Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B18.2 · Межрегиональная общественная организация "Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области", Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням", Российское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов

Хронический вирусный гепатит С у детей — HCV-инфекция с персистенцией вируса не менее 6 месяцев, чаще малосимптомная и нередко связанная с вертикальной передачей. Главное в рекомендации: подтвердить диагноз по РНК HCV, оценить фиброз и лечить детей противовирусной терапией с учетом возраста, генотипа и цирроза.

Главное

- Окончательный диагноз гепатита С устанавливают при выявлении РНК HCV в крови; течение менее 6 месяцев трактуют как острый гепатит С.
- У детей ХВГС часто протекает без симптомов; возможны утомляемость, снижение аппетита, боли в правом подреберье, гепатомегалия. Нормальные АЛТ/АСТ не исключают фиброз.
- Скрининг нужен детям от HCV-инфицированных матерей, сибсам при вертикальном инфицировании, детям из семейного очага, с иммунодефицитом, болезнью печени неясной этиологии, подросткам из групп риска и детям в закрытых учреждениях.
- Для диагноза сначала определяют anti-HCV IgM/IgG, при положительном результате — РНК HCV методом ПЦР. У детей с иммунодефицитом ПЦР выполняют независимо от антител.
- Всем детям с ХВГС показана противовирусная терапия для элиминации вируса: УУР А, УДД 2. Предпочтительны безинтерфероновые схемы прямого действия; в РФ для детей зарегистрированы глекапревир+пибрентасвир и велпатасвир+софосбувир с возрастными ограничениями.
- Фиброз оценивают по METAVIR: F0 — нет фиброза, F1 — слабый, F2 — умеренный, F3 — выраженный, F4 — цирроз; по эластометрии F4 соответствует более 14 кПа.
- После ПВТ РНК HCV контролируют через 12 недель; при отрицательном результате пациент считается реконвалесцентом и подлежит снятию с диспансерного учёта.

Диагностика

1. Соберите эпиданамнез: HCV у матери и родственников, семейный контакт, трансфузии, операции, инъекции, инструментальные и стоматологические вмешательства. Для этих пунктов указаны УУР С, УДД 4.
2. Оцените симптомы поражения печени: утомляемость, снижение аппетита, боли в животе, тошноту, рвоту, горечь во рту, кровотечения, синяки, увеличение живота, расширенные вены передней брюшной стенки. УУР С, УДД 5.
3. Проведите осмотр с пальпацией и перкуссией печени и селезенки, ищите желтуху, гепато- и спленомегалию, телеангиэктазии, венозную сеть, пальмарную эритему. УУР С, УДД 5.
4. Назначьте ОАК, биохимию крови с билирубином, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, холестерином, белковыми фракциями или общим белком и альбумином; коэффициент де Ритиса АСТ/АЛТ >1,0 указывает на возможный длительный воспалительный процесс в печени. УУР С, УДД 5.
5. Выполните anti-HCV IgM/IgG; при наличии антител — качественную ПЦР на РНК HCV для постановки диагноза. При планировании генотип-специфической терапии или повторного лечения дополнительно определите генотип HCV. Для определения антител указаны УУР С, УДД 5; для ПЦР и генотипирования — УУР С, УДД 4.
6. Детей перинатального контакта обследуют старше 2 месяцев, предпочтительно в 4–6 месяцев: антитела, затем ПЦР при наличии антител. При отрицательной ПЦР и отсутствии anti-HCV в 18 месяцев ребенка снимают с учета как здорового.
7. Выполните УЗИ брюшной полости и неинвазивную оценку фиброза печени; при FIII–FIV по METAVIR показана ЭГДС для исключения варикозного расширения вен. УЗИ/фиброз — УУР С, УДД 4; ЭГДС — УУР А, УДД 2.

Лечение

- Тактику лечения выбирают по возрасту ребенка, молекулярно-генетическим характеристикам HCV, осложнениям, выраженности фиброза и предшествующему опыту терапии.
- Всем детям с ХВГС проводят ПВТ для элиминации вируса. УУР А, УДД 2.
- У детей младше 3 лет применяют интерферон альфа-2b ректально 3 млн МЕ/м²: 10 дней ежедневно, затем 3 раза в неделю; длительность — 6 месяцев при генотипе 3а и 12 месяцев при 1в. УУР С, УДД 4.
- С 3 до 12 лет независимо от генотипа назначают глекапревир+пибрентасвир в гранулах при массе 12–45 кг, если ребенок не лечился или получал интерферон альфа-2b, без цирроза или с компенсированным циррозом; курс 8 недель. УУР С, УДД 5.
- Старше 12 лет или при массе более 45 кг глекапревир+пибрентасвир применяют независимо от генотипа; у ранее не леченных или получавших интерферон альфа-2b курс 8 недель. УУР С, УДД 4.
- Старше 12 лет или при массе более 30 кг возможен пангенотипный велпатасвир+софосбувир. УУР С, УДД 5.
- Старше 12 лет при генотипах 1, 4, 5 или 6 без цирроза возможен ледипасвир+софосбувир на 12 недель; при генотипе 1 у ранее не леченных без цирроза курс можно сократить до 8 недель. УУР С, УДД 4.
- До ПВТ как патогенетическую терапию применяют препараты для лечения заболеваний печени: у детей старше 12 лет глицирризиновая кислота+фосфолипиды при отсутствии холестаза; урсодезоксихолевая кислота — с гепатопротекторной целью и для купирования холестаза. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Детей с ХВГС наблюдают инфекционист и/или педиатр, врач общей практики, гастроэнтеролог по месту жительства или в специализированном центре; осмотр и комплексное обследование до ПВТ — 1 раз в 6–12 месяцев. УУР С, УДД 5.
- Лечение в стационаре проводят по направлению педиатра, врача общей практики, инфекциониста или медработников, выявивших ХВГС.
- При признаках декомпенсации функции печени ребенка госпитализируют в стационар с отделением интенсивной терапии и реанимации.
- При фиброзе или циррозе печени после ПВТ требуется постоянное наблюдение гастроэнтеролога; без фиброза наблюдение продолжают 12 недель после окончания терапии.
- При стойкой декомпенсации функции печени показана трансплантация печени; дообследование проводят по протоколу листа ожидания трансплантологического центра.

Частые вопросы

Чем подтвердить ХВГС у ребенка?

Ключевой тест — обнаружение РНК HCV в крови методом ПЦР. Одних антител недостаточно для диагноза, особенно у детей раннего возраста из-за возможных материнских антител.

Когда обследовать ребенка, рожденного от HCV-положительной матери?

Обследование проводят старше 2 месяцев, предпочтительно в 4–6 месяцев: anti-HCV, затем ПЦР при наличии антител. Если в 18 месяцев нет anti-HCV и ПЦР отрицательная, ребенка снимают с учета как здорового.

Нужно ли лечить ребенка с нормальными АЛТ и АСТ?

Всем детям с ХВГС показана ПВТ для элиминации вируса, УУР А, УДД 2.

Какие препараты прямого действия применяют у детей?

В тексте указаны глекапревир+пибрентасвир, велпатасвир+софосбувир и генотип-специфичный ледипасвир+софосбувир. Выбор зависит от возраста, массы тела, генотипа, цирроза, сопутствующей патологии и лекарственных взаимодействий.

Как понять, что лечение сработало?

Через 12 недель после окончания ПВТ определяют РНК HCV качественно или количественно. При отрицательном результате пациент считается реконвалесцентом и подлежит снятию с диспансерного учета.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/824-hronicheskij-virusnyj-gepatit-s-hvgs-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/824_1