Хронический гепатит В (ХГВ) у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B18.1 · Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Хронический гепатит В у детей — инфекционно-воспалительное поражение печени, сохраняющееся более 6 месяцев и вызванное вирусом гепатита В. Рекомендация описывает подтверждение инфекции, определение фазы и фиброза, показания к противовирусной терапии, наблюдение и профилактику передачи инфекции.

Главное

- Хронический гепатит В — инфекционно-воспалительное заболевание печени длительностью более 6 месяцев, вызываемое вирусом гепатита В.
- Выделяют пять фаз: HBeAg-положительная хроническая HBV-инфекция, HBeAg-положительный хронический гепатит В, HBeAg-негативная хроническая HBV-инфекция, HBeAg-негативный хронический гепатит В и HBsAg-негативная HBV-инфекция (оккультный гепатит В).
- Вирусную нагрузку оценивают по ДНК HBV: низкая — до 200 МЕ/мл, высокая — более 20 000 МЕ/мл, умеренная — 2000–20 000 МЕ/мл. Активность цитолитического синдрома определяют по превышению АЛТ/АСТ: минимальная — 1,5–2 ВГН, низкая — 2–5, умеренная — 5–10, высокая — более 10 ВГН.
- ПВТ у детей и подростков рассматривают при HBeAg-положительном статусе и ДНК HBV более 2000 МЕ/мл, патологической активности с АЛТ и АСТ более 1,5–2 ВГН не менее 6 месяцев, фиброзе F2 и выше, а также независимо от активности и фиброза при коинфекции ВИЧ/ВГD, отягощенном семейном анамнезе по циррозу или раку печени, иммуносупрессивном состоянии, внепеченочных проявлениях или сопутствующей патологии.
- Все дети с ХГВ наблюдаются до 18 лет; базовая кратность обследования — не менее одного раза в год, чаще при активном течении или на фоне ПВТ.
- При F3–F4 ежегодно контролируют АФП; мониторинг АФП и УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год позволяет своевременно выявлять гепатоцеллюлярную карциному.
- Плановая вакцинация против гепатита В проводится всем детям по схеме 0–1–6 месяцев; детям из группы риска, включая рожденных от инфицированной матери, — по схеме 0–1–2–12 месяцев с введением иммуноглобулина в первые сутки жизни.

Диагностика

1. Начать со скрининга HBsAg независимо от симптомов и лабораторных отклонений. При длительности заболевания менее 6 месяцев диагноз формулируют как острый гепатит В, а не ХГВ.
2. Собрать эпидемиологический анамнез: перинатальный и бытовой контакт, половые контакты, операции, гемотрансфузии и инъекции; отдельно уточнить инфекцию HBV у матери и вакцинальный статус.
3. Оценить симптомы и физикальные признаки: желтуху, цвет мочи и кала, гепато- и спленомегалию, размеры живота, асцит, отеки, геморрагический синдром и энцефалопатию; измерить рост и массу тела.
4. Выполнить общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимию с билирубином, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, холестерином, мочевиной, креатинином и белковыми фракциями, а также коагулограмму с фибриногеном, ПТИ и МНО.
5. Определить серологические маркеры HBV: HBsAg, HBeAg, HBcAg и антитела к HBcAg, anti-HBe и anti-HBs; выполнить качественную ПЦР на ДНК HBV, а при положительном результате — количественную.
6. Выполнить комплексное УЗИ органов брюшной полости и неинвазивную оценку фиброза — эластометрию печени и/или тест с сывороточными биомаркерами. При циррозе добавить эзофагогастродуоденоскопию, а также КТ или МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием для выявления возможных очаговых образований печени.

