



**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Информационное  
сопровождение пациентов с ХВГС  
страховыми медицинскими организациями:  
инструмент повышения приверженности  
терапии и качества медицинской помощи.

**Старченко А.А. .**

Советник Генерального директора ООО «Капитал МС»,  
д.м.н., профессор





## Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ 3 декабря 2015 года:

Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС. Прошу Правительство обеспечить здесь самый строгий контроль.

### Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

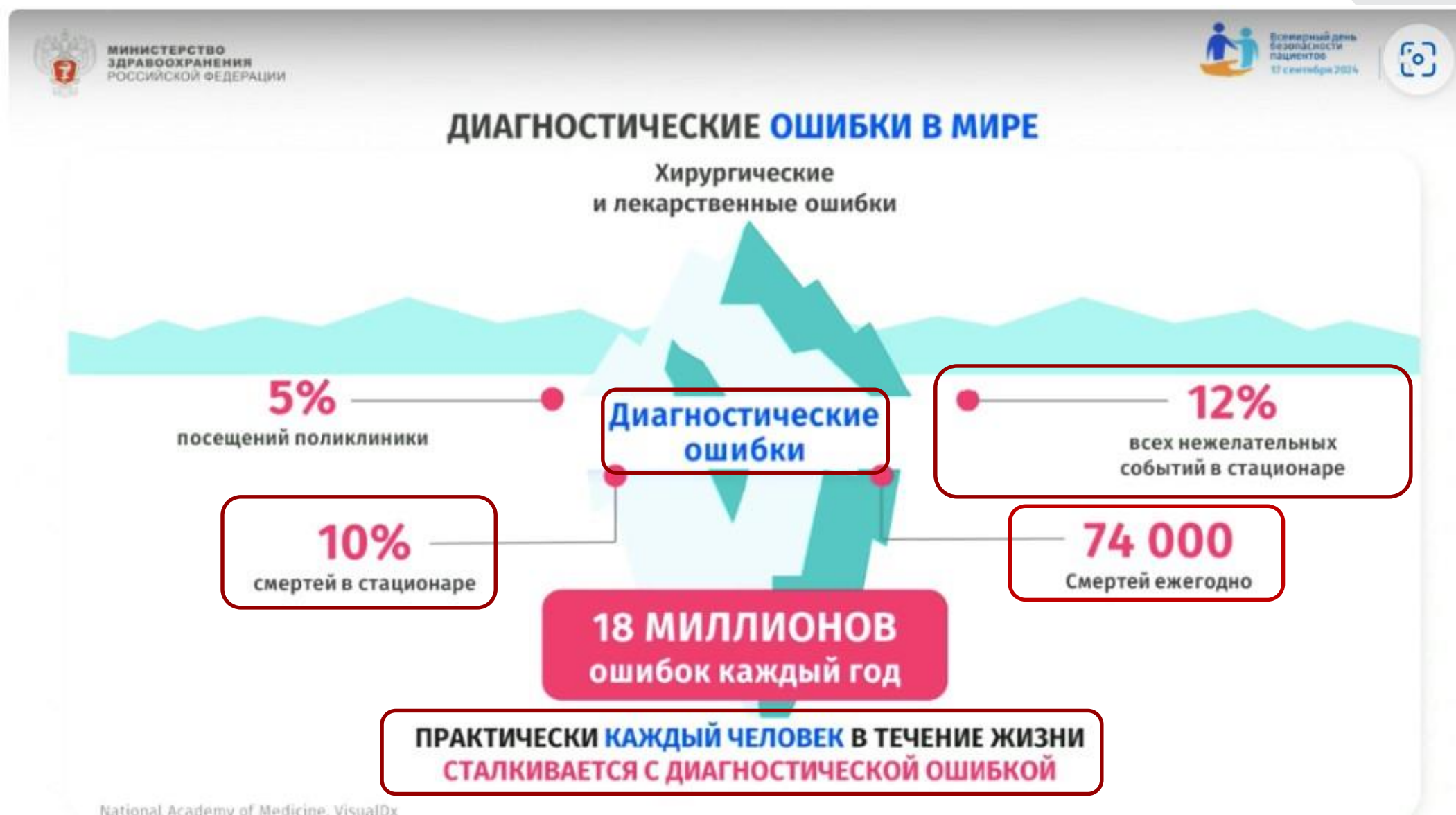
#### Статья 4. Основные принципы осуществления ОМС.

- Основными принципами осуществления ОМС являются:
  - 4) **государственная гарантия соблюдения прав** застрахованных лиц;

#### Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц.

- 1. Застрахованные лица имеют право на:
  - 1) бесплатное оказание им медицинской помощи при наступлении страхового случая;
  - 6) получение от Федерального фонда, территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций **достоверной информации** о видах, **качестве** и об условиях предоставления медицинской помощи;
  - 8) **возмещение страховой медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
  - 9) **возмещение медицинской организацией ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
  - 10) **защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.**

Министр здравоохранения проф. М.А. Мурашко  
Лекция о безопасности пациентов в Российском университете медицины МЗ РФ  
Всемирный день безопасности пациентов 18.10.24 г.





## ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК

### 63% Оценка состояния пациента

- Неверное проведение дифференциальной диагностики
- Несвоевременное назначение диагностики
- Неадекватная оценка
- Невозможность устранить обнаруженные отклонения

63%

Оценка состояния пациента

23%

Вовлеченность пациента

20%

Коммуникация с коллегами

### 23% Вовлеченность пациента

- Пациент не соблюдает назначенное лечение
- Пациент не отвечает на звонки или не пришел на прием

17%

Недостаток медицинской документации

13%

Проблемы с рабочим процессом или нагрузкой

### 20% Коммуникация с коллегами

- Отсутствие преемственности
- Нежелание ознакомиться с медицинской картой
- Отказы в передаче важной медицинской информации

### 17% Недостаток медицинской документации

- Касающихся клинических данных
- Пересмотра лечения
- Клинического обоснования

**Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) —  
серьезная проблема здравоохранения во всем мире**

**ХВГС - основная причина печеночной недостаточности, цирроза печени и  
гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).**

Помимо печеночных осложнений — цирроза и рака печени, — вирус гепатита С (ВГС) вызывает поражения других органов и систем, которые непосредственно связаны с вирусом и называются **внепеченочными проявлениями**.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подсчитала, что в 2015 г. 71 млн человек во всем мире жил с ХВГС, глобальная распространенность инфекции, оцениваемая по выявлению антител к ВГС, составляла 1%, при этом 399 тыс. человек умерли от цирроза печени (ЦП) или ГЦК.

Распространенность ХВГС в России оценивается в 4,1% (Озараса Р., Салмон-Церона Д., 2021).

**Согласно подсчетам ВОЗ на 2017 год, во всем мире приблизительно 40-85% инфицированных  
ВГС пациентов не знают о своем диагнозе.**



## 5 Вирусный гепатит

На эти две инфекции, которые могут вести к циррозу и печеночно-клеточному раку, приходится 96% всей смертности от вирусного гепатита. Коинфицирование гепатитом D или суперинфекция ускоряют течение хронического заболевания печени, но только у людей, живущих с гепатитом B. В этой главе представлены ключевые стратегические и оперативные сдвиги, необходимые для элиминации хронического вирусного гепатита B и C как угрозы общественному здоровью к 2030 г. (вставка 5.1), с указанием приоритетных целей, мер вмешательства и инноваций.

