



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

# Острый вирусный гепатит С у детей

МКБ 10: B17.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP57

URL

Профессиональные ассоциации

- • Межрегиональная общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области» (МОО АВИСПО);
- Международная общественная организация «Евро-Азиатское Общество по Инфекционным Болезням»



# **Оглавление**

- **Ключевые слова**
- **Список сокращений**
- **Термины и определения**
- **1. Краткая информация**
- **2. Диагностика**
- **3. Лечение**
- **4. Реабилитация**
- **5. Профилактика**
- **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**
- **Критерии оценки качества медицинской помощи**
- **Список литературы**
- **Приложение А1. Состав рабочей группы**
- **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**
- **Приложение А3. Связанные документы**
- **Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента**
- **Приложение В. Информация для пациентов**
- **Приложение Г.**

# **Ключевые слова**

# Список сокращений

АлТ – Аланинаминотрансфераза

Анти-core – Антитела к ядерному белку вируса гепатита С

Анти-HCV – Антитела к вирусу гепатита С (суммарные)

Анти-NS3, -NS4, -NS5 – Антитела к неструктурным белкам NS3, NS4, NS5

АсТ – Аспартатаминотрансфераза

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГГТП – Гаммаглутаминтранспептидаза

ГС – Гепатит С

ДЖВП – Дискинезия желчевыводящих путей

ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт

ИФН- $\alpha$  – Интерферон-альфа

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МКБ-10 – Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра

ОКОНХ – Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства

ОК ПМУ – Отраслевой классификатор "Простые медицинские услуги"

ОМС – Обязательное медицинское страхование граждан

ПМУ – Простая медицинская услуга

РНК – Рибонуклеиновая кислота

ФЗ – Федеральный закон

ХГС – Хронический гепатит С

ЩФ – Щелочная фосфатаза

Ig M, G – Иммуноглобулины класса M, G

# Термины и определения

**Заболевание** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

**Инструментальная диагностика** – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

**Исходы заболеваний** – медицинские и биологические последствия заболевания.

**Качество медицинской помощи** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

**Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям** – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

**Клиническая ситуация** – случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

**Лабораторная диагностика** – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специального оборудования.

**Медицинское вмешательство** – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую,

лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

**Медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

**Нозологическая форма** – совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

**Осложнение заболевания** – присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

**Основное заболевание** – заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

**Пациент** – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

**Последствия (результаты)** – исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.

**Симптом** – любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

**Синдром** – состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих



идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

**Состояние** – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

**Сопутствующее заболевание** – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

**Тяжесть заболевания или состояния** – критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

**Уровень достоверности доказательств** – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

**Функция органа, ткани, клетки или группы клеток** – составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.

# 1. Краткая информация

## 1.1 Определение

Острый вирусный гепатит С (ВГС) – инфекционное заболевание, вызываемое РНК-содержащим вирусом гепатита С (HCV), с парентеральным механизмом передачи, в клинически выраженных случаях проявляющееся симптомами острого поражения печени и интоксикацией (с желтухой и без нее), имеющее преимущественно хроническое течение с частым развитием цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

## 1.2 Этиология и патогенез

### **Этиология**

Вирус гепатита С (HCV) был открыт в 1989 г. Houghton с соавторами. HCV содержит однонитевую РНК и относится к семейству *Flaviviridae*, представляя в нем третий, самостоятельный род *Hepacivirus*. Геном HCV кодирует структурные и неструктурные белки. К структурным белкам относятся *C-core protein* и гликопротеины оболочки E1 и E2, к неструктурным – комплекс белков, имеющих определенную ферментативную активность (NS-3– NS-5). К каждому из структурных и неструктурных белков вируса вырабатываются антитела, которые не обладают вируснейтрализующим свойством. Особенностью HCV является способность к быстрой замене нуклеотидов, что приводит к образованию большого числа генотипов, субтипов и мутантных штаммов. Выделяют 7 генотипов вируса и более 90 субтипов. Такая вариабельность генома вируса приводит к изменениям в строении антигенных детерминант, которые определяют выработку специфических антител, не способных элиминировать вирус из организма и препятствующих созданию эффективной вакцины против гепатита С.

HCV, по сравнению с вирусами HAV и HBV, малоустойчив во внешней среде и к действию физических и химических факторов. Он чувствителен к хлороформу, формалину, действию УФО, при температуре 60<sup>0</sup>С инактивируется через 30мин, а при кипячении (100<sup>0</sup>С) – в течение 2 мин. [1, 12, 13].

## **Патогенез**

Вирус попадает в организм восприимчивого человека вместе с инфицированной кровью. Непременным условием развития инфекционного процесса является проникновение HCV в гепатоциты, где и происходит его репликация и взаимодействие с иммунной системой. Взаимодействие организма с HCV – иммунопатологический процесс. Поражение гепатоцитов обусловлено включением клеточных и гуморальных реакций иммунной системы, направленных в конечном счете на удаление HCV. На элиминацию HCV работают клеточные цитотоксические реакции, опосредованные различными классами клеток-эффекторов. Нарушение баланса продукции цитокинов Th1/Th2 клетками играет важнейшую роль в развитии различных форм HCV-инфекции. Усиленная продукция IL-4 и IL-10 ингибирует функцию Th1, угнетает продукцию IFN- $\gamma$  и IL-2, способствуя хроническому течению болезни. Возможно, сам вирус оказывает модулирующее действие на иммунный ответ и ускользает от него. HCV способен подавлять активацию CD4+, нарушая взаимодействие антигенпрезентирующих клеток и Т-лф. Возможность репликации вируса в иммунопривилегированных местах (клетках иммунной системы, тканях головного мозга) делает его недоступным для ЦТЛ. Гуморальный ответ при ВГС выражен слабее.

Кроме прямого цитопатического действия, ведущими механизмами повреждения печени являются иммунный цитолиз, апоптоз, а также аутоиммунный механизм, с которым связана высокая частота внепеченочных проявлений при HCV-инфекции (васкулит, гломерулонефрит, периферическая нейропатия, узелковый периартериит, артриты, синдром Шегрена). В генезе этих заболеваний лежат иммуноклеточные и иммунокомплексные процессы. Поэтому HCV-инфекцию возможно рассматривать как мультисистемное заболевание. Немаловажная роль отводится и иммуногенетическим факторам. Об этом свидетельствуют различия в частоте выявления ХГС в разных этнических группах, проживающих на одной территории, и то, что благоприятный исход острого ГС чаще регистрируется у больных с генотипом HLA класса II [2, 10, 16].

### **1.3 Эпидемиология**

Источником инфекции являются лица, инфицированные HCV и находящиеся в инкубационном периоде (14-180 дней), больные бессимптомной острой или хронической формой ГС. Ведущее эпидемиологическое значение имеют искусственные пути передачи возбудителя, которые реализуются при проведении немедицинских и медицинских манипуляций, сопровождающихся повреждением кожи или слизистых оболочек, а также манипуляций, связанных с риском их повреждения. К немедицинским манипуляциям относят: инъекционное введение наркотических средств (наибольший риск), нанесение татуировок, пирсинга, ритуальные обряды, проведение косметических, маникюрных, педикюрных и других процедур с использованием контаминированных HCV инструментов. К основным медицинским манипуляциям, при которых возможно инфицирование HCV, относятся переливание крови или ее компонентов, пересадка органов или тканей, процедуры гемодиализа (высокий риск), а также различные парентеральные вмешательства.

Большое внимание исследователей направлено на изучение реализации естественных путей передачи HCV. Основным фактором передачи возбудителя является кровь или ее компоненты, в меньшей степени – другие биологические жидкости человека (сперма, вагинальный секрет, слезная жидкость, слюна и др.). Установлено, что инфицирующая доза HCV на 2–3 порядка выше, чем при ГВ; соответственно, вероятность инфицирования при контакте ниже. Однако большинство авторов указывают на возможность инфицирования ГС при гетеро- и гомосексуальных половых контактах – риск заражения среди постоянных гетеросексуальных партнеров, один из которых болен ХГС, составляет 1,5% (при отсутствии других факторов риска). К настоящему времени накоплено достаточно информации и о передаче ГС при бытовом общении в семье. По данным ВОЗ, вероятность инфицирования в семье может достигать 7%.

Передача вируса от инфицированной матери к ребенку возможна во время беременности и родов (риск 1-5%). Но вероятность инфицирования новорожденного значительно возрастает при высоких концентрациях HCV в сыворотке крови матери (7-12%), а также при наличии у нее ВИЧ-инфекции (14-

16%). Исследования последних лет показали, что грудное вскармливание не влияет на частоту инфицирования детей [1, 10, 12].

По данным ВОЗ, около 150 млн. человек в мире инфицировано HCV, в странах Западной Европы, США на долю ГС приходится 75-95% посттрансфузионных гепатитов. Среди больных, получавших в комплексном лечении инфузии крови, наиболее высокая инфицированность HCV регистрируется у больных гемофилией – в 45-80 %.

В России острый ГС у детей обнаруживается редко и составляет 0,55 случаев на 100 тыс. детского населения. В структуре всех острых гепатитов доля детей, больных острым ГС, в России составляет 1-2%. Среди них преобладают больные с безжелтушными формами ГС, соотношение желтушных и безжелтушных форм в детском возрасте составляет 1:10-15. Это в полной мере относится и к новорожденным, инфицированным ГС перинатально. В 90-95% случаев заболевание в раннем детском возрасте протекает в безжелтушной, субклинической и инаппарантной формах. Затяжной процесс может возникать на любом этапе болезни – и в желтушном, и в восстановительном периоде.

