.9</p>	<p>Scopurile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tratamentul convalescenților: 2) Evaluarea și tratamentul consecințelor HVC acute (în comun cu medicul de familie și medicii specialiști) 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensarizarea se va face conform planului întocmit de comun cu medicul de familie (caseta 21) • La acutizarea simptomelor clinice și indicilor biochimici-spitalizare repetată

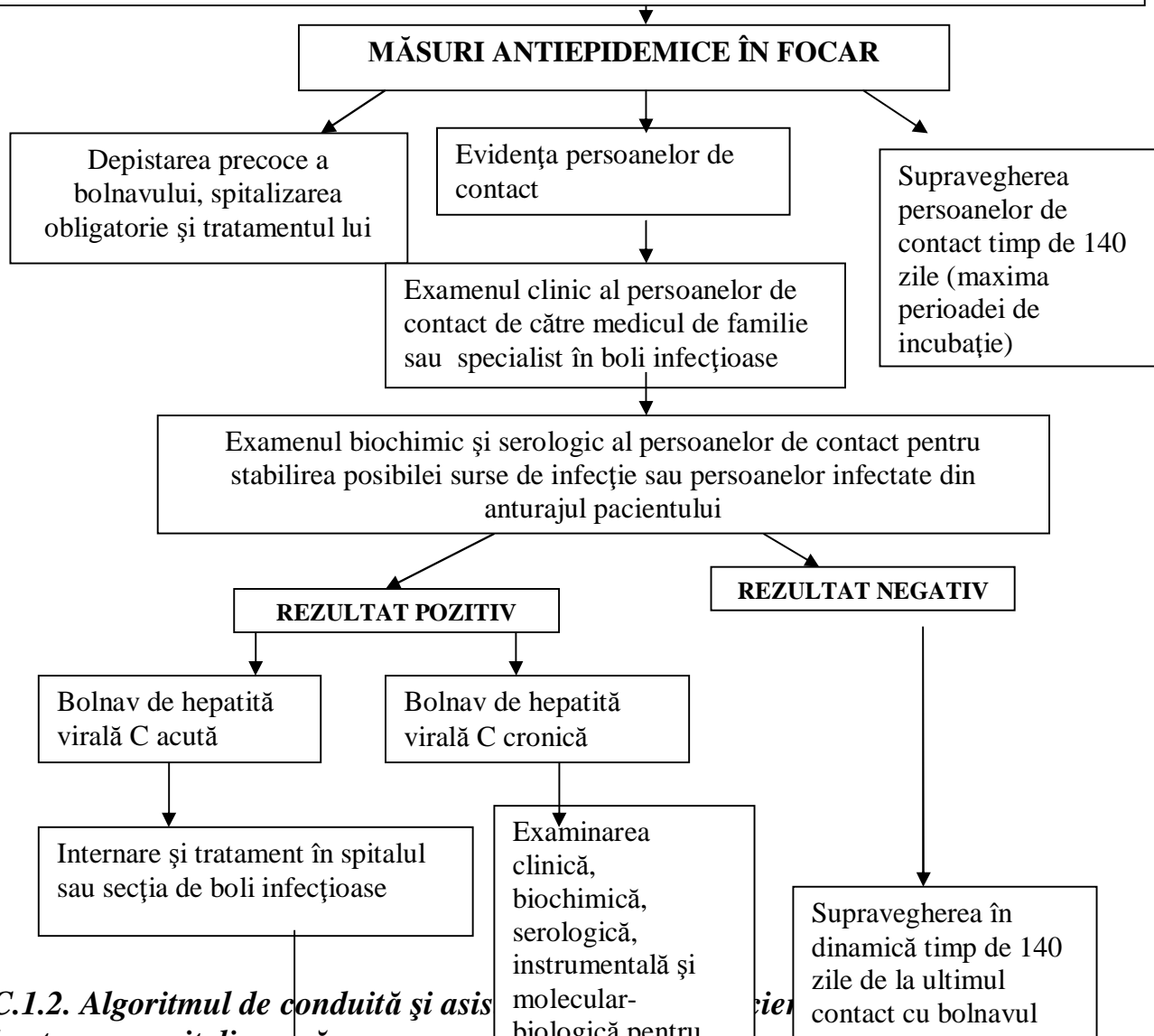
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Instruirea personalului și respectarea precauțiilor universale pentru a reduce riscul profesional de infectare..[48]	Obligatoriu: Protecția personalului prin utilizarea echipamentelor de protecție individuală (mănuși, halate)
1. Profilaxia		
C.2.2.		
1.1. Măsurile antiepidemice C.2.2.2.		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Respectarea condițiilor de izolare; • Declararea cazului la CSP teritorial
2. Spitalizare C.2.5.6.	Vor fi spitalizați toți pacienții	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu HVC acută vor fi spitalizați în secțiile specializate ale spitalelor raionale (municipale) și în spitalele clinice republicane cu respectarea regimului antiepidemic. • În secțiile de terapie intensivă se vor spitaliza pacienții cu forme grave și/sau stări de urgență Algoritmul C.1.3
3. Diagnosticul		
3.1. Confirmarea diagnosticului de HVC acută și evaluarea severității bolii C.2.5.1.-C.2.5.4.	Tactica de conduită a pacientului cu HVC acută și alegerea tratamentului medicamentos depinde de severitatea și complicațiile bolii precum și de factorii de risc, și de asemenea maladiile concomitente	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza clinico-epidemiologică (casetă 2). • Datele obiective (casetele 2, 3, tabelul 3-7). • Examenul de laborator (tabelul 8): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Teste generale; ✓ Teste enzimatic; ✓ Testele metabolismului bilirubinei; ✓ Teste de disproteinemie;

I	II	III
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigații suplimentare; ✓ Testele specifice • Diagnosticul diferențial (tabelul 10,11, casetele 4-8, 9-17) • Determinarea gradului de urgență <p>Algoritmul C.1.3.</p>
<p>Tratamentul C.2.5.7</p>		
<p>4.1. Continuarea tratamentului stărilor de urgență</p> <p>Algoritmul C.1.3.</p>	<p>Continuarea tratamentului stărilor de urgență va preveni consecințele grave</p>	<p>Obligatoriu (numai în stări de urgență):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se continuă tratamentul inițiat la etapa prespitalicească <p>Algoritmul C.1.3.</p>
<p>4.2. Tratamentul HVC acute conform severității maladiei</p> <p>C.2.3.7.</p> <p>Algoritmul C.1.3.</p>	<p>În toate cazurile este indicată spitalizarea. Tratamentul HVC acute se va efectua conform severității bolii</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul nemedicamentos ✓ Regim ✓ Dieta ✓ Consum excesiv de lichid • Tratament medicamentos (tabelul 12-14) ✓ Terapie de detoxifiere ✓ Preparate metabolice ✓ Enzime ✓ Enterosorbenți ✓ Diuretice <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament medicamentos cu (tabelul 12-14) ✓ Preparate antivirale ✓ Antibiotice ✓ Terapie simptomatică

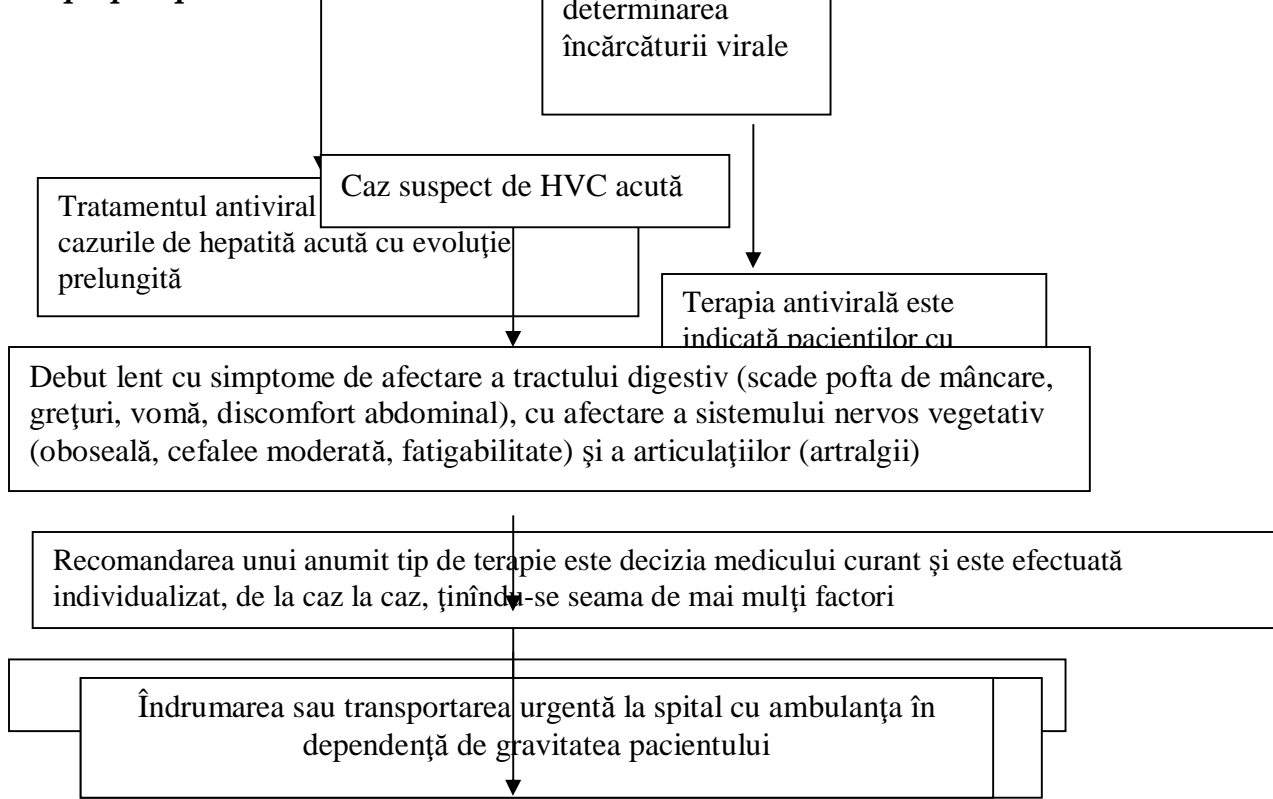
		<i>Algoritmul C.1.3.</i>
I	II	III
5. Externarea C.2.6.	Externarea pacientului este recomandată după vindecarea clinică completă, ameliorarea sau normalizarea indicilor biochimici	<p>Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea prognosticului HVC acute (casetă 18) • Externarea pacienților-conform criteriilor de externare (casetă 20)
5.1. Externarea cu referirea la nivelul primar pentru supraveghere		<p>Extrasul din foaia de observație va conține obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul precizat desfășurat; • Rezultatele investigațiilor efectuate; • Recomandări explicite pentru pacient; • Recomandările pentru medicul de familie și medicul infecționist.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

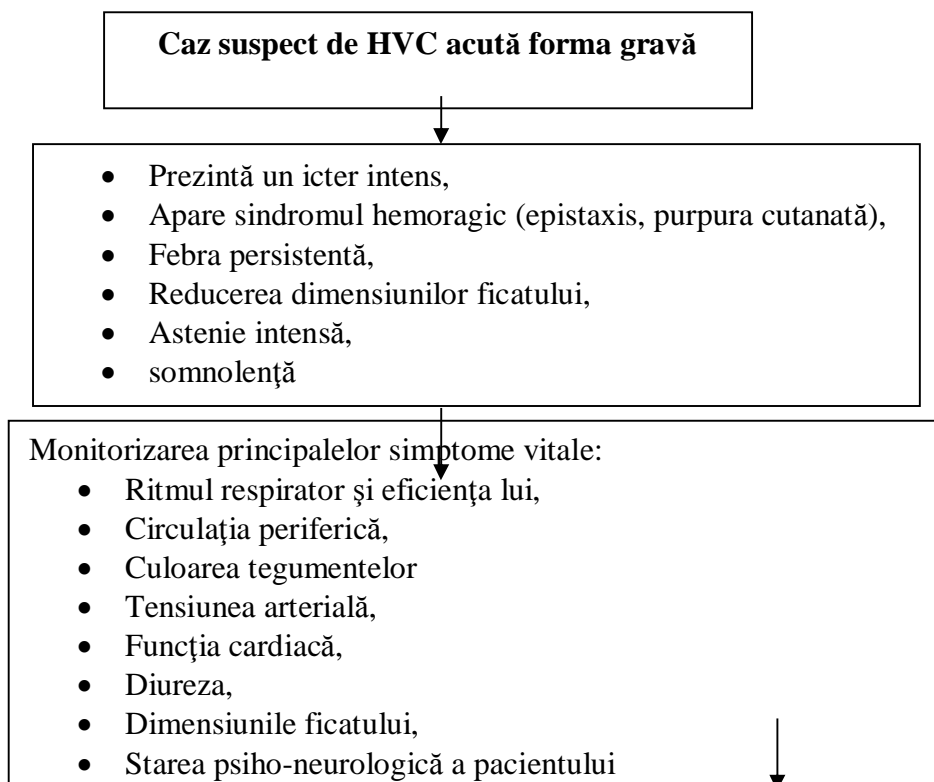
C.1.1. Algoritm de profilaxie a hepatitei virale C acute



C.1.2. Algoritm de conduită și asis la etapa prespitalicească



C.1.3. Algoritmul de conduită și asistență urgentă a pacientului cu HVC acută forma gravă la etapa prespitalicească



Sindrom hemoragic

- Restabilirea parametrilor hemodinamici:
- Se aplică gheață pe abdomen,
- Administrarea soluțiilor:
 - ✓ Sol. Glucoză 5-10%-500 ml, perfuzie i.v.
 - ✓ Sol. Clorură de sodiu 0,9%-500 ml perfuzie i.v.
 - ✓ Sol. Aprotinină 10.000 UI perfuzie i.v.
- Preparate hemostatice:
 - ✓ Sol. Etamsilat 12,5% 2 ml x 3 ori/zi, i.m. sau i.v.
 - ✓ Sol. Menadionă 1% 1 ml x 3 ori/zi, i.m.
 - ✓ Sol. Calciu gluconat 10% 10 ml, i.v.
 - ✓ Sol. Acid aminocapronic 5% 200 ml, perfuzie i.v.

Transportarea urgentă la spital cu ambulanța

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea HVCA

Tabelul 1. *Clasificarea formelor clinice a HVCA*

Forme clinice	Gravitatea	Evoluția	
		Durata bolii	Caracterul
<ul style="list-style-type: none"> • Tipică: <ul style="list-style-type: none"> - Icterică ✓ cu sindromul de colelatază; ✓ colelatacică. • Atipice: <ul style="list-style-type: none"> - Anicterică; - Frustă; - Subclinică; - Inaparentă; - Ocultă; - portaj de virus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ușoară, • Moderată, • severă • fulminantă (rar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Acută (3 luni), • Trenantă (4-6 luni), • Cronică (peste 6 luni): <ul style="list-style-type: none"> - activitate absentă; - activitate minimă; - activitate moderată; - activitate severă. • ciroză hepatică, • carcinom hepatic. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclică, • Cu acutizări și recăderi, • Cu complicații și maladii asociate.

