

**2026.10.02 Острый гепатит С (ОГС)
у детей - Клин.Рек. ID 57_3 от
08.12.2025 - КОНСПЕКТ 10.2026**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: B17.1

Возрастная категория: Дети

Год утверждения: 2025

Пересмотр не позднее: 2027

Дата размещения КР: 08.12.2025

Статус: Действует

Статус применения: Применяется

ОГЛАВЛЕНИЕ

2026.10.02 Острый гепатит С (ОГС) у детей -

Клин.Рек. ID 57_3 от 08.12.2025 - КОНСПЕКТ 10.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

1.2 Этиология и патогенез

1.3 Эпидемиология

1.4 Особенности кодирования по МКБ

1.5 Классификация

Клиническая классификация острого гепатита С

Характеристика форм

Примеры формулировки диагноза

1.6 Клиническая картина

Периоды заболевания

Особенности течения

Вероятность спонтанного выздоровления

Осложнения

Приложение: Критерии тяжести ОГС

2. Диагностика заболевания или состояния

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

Скрининговое обследование на гепатит С

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.5 Иные диагностические исследования

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Базисная терапия

3.1.2 Этиотропная терапия

3.1.3 Патогенетическая терапия

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1 Профилактика

5.2 Диспансерное наблюдение

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания к госпитализации в стационар

Показания к выписке из стационара

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Диспансерное наблюдение детей, рождённых от инфицированных HCV матерей

Грудное вскармливание и HCV

Критерии оценки качества медицинской помощи

Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов А, В, С

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение В. Информация для пациента

Пути заражения

Рекомендации пациенту

Противовирусная терапия

Планирование беременности

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты

Шкала комы Глазго (*Glasgow Coma Scale, Teasdale G.M., Jennett B., 1974*)

Список сокращений

- **Анти-NS3, -NS4, -NS5 (Anti-HCV-NS3, Anti-HCV-NS4, Anti-HCV-NS5)** — антитела к неструктурным белкам NS3, NS4, NS5, включая NS4a, NS4b, NS5a, NS5b вируса гепатита С.
- **Анти-core, Anti-HCV-core IgG** — антитела к ядерному белку класса **G** вируса гепатита С.
- **Анти-HCV IgM** — антитела класса **IgM** к антигенам вируса гепатита С (указывают на **острый/активный** процесс).
- **Анти-HCV total (Anti-HCV-total)** — суммарные антитела к вирусу гепатита С, отражают **факт** контакта с вирусом.
- **АЛТ (аланинаминотрансфераза) и АСТ (аспартатаминотрансфераза)** — печёночные ферменты, маркёры **повреждения гепатоцитов**.
- **ГГТП (гамма-глутамилтрансфераза) и ЩФ (щелочная фосфатаза)** — показатели, отражающие **холестаз** и нагрузку на билиарную систему.
- **ЛДГ (лактатдегидрогеназа)** — фермент, неспецифический индикатор **тканевого повреждения**.
- **ВГВ (вирус гепатита В), ВГС (вирус гепатита С), ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)** — ключевые **вирусные агенты**, требующие дифференциальной оценки при поражении печени.
- **ВН (вирусная нагрузка, Viral Load, VL)** — количественное содержание **нуклеиновой кислоты вируса в 1 мкл** крови/плазмы; выражается в **копиях/мкл, МЕ/мкл** или **МЕ/мл** — критически важный параметр для оценки **активности репликации** и контроля терапии.

- **ПЦР (полимеразная цепная реакция)** — метод выявления **РНК ВГС** (для подтверждения **активной инфекции**) и ДНК других вирусов.
- **ИФА (иммуноферментный анализ) и ХЛИА (хемилюминисцентный иммунный анализ)** — методы определения **антител** к вирусам.
- **ОАК (общий анализ крови) и ОАМ (общий анализ мочи)** — базовые исследования для оценки **общего состояния** и сопутствующей патологии.
- **СОЭ (скорость оседания эритроцитов)** — неспецифический маркер **воспалительной активности**.
- **МНО (международное нормализованное отношение) и ПТИ (протромбиновый индекс)** — показатели **коагуляции**, важны при оценке **синтетической функции печени**.
- **УЗИ (ультразвуковое исследование), МРТ (магнитно-резонансная томография)** — методы визуализации печени и органов брюшной полости для выявления **структурных изменений**.
- **ЭГДС (эзофагогастродуоденоскопия)** — исследование верхних отделов **ЖКТ (желудочно-кишечного тракта)** при риске варикозного расширения вен на фоне поражения печени.
- **ДВС (диссеминированное внутрисосудистое свёртывание)** — жизнеугрожающее состояние, возможное при **тяжёлых поражениях печени** и системной воспалительной реакции.
- **ПВТ (противовирусная терапия) с применением ПППД (противовирусных препаратов прямого действия)** — основной метод лечения **ВГС**, направленный на **эрадикацию вируса**.

- **МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра)** — стандарт кодирования диагнозов, включая формы гепатита.
- **CD (антигены дифференцировки лейкоцитов), Th (Т-хелперы)** — иммунологические маркёры, используемые при углублённой оценке **иммунного статуса**.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

Острый гепатит С (ОГС) — антропонозное инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита С (HCV), с **парентеральным, преимущественно гемотрансмиссивным, механизмом передачи**. Клинически проявляется симптомами поражения печени (**гепатита**) различной степени тяжести. Характеризуется **высокой частотой перехода в хроническую форму** (*т.е. острый процесс часто не завершается выздоровлением, а трансформируется в хроническое воспаление печени*).

1.2 Этиология и патогенез

Вирус гепатита С (HCV) открыт в **1989 году**. За открытие и изучение вируса **H.J. Alter (США), M. Houghton (Великобритания) и С.М. Rice (США)** в **2020 году** удостоены **Нобелевской премии**.

Структура вируса:

- HCV содержит **однонитевую РНК**, относится к семейству **Flaviviridae**, самостоятельный род **Hepacivirus**.
- Геном кодирует **структурные** и **неструктурные** белки:
 - **Структурные:** С-core protein, гликопротеины оболочки **E1** и **E2**.
 - **Неструктурные:** комплекс белков с ферментативной активностью (**NS2, NS3, NS4a, NS4b, NS5a, NS5b**).
- К каждому из белков вырабатываются **антитела**, не обладающие **вируснейтрализующим** свойством (*т.е. антитела не способны уничтожить вирус*).

Генетическая вариабельность:

- Способность к **быстрой** замене нуклеотидов → образование большого числа **генотипов**, **субтипов** и **мутантных штаммов**.
- Выделяют **8 генотипов** вируса (*ранее считали 7; 8-й генотип недавно идентифицирован у пациентов из Индии*), различающихся нуклеотидной последовательностью более чем на **30%**.
- Генотипы подразделяются на **подтипы** с расхождением последовательностей **более 15%**.
- Описано **более 90** подтверждённых подтипов HCV.
- У инфицированных вирус существует в виде **квазивидов** (*набора близкородственных, но слегка изменённых вирионов*).

- Такая вариабельность препятствует **элиминации** вируса и созданию **вакцины**.

Распространение генотипов в РФ: наиболее распространены **1, 2, 3** генотипы и субтипы **1в** и **3а**; прочие генотипы практически не встречаются.

