

2026.10.02 Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у детей - Клин.Рек. ID 824_1 от 25.11.2024 - КОНСПЕКТ 10.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

2026.10.02 Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у
детей - Клин.Рек. ID 824_1 от 25.11.2024 - КОНСПЕКТ
10.2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений

Термины и определения

1.1 Определение заболевания

1.2 Этиология и патогенез

 Этиология

 Патогенез

1.3 Эпидемиология

 Естественные пути передачи

Искусственные (артифициальные) пути

Передача от матери к ребёнку

Бытовой путь

Эпидемиологические данные по РФ

1.4 Кодирование по МКБ-10

1.5 Классификация

Нозологическая форма

Стадия болезни — степень фиброза по шкале METAVIR

Генотип HCV (GT HCV)

Степень активности ХВГС

Примеры формулировки диагноза

1.6 Клиническая картина заболевания

Общие клинические проявления

Внепечёночные проявления

Лабораторные особенности

Особенности течения у детей

Факторы риска развития цирроза печени у детей с ХВГС

Варианты течения ХВГС у детей и критерии диагностики

I. ХВГС как фетальный гепатит

II. ХВГС у детей и подростков как ИСМП (*инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи*)

III. ХВГС у подростков-потребителей ПАВ (*артифициальное гемоконтактное инфицирование*)

IV. ХВГС у подростков как сексуально-трансмиссивная инфекция

2. Диагностика заболевания — медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Скрининговые группы

Алгоритм скрининга

Обследование детей из перинатального контакта

Дети с иммунодефицитом

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза

На этапе диспансерного наблюдения — до проведения ПВТ

После курса ПВТ

2.4 Инструментальные диагностические исследования

До проведения ПВТ

После курса ПВТ

**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 Этиотропная (противовирусная) терапия

3.1.2 Патогенетическая терапия

- 3.1.3 Симптоматическая терапия
- 3.2 Хирургическое лечение
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение
 - 5.1 Профилактика
 - 5.2 Диспансерное наблюдение
 - До проведения курса ПВТ
 - После курса ПВТ
- 6. Организация оказания медицинской помощи
 - Формы медицинской помощи
 - Виды медицинской помощи
 - Условия оказания
 - Уровни первичной помощи
 - Специализированная (в т.ч. высокотехнологичная) помощь
- 7. Дополнительная информация
 - 7.1 Коинфекция ВГС и ВГВ
 - 7.2 Коинфекция ВГС и ВИЧ
- Критерии оценки качества медицинской помощи
 - Этап постановки диагноза
 - Этап патогенетической терапии и диспансерного наблюдения
 - Этап наблюдения после завершения ПВТ
- Приложение В. Информация для пациента
 - Пути инфицирования детей
 - Психологическая поддержка и образ жизни

Лечение

Планирование беременности

Приложения Г1–ГN. Шкалы оценки состояния пациента

Приложение Г1. Шкала METAVIR — оценка степени фиброза печени

Шкала Child-Pugh (Чайлд-Пью) — оценка степени печёночной недостаточности

Индекс Knodell — оценка выраженности морфологических нарушений в печени

1. Перипортальные и мостовидные некрозы
2. Внутريدольковая дегенерация и очаговые некрозы
3. Портальное воспаление
4. Фиброз

Ключ (интерпретация)

Список сокращений

АЛТ — аланинаминотрансфераза

Анти-core, Anti-HCV-core IgG — антитела к ядерному белку класса G вируса гепатита C

Anti-HCV IgM — антитела класса IgM к антигенам вируса гепатита C

Анти-HCV, Anti-HCV-total — антитела к вирусу гепатита C (суммарные)

Анти-NS3, -NS4, -NS5 / Anti-HCV-NS3, Anti-HCV-NS4, Anti-HCV-NS5 — антитела к неструктурным белкам NS3, NS4, NS5; NS2, NS3, NS4a, NS4b, NS5a, NS5b

АСТ — аспартатаминотрансфераза

ВГВ — вирусный гепатит В

ВГС — вирусный гепатит С

ВГН — верхняя граница нормы

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВН — вирусная нагрузка (*Viral Load, VL*) — количественное содержание нуклеиновой кислоты вируса в 1 мкл крови/плазмы (копий/мкл, МЕ/мкл, МЕ/мл)

ГГТ — гаммаглутамилтрансфераза

ГТ — генотип вируса (*GT HCV*)

ГЦК — гепатоцеллюлярная карцинома

КТ — компьютерная томография

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

МРТ — магнитно-резонансная томография

МНО — международное нормализованное отношение

ПБП — пункционная биопсия печени

ПВТ — противовирусная терапия

ПППД — противовирусные препараты прямого действия

ПТИ — протромбиновый индекс

РКИ — рандомизированное контролируемое исследование

РНК — рибонуклеиновая кислота

РФ — Российская Федерация

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФГДС — эзофагогастродуоденоскопия

ФЗ — Федеральный закон

ХВГС — хронический вирусный гепатит С

ХЛИА — хемилюминесцентный иммунный анализ

ЦП — цирроз печени

ЦТЛ — цитотоксические лимфоциты

ЩФ — щелочная фосфатаза

HAV — вирус гепатита А

HBV — вирус гепатита В

HCV — вирус гепатита С

IgG — иммуноглобулин G

IgM — иммуноглобулин M

IL28B — интерлейкин 28B

RBV — рибавирин

RT-PCR — полимеразная цепная реакция в реальном времени, позволяющая определить вирусную нагрузку методом амплификации

Термины и определения

Вирусная нагрузка (ВН) — количество РНК вируса в крови, измеряется в **МЕ/мл** или **копий/мл**.

Гепатоцеллюлярная карцинома — злокачественное новообразование печени. Является одним из вариантов неблагоприятного исхода ХГС. В большинстве случаев её формирование происходит на фоне **цирроза печени**.

Коинфекция — инфицирование **двумя и более** инфекционными агентами.

Пангенотипная терапия — схема противовирусной терапии препаратами, эффективными в отношении **всех** генотипов HCV.

Рецидив заболевания ХВГС — появление РНК HCV (VL) в крови после окончания успешного курса терапии (достижение **неопределяемого уровня РНК HCV** на момент окончания лечения).

Устойчивый вирусологический ответ — **неопределяемый уровень РНК HCV (VL)** в крови через **12** или **24 недели** после окончания терапии (в зависимости от режима терапии).

APRI — метод **неинвазивной диагностики фиброза печени**, расчётный индекс соотношения **АСТ / уровень тромбоцитов**.