Infecția ocultă cu VHC reprezintă o formă clinico-biologică a infecției cu VHC caracterizată prin absența unuia sau tuturor markerilor virusologici folosiți în mod curent în diagnosticul acesteia dar cu persistența a ARN-VHC în ficat și/sau rezervoarelor extrahepatice ale virusului hepatitei C.

C.2.2. Profilaxia HVCA

C.2.2.1. Profilaxia specifică

Caseta 1. Profilaxia specifică a HVC acută

În absența vaccinului contra HVCA la moment imunizarea nu se aplică nici în lume nici în

RM.

C.2.2.2. Profilaxia nespecifică - măsuri antiepidemice în focar

Tabelul 2. Măsuri antiepidemice în focar

<p><i>Măsurile profilactice implementate la nivel de instituții medico-sanitare</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bolnavii cu hepatită virală C acută se izolează (spitalizare obligatorie în secțiile sau în spitalele specializate cu respectarea regimului antiepidemic). • igiena mâinilor și utilizarea echipamentelor de protecție; • gestionarea și eliminarea în condiții de siguranță a deșeurilor medicale; • reducerea administrării produselor medicamentoase pe cale injectabilă; • implementarea metodelor neinvazive de diagnostic și tratament; • efectuarea manipulațiilor și intervențiilor medicale cu echipament de unică folosință; • sterilizarea garantată a instrumentarului și echipamentului medical în toate instituțiile medico-sanitare publice și instituțiile medico-sanitare indiferent de forma de proprietate; • asigurarea personalului din instituțiile medico-sanitare, cu echipament de protecție personală, conform specificului activității profesionale (halate, ochelari, măști, mănuși, papuci speciali etc.); • supravegherea epidemiologică și medicală cu examenul de laborator al contactaților (bilirubina, ALAT, ASAT, protrombina, proba cu timol), serologic (determinarea markerilor anti-VHC IgM, anti-VHC <i>sum</i>) și instrumental (examen ultrasonografic al organelor cavității abdominale) din focarele cu bolnavi de hepatită virală acută C; • examinarea de laborator la prezența markerilor virusurilor hepatitelor virale C a personalului medical și altor contingente de risc; • asigurarea consilierii persoanelor cu hepatită virală C cu privire la co-factorii care pot accelera progresia bolii (cum ar fi alcoolul, tabagismul), riscul și căile de transmitere ulterioară, și necesitatea supravegherii pe termen lung; • instruirea personalului medical, privind respectarea precauțiilor standard în scopul reducerii riscului de contractare a hepatitei virale C.
<p><i>Măsuri profilactice pentru prevenirea transmiterii hepatitei virale C la persoanele utilizatoare de droguri injectabile (persoane UDI).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • informarea persoanelor UDI despre riscul de infectare cu hepatitele virale și măsurile de prevenire; • asigurarea persoanelor care injectează droguri cu vaccinare rapidă contra hepatitei virale B;
<p><i>Măsuri în prevenirea transmiterii HVC prin contacte sexuale:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • informarea lucrătoarelor sexului comercial despre riscul de infectare cu hepatitele virale și măsurile de prevenire; • promovarea utilizării corecte și coerente a prezervativului, mai ales în rândul persoanelor cunoscute ca AgHBs pozitive;
<p><i>Măsuri care cer implementarea în continuare întru asigurarea securității hemotransfuzionale și transplanturilor:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • testarea donatorilor de fluide biologice, de țesuturi și organe la prezența markerilor hepatitelor virale C; • utilizarea hemotransfuziilor pe principiul argumentării bazate pe dovezi;

C.2.3. Factorii de risc

- Transfuzii sau transplante de la donatori infectați
- Practicarea unei profesii care expune la răni artificiale și la contactul accidental cu sângele altor persoane

- Utilizarea în comun a seringilor/acelor de către utilizatorii de droguri
- Practicarea de tatuaje sau piercing realizate în condiții precare de igienă
- Hemodializă
- Partener infectat cu virusul C, contacte sexuale întâmplătoare neprotejate, multiple
- Nașterea de la mamă infectată cu VHC

C.2.4. Screening-ul

- Screening-ul sîngelui, organelor, țesuturilor donate, la anti-HVC

C.2.5. Conduita pacientului cu HVCA

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 2. Recomandări pentru culegerea anamnesticalui

Date epidemiologice

- Contact cu bolnavi cu HVC acută și/sau cronică
- Folosirea în comun a unor obiecte de igienă personală: lame de ras, periute de dinți, foarfece sau obiecte de manichiură
- Utilizarea de droguri intravenos
- Manopere medicale: stomatologice, chirurgicale, reanimatologice, ginecologice, angiografii, endoscopii, acupunctură (14-140 zile și peste)
- Manopere în instituțiile nemedicale (frizerii, cabinete de manichiură, pedichiură, cosmetice, de tatuaj și piercing)
- Activitate profesională: stomatolog, chirurg, reanimatolog, ginecolog, traumatolog, angiolog, endoscopist, asistentă medicală, care vin în contact cu sîngele pacienților
- Contact sexual neprotejat
- Hemodializă și hemofilici politransfuzăți
- Transfuzii de sînge și derivatele acestuia
- Transplant de țesuturi, organe.

Date clinice precoce

- În perioada prodromală (preicterică) cu o durată de la 3-4 pînă la 10-15 zile și peste
- Debut lent
- Temperatura normală, uneori poate să fie ascensiune termică
- Simptome ale sindromului dispeptic
 - ✓ Scade pofta de mîncare
 - ✓ Grețuri
 - ✓ Vome (2-3 ori)
 - ✓ Senzație de disconfort digestiv (abdominal)
 - ✓ Dureri în rebordul costal drept și în regiunea epigastrică
- Simptome ale sindromului astenic
 - ✓ Astenie
 - ✓ Indispoziție generală
 - ✓ Apatie
 - ✓ Adinamie
- Simptome ale sindromului artralgie
 - ✓ Dureri în articulații, preponderent în articulațiile mici, simetrice, implicînd mai ales articulațiile distale

- Simptome ale sindromului mixt (dispeptic, astenic și artralgic), mai frecvente
 - Alte simptome
 - ✓ Urina hipercromă (cu 2-3 zile înainte de apariția icterului)
 - ✓ Scaun acolic
 - ✓ Urticarie
 - ✓ Eruptii macropapuloase
 - ✓ Prurit izolat, ori asociat cu alte simptome
 - ✓ Hepatomegalie (frecvent)
 - ✓ Splenomegalie (mai rar)
- Date clinice tardive**
- În perioada de stare (icterică)
 - Simptome de intoxicație generală ale sindromului dispeptic, astenic, artralgic caracteristice pentru perioada prodromală (preicterică) sunt prezente cu aceeași intensitate ori mai accentuate
 - Apariția icterului de la subictericitate pînă la icter franc
 - Urina hipercromă cu aspect de „bere brună”
 - Scaun acolic
 - Hepatomegalie de regulă
 - Splenomegalie, mai rar
 - Manifestările extrahepatice
 - ✓ Hematologice (crioglobulinemie mixtă, anemie aplastică, trombocitopenie idiopatică etc.)
 - ✓ Renale (glomerulonefrită, nefropatii)
 - ✓ Endocrine (diabet zaharat, hipo sau hipertiriodism)
 - ✓ Dermatologice (lichenul plan, eritem multiform, eritem nodos, vasculită necrotizantă cutanată etc.)
 - ✓ Neuromusculare (neuropatii periferice)
 - ✓ Articulare (artrite reumatoide, artrite/artralгии)

C.2.5.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 3. Date obiective în perioada prodromală (preicterică)

- Hepatomegalie
- ✓ La palpare:
 - Mărit în dimensiuni, margine rotundă, suprafața netedă
 - Dur – elastic;
 - Sensibil sau dureros;
- Splenomegalie (pînă la 30%)
- ✓ La palpare:
 - Elastică;
 - Indoloră.
- Eruptii (rareori) urticariene, macropapuloase;
- Urina hipercromă, ultimele 2-3 zile a perioadei preicterice;
- Scaune acolice (mai rar) ultimele 2-3 zile a perioadei preicterice.

Tabelul 3. Date obiective în HVCA perioada icterică

Date obiective	FORMA TIPICĂ	FORME ATIPICE			
	Forma icterică	Forma anicterică	Forma frustă	Forma subclinică	Forma inaparentă

I	II	III	IV	V	VI
Icter	Prezent, corelează cu gravitatea bolii	Absent	Subictericitate a sclerelor	Absent	Absent
Hepatomegalie	Prezentă, corelează cu gravitatea bolii	Prezentă, moderată	Prezentă, moderată	Absentă	Absentă
Splenomegalie	Rareori	Rareori	Absentă	Absentă	Absentă
Urina hipercromă	Prezentă	Absentă	De scurtă durată	Absentă	Absentă
I	II	III	IV	V	VI
Scaun acolic	Prezent	Absent	Absent	Absent	Absent
Bradycardie	Prezentă	Prezentă	Absentă	Absentă	Absentă
Zgomote cardiace asurzite	Prezente	Prezente	Absente	Absente	Absente

Tabelul 4 Criteriile de gravitate în HVCA

Criteriile clinice	Criteriile paraclinice
<ul style="list-style-type: none"> Intensitatea simptomelor de intoxicație generală (cefalee, vertijuri, tremor involuntar al degetelor, insomnie, somnolență, slăbiciune generală accentuată, adinamie) Agravarea manifestărilor digestive (anorexie, greață, vomă repetată) Intensitatea icterului și progresia rapidă a lui Manifestările hemoragice (hemoragii nazale, gingivale, purpură cutanată etc.) Intensificarea durerilor în rebordul costal drept 	<ul style="list-style-type: none"> Nivelul bilirubinei (creșterea ei rapidă), raportul fracțiilor bilirubinei în dinamică, tendința spre creștere a fracției indirecte Scade protrombina Scade nivelul fibrinogenului Scade nivelul testului cu sublimat Scade nivelul β-lipoproteidelor Scade nivelul izoenzimelor LDH5, MDH3, MDH4, A3 Crește nivelul ASAT în raport cu ALAT

Tabelul 5. Manifestările clinice în HVCA conform gravității maladii

Criteriile	Forma ușoară	Forma moderată	Forma severă
Sindromul de intoxicație generală	Slab pronunțat	Moderat	Foarte pronunțat, cu apariția icterului se intensifică
Sindromul dispeptic	Slab pronunțat	Moderat	Foarte pronunțat, cu apariția icterului se intensifică
Sindromul artralgie	Rar	Mai frecvent	Frecvent
Sindromul hemoragic	Absent	Absent	Prezent, hemoragii nazale, gingivale, erupții hemoragice
Icterul	De o intensitate mică	Moderat	Franc
Hepatomegalia	1-3 cm mai jos de	2-5 cm mai jos de	3-5 cm mai jos de

	rebordul costal drept, la palpare elastic, sensibil	rebordul costal drept, la palpare elastic, și dureros	rebordul costal drept, la palpare elastic și foarte dureros
Splenomegalia	Nu se palpează	La nivelul rebordului costal stâng	1-3 cm mai jos de rebordul costal stâng

Notă: Forma severă în HVCA se întâlnește rar

Tabelul 6. Manifestările clinice ale stărilor de urgență (forma fulminantă, coma hepatică) în HVC acută

Stadiul comei	Simptomatologia neuropsihică	Alte semne și simptome	Modificările la electroencefalografie
I Prodrom de comă	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stare de agitație psihică cu dezorientare ușoară ✓ Vorbire neclară ✓ Tulburări ale somnului (somnolență, insomnie nocturnă) ✓ Asterixis (<i>flapping-tremor</i>)=tremurări fine ale degetelor ✓ Reflexe prezente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Foetor hepaticus</i> (miros hepatic) ✓ Sindrom digestiv intens (anorexie și vomă) ✓ Ficatul se micșorează în volum ✓ Teste de coagulare prăbușite 	Mai des lipsesc
II Precomă	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stare de confuzie accentuată ✓ Bizarerii psihice ✓ Halucinații ✓ Delir ✓ Agitație neuropsihică, uneori extremă (nebunia hepatică). Tremurături ✓ Reflexe prezente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Matitatea hepatică s-a redus notabil ✓ <i>Foetor hepaticus</i> intens 	Moderate
III Coma (excitabilă)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comă instalată, cu somn profund, din care bolnavul poate fi trezit (răspunde la excitanți externi) ✓ Vorbire incoerentă ✓ Tonus muscular crescut (rigiditate) ✓ Tulburări de reflexe 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ficatul mult redus ca volum (greu percutabil) ✓ Sindrom hemoragic posibil 	Pronunțate
IV Coma profundă	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comă profundă, din care bolnavul nu poate fi trezit ✓ Inexcitabilitate completă. Fără mișcări active ✓ Pierderea reflexelor și a controlului sfincterelor 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ficatul mult redus ca volum (greu percutabil) ✓ Sindrom hemoragic posibil ✓ Insuficiență renală ✓ Hipertermie și tahicardie (terminale) 	Foarte pronunțate

Tabelul 7. Manifestările clinice și paraclinice ale formei colestatice în HVCA

Simptome	Criteriile paraclinice
<ul style="list-style-type: none"> • Icter pronunțat și persistent (30-40 zile și peste) • Prurit cutanat supărăcios • Subfebrilitate • Semne de intoxicație generală sunt moderate ori slab pronunțate • Hepatomegalie 2-5 cm • Urină hipercromă • Scaun acolic 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubina totală - crescută considerabil, preponderent pe contul bilirubinei directe (conjugate) • ALAT, ASAT, moderat crescute, uneori chiar normale • Colesterolul cu valori crescute • Fosfataza alcalină cu valori crescute • β-lipoproteidele cu valori crescute • GGT- cu valori crescute • 5-nucleotidaza cu valori crescute

Notă: Forma colestatică în HVCA se întâlnește rar

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice în HVCA

Tabelul 8. Investigațiile paraclinice în HVCA

Investigații	FORMA TIPICĂ		FORME ATIPICE		
	Icterică	Anicterică	Frustă	Subclini că	Inaparen ță
I	II	III	IV	V	VI
Hemoleucograma	<ul style="list-style-type: none"> • Leucopenie • Limfocitoză • VSH normală 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucopenie • Limfocitoză • VSH normală 	Norma	Norma	Norma
Teste biochimice					
Bilirubina totală	Crescută	Norma	25 mcmol/l	Norma	Norma
Bilirubina directă (conjugată)	Crescută (predomină)	Crescută ușor	Crescută ușor	Norma	Norma
Bilirubina indirectă (neconjugată)	Crescută	Norma	Crescută ușor	Norma	Norma
ALAT	Crescută	Crescută	Crescută	Crescută moderat	Norma
ASAT	Crescută	Crescută	Crescută	Crescută moderat	Norma
Protrombina	Scade ușor	Scade ușor	Norma	Norma	Norma
Proba cu timol	Norma	Norma	Norma	Norma	Norma
Proba cu sublimat	Scăzut ușor	Scăzut ușor	Norma	Norma	Norma
Colesterolul	Scăzut Crește în formele colestatice	Scăzut	Norma	Norma	Norma
β-lipoproteidele	Crescută moderat Valori înalte în	Crescută moderat	Norma	Norma	Norma

	formele colestatice				
Fosfataza alcalină	Crescută moderat Valori înalte în formele colestatice	Crescută moderat	Norma	Norma	Norma
Proba la bilirubina conjugată în urină	Pozitivă	Pozitivă de scurtă durată	Slab pozitivă	Norma	Norma
Proba la urobilinogen în urină	Pozitivă	Pozitivă de scurtă durată	Slab pozitivă	Norma	Norma
Metode moleculare biologice și serologice					
I	II	III	IV	V	VI
ARN-VHC	Pozitiv (peste 1-2 săptămâni de la infectare)	Pozitiv (peste 1-2 săptămâni de la infectare)	Pozitiv (peste 1-2 săptămâni de la infectare)	Pozitiv (peste 1-2 săptămâni de la infectare)	Pozitiv (peste 1-2 săptămâni de la infectare)
Antigenul core al VHC	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv
Anti-VHC IgM	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv
Anti-VHC sum	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv
Anti-spectru VHC către proteinele structurale și nestructurale	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv	Pozitiv