Лечение

- При бессимптомном течении с нормальной АЛТ допустимы общий режим, занятия физкультурой и основной вариант стандартной диеты. При иммунном клиренсе или реактивации нужен щадящий режим с ограничением физических нагрузок; алкоголь запрещен.
- Тенофовир назначают детям с ХГВ старше 12 лет с массой тела более 35 кг при наличии показаний к ПВТ (УУР А, УДД 2).
- Ламивудин назначают по решению врачебной комиссии детям с ХГВ старше 2 лет при показаниях к терапии, а также при возрастных ограничениях или противопоказаниях к терапии тенофовиром: 3 мг/кг 1 раз в сутки, максимум 100 мг/сут, курс 48–72 недели (УУР А, УДД 2). Из-за высокой резистентности это альтернативный противовирусный препарат.
- Энтекавир по решению врачебной комиссии применяют у детей с ХГВ с 2 лет при противопоказаниях к тенофовиру или отсутствии эффекта от проводимой терапии: 0,015 мг/кг 1 раз в сутки при массе 10–30 кг, до максимальной дозы 0,5 мг 1 раз в сутки при массе более 30 кг; курс 72–96 недель (УУР С, УДД 5).
- При обострении с дегидратацией, интоксикацией, водно-электролитными нарушениями, выраженным цитолизом или нарушением функции печени проводят инфузионную терапию для регидратации, дезинтоксикации и коррекции электролитов (УУР С, УДД 5).
- При продолжительной гипербилирубинемии, симптомах внутрипеченочного холестаза и повышении трансаминаз назначают урсодезоксихолевую кислоту внутрь 10 мг/кг/сут; детям до 3 лет используют суспензию, старше 3 лет — суспензию или капсулы (УУР В, УДД 2).
- При декомпенсированном циррозе с умеренным асцитом ограничивают соли натрия; при отечном синдроме используют спиронолактон, а при недостаточном эффекте добавляют фуросемид. При альбумине ниже 30 г/л, безбелковых отеках или асците применяют 10–20% альбумин и/или свежезамороженную плазму.
- При резистентном асците выполняют лапароцентез; после удаления жидкости при циррозе назначают только 20% альбумин из расчета 8 г на каждый удаленный литр. При варикозном расширении вен пищевода возможно эндоскопическое лигирование для профилактики или остановки кровотечения.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация нужна при резком ухудшении состояния, появлении желтухи, боли в животе или головной боли с нарушением сознания.
- Плановая госпитализация показана для диагностических мероприятий, при необходимости биопсии печени, начала ПВТ, значимых нежелательных явлениях терапии, ухудшении гематологических или биохимических показателей, обострении хронических заболеваний, внепеченочных проявлениях и декомпенсации цирроза.
- При тяжелом или осложненном течении с неотложным состоянием нужен осмотр анестезиолога-реаниматолога для решения о переводе в ОРИТ; при энцефалопатии — консультация невролога.
- При интенсивной боли в животе, гипотонии или геморрагическом синдроме требуется первичная консультация хирурга.

Частые вопросы

Какие показатели подтверждают хронический гепатит В?

Нужны HBsAg и другие серологические маркеры HBV, ДНК HBV методом ПЦР, а также клинические и биохимические данные. Хроническое течение отличает длительность инфекции более 6 месяцев.

Когда ребенку с ХГВ начинать противовирусную терапию?

Основные основания — HBeAg-положительный статус и ДНК HBV более 2000 МЕ/мл, АЛТ и АСТ более 1,5–2 ВГН не менее 6 месяцев или фиброз F2 и выше. ПВТ также рассматривают при коинфекции ВИЧ/ВГD, иммуносупрессивном состоянии, семейном анамнезе цирроза или рака печени, внепеченочных проявлениях и сопутствующей патологии.

Как контролировать ребенка, получающего ПВТ?

ОАК и биохимию контролируют через 3, 6 и 12 месяцев, затем ежегодно; при негладком течении биохимию проводят чаще. HBeAg и anti-HBe определяют через 3, 6 и 12 месяцев, затем ежегодно; HBsAg и anti-HBs — 1 раз

в год. ДНК HBV исследуют каждые 3 месяца до неопределяемой вирусной нагрузки минимум в двух последовательных визитах, затем один раз в год.

Как часто наблюдать ребенка с ХГВ без ПВТ?

Диспансерное наблюдение продолжают до 18 лет, обычно не реже одного раза в год. В него входят клинический и биохимический анализы, коагулограмма, серологические маркеры и ДНК HBV; УЗИ выполняют ежегодно, эластометрию — по показаниям, но не реже одного раза в 2–3 года.

Как предупредить заражение HBV у новорожденного от инфицированной матери?

В первые сутки жизни одновременно вводят вакцину и иммуноглобулин в разные участки тела. Для детей из группы риска используют схему вакцинации 0–1–2–12 месяцев; иммуноглобулин вводят однократно в дозе 2 мл (100 МЕ).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/923-hronicheskij-gepatit-v-hgv-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/923_1