Одной из частых форм болезни является бессимптомная, с самого начала заболевания протекающая с умеренной гиперферментемией, сохраняющейся в дальнейшем в течение нескольких лет, то усиливаясь, то ослабевая. По данным всех исследователей частота хронизации HCV-инфекции высокая от 40-56% до 81% и более [13, 14, 17].

#### **1.4 Кодирование по МКБ-10**

B17.1 – Острый гепатит С

#### **1.5 Классификация**

**Клиническая классификация острого вирусного гепатита С:**

А. По клинической форме:

1. Манифестная:

- желтушная цитолитическая(типичная);
- безжелтушная.

2. Бессимптомная:

- субклиническая;

- инаппарантная.

Б. По степени тяжести:

1. Легкой степени;

2. Средне тяжелой степени;

3. Тяжелой степени.

В. По длительности течения:

1. Острое циклическое – до 3 мес.;

2. Острое затяжное (прогредиентное) – 3-6 мес.;

3. Хроническое – более 6 мес.

**При желтушной цитолитической формена** фоне выраженного цитолиза (высокой активности аминотрансфераз) отмечается гипербилирубинемия за счет прямой фракции, повышение ЩФ, ГГТП, холестерина, диспротеинемии, снижение уровня протромбинового индекса). Однако длительность желтухи и, соответственно гипербилирубинемии, не превышает 2-х недель. Ведущим синдромом является цитолиз.

**Безжелтушная форма** характеризуется умеренными симптомами интоксикации, диспептическими расстройствами. Возможно появление других симптомов, свойственных типичной форме, кроме желтухи. Увеличение печени может быть минимальным, но и гепатомегалия, и гиперферментемия – обязательные симптомы данной формы. Заболевание, как правило, протекает в легкой форме.

**Бессимптомные формы** диагностируются при проведении иммунобиохимических исследований в отдельных категорий (детей от матерей с ХГС, после оперативных вмешательств, переливаний крови, доноров, медицинского персонала, и других). У больных с **субклинической формой** выявляется умеренная гепатомегалия и гиперферментемия. При **инаппарантной форме** клинико-биохимические симптомы отсутствуют. Подтверждением диагноза служат серологические маркеры репликативной активности вируса.

**Фульминантный гепатит.** В литературе имеются лишь единичные сообщения о развитии злокачественных форм ГС как у взрослых, так и у детей.

**Примеры диагноза:**

1. Основной диагноз – **Острый вирусный гепатит С, манифестная желтушная цитолитическая форма (типичная), легкая степень тяжести, циклическое течение.**

Сопутствующий диагноз – Хронический тонзиллит вне обострения

2. Основной диагноз – **Острый вирусный гепатит С, манифестная безжелтушная форма, легкой степени тяжести, прогрессивное течение.**

Сопутствующий диагноз - ВПС - открытое овальное окно (состояние после

операции), НК0.

## 2. Диагностика

### Общие подходы к диагностике

Диагностика острого ГС проводится на основе данных эпидемиологического анамнеза, клинического осмотра, результатов биохимических и специальных лабораторных методов обследования и направлена на определение этиологии гепатита, клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые могут влиять на течение болезни, выбор тактики лечения и требующие коррекции лечения.

#### 2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендовано при сборе анамнеза тщательно расспрашивать больного о характере начала болезни, желтухе, наличии или отсутствии жалоб на повышение температуры, интоксикацию (слабость, снижение аппетита, сонливость, боли в мышцах, суставах и т.д.). Целенаправленно выявляют жалобы на тошноту и рвоту, «горечь» во рту, носовые и другие кровотечения, боли в животе, уточняют сроки появления желтушности кожи, склер, изменения окраски мочи и кала (если таковые имеются).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

- Рекомендовано при опросе обращать внимание на выяснение данных эпидемиологического анамнеза. Наличие у больного парентерального анамнеза является опорными признаками при диагностике ВГС.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

*Комментарий: Критериями диагностики острого ВГС являются сведения о трансфузиях, оперативных вмешательствах, инъекциях, инструментальном обследовании, стоматологическом лечении и других медицинских манипуляциях за 6 мес. до заболевания, а также данные о половых и бытовых контактах с больными острыми и хроническими формами ВГС,*



*незащищенных половых контактах, употреблении инъекционных наркотиков. Инкубационный период при ВГС длится от 2 недель до 6 мес., чаще составляет 6-8 недель.*

## **2.2 Физикальное обследование**

- Рекомендовано при внешнем осмотре оценить состояние и цвет кожных покровов, слизистых полости рта и склер, наличие сыпи, геморрагических и других патологических элементов, состояние языка (цвет, влажность и налет), степень выраженности катаральных симптомов.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии: Преджелтушный (продромальный) период – 4-7 суток. Основными симптомами и синдромами данного периода являются - интоксикационный (гриппоподобный), астеновегетативный, катаральный, диспептический, смешанный (диспептический+катаральный), артралгический. У детей чаще всего регистрируется астеновегетативный и диспептический синдромы. Период паренхиматозного гепатита (желтушный) начинается с появлением желтухи, симптомы интоксикации сохраняются или усиливаются, клинические проявления ограничиваются вялостью, слабостью, снижением аппетита, появлением тяжести и неприятных ощущений в правом подреберье, появляются холурия; ахолия. Появление желтухи может сопровождаться зудом (особенно в ночное время) [1, 7, 12].*

- Рекомендовано детальное обследование органов брюшной полости: оценивают размеры живота, его форму, участие в акте дыхания, пальпируют и определяют границы печени и селезенки, болезненность в точках пальпации желчного пузыря и поджелудочной железы (т. Кера и Мейо-Робсона), пальпируют мезентериальные лимфатические узлы и толстую, особенно сигмовидную, кишку. С помощью перкуссии определяют наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, проверяют перитонеальные симптомы, оценивают перистальтику.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** Гепатомегалия может быть выражена слабо или быть единственным клиническим признаком при безжелтушной форме ВГС. При типичной желтушной форме увеличение размеров печени и ее плотности максимально в желтушный период. Чем меньше ребенок, тем чаще регистрируется спленомегалия. Степень выраженности гепатомегалии и спленомегалии коррелируют со степенью тяжести болезни. Нередко в процесс вовлекаются сердечно-сосудистая, нервная, мочевыделительная и другие системы, но эти изменения никогда не являются ведущими [1, 7, 12].

- Рекомендовано оценка окраски мочи и кала.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

**Комментарии:** У детей потемнение мочи и «пятнистый», а затем ахоличный стул появляются за 2–3 дня до начала желтухи. При легких вариантах болезнь может начинаться сразу с потемнения мочи и желтухи.

- Рекомендовано исследовать состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем (ЧСС, ЧД, АД, пульс на периферических артериях).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** Нередко в процесс вовлекаются сердечно-сосудистая, нервная, мочевыделительная и другие системы, но эти изменения никогда не являются ведущими [1, 11, 12].

**Клинические критерии диагностики ОГС представлены в Приложении Г1.**

**Критерии оценки степени тяжести представлены в Приложении Г2.**

**Критерии оценки степени тяжести ОГС по клиническим признакам представлены в Приложении Г3.**

### **2.3 Лабораторная диагностика**

Лабораторные методы исследования с исследованием биохимических и гематологических показателей позволяют диагностировать острую фазу заболевания и степень тяжести;

этиологическая верификация гепатита осуществляется только серологическими и молекулярно-генетическими методами.

- Рекомендовано провести биохимический анализ с определением показателей крови (АлТ, АсТ, билирубина и его фракций, ЩФ, ГГТП, холестерина)

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

- Рекомендовано провести общий анализа мочи (ОАМ) с определением желчных пигментов (уробилина и уробилиногена).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств -2)**

***Комментарии:** Выявление повышенного уровня АлТ и АсТ в сыворотке указывает на цитолиз гепатоцитов и с высокой степенью вероятности подтверждает диагноз острого гепатита. Для острой фазы болезни характерно превалирование АлТ над АсТ. Коэффициент де Ритиса (соотношение АсТ:АлТ) при остром ВГА  $<0,7$ , а при хронических гепатитах его значения  $>1,0$ . В течение всей болезни, а также в периоде реконвалесценции необходим динамический контроль АлТ и АсТ. Нормализация этих показателей указывает на выздоровление, однако полное восстановление печени длится до бмес.*

*Наличие в моче уробилина и желчных пигментов характерны для начала желтушного периода гепатита и указывают на первые признаки нарушения пигментного обмена и внутрипеченочного холестаза. Безусловным подтверждением дальнейшего нарушения билирубинового обмена (конъюгации и в большей степени экскреции) и холестаза являются нарастание уровней общего билирубина в сыворотке крови с преобладанием прямой фракции, ЩФ, ГГТП и холестерина [1, 12, 13].*

- Рекомендовано исследование коагулограммы (МНО, фибриногена, ПТИ) для оценки степени тяжести заболевания.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

- Рекомендовано исследование общего белка, белковых фракций

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии:* Данные протеинограммы и коагулограммы необходимы для оценки степени тяжести заболевания. Снижение уровня общего белка, альбумина, фибриногена и ПТИ - показателей указывает на нарушение белково-синтетической функции печени (признаки гепатоцеллюлярной недостаточности) и возможность развития ДВС-синдрома, который сопровождается фазовыми изменениями в свертывающей системе крови. Значительное повышение концентрации общего белка,  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулинов – указывает на развитие мезинхимально-воспалительного синдрома и активацию аутоиммунных процессов [1, 12, 13].