**Вставка 5.1. КЛЮЧЕВЫЕ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ И ОПЕРАТИВНЫЕ СДВИГИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА B И ВИРУСА ГЕПАТИТА C КАК УГРОЗЫ ОБЩЕСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ К 2030 Г.:**

- содействовать повышению осведомленности общественности и политических кругов о важности профилактики, тестирования и лечения вирусного гепатита B и C
- выделять больше финансовых ресурсов на вирусный гепатит B и C, которые могут включать внешнее стимулирующее финансирование и внутреннее финансирование за счет включения профилактики, тестирования и лечения вирусного гепатита в рамках национальных пакетов основных медицинских услуг
- расширять всеобщий доступ к получению вакцин против гепатита B при рождении и улучшать услуги по тестированию беременных женщин для предотвращения вертикальной (от матери ребенку) передачи гепатита B
- обеспечить продолжение инвестиций в первичную профилактику, включая повышение безопасности медицинских инъекций и процедур, комплексную профилактику, включая снижение вреда и другие научно обоснованные меры для потребителей инъекционных наркотиков, и вакцинацию против гепатита B для младенцев и групп риска

- существенно расширить доступ к тестированию на гепатит B и гепатит C, чтобы охватить людей, живущих с хронической инфекцией, вызванной вирусом гепатита B, и инфекцией, вызванной вирусом гепатита C, из которых более 80% и 90% соответственно в настоящее время не диагностированы
- существенно расширить доступ к лечению за счет использования существующих услуг на уровне общин и медицинских учреждений
- содействовать упрощению моделей предоставления услуг, которые включают децентрализацию тестирования и лечения гепатита B и C, в направлении медицинских учреждений более низкого уровня, включая центры первичной медико-санитарной помощи; интеграцию с другими услугами, такими как услуги по снижению вреда и услуги по ВИЧ; и разделение функций с оказанием помощи и лечения неспециалистами и средним медперсоналом
- устранить барьеры, с которыми сталкиваются наиболее пострадавшие и подверженные риску группы населения
- укреплять участие местных сообществ и гражданского общества и укреплять инновационные партнерства
- продвигать повестку дня в области исследований, уделяя особое внимание разработке стратегий излечения вируса гепатита B и профилактической вакцины против гепатита C

**ВОЗ: «Глобальные стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ, вирусному гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем, на 2022–2030 гг.»**

В пятой главе «Вирусный гепатит» программного документа ВОЗ (2022) представлена глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту, сосредоточенная главным образом на хроническом вирусном гепатите B и C: **на эти две инфекции, которые могут вести к циррозу и печеночно-клеточному раку, приходится 96% всей смертности от вирусного гепатита. К ключевым стратегическим и оперативным сдвигам, необходимым для элиминации вируса гепатита C, как угрозы общественному здоровью к 2030 г. ВОЗ относит и такие, которые могут успешно разрешены в РФ**

**с участием страховых представителей системы ОМС:**

- **содействие повышению осведомленности общественности о важности профилактики, тестирования и лечения вирусного гепатита;**
- обеспечение продолжения инвестиций в первичную профилактику, включая повышение безопасности инъекций и процедур;
- **существенное расширение доступа к лечению;**
- содействие упрощению моделей предоставления услуг и разделение функций с оказанием помощи и лечения неспециалистами и средним медперсоналом;
- **устранение барьеров, с которыми сталкиваются пациенты и подверженные риску группы населения;**
- укрепление участия местных сообществ и гражданского общества и укрепление инновационных партнерств.

**К целевым показателям воздействия и охвата, целям и основным этапам борьбы с вирусным гепатитом к 2030 г. ВОЗ отнесены:**

**- ежегодное снижение числа новых случаев инфицирования гепатитом С:**

2025 год – 13 на 100 тыс. населения; 2030 г. – 5 на 100 тыс. населения;

**- ежегодное число смертельных исходов, вызванных гепатитом С:**

в 2025 г. - смертей 3 на 100 тыс.; в 2030 г. - смертей 2 на 100 тыс.;

**- увеличение части (%) людей, излеченных от гепатита С:**

**в 2025 г.:** - диагностированных - 60%; излеченных - 50%; **в 2030 г. - диагностированных 90%; излеченных 80%.**



#### 5.1 Целевые показатели по вирусному гепатиту

В таблице 5.1 ниже представлены показатели воздействия и программного охвата, цели по воздействию и программному охвату, а также программные этапы в отношении вирусного гепатита.

Таблица 5.1. Показатели воздействия и охвата, цели и основные этапы борьбы с вирусным гепатитом к 2030 г.

**ВОЗ предлагает ряд мер для достижения приведенных выше целевых показателей в борьбе с ХВГС.**

#### 5.2.1 Мероприятия по оказанию услуг в связи с вирусным гепатитом

➤ Мера 61: полный комплекс услуг по борьбе с вирусным гепатитом

**Формирование приверженности к лечению** отнесено ВОЗ к важной мере (Мера 61 ВОЗ): полный комплекс услуг по борьбе с вирусным гепатитом; услуги должны быть организованы таким образом, чтобы способствовать раннему участию в уходе, максимальному удержанию пациентов в системе наблюдения и соблюдению ими схемы лечения.

**Мера 65 ВОЗ обязывает повысить осведомленность о необходимости тестирования** на вирусный гепатит В и С, расширить доступ к тестированию с помощью эффективных подходов, ориентированных на человека, и связать людей, которые проходят тестирование, с лечением и уходом. Неполная диагностика вирусного гепатита остается критическим препятствием на пути к элиминации вирусного гепатита как угрозы общественному здоровью. Следует значительно активизировать информационно-просветительские кампании по информированию эндемичных групп населения и групп риска и работников здравоохранения о важности тестирования.

**Мера 69 ВОЗ обращает внимание на прогрессирование хронического вирусного гепатита С в первичный рак печени. В отсутствие эффективного лечения у 20-30% людей с хроническим вирусным гепатитом С развивается цирроз печени**, и они подвержены риску развития рака печени. Рак печени остается одним из ключевых факторов смертности от вируса гепатита С, связанным с печенью, и необходимо срочно усовершенствовать практику регулярного скрининга на первичный рак среди людей с хроническим вирусным гепатитом С, подверженных риску прогрессирования заболевания. Необходима также увязка лечения вирусного гепатита с усилиями по профилактике, контролю и лечению рака.

#### 5.2.2 Мероприятия по борьбе с вирусным гепатитом для усиления интеграции и связей с другими областями здравоохранения

➤ Мера 69: хронический вирусный гепатит В и С и первичный рак печени (дополняет общую меру 9).

5.4 Стратегическое направление 3. Готовить и использовать данные для принятия обоснованных решений по действиям

**Мера 75 указывает на развитие информационных систем здравоохранения по вирусному гепатиту.**

Необходимо инвестировать в укрепление информационных систем по вирусному гепатиту и их более полную интеграцию в более широкие информационные системы здравоохранения, в т.ч. в страховые медицинские информационные системы.

» Мера 75: информационные системы здравоохранения по вирусному гепатиту (дополняет общую меру 32).

