Хронический вирусный гепатит С

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B18.2 · Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Российское общество по изучению печени, Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Хронический вирусный гепатит С — инфекция ВГС с воспалительным поражением печени более 6 месяцев, способная приводить к циррозу, ГЦК и смерти. Главное в рекомендации: подтвердить текущую инфекцию по РНК ВГС или HCVcAg, оценить фиброз/цирроз и лечить всех пациентов прямыми противовирусными препаратами с контролем УВО12.

Главное

- Диагноз ХВГС ставят при наличии anti-HCV и РНК ВГС или HCVcAg более 6 месяцев.
- Нормальная АЛТ не исключает поражение печени: у 30–50% пациентов с нормальными трансаминазами может быть диагностирован цирроз, поэтому «здорового носительства» не выделяют.
- После выявления anti-HCV обязательно подтверждают текущую инфекцию РНК ВГС; если ПЦР недоступна — HCVcAg. При anti-HCV и отрицательной РНК/HCVcAg РНК ВГС повторяют через 12 и 24 недели. УУР С, УДД 5.
- Всем пациентам с ХВГС нужна оценка фиброза неинвазивным методом; при недоступности эластометрии используют расчетные индексы APRI или FIB-4. УУР А, УДД 1.
- ПВТ показана всем пациентам с ХВГС независимо от наличия цирроза; приоритет — цирроз, F3, значимые внепеченочные проявления, рецидив после трансплантации, коинфекции и другие сопутствующие риски, планирование беременности и высокий риск передачи. УУР А, УДД 1.
- Излечение подтверждают качественной РНК ВГС через 12 недель после окончания ПВТ; отсутствие РНК ВГС означает УВО12. Рекомендуется использовать метод с чувствительностью ≤15 МЕ/мл. УУР С, УДД 4.
- После УВО12 пациенты с F3–F4 остаются под наблюдением из-за риска ГЦК: АФП и УЗИ брюшной полости каждые 6 месяцев, при F3/циррозе скрининг ГЦК проводят пожизненно. УУР В, УДД 2; для пожизненного УЗИ — УУР А, УДД 1.