FIB-4 — метод **неинвазивной диагностики фиброза печени**, расчётный индекс, основанный на соотношении **возраста пациента, уровней АЛТ, АСТ, тромбоцитов и МНО**.

Metavir — международная система оценки фиброза печени (**F0/F1/F2/F3/F4**) и степени воспаления в ткани печени (**A0–A3**). Применяется как при **гистологическом**

исследовании ткани печени, так и при **неинвазивных методах диагностики фиброза** печени.

1.1 Определение заболевания

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) — инфекционное заболевание, вызываемое **РНК-содержащим вирусом гепатита С (HCV)**, с **парентеральным и гемоконтактным** механизмом инфицирования. Диагноз устанавливается при длительности выделения вируса **не менее 6 месяцев**.

Заболевание имеет **длительное течение**:

- В первые **10–18 лет** — как правило, скудная клиническая симптоматика (*практически бессимптомное течение*);
- В манифестных случаях — **слабовыраженные симптомы** поражения печени (*редко с желтухой*) и **преходящее повышение активности трансаминаз**;
- На поздних стадиях — **цирроз печени и/или гепатоцеллюлярная карцинома**.

ХВГС — форма HCV-инфекции, процесс в исходе **острой фазы**, возникающей у большинства детей при **вертикальной трансмиссии** и протекающий **малосимптомно** почти до **пубертатного периода** (*т.е. до начала полового созревания*).

1.2 Этиология и патогенез

Этиология

Вирус гепатита С (HCV) открыт в **1989 году**. За его открытие и изучение в **2020 году** присуждена **Нобелевская премия** (*H. J. Alter, M. Houghton, C. M. Rice*).

HCV содержит **однонитевую РНК**, относится к семейству **Flaviviridae**, род **Hepacivirus**.

Структурные белки: С-core protein, гликопротеины оболочки **E1** и **E2**.

Неструктурные белки: **NS2, NS3, NS4a, NS4b, NS5a, NS5b** (обладают ферментативной активностью).

Ко всем белкам вырабатываются антитела, **не обладающие вируснейтрализующим свойством**.

Генетическая изменчивость HCV:

- Выделяют **8 генотипов** (расхождение нуклеотидных последовательностей более 30%);
- Более **90 подтверждённых подтипов** (расхождение более 15%);
- **Квазивиды** (набор вирионов с близкородственными, но слегка изменёнными геномами у одного пациента);
- Вариабельность генома → изменение антигенных детерминант → невозможность элиминации вируса и создания **вакцины**.

В РФ наиболее распространены генотипы **1, 2, 3** и субтипы **1b** и **3a**; прочие генотипы практически не встречаются.

Устойчивость HCV: малоустойчив во внешней среде (по сравнению с **HAV** и **HBV**); чувствителен к **хлороформу**, **формалину**, **УФО**; при **60°C** инактивируется за **30 минут**, при кипячении (**100°C**) — за **2 минуты**.

Патогенез

Путь проникновения: вирус попадает с инфицированной кровью → проникает в **гепатоциты** → репликация → взаимодействие с иммунной системой.

Иммунопатологический процесс:

- Поражение гепатоцитов обусловлено **клеточными и гуморальными** реакциями иммунной системы;
- Нарушение баланса **Th1/Th2**: усиленная продукция **IL-4** и **IL-10** ингибирует Т-лимфоциты, угнетает **IFN-γ** и **IL-2** → способствует **хронизации**.

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 воспалительный процесс в печени минимален, основной удар — по иммунным клеткам*).

HCV способен **подавлять активацию CD4+**, нарушая взаимодействие антигенпрезентирующих клеток и Т-лимфоцитов. Репликация в **иммунопривилегированных местах** (*клетки иммунной системы, ткани головного мозга*) делает вирус недоступным для цитотоксических Т-лимфоцитов.

Механизмы повреждения печени: иммунный цитолиз, апоптоз, **аутоиммунный механизм**.

Внепечёночные проявления (у взрослых): васкулит, гломерулонефрит, периферическая нейропатия, узелковый периартериит, артриты, синдром Шегрена. HCV-инфекцию можно рассматривать как **мультисистемное заболевание**.

Однако у детей полиорганность поражения при ХВГС практически не прослеживается и встречается исключительно редко (в отличие от ХВГВ, где наблюдаются синдром Джанотти-Крости, гломерулопатии, васкулиты).

Иммуногенетические факторы: различия в частоте выявления ХВГС в разных этнических группах; благоприятный исход острого ВГС чаще у больных с генотипом **HLA класса II**.

При внутриутробном инфицировании:

- **Первые 12 недель** (*главным образом 15–75 дней*) — при высокой вирусной нагрузке и патологии фетоплацентарного комплекса возможно **прерывание беременности** в ранние сроки;
- **75–180 дней** — возможно развитие **ранних фетопатий** (*позднее прерывание беременности или аномалии развития печени и жёлчевыводящих путей*);
- **Более 180 дней** — возможно развитие **фетального HCV-гепатита** или, крайне редко, **фетального HCV-цирроза печени**.

1.3 Эпидемиология

Источник инфекции: лица, инфицированные HCV (*инкубационный период — 14–180 дней*), больные острой или хронической формой ВГС, в том числе бессимптомной.

Механизм: парентеральный, гемоконтактный.

Естественные пути передачи

- **Вертикальный** (*ведущий в детском возрасте*) — трансплацентарный, интранатальный, постнатальный — от матери к ребёнку;
- **Горизонтальный** — у подростков при сексуальном контакте.

Искусственные (артифициальные) пути

Медицинские манипуляции: переливание крови и её компонентов, пересадка органов/тканей, **гемодиализ** (*высокий риск*), парентеральные вмешательства. ХВГС в этом случае развивается как **ИСМП** (*инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи*).

- В странах Западной Европы и США — **75–95%** посттрансфузионных гепатитов приходится на ВГС;
- Среди пациентов с **гемофилией** — инфицированность **45–80%**;
- После введения рутинного скрининга крови — частота снизилась до **не более 2–3%**.

Немедицинские манипуляции (у подростков):

инъекционное введение наркотических средств (*наибольший риск*), нанесение татуировок, пирсинг, косметические/маникюрные/педикюрные процедуры контаминированными инструментами, незащищённая сексуальная практика.

Передача от матери к ребёнку

- Риск — **1–5%**;
- При высоких концентрациях HCV у матери — **7–12%**;
- При коинфекции **ВИЧ** — **14–16%**;
- Факторы повышения риска: увеличение продолжительности родов, амниоцентез, мониторинговый забор крови кожи головы плода, длительный безводный период;
- **Грудное вскармливание** не влияет на частоту инфицирования.