- Рекомендовано проведение серологических исследований определения антител к HCV методом ИФА или ХЛИА с целью установления этиологии гепатита (anti-HCV общ., anti-HCVIgM, anti-HCVIgG, спектр anti-HCVIgG (core, NS3, NS4, NS5)).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1+).**

*Комментарии:* Лишь выявление специфических маркеров HCV является абсолютным этиологическим подтверждением диагноза ВГС. Anti-HCV начинают циркулировать в крови через месяц после инфицирования, их выявление для подтверждения диагноза должно быть выполнено в 2-х независимых лабораториях. У лиц с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами и другие), а также в раннем периоде острого ГС (до 12 недель после заражения) anti-HCV IgG могут отсутствовать. В данных группах пациентов диагностика ГС проводится с помощью одновременного выявления anti-HCV IgG и РНК вируса гепатита С [1,12, 13].

Раннюю диагностику ВГС у детей при вертикальной передаче инфекции затрудняет длительная циркуляция трансплацентарных материнских антител, которые могут определяться в крови ребенка до 18 мес. и не имеют диагностического значения в этот период. Выявление в 18 мес. анти-HCV(+) при отсутствие РНК HCV(-) может быть признаком перенесенного острого ВГС в первые месяцы жизни или

антенатально. Ребенок с анти-НСV(+) в 18 мес. подлежат динамическому наблюдению в течение 2 лет и обследованию на наличие анти-НСV и РНК НCV не реже 1 раза в 6 мес. (Санпин «Профилактика вирусного гепатита С» 2013г.). При сохранении в крови анти-НСV (+) и отрицательной РНК НCV(-) и в течении 2-х лет ребенок считается реконвалесцентом перинатального ВГС и подлежат снятию с диспансерного наблюдения.

- Рекомендовано проведение молекулярно-генетических методов исследования для определения РНК-НСV и генотипа НCV методом ПЦР с целью подтверждения этиологии гепатита.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+).**

**Комментарии:** РНК-НСV - показатель репликации вируса и может быть обнаружена в инкубационный, желтушный периоды, а также при обострении ВГС [1,12, 13]. Выявление у ребенка РНК НCV(+) в 2 или 6 мес. свидетельствует о наличии ОГС, а повторное РНК НCV(+) в 12 мес. – о ХГС в результате перинатального инфицирования. Выявление РНК НCV должно выполняться не ранее 2-х месячного возраста в связи с низкой чувствительностью в более раннем возрасте, а при получении положительного результата, повторное обследование РНК НCV для подтверждения факта инфицирования следует проводить через 2-6 недель. Ребенок, у которого РНК НCV (-) в 2, 6 и 12 мес., подлежит снятию с диспансерного наблюдения при отсутствии у него анти-НСV в 12 месяцев жизни. Ребенок, у которого РНК НCV (-) в 2, 6 и 12 месяцев, но сохраняются анти-НСV в 12 мес., подлежит дополнительному обследованию в 18 мес. и при отсутствии данных маркеров в этот период - подлежит снятию с диспансерного наблюдения. Отсутствие РНК НCV(-) в 12 мес, (при РНК НCV(+) в 2 или 6 мес.) указывает на реконвалесценцию острого ВГС и необходимость обследования на наличие анти-НСV и РНК 18 и 24 мес.

Важной особенностью течения НCV-инфекции у детей первых 3-х лет жизни является достаточно высокий процент спонтанного клиренса вируса (35-45%). Однако в большей мере это относится к острому посттрансфузионному ВГС. Тогда как при перинатальном гепатите частота спонтанного клиренса вируса, по данным различных авторов, составляет 2,4-18%, и

*единичные исследования указывают на более высокие цифры – до 25%. После 3-летнего возраста спонтанный клиренс практически невозможен.*

- Рекомендовано проведение общего анализа крови (ОАК)

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии: В ОАК крови при легкой и средней степени тяжести ВГС выявляется лейкопения или тенденция к ней, лимфоцитоз, а при тяжелой степени тяжести лейкопения сменяется лейкоцитозом со сдвигом влево, регистрируется замедленная СОЭ, тромбоцитопения*

- Рекомендовано определение антител класса Ig M, G методом ИФА, РНГА в сыворотке крови и антигенов в кале методом ПЦР к иерсиниям и псевдотуберкулезу, а также антител класса IgM, IgG методом ИФА и ДНК герпес-вирусов (EBV, CMV, HSV 1, 2, 6 типа) в ПЦР

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии: Повышение концентрации, IgA, IgG, IgM указывает на острофазный процесс и развитие мезинхимально-воспалительного синдрома. При длительной лихорадке, выраженной дисфункции кишечника, сыпи и негладком течении болезни необходимо проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями, протекающими с гиперферментемией, гепатомегалией и желтухой [1,12, 13].*

- Рекомендовано определение спектра аутоантител ядерных, к гладким мышцам, митохондриям, растворимому печеночному липопротейду, митохондриям печени и почек, (ANA, AMA, ASMA, SLP, LKM, ANCA)

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии: При тяжелом негладком течении болезни для дифференциальной диагностики с аутоиммунным гепатитом, в том числе манифестирующим в исходе ВГС.*

**Критерии лабораторного подтверждения диагноза ОГС представлены в Приложении Г4.**

## **2.4 Инструментальная диагностика**

1. Рекомендовано всем больным проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

*Комментарии:* При ультразвуковом исследовании брюшной полости проводится уточнение размеров и структуры печени, селезенки, поджелудочной железы, лимфатических узлов, наличие или отсутствие выпота [1, 12]

1. Рекомендовано проведение компьютерной или магнитно-ядерной томографии брюшной полости при выявлении противоречивых данных по данным УЗИ органов брюшной полости.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

*Комментарии:* Пациенты с неясными очаговыми изменениями в печени и селезенке или неопределенными, противоречивыми данными, полученными при УЗИ требуют углубленного инструментального обследования [1,12].

- Рекомендовано проведение эзофагогастродуоденоскопии у пациентов с болями в животе, рвотой «кофейной гущей» для уточнения характера повреждения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии:* Боли в животе могут появиться в остром периоде при тяжелой степени болезни на фоне развития ДВС-синдрома и обусловлены эрозиями, кровоизлияниями на слизистую желудка, дистального отдела пищевода и кишечника.

- Рекомендовано проведение электрокардиографии у пациентов с любыми отклонениями сердечно-сосудистой системы (сердечного ритма, изменением границ и тонов сердца, выявлением шума)

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** Для больных в остром периоде ВГС характерным является склонность к брадикардии, а при ухудшении состояния, нарастании интоксикации и риске развития прекомы характерным является изменение ритмов сердца, появление тахикардии, приглушение тонов сердца.

- Рекомендовано проведение эластографии печени при выявлении выраженных структурных изменений, выявленных методом УЗИ

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** У больных ОГС, наличие другой патологии печени может быть причиной развития фиброза/цирроза печени и повлиять на течение острого гепатита, а также потребовать изменения лечения, Данное исследование позволит уточнить наличие или отсутствие фиброза печени, степень его выраженности и необходимость коррекции терапии. Кроме того, наличие фибротических изменений в печени может свидетельствовать о хроническом течении заболевания (обострении ХГС) [2, 7, 12, 13].

Критерии оценки степени тяжести по результатам инструментальной диагностики при остром вирусном гепатите С не определены.

## **2.5 Иная диагностика**

Иная диагностика при ОГС не проводится

## **2.6. Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика ВГС проводится с заболеваниями, которые проявляются сходными синдромами в преджелтушный и желтушный периоды.

- Рекомендовано в преджелтушный период проводить дифференциальный диагноз ВГС при наличии катарального синдрома с ОРВИ, ОКИ, инфекционным мононуклеозом, при наличии диспепсического – с ОКИ вирусной и бактериальной этиологии (ротавирусной, энтеровирусной, сальмонеллезом и др.), а при наличии выраженного абдоминального синдрома – с пищевыми токсикоинфекциями, псевдотуберкулезом,



острым гастритом, аппендицитом, панкреатитом, холециститом.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

*Комментарии:* При респираторных заболеваниях катаральные явления более выражены и длительны, сочетаются с резкой головной болью, болями в глазных яблоках, миалгией, гиперемией. Инфекционный мононуклеоз сопровождается выраженным тонзиллитом, полилимфаденитом, лейкоцитозом, лимфоцитозом, атипичными мононуклеарами и повышением СОЭ.

Для кишечных инфекций характерны длительно сохраняющийся диспептический синдром и патологические примеси в кале, для псевдотуберкулеза — стойкая лихорадка, сыпи, полилимфаденит. Решающими в диагностике являются данные серологического и бактериологического обследования.

Хирургические заболевания чаще протекают с более четкой болевой локализацией, симптомами раздражения брюшины, болезненностью точек проекции желчного пузыря, поджелудочной железы и значительными изменениями гемограммы, свидетельствующими о наличии воспалительного процесса [1, 12, 13].

- Рекомендовано в желтушный период дифференциальный диагноз ВГС проводить со всеми видами желтух (надпеченочными, печеночными и подпеченочными), основываясь на опорных клинико-лабораторных данных.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2+).**

*Комментарии:* Надпеченочные желтухи (конъюгационные, гемолитические при АВО-, Rh-несовместимости, анемия Минковского–Шоффара, талассемия) – опорные диагностические признаки спленомегалия (более выражена, чем гепатомегалия), гипербилирубинемия за счет непрямой фракции, отсутствие уробилинемии и ахолии, в ОАК анемия, ретикулоцитоз, прямая реакция Кумбса. Возможны нарушения структуры эритроцитов. Во многих случаях есть указания на наследственный фактор. Пигментные гепатозы также протекают с желтухой преимущественно за счет повышения уровня непрямой фракции

билирубина (синдром Криглера–Найяра, Жильбера), либо обеих фракций (Ротора и Дабина-Джонсона) без существенного нарастания трансфераз, но обусловлены они дефектом (мутацией) внутрипеченочных ферментов, участвующих в процессе глюкуронизации. При гепатозах рекомендовано обследование экскреторной функции печени и/или генетического подтверждения диагноза.

