

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ГЕПАТИТА С В УКРАИНЕ И В УЗБЕКИСТАНЕ

¹Самадов Б.Ш., ¹Мусаева Д.М., ²Дубинина Н.В.,

¹Бухарский государственный медицинский институт,

²Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина.

✓ Резюме,

Изучены закономерности и современные тенденции эпидемического процесса гепатита С в Украине и в Узбекистане, особенности его распространения среди различных групп населения. На фоне снижения уровня заболеваемости острым гепатитом С увеличивается число лиц, хронически инфицированных HCV. Установлены ведущие пути передачи возбудителя инфекции: при инъекциях наркотиков, незащищённом половом контакте и при проведении медицинских парентеральных вмешательств. Показана высокая интенсивность скрытого компонента эпидемического процесса гепатита С.

Ключевые слова. Гепатит С, заболеваемость, распространённость, эпидемический процесс, пути передачи, сероэпидемиологические исследования.

УКРАИНА ВА ЎЗБЕКИСТОНДА ГЕПАТИТ С ЭПИДЕМИЯСИ РИВОЖЛАНИШИНИНГ ҚИЁСИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТЕНДЕНСИЯЛАРИ

¹Самадов Б.Ш., ¹Мусаева Д.М., ²Дубинина Н.В.,

¹Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон,

²Миллий фармацевтика университети, Харьков, Украина.

✓ Резюме,

Украина ва Ўзбекистонда гепатит С эпидемияси жараёнининг қонунийлиги ва замонавий тенденциялари, айниқса, аҳолининг турли гуруҳлари орасида тарқалиши ўрганилди. Ўтқир гепатит С билан касалланиш даражасининг пасайиши фониди сурункали HCV билан касалланган шахслар сони ортади. Инфекцион агентини етказишининг етакчи усуллари аниқланди: гиёҳванд моддаларни инъекция қилиш, ҳимоясиз жинсий алоқа ва тиббий парентерал аралашувлар пайтида Гепатит С эпидемияси жараёнининг яширин компонентининг юқори интенсивлиги қўрсатилган.

Калит сўзлар: Гепатит С, инцидентия, тарқалганлик, эпидемик жараён, тарқалиш йўллари, сероэпидемиологик тадқиқотлар.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS AND TRENDS OF THE EPIDEMIC PROCESS OF HEPATITIS C IN UKRAINE AND UZBEKISTAN

¹Samadov B.S., ¹Musaeva D.M., ²Dubinina N.V.,

¹Bukhara State Medical institute, ²National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine.

✓ Resume,

The regularities and current trends of the epidemic process of hepatitis C in Ukraine and Uzbekistan, especially its spread among different groups of the population. As the incidence of acute hepatitis C decreases, the number of people chronically infected with HCV increases. Set the leading way of transmission of infection: injecting drug use, sexual and in medical parenteral interventions. The high intensity of the hidden component of the epidemic process of hepatitis C.

Keyword: Hepatitis C, incidence, prevalence, epidemic process, transmission pathways, seroepidemiological studies.

Введение

Актуальность проблемы хронических вирусных гепатитов связана с их высокой социальной, медицинской и экономической значимостью. Гепатит С относится к числу важнейших и все более обостряющихся проблем мирового здравоохранения [1,3]. Медицинская и социальная значимость ГС определяется широким и повсеместным распространением, сложностью структуры эпидемического и инфекционного процессов, множественностью естественных и искусственных путей передачи возбудителя, высокой вероятностью развития хронических поражений печени и внепеченочных проявлений [5,6].

По экспертным оценкам, в мире инфицированы вирусом ГС (HCV) от 500 до 700 млн. людей, а число

больных хроническим ГС (ХГС) составляет около 200 млн. человек. Полагают, что в настоящее время наблюдается пандемия ГС, которая по своим масштабам и количеству инфицированных лиц, по крайней мере, в 5 раз превышает распространение ВИЧ-инфекции [7, 10, 11]. Острый ГС (ОГС) в большинстве случаев протекает с минимальной симптоматикой; желтуха и другие клинические проявления отмечаются лишь у 15-20% больных. Однако у 70-85% инфицированных HCV лиц развивается ХГС, который является основной клинической формой этой болезни [4,18]. ХГС, как правило характеризуется малосимптомным или вообще бессимптомным течением, однако у 74-86% инфицированных лиц развивается стойкая вирусемия [12]. Многолетняя персистенция вируса при ХГС способствует тому, что у 20-30% хронически инфици-