5.5 Стратегическое направление 4. Вовлекать сообщества с расширенными возможностями и гражданское общество

**Мера 76 отмечает роль лидерства медицинских страховых институтов, общин, гражданского общества в борьбе с вирусным гепатитом.**

Необходимо задействовать и поддерживать людей, живущих с вирусным гепатитом, и сообщества с тем, чтобы они играли центральную роль в усилиях по элиминации вирусного гепатита посредством информационно-разъяснительной деятельности, разработки политики, исследований, предоставления услуг, а также мониторинга и оценки. **Конструктивное участие людей, живущих с вирусным гепатитом, сообществ и гражданского общества способствует повышению осведомленности о гепатите С и принятию справедливых ответных мер на вирусный гепатит и является ключом к эффективной борьбе со стигматизацией, дискриминацией, социальной маргинализацией и гендерным насилием, с которыми сталкиваются люди, живущие с вирусным гепатитом, и лица, подвергающиеся риску. Стигматизация и дискриминация принимают различные формы в отношении вируса гепатита С** и должны рассматриваться как отдельные вопросы. Некоторые из этих барьеров могут быть преодолены путем адаптации существующих моделей предоставления услуг для удовлетворения потребностей затронутых групп населения. Другие могут потребовать пересмотра и реформирования определенных законов, положений и мер политики, ограничивающих доступ к услугам здравоохранения. Дискриминация людей на основе диагностированного у них гепатита может ограничить их возможности трудоустройства и препятствовать их способности получить доступ к медицинским услугам и улучшить качество жизни.

» Мера 76: лидерство общин и гражданского общества в борьбе с вирусным гепатитом

## **Проект**

**«Информационное сопровождение застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию о правах и законных интересах на надлежащие меры профилактики, диагностики и лечения хронического вирусного гепатита С»**

**Соглашение о реализации Проекта заключается с целью обеспечения прав застрахованных лиц по ОМС на надлежащее качество оказания медицинских услуг по профилактике, диагностике, диспансерному наблюдению и лечению хронического гепатита С в соответствие с законодательными и нормативными актами РФ и целями федерального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания.**

**Вирусный гепатит С является одной из актуальных проблем здравоохранения в Российской Федерации.**

Общее количество больных с ХВГС в РФ по показателям 2023 года составило 688 307 человек.

При этом в 2024 году зафиксирован рост количества новых выявленных случаев гепатита С на 9,1%.

**27.02.2026 г. Председатель ФОМС И. Баланин:** в настоящее время почти **8,4 тысячи страховых представителей** разных уровней сопровождают застрахованных граждан., в т.ч. при ХВГС.

Распоряжением Правительства РФ от 02.11.2022 г. № 3306-р **утвержден план мероприятий по борьбе с ХВГС С на территории РФ до 2030 г.**, в котором имеются точки приложения системного взаимодействия профессиональных субъектов и участников системы ОМС – **усилий страховых представителей страховых медицинских организаций (СМО):**

1. **Разработка методических рекомендаций и наглядных материалов** для населения и медицинских работников по вопросам заражения и распространения ХВГС.
2. **Ведение разъяснительной работы с гражданами** по вопросам профилактики заражения и распространения хронического вирусного гепатита С с использованием методических рекомендаций и наглядных материалов.
3. **Проведение оценки эффективности лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.**
4. **Мониторинг случаев оказания медицинской помощи** в рамках обязательного медицинского страхования пациентам с хроническим вирусным гепатитом С, включая случаи назначения терапии хронического вирусного гепатита С и ее эффективности.

**Цель Федерального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания» - реализация мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С - снижение к 2030 году заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С не менее, чем на 15%, смертности не менее, чем на 20%.**

Проект предусматривает ведение регионального сегмента **Федерального регистра вирусных гепатитов** и своевременное внесение данных о пациентах с хроническим вирусным гепатитом С в соответствии с Правилами ведения Федерального регистра лиц с вирусными гепатитами, утв. постановлением Правительства РФ от 11.12.2023 г. № 2111. Указанными Правилами предусмотрены цели ведения регистра, **достижение которых может быть ускорено включением в их реализацию усилий страховых представителей СМО (п. 2):**

- а) информационное обеспечение и сопровождение граждан-застрахованных лиц** – доверителей и пользователей результатов деятельности исполнительных органов субъектов РФ в сфере охраны здоровья и медицинских организаций;
- б) обеспечение обратной связи от граждан-застрахованных лиц с целью корректировки и поддержки** принятия управленческих решений и управления ресурсами системы здравоохранения;
- в) участие в информационном взаимодействии субъектов и участников системы ОМС с целью обеспечения надлежащего качества и доступности медицинской помощи, соблюдения требований порядков оказания медицинской помощи, положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, правил проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, применения клинических рекомендаций, соблюдения сроков оказания медицинской помощи, определенных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

Реализуемый по инициативе Президента РФ с 2025 года **Федеральный проект «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания»** содержит мероприятия в области профилактики, лечения и мониторинга заболевания во всех регионах РФ, также имеет прикладные точки взаимодействия между органами управления здравоохранением субъектов РФ, территориальными фондами ОМС, медицинскими организациями и

**СМО в лице персональных страховых представителей:**

- контроль права пациентов с ХВГС на обеспечение полным курсом противовирусной терапии в условиях дневного стационара в рамках ОМС;
- контроль права пациентов с ХВГС на обеспечение лекарственными препаратами в амбулаторных условиях;
- формирование приверженности пациентов с ХВГС к достижению устойчивого вирусологического ответа (УВО), завершивших курс противовирусной терапии;
- участие в приверженности граждан в возрасте 25 лет и старше к выполнению **скрининговых исследований на антитела к гепатиту С один раз в 10 лет;**
- повышение приверженности к лечению участием в ведении региональных сегментов Федерального регистра вирусных гепатитов и своевременное внесение данных о пациентах с хроническим вирусным гепатитом С;
- участие в реализации мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С в субъектах РФ, минимизация рисков распространения данного заболевания.

**К целевым показателям Федерального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания», достижение которых потребует участия страховых представителей СМО,**  
**могут быть отнесены:**

- 1) **достижение устойчивого вирусологического ответа (УВО) у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С,** завершивших курс противовирусной терапии и получивших полный курс противовирусной терапии, по результатам контрольных исследований не менее, чем через 12 недель после завершения лечения: доля пациентов, излечившихся от хронического вирусного гепатита С обеспеченными лекарственными препаратами:  
**- к 2030 году - 95% эффективность лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом С;**
- 2) **проведение скрининговых исследований на антитела гепатиту С граждан в возрасте 25 лет и старше один раз в 10 лет** путём определения суммарных антител к вирусу гепатита С в крови в рамках диспансеризации: охват скринингом на наличие антител к вирусному гепатиту С у граждан в возрасте 25 лет и старше  
**- к 2030 году 7,52%.**

**Охват терапией пациентов с ХВГС в 2025 году вырос более чем в 1,5 раза — более 107 тыс. человек получили противовирусное лечение.**

**В 2026 году Минздрав РФ планирует пролечить вдвое больше пациентов.** как сообщил министр здравоохранения РФ М. Мурашко на V Национальном экспертном совете по элиминации вирусных гепатитов.

**Доля пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, обеспеченных лекарствами, составила 7,9%, доля излечившихся достигла 97,4%.**

Более, чем **вдвое в 2025 году был увеличен охват скринингом на наличие антител к гепатиту С, он достиг 16,7%**, увеличилось количество выявленных случаев заболевания — до 40 человек на 100 тыс. населения при запланированном показателе в 31 человека (глава Комитета Госдумы РФ по охране здоровья С. Леонов).

**Основными препятствиями для скрининга и диагностики вирусного гепатита С являются:**

- 1) недостаточные информированность и понимание сути инфекции, вызванной ВГС, ее прогрессирования и лечения среди населения в целом и среди медицинских работников;
- 2) высокий уровень стигматизации, дискриминации и социальной маргинализации людей с вирусным гепатитом или подверженных риску его развития;
- 3) ограниченность данных об эпидемиологической ситуации;
- 4) низкая лабораторная доступность;
- 5) кадровый дефицит подготовленного медперсонала.