Диагностика

1. На скрининге определяют суммарные anti-HCV у лиц повышенного риска: беременные, реципиенты крови/органов/тканей, медицинский персонал, пациенты гемодиализа и специализированных отделений, потребители иньекционных наркотиков и их партнеры, МСМ, лица с множественными случайными партнерами, татуажем, находящиеся в местах лишения свободы, пациенты с иммунодефицитом, заболеваниями печени неясной этиологии и др. УУР С, УДД 5.
2. Если anti-HCV положительны, подтверждают активную инфекцию качественной ПЦР на РНК ВГС; при недоступности ПЦР допустим HCVcAg, но он менее чувствителен — нижний предел примерно 500–3000 МЕ/мл РНК ВГС. УУР С, УДД 5.
3. При anti-HCV положительных и РНК ВГС/HCVcAg отрицательных повторяют РНК ВГС через 12 и 24 недели, чтобы подтвердить клиренс или формирование ХВГС. УУР С, УДД 5.
4. Генотип ВГС определяют только при планировании генотип-специфичной схемы ПВТ; при пангенотипных препаратах исследование не требуется. УУР С, УДД 5.
5. Всем пациентам выполняют биохимию крови: АЛТ, АСТ, общий билирубин, креатинин; креатинин важен при планировании схем с софосбувиром. УУР С, УДД 4.
6. При постановке диагноза всем выполняют УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства для выявления признаков цирроза и ГЦК, портальной гипертензии и асцита. УУР А, УДД 2.
7. При циррозе дополнительно нужны развернутый ОАК и определение протромбинового (тромбопластинового) времени; при F3–F4 определяют АФП для ранней диагностики ГЦК. Для АФП — УУР А, УДД 1; для протромбинового времени — УУР С, УДД 5.
8. При циррозе рекомендовано выполнение ЭГДС для оценки наличия и степени варикозных вен пищевода и желудка. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Цель лечения — элиминация ВГС, профилактика цирроза, ГЦК, смерти и передачи инфекции; критерием элиминации является неопределяемая РНК ВГС через 12 недель после терапии (УВО12).
- Перед назначением ПППД проверяют лекарственные взаимодействия с постоянной терапией пациента, например через hep-druginteractions.org; при значимом взаимодействии меняют схему ПВТ или сопутствующий препарат. УУР С, УДД 4.
- У пациентов без цирроза и без опыта ПВТ возможны схемы: велпатасвир+софосбувир, глекапревир+пибрентасвир, даклатасвир+софосбувир, ледипасвир+софосбувир и ряд генотип-специфичных комбинаций; для даклатасвир+нарлапревир+ритонавир указаны дозы 60 мг + 200 мг + 100 мг 1 раз/сут 12 недель. УУР для схем — от А до С.
- При компенсированном циррозе без опыта ПВТ применяют альтернативные схемы, включая велпатасвир+софосбувир ± рибавирин, глекапревир+пибрентасвир, даклатасвир+софосбувир ± рибавирин, гразопревир+элбасвир ± рибавирин, ледипасвир+софосбувир ± рибавирин; рибавирин назначают в дозе 400–1000 мг/сут при массе <75 кг и 1200 мг/сут при массе ≥75 кг, у пациентов Child-Pugh B/C стартовая доза составляет 600 мг/сут. УУР для схем — от А до В.
- Во время ПВТ без рибавирина у пациентов без цирроза лабораторный мониторинг не нужен. Если используется рибавирин, ОАК контролируют каждые 2–4 недели; при снижении Hb на ≥10 г/л дозу уменьшают на 200 мг/сут, при Hb <85 г/л рибавирин отменяют. УУР С, УДД 5.
- При неэффективности ПППД используют препараты с другим механизмом действия или тройную комбинацию ингибиторов NS3/NS4A + NS5A + NS5B, с рибавирином или без; при доступности исследуют мутации резистентности. УУР С, УДД 4.
- При декомпенсированном циррозе Child-Pugh B/C используют схемы на основе софосбувира: велпатасвир+софосбувир 100/400 мг 1 раз/сут + рибавирин 12 недель; даклатасвир 60 мг + софосбувир 400 мг 1 раз/сут + рибавирин 12–24 недели; ледипасвир+софосбувир 24 недели или 12 недель с рибавирином. УУР для схем — С/А.
- Беременным ПВТ ПППД не проводят из-за недостатка данных о безопасности. Рибавирин не следует назначать беременным и женщинам, которые могут забеременеть; женщинам и мужчинам с партнершами не допускают беременность во время терапии и минимум 6 месяцев после нее. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при острой печеночной недостаточности, включая печеночную энцефалопатию, и при острой печеночной недостаточности на фоне хронической.
- При стойкой декомпенсации функции печени у пациента с циррозом рекомендуется трансплантация печени. В тексте указано: «уровень достоверности рекомендации С (уровень убедительности доказательств — 4)».
- У пациентов с циррозом и ВРВ пищевода/желудка выполняют эндоскопическое лигирование или склерозирование для профилактики или остановки кровотечения. УУР С, УДД 4.
- При декомпенсированном циррозе в листе ожидания трансплантации без ГЦК: если MELD <20 — ПВТ начинают как можно быстрее; если MELD ≥20 — сначала трансплантация, ПВТ после нее, кроме случая, когда ожидаемое время ожидания органа превышает 6 месяцев. УУР В, УДД 1.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз ХВГС только по anti-HCV?

Нет. Anti-HCV недостаточно: текущую инфекцию подтверждают РНК ВГС или, если ПЦР недоступна, HCVcAg; для ХВГС эти маркеры должны выявляться более 6 месяцев.

Нужно ли определять генотип ВГС всем пациентам?

Нет. Генотип нужен только при выборе генотип-специфичной схемы ПВТ; при доступности пангенотипных препаратов исследование не требуется.

Контролировать ли РНК ВГС во время лечения?

Нет, РНК ВГС во время ПВТ не используют для оценки ее эффективности, поскольку скорость элиминации вируса не связана с вероятностью УВО.

Что делать с пациентом, у которого anti-HCV положительные, а РНК ВГС отрицательная?

РНК ВГС повторяют через 12 и 24 недели, чтобы отличить клиренс вируса после острого гепатита С от формирования хронической инфекции.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/516-hronicheskij-virusnyj-gepatit-s. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/516_3