

2026.10.02 Острый гепатит С (ОГС)

у взрослых

- Клин.Рек. ID 771_2 от 28.07.2026

- КОНСПЕКТ 10.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания

1.2 Этиология и патогенез

1.3 Эпидемиология

1.4 Особенности кодирования по МКБ

1.5 Классификация

1.6 Клиническая картина

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.5 Иные диагностические исследования

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (*противовирусная*) терапия

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

3.2 Хирургическое лечение

3.3 Иное лечение

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Профилактика

5.1.1 Специфическая профилактика

5.1.2 Неспецифическая профилактика

5.2 Диспансерное наблюдение

6. Организация оказания медицинской помощи

7. Дополнительная информация

Схема мониторинга лабораторных показателей при проведении ПВТ (*противовирусной терапии*) препаратами прямого действия

Критерии оценки степени тяжести вирусного гепатита С

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение В. Информация для пациента

Список сокращений

АлАТ — аланинаминотрансфераза

АсАТ — аспартатаминотрансфераза

ВГС — вирус гепатита С

ВГА — вирус гепатита А

ВГВ — вирус гепатита В

ВОЗ (*WHO*) — Всемирная организация здравоохранения

ГГТП — гаммаглутамилтранспептидаза

КТ — компьютерная томография

МЗ РФ — Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 — Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра

ОГС — острый гепатит С

ПППД — противовирусные препараты прямого действия J05A

ПТИ — протромбиновый индекс

РНК — рибонуклеиновая кислота

РФ — Российская Федерация

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФГДС — фиброгастродуоденоскопия

ЩФ — щелочная фосфатаза

ХГС — хронический гепатит С

HBsAb — антитела к ядерному антигену вируса гепатита В

HBsAg — поверхностный антиген вируса гепатита В

anti-HCV — антитела к вирусу гепатита С

IgG — иммуноглобулин G

IgM — иммуноглобулин M

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания

Острый гепатит С (ОГС) — антропонозная (передающаяся только от человека к человеку) инфекционная болезнь с **гемоконтактным механизмом передачи возбудителя**,

характеризующаяся **лёгким** или **субклиническим** течением, с высокой частотой формирования **хронических форм** болезни (50–80 %) и возможностью последующего развития у части больных **цирроза печени (ЦП)** и **гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК)**
**(злокачественной опухоли печени).

1.2 Этиология и патогенез

Возбудитель

Вирус гепатита С (ВГС) открыт в 1989 г. Houghton с соавторами.

Относится к семейству **Flaviviridae**, роду **Hepacivirus**. Сферическая форма, средний диаметр 50 нм. Содержит **однонитевую линейную молекулу РНК** протяжённостью **9600 нуклеотидов**. Нуклеокапсид окружён **липидной оболочкой** с включёнными в неё белковыми структурами, кодированными РНК ВГС.

Строение генома

В геноме ВГС выделяют **две области**:

- **Структурная** *(кодирует белки, входящие в состав вириона) — локусы **core, E1, E2/NS1**. Структурные белки несут на поверхности **антигенные детерминанты** вируса, участвуют в проникновении вируса в гепатоцит, в развитии специфических иммунных реакций и **ускользании от иммунного ответа**.

- **Неструктурная *** (*кодирует функциональные белки, не входящие в состав вириона, но необходимые для репликации*) — локусы **NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A, NS5B**. Обладают ферментативной активностью: **протеаза, хеликаза, РНК-зависимая РНК-полимераза**.

Вариабельность генома

Регионы **E1** и **E2/NS1** — наиболее **нестабильные**, здесь наиболее часто происходят мутации.

Получили название **гипервариабельные регионы 1 и 2 (HVR1, HVR2)**. Антитела к HVR обладают **вируснейтрализующими свойствами**, но высокая гетерогенность локуса приводит к **неэффективности гуморального иммунного ответа**.

Наиболее **консервативные *** (*малоподверженные изменениям*) области — **сердцевинный протеин** и **5'-некодирующий регион (5'-UTR)**. По генетическим различиям **5'-UTR** и **core-региона** определяют **генотип ВГС**.

Квазивиды * (*родственная, но гетерогенная популяция вирусных изолятов, возникающая в результате накопления мутаций*) — следствие **высокой антигенной изменчивости** генома ВГС. Механизмы быстрой эволюции нуклеотидных последовательностей до конца не изучены.

Проникновение в клетку и репликация

Белки **E1** и **E2** играют существенную роль в проникновении ВГС в клетки. Рецепторы: **SR-B1, DC-**

SIGN, L-SIGN, CD81, липопротеины низкой плотности и др.