**Современная противовирусная терапия противовирусными препаратами прямого действия (ПППД) позволяют добиться частоты излечения более 95% при небольшой продолжительности лечения от 8 до 12 недель и благоприятном профиле безопасности.**

Схемы лекарственной терапии ПППД позволяют лечить всех пациентов, в том числе с редкими генотипами вируса. Однако **необходима тщательная оценка состояния пациента перед началом лечения**: следует оценить стадию заболевания печени, функции почек, внепеченочные проявления и возможные лекарственные взаимодействия.

**Коинфекция ВГВ и ВГС** — серьезное вирусное заболевание, которое может привести к развитию более тяжелых форм патологии печени и повышенной частоте развития ГЦК по сравнению с моноинфекцией ВГС: на основании данных 1245 пациентов с инфекцией, вызванной ВГС, обнаружили:

- **фиброз печени 3-й или 4-й стадии был зарегистрирован у 84,6%** пациентов с коинфекцией ВГВ/ВГС,
- **29,9% пациентов с моноинфицированием ВГС.**

Средняя частота развития ГЦК составляет 3,7 на 100 человеко-лет среди пациентов с моноинфекцией ВГС, тогда как **среди коинфицированных пациентов ВГС и ВГС составляет 6,4 на 100 человеко-лет.**

Совокупный риск развития ГЦК через 10 лет составил 45% у коинфицированных пациентов по сравнению с 28% у контрольных моноинфицированных ВГС пациентов.

**Достижение излечения (устойчивый отрицательный вирусный ответ (УВО) приводит к существенному снижению смертности, заболеваемости и риска развития ГЦК (цит. по Озараса Р., Салмон-Церона Д., 2021).**

**ХВГС также должен рассматриваться как системное заболевание**, оказывающее значительное влияние на течение некоторых хронических заболеваний, таких как хроническая почечная недостаточность, инсулинорезистентность, диабет, гиперлипидемия, ишемическая болезнь сердца, аутоиммунные и лимфопролиферативные заболевания, при этом вирус может выступать как в качестве этиологического агента, так и в качестве отягчающего фактора.

**Уменьшение выраженности фиброза печени (с целью профилактики перехода в цирроз и ГЦК)**  
**— один из основных критериев эффективности лечения хронических заболеваний печени**

Ключевой тактикой профилактики и уменьшения выраженности фиброза является устранение причины повреждения печени: противовирусная терапия при ХВГС – **элиминация или стойкое подавление репликативной активности вируса.**

Значительный регресс фиброза наблюдался только у пациентов со стойким вирусологическим ответом (УВО).

**При этом ни у одного из пациентов с регрессом фиброза не развились осложнения цирроза ЦП** (асцит, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, энцефалопатия, гепатоцеллюлярная карцинома или необходимость в трансплантации печени).

**Элиминация вируса у больных ХВГС до развития цирроза печени снижает риск развития гепатоцеллюлярной карциномы практически до нуля,  
у больных на стадии цирроза почти в 2-2,5 раза!**

## **Категории лиц, подлежащие информационному сопровождению с целью повышения приверженности к лечению**

- пациенты с вновь выявленным гепатитом С, не получившие первичную консультацию инфекциониста;
- пациенты, не явившихся на очередную госпитализацию в дневной стационар;
- пациенты, закончившие лекарственное лечение и ожидающие в течение 12 недель выполнения контрольного лабораторного исследования УВО, о праве, возможности и месте получения услуг медицинской реабилитации по поводу фиброза/цирроза печени;
- пациенты, которым предстоит явиться на проведение контрольного лабораторного исследования УВО (направление сообщения за 3-4 дня до даты исследования);
- пациенты, не явившиеся на контрольное лабораторное исследование УВО;
- пациенты, которым по результатам контрольного лабораторного исследования УВО необходимо продолжить лечение/наблюдение;
- маломобильные пациенты с хроническим гепатитом С;
- пациенты с хроническим гепатитом С, получающие лечение в амбулаторных условиях по представлению профильной медицинской организации;
- пациенты с хроническим гепатитом С, направившие жалобу в страховую медицинскую организацию на доступность и качество оказываемой медпомощи.

**Категории лиц,  
имеющих первоочередной доступ к оказанию медицинской помощи в условиях дневного стационара по решению  
врачебной комиссии медицинской организации в соответствии с имеющимися медицинскими показаниями,  
клиническими рекомендациями и результатами оценки приверженности к лечению**

1. Участники СВО и члены семей участников СВО.
2. Медицинские работники.
3. Пациенты со злокачественными новообразованиями (перед и после хирургических вмешательств, перед началом, в течение и после проведения химиотерапии).
4. Пациенты с гепатитом В.
5. Пациенты с сахарным диабетом.
6. Пациенты центров гемодиализа и ВИЧ-центра.
7. Пациенты с рецидивом после трансплантации печени.
8. Женщины после выкидышей, у которых выявлен гепатит С, с целью профилактики невынашивания беременности.

***Справочно: безотлагательно терапию рекомендуется рассмотреть в первую очередь у пациентов  
(КР «Хронический вирусный гепатит С»(2021):***

- с исходом в цирроз печени (включая декомпенсированный цирроз печени);
- с выраженным фиброзом (F3 по METAVIR);
- с клинически значимыми внепеченочными проявлениями;
- с рецидивом ХВГС после трансплантации печени;
- с риском быстрого развития заболевания печени по причине сопутствующих заболеваний (хронический вирусный гепатит В, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет и др., после трансплантации других органов кроме печени).

## *Категории Онкологических больных*

1-я категория пациентов - свободные от вирусного гепатита С, реконвалесценты гепатита С;

2-я категория - лица с субклиническим течением инфекции без признаков субклинической дисфункции печени (СДП);

3-я категория лица с признаками субклинической дисфункции печени.

4-я категория - пациенты с **клинико-инструментальными признаками гепатита**, т.е. лица с клинически манифестным гепатитом.

### **Алгоритм терапии онкологических пациентов в соответствие с категориями :**

1) больные 1-й категории, не имеющие связанного с инфекцией вирусным гепатитом С риска развития неблагоприятных побочных эффектов химиотерапии, могут получать химиотерапию без каких-либо ограничений;

2) больные 2-й категории, имеющие сравнительно низкий риск развития побочных эффектов противовирусной терапии, практически всегда **могут получать необходимую химиотерапию**, но при двух условиях: а) отказе от применения препаратов с выраженной гепатотоксичностью и б) более тщательном мониторинге функции печени;

3) больным 3-й категории, имеющим средний риск развития побочных эффектов противовирусной терапии, вопрос о назначении химиотерапии должен решаться с учетом степени необходимости назначения избранной ХТ и ее соотношения с возможным риском развития осложнений – **индивидуально – по факту влияния химиотерапии на функцию печени**;

4) **проведение химиотерапии** больным 4-й категории, имеющим максимальный риск развития побочных эффектов противовирусной терапии, во всех случаях, из-за угрозы развития печеночной недостаточности, **должно быть отложено вплоть до полного завершения инфекционного процесса**, исчезновения признаков гепатита С и восстановления функций печени.