Tabelul 9. Investigațiile biochimice în HVCA conform gravității maladiei

Criteriile	Forma ușoară	Forma medie	Forma gravă
Bilirubina totală	Pînă la 85 mcml/l	86-175 mcml/l	Peste 175 mcml/l
ALAT	Valori crescute 10-15 ori față de normă	Valori crescute 15-20 ori față de normă	Valori crescute 15-20 ori față de normă
ASAT	Valori crescute 5-10 ori față de normă	Valori crescute 10-15 ori față de normă	Valori crescute 10-15 ori față de normă
Protrombina	Valori normale	Scade 70-60%	Scade 60-50%
Fibrinogenul	Valori normale	Valori normale	Scăzut
B-lipoproteidele	Valori normale	Crește ușor	Scade moderat
Proba cu sublimat	Valori normale	Scade 1,7-1,6 ml	Scade 1,6-1,4 ml

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Tabelul 10. Diagnosticul diferențial al HVCA cu HVA, HVBA, HVDA, HVE, HVF, HVG, TTV, SENV

Semne și sindroame	HVC	HVB	HVD		HVA/A	HVE/A	HVF/A	HVG/A	TTV/A	SENV/A
			Coinfecție	Suprainfecție						
I	II	III	IV	IV A	V	VI	VII	XIII	IX	X
Agentul etiologic	ARN, virusul cu diametru 30-60 nm, genomul virusului codează 3 albumine structurale și 5 nestructurale	ADN, virusul cu diametru 42-45 nm	ARN virusul cu diametru 35-38 nm, învelișul este reprezentat de AgHBs al VHB		ARN, virusul cu diametru 27-30 nm, fără anvelopă	ARN, virusul cu diametru 27-34 nm, fără anvelopă	ADN, virusul cu diametru 27-37 nm	ARN, virusul cu diametru 20-30 nm	ADN, virusul cu diametru 30-50 nm, fără anvelopă	ADN, virus cu dimensiuni mici, fără anvelopă
Sursa de infecție	Omul bolnav cu forme amănifeste și manifeste	Omul: - Forme cronice - Portaj AgHBs - Forma acută	Omul: - Forme cronice - Portaj cu HVD - Forma acută		Omul bolnav, forme clinice tipice și atipice	Omul: - Bolnav cu forme tipice și atipice	Omul bolnav cu forme atipice și tipice	Omul - Bolnav cu forme acute și cronice - Portaj VHG	Omul - Bolnav cu forme acute și cronice - Portaj	Omul bolnav cu forme acute și cronice
Mecanismul de transmitere	Parenteral	Parenteral	Parenteral		Fecal-oral (digestiv)	Fecal-oral (digestiv)	Fecal-oral (digestiv)	Parenteral	- Parenteral - fecal-oral	Parenteral
Căile de transmitere	- orizontală - naturală - verticală	- orizontaă - naturală - verticală	- orizontaă - naturală - verticală (mai rar)		- habituală - hidrică - alimentară	- hidrică - habituală - alimentară	- habituală - hidrică - alimentară	- orizontală - naturală - verticală	- orizontală - naturală - verticală	- orizontală - naturală - verticală

I	II	III	IV	IV A	V	VI	VII	VIII	IX	X
	(mai rar) - sexuală (mai rar)	- sexuală	- sexuală (mai rar)					- sexuală	- sexuală - alimen tară - habituală	- sexuală
1	2	3	4	4A	5	6	7	8	9	10
Vârsta	Toate grupele de vîrstă, copii mai rar, mai frecvent la adulții	Toate grupele de vîrstă, mai frecvent după 30 de ani	Toate grupele de vîrstă, mai frecvent la adulți		Copiii de la 1 an, mai frecvent 3-15 ani, mai rar la adulți	Toate grupele de vîrstă, mai frecvent adulții	Toate grupele de vîrstă,	Toate grupele de vîrstă, mai frecvent adulții	Toate grupele de vîrstă, mai frecvent adulții	Toate grupele de vîrstă
Sezonalitatea maladiei	Absentă	Absentă	Absentă		Vara- Toamna	Vara - Toamna	Vara - Toamna	Absentă	Absentă	Absentă
Perioada de incubație	7-140 zile	45-120-180	45-120- 180	30-60	7-35-50	14-40-56 zile	Se studiază	14-145 zile	45-90 zile	Se studiază
Debutul maladiei	Gradat	Gradat	Acut	Acut	Acut	Gradat ori acut	Acut	Gradat	Gradat	Gradat
Febră	Temperatura de regulă normală, mai rar pînă la 38°C	Temperatura normală, subfebrilă în 1/3 cazuri pînă la 15% la 38°C	De regulă 38-39°C perioada preicterică și 12 zile în perioada icterică	De regulă 38-39°C perioada preicterică și 2 săptămîni	38-39-40°C 2-3 zile și numai în perioada preicterică	Se întâlnește rar	Se întâlnește rar	Temperatura de regulă normală	Temperatura de regulă normală	Temperatura de regulă normală
Sindroamele în perioada preicterică (prodromală)										
Durata perioadei preicterice	De la 3-4 zile pînă la 10-15 și peste	0-14-30 zile	0-14 zile	3-5 zile	1-7 zile	1-9 zile	Se studiază	1-14 zile	Se studiază	Se studiază

I	II	III	IV	IVa	V	VI	VII	VIII	IX	X
Sindromul dispeptic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic		Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic
Sindromul astenic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic		Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic
Sindromul cataral	Absent	Absent	Absent		Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Absent	Absent	Absent
1	2	3	4	4A	5	6	7	8	9	10
Sindromul artralgie	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic, mai frecvent decât în HVC	Absent	Absent	Absent	Caracteristic	Caracteristic	Caracteristic
Durata perioadei icterice	Cîteva zile pînă la 2-4 săptămîni	2-5 săptămîni	3-6 săptămîni	4-8 săptămîni	Cîteva zile pînă la 1-3 săptămîni	1-3 săptămîni uneori chiar 4-6 săptămîni	1-3 săptămîni	3-4 săptămîni	3-5 săptămîni	Se studiază
Particularitățile perioadei icterice	Starea generală cu apariția icterului nu se ameliorează	Starea generală cu apariția icterului nu se ameliorează	Starea generală cu apariția icterului se agravează		Starea generală cu apariția icterului se ameliorează	Starea generală cu apariția icterului nu se ameliorează	Se studiază	Starea generală cu apariția icterului nu se ameliorează	Starea generală cu apariția icterului se agravează	Se studiază
Hepato-megalia	De regulă	De regulă	De regulă	100%	De regulă	De regulă	De regulă	De regulă	De regulă	De regulă
Spleno-megalia	Rar pînă la 30%	Rar pînă la 30%	Mai frecvent pînă la 50%	100%	Rar pînă la 30%	Rar	Rar	Rar	Rar	Rar
Gravitatea maladii	Ușoară și moderată	Mai frecvent moderată și severă	Mai frecvent moderată și severă	Severă și foarte severă	Ușoară și moderată	Ușoară și moderată	Se studiază	Moderată, severă și foarte severă	Se studiază	Se studiază
I	II	III	IV	IV A	V	VI	VII	XIII	IX	X

Markerii	ARN-VHC Anti-VHC IgM Anti-VHC sum Anti- spectru VHC	AgHBs AgHBe Anti-HBe Anti- HBcor IgM Anti- HBcor sum ADN-VHB	Anti- HVD IgM Anti- HVD sum AgHBs Anti- HBcor IgM Anti- HBcor sum AgHBe Anti-HBe ARN- VHD	Anti-HVD IgM Anti-HVD sum Anti-HBcor sum Anti-HBcor IgM AgHBs AgHBe Anti-HBe ARN-VHD	Anti-VHA IgM Anti-VHA IgG	Anti-HVE IgM și Anti-HVE IgG	ADN-VHF prin PCR	Anti-E2- VHG, ARN-VHG	ADN-TTV prin PCR	ADN- SENV prin PCR
Cronicizare	50-90%	5-10%	5-20%	70-98%	Nu se cronicizează	Nu se cronicizează	Se cronicizează	Se cronicizează frecvent	Se studiază	Se studiază

C.2.5.4.1. Diagnosticul diferențial al HVCA în perioada preicterică

Caseta 4. Diagnosticul diferențial cu toxiiinfecțiile alimentare

- Agentul etiologic bacterii condiționat patogene care produc enterotoxine.
- Calea de transmitere este cea alimentară: carnea și produsele din carne, laptele și lactatele, ouăle, peștele, supe, sucuri, compoturi, cvas, limonadă, cocktailuri etc.
- Infectarea în grupuri cu aspect exploziv, afectând aproape toate persoanele care au utilizat același produs infectat.
- Debut acut, chiar brutal, care urmează după o perioadă de incubație foarte scurtă 30 min până la 24 ore.
- Frison, febră 38-39°C cu o durată de 1-2 zile, cefalee, indispoziție.
- Greață, vomă repetată, scaun lichid, apos cu o frecvență până la 1-15 ori și mai mult.
- Dureri în abdomen pe toată suprafața lui.
- Ficatul și splina nu-s mărite.
- ALAT, ASAT, bilirubina cu valori normale.
- Hemoleucograma: leucocitoză, neutrofiloză, VSH moderat accelerată.

Caseta 5. Diagnosticul diferențial al HVCA cu colecistita cronică alitiacică

- Este favorizată de diverse tipuri de disfuncții a vezicii biliare, și de asemenea provocată de infecții, invazii cu helminți, fungi patogeni, refluxul duodenobiliar.
- Durerile sunt localizate în hipocondrul drept, mai rar în epigastru, de caracter surd și de intensitate moderată, ori sub formă de accese cu iradiere în regiunea omoplatului drept.
- Factorii provocatori de dureri biliare pot fi: mesele copioase, ouăle, produsele alimentare grase, prăjite, alcoolul, stresul, ridicarea greutăților, apa carbonizată.
- La unii pacienți apare febra, dereglări psihoemoționale (depresie, astenie, iritabilitate), dureri în regiunea cordului.
- Examenul obiectiv relevă: sclere subicterice, pigmentarea cutanată, se determină puncte dureroase reflectorii (Mac-Kenzie, Boas, Murphy, Kehr, Ortner etc).
- Ficatul și splina nu-s mărite.
- Hemoleucograma: leucocitoză, neutrofiloză, VSH moderat accelerată.
- Testele biochimice ale ficatului evidențiază o creștere moderată a nivelului bilirubinei, ALAT, fibrinogenului, fosfatazei alcaline, GGT.

Caseta 6. Diagnosticul diferențial al HVCA cu artrita și poliartrita reumatismală

- Prezintă o formă clinică a febrei reumatismale acute, cauzată de streptococul β -hemolitic din grupa A, care afectează cu predilecție sistemul cardio-vascular
- În evoluția febrei reumatismale acute se disting trei perioade: de debut, unde predomină tabloul clinic al unei infecții a tractului respirator superior, latentă și a manifestărilor clinice
- Debutul manifestărilor clinice ale febrei reumatismale acute se observă, de obicei, peste 2-3 săptămâni după primele manifestări ale unei angine streptococice
- Manifestările articulare sunt sub formă de artralгии sau artrite și, de obicei, sunt însoțite de febră, frecvent asociate cordului, dar pot fi și izolate
- Poliartrita reumatismală se caracterizează prin afectarea articulațiilor mari și medii ale genunchilor, talo-crurale, humerale, cubitale, mai rar radio-carpene. De obicei poliartrita reumatismală regresează complet, însă în caz de recidive frecvente, cazuistic se dezvoltă artrita cronică postreumatismală Jaccond, ce se caracterizează prin afectarea articulațiilor mici ale mâinilor și picioarelor.

- Hemoleucograma: leucocitoză, neutrofiloză, anemie, VSH accelerată
- Se constată disproteinemie, crește nivelul fibrinogenului, fibrinei, produselor de degradare a fibrinei și fibrinogenului, ceruloplasminei, hexozelor, aminotransferazelor, lactatdehidrogenazei, creatinfosfokinazei
- Investigațiile serologice: crește titrul antistreptolizinei – O și S, anti-hialuronidazei, antistreptokinazei.

Caseta 7. Diagnosticul diferențial al HVCA (manifestările extrahepatice) cu Purpura Henoch-Schönlein

- Reprezintă o vasculită sistemică, aseptică, de natură imună, caracterizată prin afectarea vaselor mici de tipul arteriolelor capilarelor și venulelor postcapilare, inflamația cărora este determinată de depozitarea complexelor imune, constituite din IgA și complement.
- Etiologia nu este determinată. Sunt incriminați mai mulți factori: virusuri (Epștein-Bar, citomegalovirusului, adenovirusurilor etc.), bacterii (streptococ, mai rar stafilococ, micoplasma, yersinia etc.)
- Debutul maladiei este acut, mai rar subacut sau insidios de obicei, după unele infecții respiratorii acute, amigdalite, utilizarea unor medicamente sau alimente.
- Purpura reprezintă erupții hemoragice (peteșii) palpabile și sunt localizate preponderent pe membrele inferioare, fese, partea inferioară a trunchiului. În câteva zile, purpura devine palidă și dispare, rareori sunt asociate de prurit, lăsând urme hiperpigmentate. Purpura niciodată nu apare pe față, poate apărea pe extremitățile superioare, articulații, testicule.
- Afectarea articulațiilor se întâlnește mai rar, comparativ cu cel tegumentar. Sunt afectate de obicei articulațiile mari ale membrelor inferioare, manifestându-se prin: artralgiile sau artrite cu edem periarticular, mai rar sinovită.
- Hemoleucograma: leucocitoză, neutrofiloză, trombocitoză, VSH accelerată.
- Se constată creșterea fibrinogenului, haptoglobinei, acizilor sialici acizilor sialici, α_2 și γ -globulinelor.