Генотипирование HCV обязательно у детей с ХВГС (*хроническим вирусным гепатитом C*), так как позволяет:

- распознать повторное инфицирование другим генотипом;
- определить **предикторы ответа на терапию**;
- выбрать препарат, дозы и длительность лечения.

Устойчивость во внешней среде (HCV малоустойчив по сравнению с HAV и HBV):

- Чувствителен к **хлороформу, формалину, УФО**.
- При **60°C** — инаktivация через **30 мин**.
- При **кипячении (100°C)** — инаktivация за **2 мин**.

Патогенез:

Вирус проникает в организм с **инфицированной кровью**. Непременное условие — попадание HCV в **гепатоциты**, где происходит **репликация** и взаимодействие с иммунной системой. Поражение гепатоцитов обусловлено **клеточными и гуморальными** иммунными реакциями.

- На элиминацию HCV работают **цитотоксические реакции** (*клетки-эффекторы атакуют заражённые клетки*).

- **Нарушение баланса Th1/Th2** играет важнейшую роль: усиленная продукция **IL-4** и **IL-10** ингибирует Th1, угнетает продукцию **IFN-γ** и **IL-2** → способствует **хронизации** (*т.е. перевес в сторону противовоспалительного ответа мешает организму очиститься от вируса*).
- Клетки-мишени — не только **гепатоциты**, но и **иммунокомпетентные клетки** периферической крови (**PBMC/WBC**). Верифицированы два **лимфотропных штамма** (**Ly-HCV** и **SB-HCV**) — при инфицировании ими воспаление в печени минимально, а основной удар направлен на **иммунные клетки** (*что ведёт к аутоиммунным и лимфопролиферативным последствиям*).
- HCV подавляет активацию **CD4+**, нарушает взаимодействие антигенпрезентирующих клеток и Т-лимфоцитов.
- Репликация в **иммунопривилегированных местах** (*клетки иммунной системы, ткани головного мозга*) делает вирус недоступным для **цитотоксических лимфоцитов**.
- **Гуморальный ответ** выражен слабее.

Механизмы повреждения печени: прямой цитопатический эффект, **иммунный цитолиз**, **апоптоз**, **аутоиммунный механизм**. Последний обуславливает **внепечёночные проявления**: васкулит, гломерулонефрит, периферическая нейропатия, узелковый периартериит, артриты, синдром Шегрена. В основе — **иммунокомплексные процессы**, поэтому HCV-инфекцию можно рассматривать как **мультисистемное заболевание**. Однако у детей

полиорганность поражения практически не прослеживается.

Особенности внутриутробного инфицирования:

Срок внутриутробного периода	Условия	Возможные последствия
первые 12 недель (главным образом 15–75 дней)	высокая вирусная нагрузка (ВН), патология фетоплацентарного комплекса	прерывание беременности в ранние сроки
75–180 дней	продолжающаяся инфекция у матери, высокая ВН	ранние фетопатии, позднее прерывание беременности, аномалии развития печени и жёлчевыводящих путей
более 180 дней	продолжающаяся инфекция, высокая ВН	фетальный HCV- гепатит ; крайне редко (без коморбидной патологии) — фетальный HCV- цирроз печени

1.3 Эпидемиология

Источники инфекции: лица, инфицированные HCV и находящиеся в **инкубационном периоде (14–180 дней)**, больные **бессимптомной острой** или **хронической** формой ВГС.

Механизм инфицирования: парентеральный, гемоконтактный — реализуется естественными и искусственными путями.

Естественные пути:

- **Вертикальный** (*от матери к ребёнку*) — ведущее значение в детском возрасте, **более 95%** случаев: трансплацентарный, интранатальный (*во время родов*) и постнатальный.
- **Горизонтальный** — у подростков при сексуальном контакте.

Искусственные (артифициальные) пути:

- **Медицинские манипуляции:** переливание крови или компонентов, пересадка органов/тканей, гемодиализ (*высокий риск*), парентеральные вмешательства.
- В странах Западной Европы и США на долю ВГС приходится **75–95%** посттрансфузионных гепатитов.
- Среди получавших инфузии крови наибольшая инфицированность — у больных **гемофилией (45–80%)**. Группариска — дети с **онкогематологическими болезнями**.
- После введения рутинного скрининга крови частота посттрансфузионного пути снизилась и **не превышает 2–3%**.
- **Немедицинские манипуляции (у подростков):** инъекционное введение наркотических средств (*наибольший риск*), нанесение татуировок, пирсинг, косметические/маникюрные/педикюрные

процедуры контаминированными инструментами, ритуальные обряды.

- **Незащищённая сексуальная практика**, особенно среди мужчин-гомосексуалистов.

Факторы передачи: основной — **кровь** или её компоненты; в меньшей степени — другие биологические жидкости (*сперма, вагинальный секрет, слёзная жидкость, слюна*). Инфицирующая доза HCV на **2–3 порядка выше**, чем при ВГВ (*соответственно, вероятность инфицирования при контакте ниже*).

Риск инфицирования при половых контактах: среди постоянных гетеросексуальных партнёров, один из которых болен ХВГС, — **1,5%** (*при отсутствии других факторов риска*). В детском возрасте эти пути практически не имеют значения.

Бытовое инфицирование (*скрытое гемоконтактное через микротравмы*): по данным ВОЗ вероятность в семье может достигать **7%**.

Вертикальная передача:

- Риск от инфицированной матери к ребёнку — **1–5%**.
- При высоких концентрациях HCV у матери — **7–12%**.
- При сопутствующей **ВИЧ-инфекции** у матери — **14–16%**.
- Частота передачи **увеличивается** при: затяжных родах, амниоцентезе, мониторинговом заборе крови из кожи головы плода, длительном безводном периоде.

- **Грудное вскармливание не влияет** на частоту инфицирования.

Эпидемиологическая ситуация в России:

- Заболеваемость ОГС у детей низкая — **0,18** случаев на **100 тыс.** детского населения.
- В структуре всех острых гепатитов доля детей с острым ВГС — не более **1–2%**.
- **Негативная тенденция: с 2021 года** — прогрессивный рост заболеваемости ОГС:

Год	Всего случаев	В т.ч. у детей
2021	853	30
2022	1094	53
2023	1391	39
2024	1451	53

- За **4 года** показатель вырос практически в **2** раза.
- **25–30%** заболевших — подростки старше **14 лет** (*что связано с поведением высокого риска*).

Клинические особенности в раннем детском возрасте:

- В **90–95%** случаев заболевание протекает в **безжелтушной, субклинической и инаппарантной** формах.
- Частота **хронизации** — от **40–56%** до **81%** и более (*по данным разных авторов*).

1.4 Особенности кодирования по МКБ

B17.1 — Острый гепатит С.

1.5 Классификация

Клиническая классификация острого гепатита С

По клинической картине:

Типичная (манифестная):

- желтушная
- безжелтушная

Атипичная:

- субклиническая
- инаппарантная (*скрытая форма, при которой нет ни клинических, ни биохимических признаков*)

По степени тяжести:

- Лёгкая
- Средняя
- Тяжёлая

По длительности течения:

- Острое — до 3 мес.
- Острое затяжное (прогредиентное) — 3–6 мес.
(*прогредиентное — с постепенным, неуклонно прогрессирующим характером воспаления*)

Характеристика форм

Желтушная форма характеризуется наличием интоксикации, диспептических нарушений, цитолиза, повышением **билирубина** за счёт прямой фракции, **гепатомегалией**. Возможно нарушение **белково-синтетической функции** печени с соответствующей **диспротеинемией** и снижением

протромбинового индекса. Степень выраженности симптомов и лабораторных отклонений **вариабельна** и коррелирует со **степенью тяжести** заболевания.