- Вирус прикрепляется к клетке → оболочка сливается с мембраной → проникновение в гепатоцит путём **эндоцитоза**.
- В цитоплазме — «раздевание» **вирионов** и высвобождение **плюс-РНК ВГС** в цитозоль.
- РНК ВГС **не реплицируется в ядре**; связывается с рибосомой и выступает как **матричная РНК**.
- Трансляция → синтез **полипротеина** → расщепление протеазами клетки и вируса → образование **10 белков ВГС**.
- Белки формируют **репликативный комплекс** на мембранах эндоплазматической сети, собираются в новые вирусные частицы и секретируются через **аппарат Гольджи** путём **экзоцитоза**.

Описана возможность **внепечёночной репликации** ВГС ******(например, в лимфоцитах периферической крови)*. Поражение гепатоцитов обусловлено **прямым цитопатическим действием** вируса и **иммунологически опосредованным** **(в том числе аутоиммунным)* повреждением, направленным на внутриклеточные антигены ВГС.

Генотипы и субтипы

8 генотипов (ГТ) ******(обозначаются арабскими цифрами от 1 до 8), **несколько десятков субтипов** ******(обозначаются латинскими буквами).

Наибольшее клиническое значение — субтипы ГТ 1: а и b.

- генотипы различаются на ~30 %;
- субтипы — на ~20 %.

Вариабельность генома препятствует **элиминации вируса** и созданию эффективной **вакцины**.

Устойчивость во внешней среде

ВГС **(по сравнению с ВГА и ВГВ)* **малоустойчив** во внешней среде. Чувствителен к **хлороформу, формалину, УФО**.

Условие	Время инаktivации
60 °C	30 минут
100 °C <i>*(кипячение)</i>	2 минуты

1.3 Эпидемиология

Источник инфекции

Лица, инфицированные ВГС, в том числе в **инкубационном периоде**. Основное значение — **невыявленные лица с бессимптомным** течением острого или хронического гепатита.

Механизм и пути передачи

Механизм — **гемоконтактный**. Основной фактор передачи — **кровь** или её компоненты, в меньшей степени — другие биологические жидкости ******(сперма, вагинальный секрет, слёзная жидкость, слюна)*.

Ведущее значение — **искусственные пути:**

Немедицинские манипуляции:

- **инъекционное введение наркотических средств** ******(наибольший риск)*;
- татуировки, пирсинг;
- ритуальные обряды;
- косметические, маникюрные, педикюрные процедуры с использованием **контаминированных** *****(заражённых) инструментов.

Медицинские манипуляции:

- переливание крови или её компонентов;
- пересадка органов или тканей;
- **гемодиализ** ******(высокий риск)*;
- контаминированный медицинский и лабораторный инструментарий;
- эндоскопические исследования и другие процедуры с риском повреждения кожи или слизистых.

Половой путь ******(при гетеро- и гомосексуальных контактах)*:

Группа	Риск заражения
Гомосексуалисты-мужчины	95–99 %
Гетеросексуальные пары	<10 %

Риск среди постоянных гетеросексуальных партнёров **низкий** ******(при отсутствии других факторов риска)*.

Вертикальный путь ******(от матери к ребёнку)*:

- вероятность **низкая**, зависит от **вирусной нагрузки** матери;
- во время беременности и родов — риск **1–5 %**;
- случаев передачи при **грудном вскармливании** не описано.

Распространение генотипов в РФ

По убывающей частоте: **1 → 3 → 2**

Субтип / генотип	Частота
1b	52,8 %
3a	36,3 %
2	8,1 %
1a	2,1 %

******(Аналогично европейской популяции)*.

Глобальная и российская статистика

- По данным ВОЗ: в мире инфицировано **~70 млн человек**.
- В Западной Европе и США на долю гепатита С приходится **75–95 %** посттрансфузионных гепатитов ******(развившихся после переливания крови)*.
- Среди больных **гемофилией**, получавших инфузии крови, инфицированность — **45–80 %**.

Заболеваемость ОГС в РФ:

Период	Показатель на 100 тыс. населения	Примечание
Регистрация с 1994 г.	—	Начало официального учёта
2000 г. (пик)	21,1 (95 % ДИ 20,9–21,3)	
2022 г.	0,75 (95 % ДИ 0,7–0,8)	
2023 г.	0,95 (95 % ДИ 0,9–1,0)	
2024 г.	0,99	1445 случаев

В 2024 г. заболеваемость ниже СМП *(среднемноголетнего показателя) на 18,9 %, но рост к 2023 г. — на 4,2 %.