цированных лиц на протяжении 20 лет развивается цирроз печени (ЦП), из них у 4% - гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК). Несмотря на интенсивную разработку различных аспектов проблемы ГС и достигнутые в этом отношении успехи, смертность, связанная с HCV-инфекцией и ее последствиями, возрастает даже в экономически развитых странах [13, 18], в которых ХГС и его последствия (ЦП, ГЦК, терминальная стадия поражения печени) являются ведущими показаниями к трансплантации печени [9, 12]. По прогнозам экспертов ВОЗ, в ближайшие 10-20 лет ХГС станет основной проблемой национальных органов здравоохранения [2, 8].

Имеются данные о возможности развития у 32-74% больных ХГС внепеченочных проявлений [1, 2, 12, 16]. Установлено, что HCV является не только гепато-, но и лимфо-, нефротропным вирусом. Обсуждается возможность поражения центральной нервной системы. Разнообразные внепеченочные проявления с вовлечением эндокринной, кроветворной систем, почек, легких, миокарда, кожных покровов, суставов и др. могут маскировать основной инфекционный процесс, видоизменять клиническое течение ХГС, определять трудности диагностики и лечения, влияя на прогноз заболевания. За последние годы сформировалось представление о ГС как полиорганной системной патологии [1, 11]. Анализ многочисленных данных литературы, в которых представлены результаты клинко-эпидемиологических, серологических, молекулярно-биологических исследований при ГС, свидетельствуют о том, что в настоящее время получила убедительное подтверждение концепция единства острых и хронических форм этой инфекции, об инфекционной природе ЦП, ГЦК и внепеченочных проявлений, ассоциированных с HCV [1, 8, 12].

Установлено, что гепатит С является актуальной проблемой здравоохранения в Узбекистана и Украины. [3, 9]. Официальная регистрация ГС, преимущественно желтушных форм острого инфекционного процесса, в Украине проводится с 2003 года. Фактические материалы об основных проявлениях эпидемического процесса (ЭП), действительных масштабах распространенности ГС, частоте реализации естественных и искусственных путей передачи возбудителя все еще находятся в стадии накопления. До настоящего времени отсутствуют четкие представления о закономерностях и особенностях развития ЭП ХГС, его взаимосвязи и количественных соотношениях с острыми формами, что существенно затрудняет интегральную оценку ЭП ГС, разработку и проведение диагностических, профилактических и противоэпидемических мероприятий [14,15].

С 60-х годов XX столетия территория Узбекистана стала высокоэндемичным регионом по заболеваемости вирусными гепатитами. Основной причиной этого явилось нарушение экологического равновесия, возникшее в связи с использованием высокотоксичных фосфорхлорорганических соединений, применяемых в сельском хозяйстве. Загрязнение почвы, воды и воздуха привели к массовым отравлениям людей высокотоксичными химикатами, что привело к резкому снижению общей иммунной системы населения республики. Заболеваемость гепатитами в период 1963-1987 гг. выросла до 1250-1500 случаев и выше на 100 тыс. населения [17,9].

Заболеваемость у детей в возрасте от 1 до 14 лет составила 1400-2200 случаев на 100 тыс. населения.

Отсутствие в этот период специфических высокочувствительных методов лабораторных исследований, позволяющих диагностировать все формы вирусных гепатитов, способствовали не только росту хронизации заболеваемости, но и быстрому распространению этого опасного заболевания по территории страны.

Считалось, что на долю вирусного гепатита "А" (ВГА) приходилось 65-85% всех зарегистрированных случаев, а в г. Ташкенте - 90-93%. Однако позднее, применение более точного иммуноферментного анализа, позволило уточнить, что на долю ВГА в реальности приходится лишь 31,3%, в то время, как доля ВГВ составила почти столько же - 30,3%, гепатита "С" (ГС) - 6,2%, гепатита "Д" (ГД) - 4,8%. Более того, этот анализ позволил выявить 26,4% микст гепатитов (сочетание "А", "В", "С").