Безжелтушная форма характеризуется симптомами **интоксикации, диспептическими расстройствами.** Увеличение печени может быть минимальным, но **гепатомегалия** и **гиперферментемия** — обязательные симптомы. Заболевание, как правило, протекает в **лёгкой** форме, но носит **затяжной, прогрессирующий** характер.

Бессимптомные формы диагностируются при проведении **иммунобиохимических исследований** в очагах, плановых обследованиях отдельных категорий граждан (*доноров, медперсонала, работников общественного питания, военнослужащих и др.*):

- **Субклиническая форма** — выявляется **умеренная гиперферментемия, наблюдается гепатомегалия.**
- **Инаппарантная форма** — клинко-биохимические симптомы **отсутствуют.** Подтверждение диагноза — **серологические маркеры репликативной активности** вируса (*т.е. лабораторно подтверждается размножение вируса при полном отсутствии проявлений*).

Критерии оценки тяжести: **клинические** (*выраженность интоксикации, желтухи, гепатомегалии*) и **лабораторные** (уровни

печёночных трансаминаз, билирубина, нарушение белково-синтетической функции печени).

Примеры формулировки диагноза

Предварительный диагноз (*впервые выявленное заболевание — случай подозрительный на ОГС / вероятный случай ОГС*):

Острый вирусный гепатит С, типичная желтушная форма средней тяжести?

Клинический диагноз (*подтверждённый случай ОГС*):

В17.1 Острый вирусный гепатит С (*anti-HCV суммарные положительно; РНК HCV положительно*), вызванный вирусом генотипа **1a**, типичная желтушная форма средней степени тяжести.

1.6 Клиническая картина

Инкубационный период: от **3 недель до 4 месяцев**, в среднем **2–3 месяца**. Длительность зависит от **пути проникновения** вируса, **дозы инфекта** и **возраста** заболевшего. При **массивных гемотрансфузиях** сокращается (*т.к. большая доза вируса ускоряет развитие инфекции*).

Периоды заболевания

1. Прогномальный (преджелтушный) период — **4–7 суток**, у отдельных больных до **3 недель**. Однако в **80–90%** случаев при ОГС желтуха **не возникает**. Постепенное начало. Основные синдромы:

- **интоксикационный** (*гриппоподобный*)
- **астеновегетативный**
- **катаральный**
- **диспептический**
- **смешанный** (*диспептический + катаральный*)
- **артралгический**

Все симптомы могут быть **слабо выражены**. У детей чаще всего регистрируются **астеновегетативный** и **диспептический** синдромы. При диспептическом синдроме — **снижение аппетита** до полного отсутствия, **дискомфорт в правом подреберье**, ноющие боли в животе, **тошнота**, возможна **1–2-кратная рвота**.

2. Период паренхиматозного гепатита (желтушный). При появлении желтухи симптомы интоксикации **сохраняются или усиливаются**. Клинические проявления часто ограничиваются **вялостью, слабостью, снижением аппетита**, тяжестью и неприятными ощущениями в правом подреберье.

Ведущие клинические симптомы и синдромы:

- **интоксикация**
- **желтушность** кожи и слизистых
- **гепатомегалия**
- **спленомегалия**
- **холурия** (*тёмная моча*)
- **ахолия кала** (*обесцвеченный стул*)

Ведущие лабораторные синдромы:

Синдром	Лабораторные признаки
Синдром цитолиза	повышение АЛТ, АСТ, ЛДГ (маркеры разрушения гепатоцитов)
Желтуха	гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, желчные пигменты и уробилин в моче, исчезновение стеркобилина и стеркобилиногена в кале
Синдром холестаза	гипербилирубинемия за счёт прямой фракции, повышение ГГТП, ЩФ (маркеры застоя жёлчи)
Синдром мезенхимального воспаления	ускорение СОЭ , повышение общего белка, γ-глобулинов , белков острой фазы (признаки иммунного воспаления)
Синдром печёчно-клеточной недостаточности	снижение альбумина , общего белка, протромбина , фибриногена , факторов свёртывания (показатели нарушения синтетической функции печени)

Завершение периода ассоциируется с **уменьшением** ведущих клинических и лабораторных симптомов.

3. Период реконвалесценции — длительность от 3 до 6 месяцев. Происходит **полное исчезновение** клинических симптомов, восстановление функциональной активности и морфологической структуры печени.

Особенности течения

В **90–95%** случаев заболевание в раннем детском возрасте протекает в **безжелтушной, субклинической** и **инаппарантной** формах.

Затяжной процесс может возникать в любом периоде. Высокая частота **хронизации** HCV-инфекции — **от 40 до 81%**. У взрослых частота перехода в хроническую ВГС-инфекцию **аналогична** детям — **50–85%**.

Вероятность спонтанного выздоровления

У пациентов с **манифестной формой** ОГС вероятность спонтанного выздоровления **выше**, чем у пациентов с **бессимптомной формой**. Развитие симптомов отражает более **устойчивый иммунный ответ**, направленный на вирус, что приводит к **быстрому снижению РНК HCV** и увеличивает вероятность **элиминации** (*т.е. организм с ярким иммунным ответом эффективнее справляется с вирусом*).

Степень тяжести ОГС зависит от **выраженности и длительности** сохранения синдромов и симптомов заболевания.

Осложнения

Острая печёночная недостаточность при ОГС встречается **очень редко** — **менее 1%**. Однако на этапе предварительного диагноза нельзя упускать из виду это состояние.

ВГС **редко** является самостоятельной причиной острой печёночной недостаточности. Часто наличие **ко-инфекции/суперинфекции с гепатитом В** может приводить к данному осложнению (*т.е. сочетание двух вирусных гепатитов резко повышает риск тяжёлого поражения*).

Острая печёночная недостаточность — тяжёлое острое поражение печени с энцефалопатией и нарушением **белково-синтетической функции** печени (**МНО > 1,5**) у пациента **без цирроза** или предшествующего заболевания печени, а также у пациентов с ранее **недиагностированным** заболеванием печени, при условии, что заболевание распознано в течение **< 26 недель** (т.е. острой считается недостаточность, развившаяся в течение полугода от начала заболевания).