Ключевые проблемы инфекции

- высокая частота хронизации;
- длительное бессимптомное течение;
- манифестация на поздних стадиях *(ЦП)*;
- чёткая ассоциация с развитием ГЦК.

Глобальная стратегия ВОЗ

2016 г. — Ассамблея ВОЗ определила стратегию элиминации вирусных гепатитов к 2030 г. Принята 194 странами.

Цель к 2030 г. *(по сравнению с 2016 г.)	
Сокращение новых случаев заражения	на 90 %
Сокращение случаев смерти	на 65 %
Обеспечение лечения	80 % больных

1.4 Особенности кодирования по МКБ

B17.1 — Острый гепатит С.

1.5 Классификация

А. По выраженности клинических проявлений

Клинические варианты:

- желтушный;
- безжелтушный;
- стёртый.

Субклинический (инаппарантный) вариант
(бессимптомное течение с лабораторными признаками инфекции).

Б. По степени тяжести

- лёгкая;
- среднетяжелая;
- тяжелая.

В. По длительности и цикличности течения

- острое — до 3 мес.;
- затяжное — 3–6 мес.;
- с рецидивами, обострениями.

При сохранении клинико-лабораторной картины активной инфекции **более 6 месяцев** заболевание классифицируется как **хронический гепатит С**.

1.6 Клиническая картина

Инкубационный период

От **2 до 26 недель** (в среднем **6–8 недель**).

Общая характеристика

Клинические симптомы ОГС **не имеют принципиальных отличий** от других парентеральных гепатитов. ОГС в **50–80 %** случаев протекает в **безжелтушной форме**, вследствие чего острую фазу диагностируют **редко**.

Желтушный вариант

Протекает **циклически**: инкубационный → преджелтушный → желтушный периоды.

Преджелтушный период:

- длительность — от нескольких дней до **2 недель**;
- может отсутствовать у **20 %** больных;
- преобладает **астеновегетативный синдром** (слабость, быстрая утомляемость);
- **диспепсические расстройства**: снижение аппетита, дискомфорт в правом подреберье, тошнота, рвота;

- реже — **артралгический синдром**, возможен кожный зуд.

Желтушный период протекает **значительно легче**, чем при других парентеральных гепатитах.

Ведущие симптомы острого периода

Симптом	Частота
Слабость , снижение аппетита, дискомфорт в животе	большинство больных
Тошнота , зуд	~ 1/3 больных
Головокружение , головная боль	~ 1/5 больных
Рвота	~ 1/10 больных
Увеличение печени	практически все больные
Увеличение селезёнки	20 %

Биохимические показатели

- **билирубин** — повышен (*при безжелтушной форме — в норме*);
- **АлАТ** — значительное повышение (*более чем в 10 раз*);
- нередко **волнообразный характер** гиперферментемии (*без ухудшения самочувствия*);
- билирубин нормализуется к **30-му дню** после появления желтухи;
- общий белок, протромбин, холестерин, ЩФ — обычно **в пределах нормы**;

- иногда — повышение **гамма-глутамилтрансферазы**;
- в гемограмме — тенденция к **лейкопении**;
- в моче — **желчные пигменты**.

Стертый вариант

Минимальные и быстро проходящие клинические симптомы (*в том числе желтуха*) в сочетании с **гиперферментемией**.

Субклинический (инаппарантный) вариант

В отличие от безжелтушного и стёртого:

- самочувствие **не нарушается**;
- печень **не увеличивается**;
- желтуха **не появляется**;
- **АлАТ и АсАТ — повышены**;
- в сыворотке определяются **специфические маркеры ВГС**.

Тяжесть течения

- преимущественно **среднетяжелая** форма;
- у **30 % — лёгкая**;
- **тяжелое** течение — редко;
- **фульминантный ОГС** (*приводящий к летальному исходу*) — очень редко, преимущественно среди лиц с **хроническим гепатитом В**.

Исходы

- **спонтанное выздоровление — 20–50 %** (при отсутствии РНК HCV не менее **2 лет** после ОГС на фоне хорошего самочувствия и нормальных показателей);
 - формирование **хронического гепатита С — 50–80 %** (наиболее распространённая патология среди хронических вирусных поражений печени);
 - формирование ХГС может сопровождаться **временной нормализацией** показателей с последующим возобновлением **гиперферментемии** и появлением **РНК HCV**.
-

2. Диагностика

Критерии установления диагноза

Острый гепатит С диагностируют на основании:

1. **длительности инфекции (менее 6 мес.;** сведения об отсутствии антител к ВГС в указанные сроки — «точка отсчёта»);
2. **эпидемиологического анамнеза** — события в сроки, соответствующие инкубационному периоду: парентеральные манипуляции (медицинские и немедицинские, включая внутривенное введение психоактивных препаратов), переливание крови или её компонентов, половые контакты (**значительно реже, чем при гепатите В**);

3. **клинической картины** — преджелтушный период **1–2 нед.**, gradual начало; в **80 %** случаев желтуха **не развивается**; возможны астеновегетативный синдром, диспепсические расстройства; артралгия и экзантема встречаются **реже**, чем при остром гепатите В; умеренное увеличение печени (*имеет небольшую диагностическую ценность в дифференциальной диагностике острого и хронического гепатита С*);
4. **лабораторных данных** — обнаружение **РНК ВГС** и отсутствие антител к ВГС с дальнейшей **сероконверсией** (*важнейший диагностический критерий ОГС*). В большинстве случаев сначала обнаруживают **РНК ВГС**, затем повышение **АЛТ** и только спустя время — **anti-HCV**. С учётом «серологического окна» необходимо **сразу** исследовать кровь на **РНК ВГС** и **anti-HCV**.
-

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется обратить внимание на:

- **парентеральные вмешательства** и манипуляции, переливание крови или её компонентов, операции, татуировки, пирсинг и т. д.;
- **случайные половые контакты** или частую смену половых партнёров;
- **контакты с больными гепатитом С** в течение последних **6 мес.** до появления симптомов;

- совместное **проживание с инфицированным ГС** человеком и **сексуальные отношения** с ним;
- общее **недомогание**, повышение температуры, утомляемость, анорексию, тошноту, рвоту, появление **желтухи** и/или **потемнение мочи**, **обесцвечивание кала**.

2.2 Физикальное обследование

- **общий осмотр** — выявление **желтушного окрашивания** кожи и слизистых оболочек;
- **пальпация живота** — определение размеров (*увеличение или уменьшение*) и консистенции печени и селезёнки для диагностики гепатолиенального синдрома.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза

Исследование	Назначение	Комментарий
Общий (клинический) анализ крови развёрнутый	диагностика, выявление осложнений, оценка тяжести	При неосложнённом течении: лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения , увеличение СОЭ в преджелтушный период; при фульминантной форме — лейкоцитоз ,

Исследование	Назначение	Комментарий
		нейтрофилез, сдвиг формулы влево
Общий анализ мочи	выявление нарушений пигментного обмена	Изменение цвета мочи, повышение уробилиногена и желчных пигментов (возможно уже в преджелтушном периоде)
Биохимический анализ крови: билирубин и фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин	оценка синдромов цитолиза и холестаза	Характерно увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП
Коагулограмма (при геморрагическом синдроме)	своевременная помощь	Снижение фибриногена , протромбинового времени, ПТИ; удлинение времени свёртывания
Anti-HCV IgG	подтверждение этиологического фактора	—
Anti-HCV IgM	не рекомендован как маркер острой фазы	Неинформативен: может отсутствовать при острой инфекции и обнаруживаться при хроническом гепатите С; диагностическую ценность имеет обнаружение anti-HCV

Исследование	Назначение	Комментарий
		в динамике при отрицательном результате в ранние сроки
РНК ВГС методом ПЦР (качественное)	определение виремии	При наличии HCVAb и при клинико-эпидемиологическом подозрении — независимо от наличия HCVAb
Генотип ВГС	выбор препарата J05AP	При использовании препаратов, не зависящих от генотипа — обследование не проводится
Серологические исследования: HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HAV IgM, anti-HEV IgM	дифференциальная диагностика, выявление микст-инфицирования	—
Группы крови (ABO), резус-фактор	возможное оказание неотложной помощи	При тяжёлом и осложнённом течении

Во время проведения ПВТ

Исследование	Сроки	Назначение
Билирубин и фракции, АсАТ, АлАТ	через 2 и 4 недели ПВТ, в конце курса, через 12 и 24 недели после окончания	динамический контроль эффективности и безопасности

При развитии нежелательных явлений исследования выполняются **чаще**. При почечной недостаточности на фоне **софосбувир-содержащих** схем — ежемесячный контроль функции почек.

