Хронический вирусный гепатит В

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B18.1 · Российское общество по изучению печени, Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Хроническая HBV-инфекция/хронический вирусный гепатит В — фазы одного процесса: от персистенции HBsAg без активного воспаления до активного гепатита, цирроза и ГЦК. Рекомендация описывает, как подтвердить диагноз, определить фазу и фиброз, выбрать пациентов для противовирусной терапии и вести особые группы.

Главное

- Диагноз хронической HBV-инфекции ставят при выявлении HBsAg в крови не менее 6 месяцев; отсутствие ДНК HBV при наличии HBsAg инфекцию не исключает.
- Фазы различают по HBeAg, ДНК HBV, АЛТ и воспалению: HBeAg+ инфекция — ДНК >10 000 000 МЕ/мл и нормальная АЛТ; HBeAg+ гепатит — 10 000–10 000 000 МЕ/мл и повышенная АЛТ; HBeAg− инфекция — ДНК <2000 МЕ/мл и нормальная АЛТ; HBeAg− гепатит — ДНК >2000 МЕ/мл и постоянное/периодическое повышение АЛТ.
- У большинства пациентов симптомов нет; возможны слабость, утомляемость, внепеченочные иммунные проявления. У нелеченых риск цирроза за 5 лет — 10–20%, при циррозе риск декомпенсации за 5 лет — 20%, риск ГЦК при циррозе — 2–5% в год.
- Старт противовирусной терапии: ХВГВ с ДНК HBV >2000 МЕ/мл и повышенной АЛТ и/или гистологической активностью ≥6 по Knodell или A2–3 по METAVIR; цирроз — при любой определяемой ДНК HBV независимо от АЛТ. УУР С, УДД 5.
- Препараты первой линии — энтекавир, тенофовир дизопроксил фумарат или тенофовира алафенамид; ламивудин не используют из-за быстрого развития резистентности. УУР С, УДД 5 для отказа от ламивудина.
- Скрининг ГЦК: УЗИ органов брюшной полости при хронической HBV-инфекции 1 раз в год, при циррозе — каждые 3–6 месяцев. УУР С, УДД 4.
- Плановая вакцинация против гепатита В проводится по схеме 0–1–6 месяцев; детям из групп риска — 0–1–2–12 месяцев. УУР В, УДД 2.