Печеночные или паренхиматозные желтухи (при инфекционных, в том числе герпесвирусных, паразитарных, глистных заболеваниях, токсических, лекарственных и аутоиммунных поражениях печени) - опорные симптомы кроме цитолиза, симптомы поражения других органов и систем, выраженные изменениями гемограммы, положительные результаты специфических серологических, бактериологически и вирусологических показателей. Воспалительные заболевания органов брюшной полости (гастрит, холецистит, панкреатит) также могут сопровождаться реактивным гепатитом с высоким уровнем трансфераз, но ведущими признаками будут симптомы острого живота, лейкоцитоз со сдвигом влево и высокое СОЭ. Также дифференциальная диагностика проводится с вирусными гепатитами А и В, с поражениями печени, обусловленными болезнями обмена (болезнь Вильсона-Коновалова, дефицит альфа1-антитрипсина, гликогенозы, миопатии) и другими наследственными заболеваниями;

Подпеченочные желтухи (обусловлены различными опухолями, кистами, аномалиями развития) - опорными симптомами являются симптомы холестаза - интенсивная желтуха, зуд, лихорадка, высокий уровень прямого билирубина, ЩФ, ГГТП при нормальном или умеренном повышении АлТ, АсТ. В постановке диагноза решающими являются результаты инструментального обследования (УЗИ, КТ, МРТ), а в ряде случаев данные диагностической пункции печени [1, 12, 13].

## 3. Лечение

### 4 Общие подходы к лечению острого вирусного гепатита С у детей

Лечение острого вирусного гепатита С необходимо обязательно проводить в условиях стационара, из-за возможности развития тяжелых форм и осложнений, а также сложности проведения исследований в амбулаторных условиях.

Принципы лечения больных с острым вирусным гепатитом С предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса,
- обусловленного заболеванием;
- предупреждение развития и купирование патологических процессов
- осложнений;
- предупреждение формирования остаточных явлений, рецидивирующего и
- хронического течения.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- вариант начального периода заболевания
- тяжесть заболевания;
- возраст больного;
- наличие и характер осложнений;
- доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с

необходимым видом оказания медицинской помощи.

#### 3.1 Консервативное лечение

##### Методы лечения

Основные принципы терапии включают:

- Режим – охранительный (постельный, полупостельный);
- Диета – щадящая, стол 5а, 5щ, 5л/ж, 5п по Певзнеру;

- Методы медикаментозного лечения.

### **Патогенетическая терапия.**

- Рекомендовано больным ВГС проведение дезинтоксикационной терапии с использованием препаратов различных лекарственных групп, выбор препаратов и объем данной терапии зависит от степени тяжести заболевания.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

***Комментарии:** легкая степень - пероральная дезинтоксикация в объеме 1-2 л/сутки жидкости в виде некрепко заваренного чая с медом, вареньем, отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод, применение энтеросорбентов (активированный уголь\*\* 1-3г, смектит диоктаэдрический\*\*, лигнин гидролизный\*\* – 0,5-0,7г 1-2 раза в сутки); средняя степень - инфузионно-дезинтоксикационная терапия в объеме физ.потребности с использованием внутривенно капельно кристаллоидных растворов (5% декстрозы\*\*, 1,5% меглюмина натрия суццината\*\*, 0,9% натрия хлорида\*\*) в дозе 10мл/кг, а также растворы электролитов (калия хлорид, кальция хлорид), способствующих восстановлению гомеостаза, длительность курса 5-7 дней;*

- Рекомендовано всем больным ВГС проведение терапии, направленной на нормализацию функции ЖКТ (профилактику запоров, борьбу с дисфункцией). В зависимости от клинической симптоматики используются как препараты стимулирующие моторику ЖКТ, слабительные (домперидон\*\* 10-15мг 2 раза в сутки внутрь, метоклопрамид\*\* детям 2-6 лет в дозе 0,5-1мг/кг/сут, старше 6 лет - 5-10мг 1-3 раза в сутки внутримышечно, лактулоза\*\* 10-30 мл/сутки внутрь), так и энтеросорбенты (активированный уголь\*\* 1-3г, смектит диоктаэдрический\*\*, лигнин гидролизный\*\* – 0,5-0,7г 1-2 раза в сутки). Длительность курса 3-5 дней [1, 12].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

***Комментарии:** При лечении больных с ВГС необходимо следить за ежедневным опорожнением кишечника, доза лактулозы и других слабительных должна подбираться индивидуально таким*

образом, чтобы стул был ежедневно, оформленный или кашицеобразный.

- Рекомендовано больным ВГС проведение терапии, направленной на нормализацию функции желчеобразования и желчевыведения с использованием холеспазмолитиков, холекинетиков и холеретиков внутрь (дротаверин\*\* - 10-20мг в зависимости от возраста 1-2 раза в сутки, папаверин\*\* 5-20 мг в зависимости от возраста 2-3 раза в сутки, артишока листьев экстракт\*\*- 0,2г 3 раза в сутки, урсодезоксихолевая кислота\*\* - 10мг/кг/сут 1 раз в сутки, а также другие комбинированные препараты). Длительность курса 2-3 недели.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

*Комментарии:* В начальный период болезни, особенно при выраженном синдроме желтухи, лечение следует начинать с холеспазмолитиков, холекинетиков и препаратов, увеличивающих объем желчи за счет водного компонента (гидрохолеретиков). Прием холеретиков, в том числе, и растительных, не показан при выраженной холурии и ахолии, их назначение следует делать после начинающейся экскреции желчи, т.е. после появления «пестрого стула» и осветления мочи. Антихолестатическая терапия при продолжительной гипербилирубинемии и симптомах холестаза должна быть комплексной и включать препараты желчных кислот в сочетании с антигипоксантами и сорбентами.. Длительность курса урсодезоксизоловой кислоты при выраженном холестатическом компоненте может достигать 2-3 мес.[1,12].

- Рекомендовано больным ВГС проведение метаболической терапии, направленной на улучшение тканевого обмена, стабилизацию клеточных мембран и снижение цитолиза гепатоцитов.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

*Комментарии:* С антиоксидантной, антицитолитической и мембраностабилизирующей целью могут быть использованы различные гепатопротекторы и антигипоксанты (инозин\*\* - 200мг внутривенно капельно 1 раз в день, курс 5-7 дней, глицирризиновая кислота+фосфолипиды\*\* – детям старше 12 лет 1тб 2-3 раза в сутки, витамин Е – 200мг 2 раза в сутки,

*тиоктовая кислота\*\* – детям старше 6 лет 12-24мг 2-3 раза в сутки, а также растительных гепатопротекторы (экстракт плодов расторопши пятнистой \*\* - 0,2г 2-3 раза в сутки, экстракт листьев артишока 0,2 г 2-3 раза в сутки). Длительность курса пероральных препаратов с гепатопротекторным и антиоксидантным действием 3-4 недели. Однако применение препаратов этой группы (кроме аденометионина), в ряде случаев может усиливать симптомы холестаза и их целесообразно назначать на спаде желтухи, при показателях билирубина близких к норме [1, 12]*

- Рекомендовано при наличии симптомов поражения поджелудочной железы назначение ферментов (панкреатин\*\*, 0,2-0,3г внутрь 3 раза в сутки во время еды, длительность курса 10-15 дней), а в период начальной реконвалесценции всем больным ВГС показаны пробиотики (бифидобактерии бифидум\*\* 5 доз 3 раза в день, а также другие препараты, продуцирующие молочную кислоту, длительность курса 2-3 недели)

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

- Рекомендовано больным ВГС назначение витаминов. Потребность в них должна обеспечиваться как за счет натуральных пищевых продуктов, так и дополнительного назначения поливитаминных препаратов. Для парентерального введения могут использоваться аскорбиновая кислота, витамины группы В, препараты никотиновой кислоты.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** *Использование витаминов А и Е возможно лишь при отсутствии синдрома холестаза.*

### **Этиотропная терапия**

- Рекомендовано проведение этиотропной терапии больным с признаками неблагоприятного течения и угрозе формирования хронического процесса препаратами интерферона (интерферон альфа-2b человеческий рекомбинантный, ректальные суппозитории - до 6-ти месяцев 300000-500000 МЕ в сутки; от 6 до 12 месяцев – 500000 МЕ в

сутки; от 1 года до 7 лет – 3000000 МЕ на 1 м<sup>2</sup> площади поверхности тела в сутки; старше 7 лет – 5000000 МЕ на 1 м<sup>2</sup> площади поверхности тела в сутки. Суспензия для приема внутрь - детям от 3 до 7 лет — по 500 000 МЕ 1 раз в день, с 7 до 18 — по 1 млн МЕ 2 раза в день. Длительность курса 10 дней — ежедневно, затем 3 раза в неделю до 6 мес.)