Caseta 8. Diagnosticul diferențial al HVCA cu artrita reumatoidă

- Artrita reumatoidă reprezintă o afecțiune inflamatoare cronică sistemică a țesutului conjunctiv, care se caracterizează prin afectare progresivă, preponderent a articulațiilor periferice.
- Cauzele concrete nu au fost stabilite, probabil că un rol important îl joacă interacțiunea între factorul genetic și cel al mediului.
- Femeile sunt afectate de 3-5 ori mai frecvent decât bărbații. Vârsta medie în debut pentru femei este de 40,8 ani, iar pentru bărbați-44,6 ani.
- Debutul este lent și treptat și numai în 10-15% din cazuri este acut.
- Primele simptome sunt durerile în articulații și redoarea matinală în ele, apoi peste câteva zile sau săptămâni treptat se dezvoltă artrite simetrice, mai frecvent la articulațiile mici ale mâinilor. Artralgiile și redoarea sunt însoțite de subfebrilitate inconstantă, fatigabilitate.
- Pentru artrita reumatoidă este caracteristică poliartrita (≥ 5 articulații). Un semn clasic este simetricitatea afectărilor articulare. Mai pot fi afectate articulațiile genunchilor, mai rar articulațiile coatelor, talocrurale, și mai rar-articulațiile humerale.
- Hemoleucograma - anemie normocromă, mai rar trombocitoză, leucocitoză moderată, VSH accelerată.
- Investigațiile biochimice vor constatat reducerea nivelului albuminuriei și creșterea moderată a gamaglobulinelor și mai important α_2 -globulinelor și a fibrinogenului, a ceruloplasminei, proteinei C reactive, al componentului III al complementului și a proteinei amiloidice A serice.

C.2.5.4.1. Diagnosticul diferențial al HVCA în perioada icterică

Tabelul 11. Diagnosticul diferențial al HVCA cu mononucleoza infecțioasă, leptospiroza, infecția citomegalică

Semne clinice	Hepatita virală C acută	Mononucleoza infecțioasă	Leptospiroza	Infecția citomegalică
I	II	III	IV	V
Etiologie	Virusul hepatic C	Virusul Epstein-Bar	Leptospirele	Virusul citomegalic
Sursa de infecție	Om bolnav cu forme acute, cronice și asimptomatice.	Om bolnav cu forme tipice și atipice.	Rezervorul de infecție rozătoarele (șobolanii, șoarecii de câmp), bovinele, porcinele etc.	Om bolnav forme tipice și atipice, portaj de CMV.
Mecanismul de transmitere	Parenteral.	Aerogen.	Fecal-oral prin tegumentele lezate.	Pe calea aerului, materno-fetal, fecal-oral.
Căile de transmitere	Manopere medicale atunci când utilajul medical nu este sterilizat suficient, prin folosirea în comun a acelor, seringilor (la utilizatorii de droguri), habituală (prin folosirea în comun a obiectelor de uz casnic –tăioase), practicarea de tatuaje sau piercing în condiții precare de igienă, sexuală, verticală	Pe calea aerului: - contact direct (picături Flügge); - prin sărut; - prin obiecte recent contaminate cu secreții - prin transfuzii (excepțional).	- contact cu animalele bolnave sau purtătoare de leptospire (la îngrijirea, sacrificarea animalelor); - pe cale hidrică cu apa infectată cu leptospire prin urina animalelor bolnave în timpul scăldatului, pescuitului; - alimentară cu produsele contaminate cu leptospire.	Virusul citomegalic se găsește în urina și în saliva persoanelor infectate, în secrețiile vaginale feminine, în spermă, în laptele femeilor și de aici se transmite pe cale: - Verticală; - Sărut; - Sexuală; - pe calea aerului; - prin consumul de lapte de la mama infectată.
Vârsta	Toate vârstele, mai frecvent adulții	Mai frecvent copiii adolescenți și adulții tineri	Toate grupele de vârstă, în ultimii ani mai frecvent adulții profesioniști	Mai frecvent la copii, la adulți mai rar.
Imunitate	Imunitatea se formează în 15-30% din cazuri.	Imunitatea poate fi conferită atât de boala manifestă clinic, cât și de formele asimptomatice dar la unele persoane virusul	Durabilă, tipospecifică	Infecția nu conferă imunitate solidă, virusul continuă să fie eliminat și în prezența anticorpilor.

		poate persista ani de zile în stare latentă		
Perioada de incubație	14-140 zile	5-12, uneori 30-45 zile	3-30 zile (în medie 7-14 zile)	Perioada de incubație nu este stabilită
Debutul maladiei	Gradat	Acut	Acut, uneori violent, bolnavul indicând nu numai ziua dar și ora.	Lent
Febră	Nu este caracteristică	38-39 °C	39-40°C	Mai rar 39-40°C sindrom febril prelungit, care persistă peste 15 zile.
Exantemul	În afectările extrahepatice.	Erupecie rubeoliformă, rujeoliformă, scarlatiniformă, uneori peteșială.	Erupecie rozeolo-papuloasă, maculo-papuloasă, urticariană, peteșială.	Rareori.
Afectarea sistemului nervos central	Simptome de afectare a sistemului nervos vegetativ, sindromul astenic.	- Meningită; - Encefalită; - Meningoencefalită; - Mielită.	Meningită, meningoencefalită.	Microcefalie, oligofrenie, spasticitate musculară.
Afectarea sistemului cardiovascular	Bradycardie, zgomote cardiace asurzite, TA scăzută.	Tahycardie, zgomotele cardiace asurzite, TA scăzută.	Tahycardie, zgomotele cardiace asurzite, TA scăzută.	Mai rar.
Adenopatie	Absentă.	De regulă. Cel mai frecvent ganglionii cervicali posteriori.	Moderată, uneori.	În sindromul febril prelungit și cel mononucleozic.
Icterul	Prezent în forma icterică, icter parenchimos.	Prezent (în 10-20% din cazuri).	Prezent (în 15-20%) din cazuri icter mixt.	În hepatita citomegalică.
Hepatomegalie	De regulă	De regulă	De regulă	În hepatita citomegalică
Splenomegalie	Prezentă în 30% din cazuri.	De regulă.	Mai rar.	În hepatita citomegalică.
Teste biochimice				
Bilirubina	Crescută preponderent conjugată.	Crescută preponderent conjugată.	Crescută conjugată și neconjugată (mai frecvent).	Crescută preponderent conjugată în hepatita citomegalică.

ALAT, ASAT	Crescute 15-20 ori față de normă	Crescute 10-20 ori față de norma în hepatită mononucleozică și de 3-5 ori în formele fără icter	Normale sau moderat crescute de câteva ori	Crescute 15-20 ori în hepatita citomegalică
Protrombina	Scăzut. Corelează cu gravitatea maladii	Scăzut. Corelează cu gravitatea hepatitei mononucleozice	Scade moderat în formele moderate și severe	Scăzut. Corelează cu gravitatea maladii în hepatita citomegalică
- Colesterolul - Fosfataza alcalină - GGT	Crescute în formele colestatice	Moderat crescute în unele cazuri	Crescute	Crescute în formele cu colestază
Hemoleucograma	- Leucopenie - Limfocitoză - VSH normală ori redusă	- Leucocitoză - Limfocitoză - Monocitoză - Mononucleare atipice peste 10% - VSH accelerată	- Anemie - Trombocitopenie - Leucocitoză - Neutrofiloză - VSH accelerată	- Leucocitoză discretă sau moderată - Limfocitoză - Mononucleare atipice - VSH accelerată
Diagnosticul specific	ARN-VHC Anti-VHC IgM Anti-VHC sum Anti-spectru VHC	Anti-EBV-VCA IgM Anti-EBV-VCA IgM	- RAL titrul 1/100 la a 7-ea zi de boală - RFC titrul 1/10 la a 2-3 zi de boală - RHAI titrul 1/80 la a 9-13-a zi de boală	Anti CMV IgM Anti CMV IgG

Caseta 9. Diagnosticul diferențial al HVCA forma icterică cu icterul mecanic

- Mai frecvent se atestă la persoanele peste 40 ani,
- Sindromul algic precede icterul,
- Pierderea ponderală în icter mecanic cauzat de neoplasm,
- Prezența semnelor dispeptice greață, inapetență, vomă,
- Prezența febrei și a frisonului,
- Prurit cutanat, insuportabil,
- Icter intens cu nuanță verzuie, pămîntie,
- Hepatomegalie,
- Splenomegalie, absentă,
- Hiperbilirubinemie, preponderentă conjugată (directă),
- Scaun acolic, steatoree,
- Urobilinogenul în urină lipsește.
- Indicii sindromului de citoliză (ALAT,ASAT) normali ori cu o creștere moderată,
- Hemoleucograma. Norma sau/ori leucocitoză moderată, neutrofilioză, VSH accelerată,
- Colesterolul, β -lipoproteidele, fosfataza alcalină, 5-nucleotidaza considerabil crescute.

Caseta 10 Diagnosticul diferențial al HVCA cu icterul hemolitic

- Anemie,
- Icterul tegumentelor și mucoaselor de culoare gălbuie (ca lămîia),
- Hepatomegalie absentă sau moderată,
- Splenomegalie,
- Bilirubina crescută, preponderent cea neconjugată (indirectă),
- ALAT,ASAT – cu valori normale,
- Enzimele de colestază sunt nemodificate,
- Urobilinogenul în urină nu se determină,
- Tegumentele palide,
- Prurit cutanat și leziuni de grataj lipsesc.

Caseta 11. Diagnosticul diferențial al HVCA cu hiperbilirubinemiile funcționale Sindromul Jilbert

- Este o hiperbilirubinemie neconjugată familială de intensitate moderată (nivelul bilirubinei în sânge pînă la 100 μ mol/l) cu transmitere autosomal-dominantă și evoluție benignă,
- Icter fluctuent, condiționat de efort fizic, stres, consum de alcool, infecții asociate,
- Simptome: iritabilitate, fatigabilitate, disfuncții vegetative, discomfort epigastric,
- Hiperbilirubinemie neconjugată (indirectă),
- ALAT, ASAT – cu valori normale.

Caseta 12. Diagnosticul diferențial al HVCA cu Sindromul Dubin-Johnson

- Cauza: mutația genei responsabile de sinteza proteinei canaliculare multispecifice de transport al anionilor organici,
- Se moștenește autosomal recesiv,
- Prima manifestare: 10 săptămîni-56 ani, preponderent în adolescență,
- Icter fără prurit cutanat,
- La pacienții vîrstnici: sindrom astenic, dureri abdominale vage,
- Accentuarea icterului poate fi provocată de: maladii intercurrente, graviditate,

contraceptive orale, eritromicină, azitromicină, cloxacilină, ceftriaxon,

- Hiperbilirubinemie conjugată,
- Bilirubinurie și depunere de pigment negru în ficat,
- Probele funcționale hepatice sunt normale,
- Testul cu BSP (tetrabromsulfoftaleinat de sodiu) este modificat cu o valoare situată la limita superioară a normalului în ser, la 45 minute, și cu o creștere secundară la 120 minute.

Caseta 13. Diagnosticul diferențial al HVCA forma icterică cu Sindromul Rotor

- Se moștenește autosomal recesiv,
- Cauza: mutația genei responsabile de sinteza proteinei canaliculare multispecifice de transport al anionilor organici,
- Din punct de vedere clinic este asemănător cu sindromul Dubin-Johnson, dar diferă patogenic,
- Hiperbilirubinemie predominant conjugată,
- Probele funcționale biochimice hepatice sunt normale.

Caseta 14. Diagnosticul diferențial al HVCA cu hepatita autoimună (tip I, II și III)

- Aproape 1/3 dintre bolnavi se prezintă cu manifestări acute care mimează o hepatită virală, majoritatea dezvoltă simptomele de boală insidios,
- Vârsta: 10-30 ani, mai frecvent femeile tinere,
- Icter intermitent,
- Anorexie, fatigabilitate, amenoree,
- Febră 37,5-38,5°C,
- Hepatomegalie, aproape constantă,
- Splenomegalie mai rar,
- Sunt prezente „stelutele vasculare”,
- Artralgi și mialgi,
- Rașul cutanat poate avea forme pleiomorfe,
- ALAT și ASAT sunt, în mod aproape invariabil crescute,
- Hipergamaglobulinemia cu valori considerabil crescute,
- Testele imunoserologice sunt suverane pentru diagnostic: SMA și ANA determină hepatita autoimună tip I, anti-LKM – HA tip II, anti-SLA – HA tip III, Anti-SMA (antimusculară netedă); anti-LKM (anticorpi antimicrosomali); anti-ANA (anticorpi antinucleari); anti SLA (anticorpi față de antigenul solubil)- (ficat, rinichi).

Caseta 15. Diagnosticul diferențial al HVCA forma icterică cu hepatita acută alcoolică

- Consumul excesiv de alcool,
- Simptomatologie: anorexie, astenie, letargie, greață, dureri epigastrice sau în hipocondrul drept,
- Icter mai rar,
- Diaree cu steatoree,
- Hepatomegalie discretă sau moderată sensibilă la palpare,
- Febră,
- Echimoze,
- Stelute vasculare, eritem palmar, teleangiectazii, hipertrofie parotidiană, atrofi testiculară, ginecomastie,

- ALAT, valori normale sau mai puțin crescute comparativ cu cele a ASAT,
- ASAT crește de 2-6 ori față de normal,
- GGT crește de 2-3 sau chiar 5 ori față de valoarea normală și reprezintă cea mai frecventă anomalie, biochimică prezentă la alcoolici,
- Bilirubinemie, mai rar, preponderent conjugată,
- Protrombina scăzută,
- Hemoleucograma: leucocitoză cu neutrofilie, trombocitopenie, macrocitoză.

Caseta 16. Diagnosticul diferențial al HVCA forma icterică cu hepatita medicamentoasă

- Utilizare de medicamente ce produc frecvent leziuni hepatice (anestetice, antibiotice, antiparazitare, utilizare în boli cardio-vasculare, digestive, neuropsihice etc.),
- Manifestările clinice sunt polimorfe și lipsite de specificitate, pot evolua de la forme asimptomatice pînă la forme fulminante cu insuficiență hepatică,
- Mialgii, artralgii,
- Subfebrilitate, febră,
- Icter,
- Prurit cutanat,
- Urina hipercromă,
- Scaune decolorate,
- Hepatita acută colestatică,
- Colestaza pură hepatică,
- Steatoza hepatică,
- ALAT, ASAT crescute de peste 2-10 ori,
- GGT, fosfataza alcalină, colesterolul crescute de peste 3 ori față de normă.

Caseta 17. Diagnosticul diferențial al HVCA cu hepatitele cronice virale și nonvirale

- Hepatita cronică se definește ca o boală inflamatorie hepatică cu persistența manifestărilor clinice și a modificărilor biochimice pe durata a peste 6 luni,
- Istoricul medical ne indică prezența unei patologii a ficatului,
- Ancheta epidemiologică constată prezența manoperelor medicale și nemedicale, contacte sexuale etc.,
- Hepatitele cronice realizează un tablou clinic comun, cu anumite particularități în funcție de etiologie,
- Astenie, reducerea capacității de lucru, fatigabilitate, labilitatea emoțională, insomnie, cefalee,
- Senzație de greutate ori dureri surde în rebordul costal drept sau în regiunea epigastrică,
- Scăderea poftei de mîncare, grețuri, mai rar vome, balonarea abdomenului, constipații,
- Icter, prurit cutanat, xantelasme, modificarea culorii scaunului și a urinei,
- Reducerea libidoului, dereglări ale ciclului menstrual, ginecomastie,
- Hepato și splenomegalie,
- Hemoleucograma cu modificări nespecifice,
- Proteinograma – albuminele scăzute, globulinele crescute, preponderent gamaglobulinele,
- ALAT, ASAT – crescute 5-8 ori față de valorile normale,
- Bilirubina – mai rar cu valori crescute,
- Proba cu timol – cu valori crescute,
- Proba cu sublimat cu valori moderat scăzute,
- Colesterolul, fosfataza alcalină, GGT, 5-nucleotidaza, β -lipoproteidele se modifică în

<p>formele cu coleastă ori colestatice,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markerii hepatitelor virale: hepatita virală cronică B: AgHBS±, anti-HBcor sum+, AgHBe±, anti-HBe±, ADN-VHB±; hepatitei cronice virale D: anti-HVD sum+, anti-HVD IgM±, ARN-VHD±.