Приложение: Критерии тяжести ОГС

Симптомокомплекс	Лёгкая	Среднетяжёлая	Тяжёлая
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легко выражена слабость, тошнота, снижение аппетита, 5–7 дней	Умеренная интоксикация (анорексия, слабость, нарушение сна, тошнота, рвота и др.)	Резко выражены симптомы (нарастающая общая слабость, сонливость, головокружение, анорексия, повторная рвота)
Интенсивность и длительность желтушности кожи	Слабо или умеренно выражена, 2–3 недели	Интенсивно выраженная, 3–4 недели , при холестатическом синдроме до 40–45 дней	Интенсивно выраженная, может прогрессировать на фоне нарастания интоксикации, превышает 4 недели

Симптомокомплекс	Лёгкая	Среднетяжёлая	Тяжёлая
Тахикардия	Отсутствует	Отсутствует, склонность к брадикардии	Появление на фоне развития и прогрессирования желтухи
Геморрагический синдром	Отсутствует	Отсутствует или слабо выражен — единичные петехии на коже и носовые кровотечения	Петехиальная сыпь на коже, носовые кровотечения, рвота «кофейной гущей» , кровоизлияния в местах инъекций, «дегтеобразный» стул
Размеры печени	В норме либо увеличены до 3 см	Увеличены на 3–4 см	Резкое уменьшение размеров на фоне прогрессирования болезни, болезненность края
Билирубин, мкмоль/л	< 100	100–170	> 170
Протромбиновый индекс, %	> 60	50–60	< 50

2. Диагностика заболевания или состояния

Диагноз устанавливается на основании патогномоничных данных:

- **Анамнестических** — перинатальный контакт с матерью, инфицированной HCV, гемотрансфузии, парентеральные вмешательства (*в т.ч. хирургическое и стоматологическое лечение, татуировки, пирсинг, маникюр нестерильным инструментарием, употребление инъекционных наркотиков*), контакт с кровью инфицированного HCV человека (*в т.ч. бытовой — общая бритва, маникюрный инструмент*), незащищённый половой акт и т.п. за **недели — 6 месяцев** до появления симптомов;
- **Физикального обследования** — желтушность кожи и склер, изменение окраски кала и мочи, дискомфорт и/или болезненность в правом подреберье; **гепатомегалия** при пальпации;
- **Лабораторных исследований** — повышение уровня печёночных трансаминаз (**АЛТ, АСТ**), **билирубина** за счёт прямой фракции.

Окончательный диагноз ОГС устанавливается на основании обнаружения **РНК HCV** в крови пациента, вне зависимости от наличия или отсутствия характерного симптомокомплекса и/или отклонений в лабораторных показателях (*т.к. помимо клинически манифестных форм возможно*

и латентное течение). Критерием дифференциальной диагностики острого и хронического гепатита является **длительность течения** заболевания. При течении **менее 6 месяцев** диагноз формулируется как **острый гепатит С**.

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на вирусный гепатит **тщательный сбор жалоб и анамнеза** болезни с целью оценки состояния больного, определения плана обследования и лечения, постановки предварительного диагноза.

- При сборе жалоб и анамнеза рекомендовано **тщательно расспрашивать пациента о характере начала болезни, наличии или отсутствии жалоб на повышение температуры, слабость, снижение аппетита, сонливость и т.п. для выявления первичных симптомов продромального периода.**

Целенаправленно уточняют **сроки появления** желтушности кожи, склер, изменения окраски мочи и кала.

Рекомендуется выяснять данные **эпидемиологического анамнеза** с целью выявления факторов риска инфицирования HCV.

- Факт **эпидемиологического контакта** (перинатального, полового, бытового) с человеком, инфицированным HCV, а также наличие **парентерального анамнеза** (операции,

гемотрансфузии, инъекции) — опорные признаки при диагностике ВГС. Для эпидемиологического анамнеза ОГС необходимы сведения о трансфузиях, оперативных вмешательствах, инъекциях, инструментальном обследовании, стоматологическом лечении и других медицинских манипуляциях за **последние 6 месяцев** до заболевания, а также данные о половых и бытовых контактах с больными острыми и хроническими формами ВГС, незащищённых половых контактах, употреблении инъекционных наркотиков. Для детей раннего возраста первостепенное значение имеют сведения о **наличии инфекции у матери**.

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется у всех пациентов при внешнем осмотре оценить **общее состояние** и самочувствие, **цвет кожного покрова**, слизистой полости рта и склер с целью выявления симптомов, характерных для продромального периода и указывающих на вовлечение печени.

Рекомендуется **визуальная и мануальная оценка** состояния живота и органов брюшной полости: оценивают **размеры живота**, его форму, участие в акте дыхания, пальпируют и определяют **границы печени и селезёнки**. С помощью **перкуссии** определяют наличие или отсутствие **выпота** в брюшной полости (при тяжёлой форме возможно

развитие асцита), проверяют перитонеальные симптомы, оценивают перистальтику.

- **Гепатомегалия** может быть выражена слабо или быть единственным клиническим признаком при безжелтушной форме ОГС. При типичной форме увеличение размеров печени и её плотности **максимальны в желтушный период**. Чем меньше ребёнок, тем чаще регистрируется **спленомегалия**. Степень выраженности гепатомегалии и спленомегалии **коррелирует со степенью тяжести** болезни. **Уменьшение размеров печени** (по сравнению с нормальными) может быть прогностически опасным признаком, свидетельствующим о **злокачественном течении** процесса.

Рекомендуется оценить **окраску мочи и кала** у всех обследуемых детей с целью своевременного выявления **холестаза**.

- У детей **потемнение мочи и «пятнистый»**, а затем **ахоличный** (светло-серый) стул появляются за **2–3 дня** до начала желтухи. При лёгких вариантах болезнь может начинаться сразу с потемнения мочи и желтухи. Появление **«пёстрого» кала** после обесцвеченного указывает на **восстановление желчеотделения** и соответствует кризису болезни, далее отмечается обратное развитие всех симптомов.

Рекомендуется оценить состояние **сердечно-сосудистой и дыхательной систем** — измерение частоты сердцебиения, исследование пульса, измерение артериального давления, измерение

частоты дыхания для своевременного выявления поражения сердечно-сосудистой системы.

- *Нередко в процесс вовлекаются сердечно-сосудистая, нервная, мочевыделительная и другие системы, но эти изменения **никогда не являются ведущими**.*

Рекомендуется пациентам с **тяжёлым течением** определение признаков **декомпенсации функции печени**: появление симптомов **энцефалопатии, периферических отёков, геморрагического синдрома** — для своевременной диагностики печёночной недостаточности.

Рекомендуется пациентам с тяжёлым течением ОГС, при наличии признаков **острой печёночной недостаточности** (*энцефалопатия, отёчный синдром, геморрагический синдром*) — оценка степени нарушения сознания и комы по **шкале Глазго** для своевременного перевода в **ОРИТ**.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные методы с исследованием **биохимических и гематологических** показателей позволяют диагностировать острую фазу заболевания и степень тяжести; **этиологическая верификация** гепатита осуществляется только **серологическими и молекулярно-генетическими** методами.

Диагноз ОГС подтверждается только при выявлении в сыворотке (плазме) крови **РНК ВГС** или **core Ag ВГС** с учётом данных эпидемиологического

анамнеза и результатов клинико-лабораторных исследований.

На этапе постановки диагноза

Общий (клинический) анализ крови развёрнутый — всем пациентам для оценки тяжести состояния, степени выраженности воспалительных изменений, исключения анемии, тромбоцитопении.

- При *лёгкой и средней* степени тяжести ОГС выявляется **лейкопения** или тенденция к ней, **лимфоцитоз**; при *тяжёлой* — лейкопения сменяется **лейкоцитозом со сдвигом влево**, регистрируется **замедленная СОЭ**, **тромбоцитопения**, возможно развитие **анемии**.

Общий (клинический) анализ мочи — всем пациентам для оценки нарушения билирубинового обмена и вовлечённости мочевыделительной системы.

- Повышение в моче уровней **уробилина** и **желчных пигментов** характерны для начала желтушного периода и указывают на первые признаки нарушения пигментного обмена и **внутрипечёночного холестаза**.