В последние годы увеличилась заболеваемость самыми опасными видами гепатитов, которые ведут к циррозу и раку печени - ГВ и ГС. Носительство гепатита "С" в последние 10 лет увеличилось в 4 раза.

Хронические гепатиты составляют 23-27 на 100 тыс. населения, а показатели носительства HbsAg составляют 42,3-54,2 на 100 тыс. населения. При этом хронизация заболевания ГС в 5 раз выше, чем ГВ. При атипичной форме ГС, которая часто не диагностируется из-за малосимптомности клинических проявлений, хронические формы заболевания приобретают в 71,4% случаев.

Отсутствие качественных тест систем, способных своевременно определить этиологию инфекционного гепатита, приводит к тому, что многие больные оказываются не долеченными, или становятся не выявленными носителями и соответственно распространителями заболевания. Положение усугубляется тем, что в республике обследование очагов хронических вирусных гепатитов, а также носителей ГС и ГВ не проводится. Передача ГВ осуществляется через инъекции - 42,3% случаев, стоматологическое вмешательство - 9,2%, хирургические вмешательства - 8,3%, акушер-гинекологические вмешательства - 6,3%, лабораторные исследования - 2,4%, переливание крови - 2%. Передача ГС осуществлялась через инъекции в 29,5% случаев, хирургическое вмешательство - 10,4%, кровь и ее компоненты - 9,5%. Иными словами через медицинские манипуляции происходит передача гепатитов в 50-70% случаев.

Однако, должных профилактических мер в медицинских учреждениях не принимается. Из 935 отделений централизованной стерилизации (ОЦС), имеющих в республике, только 366 (39,1%) расположены в типовых зданиях. Хуже всего ситуация в Республике Каракалпакстан, где в типовых зданиях расположены только 5,6% ОЦС, в Самаркандской области - 18,1%, в Навоийской и Сырдарьинской областях - по 36,8%, Ташкентской области - 39,3%. Централизованным холодным водоснабжением обеспечены лишь 71,2% ОЦС, горячим водоснабжением - 41,5%.

В целях коренного изменения дел с выявлением и лечением гепатитов необходимо осуществить ряд первоочередных программных мер, включающих:

- обеспечение лечебных учреждений необходимыми тест системами, позволяющими своевременно диагностировать все формы вирусных гепатитов;

- создание эффективной системы профилактики заболеваемости гепатитами, включающей широкую разъяснительную работу среди населения, а также комплекс профилактических мер против передачи гепатитов в процессе различных медицинских манипуляций;

- укрепление материально-технической базы и обеспечение необходимых условий деятельности ОЦС;

- повышение квалификации врачей, специализирующихся на лечении гепатитов.

Официально гепатит С в Узбекистане начали регистрировать в 1998 г. В последующие 10 лет частота хронических вирусных гепатитов С повысилась в 4 раза. Но в 2010 г. по сравнению с 2009 годом заболеваемость вирусными гепатитами снизилась на 18,6% благодаря улучшению материально-технической базы вирусологических лабораторий, а так же современных методов диагностики и лечения больных. В 2012 г. издан приказ министерства здравоохранения республики Узбекистан о мерах по совершенствованию борьбы с вирусными гепатитами в республике. Исходя из имеющихся данных, приблизительно 50-60% случаев заболевания гепатитом С в стране вызваны инфицированием в медицинских учреждениях. Доля инъекционных наркоманов не высока. Например, по данным эпидемиологического надзора, проведенного в 2011 году распространённость среди инъекционных потребителей наркотиков гепатита С составила 20,9% (28,5% в 2010 г.), хотя официальных исследований по оценке распространённости употребления наркотиков среди общего населения в Республике Узбекистан не проводилось.

Целью настоящей работы

Целью настоящей работы было изучение закономерностей, современных тенденций и истинной интенсивности развития ЭП ГС в Украине и в Узбекистане, ведущих путей передачи возбудителя, особенностей распространения этой инфекции среди различных групп населения.

