Острый гепатит С (ОГС) у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B17.1 · Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Острый гепатит С у детей — инфекция HCV с преимущественно гемоконтактной передачей и поражением печени; в раннем возрасте часто протекает без желтухи или бессимптомно и нередко хронизируется. Рекомендация описывает подтверждение инфекции, оценку тяжести, преимущественно поддерживающее лечение, показания к госпитализации и наблюдение после болезни.

Главное

- Основные пути инфицирования детей — вертикальный, прежде всего, и искусственный гемоконтактный; у подростков также значимы инъекционное употребление наркотиков, татуировки, пирсинг и незащищённые половые контакты.
- У детей раннего возраста в 90–95% случаев ОГС протекает без желтухи, субклинически или инаппарантно; частота перехода в хроническую инфекцию составляет от 40–56% до 81% и более.
- Диагноз ОГС подтверждается выявлением РНК HCV или core Ag HCV с учётом клинико-лабораторных и эпидемиологических данных; при длительности заболевания менее 6 месяцев диагноз формулируют как острый гепатит С.
- Тяжесть оценивают по интоксикации, желтухе, увеличению печени, активности трансаминаз, билирубину и признакам снижения белково-синтетической функции печени; острая печёночная недостаточность определяется энцефалопатией и МНО >1,5.
- Большинство пациентов с ОГС не нуждаются в этиотропной терапии: предусмотрено наблюдение в течение 6 месяцев с безотлагательным назначением противовирусной терапии при подтверждении формирования ХГС.
- После перенесённого ОГС через 6 месяцев обязательно исследуют РНК HCV методом ПЦР; при отрицательном результате наблюдают ещё 2 года и повторяют ПЦР не реже одного раза в 6 месяцев.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: уточнить начало болезни, слабость, температуру, снижение аппетита, сроки появления желтухи, потемнения мочи и изменения цвета кала. Одновременно выяснить контакты с инфицированной матерью или другими больными, переливания, операции, инъекции, стоматологические и другие парентеральные вмешательства за последние 6 месяцев, а также татуировки, пирсинг, половые и бытовые контакты. УУР С, УДД 5.
2. При осмотре оценить состояние, цвет кожи, слизистых и склер, окраску мочи и кала; пальпировать печень и селезёнку, оценить наличие асцита. У пациентов с тяжёлым течением выявлять признаки декомпенсации функции печени, включая отёки, геморрагический синдром и энцефалопатию; при тяжёлом течении с признаками острой печёночной недостаточности оценить сознание по шкале Глазго. УУР С, УДД 5.
3. Выполнить общий анализ крови и мочи, определить АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, щелочную фосфатазу, ГГТП, общий белок, альбумин и показатели коагулограммы. Эти исследования нужны для подтверждения повреждения печени, оценки холестаза и тяжести, а также раннего выявления печёночной недостаточности. УУР С, УДД 5.
4. Провести исследование суммарных anti-HCV методом ИФА или ХЛИА, но не ограничиваться им: антитела могут отсутствовать на ранней стадии инфекции.
5. Определить РНК HCV в крови методом ПЦР качественно независимо от наличия anti-HCV; при положительном результате дополнительно выполнить количественное исследование РНК HCV. Диагноз ОГС подтверждается выявлением РНК HCV или core Ag HCV с учётом клинических и эпидемиологических данных. УУР С, УДД 5.
6. На этапе постановки диагноза выполнить комплексное УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; при диагностической неопределённости, длительной гипербилирубинемии или холестазе провести МРТ или КТ органов брюшной полости. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При лёгком течении лечение ограничивают базисной терапией, достаточной гидратацией и нутритивной поддержкой; следует избегать неоправданных лекарств из-за риска лекарственного повреждения печени.
- При среднетяжёлом и тяжёлом течении назначают охранительный режим: в разгар болезни постельный, при тяжёлом или злокачественном течении — строгий постельный; при угасании желтухи и реконвалесценции переходят на палатный режим. УУР С, УДД 5.
- Всем пациентам назначают диету с механическим и химическим щажением; алкоголь полностью запрещён. УУР С, УДД 5.
- Этиотропную терапию обычно не назначают и наблюдают ребёнка 6 месяцев. При жизнеугрожающем тяжёлом ОГС противовирусная терапия возможна по жизненным показаниям; при подтверждённом формировании ХГС её назначают безотлагательно. У детей специальных исследований нет, поэтому могут быть экстраполированы схемы ПППД, применяемые при лечении взрослых больных с ОГС и при ХГС.
- Дезинтоксикацию проводят перорально или инфузионно по клиническим показаниям: при лёгком течении — перорально, при средней степени тяжести — инфузионно растворами электролитов, электролитов с углеводами или углеводными растворами с учётом возраста, показаний и противопоказаний. УУР С, УДД 5.
- При среднетяжёлом и тяжёлом течении назначают препараты для лечения заболеваний печени — глицирризиновую кислоту с фосфолипидами или фосфолипиды — с учётом возрастных ограничений и инструкций; допустим переход с внутривенных форм на пероральные. УУР С, УДД 5.
- При холестазе назначают урсодезоксихолевую кислоту 10 мг/кг однократно вечером, курсом 15–30 дней. УУР С, УДД 5.
- При тяжёлом течении с формированием печёночной недостаточности или фульминантном течении ОГС назначают глюкокортикоиды; препаратом выбора является преднизолон в дозировке по инструкции с учётом возрастных противопоказаний. При тяжёлом течении с печёночной недостаточностью, снижением белково-синтетической функции печени и уровня альбумина назначают 10% раствор альбумина, а при развитии печёночной недостаточности лечение проводят по протоколам ОРИТ. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или подтверждении ОГС госпитализируют в инфекционный стационар или отделение; среднетяжёлое и тяжёлое течение лечат в стационаре врачом-инфекционистом.
- При тяжёлом течении и неотложном состоянии нужен первичный осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога для определения показаний к переводу в ОРИТ; при подозрении на энцефалопатию — консультация невролога. УУР С, УДД 5.
- Выписку рассматривают при уменьшении интоксикации, желтухи и гепатомегалии, билирубине менее 40 мкмоль/л, АЛТ и АСТ менее 150 Ед/л и ПТИ более 70%. В среднем эти критерии достигаются на 10–15-й день при лёгком, 15–20-й при среднетяжёлом и 25–30-й при тяжёлом течении.
- После выписки всех переболевших наблюдают у инфекциониста, педиатра или гастроэнтеролога; через 6 месяцев обязательно определяют РНК HCV методом ПЦР.