Определение активности АЛТ и АСТ в крови — всем пациентам с целью оценки степени повреждения печени и тяжести заболевания.

- Выявление повышенного уровня **АЛТ и АСТ** указывает на **цитолиз гепатоцитов** и с высокой степенью вероятности подтверждает диагноз **острого гепатита**. Характерно **превалирование АЛТ над АСТ**.

Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови — всем пациентам с целью оценки степени нарушения метаболизма билирубина.

- *Признаками нарушения пигментного обмена и внутрипечёночного холестаза являются нарастание уровней **общего билирубина** с преобладанием **прямой фракции**, **ЩФ**, **ГГТП** и **холестерина**.*

Определение активности щёлочной фосфатазы (ЩФ) в крови — всем пациентам с целью оценки степени холестаза и тяжести заболевания.

Определение активности гамма-глутамилтрансферазы (ГГТП) в крови — всем пациентам с целью оценки степени холестаза и тяжести заболевания.

Исследование уровня общего белка и альбумина в крови — всем пациентам с целью оценки **белково-синтетической функции** печени.

Исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) — всем пациентам для оценки степени тяжести и раннего выявления признаков **острой печёночной недостаточности**.

- *Данные протеинограммы и коагулограммы необходимы для оценки степени тяжести. Снижение уровня **общего белка**, **альбумина**, **фибриногена** и **протромбинового индекса (ПТИ)** указывает на нарушение белково-синтетической функции печени (признаки гепатоцеллюлярной*

недостаточности) и возможность развития **ДВС-синдрома**, который сопровождается фазовыми изменениями в свёртывающей системе крови.

Серологические исследования методом ИФА или ХЛИА — определение антител к вирусу гепатита С в крови, всем пациентам с подозрением на ОГС.

Определение РНК вируса гепатита С в крови методом ПЦР, качественное исследование — всем пациентам с подозрением на ОГС, **независимо от наличия или отсутствия антител к HCV**. При положительном результате качественного теста — **количественное исследование РНК HCV**.

- У пациентов с ОГС на ранних стадиях может определяться **РНК ВГС в отсутствие антител**. Виремия может определяться уже спустя **14 дней** после заражения, тогда как антитела — значительно позже (т.е. ПЦР — более ранний маркер, чем ИФА).

Важной особенностью течения HCV-инфекции у детей первых **3 лет** жизни является достаточно высокий процент **спонтанного клиренса** вируса — **35–45%**. Однако в большей мере это относится к **посттрансфузионному ВГС**. При **перинатальном** гепатите частота спонтанного клиренса — **2,4–18%**, единичные исследования указывают на более высокие цифры — **до 50%**.

РНК HCV — показатель **репликации** вируса; может быть обнаружена в инкубационный, желтушный периоды, а также в более поздние сроки. РНК начинает обнаруживаться в крови **в среднем через месяц** после инфицирования и является **первым**

диагностическим маркером ВГС. Исследование на РНК ВГС позволяет проводить **раннюю диагностику** ОГС и выявлять **скрытые (латентные)** формы. При затяжном течении целесообразно **количественное исследование** для оценки динамики вирусной активности и прогнозирования исхода.

Определение групп крови по системе АВО и резус-фактора — пациентам с тяжёлым течением для своевременного проведения гемотрансфузии в случае развития **геморрагического синдрома** *(проводится у пациентов с тяжёлыми и фульминантными формами).*

На этапе патогенетической и симптоматической терапии

Динамический контроль общего (клинического) анализа крови развёрнутого — всем пациентам при стационарном лечении с целью выявления осложнений и сопутствующей патологии.

- *Позволяет оценить степень выраженности воспалительного процесса (по уровню лейкоцитов, лейкоцитарной формуле и СОЭ) и риск кровотечений (по уровню тромбоцитов). Выполняется с периодичностью **1 раз в 7–14 дней**. При наличии клинических показаний — частота на усмотрение лечащего врача.*

Динамический контроль биохимических показателей (АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, билирубина и др.) — пациентам с повышенной активностью ферментов и отклонениями в биохимическом анализе крови.

- *Выполняется в среднем с периодичностью **1 раз в 7–14 дней**. При наличии клинических показаний — на усмотрение лечащего врача.*

Динамический контроль коагулограммы, общего белка и альбумина — пациентам с отклонениями в этих показателях, а также пациентам с клиническими признаками снижения белково-синтетической функции печени (*отёки, геморрагический синдром*).

- *Выполняется с периодичностью **1 раз в 7–14 дней**.*

Скрининговое обследование на гепатит С

Ввиду возможного **латентного и инаппарантного** течения HCV-инфекции и социальной значимости заболевания целесообразно проведение **скринингового обследования**. Лица со стёртым течением представляют **эпидемическую угрозу**, являясь недиагностированным источником инфекции.

Рекомендуется определение **суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM)** следующим группам населения:

1. **Дети в возрасте до 12 месяцев**, рождённые от матерей, инфицированных HCV (*в возрасте ≥ 2 мес., 6 мес. (при отсутствии РНК HCV в 2 месяца) и 12 мес.*).
2. **Дети любого возраста** из семейного очага по ВГС.

3. **Дети с заболеванием печени неясной этиологии** (в процессе первичного клинико-лабораторного обследования).
4. **Подростки из групп риска:** со склонностью к бродяжничеству; потребители инъекционных наркотиков; с ранним началом половой жизни; имеющие татуировки.
5. **Дети с иммунодефицитом** (онкологические заболевания, гемодиализ, лечение иммунодепрессантами и др.).
6. **Лица, находящиеся в закрытых учреждениях** (дома ребёнка, пенитенциарные учреждения).

Комментарии по обследованию детей из перинатального контакта:

- *Обследование следует проводить в возрасте старше 2 мес. — необходимо **определение РНК HCV методом ПЦР, качественное.** При отсутствии РНК HCV наблюдение проводится **до 18 месяцев** с обследованиями **1 раз в 6 месяцев.** При стойко отрицательных результатах ПЦР и отсутствии anti-HCV в ИФА ребёнок **снимается с учёта** как здоровый. Если ИФА anti-HCV отрицательно уже к **12 мес.**, допустимо снятие с учёта в этом возрасте.*

Возраст	Исследование
2 месяца	ПЦР крови HCV РНК (качественное)
6 месяцев	ПЦР крови HCV РНК (качественное)
12 месяцев	ПЦР крови HCV РНК + ИФА anti-HCV

Возраст	Исследование
18 месяцев	ПЦР крови HCV РНК + ИФА anti-HCV (для решения о снятии с учёта)

- При обнаружении РНК HCV в возрасте **младше 6 месяцев** — диагноз **«Острый вирусный гепатит С»**; в возрасте **старше 6 месяцев** — **«Хронический вирусный гепатит С»**.
- У пациентов с **иммунодефицитом** возможно отсутствие иммунного ответа на инфицирование HCV, вследствие чего **антитела могут отсутствовать**. Пациентам из этой группы необходимо помимо определения антител проводить **ПЦР крови HCV РНК**.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (комплексное) — всем пациентам на этапе постановки диагноза для характеристики состояния печени, селезёнки, исключения сопутствующей патологии ЖКТ.