После завершения ПВТ (оценка устойчивого вирусологического ответа)

Исследование	Сроки	Назначение
Билирубин и фракции, АсАТ, АлАТ	после завершения ПВТ	подтверждение эффективности (уменьшение синдромов цитолиза и холестаза, улучшение синтетической функции печени); протеинограмма — при сопутствующем циррозе
РНК ВГС методом ПЦР (качественное)	через 12 или 24 недели после терапии (УВО12/24)	подтверждение эффективности
Core-антиген ВГС	при невозможности ПЦР	оценка эффективности терапии

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

Исследование	Периодичность	Назначение
Общий анализ крови с дифференцированным подсчётом лейкоцитов и тромбоцитов	—	выявление осложнений и сопутствующей патологии

Исследование	Периодичность	Назначение
Биохимический анализ крови: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, ПТИ	каждые 7–10 дней (при клинических показаниях — чаще)	динамический контроль

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Исследование	Назначение	Комментарий
УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	диагностика увеличения и изменения структуры печени, увеличения селезёнки, исключение патологии ЖКТ	Характерна гепатомегалия без изменения структуры печени, возможна спленомегалия
КТ или МРТ органов брюшной полости	при неясных очаговых изменениях или противоречивых данных УЗИ	Уточнение патологии
ЭКГ	при отклонениях со стороны сердечно-	В остром периоде характерна брадикардия ; при ухудшении — тахикардия,

Исследование	Назначение	Комментарий
	сосудистой системы	приглушение тонов (прогностически неблагоприятные признаки)
Эзофагогастродуоденоскопия	при болях в животе, рвоте «кофейной гущей»	Уточнение характера повреждения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки

2.5 Иные диагностические исследования

- **Осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога (первичный)** — при неотложных состояниях, тяжёлом и осложнённом течении ОГС, сопутствующей патологии для определения показаний к переводу в **ОРИТ**;
- **Осмотр врача-хирурга (первичный)** — при интенсивных болях в животе, гипотонии, геморрагическом синдроме для исключения острой хирургической патологии и определения показаний к переводу в **хирургическое отделение**.

3. Лечение

Лечение больных **ОГС** направлено на **предупреждение прогрессирования** патологического процесса, обусловленного ВГС.

Выбор схемы **ПВТ** (*противовирусной терапии*) должен основываться на взвешенном анализе **безопасности** режима терапии и **экономической целесообразности**.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (противовирусная) терапия ПППД (*противовирусные препараты прямого действия, группа J05A*) рекомендованы пациентам с ОГС с **подтверждённой** виремией для **эрадикации** вируса.

Начало терапии — **вне зависимости от этапа** оказания медицинской помощи. Своевременно начатое лечение сопровождается развитием **УВО** (*устойчивого вирусологического ответа*) более чем у **90 %** больных. **Не следует** откладывать лечение и ждать «спонтанной» элиминации HCV.

Альтернативные схемы ПППД:

Схема	Дозировка	Генотипы	Длительность
Велпатасвир + Софосбувир	400 мг + 100 мг, 1 таб. 1 раз/сут. (независимо от приёма пищи)	все	8 недель (при затяжном течении — 12 недель)

Схема	Дозировка	Генотипы	Длительность
Глекапревир + Пибрентасвир	100 мг + 40 мг, 3 таб. 1 раз/день	все	8 недель
Гразопревир + Элбасвир	100 мг + 50 мг, 1 раз/сут. (независимо от приёма пищи)	1b и 4	8 недель
Ледипасвир + Софосбувир	400 мг + 90 мг, 1 раз/сут. (независимо от приёма пищи)	1, 4, 5, 6	—
Даклатасвир + Софосбувир	60 мг + 400 мг, по 1 таб. 1 раз/сут.	1, 2, 3, 4, 5, 6	12 недель

Режимы терапии — такие же, как при **хроническом гепатите С**. Продолжительность — **не менее 8 недель**. Вероятность **УВО** — **более 90 %**.

Противопоказания и ограничения:

- **Ингибиторы протеазы NS3/4A не должны использоваться у пациентов с декомпенсированным циррозом печени любой этиологии (алкогольной, ВГВ и др.);**
- **при тяжёлой почечной недостаточности (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²) софосбувирсодержащие схемы — только при отсутствии альтернативы, одобренной для данной категории пациентов.**

Каждый пациент должен быть **информирован** о важности приверженности к терапии и строгого соблюдения дозировки. Во время лечения пациент должен сообщать врачу обо **всех медикаментах**,

назначаемых другими специалистами (*риск межлекарственных взаимодействий*).

3.1.2 Патогенетическая и симптоматическая терапия

Базисная терапия (*обязательна независимо от тяжести*):

- **охранительный режим;**
- **диета**, щадящая по кулинарной обработке (*исключение раздражающих веществ*);
- исключить острые, жареные, копчёные, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (*свинина, баранина*);
- **категорически запрещён алкоголь** в любых видах.