C.2.5.5. Prognosticul și sechelele în HVCA

<p>Caseta 18. Prognosticul și sechelele în HVCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vindecare (în decurs de 1-2 luni) 15-30%. • Consecințe: <ul style="list-style-type: none"> - convalescență prelungită; - hepatomegalie; - manifestare postvirală a sindromului Jilbert. • Continuarea procesului infecțios: <ul style="list-style-type: none"> - hepatită cronică – 50-90%; - ciroză hepatică – 20-40% după hepatita cronică; - hepatocarcinom – 30-40% după ciroza hepatică.
--

În absența tratamentului antiviral prognosticul este rezervat, cronicizarea are loc în 50-90% din cazuri și numai în 15-30% evoluție favorabilă cu vindecare.

C.2.5.6. Criteriile de spitalizare

Toți pacienții cu hepatită acută virală C se spitalizează (obligatoriu) în secțiile (spitalele) de boli infecțioase pentru diagnostic și tratament.

C.2.5.7. Tratamentul HVCA

Tabelul 12. Tratamentul de spital al pacienților cu HVCA

Tratamentul nemedicamentos	Forma ușoară	Forma moderată	Forma severă
Regimul zilei	Repaos la pat 7-10 zile, apoi parțial	Repaos la pat 11-15 zile, apoi parțial	Repaos la pat 16-21 zile, apoi parțial
	(se permite a șede în pat, de mâncat la masă, a se folosi de veceu și a primi baie)		
Dieta	5a,5	5a,5	5a,5
Terapie de detoxifiere perorală	Apă minerală plată, sucuri de legume și fructe, ceaiuri, compoturi		
Tratamentul medicamentos	Forma ușoară	Forma moderată	Forma severă
Tratamentul de elecție este cel antiviral, care trebuie inițiat după 4 săptămâni de la debutul maladiei			
Interferon alfa			
Interferon pegilat: Peginterferon alfa-2a și Peginterferon alfa - 2b în combinație cu Ribavirină	<p>Genotipul 1</p> <p>Peginterferon alfa-2a în doza de 180 mcg pe săptămână sau Peginterferon alfa -2b în doză de 1,5 mcg/kg/săp subcutan ori intramuscular.</p> <p>Interferon alfa se administrează 3 MU zilnic prima lună apoi 3MU/3 ori/săptămână. În combinație cu Ribavirină în doză de 1000 mg/zi dacă masa corpului <75 kg sau 1200 mg/zi dacă masa corpului este</p>		

	<p>>75 kg/zi în două prize dimineața și seara imediat după mese, durata tratamentului 12-24-48 săptămâni.</p> <p>Genotipul 2 sau 3</p> <p>Tratamentul cu Peginterferon alfa-2a 180 mcg pe săptămână sau Peginterferon alfa-2b în doză de 1,5 mcg/kg/săptămână și Ribavirină 800 mg pe zi în două prize durata tratamentului 12-24 săptămâni</p>		
<p>Terapia convențională va fi indicată în cazurile contraindicațiilor la tratament antiviral și în cazul imposibilității acestui tratament</p>			
Trapie de detoxifiere	Nu este indicată	Perfuzii intravenoase: glucoză 5%, sol. clorură de sodiu 0,9%, Sol. Ringer lactat, Lactosol, Trisol, Acesol, Dextran, Hepasol, Hepasteril. Volumul de lichide pentru 24 ore va fi egal cu 30-50 ml/kg la unii bolnavi.	Perfuzii intravenoase: glucoză 5%, sol. clorură de sodiu 0,9%, Sol. Ringer lactat, Lactosol, Trisol, Acesol, Dextran, Hepasol, Albumină 5-10-20%, Arginină-Sorbitol. Volumul de lichide pentru 24 ore va fi de 70-100 ml/kg
Hemostatice (în prezența sindromului hemoragic)	Nu sunt indicate	Nu sunt indicate	Etamzilat 125-250 mg i.m. sau i.v. de 3-4 ori în zi Menadionă (Vitamina K) adulți 10-15 mg pînă la 30 mg/zi i.m. timp de 3-4 zile consecutiv Gluconat de calciu cîte 1-3 g de 2-3 ori pe zi per os sau intravenos
Antifibrinolitice, antiproteaze	-	-	Aprotinina 300.000-500.000 UIK în perfuzie i.v. de 1-2 ori în zi în perfuzie intravenoasă
Enterosorbenți	<ul style="list-style-type: none"> - Enterodez – este un preparat asemănător cu hemodeza, predestinat administrării orale. Se indică în doze 5,0x1-3 ori zi timp de 1 săptămână - Polifepan – este administrat oral înainte de mese cîte 1-2 lingurițe x 3-4 ori/zi timp de 1 săptămână - Enterosgel cîte 15 g (o lingură de pulbere) de 3 ori pe zi cu 1,5-2 ore pînă la mese sau cu 2 ore după mese 		
Spasmolitice	<p>Drotaverină - adulți 40-80 mg de 1-3 ori pe zi <i>per os</i>, i.m. sau i.v. Papaverină - adulți 100 mg de 3 ori pe zi <i>per os</i> sau i.m. (40-80 mg la 6 ore)</p>		
Hepatoprotectoare	- Inosină 600-800 mg/zi divizată în 3-4 prize per os pînă la 1 lună	Inosină intravenos lent, inițial 10 ml și la toleranța bună, se crește pînă la 20 ml de 1-2 ori/zi timp de 10-15 zile, apoi per os 600-800 mg în 3-4 prize pînă la 1 lună.	

	- Esențiale Forte 2 capsule 2-3 ori/zi pînă la 1 lună	Esențiale intravenos 10-20 ml/zi (e de dorit ca conținutul fiolelor să se amestece cu sîngele pacientului în proporție 1:1) 10-15 zile, apoi per os 2 capsule de 2-3 ori zi pînă la 1 lună
Imunomodulatoare cu efect antiviral	- Pacovirina* cîte o comprimată de 2 ori pe zi înainte de mese 15-30 zile Notă: *eficiența preparatului este documentată în studii locale	
Particularitățile tratamentului formelor cu colestază și colestactice		
	<p>- Ademetionină. Se administrează i.m. sau/ori i.v. în doze de 400-800 mg/zi 2-3 săptămîni apoi terapie de întreținere per orală 800-1600 mg/zi în 2 prize timp de 2-4 săptămîni cu o oră după mese după micul dejun și la prînz</p> <p>- Acidul ursodezoxicolic 10 mg/kg/zi. Capsulele 250 mg se vor înghiți cu puțin lichid seara la culcare doza unică ori/sau în 2-3 prize după mese. Schema practică:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La 60 kg greutate corporală – 2 capsule/zi; • La 70 kg – 3 capsule/zi; • La 90 kg – 4 capsule/zi; <p>- Adsorbenți a acizilor biliari (enterodez, polifepan, enterogel, cărbune medicinal 1,0-1,5 (4-6 comprimate) x 3 ori/zi peste 1,5-2 ore după mese).</p>	
Tratamentul formelor trenante		
Hepatoprotectoare	<p>- Silimarină 140 mg x x2 prize dimineața și seara după mese,</p> <p>- Acidul ursodezoxicolic 2 capsule seara la culcare pînă la 3 luni,</p> <p>- Esențiale N 2 capsule x 3 prize pînă la 3 luni,</p> <p>- Hepatofalc planta 140 mg de 2 ori pînă la 3 luni,</p> <p>- Fosfogliv 2 capsule x 3 ori pînă la 3 luni.</p>	
Antioxidante	<p>- Tri-V-plus. Compoziție: Vit A, E și C și microelementele au efecte antioxidante. Un comprimat odată în zi în timpul mesei sau după mese 1 lună.</p>	
Imunomodulatoare	<p>- Timozina a1. Se administrează 900 micrograme/m² suprafață corp, 2 ori pe săptămînă 3-6 luni.</p> <p>- Timalin. Se administrează i.m. 5-10 mg/zi timp de 5 zile. Pastile 1-2/zi timp de 3-10 zile fiecare lună. Durata tratamentului 6 luni.</p> <p>- Tactivin. Se administrează 40 micrograme la 1m² de suprafață a corpului (1-2 micrograme/kg) timp de 5-14 zile timp de 3-6 luni</p> <p>- Timogen. Se administrează 50-100 i.m. timp de 3-10 zile.</p> <p>- Timoptin. Se administrează subcutan, doza 70 micrograme la 1m² suprafață corporală cura de tratament 4-5 injecții la interval de 4 zile. Cura de tratament poate fi repetată la fiecare lună pînă la 6 luni.</p> <p>- Timactid. Tablete 0,25 mg 1 pastilă sublingval odată în zi pînă la mese cu interval de 4 zile. Tratamentul se repetă peste 1-2 luni</p>	
Inductori de interferon	<p>- Amixin se administrează per os după mese, primele 2 zile cîte 125 mg, apoi cîte 125 mg la fiecare 48 ore. Cura de tratament este de 16 comprimate. În forma trenantă prima zi cîte 125 mg de 2 ori pe zi apoi cîte 125 mg odată la 48 ore, în total 20 comprimate.</p>	
Imunostimulatoare	<p>- Cicloferon în fiole 12,5%-2 ml, 4 ml i.m. în 1,2,4,6,8,10,13,16,19</p>	

	și a 22 zi sau per oral 450 mg (3 pastile) odată în zi în 1,2,4,8,10,13,16,19,22 zi de tratament și dacă ARN-VHC este pozitiv, tratamentul se continuă pînă la 3 luni, 450 mg (3 pastile) peste 48 ore
Coleretice	<ul style="list-style-type: none"> • Choliver – 1 comprimat de 3 ori/zi pînă la mese, sau Cholagol 1 capsulă de 3 ori/zi pînă la mese. - Tratamentul se recomandă de a fi inițiat la a treia săptămînă de la debut.

Tabelul 13. Monitorizarea pacienților cu HVCA în formele foarte severe, pe parcursul tratamentului în spital

Monitorizarea clinică	Monitorizarea paraclinică
<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring cardio-pulmonar continuu, frecvența respirației și frecvența contracțiilor cardiace fiecare 1-2 ore, • TA, • Diureza fiecare oră, • Reexaminarea clinică fiecare 2-3 ore, • Saturarea cu oxigen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubina totală și fracțiile ei (directă și indirectă), • Indexul protrombinic, • Fibrinogenul, • β-lipoproteidele, • Proba cu sublimat, • Coprograma, • Echilibrul acido-bazic, • Creatinina, • Ureea, • Coagulograma (trombocite, timpul de coagulare a sîngelui, TTPA, protrombina, fibrinogenul) • Grupa sîngelui, • Rh-factor, • Glucoza, • Electrocardiograma.

Caseta 19. Contraindicațiile administrării tratamentului antiviral

Contraindicații absolute de administrare a interferonului

- Hepatite cronice non virale;
- Ciroza hepatică decompensată;
- Neutropenie și/sau trombocitopenie;
- Maladii cronice decompensate (cardiace, renale, psihice, psihoză prezentă sau în antecedente, depresie severă);
- Transplant de organe cu excepția celui de ficat;
- Hipersensibilitate la IFN.

Contraindicații relative de administrare a interferonului:

- Diabet zaharat necontrolat;
- Dereglări autoimune (tireoidita autoimună, hepatita autoimună).

Contraindicații absolute de administrare a ribavirinei:

- Insuficiență renală în stadiul final;
- Anemie;
- Hemoglobinopatii.
- Insuficiență cardiacă;
- Sarcină;

- Absența metodelor contraceptive eficiente.

Contraindicații relative de administrare a ribavirinei:

- Hipertensiune arterială necontrolată;
- Vârsta înaintată;
- Tireoidită autoimună;
- Hepatită autoimună;
- Coroză decompensată.

Tabelul 14. Monitorizarea tratamentului antiviral la pacienții cu hepatită virală C acută

Obiectiv	Săptămîna de tratament																Săptămîna post tratament	
	0	1	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	4	12	24
HLG	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+
ALAT, ASAT	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ARN-VHC	+			+		+			+						+			+
Glucosa	+			+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+			+
TSH	+					+			+			+						
RA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			

ARN-VHC se determină la

- Inițierea tratamentului
- La 4 săptămîni
- La 12 săptămîni
- La 24 săptămîni
- La 48 săptămîni
- La 24 săptămîni după terminarea tratamentului
 - Dacă la a 12 săptămîna de la inițierea tratamentului ARN-VHC a scăzut cu mai puțin de 2 log sau nu a scăzut, terapia se oprește
 - Dacă la a 12 săptămîna de la inițierea tratamentului ARN-VHC este detectabil dar a scăzut cu ≥ 2 log față de nivelul preterapeutic se continuă terapia pînă la 24 săptămîni cînd se face o nouă determinare a ARN-VHC. Dacă ARN-VHC este pozitiv la 24 săptămîni, terapia se oprește. Dacă ARN-VHC este negativ la 24 săptămîni, se continuă tratamentul pînă la 48 săptămîni.