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

*Комментарии: Проведение этиотропной терапии целесообразно в случае тяжелого и затяжного течения заболевания, у пациентов с иммунокомпроментированным анамнезом, при безжелтушных формах болезни с длительным цитолитическим синдромом и РНК-НСV (+) более 4-х недель. Но уровень АлТ не должен превышать 5-6 норм. Курс лечения составляет в среднем 24 недели, но может быть сокращен или продолжен по назначению врача. Поскольку в ходе лечения возможно появление побочных эффектов, необходимо лабораторное обследование не реже 1 раза в месяц [1, 12, 13].*

### **Симптоматическая терапия**

- Рекомендовано при выраженной лихорадке применение жаропонижающих средств – ибупрофена\*\*, парацетамола\*\* в дозе 0,2-0,25г 2 раза в сутки

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).**

- Рекомендовано при развитии любых аллергических проявлений назначение десенсибилизирующих средств - кальция глюконат\*\* 2г 3 раза в сутки, дифенгидрамин\*\* 5-15 мг 2 раза в сутки, цетиризин\*\* 2,5-10 мг 1-2 раза в сутки, лоратадин\*\* 5-10мг 1 раз в сутки. Длительность курса 7-10 дней.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

### **Иммуномодулирующая и иммунокорректирующая терапия**

- Рекомендовано, учитывая развитие выраженного постинфекционного астенического синдрома, вторичного

иммунодефицита, назначение иммунокорректирующей терапии, направленной на активацию Т-клеточного иммунитета и активацию интерферогенеза - аскорбиновой кислоты\*\*, меглюмина акридоната\*\* детям старше 4 лет в дозе 6-10мг/кг внутримышечно № 5-10 с интервалом между инъекциями 24-48 часов с дальнейшим продолжением приема таблетированного препарата с интервалом 48-72 часа и длительностью курса до 1,5-2 мес., тилорон\*\* детям старше 7 лет в дозе 0,06г внутрь 1 раз в день с интервалом 24-48 часов № 5.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).**

**Комментарии:** *Назначение иммуномодулирующих препаратов целесообразно при затянувшемся синдроме цитолиза и выявлении выраженных нарушений иммунограммы, в том числе и Т-клеточный дефицит [2,12]. 4%%*

### **3.2 Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение не предусмотрено.

### **3.3 Иное лечение**

Иное лечение не предусмотрено.



# 4. Реабилитация

## 4.1 Реабилитация

Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции.

- Рекомендуется соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

*Комментарии:* длительность периода реконвалесценции от 3 до 6 мес. В этот период происходит полное исчезновение клинических симптомов заболевания, восстановление функциональной активности и морфологической структуры печени, подтверждаемое данными клинико-лабораторного и инструментального обследования пациента.

- Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

- Рекомендуется адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента ВГС.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

*Комментарии:* Важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия

- Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)**

*Комментарии: Необходимо учитывать скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).*

Пациент выписывается из стационара при полном исчезновении симптомов интоксикации, желтухи, уменьшении размеров печени, нормализации пигментного обмена и нормализации или значительном снижении активности трансфераз. При легком течении заболевания это происходит в среднем на 10-15 день, при среднетяжелом – на 15-20 день, при тяжелом – на 25-30 день. Сроки полного выздоровления и допуск в детские учреждения и школу устанавливается врачом в каждом случае индивидуально, с учетом динамики клинико-лабораторных показателей, наличия/отсутствия осложнений и сопутствующих соматических заболеваний.

**4.2 Диспансерное наблюдение**

- Рекомендовано незамедлительное диспансерное обследование пациента в условиях поликлиники по месту жительства при наличии у него жалоб на состояние здоровья

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано при отсутствии жалоб пациента проводить диспансерное обследование в условиях поликлиники врачом-инфекционистом (при его отсутствии – участковым педиатром) через 1, 3 и 6 мес. после выписки из стационара (клинического выздоровления).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано через 1, 3 и 6 мес. после выписки пациента из стационара проводить контроль биохимического анализа

крови с определением уровня АлТ, АсТ, билирубина, ЩФ, а при затяжной гиперферментемии – общего белка и альбумина.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано через 1, 3 и 6 мес. после выписки пациента из стационара проводить серологическое обследование (анти-HCV и определение спектра антител HCV – core, NS3, NS4, NS5).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано через 1, 3 и 6 мес. после выписки пациента из стационара проводить молекулярно-генетическое обследование крови на РНК HCV.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

*Комментарии: при негладком, затяжном течении болезни и при сохранении при выписке в крови пациента РНК HCV проводится контроль данных маркеров амбулаторно (не реже 1 раза в 6 мес.) до установления диагноза ХГС.*

- Рекомендовано через 1, 3 и 6 мес. после выписки пациента из стационара проводить лабораторное исследование ОАК, ОАМ.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано в случаях ациклического и затяжного течения проводить контрольное ультразвуковое исследование печени.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано в случаях ациклического и затяжного течения сроки диспансерного наблюдения определять индивидуально.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано проведение профилактических прививок не ранее, чем через 1 мес. от момента выздоровления, разрешение занятий спортом – через 3-6мес.

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2а)

При отсутствии жалоб и изменений со стороны внутренних органов по истечении срока диспансерного наблюдения, пациенты снимаются с учета, но не ранее чем через 6 мес. от момента выздоровления.

Для диагностики осложнений и рецидивов ВГС в ряде случаев требуется применение целенаправленных диагностических лабораторных и инструментальных методов, консультации специалистов. Поэтому целесообразно к диагностическому и лечебному процессу привлекать врачей и диагностические службы специализированных отделений стационаров с целью проведения компьютерной томографии печени, эзофагодуоденоскопии для выявления различных поражений ЖКТ, печени и ЖВП и их лечения.

## 5. Профилактика

Профилактика ВГС осуществляется в соответствии с СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С».

### **Первичная профилактика**

Больного изолируют в условиях стационара в отдельном боксе или с пациентами, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем на 3-4 недели). После клинического выздоровления ребенок допускается в образовательную организацию без противоэпидемических ограничений.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц в очаге не организуются, однако проводится заключительная дезинфекция после госпитализации больного, осмотр контактных с определением АлТ, анти-НСV, РНК НCV с дальнейшим медицинским наблюдением в течение 6 мес. Осмотр врача и контроль АлТ, анти-НСV, РНК НCV - 1 раз в 2 мес.

Вакцины против ГС нет, поэтому профилактические мероприятия должны быть направлены на обучение медицинского персонала и гигиеническое воспитание населения, предусматривающее информирование населения о данном заболевании, мерах его неспецифической профилактики:

- Рекомендовано для профилактики инфицирования вирусом ГС при оказании медицинской помощи соблюдение гигиены рук, включая хирургическую обработку рук, мытье рук и использование перчаток, безопасное обращение с отходами и острыми предметами и их удаление, безопасное очищение оборудования.

### **Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано для профилактики при переливании донорской крови и ее компонентов, пересадке органов и тканей, искусственном оплодотворении проведение тестирования донорской крови; улучшение доступа к безопасной крови.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано профилактика заражения совместно проживающих с инфицированным вирусом ГС путем наличия индивидуальных предметов бытового обихода — маникюрные ножницы, бритвы, зубные щетки, расчески с острыми зубцами.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано профилактика в организациях коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги путем дезинфекции инструментария, использования перчаток и одноразовых инструментов.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

- Рекомендовано профилактика наркомании и заболеваний, передающихся половым путем.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2а)**

## **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

При остром ВГС имеет место высокий риск неблагоприятного течения – хронизация процесса с развитием внепеченочных проявлений в отдаленные сроки заболевания.

**Критериями выздоровления являются:**

- отсутствие интоксикации;
- нормализация уровня aminотрансфераз (АлТ) и билирубина.
- нормализация или значительное уменьшение размеров печени и селезенки;
- отсутствие в крови РНК HCV.

Исход заболевания благоприятен не более, чем в 25% случаев, когда оно имеет гладкое, циклическое течение, и заканчивается выздоровлением. Однако, частота хронизации HCV-инфекции высокая от 40-56% до 81% и более. Выписка из стационара проводится, как правило, через 25-30 дней от начала болезни. При этом допускается умеренная гиперферментемия, гепатомегалия, сохранение в крови анти - HCV. Посещение детских дошкольных учреждений, школ разрешено при полной нормализации биохимических показателей.

**Возможные исходы ОГС и их характеристика представлены в Приложении Г5**

# Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
<b>1. Этап постановки диагноза</b>			
1	Выполнен первичный осмотр пациента без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, не позднее 2 часов с момента поступления в стационар	3	B
2	Выполнен первичный осмотр пациента с признаками, представляющими угрозу жизни и, требующие оказания экстренной медицинской помощи безотлагательно	3	B
3	Выполнен первичный осмотр пациента с признаками, представляющими угрозу жизни и, требующие оказания экстренной медицинской помощи, врачом реаниматологом не позднее 20 мин от момента поступления в стационар.	3	B
4	Выполнен первичный осмотр пациента врачом профильного отделения не позднее 3 часов с момента поступления в профильное отделение	3	B
5	Выполнено исследование биохимического анализа крови (АлТ, АсТ, билирубин, общий белок).	1	A
6	Выполнен клинический анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы	2	B
7	Выполнен общий анализ мочи	2	B
8	Выполнено определение маркеров вирусов гепатита А, В, С методами ИФА или ХЛИА или ПЦР (в первые сутки поступления в стационар)	1	A
9	Выполнена коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) ПТИ	2	B
10	Выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости	2	B
11	Выполнено определение основных групп крови (А, В, 0) и Rh-фактора (при тяжелой степени тяжести)	2	B
<b>2. Этап лечения</b>			
1	Выполнено назначение патогенетической инфузионной, гепатопротекторной и симптоматической терапии при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести заболевания	2	B
2	Выполнено назначение кровезаменителей, препаратов плазмы крови, альбумина при тяжелой степени ВГВ.	2	B
3	Выполнено начало инфузионной и глюкокортикоидной терапии у больного тяжелой степени тяжести и признаками начинающейся комы не позднее 20 мин от момента поступления больного в реанимационное отделение	1	A