Материал и методы

Многолетнюю динамику, тенденции развития ЭП ГС в Украине изучали в соответствии с материалами годовых отчетов МЗ Украины. Для этой цели использовали комплекс описательно оценочных и аналитических приемов эпидемиологического метода исследования и методов математической статистики (выравнивание динамических рядов методом наименьших квадратов, методы рангового и регрессионного анализа) [4, 7]. Распространенность ГС определяли по результатам серо эпидемиологического обследования лиц, относящихся к различным группам риска инфицирования HCV, в формате кросс-секционного (одномоментного, поперечного) исследования. В образцах сывороток крови определяли антитела к HCV (анти-HCV) методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием коммерческих тест-систем, зарегистрированных в Украине, производства АОЗТ НПК "ДиаПрофМед" (Украина), НПО "Диагностические системы" и ЗАТ "Вектор-Бест" (Российская Федерация). Статистический анализ и обработку полученных показателей проводили с помощью программного обеспечения Excel-XP. Достоверность раз-

личий определяли стандартными методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента [7].

Результат и обсуждение

В соответствии с материалами официальной статистики, показатели заболеваемости клинически манифестными, преимущественно желтушными формами ОГС в Украине за период с 2003 г. (начало официальной регистрации этой нозологической формы) до 2009 г. снизилась с 2,8 на 100 тыс. населения (0/0000) до 2,090/0000 (темп снижения -Тср. = -5,68%), а средний многолетний показатель заболеваемости составил 2,250/0000.

Эпидемиологический анализ заболеваемости ОГС в г. Киеве, где регистрация больных этой формой инфекции проводится с 1997 г., позволил выделить определенные этапы (периоды) развития ЭП, которые отличались интенсивностью, ведущими путями передачи возбудителя инфекции, возрастной структурой заболевших. В 1997 г. показатель регистрируемой заболеваемости ОГС в этом регионе составлял 4,40/0000.

В последующие 5 лет (1998-2002 гг.) зафиксирована тенденция к росту заболеваемости, показатели которой колебались от 11,9 до 14,80/0000 (Тср. = +12,17%), составляя в среднем 13,50/0000. Современный этап развития ЭП ОГС в г. Киеве (2003-2009 гг.) характеризовался снижением регистрируемой заболеваемости - с 12,60/0000 в 2002 г. до 5,00/0000 в 2003 г., 4,60/0000 в 2006 г., 3,6 и 5,630/0000 в 2008 и 2009 гг. (Тср. = -12,9%). Средний многолетний показатель заболеваемости ОГС на этом этапе развития ЭП составлял 4,140/0000 - в 3,2 раза ниже, чем за предыдущий период. При этом заболеваемость ОГС в г. Киеве в 2003-2009 гг. в среднем была в 1,8 раза выше, чем в Украине в целом. Полагаем, что эти различия объясняются не только региональными особенностями ЭП, но, главным образом, более высоким уровнем налаженности эпидемиологической и клинико-лабораторной диагностики в таком крупном мегаполисе, как г. Киев.

Ведущими путями передачи HCV на современном этапе развития ЭП были искусственный парентеральный при потреблении наркотических препаратов и половой. Так, в г. Киеве в 2008-2009 гг. доля больных ОГС, инфицированных при инъекциях наркотиков, составляла соответственно 47,9 и 44,0%, половым путем - 24,5 и 24,3%. Сохранилась достаточно высокой возможность заражения HCV при проведении инвазивных вмешательств в условиях лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) - 13,8 и 8,5%, а также при бытовых контактах с больными и вирусоносителями - 8,5 и 9,2%.

В возрастной структуре заболевших ОГС наибольший удельный вес (более 75%) приходился на лиц молодого репродуктивного и наиболее трудоспособного возраста - 15-29 лет. Такая возрастная структура определяется доминирующими путями инфицирования - при инъекционном введении наркотических препаратов и половым путем.

Отмеченное снижение заболеваемости ОГС создает впечатление мнимого эпидемиологического благополучия в отношении этой инфекции в Украине. Есть все основания полагать, что число случаев даже острых форм ГС в Украине, по крайней мере, в 5-6 раз выше, чем это документируется, поскольку больные

безжелтушными субклиническими формами инфекционного процесса в большинстве случаев остаются нераспознанными и не попадают в поле зрения врачей. Имеются данные, согласно которым на один желтушный случай ОГС приходится, как минимум, 6-8 случаев, протекающих без желтухи [11].