Бытовой путь

Скрытое гемоконтактное инфицирование через **микротравмы** наружных покровов. По данным ВОЗ, вероятность инфицирования в семье — до **7%**.

Гетеросексуальная передача между постоянными партнёрами — **1,5%** (*при отсутствии других факторов риска*). В детском возрасте эти пути практически не имеют значения.

Эпидемиологические данные по РФ

- Острый ВГС у детей — **0,55** случаев на **100 тысяч** детского населения;
- Доля детей среди всех случаев острого ВГС — **1–2%**;
- В **90–95%** случаев у детей раннего возраста — безжелтушная, субклиническая и инаппарантная формы;
- Частота хронизации — от **40–56%** до **81%** и более;
- Доля ХВГС в структуре впервые зарегистрированных ХВГ: с **54,8%** (1999 г.) до **77,97%** (2017 г.);
- **2019 г.:** всего — **45 262** случая (*30,82 на 100 тыс.*); дети **0–17 лет** — **381** (*1,31 на 100 тыс.*); дети **0–14 лет** — **268** (*1,04 на 100 тыс.*).

1.4 Кодирование по МКБ-10

B18.2 — Хронический вирусный гепатит С.

Наряду с МКБ-10 обязательно использование **клинической классификации**, ориентированной на динамику течения и мониторинг лечения. Это позволяет формулировать:

- **Предварительный диагноз** — на начальном этапе;
- **Клинический диагноз** — в течение **10 дней** наблюдения, с указанием **генотипа (GT HCV)** и **степени фиброза**, а при циррозе — **F4** по шкале Чайлд-Пью;
- **Заключительный диагноз** — при выписке (*форма 066/у*), в начале — шифр по МКБ-10.

1.5 Классификация

Нозологическая форма

ХВГС с указанием метода верификации: **Хронический вирусный гепатит С** (ИФА: *anti-HCV IgM+*, *anti-HCV IgG+*; ПЦР: *РНК HCV+*).

Стадия болезни — степень фиброза по шкале METAVIR

(определяется, например, методом *FibroScan*)

- **F0** — без фиброза;
- **F1** — слабовыраженный фиброз;
- **F2** — умеренный фиброз;
- **F3** — выраженный фиброз;
- **F4** — цирроз печени.

Генотип HCV (GT HCV)

GT 1 (*1a*, *1b*) · **GT 2** · **GT 3** · **GT 4** · **GT 5** · **GT 6** · **GT 7** · **GT 8**

Степень активности ХВГС

При отсутствии пункционной биопсии (где оценка даётся по индексу *Knodell*) активность ориентировочно оценивается по **кратности превышения ВГН** (верхней границы нормы) для АЛТ и АСТ:

- **Минимальная** — в **1,5–2** раза выше нормы;
- **Низкая** — в **2–5** раз;
- **Умеренная** — в **5–10** раз;
- **Выраженная (высокая)** — более чем в **10 раз** выше ВГН.

Примеры формулировки диагноза

Предварительный (впервые выявленное, подозрительный/вероятный случай):

Хронический вирусный гепатит С (ИФА: *anti-HCV IgM+*, *anti-HCV IgG+*)

Клинический (*подтверждённый случай*):

Хронический вирусный гепатит С (ИФА: *anti-HCV IgG+*, ПЦР: *РНК HCV+*), генотип **3**, стадия фиброза **F1**

Заключительный (*окончательный клинический*):

B18.2. Хронический вирусный гепатит С (ИФА: *anti-HCV IgG+*, ПЦР: *РНК HCV+*), генотип **1a**, стадия фиброза **F4**, класс **B** по Child-Pugh.

1.6 Клиническая картина заболевания

ХВГС у детей характеризуется наличием **виремии** и **скудной клинической симптоматики**.

Общие клинические проявления

При тщательном сборе анамнеза (у большинства подростков, реже — школьников, редко — дошкольников) удаётся выявить:

- **Астеновегетативный синдром** — повышенная утомляемость (особенно после занятий физкультурой, в спортивных секциях), сниженный и/или избирательный аппетит, периодические **боли в правом подреберье** (при нарушении режима питания или физических нагрузках);
- **Гепатомегалия** — **главный симптом** заболевания, может быть **единственным** клиническим проявлением. При пальпации — незначительная болезненность и **уплотнение консистенции** печени;
- **Спленомегалия** — менее постоянна, чаще сочетается с **геморрагическим синдромом** (петехии, тромбоцитопения);
- Признаки **хронической коагулопатии** (у старших детей и подростков) — «синячки», спонтанные носовые кровотечения, обусловленные дефицитом

синтеза факторов свёртывания (*прежде всего протромбинового комплекса*).

Внепечёночные проявления

У взрослых — потенциально тяжёлые; у детей **редки**, за исключением:

- **Субклинического гипотиреоза** — в среднем **11%** случаев;
- **Аутоиммунного тиреоидита** — в среднем **6%** случаев.

Лабораторные особенности

- Клинические симптомы могут **полностью отсутствовать**;
- Активность трансаминаз — от **нормальных до умеренных** (*превышение ВГН в 5–6 раз*);
- В большинстве случаев гиперферментемия **минимальная** — АЛТ и АСТ не превышают **1,5–2 норм**, носит **волнообразный характер**;
- Пигментный обмен и белково-синтетическая функция печени, как правило, **не нарушены**;
- В крови обнаруживаются **anti-HCV IgG суммарные** (*к структурным и неструктурным белкам — core, NS3, NS4, NS5*) и **РНК HCV**.

Особенности течения у детей

- Малосимптомное течение может продолжаться **длительно — до взрослого возраста**;
- **Нормальный уровень АЛТ и АСТ** не свидетельствует об отсутствии изменений в печени — оценка активности ХВГС учитывает также **степень фиброза** (*при стадиях F3 и F4 по METAVIR — основная причина тяжёлых осложнений и неблагоприятного исхода*);

- Большинство детей имеют почти **нормальную гистологическую картину** печени после многолетнего инфицирования, однако у некоторых прогрессирующее поражение выявляется уже через **1 год** после заражения;
- **Риск цирроза печени** у детей — от **1% до 4%**;
- **Мостовидный фиброз** и тяжёлое воспаление — примерно у **15%**;
- **Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК)** встречается редко — описано только **3 случая**.

Факторы риска развития цирроза печени у детей с ХВГС

- **Коинфекция гепатотропными вирусами:**
 - *Облигатные:* HBV, HDV, HGV, TTV;
 - *Факультативные:* цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, вирусы герпеса человека **1 и 2 типов, 6 типа** и др.;
- **Высокая активность** некровоспалительного процесса в печени;
- **Метаболические болезни:** болезнь Вильсона-Коновалова, гликогенозы **I–IV типа** (*редко IX*), муковисцидоз, дефицит альфа-1-антитрипсина, галактоземия, тирозинемия и другие аминацидурии;
- **Врождённые аномалии** печени и жёлчевыводящих путей — ПСХ (*первичный склерозирующий холангит*), болезнь Алажиля и др.