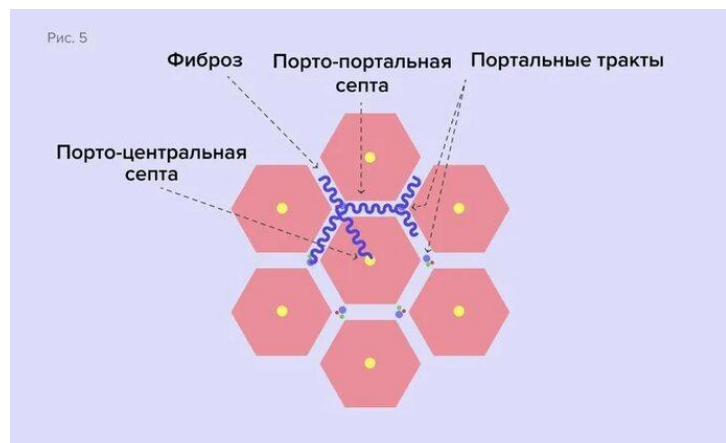
«Хронический гепатит С и его исходы: цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома» (Макашова В. и др., 2023)

- при использовании противовирусной терапии прямого действия все большее количество пациентов достигают УВО, что приводит к снижению риска развития карциномы печени на 50–80%.
- из 22 500 пациентов, получавших препараты прямого действия (ПППД) 86,7% имели излечение (УВО);
- цирроз был диагностирован у 39%;
- у 1,2% больных был зарегистрирован переход в карциному;
- **в сравнении с пациентами с УВО у пациентов без УВО риск карциномы печени был значительно выше (3,45 против 0,90 ГЦК/100 человеко-лет);**
- самая высокая ежегодная заболеваемость карциномой печени отмечена среди пациентов с циррозом печени (1,82 против 0,34 ГЦК/100 человеко-лет среди пациентов без цирроза печени);
- **у пациентов, у которых до начала лечения был цирроз печени с фиброзом > 3,25 баллов**, наблюдали более высокую годовую заболеваемость карциномы (3,66%), чем у больных с фиброзом < 3,25 баллов (1,16%);
- у пациентов с циррозом печени, получавших препараты прямого действия, годовой риск карциномы после УВО снизился до 2,4% к 4-му году;
- у пациентов, у которых до начала лечения не регистрировали цирроз, имели низкий риск развития карциномы;
- через 48 недель после окончания терапии доля больных с отсутствием фиброза увеличилась до 71,4%,
- доля больных с 4 стадией фиброза – уменьшилась до 2,9%, что свидетельствует о довольно быстром обратном развитии фиброза печени.

# Долгосрочный мониторинг фиброза

и стеатоза печени у больных хроническим гепатитом С после достижения устойчивого вирусологического ответа на противовирусную терапию

К.Р. Дудина\*, П.А. Белый, И.В. Маев, Н.Х. Сафиуллина, Е.А. Климова, С.А. Шутько, О.О. Знойко, Н.Д. Ющук



## Гистологическая оценка фиброза печени

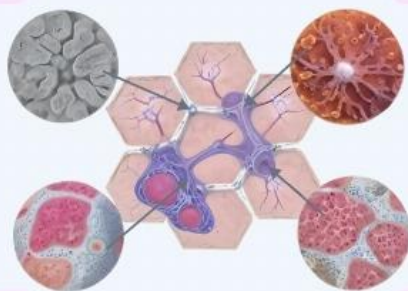


F1

F2

F3

F4

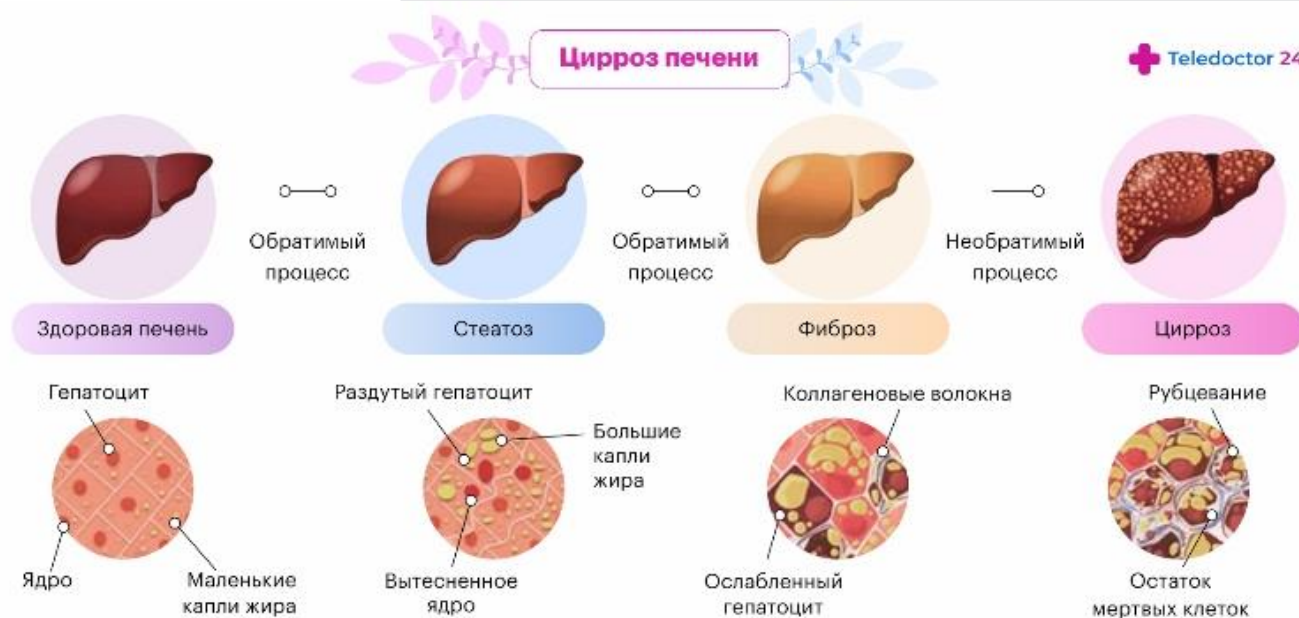


F0 – нет фиброза  
F1 – портальный фиброз без септ  
F2 – портальный фиброз с септами  
F3 – портальный фиброз с многочисленными септами  
F4 – цирроз (грубое нарушение архитектоники печени, ложные дольки, мостовидные фиброзы)

## Выводы

1. У больных ХГС после успешно проведенной ПВТ сохраняется риск прогрессии заболевания печени, обусловленный сопутствующим стеатозом печени. Несмотря на значительный регресс фиброза печени, после достижения УВО сохраняется высокая распространенность и выраженность стеатоза печени.

2. Наличие стеатоза печени у больных ХГС спустя годы после достижения УВО, преобладание при тяжелом поражении печени (F3–F4) доли лиц с сопутствующей жировой инфильтрацией печени подчеркивают важность сочетанного длительного мониторинга фиброза и стеатоза печени.