Частые вопросы

Можно ли диагностировать ОГС при отрицательных anti-HCV?

Да. На ранних сроках РНК HCV может определяться до появления антител, поэтому ПЦР на РНК HCV выполняют независимо от результата anti-HCV.

Когда ОГС считают хроническим гепатитом С?

При сохранении заболевания более 6 месяцев. Если через 6 месяцев после выявления ОГС РНК HCV определяется, пациент считается больным ХГС.

Нужны ли противовирусные препараты ребёнку с ОГС сразу?

Обычно нет: предусмотрено наблюдение в течение 6 месяцев. Противовирусная терапия возможна при жизнеугрожающем тяжёлом течении, а при подтверждении формирования ХГС её назначают безотлагательно.

Как обследовать ребёнка, рождённого от матери с HCV?

ПЦР на РНК HCV выполняют в возрасте 2, 6 и 12 месяцев; при выявлении РНК в 2 или 6 месяцев диагноз расценивают как ОГС, а повторное выявление в 12 месяцев — как ХГС. Если РНК HCV не выявляется в 2, 6 и 12 месяцев, а anti-HCV отсутствуют в 12 месяцев, ребёнка снимают с диспансерного наблюдения.

Нужно ли прекращать грудное вскармливание при HCV-инфекции у матери?

Нет, само по себе грудное вскармливание не повышает риск передачи HCV и не является способом профилактики инфекции. При отсутствии других противопоказаний, включая коинфекцию ВИЧ, рекомендовано естественное вскармливание.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/57-ostryj-gepatit-s-ogs-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/57_3