Варианты течения ХВГС у детей и критерии диагностики

I. ХВГС как фетальный гепатит

Эпидемиологические критерии:

- Ребёнок рождён от **НСV-позитивной матери**;
- **Повышенный риск** — мать не наблюдалась и не лечилась у инфекциониста;
- **Высокая ВН (вирусная нагрузка)** в период наступления беременности, на протяжении всей беременности и перед родами;
- Ранее рождённые дети имели **НСV-позитивный статус**;
- Мать — потребитель **психоактивных веществ (ПАВ)**, применявших их после наступления беременности;
- Коинфекция матери — **ВИЧ 1/2**, инфекции генитального тракта (*ИППП, HBV, HDV, ЦМВ, ВЭБ, герпес 1 и 2 типов и др.*);
- **Инвазивный характер** родов;
- Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез.

Клинические критерии:

- При **моноинфекции** — формируется **первично-хронический гепатит**, у большинства — **бессимптомное течение** без отчётливого начала;
- **Незначительное увеличение печени** (*реже — селезёнки, главным образом у детей раннего возраста*);
- Синдром цитолиза — на **низких или умеренных** значениях, **волнообразный**, либо отсутствует (*билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ — в пределах референсных значений*);
- Уровень виремии — от **низкого до высокого** (*индивидуальный уровень репликации, редко коррелирующий с биохимической активностью*);
- Выявляется **случайно** — при интеркуррентных заболеваниях, подготовке к операции, обследовании в очаге ВГА, по семейному контакту по HBV, при устройстве в дошкольное учреждение или школу;

- У отдельных пациентов школьного возраста — **астенический синдром** (*усталость, слабость после физкультуры*) и **диспепсический синдром** (*снижение аппетита, избирательность в пище, боли в правом подреберье после нагрузки — дискинетические явления жёлчевыводящих путей*).

II. ХВГС у детей и подростков как ИСМП (инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи)

Эпидемиологические критерии:

- **Постинъекционный** — частые, множественные инъекции;
- **Посттрансфузионный** — трансфузии крови и компонентов (*эритроцитарная масса, лейкоцитарная масса, свежзамороженная или сухая плазма, антигемофильные факторы VIII, IX, тромбомасса и др.*);
- **Катетер-ассоциированный** — сосудистые, уретральные, назальные катетеры;
- **Другие инвазивные вмешательства** — операции, эндоскопия, трансплантация (*в т.ч. костного мозга*), **гемодиализ** и **перитонеальный диализ** (*крайне высокий риск*);
- **Группы риска:** дети любого возраста с **онкогематологическими болезнями**, дети отделений **анестезиологии и реанимации**, дети с хроническими болезнями, часто госпитализируемые; **стоматологические вмешательства** в условно лицензированных кабинетах.

Клинические критерии:

- При массивном инфицировании — **отчётливая клинико-лабораторная картина** умеренно

выраженной **острой желтушной гепатопатии** (*лёгкая иктеричность склер и кожи*), умеренно увеличенная, незначительно болезненная, уплотнённая печень — напоминает **острый гепатит С**;

- У подростков — повышенная утомляемость, снижение аппетита, боли в животе, тошнота, рвота, «горечь» во рту, спонтанные **носовые кровотечения**, «**синячки**» на коже, увеличение живота, расширение подкожных вен передней брюшной стенки;
- **Вирусная нагрузка** — более 1 000 000 МЕ/мл (*высокая*);
- У подростков — слабовыраженные **телеангиэктазии** и **пальмарная эритема** (*эритема ладоней*);
- Синдром цитолиза выражен **отчётливо** на начальных стадиях, **волнообразный**, с тенденцией к нивелированию через **7–10 лет**.

III. ХВГС у подростков-потребителей ПАВ

(артифициальное гемоконтактное инфицирование)

Эпидемиологические критерии:

- Подростки, потребляющие **ПАВ** (*максимальный риск — парентерально*), использующие **вейпы**, с **маргинальным поведением, татуировки, пирсинг**;
- Из социально неблагополучных семей, **беспризорные, безнадзорные**;
- Необходимо уточнить **HCV-статус** и **нарко-статус** родителей.

Клинические критерии:

- Как правило — **манифестная желтушная форма** с умеренной иктеричностью слизистых, склер и кожи;

- **Яркие метаболические нарушения** — гипербилирубинемия за счёт конъюгированной фракции, выраженный синдром цитолиза.

IV. ХВГС у подростков как сексуально-трансмиссивная инфекция

Эпидемиологические критерии:

- Подростки, имеющие **сексуальные отношения** (*как правило, незащищённые*), особенно при **нескольких партнёрах**, в т.ч. **сексуальное насилие**;
- Употребляющие **алкогольсодержащие напитки и тоника**, курящие (*особенно вейпы — снижение самоконтроля, рискованное поведение*);
- С **девиантным психическим статусом**, проживающие в интернированных учреждениях, **беспризорные, безнадзорные, бездомные**;
- **Девушки** — группа риска более высокого уровня, чем юноши;
- Сопутствующие **гинекологические болезни и ИППП** воспалительного характера с изъязвлениями (*сифилис, гонококковая инфекция, уреаплазмоз, генитальный герпес, генитальный хламидиоз — уретрит, эпидидимит, орхоэпидидимит*) — **повышают риск инфицирования**;
- Необходимо уточнить **HCV-статус и нарко-статус** родителей.

Клинические критерии:

- Симптомы **минимальны или отсутствуют**;
- Длительное время болезнь может оставаться **нераспознанной** — выявляется случайно при интеркуррентных заболеваниях (*синдром Жильбера и др.*);

- У отдельных подростков — **манифестная желтушная форма** с умеренной иктеричностью слизистых, склер и кожи;
 - **Синдром цитолиза** выражен значительно, **волнообразный**, с тенденцией к нивелированию через **7–10 лет**;
 - Характерна **многолетняя латентность** течения.
-

2. Диагностика заболевания — медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Окончательный диагноз гепатита С устанавливается на основании обнаружения **РНК HCV** в крови пациента, **вне зависимости** от наличия или отсутствия симптомокомплекса и/или отклонений в лабораторных анализах (*т.к. возможно латентное течение*).