Дезинтоксикационная терапия (*по степени тяжести*):

Тяжесть	Терапия
Лёгкая	пероральная дезинтоксикация — 2–3 литра жидкости/сут. (<i>некрепкий чай с молоком, мёдом, вареньем; отвар шиповника; компоты; щелочные минеральные воды</i>)
Среднетяжелая	инфузионная терапия: 800–1200 мл 5 % раствора декстрозы** в/в капельно; меглюмина натрия сукцинат** — до 90 капель/мин. (<i>1–4,5 мл/мин.</i>), 400–800 мл/сут. (<i>средняя доза — 10 мл/кг; курс — до 11 дней</i>)

Тяжесть	Терапия
Тяжёлая	усиление: декстран**, 10 % раствор альбумина**, плазма крови

Экстракорпоральная детоксикация (плазмоферез, плазмоферез с частичным плазмообменом, гемосорбция, гемодиализ) — при **тяжёлых и осложнённых** формах в случае неэффективности дезинтоксикационной терапии.

Гемостатические средства (при геморрагическом синдроме):

- 5 % раствор аминокaproновой кислоты** — по 200 мл 2 раза/сут.

Гепатопротекторы и антиоксиданты (независимо от формы тяжести):

Препарат	Дозировка	Курс
Адеметионин (при внутрипечёночном холестазе)	5–12 мг/кг/сут. в/в или в/м; поддерживающая терапия — 800–1600 мг/сут. перорально	2–4 недели
Глицирризиновая кислота + фосфолипиды	2500 мг в/в струйно медленно 2 раза/день (в 10 мл воды для инъекций); затем перорально 1–2 капс. 3 раза/сут. во время еды	в/в — 10 дней, перорально — 3–4 недели до 6 месяцев
Инозин	0,6–0,8 г 3–4 раза/сут.	—

Спазмолитики (при ноющих болях в правом подреберье, спазмах гладкой мускулатуры жёлчевыводящих путей, холестазе):

- **дротаверин — 40–80 мг 1–2 раза/сут.;**
- **папаверин — 40–60 мг 3–5 раз/сут. внутрь.**

Витамины (*независимо от формы и тяжести*):

- парентерально: **аскорбиновая кислота, витамины группы В (пиридоксин, тиамин), никотиновая кислота;**
- перорально: **ретинол и альфа-токоферола ацетат** — только при **отсутствии холестаза;**
- потребность должна обеспечиваться как натуральными продуктами, так и **поливитаминами.**

Нормализация функции ЖКТ (*для ежедневного опорожнения кишечника и выведения токсинов*):

Препарат	Дозировка
Лактулоза (<i>слабительное</i>)	начальная — 15–45 мл/сут. , поддерживающая — 15–30 мл/сут.
Домперидон (<i>стимулятор моторики</i>)	10–20 мг 2 раза/сут. внутрь
Метоклопрамид (<i>при тошноте, рвоте, рефлюксе, метеоризме</i>)	20 мг 1–3 раза/сут. внутрь
Смектит диоктаэдрический (<i>адсорбент</i>)	1 пакетик 3 раза/сут. (в ½ стакана воды)
Кремния диоксид коллоидный (<i>адсорбент</i>)	0,1–0,2 г/кг массы тела (6–12 г), 3–4 раза/сут. (в ¼–½ стакана воды)

Длительность курса адсорбентов — **3–5 дней**. Доза лактулозы подбирается **индивидуально** — стул должен быть ежедневно, оформленный или кашицеобразный.

Ферментные препараты (при симптомах поражения поджелудочной железы):

- **панкреатин** — **25 ЕД** по **2–4 таб. 3 раза/сут.** во время еды; курс — **10–15 дней**; максимальная суточная доза — **16 таблеток**.

Купирование лихорадочного синдрома:

- **ибупрофен** — **200 мг 3–4 раза/сут.**
(максимальная суточная — **1200 мг**); для более быстрого эффекта разовая доза может быть увеличена до **400 мг 3 раза/сут.**

Антибактериальная терапия (при присоединении бактериальных осложнений: холецистит, холангит, пневмония и др.):

Препарат	Дозировка	Курс
Цефазолин или цефтриаксон (в/м)	1000 мг 2 раза/сут.	10–14 дней
Метронидазол (внутрь)	500 мг 3 раза/сут.	10–14 дней

Предпочтительно назначение **метронидазола** для санации очагов бактериальной инфекции. При выраженном холестатическом синдроме и длительной гипербилирубинемии всегда имеют место поражения жёлчевыводящих путей

(холангит, холецистит, перихолецистит), требующие антибактериальной терапии.

