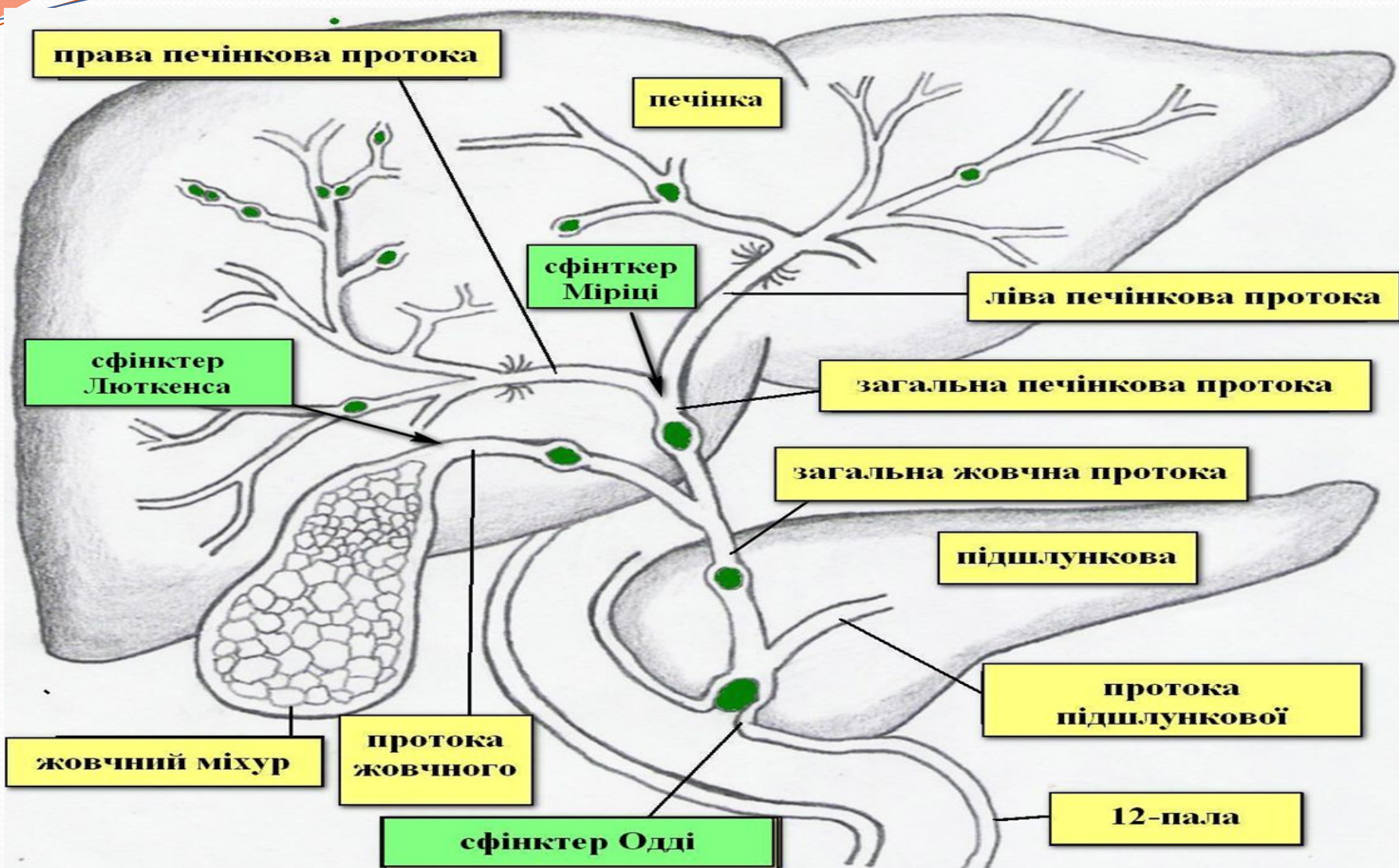


ТА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ -

ГЕПАТИТИ І ХОЛЕПАТІЇ



доц. Синицька В.О.



ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Вади розвитку печінки та вади розвитку жовчних шляхів

агенезія лівої або правої долі,

- роздвоєння печінки,
- фіброз печінки
- жовчний міхур: збільшений, агенезія, блукаючий, роздвоєний, зігнутий, агенезія позапечінкових жовчних протоків, гіпоплазія міждолькових внутрішньопечінкових протоків

Патологія спадкового генезу

- пігментні гепатози:
- Синдром Жильбера,
- Кріглера-Найяра,
- Дабіна-Джонсона, Ротора,

- галактоземія, глікогенози, тирозиноз,
- хв. Гоше, Німана-Піка, Вільсона-Коновалова

З спадковою схильністю

- ХВГ (В,С,Д,Е) або неідентифікований
 - - аутоімунний гепатит
 - хронічний медикаментозний лікарсько-індукований,
 - - токсичний гепатит
 - вроджений гепатит
 - цироз печінки
- холепатії**- дисфункції жовчовивідних шляхів
- холецистит, холангіт, холецистохолангіт
 - жовчо-кам'яна хвороба

Відомі такі функції жовчного міхура

накопичувальна,

- концентраційна,

- скорочувальна,

- секреторна,

- ферментативна

- регуляторна.

КЛАСИФІКАЦІЯ ХОЛЕПАТІЙ

- Функціональні захворювання:

дисфункції міхура та сфінктерів;

Запальні захворювання:

холецистит, холангіт,

холецистохолангіт

Обмінні захворювання:

жовчокам"яна хвороба

Паразитарні: лямбліоз, ехінококоз, опісторхоз

Аномалії розвитку міхура і протоків

- **Класифікація функціональних розладів жовчного міхура та сфінктера Одді (Римський III Консенсус)**
- **Е. Функціональний розлад жовчного міхура та сфінктера Одді**
 - Е1. Функціональний розлад жовчного міхура
 - Е2. Функціональний біліарний розлад сфінктера Одді
 - Е3. Функціональний панкреатичний розлад сфінктера Одді
- **За локалізацією:**
 - А. Дисфункція жовчного міхура.
 - Б. Дисфункція сфінктера Одді.
- **2. За етіологією:**
 - А. Первинні.
 - Б. Вторинні.
- **3. За функціональним станом:**
 - А. Гіпофункція або гіперфункція жовчного міхура.
 - Б. Спазм або недостатність сфінктера Одді.
- **Клінічні форми ФРБТ:**
 - гіперкінетично-гіпертонічна
 - гіперкінетично-гіпотонічна
 - гіпокінетично-гіпотонічна
 - гіпокінетично-гіпертонічна
 - (м.б. варіанти поєднання з нормальним тонусом сфінктерів або кінетикою жовчного міхура)

ДИСФУНКЦІЯ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

- **функціональний патологічний стан, який пов'язаний з порушенням моторно-евакуаторної функції біліарної системи, що спричиняє застій жовчі, її згущення та утворення камінців, внаслідок незлагодженої роботи міхура та сфінктерів**
- Цей патологічний стан може бути самотійним чи супроводжувати іншу патологію травної системи.