Критерий дифференциальной диагностики острого и хронического гепатита — **длительность течения**:

- **Менее 6 месяцев** — острый гепатит С;
 - **6 месяцев и более** — хронический гепатит С.
-

Скрининговые группы

Скрининговое обследование показано:

- **Всем детям**, рождённым от **HCV-инфицированных** женщин;
- **Братьям и сёстрам** детей, инфицированных HCV **вертикальным путём** (*если родились от одной матери*);

- Детям любого возраста из **семейного очага** по ВГС;
- Детям с **иммунодефицитом** (онкологические заболевания, гемодиализ, лечение иммунодепрессантами и др.);
- Детям с заболеванием печени **неясной этиологии**;
- Подросткам из **групп риска** (склонность к бродяжничеству, потребители инъекционных наркотиков, раннее начало половой жизни, татуировки);
- Лицам в **закрытых учреждениях** (дома ребёнка, пенитенциарные учреждения) — при поступлении, дополнительно — по показаниям.

Алгоритм скрининга

1. **ИФА или ХЛИА** — определение суммарных антител **anti-HCV IgG** и **anti-HCV IgM** в крови;
2. При **положительном** результате — **ПЦР крови** (качественное определение РНК HCV) для подтверждения диагноза.

Обследование детей из перинатального контакта

- Проводится в возрасте **старше 2 месяцев** (предпочтительнее **4–6 месяцев**);
- Определение **антител** в крови, при их наличии — **ПЦР крови** (качественное);
- При **отрицательных** результатах ПЦР и **отсутствии anti-HCV** в возрасте **18 месяцев** — ребёнок **снимается с учёта** как здоровый;
- Обнаружение **только антител** не является признаком инфицирования (*материнские антитела могут персистировать до 1,5 лет*);
- Длительное сохранение антител — повод для **углублённого обследования**;

Диагноз в зависимости от возраста при обнаружении РНК HCV:

- Младше 6 месяцев — «Острый вирусный гепатит С»;
- Старше 6 месяцев — «Хронический вирусный гепатит С».

Дети с иммунодефицитом

ПЦР крови на РНК HCV — **обязательно**, вне зависимости от наличия/отсутствия антител (*антитела могут отсутствовать из-за дефекта иммунитета*).

2.1 Жалобы и анамнез

- Уточнить факт **HCV-инфекции у матери** или ближайших родственников, случаи **хронических гепатитов** в семье (*исключение семейного контакта*);
 - Выявить в анамнезе ситуации **риска инфицирования** — трансфузии, оперативные вмешательства, инъекции, инструментальное обследование, стоматологическое лечение и другие медицинские манипуляции;
 - Обратить внимание на симптомы: **повышенная утомляемость, снижение аппетита, периодические боли в животе, тошнота, рвота, горечь во рту, спонтанные носовые кровотечения, кровоизлияния, «синячки» на коже, увеличение живота, расширение подкожных вен передней брюшной стенки.**
-

2.2 Физикальное обследование

Проводится на этапах постановки диагноза, обследования перед ПВТ, во время ПВТ и диспансерного наблюдения.

Общий осмотр:

- **Увеличение и болезненность печени** (иногда — селезёнки);
- **Кожные экстрапечёночные знаки** — телеангиэктазии, расширение венозной сети, пальмарная эритема;
- **Желтушное окрашивание** кожи и слизистых;
- **Пальпация и перкуссия** печени и селезёнки.

Комментарии: пальпаторно определяют размеры, консистенцию, характеристики края, болезненность; перкуссией — размеры печени, наличие выпота в брюшной полости. Чем меньше ребёнок, тем чаще регистрируется спленомегалия. Степень гепатомегалии и спленомегалии коррелирует со степенью тяжести болезни.

При **циррозе печени** — оценка по шкале **Child-Pugh** (для исключения декомпенсации).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза

- **Общий (клинический) анализ крови развёрнутый** — выявление косвенных признаков хронической вирусной инфекции;
- **Биохимический анализ крови:**
 - Свободный и связанный билирубин;
 - АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ;
 - Холестерин;

- Белковые фракции методом **электрофореза** (либо общий белок и альбумин).

Комментарии: позволяет оценить синдромы цитолиза, холестаза и белково-синтетической функции. Коэффициент де Ритиса (АСТ:АЛТ) >1,0 — возможность длительного воспалительного процесса.

- **Серологическое исследование — anti-HCV IgG и anti-HCV IgM (ИФА);**
- При наличии антител — **ПЦР крови качественное** (определение РНК HCV) для постановки диагноза;
- При планировании генотип-специфической ПВТ или повторного лечения — **определение генотипа HCV.**

Комментарии: у детей первых 3 лет жизни — достаточно высокий процент спонтанного клиринса вируса (35–45%), в большей мере при посттрансфузионном ВГС. При перинатальном гепатите спонтанный клиренс — 2,4–18%, единичные исследования указывают на до 50%.

На этапе диспансерного наблюдения — до проведения ПВТ

- **Общий анализ крови развёрнутый + тромбоциты, эритроциты, гемоглобин — 1 раз в 6–12 мес** (контроль лимфоцитоза, СОЭ, анемии, лейко- и тромбоцитопении);
- **Биохимический анализ крови** (билирубин, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, холестерин, белковые фракции, коагулограмма) — **1 раз в 6–12 мес** (контроль цитолиза, холестаза, синтетической функции);
- **ПЦР крови** (качественное или количественное) — **1 раз в 12 мес** (контроль активности и диагностика спонтанной элиминации);

Комментарии: препараты прямого противовирусного действия назначаются только при наличии РНК HCV;

наличие антител не является основанием для назначения.

- При F3–F4 (выраженный фиброз / цирроз) — **альфа-фетопротеин** в сыворотке крови **не реже 1 раза в год** (ранняя диагностика ГЦК).

После курса ПВТ

- **ПЦР крови** (качественное или количественное) — через **12 недель** после окончания терапии (контроль эффективности);

При отрицательном результате — пациент считается реконвалесцентом, подлежит снятию с диспансерного учёта.

- **Билирубин, АЛТ, АСТ** — через **12 недель** после окончания ПВТ (динамический контроль; уменьшение цитолиза и холестаза, улучшение синтетической функции; позволяет заподозрить рецидив при низкой ВН).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

До проведения ПВТ

- **УЗИ органов брюшной полости** (комплексное) — всем детям с ХВГС (структурные изменения печени и других органов: размеры, структура, сосуды, лимфоузлы, выпот, объёмные образования);

Пациенты с неясными очаговыми изменениями требуют углубленного обследования.