Что же касается ХГС, число которых значительно превышает количество острых форм, то в Украине они все еще в большинстве случаев не выявляются, не расшифровываются и не регистрируются как инфекционные болезни. В связи с этим серьезную тревогу вызывает тот факт, что на фоне снижения числа регистрируемых случаев ОГС заболеваемость неверифицированными хроническими гепатитами (ХГ) характеризуется тенденцией к росту. По далеко неполным данным, за период с 2003 по 2009 гг. показатели заболеваемости впервые диагностированными ХГ выросла с 58,5 до 85,70/0000 (Тср. = +6,9%), а их распространенность - с 570,8 до 916,60/0000 (Тср. = +4,75%). Оценивая представленные материалы, необходимо учитывать, что, по современным представлениям, 80% и более ХГ этиологически связаны с вирусами гепатитов В и С, из них 60-64% - с HCV [10, 11]. Используя метод экстраполяции и указанные пропорции, можно ориентировочно определить, что заболеваемость ХГС в Украине в 2009 г. могла составлять 42-440/0000 (16- 17 тыс. больных). Кумулятивные показатели, отражающие распространенность этой патологии, могли быть в пределах 440-4700/0000 (166-183 тыс. человек). Представленные расчеты свидетельствуют о широком распространении хронических вирусных гепатитов в Украине, в том числе ХГС, которые, однако, в большинстве случаев протекают скрыто и остаются нераспознанными. С учетом существенной роли HCV в развитии хронических поражений печени заслуживают внимания данные официальной статистики, согласно которым в Украине наблюдался рост заболеваемости и распространенности ЦП. Так, первичная заболеваемость ЦП в 2005 г. составляла 31,50/0000, в 2008 г. - 36,20/0000, в 2009 г. - 32,80/0000, а распространенность - 138,3, 146,50/0000 и 145,90/0000 соответственно. Результаты проведенного эпидемиологического анализа свидетельствуют о том, что материалы официальной статистики о регистрации заболеваемости ГС не позволяют составить объективное представление о распространенности и интенсивности ЭП этой инфекции в Украине. На современном этапе развития ЭП ГС увеличивается численность опасной, с точки зрения дальнейшего распространения инфекции, группы больных безжелтушными, субклиническими формами острого, различными вариантами ХГС. Хронический процесс при ГС в большинстве случаев может быть установлен лишь при неправильном серологическом скрининге. Указанные лица, как правило, не выявляются и формируют скрытый компонент ЭП.

Для объективной оценки интенсивности ЭП ГС были проведены широкие сероэпидемиологические исследования, которые основаны на анализе частоты определения маркеров инфицирования HCV среди различных групп населения, прежде всего - среди лиц, относящихся к группам социально-поведенческого и медицинского риска инфицирования. Как отмечалось выше, контрольные (индикаторные) группы здорового населения были традиционно представлены донорами крови и беременными.

Известно, что структура доноров крови неоднородна и включает как активных (кадровых) доноров, так и лиц, которые сдают кровь безвозмездно (первичные, разовые, доноры-родственники и др.). Проведенные сравнительные исследования показали, что частота обнаружения анти-HCV у безвозмездных доноров крови - 1,9% была в 2,7 раза выше, чем у кадровых - 0,7%. При обследовании беременных указанные антитела обнаружены у 3,1%. Оценивая результаты обследования различных категорий доноров крови, следует отметить, что кадровые доноры состоят на учете в учреждениях службы крови, подлежат периодическому и обязательно при каждой донации комплексному медицинскому обследованию, и еще на доскрининговом этапе проходят через, своего рода, "эпидемиологический фильтр", позволяющий отстранить от кроводач лиц с какими-либо медицинскими или поведенческими факторами риска инфицирования возбудителями с парентеральным механизмом передачи, в том числе HCV. Поэтому результаты обследования кадровых доноров отображают скорее не уровень распространения инфекции в "здоровой" популяции, а частоту новых случаев сероконверсии, т.е. новых случаев HCV-инфекции. С нашей точки зрения, безвозмездные (первичные) доноры крови, так же как и беременные, являются более информативными контрольными группами, результаты обследования которых отражают фоновый уровень распространенности HCV-инфекции и могут служить своеобразной точкой отсчета при сравнительной оценке результатов сероэпидемиологических исследований. Таким образом, при проведении настоящих исследований контрольными показателями серопревалентности ГС считали частоту выявления анти-HCV у безвозмездных доноров крови - 1,9% (К-1) и беременных - 3,1% (К-2). По современным представлениям, такой эпидемиологический фон сам по себе свидетельствует о широком распространении ГС в Украине.