- Характерна **гепатомегалия** без изменения структуры печени, возможна **спленомегалия**. При выраженных изменениях при первичном исследовании возможно повторное проведение для оценки динамики.

МРТ или КТ органов брюшной полости — в диагностически неясных случаях, при длительном сохранении **гипербилирубинемии** или **синдрома**

холестаза, в целях дифференциальной диагностики.

2.5 Иные диагностические исследования

Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом — пациентам с тяжёлым течением ОГС при наличии неотложных состояний, для определения показаний к переводу в **ОРИТ**.

Осмотр (консультация) врачом-неврологом — пациентам с тяжёлым течением ОГС при подозрении на развитие **энцефалопатии**, для коррекции терапии.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- **вариант начального периода** заболевания;
- **тяжесть** заболевания;
- **клиническая форма** болезни;
- **возраст** больного;
- наличие и характер **осложнений**;

- **доступность** и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом и условиями оказания медицинской помощи.

Объём лекарственной терапии **коррелирует со степенью тяжести** заболевания: при лёгком течении ограничивается **базисной терапией** с достаточным уровнем **гидратации** больного и **нутритивной поддержкой**. По мере возрастания степени тяжести расширяется и спектр назначаемых препаратов. Необходимо избегать неоправданного назначения лекарственных средств ввиду потенциальных рисков **лекарственно-индуцированного повреждения печени**.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Базисная терапия

Рекомендуется пациентам со **средней и тяжёлой** степенью тяжести назначение **охранительного режима**.

- *В период разгара заболевания необходимо назначение **постельного режима**, а больным с тяжёлым, злокачественным течением — **строгого постельного режима**. В периоды угасания желтухи и реконвалесценции пациенты переходят на **палатный режим**.*

Рекомендуется всем пациентам назначение варианта **диеты с механическим и химическим щажением**. Категорически **запрещается алкоголь**.

3.1.2 Этиотропная терапия

Большинство пациентов не нуждаются в назначении этиотропной терапии. Рациональным подходом является **наблюдение в течение 6 мес.** с безотлагательным назначением противовирусной терапии при подтверждении формирования **ХГС**.

Назначение **ПВТ** (*противовирусной терапии*) при ОГС возможно **по жизненным показаниям** в случае жизнеугрожающих состояний при тяжёлом течении ОГС. В отношении взрослой популяции основной мотивацией для инициации этиотропной терапии ОГС является **поведение высокого риска**, сопровождающееся риском распространения инфекции. В случае такой ситуации у пациента детского возраста целесообразно использовать **аналогичный подход**.

- *Исследований, посвящённых противовирусной терапии ОГС у детей, нет. Ввиду отсутствия альтернатив могут быть экстраполированы подходы по терапии взрослых больных с ОГС. Для этиотропной терапии ОГС возможно применение **ПППД** (прямых противовирусных препаратов прямого действия), используемых при терапии ХГС, по аналогичным схемам.*

3.1.3 Патогенетическая терапия

Рекомендуется проведение **дезинтоксикационной терапии** в пероральном и/или инфузионном режиме по клиническим показаниям с учётом степени тяжести заболевания для купирования **синдрома интоксикации**. Выбор препаратов и

объём данной терапии зависит от **степени тяжести** заболевания.

- **Лёгкое течение** — пероральная дезинтоксикация. **Средняя степень тяжести** — **инфузионная терапия** с использованием растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, углеводов: растворы электролитов, электролиты в комбинации с углеводами, углеводы (с учётом возраста детей, показаний и противопоказаний). Парентеральное введение жидкости проводят исходя из расчёта **физиологической потребности**, текущих патологических потерь и имеющегося **дефицита жидкости**.

Рекомендуется всем пациентам со **среднетяжёлым и тяжёлым** течением заболевания назначение с целью более быстрого восстановления функции печени, улучшения тканевого обмена, стабилизации клеточных мембран — назначение **препаратов для лечения заболеваний печени** (глицирризиновая кислота + фосфолипиды, фосфолипиды).

- Препараты назначаются с учётом **возрастных ограничений** в соответствии с инструкциями по применению. Начинать терапию можно с **внутривенных форм** с последующим переводом на **пероральные**.

Рекомендуется в случае формирования **холестаза** проведение терапии, направленной на нормализацию функции **желчеобразования и желчевыведения** с использованием препаратов

для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей — **урсодезоксихолевая кислота** из расчёта **10 мг/кг** массы тела **однократно в сутки** один раз вечером, курсом **15–30 дней**.

Рекомендуется в случае **тяжёлого течения** заболевания с формированием **печёночной недостаточности**, **фульминантного** течения ОГС — назначение **глюкокортикоидов**. Длительность терапии определяется индивидуально, по клиническим показаниям.

- *Назначение глюкокортикоидов необходимо пациентам с любыми проявлениями **фульминантной формы** ОГС (прекома, кома, признаки массивного некроза печени), с тяжёлыми формами гепатита с признаками **острой печёночной недостаточности**, а также тяжёлыми формами без признаков печёночной прекомы–комы, но с выраженными проявлениями **интоксикации** и их прогрессированием, несмотря на проводимую активную инфузионную терапию, — с целью подавления **иммунопатологических, воспалительных реакций** и предотвращения **отёка-набухания головного мозга**. Препаратом выбора является **преднизолон** в дозировке, соответствующей инструкции, с учётом возрастных противопоказаний.*

Рекомендовано при тяжёлом течении ОГС с формированием печёночной недостаточности со снижением **белково-синтетической функции** печени и уровня альбуминов сыворотки — с **заместительной целью** назначение **10% раствора альбумина человека**, направленное на

поддержание объёма циркулирующей крови. При развитии печёночной недостаточности — терапия **по протоколам ОРИТ**.

Рекомендуется больным с **желтушной формой** ОГС проведение терапии, направленной на нормализацию функции ЖКТ (*профилактика запоров*), для опорожнения кишечника в соответствии с **возрастной физиологической нормой**.

- При лечении больных с ОГС необходимо следить за **регулярным опорожнением кишечника** в соответствии с физиологической нормой. С этой целью используются **слабительные средства** (*лактолоза*).

Рекомендуется пациентам с симптомами **ферментативной недостаточности** поджелудочной железы назначение **полиферментных препаратов** (*в т.ч. содержащих липазу, протеазу*) с целью нормализации пищеварения.

Рекомендуется при развитии **асцита** и/или **периферических отёков** применение **диуретиков** с целью купирования отёчного синдрома.

- В случае развития **напряжённого асцита** рекомендуется проведение **парацентеза** с регулируемым удалением перитонеального транссудата (*лапароцентеза*).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Для пациентов с ОГС специализированные реабилитационные мероприятия не разработаны.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1 Профилактика

Специфическая профилактика вирусного гепатита С в настоящее время **не разработана** (*т.е. вакцины от гепатита С не существует*).

Неспецифическая профилактика

Профилактика гепатита С осуществляется в соответствии с **СанПиН 3.3686-21** «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. №4).

Рекомендуется **активное выявление источников инфекции** (обследование лиц, подверженных повышенному риску инфицирования и/или имеющих особую эпидемиологическую значимость — см. Скрининг в разделе Диагностика).

Рекомендуется профилактика **искусственных путей передачи** HCV-инфекции:

- переливание крови и её компонентов только **по жизненным показаниям**;
- обоснованность **инвазивных методов** обследования;
- использование **одноразового инструментария**;
- строгое соблюдение режимов **обработки медицинского инструментария** и оборудования;
- использование **защитных средств** медработниками.

