Острый гепатит С (ОГС) у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B17.1 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Острый гепатит С — гемоконтактная инфекция, часто протекающая без выраженных симптомов и переходящая в хроническую форму у 50–80% пациентов. Рекомендация посвящена подтверждению ОГС, раннему лечению препаратами прямого противовирусного действия, контролю эффективности терапии и диспансерному наблюдению взрослых.

Главное

- ОГС классифицируют по клиническому варианту (желтушный, безжелтушный, стертый или субклинический), тяжести (легкая, среднетяжелая, тяжелая) и длительности. Активная инфекция более 6 месяцев расценивается как хронический гепатит С.
- ОГС часто протекает без желтухи; характерны слабость, снижение аппетита, дискомфорт в животе, тошнота и значительное повышение АлАТ. Инкубационный период составляет 2–26 недель.
- Ключевой диагностический признак ОГС — выявление РНК ВГС на фоне отсутствия anti-HCV с последующей сероконверсией. При клиническом подозрении следует сразу исследовать кровь на РНК ВГС и anti-HCV из-за возможного серологического окна.
- При подтвержденной виремии ПППД назначают независимо от этапа оказания помощи и не откладывают в ожидании спонтанной элиминации вируса; устойчивый вирусологический ответ достигается более чем у 90% больных.
- Специфической профилактики ОГС нет. Основные меры — выявление источников инфекции, безопасное проведение инвазивных процедур и лечение инфицированных для эрадикации вируса.
- После ОГС проводят диспансерное наблюдение 6 месяцев; РНК ВГС методом ПЦР определяют через 6 месяцев после выявления заболевания. Обнаружение РНК означает переход в хронический гепатит С.

Диагностика

1. Соберите анамнез за последние 6 месяцев: парентеральные медицинские и немедицинские вмешательства, переливание крови, операции, татуировки, пирсинг, случайные половые контакты, совместное проживание или сексуальные отношения с человеком, инфицированным ВГС. УУР С, УДД 5.
2. Оцените симптомы: слабость, утомляемость, анорексию, тошноту, рвоту, повышение температуры, желтуху, потемнение мочи и обесцвечивание кала. УУР С, УДД 5.
3. Проведите общий осмотр с оценкой желтушности кожи и слизистых, затем пальпацию живота с определением размеров и консистенции печени и селезенки. УУР С, УДД 5.
4. Назначьте общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови: билирубин с фракциями, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП и холестерин. При признаках осложнения в виде геморрагического синдрома дополнительно исследуйте коагулограмму. УУР С, УДД 4–5.
5. Определите anti-HCV IgG и РНК ВГС методом ПЦР. РНК исследуют при наличии HCVAb и при клинико-эпидемиологическом подозрении на ОГС независимо от наличия антител. Anti-HCV IgM не используют как маркер острой фазы. УУР С, УДД 5.
6. Для исключения других острых вирусных гепатитов определите HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HAV IgM и anti-HEV IgM. При подтвержденной виремии генотипирование нужно только при планировании генотип-зависимой терапии. УУР С, УДД 5.
7. Выполните комплексное УЗИ органов брюшной полости; при неясных или противоречивых очаговых изменениях печени или селезенки используйте КТ или МРТ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При подтвержденной виремии начните ПППД; лечение не следует откладывать для ожидания спонтанного выздоровления. УУР А, УДД 1.

- Варианты ПППД: софосбувир 400 мг + велпатасвир 100 мг внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки независимо от еды 8 недель, при затяжном течении — 12 недель; либо глекапревир 100 мг + пибрентасвир 40 мг — 3 таблетки 1 раз в сутки 8 недель, оба режима подходят для всех генотипов. УУР С, УДД 4.
- Перед назначением ПППД учитывайте состояние печени и почек. Ингибиторы протеазы NS3/4A не применяют у пациентов с ОГС, протекающим на фоне декомпенсированного цирроза печени любой другой этиологии; при СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м² софосбувир-содержащие схемы используют только при отсутствии одобренной альтернативы. УУР С, УДД 5.
- Базисная терапия обязательна при любой тяжести: охранительный режим, щадящая диета без острых, жареных, копченых и маринованных блюд, тугоплавких жиров и алкоголя. УУР С, УДД 5.
- При интоксикации: при легком течении — 2–3 л жидкости внутрь в сутки; при среднетяжелом — 800–1200 мл 5% раствора декстрозы внутривенно капельно и меглюмина натрия сукцинат 400–800 мл/сут со скоростью до 90 капель/мин, курсом до 11 дней; при тяжелом — дополнительно декстран, 10% раствор альбумина и плазму. УУР С, УДД 5.
- При неэффективности дезинтоксикации у пациентов с тяжелым или осложненным ОГС проводят экстракорпоральную детоксикацию; при геморрагическом синдроме используют 5% раствор аминокапроновой кислоты по 200 мл 2 раза в сутки. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при тяжелом и среднетяжелом течении, подозрении на острую печеночную энцефалопатию, риске фульминантного гепатита, тяжелых сопутствующих заболеваниях, беременности или невозможности изоляции дома. УУР С, УДД 5.
- При тяжелом или осложненном течении с неотложными состояниями и сопутствующей патологией необходима консультация анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о переводе в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- При интенсивной боли в животе, гипотонии или геморрагическом синдроме нужен осмотр хирурга для исключения острой хирургической патологии и определения показаний к переводу в хирургическое отделение. УУР С, УДД 5.
- Выписку проводят при снижении АлАТ менее 150 Ед/л, билирубина до 40 мкмоль/л и менее и повышении протромбинового индекса не ниже 80%. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Как подтвердить острый, а не хронический гепатит С?

ОГС устанавливают при инфекции менее 6 месяцев, особенно при выявлении РНК ВГС в ранние сроки, отсутствии anti-HCV с последующей сероконверсией. Активная инфекция более 6 месяцев классифицируется как хронический гепатит С.

Нужно ли ждать спонтанного выздоровления перед началом ПППД?

Нет. При подтвержденной виремии ПППД начинают независимо от этапа оказания медицинской помощи; ожидание спонтанной элиминации не рекомендуется.

Нужно ли определять генотип ВГС всем пациентам?

Нет. Генотипирование проводят при подтвержденной виремии, если планируется генотип-зависимая схема. При использовании ПППД, не зависящих от генотипа, исследование не требуется.

Можно ли использовать anti-HCV IgM для диагностики острого гепатита С?

Нет. anti-HCV IgM неинформативны как маркер острой инфекции: они могут отсутствовать при остром гепатите и выявляться при хроническом гепатите С.

Как контролировать результат лечения?

Биохимические показатели контролируют через 2 и 4 недели ПВТ, в конце курса, через 12 и 24 недели после лечения. РНК ВГС методом ПЦР определяют через 12 или 24 недели после окончания терапии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/771-ostryj-gepatit-s-ogs-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/771_2