- **Неинвазивная диагностика фиброза печени** — всем детям с ХВГС:
 - Транзиентная ультразвуковая эластометрия;

- **Динамическая эластография УЗ-сдвиговой волны;**
- **Компрессионная (статическая) эластография в режиме реального времени;**
- **Либо** исследование на основе комплекса **сывороточных биомаркеров;**
- **Эзофагогастродуоденоскопия** — при F3–F4 (*продвинутые стадии фиброза / цирроз*) — исключение **варикозного расширения вен пищевода и желудка** на фоне **портальной гипертензии;**

Эндоскопический осмотр — для диагностики степени ВРВП, наложения клипс и лигатур при кровотечении или его профилактики.

- При обнаружении **очагового образования** печени по УЗИ — **КТ с внутривенным контрастированием** или **МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением** (*гепатотропный контрастный препарат*) — для раннего выявления **ГЦК.**

После курса ПВТ

- **Неинвазивная диагностика фиброза** (*эластометрия или сывороточные биомаркеры*) — через **1 год** после окончания терапии;
- При **сохранении фиброза** — повторять **1 раз в год** (*динамическое наблюдение*).

****2.5 Иные диагностические исследования**

Нет.

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

Факторы, влияющие на выбор тактики лечения:

- **возраст больного ребёнка;**
- **молекулярно-генетическая характеристика ХВГС;**
- **наличие и характер осложнений;**
- **степень выраженности фиброза печени;**
- **предшествующий опыт терапии ХВГС.**

Режим и питание определяются лечащим врачом в зависимости от **возраста, трофологического и соматического статуса, наличия сопутствующих заболеваний.**

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Этиотропная (противовирусная) терапия

ПВТ показана всем детям с ХВГС с целью элиминации вируса.

Режимы ПВТ:

В настоящее время применяются **безинтерфероновые схемы с использованием противовирусных препаратов прямого действия (ПППД).** ВОЗ рекомендует отказаться

от лечения интерферонами, что поддерживается Европейской и Американской ассоциациями по изучению болезней печени, а также российскими профессиональными сообществами (*Национальное научное общество инфекционистов, Российское общество по изучению печени, Российская гастроэнтерологическая ассоциация*). Целесообразно использование **пангенотипных схем** терапии.

По состоянию на **октябрь 2024** в РФ зарегистрированы **два пангенотипных препарата** для лечения ХВГС у детей: **глекапревир + пибрентасвир** и **велпатасвир + софосбувир** (для детей **12 лет и старше**). Возможно также применение генотип-специфичного препарата **ледипасвир + софосбувир**. Выбор препарата осуществляется лечащим врачом на основании **возраста, сопутствующей патологии** (в соответствии с противопоказаниями и потенциальным лекарственным взаимодействием).

Дети младше 3 лет:

- **Интерферон альфа-2b** в виде **ректальных свечей** — с целью повышения шансов на элиминацию вируса;
- Доза: **3 млн МЕ на 1 м² тела — 10 дней ежедневно**, далее **3 раза в неделю**;
- Длительность: **6 месяцев при 3a-генотипе, 12 месяцев при 1b-генотипе**.

*Комментарии: для пациентов с **1 генотипом — 48 недель**, со **2 и 3 генотипами — 24 недели**. Опыт применения у детей младше трёх лет, инфицированных другими генотипами, не описан. Наибольшая эффективность — при старте терапии в возрасте **до 6 месяцев**.*

Дети от 3 до 12 лет (вне зависимости от генотипа HCV):

- **Глекапревир + пибрентасвир** (гранулы, покрытые оболочкой, для детей);
 - Масса тела: **от 12 кг до 45 кг**;
 - Показан ранее не получавшим лечения или получавшим **интерферон альфа-2b** (ректальные свечи);
 - Без цирроза или с **компенсированным циррозом** печени;
 - Суточная доза зависит от **массы тела**;
 - Длительность терапии — **8 недель**.
-

Дети старше 12 лет (вне зависимости от генотипа HCV):

- **Глекапревир + пибрентасвир** — разрешён детям **12 лет и старше**, а также детям младше 12 лет с массой тела **более 45 кг**;
 - Для ранее не получавших ПВТ или получавших **интерферон альфа-2b** (ректальные свечи) — длительность **8 недель**.
 - **Велпатасвир + софосбувир** — разрешён детям старше **12 лет** или с массой тела **более 30 кг**.
 - **Ледипасвир + софосбувир** — для детей старше **12 лет**, инфицированных **1, 4, 5 или 6** генотипом, без цирроза печени;
 - Курс — **12 недель**;
 - При **1 генотипе**, без предшествующей ПВТ и без цирроза — возможно сокращение до **8 недель**.
-

3.1.2 Патогенетическая терапия

- **Глицирризиновая кислота + фосфолипиды** — детям **старше 12 лет** до проведения ПВТ, при **отсутствии** клинических и лабораторных признаков холестаза;

Допустимо использование других гепатопротекторных препаратов группы АТХ А05ВА.

- **Урсодезоксихолевая кислота** — до проведения ПВТ, с гепатопротекторной целью и для купирования холестаза;

*Детям до 3 лет — в форме **суспензии**, старше 3 лет — **капсулы**.*

- **Диуретики** — при формировании **отёков** у пациентов с **декомпенсированным циррозом** печени;
- **Альбумин человека 10–20%** и/или **свежезамороженная плазма** — при печёночной недостаточности со снижением белково-синтетической функции;

*Проводятся при снижении уровня альбумина сыворотки **ниже 30 г/л**, формировании безбелковых отёков, асцита.*

3.1.3 Симптоматическая терапия

Применяется в зависимости от симптоматики сопутствующих заболеваний/состояний.

3.2 Хирургическое лечение

- **Эндоскопическое лигирование** варикозных расширений вен пищевода или **склерозирование**

(инъекции в варикозные расширения) — при наличии **варикозного расширения вен пищевода**;

Выполняется как с целью **профилактики** кровотечения, так и с целью его **купирования**.

- **Парацентез** с регулируемым удалением перитонеального транссудата — при **рефрактерном асците** (эвакуация жидкости из брюшной полости);
- **Трансплантация печени** — при наличии **стойких признаков декомпенсации** функции печени;

Дообследование проводится в соответствии с протоколом ведения пациентов из листа ожидания в трансплантологическом центре.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

- Для пациентов с ХВГС **специализированные реабилитационные мероприятия** не разработаны;
- ХВГС не является противопоказанием для проведения **санаторно-курортного лечения**.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

5.1 Профилактика

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

Рекомендуется:

- **Вакцинация против гепатитов А и В** — для предотвращения **микст-инфицирования**;
- **Активное выявление источников инфекции** — обследование лиц с повышенным риском инфицирования и/или имеющих особую

эпидемиологическую значимость (см. раздел «Скрининг»);

- **Профилактика ятрогенных путей передачи** — 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;
- **Профилактика перинатальной передачи** — женщинам репродуктивного возраста с ХВГС проведение **ПВТ** (направленной на полную эрадикацию возбудителя) на этапе **планирования беременности**.