**ПЕРЕЧЕНЬ****ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ  
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ  
ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ**

| N<br>п/п | Код по<br>МКБ-<br>X          | Хроническое заболевание                                                                                                                                                    | Минимальная<br>периодичность<br>диспансерных приемов<br>(осмотров, консультаций)              | Контролируемые показатели<br>состояния здоровья в рамках<br>проведения диспансерного<br>наблюдения                                                                                                         | Длительность<br>диспансерного наблюдения                                           | Примечания                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 32       | K70.3<br>K74.3<br>-<br>K74.6 | Алкогольный цирроз печени<br>Первичный билиарный цирроз,<br>вторичный билиарный цирроз,<br>билиарный цирроз<br>неуточненный, другое и<br><b>неуточненный цирроз печени</b> | В соответствии с<br>клиническими<br>рекомендациями, <b>но не<br/>реже 1 раза в - 4 месяца</b> | <b>Отсутствие данных о ЗНО</b> по<br>результатам ультразвукового<br>исследования или компьютерной<br>томографии, или магнитно-<br>резонансной томографии;<br>повышение уровня альфа-<br>фетопротейна крови | <b>Пожизненно или до<br/>выявления/лечения<br/>гепатоцеллюлярной<br/>карциномы</b> | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога<br>по медицинским показаниям (изменения<br>уровня АФП сыворотки крови, отличающиеся<br>от референсных значений, появление и (или)<br>рост дополнительных объемных образований в<br>паренхиме печени) |

**ПЕРЕЧЕНЬ****ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, КОТОРЫЕ  
ПРЕДШЕСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ, ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ  
УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ**

| N<br>п/п                                             | Код<br>по<br>МКБ -<br>X | Хроническое<br>заболевание                                                             | Минимальная периодичность<br>диспансерных приемов (осмотров,<br>консультаций)                                                                                                                                                       | Контролируемые показатели<br>состояния здоровья в рамках<br>проведения диспансерного<br>наблюдения                                                                    | Длительность<br>диспансерного наблюдения                                           | Примечания                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Диспансерное наблюдение у врача-инфекциониста</b> |                         |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                       |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 1.                                                   | B18.0<br>B18.2          | Хронический<br>вирусный гепатит В<br>и (или) <b>хронический<br/>вирусный гепатит С</b> | В соответствии с клиническими<br>рекомендациями, но не реже 1 раза в 12<br>месяцев для пациентов без фиброза или<br>цирроза печени и <b>не реже 1 раза в 6<br/>месяцев для пациентов с тяжелым<br/>фиброзом или циррозом печени</b> | Отсутствие<br>прогрессирования по данным<br>ультразвукового<br>исследования или магнитно-<br>резонансной томографии;<br>повышение уровня альфа-<br>фетопротейна крови | <b>Пожизненно или до<br/>выявления/лечения<br/>гепатоцеллюлярной<br/>карциномы</b> | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога<br>по медицинским показаниям (изменения<br>уровня АФП сыворотки крови, отличающиеся<br>от референсных значений, появление или<br>увеличение размеров дополнительных<br>объемных образований в паренхиме печени) |

## 5.3 Диспансерное наблюдение

**Пациентам с ХВГС, которым отложено проведение противовирусной терапии, рекомендуется диспансерное наблюдение один раз в год с проведением комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования для динамического наблюдения:**

- Всем пациентам с ХВГС – анализ крови биохимический общетерапевтический, УЗИ органов брюшной полости (комплексное) и забрюшинного пространства, эластометрия печени (при ее недоступности могут использоваться некоммерческие расчетные показатели, основанные на результатах лабораторного обследования, например, расчет индексов APRI, FIB-4);
- Всем пациентам с ХВГС с исходом в ЦП в дополнение к вышеперечисленному - общий (клинический) анализ крови (развернутый), определение протромбинового (тромбопластинового) времени, ЭГДС.

**Не рекомендуется диспансерное наблюдение пациентам без фиброза печени, со слабовыраженным и умеренным фиброзом печени (F0-F2 по METAVIR) после достижения УВО12.**

*Пациенты с anti-HCV, у которых отсутствует РНК ВГС после проведенной ПВТ ХВГС в течение 12 недель, считаются излечившимся от ХВГС и подлежат снятию с диспансерного наблюдения.*

**Рекомендуется диспансерное наблюдение пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени (F3-F4 по METAVIR), получившим ПВТ ХВГС, даже после достижения УВО12 в связи с продолжающимся риском развития ГЦК (контроль АФП крови и УЗИ брюшной полости комплексное каждые полгода).**

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1

## ЧТО ДЕЛАТЬ ПОСЛЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ?

**Клиническими рекомендациями «Хронический вирусный гепатит С» (2021) предусмотрено:**

«4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации...

Для пациентов с ХВГС специализированные реабилитационные мероприятия не разработаны».

**Клиническими рекомендациями «Фиброз и цирроз печени» (2025) предусмотрено:**

«4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.

Медицинская реабилитация больных циррозом печени в стадии компенсации подразумевает раннее выявление признаков начинающейся декомпенсации заболевания, присоединения новых осложнений, определение показателей нутритивной недостаточности.

Рекомендовано пациентам с циррозом печени в амбулаторных условиях проводить восстановительное немедикаментозное и медикаментозное лечение, которое должно включать прекращение приема алкоголя; исключение воздействия гепатотоксичных веществ и приема лекарственных средств без назначения врача; физическую активность согласно индивидуальным особенностям пациента и правильное питание согласно нутритивному статусу пациента и характеру имевшихся у него осложнений, продолжение приема рекомендованных врачом лекарственных препаратов согласно имеющимся у пациента осложнениям цирроза печени».

**Таким образом, медицинская реабилитация методами восстановительного немедикаментозного лечения целесообразна в период после окончания приема препаратов прямого противовирусного действия до контрольного исследования УВО.**



Разделом «Клинические рекомендации по физической терапии и реабилитации больных с заболеваниями органов пищеварения» **Национального руководства «Физическая и реабилитационная медицина»** (2023, с. 458-463) предусмотрены меры медицинской реабилитации хронического гепатита: **«Технологии физической и реабилитационной медицины.** Физические методы лечения больных хроническим гепатитом направлены на стимуляцию регенерации (репаративно-регенеративные методы); улучшение функциональной активности гепатоцитов (спазмолитические и желчегонные методы); коррекцию метаболических нарушений (пластические методы), иммунной дисфункции (иммуномодулирующие методы); уменьшение проявлений интоксикации (колоностимулирующие методы)».

**Репаративно-регенеративные методы:** Низкочастотная магнитотерапия; Инфракрасная лазеротерапия; Пелоидотерапия.

**Пластические методы:** Оксигенобаротерапия; Длительная малопоточная оксигенотерапия; Продолжительная аэротерапия.

**Желчегонные методы:** Питьевоe лечение хлоридно-сульфатной натриево-магниевой минеральной воды.

**Иммуномодулирующие методы:** Эндоназальный электрофорез иммуномодуляторов; Лазерное облучение крови; Бальнеотерапия.

**Колоностимулирующие методы:** мало- и среднеминерализованные воды.



**В Национальном руководстве «Физиотерапия» (2026)** указаны цели и методы физиотерапии хронических гепатитов.

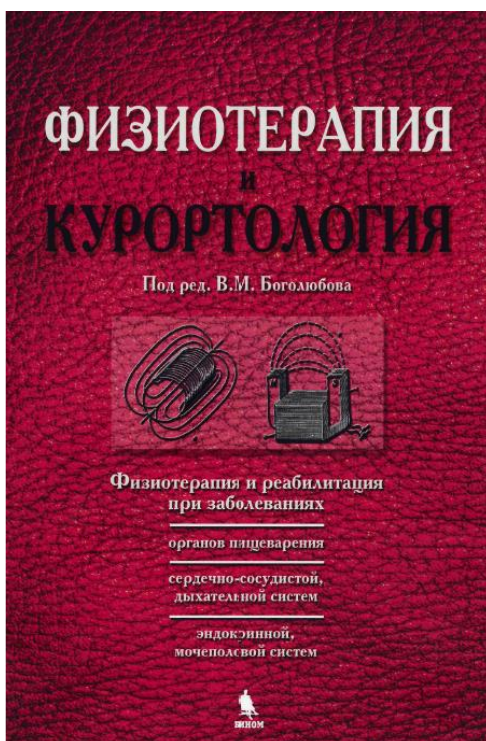
**I. Репаративно-регенеративные методы:** Низкочастотная магнитотерапия; Низкоинтенсивная лазеротерапия (НИЛТ); Диадинамотерапия; УВЧ-терапия; Высокочастотная магнитотерапия; Пелоидотерапия.