Диагностика

1. На скрининг HBsAg направляют группы риска: беременных в I и III триместрах, доноров, медработников, пациентов гемодиализа/гематологии/перед операцией или химиотерапией, контактных, людей с инъекционным употреблением наркотиков, множественными половыми партнерами, заключенных, иммунодефицитом и болезнью печени неясной этиологии. УУР С, УДД 5.
2. Соберите анамнез и оцените жалобы, но специфичных симптомов нет: заболевание часто бессимптомно или проявляется астеновегетативным синдромом; возможна манифестация асцитом, кровотечением из ВРВ пищевода или энцефалопатией.
3. При осмотре ищите желтуху, гепатомегалию и признаки цирроза: асцит, «печеночные ладони», расширенные вены брюшной стенки, отеки, спленомегалию; нормальный осмотр ХВГВ не исключает.
4. На первичном этапе выполните ОАК с лейкоформулой и тромбоцитами, общий анализ мочи, билирубин общий/прямой/непрямой, АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, альбумин; при геморрагическом синдроме — коагулограмму с ПТИ и МНО. УУР С, УДД 5.
5. Вирусологический минимум при подозрении на ХВГВ: HBsAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc IgM/IgG. При выявлении HBsAg добавьте количественную ДНК HBV, HBeAg/anti-HBe для фазы, anti-HDV всем HBsAg-положительным, а также ВИЧ, HCV и anti-HAV IgG. УУР С, УДД 5.
6. Оцените стадию: УЗИ брюшной полости, эластометрия печени при отсутствии явных данных за цирроз; если эластометрия недоступна — ФиброТест, АктиТест/ФиброМакс, APRI или FIB-4. Для ФиброТеста/APRI/FIB-4: УУР В, УДД 1; для АктиТеста/ФиброМакса: УУР С, УДД 5.
7. Биопсию печени выполняют только при противоречивых результатах неинвазивной оценки, когда нужны данные об активности воспаления, фиброзе или другой патологии печени. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Терапию начинайте при ХВГВ с ДНК HBV >2000 МЕ/мл плюс повышенная АЛТ и/или активность воспаления ≥6 по Knodell или A2–3 по METAVIR; при циррозе — при любой определяемой ДНК HBV независимо от АЛТ. УУР С, УДД 5.
- Терапию можно рассматривать: при HBeAg-положительной HBV-инфекции у пациентов старше 30 лет с ДНК HBV >2000 МЕ/мл и наличием HBeAg в крови; при хронической HBV-инфекции с нормальной АЛТ и семейным анамнезом цирроза/ГЦК; при подозрении на внепеченочные проявления; при ДНК HBV >2000 МЕ/мл и фиброзе F2–3. УУР С, УДД 5.
- Энтекавир: 0,5 мг 1 раз/сут натощак; 1 мг 1 раз/сут при декомпенсированном циррозе или резистентности к ламивудину. При СКФ 30–49 мл/мин — та же доза 1 раз в 2 дня, 10–29 мл/мин — 1 раз в 3 дня, <10 мл/мин или заместительная почечная терапия — 1 раз в неделю. УУР В, УДД 2.
- ТДФ: 300 мг 1 раз/сут с едой, таблетку не разжевывать; при СКФ 30–49 мл/мин — 300 мг 1 раз в 2 дня, при СКФ 10–29 мл/мин и у пациентов на заместительной почечной терапии — 1 раз в неделю после диализа. УУР С, УДД 4.
- ТАФ: 25 мг 1 раз/сут с едой, таблетку не разжевывать; при СКФ >15 мл/мин и на заместительной почечной терапии коррекция дозы не нужна; противопоказан при СКФ <15 мл/мин без заместительной почечной терапии. УУР В, УДД 2.
- При остеопении/остеопорозе выбирайте энтекавир или ТАФ; при высоком почечном риске назначайте энтекавир или ТАФ, но не ТДФ. При нефротоксичности или потере костной плотности на ТДФ замените его на энтекавир без резистентности к ламивудину или на ТАФ при ее наличии. Остеопения/остеопороз: УУР С, УДД 4; высокий почечный риск: УУР В, УДД 2.
- Нуклеозидные/нуклеотидные препараты обычно принимают много лет до стоп-правил: оптимально — исчезновение HBsAg; у HBeAg+ без цирроза возможна отмена после стабильной HBeAg-сероконверсии и отрицательной ДНК HBV после 6–12 месяцев консолидации; у HBeAg− без цирроза — при HBsAg-сероконверсии и трех отрицательных ДНК HBV с интервалом 6 месяцев либо у отдельных пациентов после примерно 3 лет супрессии при надежном мониторинге. Длительная терапия до стоп-правил: УУР В, УДД 2; прекращение после устойчивого вирусологического ответа: УУР С, УДД 4.
- Базисная терапия: щадящий режим, диета без жареного, копченого, маринованного и тугоплавких жиров, полный запрет алкоголя; при циррозе соль ограничивают до 5 г/сут. При холестазе: адеметионин 5–12 мг/кг/сут в/в или в/м, затем 800–1600 мг/сут внутрь 2–4 недели, и/или урсодезоксихолевая кислота 10–15 мг/кг/сут в 2–3 приема 6–12 месяцев и более. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Пациент с ХВГВ должен наблюдаться у инфекциониста и гастроэнтеролога.
- Экстренная госпитализация: кровотечение, боль в животе, появление желтухи, головная боль с нарушением сознания, острая печеночная недостаточность.
- Плановая госпитализация: старт ПВТ, побочные эффекты ПВТ, длительная гипертермия, обострение хронических заболеваний, снижение гематологических показателей ниже допустимых, пункционная биопсия печени при необходимости, тяжелые внепеченочные проявления, суб- или декомпенсированный цирроз.
- После окончания ПВТ наблюдение у инфекциониста: пациентам с ХВГВ — 1 раз в год, с циррозом — 1 раз в полгода. УУР С, УДД 5.
- При стойких признаках декомпенсации функции печени рекомендуется проведение трансплантации печени. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Когда HBsAg-положительному пациенту обязательно назначать лечение?

При ХВГВ лечат, если ДНК HBV >2000 МЕ/мл сочетается с повышенной АЛТ и/или значимой гистологической активностью. При циррозе терапию начинают при любой определяемой вирусной нагрузке, даже если АЛТ нормальная.

Нужно ли искать гепатит D у всех пациентов с HBsAg?

Да. Всем HBsAg-положительным определяют anti-HDV независимо от уровня ДНК HBV, АСТ/АЛТ и симптомов, потому что коинфекция влияет на прогноз и тактику.

Что означает anti-HBc при отрицательных HBsAg, ДНК HBV и anti-HBs?

Таких пациентов условно считают не имеющими HBV-инфекции и излеченными, но в гепатоцитах может сохраняться кзкДНК. При иммунодефиците или иммуносупрессии возможна реактивация; всем пациентам, которым планируется иммуносупрессивная терапия, рекомендованы anti-HBc и anti-HBs.

Какие препараты выбрать при хроническом HBV с риском поражения почек или остеопорозом?

При остеопении/остеопорозе или высоком риске почечных осложнений предпочтительны энтекавир или ТАФ; ТДФ в этих ситуациях не рекомендуют. На фоне ТДФ контролируют СКФ и неорганический фосфор каждые 3 месяца в первый год, затем каждые 6 месяцев.

Можно ли кормить грудью женщине с HBsAg?

Запрещать грудное вскармливание не следует как женщинам без ПВТ, так и получающим тенофовир 300 мг 1 раз/сут. У новорожденного должна проводиться стандартная двойная профилактика.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/900-hronicheskij-virusnyj-gepatit-b. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/900_1