Рекомендуется с целью профилактики **перинатальной передачи** HCV женщинам репродуктивного возраста с ХВГС проведение **ПВТ**, направленной на **полную эрадикацию** возбудителя **на этапе планирования беременности**.

Рекомендуется **сохранить естественное вскармливание** новорождённым и детям раннего возраста, рождённым женщинами,

инфицированными ВГС, т.к. отказ от него **не является способом профилактики** инфицирования.

- *Многочисленные исследования показали, что **грудное вскармливание** не является фактором риска инфицирования и **не повышает вероятность** заражения младенца от матери.*

5.2 Диспансерное наблюдение

Все переболевшие ОГС подлежат **обязательному диспансерному наблюдению** у врача-инфекциониста (*врача-педиатра, врача-гастроэнтеролога*) в медицинской организации по месту жительства или в территориальном гепатологическом (*специализированном*) центре.

Рекомендовано всем больным ОГС диспансерное наблюдение — **клинический осмотр и лабораторное обследование** с обязательным **определением РНК HCV методом ПЦР** (*качественное*) через **6 месяцев** после выявления заболевания.

- При **выявлении РНК HCV** — данные лица считаются больными **ХВГС**.
- При **отсутствии РНК HCV** через **6 месяцев** — данные лица считаются **реконвалесцентами ОГС** и подлежат динамическому наблюдению в течение **2 лет** с обследованием (*ПЦР качественное*) **не реже 1 раза в 6 месяцев**.

Рекомендуется всем пациентам выполнение **общего (клинического) анализа крови развёрнутого** с дифференцированным подсчётом

лейкоцитов через **1 месяц** после выписки из стационара, а при обнаружении отклонений — повторно в динамике. Кратность и сроки повторных обследований зависят от тяжести и специфики отклонений и определяются лечащим врачом.

Рекомендуется пациентам с повышенной активностью **АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП**, уровня **билирубина** и отклонениями в других биохимических показателях на момент выписки — **динамический контроль** через **1 месяц** после выписки, а при обнаружении отклонений — повторно через **1–3 месяца** с целью оценки восстановления печени.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания к госпитализации в стационар

Подозрение/подтверждённый ОГС — лечение ОГС со **среднетяжёлым и тяжёлым** течением заболевания проводится в условиях **стационара**. Госпитализация осуществляется в **инфекционные стационары** или отделения; лечение и наблюдение осуществляется **врачом-инфекционистом** (*при отсутствии — врачом-педиатром или врачом общей практики*).

Показания к выписке из стационара

№	Критерий
1	Уменьшение симптомов интоксикации

№	Критерий
2	Уменьшение желтухи
3	Уменьшение выраженности гепатомегалии
4	Уровень билирубина < 40 мкмоль/л
5	Уровень АЛТ, АСТ < 150 Ед/л
6	Уровень ПТИ > 70%

При **лёгком** течении достижение указанных критериев происходит в среднем на **10–15 день**, при **среднетяжёлом** — на **15–20 день**, при **тяжёлом** — на **25–30 день**. Сроки полного выздоровления и допуск в детские учреждения и школу устанавливаются врачом **индивидуально**, с учётом динамики клинико-лабораторных показателей, наличия/отсутствия осложнений и сопутствующих соматических заболеваний.

7. Дополнительная информация

(в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Диспансерное наблюдение детей, рождённых от инфицированных HCV матерей

Дети, рождённые от инфицированных вирусом гепатита С матерей, подлежат диспансерному наблюдению с обязательным исследованием сыворотки (плазмы) крови на наличие **anti-HCV IgG** и **РНК HCV** (ПЦР, качественное).

- *Выявление у таких детей **anti-HCV IgG** самостоятельного диагностического значения не*

имеет, так как могут выявляться антитела к вирусу гепатита С, полученные от матери во время беременности.

Схема обследования:

Возраст	Исследование	Интерпретация
2 месяца	ПЦР РНК HCV (качественное)	При выявлении РНК — ОГС
6 месяцев	ПЦР РНК HCV + anti-HCV IgG	При выявлении РНК — ОГС ; при отсутствии — продолжить наблюдение
12 месяцев	ПЦР РНК HCV + anti-HCV IgG	Повторное выявление РНК — ХВГС ; при отсутствии РНК (если выявлялась ранее) — реконвалесцент ОГС
18 месяцев	ПЦР РНК HCV + anti-HCV IgG	Для решения вопроса о снятии с учёта
24 месяца	ПЦР РНК HCV + anti-HCV IgG	При подтверждённом ранее ОГС — контрольный осмотр

- Ребёнок, у которого не выявляется РНК HCV в возрасте 2, 6 и 12 месяцев, подлежит снятию с диспансерного наблюдения при отсутствии у него anti-HCV IgG в 12 месяцев жизни.*
- Ребёнок, у которого не выявляется РНК HCV в возрасте 2, 6 и 12 месяцев, но выявляются anti-HCV IgG в возрасте 12 месяцев, подлежит дополнительному обследованию в 18 месяцев. При отсутствии в 18 месяцев anti-HCV IgG и РНК HCV ребёнок снимается с учёта.*
- Выявление anti-HCV IgG в возрасте 18 месяцев и старше (при отсутствии РНК HCV) может быть*

признаком **перенесённого ОГС** в первые месяцы жизни.

- Диагностика гепатита С у детей, рождённых от инфицированных HCV матерей и достигших возраста **18 месяцев**, осуществляется **так же, как у взрослых**.
- При **первичном выявлении РНК HCV** в возрасте **12 месяцев** необходимо исключить инфицирование ребёнка в **более поздние сроки** при реализации других путей передачи.

Грудное вскармливание и HCV

- Исследования последних лет показали, что **грудное вскармливание не влияет** на частоту инфицирования детей. Опубликованы данные, свидетельствующие, что в грудном молоке содержатся **свободные жирные кислоты**, разрушающие **липидную оболочку вируса**, тем самым вызывая его **инактивацию**. Эти данные подтверждают, что даже в случае проникновения HCV в молоко вирус будет **инактивирован**. Таким образом, предотвращение грудного вскармливания **не является средством профилактики** вертикальной передачи HCV. При отсутствии других противопоказаний, таких как **коинфекция ВИЧ**, женщинам с HCV-инфекцией рекомендовано придерживаться **естественного вскармливания**.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий качества	Оценка
1	Выполнен общий (клинический) анализ крови развёрнутый	да/нет
2	Проведено определение активности АЛТ, АСТ в крови	да/нет
3	Проведено исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	да/нет
4	Проведено определение активности щёлочной фосфатазы в крови	да/нет
5	Проведено определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови	да/нет
6	Выполнено исследование уровня общего белка и альбумина в крови	да/нет
7	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	да/нет
8	Проведено серологическое исследование (ИФА или ХЛИА): суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM)	да/нет
9	Проведено определение РНК HCV методом ПЦР (качественное)	да/нет
10	Проведён динамический контроль биохимических показателей в стационаре не реже 1 раза в 14 дней	да/нет
11	Проведён динамический контроль коагулограммы, общего белка и альбумина пациентам с отклонениями и клиническими признаками снижения белково-синтетической функции печени	да/нет