5.2 Диспансерное наблюдение

До проведения курса ПВТ

- **Обязательное диспансерное наблюдение** детей с ХВГС — **врачом-инфекционистом и/или врачом-педиатром / врачом общей практики / врачом-гастроэнтерологом** по месту жительства или в территориальном специализированном центре;
- Осмотры с комплексным лабораторным и инструментальным обследованием — **1 раз в 6–12 мес.** (см. раздел «Диагностика»);
- **Плановое курсовое назначение гепатопротекторов** (глицирризиновая кислота + фосфолипиды или урсодезоксихолевая кислота) — с целью предупреждения **обострений** и **прогрессирования** заболевания;

В случае обострения заболевания назначение патогенетических препаратов допустимо и вне плановых курсов.

После курса ПВТ

- Диспансерное наблюдение пациентов **без фиброза** печени — **12 недель** после окончания терапии;
- При наличии **фиброза** или **цирроза** печени — **постоянное наблюдение** врача-гастроэнтеролога;
- Обследование проводится через **12 недель** после окончания курса ПВТ;
- При **спонтанной элиминации** вируса — наблюдение в течение **2 лет** с контрольными обследованиями **1 раз в 6 мес.**;
- Лица со спонтанной элиминацией, у которых **отсутствует РНК HCV** при динамическом наблюдении в течение **2 лет** (*не реже 1 раза в 6 месяцев*), считаются **реконвалесцентами** и подлежат снятию с диспансерного учёта.

6. Организация оказания медицинской помощи

Формы медицинской помощи

- Экстренная;
- Неотложная;
- Плановая.

Виды медицинской помощи

- Первичная медико-санитарная помощь (*амбулаторно, в дневном стационаре*);
- Скорая, в том числе скорая специализированная;
- Специализированная, в том числе высокотехнологичная.

Условия оказания

- **Амбулаторно** (*без круглосуточного наблюдения*);
- **Дневной стационар** (*наблюдение и лечение в дневное время*);

- **Стационарно** (круглосуточное наблюдение и лечение);
- **ОАРИТ** (отделение анестезиологии и реанимации — почасовое наблюдение).

Уровни первичной помощи

- **Доврачебная** — в фельдшерско-акушерских пунктах;
- **Врачебная** — врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач);
- **Специализированная** — врач-инфекционист, педиатр, врач общей практики, гастроэнтеролог (в амбулаторных условиях).

Специализированная (в т.ч. высокотехнологичная) помощь

Оказывается в условиях **стационара** врачами-инфекционистами и другими специалистами; включает профилактику, диагностику, лечение с использованием **специальных методов и сложных медицинских технологий**, а также медицинскую реабилитацию.

- Лечение — в условиях стационара (*педиатрическое, гастроэнтерологическое, инфекционное отделение*) по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики, врача-инфекциониста или медицинских работников, выявивших ХВГС;
- При **признаках декомпенсации** функции печени — госпитализация в стационары, имеющие **отделение интенсивной терапии и реанимации**;
- Решение о **выписке** — индивидуально, принимается лечащим врачом в зависимости от клинической ситуации.

7. Дополнительная информация

7.1 Коинфекция ВГС и ВГВ

- Лечение хронического микст-гепатита В+С — в соответствии с действующими рекомендациями по лечению **моноинфекции ХВГВ** или **ХВГС** (в зависимости от наличия и выраженности репликации первого или второго вируса);
- В большинстве случаев у пациентов с микст-гепатитом В+С репликация ВГВ **подавлена** или находится в пределах значений, соответствующих **фазе иммунного контроля** хронической HBV-инфекции;
- **Риск реактивации HBV** на фоне ПВТ ХВГС возможен и **трудно предсказуем** — требуется тщательный мониторинг репликативной активности (*ВН ВГВ*) и активности сывороточных аминотрансфераз;

Рекомендовано:

- **Определение ДНК HBV** (ПЦР, количественное) и **АЛТ, АСТ** — во время проведения ПВТ гепатита С (*своевременная диагностика обострения/реактивации ХВГВ*);
- **Проведение ПВТ ХВГВ** для профилактики реактивации HBV-инфекции — назначение препаратов в соответствии с клиническими рекомендациями по ХВГВ (*кроме тенофовира*); лечение назначается на **весь срок терапии ХВГС**, а также на **12 недель** после её успешного завершения.

7.2 Коинфекция ВГС и ВИЧ

Лечение детей с ХВГС и ВИЧ-инфекцией проводится по **схеме лечения ХВГС**.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Этап постановки диагноза

№	Критерий качества	Оценка
1	Качественное или количественное определение РНК HCV (ПЦР)	Да / Нет
2	Уровень свободного и связанного билирубина , активность АСТ, АЛТ	Да / Нет
3	Белковые фракции методом электрофореза (протеинограмма) либо общий белок и альбумин	Да / Нет
4	Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)	Да / Нет
5	Неинвазивная диагностика фиброза печени (эластометрия, эластография, сывороточные биомаркеры)	Да / Нет

Этап патогенетической терапии и диспансерного наблюдения

№	Критерий качества	Оценка
1	Биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ	Да / Нет
2	Белковые фракции методом электрофореза либо общий белок и альбумин	Да / Нет
3	Коагулограмма	Да / Нет
4	Качественное или количественное определение РНК HCV (ПЦР)	Да / Нет

№	Критерий качества	Оценка
5	УЗИ органов брюшной полости (комплексное)	Да / Нет
6	Эзофагогастродуоденоскопия (при FIII–FIV по Metavir)	Да / Нет
7	Неинвазивная диагностика фиброза печени (эластометрия, эластография, сывороточные биомаркеры)	Да / Нет

Этап наблюдения после завершения ПВТ

№	Критерий качества	Оценка
1	Качественное или количественное определение РНК HCV (ПЦР) через 12 недель после окончания курса терапии	Да / Нет

Приложение В. Информация для пациента

Хронический вирусный гепатит С — инфекционное заболевание, вызываемое **вирусом гепатита С**. Основной страдающий орган — **печень**. Заболеванию подвержены и взрослые, и дети **независимо от половой принадлежности**.

- В настоящее время инфицировано около **58 миллионов** жителей земного шара;
- В России ежегодно регистрируется около **55 тысяч** новых случаев инфицирования.