Розповсюдженість ДЖВШ складає до 20%

ФОРМИ ДИСФУНКЦІЙ

- Гіперкінетична – гіпертонус жовчевого міхура
- Гіпокінетична- гіпотонія міхура
- Гіпотонічна – недостатність сфінктерів
- Гіпертонічна- спазм сфінктерів

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ

Гіперкінетично- гіпотонічна

Гіперкінетично- гіпертонічна

Гіпокінетично- гіпотонічна

Гіпокінетично – гіпертонічна

В дебюті переважає гіперкінетична форма, з часом виникає дизбаланс адаптивних процесів та секреції міхура, що спричиняє його гіпотонію

Тип дисфункції залежить

- Від стану вегетативної системи:
 - перевага вагуса забезпечує гіперкінетично-гіпотонічний тип;
 - перевага симпатичної системи – гіпокінетично-гіпертонічний тип

Від гормонального фону:

- гастрин, секретин холецистокінін посилюють скорочення міхура та послаблюють сфінктер Одді,
- глюкагон, кальцитонін, антихолецистокінін діють навпаки

СПРИЧИНЯЮЧІ ФАКТОРИ

Порушення режиму харчування;
Переїдання, зловживання жирного, смаженого;
Кишкові інфекції: бактерійні та паразитарні
Спадкова схильність, вади розвитку міхура
Емоційні та фізичні навантаження

КЛІНІЧНІ СИНДРОМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

- **Больовий** “синдром правого підребер’я”:
 - - важкість, неприємні відчуття, які посилюється після вживання жирної та смаженої їжі, чи фізичного та емоційного навантаження;
 - - характер болю залежить від типу дисфункції:
 - при гіпокінезії – тупий, ниючий, розпираючий;
 - при гіперкінезії – переймоподібний, колючий, різучий;
 - ірадіація в ділянку серця – холецистокардіальний синдром, нагадує клініку стенокардії; у ліве підребер’я чи у хребет.

• **Диспепсичний – біліарний:**

- нудота, гіркота та сухість в ротовій порожнині,
- відрижка, рідше блювання,
- нестійкий стілець.

Синдром ендотоксикозу – виражений по-різному,

- переважають вегетативні порушення: гіпергідроз, червоний дермографізм, артеріальна гіпертензія

Гіперкінетична дисфункція

- біль інтенсивна, ірадіює в праве плече, праву лопатку,
- виражені міхурові симптоми,
- печінка незбільшена
- провокується навантаженням чи погрішностями в дієті.
- При гіперкінетично-гіпотонічному
 - короткотривалий, легко купується.
- При гіперкінетично-гіпертонічному
 - більш різкий, тривалий, можуть бути блювання, проноси як прояви диспанкреатизму

Гіпокінетична дисфункція

- Постійний, неінтенсивний ниючий біль важкості, розпирання в правому підребер'ї, помірно посилюється при навантаженні;
 - міхурові симптоми відсутні, легка чутливість при пальпації

Печінка збільшена, але еластична, рухома, неболюча, зменшується після зондування-
“застійна”

Більш виражений диспепсичний синдром: нудота, гіркота в роті, знижений апетит, закрепи

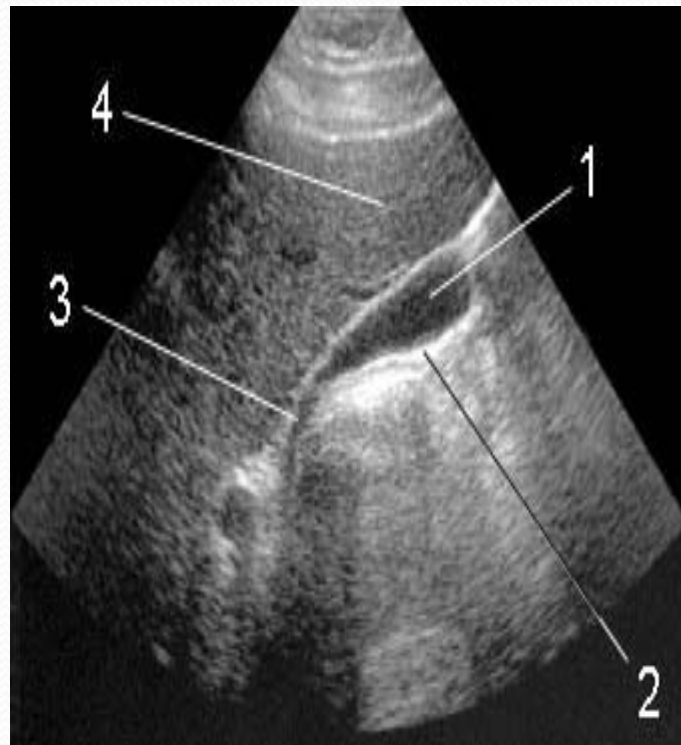
ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ультразвукове дослідження – визначення розмірів та положення жовчевого міхура, структури паренхіми печінки, жовчеві ходи, протоки, форму та розміщення жовчевого міхура, його стінки, вміст, камінці.

Вживання подразників (хофітол, яєчний жовток)

- допомагає оцінити тонус міхура;
- скорочення міхура на 30-50% від виходного – N,
- гіпокінетичний міхур – скорочення менше 30 %,
- гіперкінетичний - скорочення більше 50%.





- Вимірювання об'єму жовчного міхура виконується натще та після стимуляції через 5, 15, 30, 40, 60 хвилин. При УЗ холецистографії реєструються фази скорочення жовчного міхура.
- Перша фаза триває 4 - 6 хв., зумовлена станом СФО, подовження цієї фази свідчить про спазм СФО.

- Друга фаза триває приблизно 15 хв., зумовлена станом СФО, об'єм ЖМ зменшується на 29 - 31%.
- Третя фаза триває до 30 хв., зумовлена станом сфінктера Люткенса, об'єм ЖМ подальше зменшується на 30-35%.
- Четверта фаза - подальше скорочення ЖМ на 33% - 65% у порівнянні з вихідним об'ємом

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

- **Сцинтиграфія** – радіонуклідне дослідження найкраще
- оцінює моторно-евакуаторну функцію, але дороговартнісно.
-
- **Динамічна рентгенографія** – контрастна, білітраст орально, до і після жовчогінного сніданку
- Комп'ютерна томографія,
- Лапараскопія, біопсія.

Лабораторні дослідження:

1. Копрограма

- підвищення нейтрального жиру,
- значне підвищення кількості жирних кислот,
- внутрішньоклітинного крахмалу,
- клітковини (недостатність жовчовідділення).