C.2.5.7.1. Tratamentul formelor fulminante, precomei și comei

**Tabelul 15. Tratamentul pacienților cu HVC acută (forma fulminantă, precomă și comă).
Tratament de spital**

Principii	Tratamentul
Management	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea semnelor vitale: ✓ Tensiuni arteriale; ✓ Frecvenței contracțiilor cardiace; ✓ Frecvenței respirației; ✓ Diurezei; ✓ Evaluarea tulburărilor electrolitice. • Oxigen prin cateter nazal, • Mască sau respirație asistată în regim de hiperventilare moderată.
Regimul zilei	<ul style="list-style-type: none"> • Repaos strict la pat, • Asigurarea igienei bolnavului și prevenirea infecțiilor secundare.
Alimentația	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta 5. • Regim alimentar adaptat toleranței digestive, cu produse bogate în vitamine, potasiu. • Alimentația se va face în doze mici, frecvent. În comă, prin sondă.
Terapie de detoxifiere	<ul style="list-style-type: none"> • Perfuzie intravenoasă cu: ✓ Sol. Glucoză 5%-500 ml; ✓ Sol. Clorură de sodiu 0,9%-500 ml; ✓ Sol. Ringer-Lactat 500 ml; ✓ Sol. Trisol 500 ml; ✓ Sol. Acesol 500 ml; ✓ Sol. Hepasol 500 ml; ✓ Sol. Aminosol 500 ml; ✓ Sol. Hepasteril 500 ml; ✓ Sol. Infesol 40 500 ml; ✓ Sol. Infesol 100 500 ml; ✓ Sol. Sorbitol 500 ml; ✓ Sol. Hepa-Mertz 40-80 ml; ✓ Sol. Ademetionină 800 mg (10 ml). <p>Volumul de lichide pentru 24 ore va fi de 30 - 50 ml/kg.</p>
Blocatori ai enzimelor (proteazelor, lizosomilor)	Aprotinină 60.000-100.000 Un/zi în perfuzie intravenoasă
Corecția dezechilibrelor acido-bazic și electrolitic	<ul style="list-style-type: none"> • În acidoza metabolică: ✓ Sol. Bicarbonat de sodiu 4% 200-300 ml perfuzie i.v.; ✓ Cocarboxilază 100-150 mg i.m. • În alcaloza metabolică: ✓ Sol. Acid ascorbinic 5%-10 ml i.v.; ✓ Sol. Clorură de potasiu 4%-30 ml i.v.. • În hipokalemie – 1,0-2,0 KCl la 50,0 glucoză, • În hiponatriemie 5,0 NaCl la 100,0 glucoză .
Corecția metabolismului azotic și	✓ Sol. Albumină 5%-10% 250 ml perfuzie i.v.,

proteic	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plasmă proaspăt congelată 250 ml i.v. perfuzie i.v., ✓ Sol. Aminosol 500 ml perfuzie i.v., ✓ Sol. Hepasol 500 ml perfuzie i.v., ✓ Sol. Infesol 400 ml perfuzie i.v.
Corecția tulburărilor de coagulare și sindromului hemoragic	<p>Hemostatice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Etamsilat 12,5% x 3 ori i.m.; ✓ Sol. Menadionă 1% – 1 ml x 3 ori i.m.; ✓ Sol. Calciu gluconat 10% - 10 ml; ✓ Sol. Acid aminocapronic 5% - 100 ml perfuzie i.v. <p>Substituenți plasmatici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Albumină 10%-100-200 ml perfuzie i.v. sau ✓ Sol. Plasmă proaspăt congelată – 250 ml perfuzie i.v.
Reducerea nivelului amoniacului, preîntâmpinarea absorbției substanțelor toxice din intestin și combaterea florei intestinale	<ul style="list-style-type: none"> • Realizarea unui tranzit intestinal ✓ Lactuloză sirop 500 ml în precomă 30 ml peste 4-6 ore, în comă 200-400 ml peste 2-4 ore; ✓ Clisme evacuatoare cu Bicarbonat de sodiu și cu lactuloză până la 500 ml x 2 ori/zi; ✓ Spălarea stomacului (repetată); ✓ Oprirea utilizării proteinelor. <p>Antibiotice cu absorbție intestinală redusă:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neomicina sau canamicina sulfat 1,0 peste 6 ore prin sondă ori clismă.
Protecția mucoasei gastrice prin antisecretoare	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ranitidină 50 mg/2ml i.v. de 2 ori/zi, ✓ Famotidina 20 mg (5 ml solvent) i.v. de 2 ori/zi.
Blocatori a membranelor celulare și lizosomilor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Prednisolon 3%/1ml, 150-300 mg în 5-6 prize i.v. sau i.m., sau ✓ Sol. Dexametazonă 0,4%/1ml, 20-40 mg i.v. în 5-6 prize.
Controlul și tratamentul edemului cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Administrare de osmodiuretice: ✓ Sol. Glucoză 40%-100 ml perfuzie i.v.; ✓ Sol. Manitol 20%-100 ml (1-1,5 gr/kilocorp/zi) perfuzie i.v.; ✓ Sol. Dexametazonă 0,4%/1 ml (4 mg) i.v. ori i.m.
Corectarea tulburărilor neuropsihice	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Diazepam 0,5%-2 ml x 2-3 ori/zi i.m. sau i.v.; ✓ Sol. Oxibutirat de natriu 20%-10 ml 2-3 fiole în perfuzie i.v.; ✓ Sol. Midazolam 0,05%/1 ml i.v. sau i.m.
Corectarea stării de hipoxie	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oxigenare hiperbarică (oxigenul va fi administrat sub presiunea de 2-3 atm) timp de 1-3 ore sau inhalatie cu oxigen prin sondă nazală la viteza 2-4 l/min; ✓ Sol. Oxibutirat de natriu 20%-10 ml (5 mg/kilocorp/zi) i.v.
Controlul și corecția hipoglicemiei	Sol. Glucoză 40%-100 ml perfuzie i.v. peste 6 ore.
Controlul și tratamentul suprainfecției bacteriene	<ul style="list-style-type: none"> • În flora grampozitivă: ✓ Amoxicilină 250-500 mg la fiecare 8 ore i.v. perfuzie cu sol. Glucoză 5%. • În flora gramnegativă: ✓ Sol. Ciprofloxacina 0,2%/100 ml 2 ori/zi perfuzie

	i.v.
Spasmolitice	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sol. Drotaverină 2%/2 ml 1-3 ori/zi i.m. sau i.v. ✓ Sol. Papaverină 2%-2 ml i.m.
Coleretice	<ul style="list-style-type: none"> • Choliver – 1 comprimat de 3 ori/zi pînă la mese, sau Cholagol 1 capsulă de 3 ori/zi pînă la mese. <p>Tratamentul se recomandă de a fi inițiat la a treia săptămîină de la debut.</p>

C.2.5.8. Criteriile de externare

Caseta 20. Criterii de externare la pacienții cu HVC acută

- Însănătoșire clinică completă cu normalizarea probelor biochimice a ficatului.
- Externarea din spital al convalescenților mai poate fi admisă în următoarea cazurilor:
 - ✓ cu icter modera dar probele funcționale ale ficatului și dimensiunile ficatului sunt normale;
 - ✓ cînd indicii sindromului de citolizei și probei cu timol rămîn moderat mărite, dar nu mai mult de 1,5- 2 ore față de normă, însă sa normalizat definitiv bilirubina și au dispărut semnele clinice.

C.2.5.9. Suravegherea pacienților după HVCA

Caseta 21. Supravegherea pacienților după HVCA

- Dispensarizarea se va efectua de către medicul de familie și cel infecționist,
- Se va evita efortul fizic și sportul 6 luni,
- Regimul dietetic, dieta 5 se prelungește pînă la 6-12 luni și peste,
- În caz de vindecare vor fi scoși de la evidență,
- Durata dispanserizării 12 luni. Pacientul va fi examinat clinic, biochimic, la 1,3,6,9 și 12 luni și virusologic la 6 și 12 luni,
- În caz de persistență a procesului infecțios și după 12 luni, supravegherea de dispensar va fi continuată,
- Caracterul supravegherii.

Examenul clinic:

 - Acuze;
 - Culoarea tegumentelor și sclerelor;
 - Dimensiunile ficatului, consistența lui;
 - Dimensiunile splinei;
 - Culoarea scaunului și a urinei;

Examenul paraclinic:

 - Bilirubina;
 - ALAT, ASAT;
 - Testul cu timol;
 - Testul cu sublimat;
 - Fraakțiile proteice;
 - Examen ultrasonor al ficatului;
 - La necesitate și alte teste biochimice: colesterol, trigliceride, fosfataza alcalină, β-lipoproteidele, GGT, glucoza,
 - Anti HVC IgM
 - Anti-HVC sum

C.2.6. Complicațiile în HVCA

Caseta 22. Complicațiile în HVCA

- Afectarea căilor biliare (colecistită, colangită, dischinezia căilor biliare),
- Pancreatită,
- Anemii severe de tip aplastic,
- Crioglobulinemia cu acrocianoză și insuficiență renală.

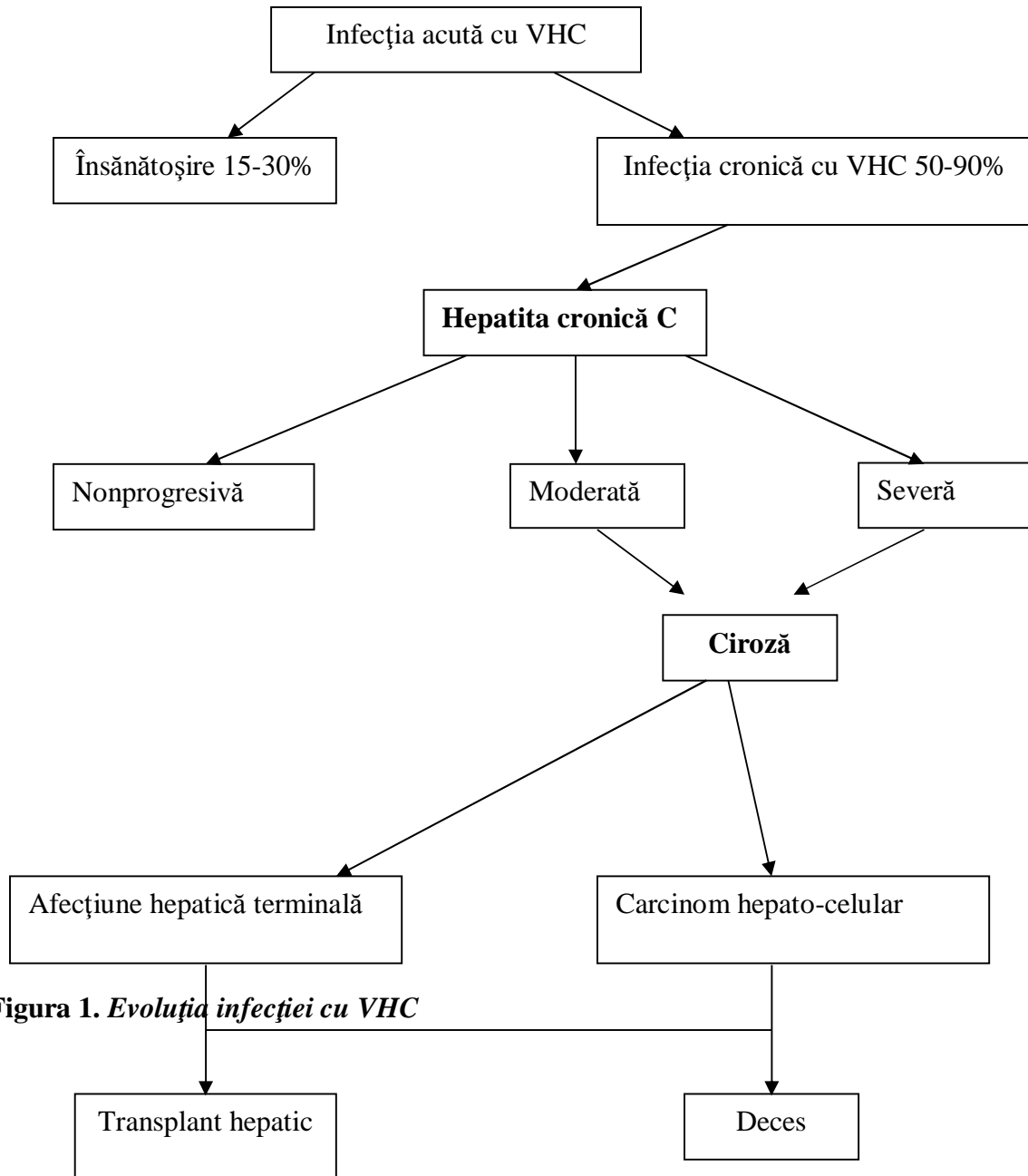


Figura 1. Evoluția infecției cu VHC

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>D.1. Instituțiile AMP</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie, • asistenta medicului de familie, • medic laborant. <hr/> <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru; • microscop optic; • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui, sumarului urinei, testelor biochimice (bilirubina, ALAT, ASAT), urina la pigmenti biliari. <hr/> <p>Medicamente (pentru pacienții cu evoluție trenantă, convalescența prelungită)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatoprotectoare (Inosină, Esențiale, Acid ursodezoxicolic, Silimarină, Hepatofalk, Ademetionină); • Imunomodulatoare (Pacovirină); • Coleretice (Choliver, Cholagol); • Enzime (Festal, Mezim forte, Pancreatină) la necesitate; • Multivitamine (Tri-V-plus etc.). • Atioxidante (Acid asorbinic, Tocoferol acetat, Retinol etc.)
<p>D.2. Secții consultativ-diagnostice</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-infecționist; • medic de laborator; • asistente medicale. <hr/> <p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru; • ultrasonograf; • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui, sumarului urinei, testelor biochimice (bilirubina, ALAT, ASAT); • laborator serologic. <ul style="list-style-type: none"> ✓ anti-HVC IgM; ✓ anti-HVC total; ✓ anti-spectru VHC. <hr/> <p>Medicamente (pentru pacienții cu evoluție trenantă, convalescența prelungită):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hepatoprotectoare (Inosina, Esențiale, Silimarină, Hepatofalk, Ademetionină); • Imunomodulatoare (Pacovirină); • Coleretice (Choliver, Cholagol); • Multivitamine; • Atioxidante (Acid asorbinic, Tocoferol acetat, Retinol etc.) • Enzime (Festal, Mezim forte, Pancreatină) la necesitate;

<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale; spitale de boli infecțioase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antivirale (IFN pegilat, ribavirină).
	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici infecționiști, • medici reanimatologi, • medici de laborator, • asistente medicale, • acces la consultații specializate (imunolog, chirurg, endoscopist)
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aparat pentru respirație asistată; • mască; • cateter nazal; • aspirator electric; • cardiomonitor; • catetere i/v periferice; • sisteme Batterfly; • perfuzoare; • seringi; • catetere urinare; • sondă gastrică; • oxigen • laborator clinic standard pentru determinarea: <ul style="list-style-type: none"> ✓ analizei generale a sîngelui; ✓ analizei generale a urinei; ✓ A testelor biochimice: ✓ bilirubina totală și fracțiile ei, ✓ ALAT, ✓ ASAT, ✓ proba cu timol, ✓ coagulograma (trombocite, timpul de coagulare a sîngelui, TTPA, protrombina, fibrinogenul) ✓ β-lipoproteidele, ✓ colesterolul; ✓ fosfataza alcalină ✓ fracțiile proteice • laborator serologic <ul style="list-style-type: none"> ✓ anti-HVC IgM, ✓ anti-HVC total, ✓ anti-spectru VHC
<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate antivirale (Interferon pegilat alfa 2a, Interferon pegilat alfa 2b, Ribavirină) • Inductori de interferoni (Amixin) • Imunomodulatoare (Pacovirină, Timozin, Timalin, T activin, Timogen, Timoptim, Timactid etc.); • Sol. Ringer lactat 0,9%, sol. Glucoză 5%, 10%; sol. Clorură de sodiu 0,9%, Lactosol, Acesol, sol. Albumină 5-10-20%, Infesol 40 și 100, Trisol, Hepasol, Aminosol, Hepasteril, Dextran 40, Arginină, Sorbitol, Plasmă proaspăt congelată etc.; • Hemostatice (Etamsilat, Menadionă, Gluconat de calciu, Acid 	