3.2 Хирургическое лечение

Трансплантация печени — пациентам с **фульминантным** течением ОГС для повышения выживаемости.

Острая печёночная недостаточность при ОГС встречается **очень редко** (менее **1 %**).

3.3 Иное лечение

Не применяется.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Реабилитационные мероприятия — начинать уже в **периоде разгара** или в **периоде ранней реконвалесценции**.

Принципы реабилитации:

- **комплексный характер** — участие различных специалистов, разнообразные методы воздействия;
- **последовательность и преемственность** — непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;

- **адекватность** — соответствие адаптационным и резервным возможностям пациента
(*постепенное возрастание дозированных физических и умственных нагрузок, дифференцированное применение методов*);
- **постоянный контроль** эффективности — учёт скорости и степени восстановления функционального состояния и профессионально значимых функций (*прямыми и косвенными методами*).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Профилактика

5.1.1 Специфическая профилактика

Специфическая профилактика (*вакцина*) вирусного гепатита С в настоящее время **не разработана**.

5.1.2 Неспецифическая профилактика

- **Активное выявление источников инфекции** — обследование лиц с повышенным риском инфицирования и/или имеющих особую эпидемиологическую значимость;
- **профилактика искусственного механизма передачи** — переливание крови только по **жизненным показаниям**, обоснованность инвазивных методов обследования, использование **одноразового инструментария**,

строгое соблюдение режимов обработки медицинского инструментария и оборудования, использование защитных средств медработниками;

- **лечение** больных острыми и хроническими формами ВГС, направленное на **полную эрадикацию** возбудителя для профилактики распространения инфекции.

5.2 Диспансерное наблюдение

Длительность — 6 месяцев с целью оценки эффективности ПВТ и установления исхода заболевания (*выздоровление — элиминация вируса или переход в хроническую форму*).

- При выписке со **значительным повышением** аминотрансфераз — осмотр через **14 дней** после выписки.
- **Определение РНК ВГС методом ПЦР** (*качественное*) — через **6 месяцев** после выявления заболевания:
 - **РНК ВГС выявлена** → лицо считается больным **ХГС**, подлежит дальнейшему диспансерному наблюдению;
 - **РНК ВГС не выявлена** → лицо считается **реконвалесцентом ОГС**.

Ограничения в течение 6 месяцев после перенесённого ОГС:

- воздержаться от **профилактических прививок** (*кроме, при наличии показаний, анатоксина столбнячного** и вакцины для профилактики бешенства**)*;
 - воздержаться от приёма **гепатотоксичных препаратов и алкоголя.**
-

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания к госпитализации

По клиническим и эпидемиологическим показаниям:

- **тяжёлое и среднетяжелое** течение;
- подозрение на **острую печёночную энцефалопатию**;
- риск развития **фульминантного (молниеносного)** гепатита;
- тяжёлые сопутствующие заболевания (*сахарный диабет, микст-инфицирование гепатотропными вирусами и ВИЧ*);
- **беременность**;
- невозможность обеспечить **изоляцию на дому.**

Во время стационарного лечения больные гепатитом С размещаются **отдельно** от больных вирусными гепатитами **А** и **Е**, а также больных с **неуточнённой** формой гепатита.

Критерии выписки из стационара

Показатель	Значение
АлАТ	< 150 Ед/л
Билирубин	≤ 40 мкмоль/л
Протромбиновый индекс	≥ 80 %

Формы медицинской помощи

- экстренная;
- неотложная;
- плановая.

Виды медицинской помощи

- первичная медико-санитарная;
- скорая, в том числе скорая специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная.

Условия оказания

Условие	Характеристика
Амбулаторно	без круглосуточного наблюдения и лечения
Дневной стационар	наблюдение и лечение в дневное время, без круглосуточного
Стационарно	круглосуточное медицинское наблюдение и лечение

Уровни оказания помощи

- Первичная доврачебная — в фельдшерско-акушерских пунктах;

- **Первичная врачебная** — врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (*семейным врачом*) в амбулаторных условиях;
- **Первичная специализированная** — врачом-инфекционистом в амбулаторных условиях;
- **Специализированная, в том числе высокотехнологичная** — в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами (*профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация*).

Лечение в стационаре — по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики, врача-инфекциониста или медицинских работников, выявивших ОГС.

7. Дополнительная информация

Факторы, отрицательно влияющие на естественное течение гепатита С

- **возраст старше 40 лет** к моменту инфицирования;
- **мужской пол**;
- **раса (неевропейская)**;
- **злоупотребление алкоголем**;
- **ожирение**;
- **нарушение обмена железа**;
- **метаболический синдром** и др.