Дуоденальне зондування

- запропоновано ще у 1917 р. допомагає оцінити тонус міхура та сфінктера Одді за початком виділення жовчі:
- раніше 5 хв.-гіпертонус
- пізніше 7 хв.- гіпотонус;
- враховують кількість міхурової жовчі:
- $H = V/t = 1,9 - 2,3$ мл/хв,
- менше 1,9 мл/хв– гіпокінезія,
- більше 2,3 мл/хв – гіперкінезія
- біохімічне дослідження - рівні холестерину, білірубіну, жовчних кислот,
- мікроскопія вмісту.

РЕЗУЛЬТАТИ ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДУВАННЯ

- виявлення паразитів:
- злущений циліндричний епітелій, кристали холестерину, грудочки жирних кислот, солі білірубінату кальцію, коричневі плівки, все це разом із слизом вистилає стінку міхура і протоків;
- бакпосів жовчі, наявність лейкоцитів,
- збільшення холестерину та зниження жовчних кислот у порціях В і С

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГІТ

- це хронічний рецидивуючий запальний процес жовчевого міхура та внутріпечінкових протоків, який супроводжується порушенням моторики жовчовивідних шляхів і зміною фізико-хімічного складу жовчі, внаслідок порушення неспецифічної резистентності та імунологічної реактивності дитини

ПАТОГЕНЕЗ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

- 1. Застійні явища в жовчевих протоках, жовчевому міхурі
- 2. Активація збудника
- 3. Запальний процес в жовчних ходах
- 4. Втягнення в патологічний процес печінки
- 5. Втягнення в патологічний процес органів травлення
- 6. Порушення обмінних процесів в організмі,
● зниження захисних сил організму
- 7. Посилення патологічного процесу в гепатобіліарній

КРИТЕРІЇ

ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГІТУ

- Поступовий хвилеподібний розвиток на ґрунті дисфункції,
- Ведучий больовий синдром, характер його залежить від форми дисфункції,
- Характерним є збільшення та болісність печінки, як прояв ендотоксикозу, вона залишається помірно збільшеною і у фазу ремісії,
- Шкірні прояви: телеангіектазії, сухість шкіри, іноді жовтушність, рідко ксантоматоз повік.
- Диспепсичний синдром, як при дисфункції

КРИТЕРІЇ ХОЛЕЦИСТИТУ при УЗД

-
- -потовщення стінки більше 4 мм;
- -позитивний симптом Мерфі –
локальна болючість в проекції
міхура при рухах датчика;
- -збільшення міхура більше 5 см;
- -подвійний контур стінки міхура;
- - “сладж” у просвіті міхура

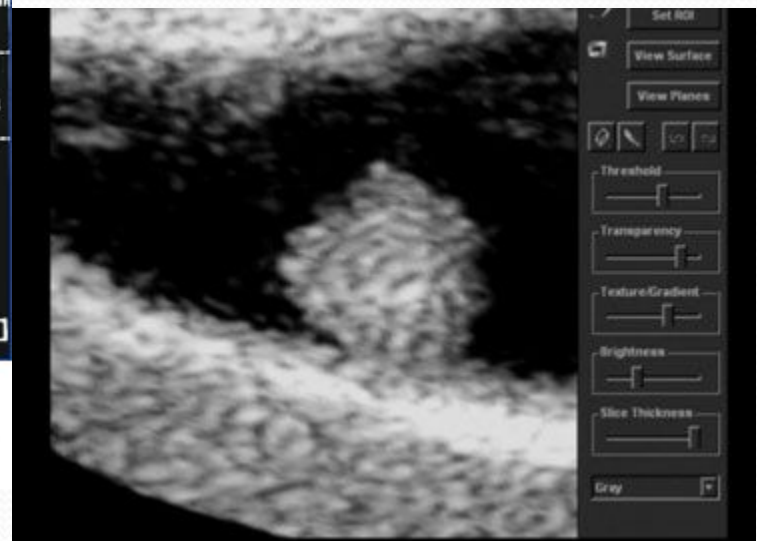
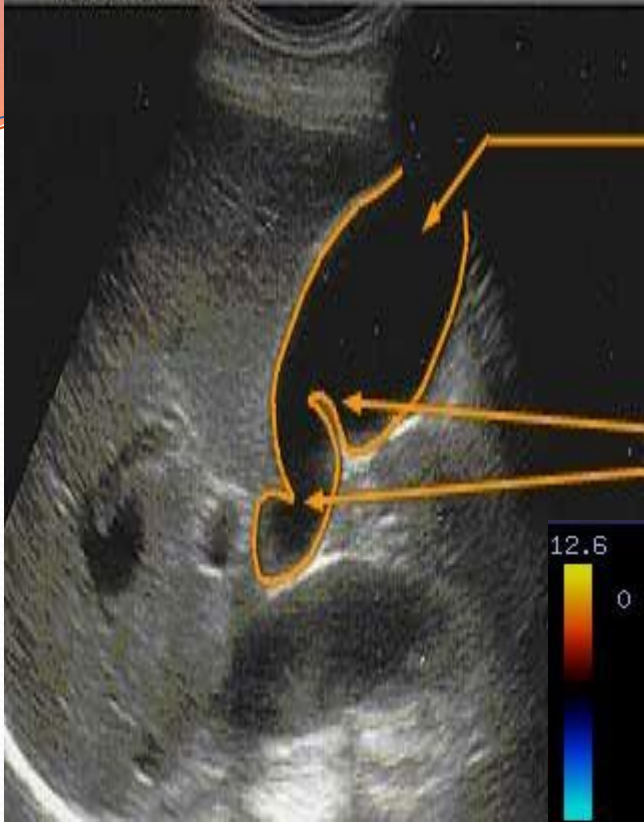
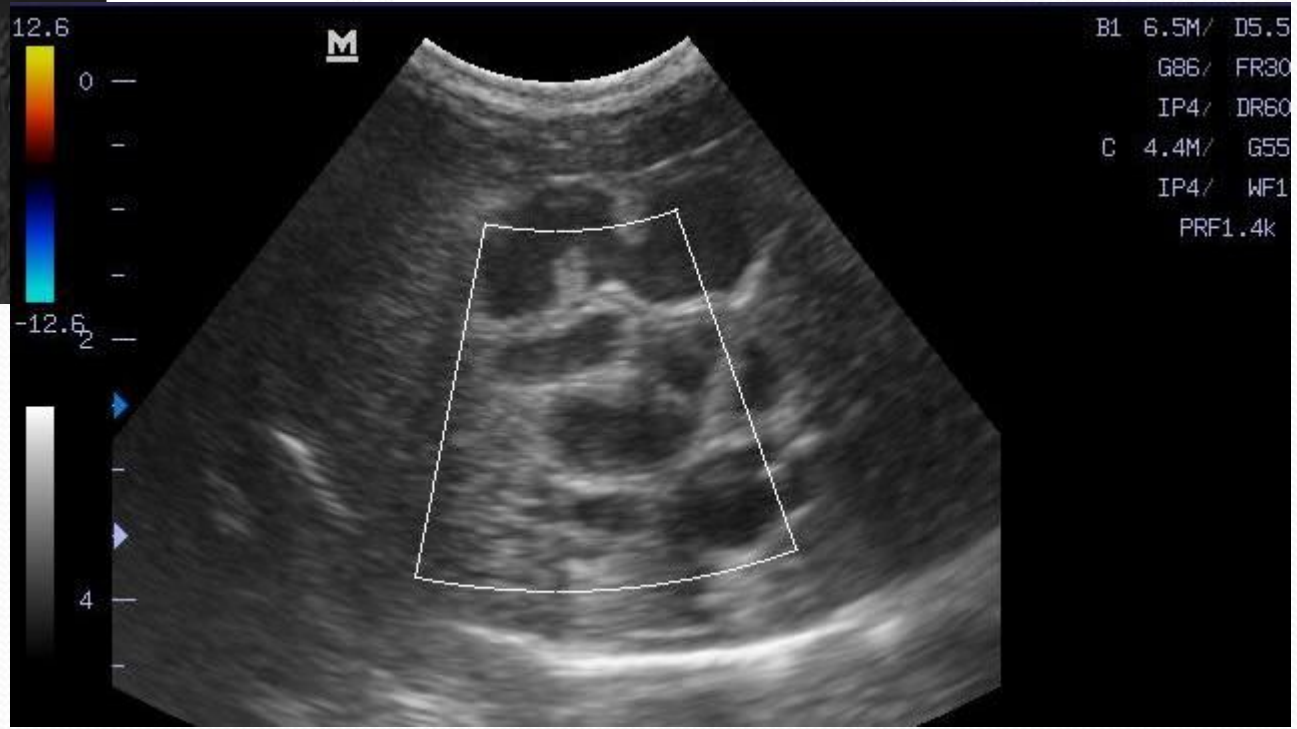