**II. Пластические методы:** Гипероксигенотерапия; Длительная малопоточная оксигенотерапия; Продолжительная аэротерапия.

**III. Желчегонные и спазмолитические методы:** Питиевое лечение хлоридно-сульфатной натриево-магниевой минеральной водой; Амплипульс-терапия; Инфраред-терапия.

**IV. Иммуномодулирующие методы:** Лазерная терапия, внутривенное лазерное облучение крови, надартериальное, надвенное лазерное облучение крови; Бальнеотерапия.

**V. Дезинтоксикационные методы:** Гидрокарбонатно-сульфатные натриево-магниевые, хлоридно-гидро-карбонатно-натриевые питьевые минеральные воды.



**Руководством «Физиотерапия и курортология» (2025; книга 2)** в разделе «Хронические гепатиты» предусмотрены меры медицинской реабилитации:

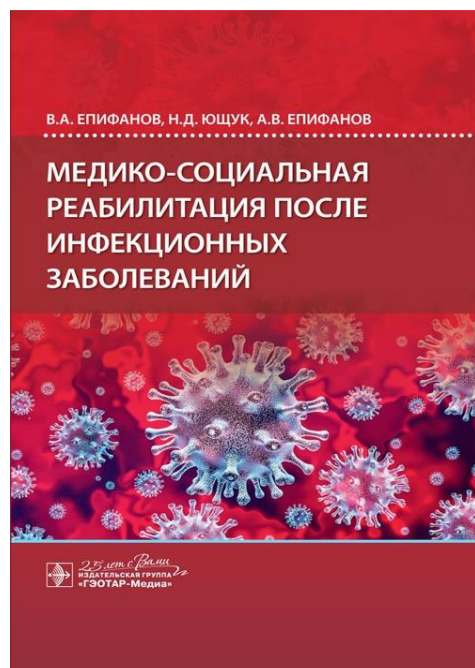
гальванизация и лекарственный электрофорез; индуктотермия; индуктотермия с лечебной грязью; электрическое поле высокой частоты; электромагнитные волны дециметрового диапазона (ДМВ); низкочастотное переменное магнитное поле (нПсМП); ультразвук; низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ); бальнеотерапия; теплотечение — пелоидотерапия, парафино-озокеритная смесь, гальваногрязе- и электрогрязелечение, электрофорез.



**Национальным руководством «Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации»** в разделе «Вирусные гепатиты» указано: «Амбулаторно-поликлинический период. В течение первых 2-4 нед. после выписки из стационара больному рекомендованы *занятия в бассейне (упражнения в воде, плавание, аквааэробика по индивидуальной методике), терренкур, занятия на велотренажере*. В последующем целесообразны занятия в тренажерном зале. При этом следует отдавать предпочтение работе с легкими весами, возможно посещение занятий по степу, аэробике, пилатесу. Рекомендованы также пешие прогулки, элементы спортивных игр, велосипедные прогулки, ходьба на лыжах и др.

**Массаж.** План массажа: воздействие на паравертебральные сегменты и рефлексогенные зоны грудной клетки; массаж живота, печени и желчного пузыря. Положение больного — лежа на животе, затем — на спине. Методика массажа: массаж паравертебральных зон спинномозговых сегментов C<sub>3</sub>-C<sub>6</sub>, Th<sub>6</sub>-Th<sub>10</sub>. Область живота массируют поглаживанием и легким растиранием (по ходу часовой стрелки). После этого переходят на массаж спины (растирание, разминание и поглаживание). При функциональных нарушениях в печени после перенесенного вирусного гепатита рекомендуется проводить сегментарно-рефлекторный массаж».

**В руководстве «Медико-социальная реабилитация после инфекционных заболеваний» (2020)** приведены следующие методы медицинской реабилитации при вирусных гепатитах: индуктотермия на область печени; УВЧ терапия; переменное магнитное поле низкой частоты; лазеротерапия, дециметровая терапия; электрофорез 2-3% магнезия сульфата, парафино- и озокеритолечение; питьевые минеральные воды малой и средней минерализации различного химического состава, предпочтительно содержащие гидрокарбонат сульфата, хлор, магний, СМТ аппаратом «Амплипульс»; грязелечение; ванны хвойные, радоновые, жемчужные.

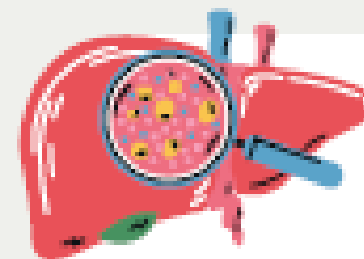


|     | Наименование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Минимальное количество |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| I.  | Обследование                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |
| 1.  | Консультация физиотерапевта                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2                      |
| 2.  | Консультация рефлексотерапевта                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1                      |
| 3.  | Консультация врача ЛФК                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1                      |
| II. | Лечение                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |
| 1.  | <b>Теплогрязелечение один из видов:</b> -СМТ-грязелечение или -гальваногрязь или - аппликации иловой грязи или -парафин-озокерит                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6                      |
| 2.  | <b>Галотерапия или ароматерапия</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 7                      |
| 3.  | <b>Аппаратная физиотерапия - 2 вида:</b><br>— интерференционные токи;<br>— электротерапия амплитудно-модулированным током средней частоты АМГ;<br>— синусоидальные модулированные токи;<br>— диадинамические токи;<br>— электрофорез лекарственных средств;<br>— воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением;<br>— воздействие высокоинтенсивным лазерным излучением;<br>— микротоковая электронейростимуляция;<br>— ультразвуковая терапия;<br>— сочетанная электро- и ультразвуковая терапия;<br>— сочетанная электротерапия и вакуум - терапия на аппарате «Физиовак»;<br>— высокотоновая терапия на аппарате Hi-Top 184;<br>— транскраниальная электростимуляция;<br>— д'Арсонвализация;<br>— воздействие магнитными полями;<br>— КВЧ-терапия | 7                      |
| 4.  | <b>Массаж (1,5 ед.)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 7                      |
| 5.  | <b>Рефлексотерапия</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5                      |
| 6.  | <b>ЛФК</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 7                      |
| 7.  | <b>Механотерапия</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10                     |

**Программа  
реабилитационных мер по  
поводу фиброза/цирроза  
печени  
пациентов, закончивших  
лекарственное лечение и  
ожидающих в течение 12  
недель выполнения  
контрольного лабораторного  
исследования УВО**

# ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

## ПРАВА ПАЦИЕНТА



**Хронический вирусный гепатит С —** хроническое воспалительное заболевание печени в течении более 6 месяцев вследствие инфицирования вирусом гепатита С.

### КАК МОЖНО ЗАРАЗИТЬСЯ?



при получении  
материальных  
инъекций



через кровь при  
использовании  
инъекционных  
инструментов



при нанесении  
татуировки,  
использовании  
пирсинга



при проведении  
медицинских  
процедур, манипуляций  
и операций



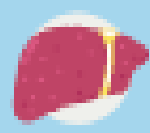
при половых  
контактах



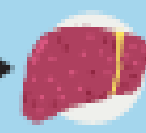
от матери  
к ребенку  
во время родов

У большинства пациентов заболевание протекает бессимптомно и выявляется при обследовании в рамках диспансеризации, догоспитальной диагностики, при плановом скрининге у高危 групп населения.