4	Выполнено своевременно использование ИВЛ у больного с оценкой по шкале Глазго 8 баллов и ниже	1	A
5	Выполнено назначения антибактериальных препаратов с целью предупреждения бактериальных осложнений (при наличии показаний)	1	A
6	Выполнен динамический контроль биохимических показателей (АлТ, АсТ, билирубин, щелочная фосфатаза, ГГП) с целью оценки эффективности лечения (не реже, чем 1 раз в 7-10 дней).	1	A
7	Выполнен динамический контроль коагулограммы с целью оценки эффективности лечения (не реже, чем 1 раз в 7-10 дней).		
8	Достигнуто снижение уровня билирубина до 40 мкмоль/л и ниже, а также снижение АлТ в 3-5 раз от исходного уровня либо полная их нормализация	2	B
9	Достигнуто уменьшение/нормализация размеров печени и селезенки по данным клинического осмотра и/или УЗИ (КТ)	2	B
10	Достигнуто при тяжелой степени тяжести улучшение сознания по шкале Глазго до 10 баллов и выше и повышение ПТИ до 60% и выше.	2	B

# Список литературы

1. Вирусные гепатиты / К.В.Жданов, Ю.В.Лобзин, Д.А.Гусев, К.В. Козлов.- СПб.: Фолиант, 2011.-304 с.
2. Горячева Л.Г., Рогозина Н.В., Мамаева В.А. Перинатальный вирусный гепатит С и возможности его лечения. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014, т.18, № 3, С.4-8.
3. Ивашкин В.Т., Павлов Ч.С. Фиброз печени: Монография. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 168 с.
4. Каганов Б.С и др. Критерии диагностики и клинического течения цирроза печени у детей// Инф.болезни, 2008.-т.6, №3. - С.14-21
5. Лобзин Ю.В., Горячева Л.Г., Рогозина Н.В. Возможности и перспективы лечения хронического гепатита С у детей и взрослых. Ж. Медицина- экстремальных ситуаций 2015 №2, С. 8-16.
6. Новые возможности диагностики и перспективы лечения поражений печени у детей// Лобзин Ю.В., Горячева Л.Г., Рогозина Н.В. и др. - Журн.Инфектологии. 2010 - т.2,- №2,-С.6-13.
7. Павлов Ч.С., Глушенков Д.В., Ивашкин В.Т. Современные возможности эластометрии, фибро- и акти-теста в диагностике фиброза печени // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2008. — Т. 18, № 4. - С. 43-52.
8. Павлов Ч.С., Котович М.М. Место биопсии и морфологического исследования ткани печени у детей и взрослых в практике клинициста // Клин. мед. — 2007. - Т. 85, № 9. - С. 72-77
9. Романцов М.Г.,Горячева Л.Г., Коваленко А.Л. Противовирусные и иммуномодулирующие препараты в детской практике// Руководство для врачей /Науч.ред. Т.В.Сологуб, Ф.И.Ершов// СПб, 2008.-123с.
10. Сенягина Н.Е., Лаврова А.Е., Зорин В.В., Галова Е.А. Факторы риска перинатальной передачи вирусного гепатита С. – Медицинский альманах. – 2011. - № 4 (17). – с.34-36.
11. Течение хронического гепатита С и распространенность внепеченочных проявлений у детей./Н.В.Рогозина, Л.Г.Горячева, И.В.Шилова и др. -Ж. Эпидем.и инф. болезни.Актуальные вопросы. №5, 2012, С.34-39
12. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Смирнов В.А. Инфекционная гепатология : руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа,

13. Шахгильдян И.В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов, Г.Г.Онищенко // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 384с.
14. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J. Hepatol.*, 2011, 55, 245-264.
15. Bortolotti F., Indolfi G., Zancan L. et al. Management of chronic hepatitis C in childhood: the impact of therapy in the clinical practice during the first 2 decades. *Dig. Liver Dis.*, 2011, 43, 325-329.
16. El-Shabrawi M.H., Mohsen N.A., Sherif M.M. et al. Noninvasive assessment of hepatic fibrosis and necroinflammatory activity in Egyptian children with chronic hepatitis C virus infection using FibroTest and ActiTest. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2010, 22, 946-951.
17. Goodman Z.D., Makhlof H.R., Liu L. et al. Pathology of chronic hepatitis C in children: liver biopsy findings in the Peds-C Trial. *Hepatology*, 2008, 47, 836-843.
18. Pembrey, L. The management of HCV infected pregnant women and their children European paediatric HCV network. // *J Hepatol.* – 2005. – Vol. 43, №3. – P. 515-25.
19. Yeung L.T., Roberts E.A. Current issues in the management of paediatric viral hepatitis. *Liver Int.*, 2010, 30, 5-18.
20. Lok A.S.F. New All-Oral HCV Therapies for Genotype 1: A Final Good-bye to Interferon // *Clinical Liver Disease*. 2014. № 3. P. 10.

# Приложение А1. Состав рабочей группы

Клинические рекомендации «Острый вирусный гепатит С у детей» разработаны сотрудниками отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени ФГБУ НИИДИ ФМБА России.

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Горячева Лариса Георгиевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, руководитель отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени, д.м.н., ведущий научный сотрудник.	197022, СПб, ул. проф. Попова, д.9	8 (812) 234-34-16
Шилова Ирина Васильевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, научный сотрудник отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени, к.м.н.	197022, СПб, ул. проф. Попова, д.9	8 (812) 234-34-16
Грешнякова Вера Александровна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, младший научный сотрудник отдела вирусных гепатитов и заболеваний печени	197022, СПб, ул. проф. Попова, д.9	8 (812) 234-34-16

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

- **Методология**

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных.

- **Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:**

- доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)). Глубина поиска составляла 5 лет.

- **Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:**

- консенсус экспертов;

- оценка значимости в соответствии с уровнями достоверности доказательств и уровнями убедительности рекомендаций.

- **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. врач-анестезиолог-реаниматолог;
2. врач-бактериолог;
3. врач-вирусолог;
4. врач-дезинфектолог;
5. врач здравпункта;
6. врач-инфекционист;
7. врач клинической лабораторной диагностики;
8. врач - клинический фармаколог;
9. врач-лаборант;
10. врач-невролог;
11. врач общей практики (семейный врач);
12. врач-паразитолог;
13. врач-педиатр;
14. врач-педиатр городской (районный);
15. врач-педиатр участковый;

16. врач по медицинской профилактике;
17. врач по медицинской реабилитации;
18. врач приемного отделения;
19. врач-терапевт;
20. врач-терапевт подростковый;
21. врач-терапевт участковый;
22. врач-эпидемиолог.

Клинические рекомендации «Острый гепатит С у детей» предназначены для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

Клинические рекомендации «Острый гепатит С у детей» разработаны для решения следующих задач:

- проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
  - установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных острым гепатитом С;
  - унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи детям больным острым гепатитом С;
  - обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
  - разработка стандартов медицинской помощи и обоснование затрат на ее оказание;
  - обоснование программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
  - проведение экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
  - выбор оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
  - защита прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.
- **Таблица П1. Уровни достоверности доказательств с указанием использованной классификации уровней достоверности доказательств**

Уровни доказательств	Описание
----------------------	----------

1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

- **Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций с указанием использованной классификации уровней убедительности рекомендаций**

Сила доказательств	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
<b>C</b>	Группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
<b>D</b>	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

- **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

- рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

- Уровни убедительности рекомендаций (A-D), уровни достоверности доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

- **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Мониторинг клинических рекомендаций (анализ использования клинических рекомендаций, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в клинические рекомендации осуществляет ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Обновление последней версии клинических рекомендаций осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в 3 года.

Система ведения клинических рекомендаций предусматривает взаимодействие Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства» со всеми заинтересованными организациями.

Экспертизу клинических рекомендаций проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке рекомендаций. Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения клинических рекомендаций.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта клинических рекомендаций.

По результатам экспертизы Рабочая группа составляет сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме (табл 3), оформляет окончательную редакцию рекомендаций, организует обсуждение и вносит на утверждение профессиональной медицинской ассоциации.

Таблица 3. Форма оформления сводной таблицы предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований



Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

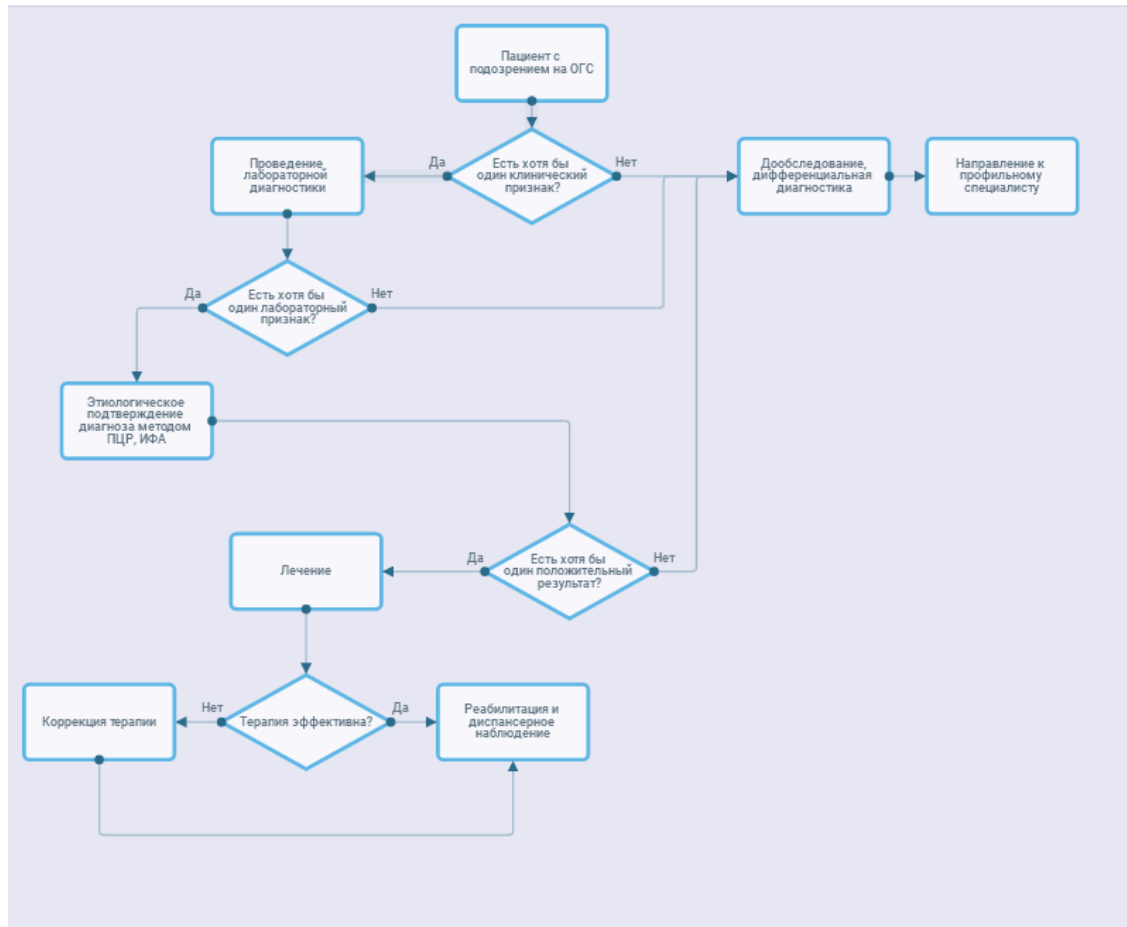
## Приложение А3. Связанные документы

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрирован в Минюсте РФ 25 августа 2010 г., регистрационный №18247;
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»( Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);
4. Приказ Минздравсоцразвития России № 1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012г. № 521н “Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями”, зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный №24867;
6. **Приказ Минздрава России от 10.12.2013. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»;**
7. Приказ Минздрава России № 408 от 12.07.1989г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране»;
8. Санитарно-эпидемиологические правила МЗРФ 2000г. «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами»;
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2011 г. N 51н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"
10. Приказ Минздрава РФ от 09.11.2012 г. № 826н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям

- при вирусном гепатите С легкой степени тяжести»(Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.03.2013 № 27715);
11. Приказ Минздрава РФ от 09.11.2012 N 827н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при остром вирусном гепатите С средней степени тяжести" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 04.02.2013 N 26798
  12. Санитарно-эпидемиологические правила - СП 3.1.3112-13 - "Профилактика вирусного гепатита С».

КР337. Болевой синдром (БС) у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи  
(<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/886>)

# Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



# Приложение В. Информация для пациентов

Вирус гепатита С является основной причиной развития цирроза и опухоли печени.

Вирусный гепатит С (ВГС) относится к антропонозным не трансмиссивным кровяным вирусным инфекциям. Источниками являются больные всеми формами острого и хронического ВГС, наибольшую опасность представляют хронические латентные носители вируса, число которых увеличивается ежегодно в 2-3 раза. Механизм заражения парентеральный (при попадании инфицированной вирусом крови в кровь заболевшего). Это может произойти в медицинских учреждениях при переливании крови, плазмы, при использовании инфицированного (плохо обработанного) медицинского инструментария во время обследования, лечения у стоматолога и других медицинских манипуляциях. В настоящее время наиболее распространен немедицинский парентеральный путь - инфицирование при внутривенном введении наркотических веществ. Возможны и другие пути передачи инфекции в быту - гемоконтактный (через зубные щетки, расчески, бритвенные и другие парикмахерские и косметические инструменты, при пирсинге и татуаже), редко половой и до 5% - перинатальный от больной матери ребенку.

Инкубационный период при ВГС от 28 до 56 дней. Наиболее ярким симптомом заболевания является желтуха - желтушное прокрашивание кожи, склер, слизистых полости рта. Однако этот симптом встречается не всегда, поэтому надо обращать внимание на другие наиболее часто встречающиеся признаки гепатита - недомогание, слабость, снижение аппетита, состояние дискомфорта, тошнота, боли в животе, иногда в правом подреберье. При осмотре больного врач может выявить увеличение печени и селезенки. Но все эти клинические симптомы не специфичны и встречаются при многих заболеваниях. Однако, учитывая эпидемиологические данные о контактах и рисках инфицирования, выявленные жалобы и клинические проявления, ВГС может быть заподозрен. Окончательное подтверждение диагноза возможно только при проведении лабораторных методов обследования.

Скрининговым методом подтверждения диагноза является обнаружение в крови антител классов IgM, IgG к HCV, спектра антител (core, NS-3, NS-4, NS-5). Но основным маркером, подтверждающим HCV-инфекцию, является выявление РНК-HCV методом ПЦР с определением генотипа вируса. Знание этих данных очень важно не только для установления окончательного диагноза, но и ведения больного, выбора тактики терапии и дальнейшей его реабилитации. Больной должен быть обследован на все эти маркеры и пройти ультразвуковое исследование брюшной полости, а при наличии показаний и другие исследования (эзофагофиброгастроскопию, эластографию печени, КТ/МРТ печени). Поэтому ребенок с подозрением или впервые установленным в амбулаторных условиях диагнозом ВГС нуждается в госпитализации. В стационаре он получает лечение и определяется дальнейшая тактика ведения. Выписка из стационара проводится, как правило, через 15-25 дней от начала болезни. Посещение детских дошкольных учреждений, школ разрешено при полной нормализации биохимических показателей.

Острая фаза ВГС может закончиться выздоровлением со стабильным исчезновением РНК-HCV. Однако в большинстве случаев она сменяется латентной фазой с длительным персистированием вируса. Возможно формирование хронического гепатита, особенно при безжелтушных формах болезни. Поэтому больным, перенесшим ВГС обязательно соблюдение режима, диеты (стол 5) и диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев с клиническим и лабораторным обследованием крови через 1, 3 и 6 мес. В случаях затяжного течения болезни сроки диспансерного наблюдения определяются индивидуально. Проведение профилактических прививок разрешается не ранее, чем через 1 мес. от момента выздоровления, занятия спортом – через 3-6мес.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц в очаге не организовываются, но проводится заключительная дезинфекция после госпитализации больного, осмотр контактных с определением АлТ, анти-HCV, РНК HCV с дальнейшим медицинским наблюдением в течение 6 мес. Осмотр врача и контроль АлТ, анти-HCV, РНК HCV - 1 раз в 2 мес.

Специфической профилактики в настоящее время нет. Имеются сообщения о разрабатываемой вакцине, создаваемой на основе рекомбинантных белков E1 и E2. Активная

профилактика наркомании, действенная санпросветработа, выявление скрытых источников ВГС могут принести положительные результаты в профилактике этого заболевания.

# Приложение Г.

Признак	Характеристика	Сила*
<b>Преджелтушный период</b>		
Гриппоподобный синдром	Субфебрильная лихорадка, умеренная гиперемия в зеве, признаки о.ринофарингита, боли в мышцах.	D
Астено-вегетативный синдром	Головная боль, слабость, сонливость.	D
Диспептический синдром	Снижение аппетита, тошнота, рвоты, «горечь» во рту, боли в животе, умеренно выраженная дисфункция ЖКТ- разжиженный стул или запор	D
Гепатомегалия	Увеличение размеров печени и ее плотности	C
Спленомегалия	Увеличение размеров селезенки и ее плотности	C
Холурия	У детей выявляется за 2-3 дня до появления желтухи.	B
Ахолия	Появление сначала «пятнистого», а затем ахолического стула.	B
<b>Желтушный период</b>		
Желтушность кожи и склер	Неяркая желтуха	B
Интоксикация	Сохраняются или нарастают симптомы интоксикации на фоне появления желтухи	D
Гепатомегалия	Увеличение размеров печени и ее плотности	C
Спленомегалия	Сохраняется	C
Холурия	Сохраняется	B
Ахолия	Стойко ахоличный стул	B

**Примечание:** \* – Оценка силы рекомендаций в соответствии с уровнями убедительности рекомендаций (Приложение А2).

## Приложение Г2. Критерии лабораторной оценки степени тяжести ОГС

Признак	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень Тяжести
Уровень общего билирубина	До 85-100 мкмоль/л	100-170 мкмоль/л	170-200 мкмоль/л и более
Протромбиновый индекс	До 80%	80-60%	60-40%, при крайне тяжелой форме - менее 40%



Уровень повышения аминотрансфераз (АлТ)	До 500 ед/л (до 10 норм)	До 1000 ед/л (10-20 норм)	Более 1000 ед/л (более 20 норм)
--	-----------------------------	------------------------------	------------------------------------

## Приложение Г3. Критерии оценки степени тяжести ОГС по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легко выраженная слабость, тошнота, снижение аппетита, 3-5 дней	Умеренно выраженная, 5-7 дней	Ярко выраженная, апатия, сонливость или возбуждение, головокружение, усиление анорексии, тошноты, рвоты, нарастание мышечной слабости, более 15 дней
Интенсивность и длительность желтушности кожи	Слабо или умеренно выраженная, не более 5-7 дней	Умеренно выраженная 7-10 день.	Интенсивно выраженная, может прогрессировать на фоне нарастания интоксикации, 20-35 дн.и более.
Лихорадка	Отсутствует	Субфебрильная в течение 2-5 дней преджелтушного периода.	Появление фебрильной температуры на фоне развития и прогрессирования желтухи
Тахикардия	Отсутствует	Отсутствует, склонность к брадикардии	Появление на фоне развития и прогрессирования желтухи
Размеры печени	В норме, либо увеличены до 2см	Увеличены на 2-4см	Увеличены на 4-6 см. Резкое уменьшение размеров на фоне прогрессирования болезни, болезненность ее края