Рисунок. 2. Сонограмма желчного пузыря при холестерозе. Желчный пузырь не увеличен, стенки неравномерно утолщены. Определяются полипы в желчном пузыре, в т. ч. в шейке (пристеночно-гиперэхогенное образование без акустической тени, на широком основании, размер до 0,6 см, не смещается). В просвете пузыря — эховзвесь (собственное наблюдение)



желчный пузырь

перегибы
желчного пузыря



12.6

0

-12.6

2

4

M

B1 6.5M/ D5.5
G86/ FR30
IP4/ DR60
C 4.4M/ G55
IP4/ WF1
PRF1.4k

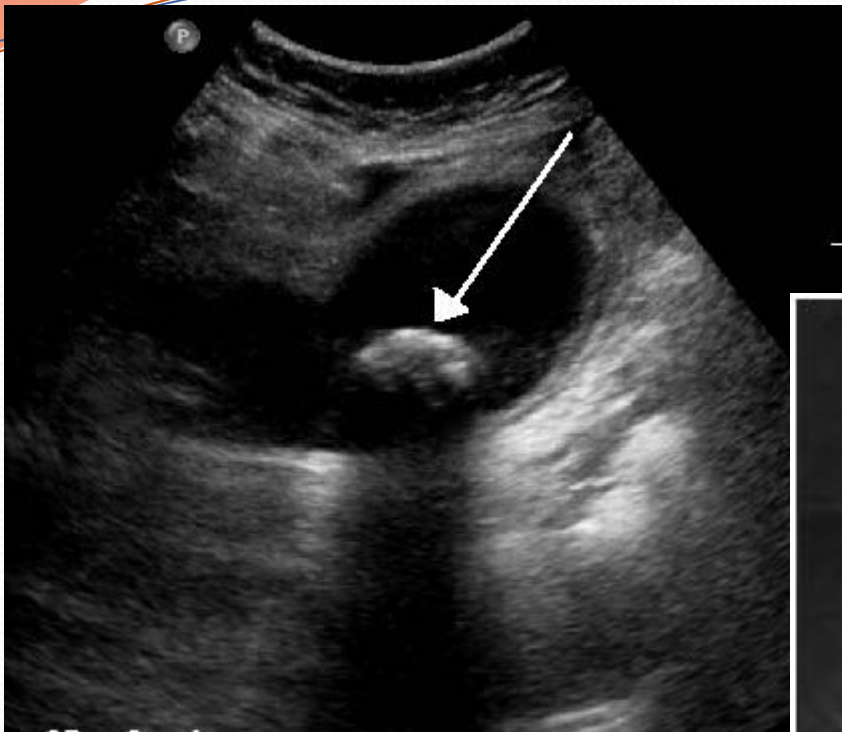
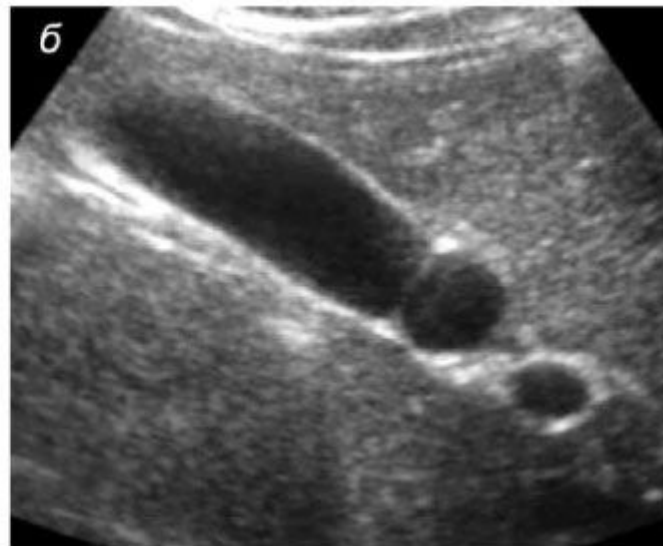


Рис. 5. ЭУС. Фиксированное к стенке желчного пузыря образование средней эхогенности с нечетким контуром – сгусток замазкообразной желчи (отмечен стрелкой)



ПФЕТ (патофізіологічна ензимо-гепатограма)

- Синдром цитолізу – виражений помірно
- аспарагінова амінотрансфераза (ALT)
- аланінова амінотрансфераза (AST)
- фруктозо-1-фосфат альдолаза
- орнітин-карбаміл трансфераза
- лактатдегідрогеназа (ЛДГ)
- Залізо, вітамін В12