	<p>aminocapronic etc.);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiproteaze (Aprotinină); • Sol. Clorură de potasiu 4%; • Sol. Gluconat de calciu 10%; • Cocarboxilază; • Diuretice (Furosemid); • Enterosorbenți (Enterodez, Polifepan, Enterosgel, Cărbune medical etc.); • Spasmolitice (Drotaverină, Papaverină); • Hepatoprotectoare (Essentiale, Silimarin, Acidul ursodezoxicolic, Hepatofalk, Inosină, Fosfogliv); • Coleretice (Choliver, Cholagol); • Antipiretice (Paracetamol). • Atioxidante (Acid asorbic, Tocoferol acetat, Retinol, Tri-V-plus etc.) • Ademetionină. • Sol. Sulfat de Magneziu 25%; • Sol. Aminofilină 2,4%, • Sol. Prednisolon 3%, • Sol. Dexametazonă 0,4%, • Sol. Diazepam 0,5%, • Sol. Oxibuterat de natriu 20%, • Sol. Midozolam 5%, • Antibiotice (Amoxiciclină, Ciprofloxacină, Canamicină, Neomicină), • Ranitidină, Famotidină, Hepa-Merz.
--	---

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți depistarea precoce (în primele 3-5 zile de boală) a bolnavilor cu HVC acută la etapa prespitalicească	1.1. Proporția pacienților depistați precoce (în primele 3-5 zile de boală) cu HVC acută la etapa prespitalicească, pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu HVC acută depistați precoce (în primele 3-5 zile de boală) la etapa prespitalicească pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților cu HVC acută supravegheați de către medicul de familie pe parcursul ultimului an
2.	A îmbunătăți calitatea examinării clinice, paraclinice și a tratamentului pacienților cu HVC acută	2.1. Proporția pacienților cu diagnosticul HVC acută cărora li s-a efectuat examenul și tratamentul obligatoriu conform recomandărilor	Numărul pacienților cu diagnosticul HVC acută cărora li s-a efectuat examenul și tratamentul obligatoriu conform	Numărul total de pacienți cu diagnosticul HVC acută care au primit tratament în condiții de staționar pe parcursul

		Protocolului clinic național „HVC acută la adult” în condiții de staționar pe parcursul unui an	recomandărilor Protocolului clinic național „HVC acută la adult” în condiții de staționar pe parcursul ultimului an x 100	ultimului an
		2.2. Proporția pacienților cu diagnosticul HVC acută care au primit tratament antiviral pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu diagnosticul HVC acută care au primit tratament antiviral pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul HVC acută care au primit tratament pe parcursul ultimului an
		2.3. Proporția pacienților cu HVC acută care au dezvoltat stări de urgență la etapa prespitalicească și cărora li s-a acordat primul ajutor conform recomandărilor PCN „HVC acută la adult” pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu HVC acută care au dezvoltat stări de urgență la etapa prespitalicească și cărora li s-a acordat primul ajutor conform recomandărilor PCN „HVC acută la adult” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu HVC acută care au dezvoltat stări de urgență la etapa prespitalicească pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți supravegherea convalescenților de HVC acută în perioada postexternare	3.1. Proporția pacienților cu HVC acută supravegheați în perioada de convalescență de către medicul de familie și medicul infecționist conform recomandărilor Protocolului clinic național „HVC acută la adult” pe parcursul unui an	Proporția pacienților cu HVC acută supravegheați în perioada de convalescență de către medicul de familie și medicul infecționist conform recomandărilor Protocolului clinic național „HVC acută la adult” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu HVC acută supravegheați în perioada de convalescență de către medicul de familie și medicul infecționist pe parcursul ultimului an
4.	A reduce complicațiile și mortalitatea prin HVC acută	4.1. Proporția pacienților cu HVC acută care au dezvoltat precomă și comă hepatică pe	Numărul pacienților cu HVC acută care au dezvoltat precomă și comă hepatică	Numărul total de pacienți care au făcut HVC acută și se află la evidența

		parcursul unui an	pe parcursul ultimului an x 100	medicului de familie pe parcursul ultimului an
		4.2. Proporția pacienților cu HVC acută cu cronicizarea acesteia, pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu HVC acută cu cronicizarea acesteia, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au făcut HVC acută pe parcursul ultimului an și se află la supravegherea medicului de familie
		4.3. Rata letalității în HVC acută, pe parcursul unui an	Numărul cazurilor de deces în HVC acută pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au făcut HVC acută pe parcursul ultimului an și se află la evidența medicului de familie

ANEXE

Anexa 1. Definiții de caz de boală infecțioasă pentru sistemul de supraveghere epidemiologică și raportare a hepatitei virale C acute

Caz suspect:

Date epidemiologice:

- înregistrarea cazurilor de HVC în familie, în zona geografică;
- contact cu bolnavi cu HVC acută (în limitele perioadelor de incubație, prodromală, de stare și de rezolvare) și pacienți cu HVC cronică;
- prezența manoperelor parenterale, intervențiilor chirurgicale, investigațiilor endoscopice, tratamentelor stomatologice cu folosirea instrumentarului de multiplă folosință în intervalul de 7-140 zile pînă la îmbolnăvire;
- riscul profesional de infectare și respectarea măsurilor individuale de protecție;
- utilizarea drogurilor injectabile;
- prezența în anamneză a contactelor sexuale neprotejate cu multipli parteneri.

Date clinice:

- **forma tipică:** debut treptat, frecvent cu sindrom astenic, artralgie, digestiv, hepatomegalie, icter scleral și tegumentar, urină hipercromă, scaune acolice
- **formele atipice:**
 - ✓ anicterică – prezența tuturor semnelor, cu excepția icterului,
 - ✓ frustă – cu o slabă intensitate a semnelor clinice,
 - ✓ subclinică – lipsită de semne clinice, dar confirmată prin modificări biochimice caracteristice și markeri serologici specifici,
 - ✓ inaparentă – absența simptomelor clinice, atât subiective, cât și obiective, dar confirmată prin teste specifice serologice;
 - ✓ portaj de VHC.

Caz probabil: caz suspect cu modificări ale testelor biochimice (nivelul ALAT, bilirubinei și probei cu timol crescute) cu sau fără modificări hematologice (leucopenie, limfocitoză, monocitoză, VSH normală), prezența icterului scleral și tegumentar și/sau contact cu un caz de HVC confirmat.

Caz clinic de HVC /A – boală acută cu instalarea insidioasă a sindroamelor astenic, digestiv și artralgic cu sau fără apariția icterului scleral și tegumentar, cu creșterea nivelului ALAT de 10 ori în comparație cu valoarea normală maximă.

În favoarea diagnosticului de HVC/A pledează:

debutul gradat al maladiei cu semne generale de intoxicație;

hepato-spleno-megalie;

- ✓ perioada preicterică cu durata de (3-4 până la 10-35 zile și peste), care evoluează predominant cu sindromele astenic, digestiv și artralgic
- ✓ apariția icterului de obicei în ziua a 5-7a a boli, menținându-se la același nivel câteva săptămâni, după care scade treptat;
- ✓ lipsa ameliorării stării generale subiective și obiective a pacientului cu apariția icterului;
- ✓ creșterea și cedarea treptată a intensității icterului timp de aproximativ 4-6 săptămâni
- ✓ posibilitatea apariției erupțiilor cutanate și a sindromului hemoragic în perioada icterică;
- ✓ predominarea formelor ușoare și medii;
- ✓ probabilitatea (în 0,1% de cazuri) a formelor fulminante,
- ✓ evoluția în 50-90% cazuri spre cronicizare, ciroză, hepatocarcinom.

Caz confirmat de HVC/A – bolnav suspect la HVC/A cu confirmarea diagnosticului prin investigații serologice (obligatoriu) – anti-HVC IgM, anti-HVC sum și teste biochimice (ALAT, proba cu timol, indicele protrombinei, bilirubina serică) ARN VHC.

Anexa 2. Ghidul pacientului cu HVC acută

Hepatita virală C acută

(Ghid pentru pacienți)

Introducere

În acest ghid sunt descrise etapele asistenței medicale și tratamentului pacienților cu HVC acută în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Ghidul este adresat pacienților cu HVC acută, familiilor acestora și tuturor celor care ar dori să cunoască mai mult această infecție.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți principiile de diagnostic și tratament ale pacientului cu HVC acută, care sunt îndeplinite de personalul medical. Medicul de familie sau asistenta medicală sunt chemați să prezinte o informație mai amplă despre profilaxia acestei infecții.

Indicațiile din ghidul pentru pacienți includ:

- ✓ principiile de diagnosticare a HVC acute de către medicul specialist.
- ✓ importanța evitării efortului fizic și respectării regimului dietetic în toate perioadele HVC acute.
- ✓ importanța epidemiologică și clinică a spitalizării pacientului cu HVC acută.

Asistența medicală la care trebuie să beneficiați

În perioada diagnosticării, tratamentului și îngrijirii medicale personalul medical trebuie să ia în considerare necesitățile și preferențele Dvs. Este necesar să fiți informat despre importanța investigațiilor, spitalizării, evitării efortului fizic și respectării regimului dietetic pe tot parcursul bolii; despre pericolul ce îl prezintă această infecție pentru Dvs., pentru cei apropiați și măsurile de profilaxie pentru a-i proteja. O colaborare între medic și pacient, bazată pe încredere, respect și responsabilitate deseori favorizează prognosticul maladiei. Informația pe

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

Hepatita virală C acută

- Hepatita virală C este o infecție a ficatului cauzată de un virus, care este transmis prin injectare de droguri i.v., folosind repetat ori în colectiv aceleași ace și seringi, manopere medicale (angiografii, endoscopii, stomatologice, chirurgicale, ginecologice) și nemedicale – tatuaj, sexual, de la mamă la făt și intrafamiliar, folosirea în comun a aparatului de ras, periutele de dinți, sau a oricăror obiecte tăioase, care au venit în contact cu sângele bolnavului, unde poate fi depistat virusul C. El poate cauza atât o forma acută de hepatită, cât și cea cronică. Hepatita virală C este o frecventă afecțiune cronică în lume.
- Diagnosticul HVC acute se stabilește în baza manifestărilor bolii (debut treptat cu artralгии, cefalee, astenie, inapetență, disconfort abdominal, grețuri, vome, icter, urina hiperchromă)
- Pentru concretizarea diagnosticului și efectuarea măsurilor de profilaxie este importantă colectarea anamnezei epidemiologice: posibilele contacte cu persoane infectate cu virusul hepatic C, efectuarea diferitelor manipulații parenterale timp de 140 de zile până la apariția semnelor clinice, situația epidemică pentru HVC în zona geografică respectivă.

Instruire și echipament

Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să fie instruiți cum să examineze un pacient cu HVC. O mare atenție necesită pacienții cu sindrom de intoxicație pronunțat, icter intens, semne hemoragice și dereglări de comportament. În acest caz evoluția gravă indică măsuri de terapie intensivă și transportarea de urgență la spital.

Diagnosticarea HVC acută

Trebuie să includă (obligatoriu pentru confirmarea diagnosticului) teste biochimice (1 dată în 10 zile, posibil și mai frecvent):

- ALAT,
indicele protrombinic,
bilirubina serică și fracțiile ei,
testul cu timol,
testul cu sublimat,
β-lipoproteidele,
- hemoleucograma (1-2),
- analiza generală a urinei (1-2),
- urina la pigmentii biliari,
- Markerii serologici:
 - ✓ anti-HVC IgM,
 - ✓ anti-HVC total,
 - ✓ anti-spectru VHC,
 - ✓ ARN-VHC.

După obținerea rezultatelor testelor de laborator medicul trebuie să discute rezultatul cu Dvs. și să vă comunice modalitățile de tratament. De remarcat că spitalizarea este obligatorie pentru toți pacienții, atât din rațiuni epidemiologice, în vederea izolării principalului rezervor de virus și în felul acesta a limitării răspândirii bolii, cât și din rațiuni clinice – pentru supravegherea formelor severe și preîntâmpinarea agravării, întrucât nu avem nici un criteriu pentru a face prognosticul la începutul maladiei.

Tratamentul medicamentos

Din primul examen clinic și de laborator, medicul vă apreciază diagnosticul, forma clinică și severitatea bolii, vă argumentează spitalizarea imediată și inițierea tratamentului.

Tratamentul nemedicamentos

Medicul infecționist vă explică importanța regimului și dietei pe toată perioada maladiei. După externare este necesară supravegherea stării sănătății Dvs. de medicul de familie și specialistul în boli infecțioase, cu efectuarea examenului clinic, biochimic, molecular-biologic pentru prognosticul acestei infecții în fiecare caz individual și îndeplinirea unor anumite măsuri pentru a favoriza evoluția.

Întrebări despre aspecte epidemiologice, tratament și prognostic în HVC acută

- ✓ Este oare atât de necesară spitalizarea?
- ✓ Ce pericol prezintă pentru membrii familiei?
- ✓ Cât de periculoasă este această infecție pentru mine?
- ✓ Unde și cum am primit această infecție?
- ✓ Cât durează tratamentul?
- ✓ Ce medicamente pot fi administrate pentru o însănătoșire mai rapidă?
- ✓ Există posibilități de însănătoșire deplină?
- ✓ Care sunt efectele adverse ale medicamentelor indicate?

Durata și principiile tratamentului în HVC acută

Tratamentul poate dura până la o lună și mai mult. Sunt foarte mulți factori ce influențează evoluția clinică a maladiei și dinamica indicilor de laborator: agresivitatea virusului, starea imunității pacientului, prezența unor patologii somatice, afecțiuni hepatice de altă origine și altele. Ca regulă tratamentul se bazează pe evitarea efortului fizic, respectarea regimului dietetic și remedii medicamentoase patogenetice. Indicarea, întreruperea sau anularea terapiei poate fi efectuată de medicul Dvs. În cazul evoluției prelungite a bolii, lipsei dinamicii clinice, biochimice și serologice pozitive se apelează la terapie antivirală.

Anexa 3. Dieta 5

Indicații pentru administrare: hepatita acută virală C și alte hepatite virale acute și cronice

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

Caracteristica generală

Dieta 5 include: proteine 90-100 gr, lipide 80-100 gr și glucide 350-400 gr, vit C-100 mg, B₁-4 mg, PP-15 mg, A₂-4 mg, calciu-0,8 gr, fosfor-1,6 gr, magneu-0,5 gr, fier-15 mg . Lichid va fi utilizat 1,5-2 l în 24 ore. Sarea va fi limitată până la 10 gr.

Regim alimentar în bolile ficatului

<i>DA</i>	<i>NU</i>
Legume și fructe	
Suple de legume, legume fierte (cartofi, morcovi, mazăre, fasole verde, dovlecei, conopidă), salată verde, spanac, sote-uri de legume, banane.	Fasole boabe, mazăre uscată, varză, castraveți, ridichi, ceapă, usturoi, ardei gras, gogoșari, zarzavaturi crude tari, murături, citrice, nuci, alune.
Făinoase	
Orez, griș, paste făinoase, pâine prăjită, pâine mai veche de o zi, pâine integrală, cereale,	Aluaturi dospite, pâine proaspătă (din ziua respectivă), pâine prăjită arsă
Produse de origine animală	
Carne slabă de vită sau pui, fiartă sau înăbușită, pește slab fiert sau la	Zeamă în care a fiert carnea (carnea scursă se poate adăuga în ciorba de zarzavat), carne grasă (porc,

cuptor ouă fierte albuș de 2 ori pe săptămână.	organe, gîscă, rață), vînat, carne afumată sau prăjită, rîntașuri, conserve de carne sau pește, cîrnați, mezeluri afumate, condimente, pește gras, omletă, slănină.
Grăsimi vegetale și animale	
Unt, ulei de porumb, floarea soarelui sau măsline	Margarină, sosuri grele, untură, jumări, slănină, alimente cu ulei bătut (icre, maioneză, salată de vinete)
Lactate	
Lapte dulce proaspăt, brînză de vaci, iaurt, caș, urdă, smîntîină	Brînzeturi sărate sau afumate, brînză grasă (brînză de oaie este în general mai grasă decît cea de vacă)
Dulciuri	
Compoturi de fructe, budinci de griș sau orez, fructe coapte, prăjituri de casă cu aluat uscat, jeleuri, biscuiți.	Ciocolată, torturi, prăjituri cu cremă de cacao, marmeladă, dulcețuri, cozonac sau alte aluaturi dospite, înghețată.
Băuturi alcoolice și răcoritoare	
Apă plată, sucuri naturale, ceaiuri (mușețel, sunătoare, tei, gălbenele)	Cafea, alcool, băuturi acidulate, ceai negru concentrat
Serviți mese mici, frecvente (4-5 ori) la ore fixe	
Evitați ingestia unor cantități mari de lichide și alimente!	

Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru Hepatita virală C acută la adult

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea IMSP evaluată prin audit	Denumirea oficială
Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
Numărul fișei medicale	
Ziua, luna, anul de naștere a pacientului	ZZ-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Sexul pacientului	1=bărbat; 2= femeie
Mediul de reședință	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu știu.
Numele medicului curant	Nume, prenume
INTERNAREA	
Data debutului simptomelor	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1=AMP; 2=AMU; 3=Secția consultativă; 4=Spital; 5=Instituție medicală privată; 9=Nu se cunoaște
Data adresării primare după ajutor	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
Data și ora internării în spital	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00) sau 9 = necunoscută
Data și ora transferului în secție	Data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9=necunoscută

DIAGNOSTICUL	
Profilaxia nespecifică	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Testele funcționale hepatice	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Testele nespecifice de laborator	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Testele specifice de laborator	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Motivele neefectuării testelor specifice	A fost efectuată: ambulator=3; nu sunt disponibile reactivele=4; nu știu=9
Testarea HIV	A fost efectuată: ambulator=3; nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Durata internării în spital (zile)	număr de zile
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR	
Pacientul internat în mod programat	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
Pacientul internat în mod urgent	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
Starea pacientului la internare (gravitatea)	ușoară=6; medie=7; severă=8
Maladii concomitente	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
Grupul de risc	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
Contingent periclitant	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
Consumator de droguri	nu = 0; da = 1; nu se știe = 9
TRATAMENTUL	
Unde a fost inițiat tratamentul	1=AMP; 2=AMU; 3=Secția consultativă; 4=Spital; Instituție medicală privată; 9=Nu se cunoaște
Tratament cu efect antiviral și imunomodulator	A fost efectuat: nu=0; da=1; nu știu=9 medicamentele nu sunt disponibile=1 pacientul a refuzat tratamentul=2 contraindicații=3 nu este necesar=5 nu se cunoaște=9
Monitorizarea tratamentului	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Tratamentul maladiilor concomitente	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar=5; nu știu = 9
Efecte adverse	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Complicații	nu = 0; da = 1; nu știu=9 a)afectarea căilor biliare; b)pancreatita; c)anemiei severe de tip aplastic; d) crioglobulinemia cu acrocianoză și cu insuficiență renală; k) alte complicații
Transmiterea datelor la locul de trai	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Respectarea criteriilor de externare	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Consilierea pacientului	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Externat cu prescrierea tratamentului	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Supravegherea pacientului postexternare	nu = 0; da = 1; nu știu = 9
Data externării sau decesului	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută

BIBLIOGRAFIE

1. C. Andriuță, M. Magdei, A. Andriuță. Boli infecțioase și parazitare (viziunea populară), Chișinău, 2000, p. 244-247
2. Andriuță C, Pântea V, Botezatu Iulita, Mihnevici Elena. „Cercetări în hepatitele virale timp de un semicentener la catedra Boli infecțioase, Tropicale și Parazitologie medicală. Actualități în patologia infecțioasă și parazitată: a 6-a conf. a infecționiștilor din Republica Moldova, Chișinău, 5-6 oct. 2006 p. 36-43
3. Augustin Cupșa. Boli infecțioase transmisibile, Craiova 2007 p. 10.84-10.86
4. L.Buligescu. Tratat de hepatogastroenterologie, București, 1999, p. 278-297
5. Em.Ceaușu, F.A.Căruntu. Infecția cu virusurile hepatice B și C. Boli infecțioase-Orizont 2004-Actualități, Certitudini, Contraverse. Spitalul clinic de Boli infecțioase și Tropicale „dr.V.Babeș”, București Institutul de Boli infecțioase „prof.Dr.Matei Balș, București
6. Tudorel Ciurea, Oliviu Pascu, Carol Stanciu. Gastroenterologie și hepatologie, Actualități 2003, p. 843-850
7. Dr. Mircea Chiotan. Boli infecțioase București 2002, p. 298-334
8. L.Gherasim. Medicina internă Boli digestive hepatice și pancreatice, Editura medicală, 2000, p. 725-763
9. Hoofnagle SH, Heler T. Hepatic C in hepatology-A Textbook of Liver Disease; WB Saunders, ed. A 4-a, 2003, vol II; 1017-1062
10. Lilia Cojuhari. „Particularitățile clinice, imunologice și optimizarea tratamentului în hepatita acută virală C la persoanele de vârstă tânără și medie. Autoreferat al tezei de doctor în medicină, Chișinău, 2007, p. 23
11. Cojuhari Lilia, Pântea V, Spânu C, și alt. Eficacitatea pacovirinei în tratamentul hepatitei acute virale. Analele Științifice. Zilele universității consacrate celor 5 ani de la proclamarea independenței Republicii Moldova. Vol.3: Probleme actuale în medicina internă-Chișinău 2006 p. 406-410
12. Ileana Rebedea Boli infecțioase București 2000, p.288-293
13. **Cușnir Gh**, Pântea V, Cojuhari Lilia et al. Particularitățile clinice și imunologice în hepatita acută virală C. Actualități în patologia infecțioasă și parazitată: a 6-a conferință a infecționiștilor din RM: Chișinău 5-6 octom. 2006 p. 65-69
14. Dumitru Cârștina, Ionel Ciutică. Infecția cu virusuri hepatice, Cluj-Napoca 2002 p. 104-114
15. Vlada-Tatiana Dumbrava. Hepatologie bazată pe dovezi, Chid practic național, Chișinău, 2005, p. 333
16. **Gh. Cușnir**, L.Cojuhari, V.Pântea, V.Deatișin. Dereglări imune în hepatita acută virală C. Curierul medical N5, 2006, p. 30-35
17. Mircea Grigorescu. Tratat de hepatologie, București, 2004 p. 346-351
18. Iarovi P., Isac M., Rîmiș C. *Strategia și tactica de combatere a hepatitelor virale B, C și D acute*. Materialele Congresului V al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor di Republica Moldova. Vol.2A. Chișinău – 2003, p. 63-68;
19. V.Pântea. Ghid practic al medicului de familie. Hepatita acută virală, Chișinău 2003 p. 246-256
20. PânteaV, Cojuhari Lilia, Iambulatova Oxana. Aspecte clinice și diagnostice ale hepatitei acute virale C. Analele științifice:Zilele Universității consacrate celor 15 ani de la proclamarea Republicii Moldova Vol.3; Probleme actuale în medicina internă. Chișinău 2006 p. 403-406
21. V.Pântea „Hepatita acută virală C eficacitatea tratamentului cu Pegasys și Copegus”. Romanian Journal of hepatology programme and abstracts of the XVI-th National Congres of Hepatology 22-23 september 2006 Bucharest, Romania, Suppliment nr.1. vol.2, 2006

22. Pântea V, Spânu C, Cușnir Gh. Cojuhari Lilia et al. Particularitățile clinice, imunologice și optimizarea tratamentului în hepatita acută virală C, recomandare metodică Chișinău, 2006
23. Pântea V, Cojuhari Lilia. Modificările imunologice în hepatita acută virală C la persoanele de vârstă tânără și medie. Romanian Journal of hepatology. Programme and Abstracts of the XVII National Congress of hepatology 28-29 september 2007, Bucharest Romania Yer 3 (2007) vol. 3, suppl. 1 p. 54-55
24. Pântea V, Cojuhari L, Semeniuc Stela. Dereglările imunologice în HVC acută la pacienții de vârstă tânără și medie. Arta medica nr 3, 2008 Ediție specială Chișinău, p. 148-152
25. Pântea V, Cojuhari Lilia. Particularitățile epidemiologice, clinice și de diagnostic în hepatita acută virală C. Clujul Medical. Vol. LXXXI supliment 2008 p. 86-87
26. Pântea V, Cojuhari Lilia. Importanța decelării ARN-VHC și spectrului anti-HVC în diagnosticul și prognosticul hepatitei acute virale C Clujul Medical Vol LXXXI supliment 2008 p. 88-89
27. Pântea V, Cojuhari Lilia. Tratamentul cu Pegasys și Copegus tratament de referință în hepatita acută virală C. Clujul Medical vol LXXXI Supliment 2008 p. 89-90
28. Pântea V, Cojuhari Lilia. Decelarea ARN-VHC și spectrului anti-HVC-teste de referință în diagnosticul și prognosticul HVC acute.
29. Pântea V, Cojuhari Lilia, Cebotarescu V. Tratamentul cu Pegasys în hepatita virală acută Arta Medica, nr 3, 2008 Ediție specială, Chișinău, p. 152-154
30. Pântea V, Cojuhari Lilia, Semeniuc Stela, Iarovoi I, Spânu C, Spânu I. Evaluarea pacienților cu HVC acută tratați cu pacovirină. Arta Medica, nr 3, 2008 Ediție specială, Chișinău, p. 155-157
31. Proiectul USAID „Prevenirea HIV/SIDA și hepatitelor B și C (PHH) Cunoștințe, atitudini, practici ale populației din Republica Moldova despre hepatitele virale B și C și consilierea și testarea voluntară la HIV și hepatitele virale. Raport efectuat în baza cercetărilor sociologice, Chișinău, 2007
32. Programul Național de combatere a hepatitelor virale B, C și D pentru anii 2007-2011 HOTARIRE Nr. 1143 din 19.10.2007 Publicat : 09.11.2007 în Monitorul Oficial Nr. 175-177;
33. Programul Național de Imunizări pentru anii 2006-2010 Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 523 din 16 mai 2006 (Monitorul Oficial, 9 iunie 2006, nr.87-90, p. II, art. 644);
34. Rusu G., Galețchi A., Popovici P., și al. *Boli infecțioase la copii*, Chișinău, 2004, 359 p.;
35. Christian Trepo. Understanding the natural history of hepatitis C: the basis for planned management. Hepatitic C a series of topical reviews Associate Editor, Alfredo Alberti 1998 p.11
36. Teresa Santantonio. Acute hepatitis C Advances in hepatitic, 2003 Volume 3, Issue 2 p. 6-9
37. Jean –Francois Quaranta, Brigitte Reboulat, Jill-Patrice Cassuto. Hepatitele, Corint, București, 2003, p. 133
38. M.Voiculescu. Actualități în hepatologie, București 1996, p-59-85
39. К.А. Андриуца. Изоферменты у больных вирусными гепатитами. Кишинев, Штиинца, 1987, стр. 194
40. Н.П. Блохина, Н.Н. Щурикова . Лечение острого гепатита С препаратами интерферонового ряда. Вирусные гепатиты, информационный бюллетень N2, 2002 стр 12-15
41. Гепатит С (диагностика, эпидемиология, лечение, профилактика (Российский консенсус) Москва 26-27 сентября 2002 г, Вирусные гепатиты, информационный бюллетень N3, 2000 стр 3-9

42. Гепатит С Консенсус 2002. Национальный институт здоровья (США) 10-12 июня 2002 г, Вирусные гепатиты, информационный бюллетень N2, 2002 стр 3-11
43. Вирусный гепатит С. Методические рекомендации. Научно-производственное объединение Диагностические системы, Нижний Новгород, 2002
44. В.Т.Ивашкин. Болезни печени и желчевыводящих путей. Москва, 2002 стр. 39-58
45. О.В. Калинина, С.Л.Цукамолов. Молекулярная эпидемиология гепатита С. Вирусные гепатиты, информационный бюллетень N3, 2000 стр 9-15
46. Е.А. Михайлова. Гепатит С сравнительная характеристика факторов определяющих исходы острой и течение хронической фазы болезни. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Казань, 2004 стр. 33
47. М.И.Михайлов Лабораторная диагностика гепатита С. Вирусные гепатиты, информационный бюллетень N2, 2001 стр 8-16
48. В.Г.Радченко, А.В.Шабров, Е.Н.Зиновьева. Основы клинической гепатологии, Санкт-Петербург, 2005 стр. 171-207
49. К.-П. Майер Гепатит и его последствия, Москва 1999, стр. 76-101
50. С.Н.Соринсон Вирусные гепатиты в клинической практике, Санкт-Петербург 1998, стр.204-234
51. С.Д.Подымова. Болезни печени, Руководство для врачей, Москва, 2005, стр 229-233
52. Ш.Шерлок Дм.Дули. Заболевания печени и желчных путей. Москва, 1999, стр. 330-336
53. Е.П.Шувалова Инфекционные болезни, Москва, 2005 стр. 194-197
54. И.В.Шахгильдян. Характеристика групп высокого риска инфицирования вирусом гепатита С. Вирусные гепатиты, информационный бюллетень N2, 2000 стр 3-4
55. Т.Я.Чернобровкина. Оценка эффективности терапии больных гепатитом С фосфогливом с учетом показателей специфического гуморального иммунитета. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2004 стр. 29
56. В.Ф.Учайкин, Н.И. Нисевич, Т.В.Чередниченко. Вирусные гепатиты от А до TTV у детей, Москва 2003 стр. 189-210
57. Victor Pântea , Constantin Spânu, Lilia Cojuhari, Valentin Cebatorescu „Hepatita virală C acută. Particularitățile clinice , epidemiologice, imunologice și de tratament la persoanele de vârstă tânără și medie” Chișinău 2009 , 108 p.
58. Pântea Victor ” Hepatitele virale C, B și D acute și cronice .Particularitățile clinice , epidemiologice, imunologice , evolutive și tratament . Referat pentru obținerea gradului științific de doctor habilitat în medicină în baza lucrărilor publicate, Chișinău 2010, 110 p.
59. C. Spînu , T. Holban , V. Guriev, I. Spînu ” Hepatite virale și HIV ” (aspecte etiologice, epidemiologice, clinice, diagnostic de laborator , tratament și profilaxie) Chișinău 2013 , 296 p.
60. Victor Pântea ” Hepatitele virale acute și cronice” (etiologie, epidemiologie, patogene, tabloul clinic, diagnostic, tratament și profilaxie) Chișinău 2014 , 259 p.
61. Sajen O. Teza și autoreferatul tezei de doctor în științe medicale ” Particularitățile epidemiologice ale hepatitei virale C în grupurile cu risc sporit de infectare”. Chișinău 2015.

Ghid practic ”Siguranța injecțiilor”. Chișinău 2015. 42 pagini.