Факторы, увеличивающие риск печёночной недостаточности и летального исхода

- микст-инфицирование гепатотропными вирусами и ВИЧ;
- тяжёлая соматическая патология;
- алкоголизм, наркомания и токсикомания.

Схема мониторинга лабораторных показателей при проведении ПВТ (противовирусной терапии) препаратами прямого действия

Показатель	Старт ПВТ	2 нед.	4 нед.	8 нед. / завершение
Общий (клинический) анализ крови развёрнутый	+	+	+	+
Общий билирубин	+	+	+	+
Фракции билирубина	+		+	+
АлАТ	+	+	+	+
АсАТ	+	+	+	+
ЩФ (щелочная фосфатаза)	+	+	+	+
ГГТП (гамма-глутамилтрансфераза)	+	+	+	+
Мочевина	+		+	+
Креатинин	+	+	+	+

Показатель	Старт ПВТ	2 нед.	4 нед.	8 нед. / завершение
Глюкоза	+			
Общий белок	+		+	+
Альбумин	+	+	+	+
ПТИ (протромбиновый индекс)	+	+	+	+
РНК ВГС качественно (методом ПЦР)		+		+
Генотип ВГС (при использовании препаратов, зависящих от генотипа)	+			

Критерии оценки степени тяжести вирусного гепатита С

Признак	Лёгкая форма	Среднетяжелая форма	Тяжелая форма
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или слабо выраженн ая (слабость, тошнота, снижение аппетита) , 5–7 дней	Умеренная (анорексия, слабость, нарушение сна, тошнота, рвота)	Резко выражена (нарастающая слабость, сонливость, головокружени е, анорексия, повторная рвота)
Интенсивность и длительность желтушности	Слабо или умеренно выраженна	Интенсивно выраженная, 3– 4 недели (при холестатическ	Интенсивно выраженная, может прогрессироват

Признак	Лёгкая форма	Среднетяжелая форма	Тяжелая форма
	я, 2–3 недели	ом синдроме — до 40–45 дней)	ь, превышает 4 недели
Тахикардия	Отсутствует	Отсутствует, склонность к брадикардии	Появление на фоне развития и прогрессирования желтухи
Геморрагический синдром	Отсутствует	Отсутствует или слабо выражен (единичные петехии, носовые кровотечения)	Петехиальная сыпь, носовые кровотечения, рвота «кофейной гущей», кровоизлияния в местах инъекций, «дегтеобразный» стул
Размеры печени	В норме или увеличены до 3 см	Увеличены на 3–4 см	Резкое уменьшение на фоне прогрессирования болезни, болезненность края
Билирубин, мкмоль/л	до 100	100–200	более 200
ПТИ, %	более 60	50–60	менее 50

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

(В оригинале приведено изображение-схема алгоритма действий врача при ведении пациента с ОГС)

Приложение В. Информация для пациента

Гепатит С — болезнь печени, вызываемая **вирусом гепатита С**.

Источник инфекции

Больные с активной формой гепатита С и **латентные больные** — носители вируса.

Путь передачи

Через **инфицированную кровь**, её компоненты, а также **инъекционное оборудование**. У наркоманов — путём **многократного использования шприца**. Инфицирование также возможно при применении инъекционного оборудования при **пирсинге** и **нанесении татуировок**.

Инкубационный период

От 2 до 26 недель (*период от момента заражения до клинических проявлений*).

Клинические проявления

В большинстве случаев при первичном заражении **никаких клинических проявлений** не возникает, и

человек долгие годы **не подозревает**, что болен, но при этом является **источником заражения**. Часто о носительстве узнают при **сдаче анализа крови** в ходе обычного обследования или при попытке сдать кровь как донор.

При остром начале болезни:

- начальный период — **2–3 недели**;
- сопровождается **суставными болями, слабостью, расстройством пищеварения**;
- подъем температуры — **редко**;
- **желтуха** — примерно у **20 %** больных.

Чаще других симптомов отмечаются **психическая депрессия** и **постоянная усталость**.

Хроническая форма

Наибольшую опасность представляет **хроническая форма**, которая нередко переходит в **цирроз** и **рак печени**. Хроническое течение развивается у **50–80 %** переболевших ОГС.

Профилактика

Заключается в **прерывании путей передачи** вируса гепатита С:

- **не допускать** немедикаментозного потребления наркотиков;
- использовать **одноразовые инструменты** при пирсинге, педикюре, маникюре, нанесении татуировок;

- практиковать **защищённый секс** (*использование презервативов*);
- тщательно соблюдать **правила гигиены** в быту.