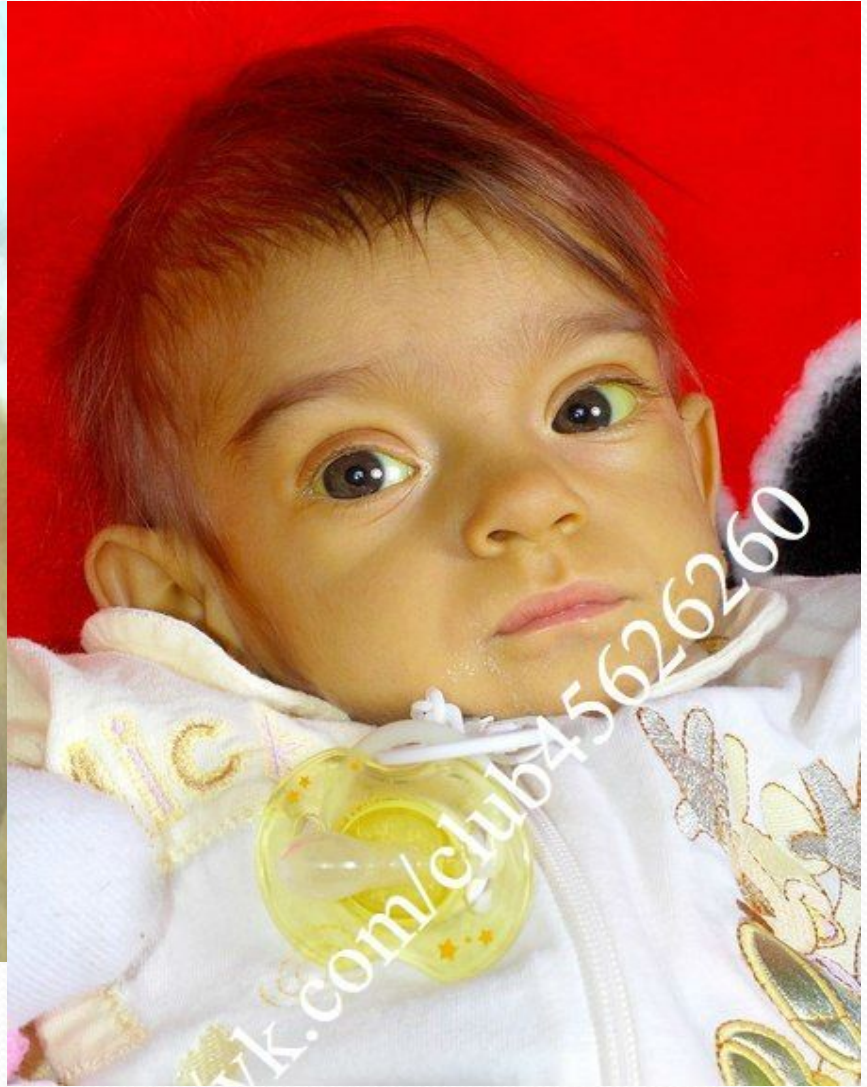
патофізіологічна ензимо-гепатограма

ПОЛІКЛОНАЛЬНА ГАМАПАТІЯ

- прискорена ШОЕ
- Загальний білок підвищений,
- глобуліни α_1 - α_2 – глобуліни β ,
- Ig A , Ig G , Ig M,
- осадкові колоїдні проби позитивні
тимолова, сулемова

патофізіологічна ензимо-гепатограма

- Синдром холестазу
-
- лужна фосфатаза
- гіперхолестеринемія
- кон'югований білірубін ,
- α –ГТП (гамаглутамінтранспептидаза) ,
- 5 – нуклеотидаза ,





● НЕДОСТАТНІСТЬ СИНТЕТИЧНОЇ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ

- Альбуміни , протромбіновий комплекс , холінестераза

● ПЕЧІНКОВА ГІПЕРАЗОТЕМІЯ

- Аміак , загальний амінний азот , феноли , індикан , ароматичні амінокислоти (фенілаланін , тирозин , триптофан)



ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕПАТІЙ

- Режим щадний, виключення змагань
- Дієта №5 : їжа природній жовчогінний фактор, тому частіші прийоми до 5 – 6 разів на добу,
- відварна, парова, пюре, оптимальна т-ра
- виключення жирного, смаженого, пряного, копченого, кислого, холодного,
- Включення жовчогінних блюд з оліями, молоко, сметана, негострі сири, сирі овочі, яйця

але не при гіперкінетичній дискінезії

ТЕРАПЕВТИЧНІ НАПРЯМКИ

- **I. Боротьба з явищами застою:**
- а) дуоденальний дренаж
- 1. фруктовими соками
- 2. з ксилітом, сорбітом 0,2-0,4 г/кг
- 3. з мінеральною водою (Єсентуки №17, Поляна Квасова, Лужанська №1)
- 4. з томатним соком та олією
- б) настій та відвар лікарських трав- безсмертника, кукурудзяних рилець, плоди шипшини

II. Жовчозамінна терапія

- **Істинні холеретики:** стисмулюють жовчоутворення і збільшують рівень жовчних кислот
- **Tab. Herabene**
- **Tab. Ac. Dehydrocholici**
Tab. “Liobilum”
- **Tab. “Choliver”**
- **Tab. “Chofitoli”, та інші**
- **0,3-0,5 табл /рік життя, 2-3 тижні**

Гідрохолеретики

- посилюють жовчоутворення за рахунок водного компоненту, призначають після істинних для закріплення ефекту:
- уротропін, саліциловий натрій, мінеральні води

III. Препарати, що нормалізують функцію печінки

- 1. Вітаміни B6, B12
- 2. Kalii orotatis 0,25, 0,5 10-20 мг/кг/добу
- 3. Ac. Lipoici 0,025
- 4. Lipamidi 0,25
- 5. Essenciale, Lecitini
- 6. Glutargini
- 8. Carsil, Darsil
- 9. Ursosalk, Ursosan - 10-12 мг/кг
- 10. Tiotriasolini

IV. Апаратна фізіотерапія:

- 1. Індуктотермія 6-15 хв.
- 2. УВЧ 8-12 хв.
- 3. Електрофорез (сульфат магнію, папаверін, ношпа, новокаїн) 15-20 хв.
- 4. Гальвано-грязевий тюбаж 15-20 хв.



● V. Неапаратна фізіотерапія:

- а) аплікації озокеріту, бішофіту
- б) аплікації грязеві
- в) мінеральні ванни

Гіперкінетична дисфункція

- дієта №5
- холеретики + холеспазмолітики
- (галідор, но-шпа, платифілін, спазмалгон, церукал, букоспан)
- Холекінетики протипоказані!
- Маломінералізовані мін.води, гарячі (Славяновська, Смирновська, Єсентуки №4 і № 20)
- Теплові процедури, е-форез із спазмолітиками

Гіпокінетична дисфункція

Дієта №5 з холекінетичними продуктами

- Холеретики + холекінетики (сульфат магнію, ксиліт, сорбіт, яєчний жовток, рослинні олії);
- тонізуючі середники : настоянка жень-шеню, елеутерокока, пантокрин, алое,
- фітотерапія жовчогінна: безсмертника квіти, кукурудзяні рильця, плоди шипшини
- мінеральні води високої мінералізації (Єсентуки №17, Нафтуса,), газовані, холодні
- З фізпроцедур: тубажі, гальванізація міхура, ампліпульс, діадинамотерапія

Холецистохолангіт

- Ліжковий режим при загостренні
- Дієта № 5
- Антибактеріальна терапія: макроліди, пероральні аналоги ампіциліну; похідні нітрофурану, 5 – 7 днів
- Основна терапія залежно від типу дискінезії

- **VI. Антибактеріальна терапія при необхідності;**
- протипаразитарна (амінохінол, метранідазол, ворміл, мератин, фуразолідон)
- 2 п'ятиденних курси
- Полівітамінотерапія

ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ

- В світі перехворіли вірусними гепатитами більше 2 млрд. людей;
- Носіями гепатиту В (HBV) є більше 350 млн. чоловік;
- Близько 3 % населення планет є носіями вірусу гепатиту С (HCV).
- За частотою ураження населення вірусні гепатити посідають друге місце після грипу та ГРЗ.
- Хронічні гепатити з різною частотою трансформуються в цироз печінки.