№	Критерий качества	Оценка
12	Выполнено УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства	да/нет
14	Проведён осмотр врача-невролога пациентам с тяжёлым течением ОГС при подозрении на развитие энцефалопатии	да/нет
15	Проведена дезинтоксикационная терапия	да/нет
16	Назначены глюкокортикоиды в случае тяжёлого течения с формированием печёночной недостаточности или фульминантного течения	да/нет

Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов А, В, С

Признаки	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С
Эпидемиологические предпосылки	Пребывание в очаге ГА за 15–40 дней до заболевания	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в т.ч. инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГВ	Гемотрансфузии, операции, парентеральные вмешательства (в т.ч. инъекции наркотиков), половой или тесный контакт с больным ГС
Начальный (преджелтушный) период	Острое начало , короткий преджелтушный период до 4–7 дней (чаще	Постепенное начало , длительный преджелтушный период до 7–14 дней	Как правило, отсутствует . При наличии — слабо выраженные явления

Признаки	Гепатит А	Гепатит В	Гепатит С
	гриппоподобный тип)	(чаще смешанный тип с возможными полиартралгиями)	интоксикации в течение 1–4 дней
Желтушный период	Быстрое развитие желтухи, с появлением которой, как правило, улучшается самочувствие . Непродолжительный (в среднем 2 недели)	Постепенное развитие желтухи, с появлением которой, как правило, отсутствует улучшение самочувствия или оно ухудшается. Длительный желтушный период с медленным исчезновением симптомов	Как правило, отсутствует . При наличии — незначительная быстропроходящая желтуха и исчезновение симптомов в период реконвалесценции
Лабораторная диагностика	anti-HAV IgM	HBsAg, anti-HBc IgM, ДНК HBV	anti-HCVc IgM, РНК HCV, общие антитела (<i>anti-HCV</i>)
Хронизация	Не характерна	5–10%	80–90%

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

(представлено в виде схемы — см. изображение в источнике)

Приложение В. Информация для пациента

Острый вирусный гепатит С — инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита С. Основным органом, страдающим при данной инфекции, является **печень**. ОГС характеризуется, как правило, **лёгким** или **субклиническим** течением, с высокой частотой формирования **хронических форм** — **55–85%** — и возможностью последующего развития у части больных **цирроза печени** и **гепатоцеллюлярной карциномы**.

Заболеванию подвержены и взрослые, и дети, независимо от половой принадлежности. В настоящее время инфицировано около **71 миллиона** жителей земного шара. В России ежегодно регистрируется около **55 тысяч** новых случаев инфицирования.

- В Российской Федерации с **2014 года** отмечается неуклонное ежегодное снижение заболеваемости острым гепатитом С. За период с **2011 г. по 2020 г.** заболеваемость снизилась в **2,8 раз**. В **2020 году** зарегистрировано **964 случая** ОГС. Удельный вес детей от общего числа заболевших составил

3,1%. Доля детей до 1 года среди всех заболевших ОГС детей в 2020 г. — 46,7% (14 случаев), в 2019 г. — 54,3% (19 случаев).

Пути заражения

Заражение ребёнка вирусом гепатита С может произойти во время манипуляций с **повреждением кожных покровов** при использовании инфицированных инструментов:

- **хирургические** вмешательства;
- повторное применение **шприцев**;
- **гемодиализ**;
- **стоматологические** манипуляции;
- применение **бритвенных** принадлежностей;
- **акупунктура, татуировки и пирсинг**;
- **маникюр и педикюр**.

У подростков инфицирование отмечается также при **внутривенном использовании наркотиков**; вирус может передаваться при **половых контактах**.

• *Возможна передача вируса от инфицированной матери ребёнку при **беременности и родах**.*

*Именно этот путь инфицирования является **основным для детей**. Заражение происходит не всегда — инфицируются около **5–10%** новорождённых. Значительно повышают риски инфицирования сопутствующая **ВИЧ-инфекция**, акушерские манипуляции, **длительный безводный период**. Способов лекарственной профилактики передачи вируса от матери ребёнку на данный момент **не существует**. По всему миру ведутся работы по разработке **вакцины** от гепатита С,*

однако до настоящего времени они **не увенчались успехом.**

Рекомендации пациенту

- В соответствии с действующим законодательством, вы **не обязаны** информировать окружающих о том, что инфицированы. Однако необходимо стремиться **избежать заражения** других людей. Убедитесь, что в вашем распоряжении **индивидуальные** зубная щётка, бритвенные принадлежности, инструменты для маникюра и педикюра. От употребления **спиртных напитков** необходимо воздерживаться. Занятия **спортом** могут быть продолжены. В целом рекомендован обычный **здоровый образ жизни.**

Противовирусная терапия

- В случае острого течения инфекции назначение противовирусной терапии **не показано**, т.к. заболевание купируется **самостоятельно.** Несмотря на относительно лёгкое течение, очень часто гепатит С переходит в **хроническую форму.** HCV-инфекция в настоящее время **полностью излечима.** Лечат гепатит С с помощью лекарственных средств, включая **противовирусные препараты** в форме таблеток. Современная противовирусная терапия при ХВГС позволяет излечить заболевание, **не влияет** на образ жизни и характер человека. Она не вызывает многочисленных нежелательных явлений и психических изменений, связанных с необходимостью принимать лечение.

- **Тревога, напряжение, страх, возбуждение, депрессия, надежда** являются обычными реакциями для многих пациентов.

Планирование беременности

- С целью предупреждения инфицирования будущего ребёнка настоятельно рекомендовано **пройти лечение от ХГС на этапе планирования беременности, до её наступления.**

Лекарственные препараты, используемые для лечения гепатита, **не окажут** никакого влияния на репродуктивное здоровье и на организм будущего ребёнка. Тем не менее, применение этих средств **не рекомендовано во время беременности**, поэтому во время терапии необходимо использовать **методы контрацепции.**

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты

Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale, Teasdale G.M., Jennett B., 1974)

Назначение: критерий для оценки **уровня сознания**, коррелирует с тяжестью **церебрального повреждения** и прогнозом.

Содержание: шкала состоит из **трёх тестов**, оценивающих реакцию **открывания глаз**, **речевые** и **двигательные** реакции. Уровень сознания

выражается **суммой баллов** по каждому из параметров.

Признак	Баллы
1. Открывание глаз:	
Спонтанное	4
На вербальную стимуляцию	3
На боль	2
Нет реакции	1
2. Вербальная реакция:	
Соответствующая	5
Спутанная	4
Бессвязные слова	3
Нечленораздельные звуки	2
Нет реакции	1
3. Двигательная реакция:	
Выполняет словесные команды	6
Локализует боль	5
Реакция одёргивания в ответ на боль	4
Сгибание верхних конечностей в ответ на боль (<i>поза декортикации</i>)	3
Разгибание верхних конечностей в ответ на боль (<i>поза децеребрации</i>)	2
Нет реакции	1

Интерпретация:

- Минимальная оценка — **3 балла**, максимальная — **15 баллов**.

- Оценка **8 баллов и ниже** определяется как **кома**.
- Оценка по шкале **3–5 баллов** прогностически **крайне неблагоприятна**, особенно если она сочетается с **широкими зрачками** и **отсутствием окуловестибулярного рефлекса**.

Шип Степан Александрович (для личного пользования 10.2026)