## Приложение Г4. Критерии лабораторного подтверждения диагноза ОГС

Показатели	Критерии	Сила*
АлТ, АсТ	Выявление повышенного уровня аминотрансфераз в сыворотке указывает на цитолиз гепатоцитов, а коэффициент де Ритиса < 0,7 (соотн. АсТ:АлТ) - за острую фазу болезни	В
Билирубин общий и его фракции	Выявление повышенного уровня общего билирубина в сыворотке с преобладанием прямой фракции указывает на нарушение билирубинового обмена (конъюгации и в большей степени экскреции) в печени	В
ЩФ, холестерин	ГГТП, выявление повышенного уровня данных показателей свидетельствует о холестазе	С

Общий белок, альбумин, фибриноген, ПТИ	Снижение данных показателей указывает на нарушение белково-синтетической функции печени	B
Уробилин, желчные пигменты мочи	Появление в моче указывает на нарушение пигментного обмена и внутрипеченочный холестааз, что является характерным для начала желтушного периода	B
Стеркобилиноген	Исчезновение из кала указывает на нарушение пигментного обмена и внутрипеченочный холестааз, что является характерным для начала желтушного периода	B
Анти-HCVIgG	Появляются через 1-2 мес. после инфицирования и сохраняются пожизненно.	A
Анти-HCV IgM	Показатель острого процесса, однако при остром ГС могут отсутствовать, а появляться у больных ХГС.	A
РНК-HCV	Наиболее чувствительный показатель репликации, может быть обнаружен как при острой, так и при хронической форме в сыворотке крови и в биоптатах печени	A

**Примечание: \* – Оценка силы рекомендаций в соответствии с уровнями убедительности рекомендаций.**

## Приложение Г5. Возможные исходы острого ВГС и их характеристика

Наименование исхода	Частота регистрации в %	Критерии и признаки исхода при данной модели пациента	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи при данном исходе
Компенсация функции	10-15%	Выздоровление, отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение требуется
Затяжное течение инфекции	5-10%	Сохранение РНК в крови, АлТ норма или повышена до 1,5-2 нор	В течение 2-3 мес. от начала болезни	Оказание медицинской помощи по протоколу «Острого вирусного гепатита С»
Развитие хронического течения инфекционного процесса	70-80%	Сохранение в крови повышенного уровня АлАТ, РНК HCV	Через 6 мес.	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (ХГС)
Развитие ятрогенных осложнений	0,1%	Появление новых поражений (осложнений), обусловленных проводимой терапией	На этапе лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)
Развитие нового заболевания, связанного с основным (осложнение)	5%	Развитие/обострение воспалительных заболеваний ЖВП и ЖКТ	Через 1-6 мес. после окончания лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания (осложнения)

# Приложение Г6. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемых для лечения детей больных вирусным гепатитом С

Лекарственная группа	Лекарственные средства	Показания	Уровень* доказательност
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс	Калия хлорид+ Кальция хлорид+ Магния хлорид+ Натрия ацетат+ Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Меглюмина натрия сукцинат	С целью дезинтоксикации	2+
	Калия хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Натрия хлорида раствор сложный (Калия хлорид + Кальция хлорид + Натрия хлорид)	С целью дезинтоксикации	2+
Другие ирригационные растворы	Декстроза	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов	Натрия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
	Калия хлорид	Восполнение электролитных нарушений	2+
Глюкокортикоиды	Преднизолон	При тяжелой форме ОВГС с выраженным цитолитическим синдромом с противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью	2+
	Дексаметазон	При тяжелой форме ОВГС с выраженными проявлениями цитолиза, гипербилирубинемии, отеке паренхимы печени и желчевыводящих путей, при лекарственной аллергии и неврологических осложнениях	2+
Кровезаменители и препараты плазмы крови )	Альбумин человека	При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГС при признаках нарушения гемостаза и белково-синтетической функции, отеке.	2+

Свежезамороженная плазма		При среднетяжелой и тяжелой форме ОВГС при признаках нарушения гемостаза и белково-синтетической функции, отеках	2+
Инсулины короткого действия и их аналоги для инъекционного введения	Инсулин растворимый [человеческий генно-инженерный]		
Папаверин и его производные	Дротаверин Папаверин	С целью снятия спазма и уменьшения отечности паренхимы печени и желчевыводящих путей	2+
Осмотические Слабительные средства	Лактулоза	При нарушении моторики кишечника, запорах, а также при появлении признаков энцефалопатии	2+
Адсорбирующие кишечные препараты другие	Смектит диоктаэдрический	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
	Лигнин гидролизный		2+
Противодиарейные микроорганизмы	Бифидобактерии бифидум	При нарушении дисбиоза кишечника с развитием диспепсических проявлений	2+
Ферментные препараты	Панкреатин	В острую фазу болезни при нарушениях функции ЖКТ (симптомы гастрита, панкреатита) для коррекции панкреатической недостаточности	2+
	Панкреатин + Диметикон		
Стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта	Метоклопрамид Домперидон	С целью купирования тошноты и рвоты	2+
Препараты желчных кислот	Урсодезоксихолевая кислота	Длительно сохраняющийся холестатический и цитолитический синдром	2+
Препараты для лечения заболеваний печени	Глицирризиновая кислота+ Фосфолипиды	Длительно сохраняющийся цитолитический синдром	2+
Прочие препараты для лечения заболеваний ЖКТ и нарушений обмена веществ	Тиоктовая кислота	Длительно сохраняющийся цитолитический синдром у пациентов с нарушением жирового обмена (избыточная масса тела, гиперлипидемия).	2+
Производные нитроимидазола	Метронидазол	При среднетяжелой и тяжелой форме острого ВГС с длительным холестазом, с лечебной и профи-лактической целью осложнений (холангита, холецистита и др.)	2+

Цефалоспорины 1-го поколения	Цефазолин	При среднетяжелой и тяжелой форме острого ВГС с длительным холестазом для профилактики генерализации бактериальной или грибковой флоры.	2+
Цефалоспорины 3-го поколения	Цефтриаксон	При среднетяжелой и тяжелой форме острого ВГС с длительным холестазом для профилактики генерализации бактериальной или грибковой флоры.	2+
Антибиотики	Рифаксимин, Канамицин	При тяжелой форме ОВГС, осложненной острой печеночной недостаточностью для подавления бактериальной флоры ЖКТ, продукции аммиака в кишечнике и профилактики печеночной энцефалопатии.	2+
Производные полиена	Нистатин	При тяжелой форме ОВГС с длительным холестазом для профилактики генерализации грибковой флоры.	2+
Производные триазола	Флуконазол	При тяжелой форме ОВГС с длительным холестазом для профилактики генерализации грибковой флоры.	2+
Аминокислоты	Аминокапроновая кислота	При тяжелой форме ОВГС, осложненной острой печеночной недостаточностью и нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	2+
Ингибиторы протеиназ плазмы	Апротинин	При тяжелой форме ОВГС, осложненной нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	2+
Витамин К и другие гемостатики	Витамин К	При тяжелой форме ОВГС, осложненной острой печеночной недостаточностью и нарушением белково-синтетической функции для профилактики и лечения геморрагического синдрома и ДВС	2+
Ингибиторы протонового насоса	Омепразол	При тяжелой форме ОВГС для профилактики стрессовых язв.	2+
Другие препараты для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ГЭРБ	Висмута трикалия дицитрат	При тяжелой форме ОВГС для профилактики стрессовых язв.	2+
Сульфонамиды	Фуросемид	С целью нормализации диуреза	2+

Барбитураты и их производные	Фенобарбитал	При тяжелой форме ОВГС для профилактики и лечения печеночной энцефалопатии и судорожного синдрома	2+
Производные бензодиазепина	Диазепам	При тяжелой форме ОВГС для профилактики и лечения судорожного синдрома	2+
Другие препараты для общей анестезии	Оксибутират натрия	При тяжелой форме ОВГС для профилактики и лечения судорожного синдрома	2+
Другие иммуностимуляторы	Меглюминаакридонacetат	Клинические проявления затыж-ного (прогрессиентного) течения острого ГС. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
	Тилорон	Клинические проявления затыж-ного (прогрессиентного) течения острого ГС. Противопоказан детям до 4 лет, беременным, кормящим грудью, при повышенной чувствительности к препарату	2+
Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Анилиды	Парацетамол	При повышении температуры более 38,0°C	2++
Производные пиперазина	Цетиризин	При развитии аллергической реакций и проявлении	1+
Другие антигистаминные средства системного действия	Лоратадин	При развитии аллергической реакций и проявлении	1+
Другие витаминные препараты	Витамин Е	Для усиления антиоксидической, антиоксидантной функции печени, активациииокислительно-восстано-вительных процессов в организме	1+
Интерфероны	Интерферон альфа-2а Интерферон альфа-2b Интерферон альфа	Клинические и лабораторные проявления затыж-ного (прогрессиентного) течения ВГС.	2+
Имуноглобулины нормальные человеческие	Имуноглобулин человека нормальный (специфический)	При тяжелой форме острого ВГС для предупреждения развития и купирования острой печеночной недостаточности	2+
Нуклеозиды и нуклеотиды – ингибиторы обратной транскриптазы	Рибаверин	Клинические проявления затыж-ного (прогрессиентного) течения острого ГС	2+

**Примечание:** \* – Уровень доказательности в соответствии с уровнями достоверности доказательств (Приложение А2).

Назначение антигистаминных препаратов, ферментов, антибиотиков, блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов, других противоязвенных препаратов, а также гепатопротекторов должно осуществляться строго по показаниям, избегая полипрогмазии. Этиотропная терапия может быть назначена как при остром так и и прогрессивном течении с целью профилактики хронизации процесса.