Хронічний вірусний гепатит

- – це запальне захворювання печінки, яке викликане вірусом гепатиту , триває 6 місяців або більше, характеризується прогресуючим перебігом, розвитком фіброзу та здатністю сформувати цироз, або може бути асоційованим з цирозом

Етіологія гепатитів

- 1) Віруси – В, С, D, F, G, цитомегаловіруси, герпес віруси
- 2) Токсичний
- 3) Алкогольний
- 4) Медикаментозний
- 5) Криптогенний
- 6) Метаболічний

Сприяють розвитку хвороби:

- бактеріальні та паразитарні хвороби;
- токсичне ураження печінки;
- спадкова схильність.

Активність хронічного гепатиту:

1. Активна фаза:

- а) мінімальна (АлАТ перевищує нормальний рівень до 3 разів);
- б) помірна (АлАТ перевищує норму до 10 разів);
- в) виражена (рівень АлАТ перевищує норму більше, ніж в 10 разів).

2. Неактивна стадія.

Таблица 4. Маркеры ХВГ

Вид ХВГ	Антигенные	Серологические (антитела)	Генетические
B	HBs, HBe, HBcAg	Анти-HBs, анти-HBe,	HBV-DNA (ДНК)
C	-	Анти-HCV (Hbc), анти-HCV (Hbc) IgM	HCV-RNA (РНК)
D	HDAg	IgM, IgG анти-HDV	HDV-RNA (РНК)

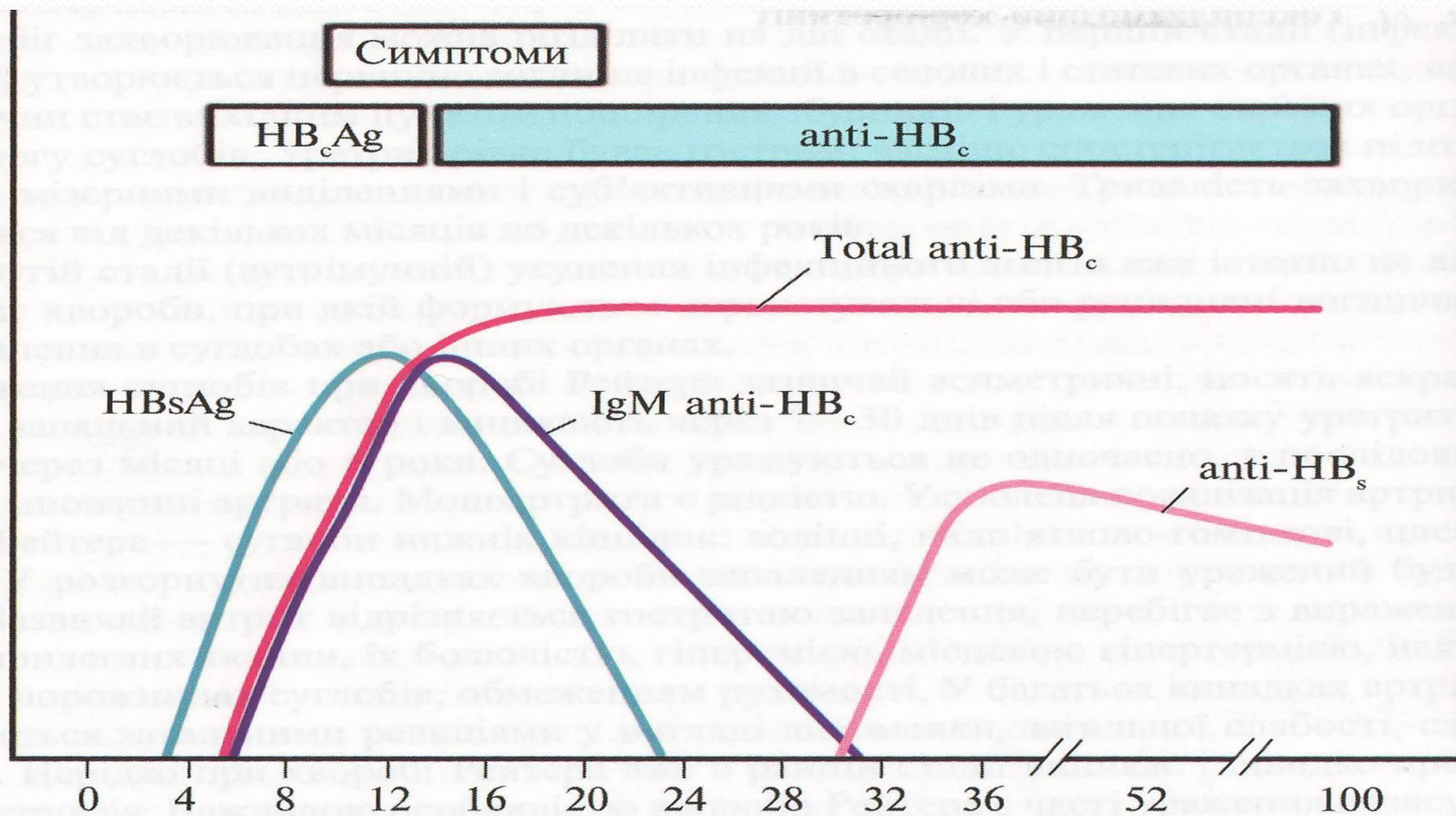
Таблица 5. Маркеры вирусов гепатитов в разные фазы инфекции

HBV-инфекция		HCV-инфекция	
Фаза репликации	Фаза интеграции	Фаза реактивации	Латентная фаза
HBeAg*, HbsAg, анти-HBc, анти-HBc-IgM, HBV-DNA*	HBsAg, анти-HBc, анти-HBe**, анти-HBs**	Анти-HCV, анти-HCV-IgM, HCV-RNA*	Анти-HCV

Примечания: * – маркеры, непосредственно указывающие на активную вирусную инфекцию; ** – маркеры улучшения иммунитета, предвестники реконвалесценции.