Пути инфицирования детей

- **Основной путь** — передача вируса от **инфицированной матери** ребёнку при **беременности и родах**;
- Заражение происходит **не всегда** — инфицируются около **5–10%** новорожденных;
- **Факторы, повышающие риск**: сопутствующая **ВИЧ-инфекция**, акушерские манипуляции, **длительный безводный период**;
- Способов **лекарственной профилактики** передачи вируса от матери ребёнку на данный момент **не существует**.

Другие пути заражения (*манипуляции с повреждением кожных покровов инфицированными инструментами*):

- **Хирургические вмешательства**, повторное применение шприцев;
- **Гемодиализ**, стоматологические манипуляции;
- Применение **бритвенных принадлежностей**, **акупунктура**;
- **Татуировки и пирсинг**, маникюр и педикюр.

У подростков:

- **Внутривенное использование наркотиков**;
- Передача при **половых контактах**.

По всему миру ведутся работы по разработке вакцины от гепатита С, однако до настоящего времени они не увенчались успехом.

Психологическая поддержка и образ жизни

- Существуют **школы для пациентов с ХВГС**, где опытные врачи-инфекционисты и психологи оказывают помощь;

- Пациент **не обязан** информировать окружающих о своём статусе, но **должен стремиться** избежать заражения других людей;
- **Индивидуальные предметы:** зубная щётка, бритвенные принадлежности, инструменты для маникюра и педикюра;
- От употребления **спиртных напитков** необходимо **воздерживаться**;
- **Занятия спортом** могут быть продолжены;
- Рекомендован **обычный здоровый образ жизни**.

Лечение

- Гепатит С в настоящее время **полностью излечим**;
- Лечат с помощью **лекарственных средств**, включая **противовирусные препараты в форме таблеток**;
- Существуют схемы терапии с использованием **подкожных инъекций**;
- Современная ПВТ **позволяет излечить заболевание, не влияет на образ жизни и характер человека, не вызывает многочисленных нежелательных явлений** и психических изменений;
- *Тревога, напряжение, страх, возбуждение, депрессия, надежда являются обычными реакциями для многих пациентов.*

Планирование беременности

- Настоятельно рекомендовано пройти **лечение от ХВГС на этапе планирования беременности, до её наступления** — с целью предупреждения инфицирования будущего ребёнка;
- Лекарственные препараты **не окажут влияния** на репродуктивное здоровье и на организм будущего ребёнка;
- Применение этих средств **не рекомендовано во время беременности** — во время терапии необходимо использовать **методы контрацепции**.

Для назначения терапии необходимо обратиться к врачу-инфекционисту и пройти обследование для исключения противопоказаний.

Приложения Г1–ГN. Шкалы оценки состояния пациента

Приложение Г1. Шкала METAVIR — оценка степени фиброза печени

(Метаанализ гистологических данных при вирусных гепатитах)

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка степени фиброза печени.

Значения эластичности печени (транзиентная фиброэластометрия):

Стадия	Килопаскалии (Кпа)	Описание
F0	менее 6,2	Нет фиброза
F1	6,2–8,3	Минимальные фиброзные изменения (звездчатое расширение портальных трактов без образования септ)
F2	8,3–10,8	Умеренные фиброзные изменения (расширение портальных трактов с

Стадия	Килопаскали (Кпа)	Описание
		единичными портопортальными септами)
F3	10,8–14	Выраженные фиброзные изменения (многочисленные портоцентральные септы без цирроза)
F4	более 14	Цирроз печени

Шкала Child-Pugh (Чайлд-Пью) — оценка степени печёночной недостаточности

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка степени печёночной недостаточности.

Параметр	1 балл	2 балла	3 балла
Билирубин, мкмоль/л (мг%)	менее 34 (2,0)	34–51 (2,0– 3,0)	более 51 (3,0)
Альбумин, г/л	более 3,5	2,8–3,5	менее 2,8
ПТВ (сек) / ПТИ (%)	1–4 / более 60	4–6 / 40–60	более 6 / менее 40

Параметр	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Нет	Мягкий, легко поддается лечению	Напряжённый, плохо поддается лечению
Печёночная энцефалопатия	Нет	Лёгкая (I–II степень)	Тяжёлая (III–IV степень)

Оценка степени печёночной энцефалопатии:

- Нет (1 балл);
- Степень I — смена настроения / спутанность сознания;
- Степень II — неподобающее поведение, развивающийся ступор, сонливость;
- Степень III — выраженная спутанность сознания, ступор, но возможно вывести из ступора;
- Степень IV — в состоянии комы / не реагирует.

Ключ (интерпретация):

Баллы	Класс по Чайлд-Пью
5–6	Класс А
7–9	Класс В
10–15	Класс С

**Индекс Knodell — оценка
выраженности морфологических
нарушений в печени**

Тип: индекс оценки.

Назначение: оценка выраженности морфологических нарушений в печени.

1. Перипортальные и мостовидные некрозы

Описание	Баллы
Отсутствуют	0
Слабовыраженные ступенчатые некрозы	1
Умеренные ступенчатые некрозы (<i>до 50% большинства портальных трактов</i>)	3
Выраженные ступенчатые некрозы (<i>более 50% большинства портальных трактов</i>)	4
Умеренные ступенчатые и мостовидные некрозы	5
Выраженные ступенчатые и мостовидные некрозы	6
Мультилобулярные некрозы	10

2. Внутридольковая дегенерация и очаговые некрозы

Описание	Баллы
Отсутствуют	0
Слабовыраженные (<i>ацидофильные тела, баллонная дегенерация и/или фокусы некроза в 1/3 долек</i>)	1
Умеренные (<i>вовлечено от 1/3 до 2/3 долек</i>)	3
Выраженные (<i>вовлечено более 2/3 долек</i>)	4

3. Портальное воспаление

Описание	Баллы
Отсутствует	0

Описание	Баллы
Слабое (инфильтрация менее чем в 1/3 портальных трактов)	1
Умеренное (инфильтрация от 1/3 до 2/3 портальных трактов)	3
Выраженное (обильная инфильтрация более чем в 2/3 портальных трактов)	4

4. Фиброз

Описание	Баллы
Отсутствует	0
Фиброз портальных трактов	1
Мостовидный фиброз (порто-портальный или портоцентральный)	3
Цирроз	4

Ключ (интерпретация)

Сумма баллов	Активность
0	Отсутствие активности
1–4	Минимальная активность
5–8	Низкая активность
9–12	Умеренная активность
13–18	Высокая активность



Шип Степан Александрович (для личного пользования 10.2026)



Шип Степан Александрович (для личного пользования 10.2026)