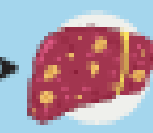
### ЧЕМ ОПАСЕН ГЕПАТИТ С?



**Здоровое**  
функционирование  
рубчатой ткани  
внутри печени



**Цирроз**  
рубчатая ткань  
замещает здоровую



**Рак печени**  
формирование  
злокачественной  
опухоли

## ПРАВА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

### ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- УЗИ органов брюшной полости (комплексное) в забрюшинном пространстве для выявления признаков вируса в ряде печени
- Неинвазивная диагностика фиброза печени (эластография печени)
- При необходимости уточнения диагноза и определения течения заболевания — проведение биопсии печени
- Заболевания, требующие лечения для оценки состояния и степени выраженности заболевания при проведении сканирования
- КТ или МРТ с контрастированием при обнаружении по результатам УЗИ образования в печени для уточнения его природы

### ПОЛНООБЪЕМНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Для лечения применяются противовирусные препараты прямого действия. С целью исключения от инфекции всех пациентов с хроническим гепатитом С, независимо от степени поражения печени, в порядке очередности проводится противовирусное лечение. **Лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП:** Парипазивир, Даклатасvir, Софосбувир, Велпатасvir + софосбувир, Глекапавир + глеказавир, Гласивир + гласивир, Даклатасvir + парипазивир + гласивир.



### ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ГЕПАТИТА С ДОСТУПНЫ БЕСПЛАТНО В РАМКАХ ОМС

### КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Через 12 недель после окончания лечения проводится количественное определение РНК вируса гепатита С. Отсутствие РНК вируса гепатита С означает излечение. Положительный результат РНК вируса гепатита С после лечения указывает на необходимость продолжения поддерживающей терапии с использованием другой лекарственной схемы.

### ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

1 РАЗ В ГОД

Пациентам, которым отменено проведение противовирусной терапии, рекомендуется диспансерное наблюдение 1 раз в год с проведением лабораторного и инструментального обследования для динамического наблюдения.

- анализ крови биохимический общеклинический,
- УЗИ органов брюшной полости (комплексное) в забрюшинном пространстве,
- эластография печени (при необходимости, например, расчет баллов APRI, FIB-4).

Дополнительно пациентам с циррозом печени:

- общий клинический анализ крови развернутый,
- определение трансаминазного (прямобилирубинового) времени,
- заболевания, требующие лечения.

1 РАЗ В ПОЛУГОДА ПОЖИЗНЕННО

Пациентам с выраженным и тяжелым фиброзом печени, получающим противовирусную терапию в связи с риском развития рака печени:

- контроль альфа-фетопroteinа крови,
- УЗИ брюшной полости комплексное.

Пациенты без цирроза, у которых через 12 недель после окончания противовирусной терапии отсутствует РНК вируса гепатита С, остаются включенными в плановое скрининг с диспансерного наблюдения.



Цель лечения хронического вирусного гепатита С — полное выведение вируса гепатита С из организма, чтобы предотвратить осложнения.

**КАПИТАЛ**  
здоровья человека  
[WWW.KAPMED.RU](http://WWW.KAPMED.RU)



**800 775-9200**

**ВОСРОССИЙСКИЙ**  
СОЮЗ ПАЦИЕНТОВ

Федеральное государственное учреждение «Федеральный центр ЦС, 1081,  
Москва, ул. Мясницкая, д. 26, стр. 1  
800 440 000 000 (Москва) 800 775 9200 (для звонков из регионов)



**КАПИТАЛ**  
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

## Реабилитационный диагноз

при хроническом вирусном гепатите фокусируется не на самом вирусе, а **на последствиях его воздействия на организм: - хронической усталости, - нарушениях обмена веществ, - ограничениях в повседневной жизни.**

**Ключевые категории МКФ для формулировки реабилитационного диагноза при ХВГС С.**

Формирование диагноза включает выбор доменов из четырех групп:

### **1. Функции организма (b):**

b5401 — Метаболические функции печени (основной домен для оценки детоксикации и синтеза белков).

b4550 — Общая выносливость (оценка выраженности астенического синдрома — «печеночной лени»).

b1300 — Уровень энергии (оценка хронической усталости).

b515 — Функции пищеварения (при сопутствующей диспепсии).

### **2. Структуры организма (s):**

s560 — Структура печени (оценка степени фиброза или цирротических изменений).

**Код МКФ s560 с определителями: s560.   1     2     3**

#### **<sup>1</sup> Первый определитель (выраженность нарушения):**

*0 - нет нарушений (0–4%); 1 - легкие нарушения (5–24%); 2 - умеренные нарушения (25–49%); 3 - тяжелые нарушения (50–95%); 4 - абсолютные нарушения (96–100%); 8 - не определено; 9 - не применимо.*

#### **<sup>2</sup> Второй определитель (характер нарушения):**

*0 - нет изменений структуры; 1 - полное отсутствие; 2 - частичное отсутствие; 3 - добавочная часть; 4 - аберрантные отклонения; 5 - нарушение целостности; 6 - изменение позиции; 7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости; 8 - не определено; 9 - не применимо.*

#### **<sup>3</sup> Третий определитель (локализация нарушения):**

*0 - более чем один регион; 1 – справа; 2 – слева; 3 - с обеих сторон; 4 – спереди; 5 – сзади; 6 – проксимальный; 7 – дистальный; 8 - не определено; 9 - не применимо.*

## Реабилитационный диагноз

при хроническом вирусном гепатите фокусируется не на самом вирусе, а **на последствиях его воздействия на организм: - хронической усталости, - нарушениях обмена веществ, - ограничениях в повседневной жизни.**

**Ключевые категории МКФ для формулировки реабилитационного диагноза при ХВГС С.**

Формирование диагноза включает выбор доменов из четырех групп:

### **1. Функции организма (b):**

b5401 — Метаболические функции печени (основной домен для оценки детоксикации и синтеза белков).

b4550 — Общая выносливость (оценка выраженности астенического синдрома — «печеночной лени»).

b1300 — Уровень энергии (оценка хронической усталости).

b515 — Функции пищеварения (при сопутствующей диспепсии).

### **2. Структуры организма (s):**

s560 — Структура печени (оценка степени фиброза или цирротических изменений).

**Код МКФ s560 с определителями: s560.   1     2     3**

#### **<sup>1</sup> Первый определитель (выраженность нарушения):**

*0 - нет нарушений (0–4%); 1 - легкие нарушения (5–24%); 2 - умеренные нарушения (25–49%); 3 - тяжелые нарушения (50–95%); 4 - абсолютные нарушения (96–100%); 8 - не определено; 9 - не применимо.*

#### **<sup>2</sup> Второй определитель (характер нарушения):**

*0 - нет изменений структуры; 1 - полное отсутствие; 2 - частичное отсутствие; 3 - добавочная часть; 4 - аберрантные отклонения; 5 - нарушение целостности; 6 - изменение позиции; 7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости; 8 - не определено; 9 - не применимо.*

#### **<sup>3</sup> Третий определитель (локализация нарушения):**

*0 - более чем один регион; 1 – справа; 2 – слева; 3 - с обеих сторон; 4 – спереди; 5 – сзади; 6 – проксимальный; 7 – дистальный; 8 - не определено; 9 - не применимо.*