Динаміка маркерів HBV

(Крамарєв С. О. Інфекційні хвороби у дітей, 2010)



Критерії діагнозу вірусного гепатиту В (HBV):

- у частини хворих гострий гепатит В в анамнезі;
- клініка: інтоксикаційний синдром (втомлюваність);
- підвищення активності трансаміназ;
- наявність маркерів гепатиту В в сироватці крові:
 - в реплікативній фазі – HBsAg, HBeAg, HBV-ДНК, анти- HBcIgM; в тканині печінки- HBcAg;
 - в інтегративну фазу – HBsAg, анти- HBeIgG, анти- HBcIgG в сироватці крові; HBcAg- в тканині печінки

Інструментальні дослідження і критерії діагностики:

- - ультрасонографія – ущільнення паренхіми печінки, внутрішньопечінкових жовчних ходів та стінок судин печінки;
- - доплерометрія – збільшення показників максимальної та середньої швидкості кровотоку, об'ємного кровотоку у хворих з високою та помірною активністю процесу;-

НОРМАЛЬНАЯ
ПЕЧЕНЬ

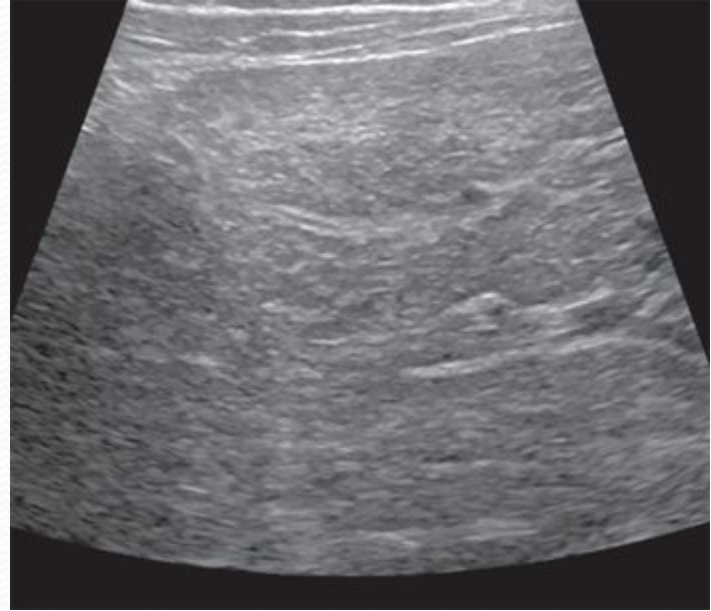
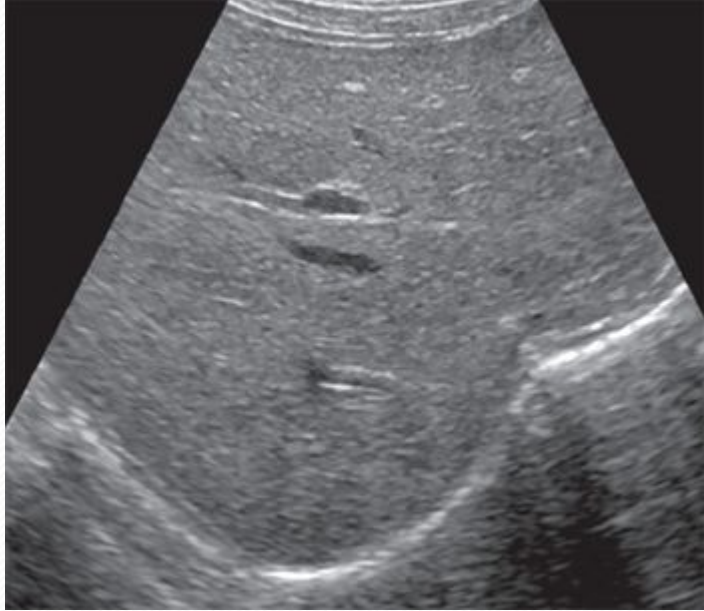


ХРОНИЧЕСКИЙ
ГЕПАТИТ



ЦИРРОЗ
ПЕЧЕНИ





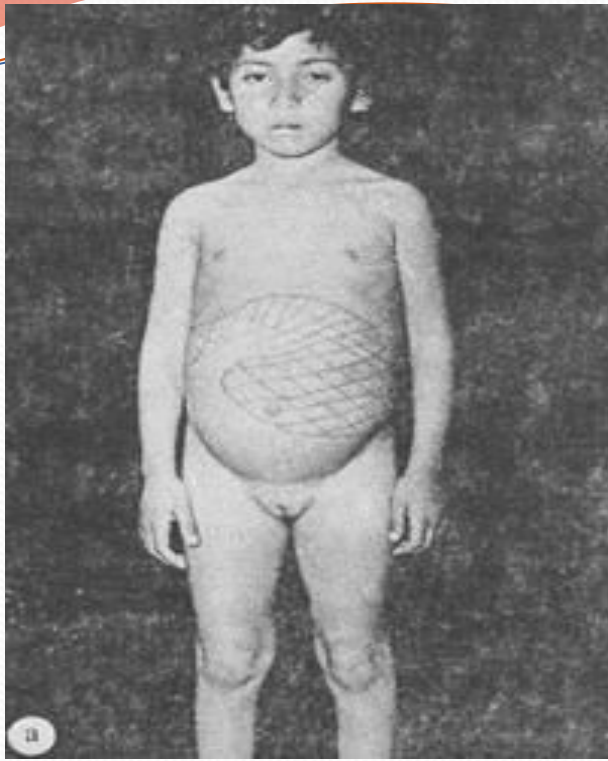




- радіоізотопні дослідження (білісцинтиграфія) - зменшення індексу печінкового захвату, відсотка накопиченого РФП, зниження показника ретенції РФП в крові;
- пункційна біопсія печінки -помірна гідропічна дистрофія гепатоцитів, лімфоцитарна інфільтрація портальних трактів. Наявність матовоскловидних гепатоцитів з —пісчаними ядрамиII, тілець Каунсильмена; ГІС від 4 до 10 балів, індекс фіброзу –0 - 2.

Критерії діагнозу вірусного гепатиту С (НСV)

- *дані анамнезу*: часті переливання препаратів крові, кровозамінників; оперативні втручання, парентеральне введення наркотиків; часте амбулаторне та стаціонарне лікування з застосування ін'єкційних препаратів;
- *клініка*: тривала втомлюваність; позапечінкові прояви – мембранопроліферативний гломерулонефрит, тиреоїдит, артрит, синдром нейропатії;
- підвищення рівня АЛАТ в сироватці крові;
- наявність маркерів гепатиту С в реплікативній фазі в сироватці крові (НСV-РНК, анти- НCV IgM).



ЕТІОТРОПНЕ ЛІКУВАННЯ

1. Інtron А (α_{2b} -інтерферон), випускається у флаконах по 3 і 5 млн МО у вигляді порошку, який розчиняють в 1 мл стерильної води для ін'єкцій.
2. Віферон – рекомбінантний α_2 -інтерферон (реаферон+антиоксиданти Е₂ та С). Форма випуску – свічки: віферон – 1 містить 150000 МО ІФН, віферон-2 – 500000 МО, віферон-3 – 1000000 МО, віферон-4 – 2000000 МО.
3. Пегасис (пегінтерферон альфа-2а)
Шприц-тюбик з готовим розчином, одна фіксована доза в тиждень, незалежно від маси тіла. Є флакони по 135 мкг та 180 мкг (разові дози)

Програма лікування інтроном А хронічного гепатиту В і С у дітей.

Етіологія гепатиту	Доза	Шлях введення	Тривалість лікування
Гепатит В	По 5 млн. МО/м ² від 3 до 7 разів на тиждень, залежно від переносимості	в/м, п/ш	6 місяців
Гепатит С	По 3 млн. МО/м ² 3 рази на тиждень	в/м, п/ш	12-18 місяців

Програма лікування хронічного гепатиту В,С, D віфероном у дітей.

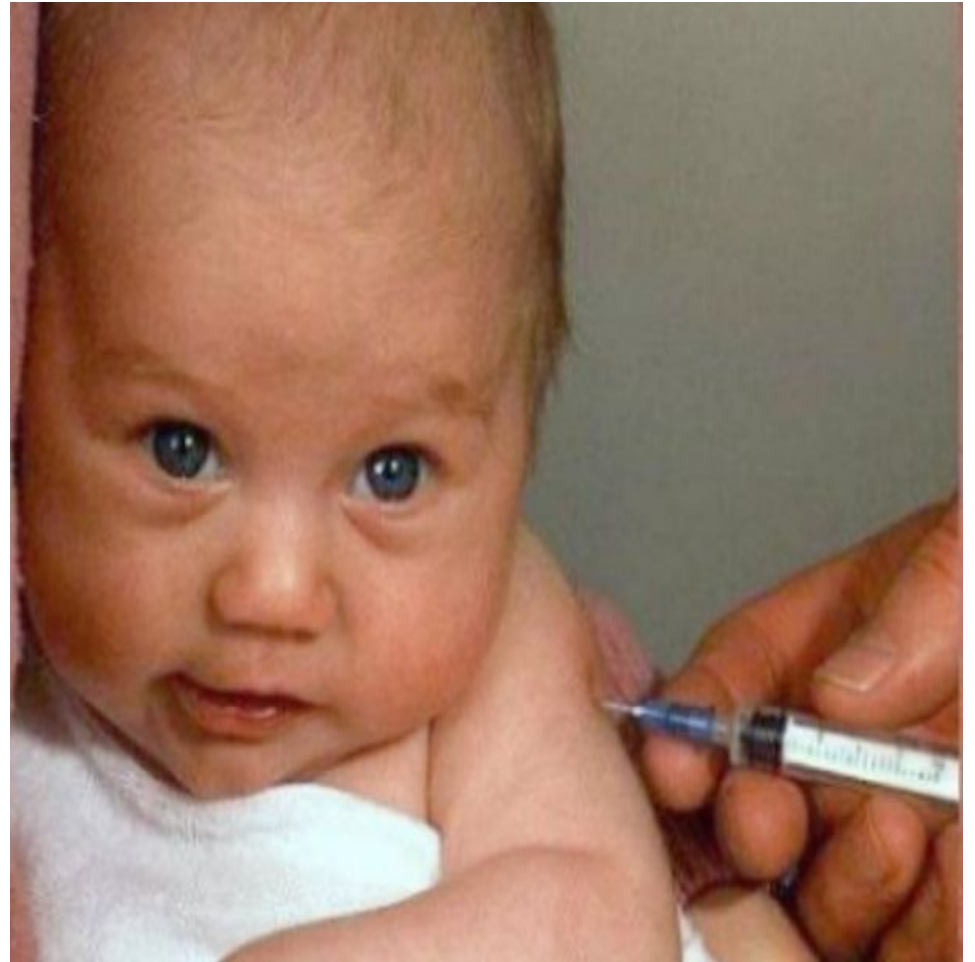
Вік хворих	Препарат	Перші 10 днів лікування	Після 10-денного курсу
До 7 років	віферон-2 (500000 МО)	по 1 свічці 2 рази на добу з інтервалом 12 годин	по 1 свічці 2 рази на добу з інтервалом 12 годин, 3 рази на тиждень, через день, 6-12 місяців
Після 7 років	віферон-3 (1000000 МО)	- // -	- // -

Примітка: тривалість лікування залежить від динаміки клініко-лабораторних показників.

Вакцинация

- > **Гепатита В** –
при поступлении на работу
(в случае отсутствия данных о прививке).
- > **Дифтерия, столбняк** –
один раз в 10 лет.
- > **Корь** – лицам до 35 лет
(не болевших корью и не привитых живой
коровой вакциной или
привитых однократно)
- > **Другие инфекционные заболевания** –
по эпидемиологическим показаниям.





Первинна імунізація складається із введення трьох доз вакцини згідно з наступними схемами: перша схема вакцинації - 1-а доза - вибрана дата, 2-а - через 1 місяць після введення 1-ої дози, 3-я - через 6 місяців після введення 1-ої дози (0-1-6). Друга схема вакцинації: три щеплення проводять з інтервалом в 1 місяць між наступними щепленнями. Така схема передбачає здійснення ревакцинації через 12 місяців після третього щеплення (0-1-2+12). Вона призначена для груп населення з високим ризиком захворювання (у т.ч. для новонароджених, що народилися від інфікованих вірусом гепатиту В матерів; осіб, які мають або могли мати недавно ймовірність інфікування вірусом гепатиту В; осіб, від'їжджаючих до регіонів з високим рівнем захворюваності).

Вакцина против гепатита В

- 1) Heberbiovac HB®/Ебербіовак HB Вакцина для профілактики гепатиту В рекомбінантна рідка, "in bulk" (Куба) (№ 520/11-300200000);
- 2) Вакцина для профілактики гепатиту В рекомбінантна рідка (Україна) (№528/10-300200000);
- 3) Гепавакс-Ген®/Неравах-Gene® Вакцина для профілактики гепатиту В рекомбінантна очищена рідка (Корея) (№ 338/08-300200000);
- 4) Гепатоімуно Імуноглобулін проти вірусу гепатиту В людини рідкий (Україна) (№ 420/11-300200000);
- 5) ЕБЕРБІОВАК HB (HEBERBIOVAC HB®) Вакцина для профілактики гепатиту В, рекомбінантна (Куба) (№25/07-300200000);
- 6) ЕНДЖЕРИКС™ В/ENGERIX™ В Вакцина для профілактики гепатиту В (Бельгія) (№ 51/07-300200000);
- 7) ЕУВАКС В/EUVAX В Вакцина для профілактики гепатиту В

Дякую за увагу.