Получены данные, согласно которым широкое распространение наркомании, прежде всего инъекционного способа потребления наркотических препаратов, в настоящее время остается одним из ведущих факторов риска инфицирования HCV. Показатель частоты обнаружения анти-HCV при обследовании потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) составлял 61,5%. Широкое распространение ГС среди ПИН способствует формированию стойких, длительно существующих очагов возбудителя инфекции, оказывает влияние не только на интенсивность ЭП, уровень заболеваемости, но и приводит к возрастанию эпидемической значимости других искусственных и естественных (полового и перинатального) путей передачи, вовлечению в ЭП различных, в том числе благополучных в социально-поведенческом плане, групп населения.

Обращают на себя внимание высокие показатели серопревалентности ГС у ВИЧ-инфицированных лиц - 53,3%, больных туберкулезом - 63,8%. Причем у ВИЧ-инфицированных ПИН и больных туберкулезом частота обнаружения анти-HCV существенно выше, чем у лиц из аналогичных групп риска без инфекции ВИЧ - соответственно 83,7 против 43,1% ($t=17,8$, $p<0,0001$) и 87,2 против 36,2% ($t=14,4$, $p<0,0001$). Успехи в разработке эффективных антиретровирусных препаратов для лечения больных ВИЧ-инфекцией/СПИДом позволили существенно снизить заболевае-

мость оппортунистическими инфекциями, увеличить продолжительность жизни таких пациентов. Вместе с тем, в последние годы хронические вирусные гепатиты, и прежде всего ХГС становится все более распространенной оппортунистической инфекцией, определяющей заболеваемость и смертность ВИЧ-инфицированных больных. Состояние иммунодефицита у ВИЧ/ВГС коинфицированных пациентов сопровождается активной репликацией HCV, утяжеляет течение и способствует ускорению прогрессирования поражения печени и формирования ЦП. В свою очередь, ХГС затрудняет применение антиретровирусных препаратов для терапии ВИЧ-инфекции в связи с их гепатотоксическим действием, что негативно влияет на ожидаемую продолжительность жизни больных [19, 22].

Эпидемиологический анализ заболеваемости ОГС показал, что в настоящее время в структуре путей передачи HCV все более существенное значение приобретает половой, а активизация этого естественного пути передачи возбудителя инфекции является одной из ведущих качественных характеристик современного этапа развития ЭП. В связи с этим в рамках проспективного эпидемиологического анализа была оценена серопревалентность ГС среди лиц, с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). Результаты исследований позволили установить достаточно высокую частоту обнаружения анти-HCV у таких пациентов - 12,9%, которая в 6,8 раза превышала контрольный показатель К-1 ($t=9,6$, $p<0,001$) и в 4,2 раза - К-2 ($t=9,1$, $p<0,001$). Наиболее высокие уровни серопревалентности ГС в группе лиц с ИППП были получены при обследовании больных с диагнозом "сифилис" (43,0%). Необходимо подчеркнуть, что ИППП являются кофакторами половой передачи возбудителей других инфекционных болезней, в том числе парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции. Доказана непосредственная связь (в биологическом и поведенческом аспектах) между ИППП и ВИЧ-инфекцией - так называемый "эпидемиологический синергизм" [25]. Полагаем, что данное утверждение абсолютно справедливо и в отношении парентеральных вирусных гепатитов, в том числе и ГС.

Представляют интерес данные, полученные при сероэпидемиологическом обследовании пациентов, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в ЛПУ неинфекционного профиля. Показано, что частота определения анти-HCV в этой группе (6,5%) достоверно превышала аналогичные показатели в контрольных группах: К-1 - в 3,4 раза ($t=6,1$, $p<0,001$), К-2 - в 2,1 раза ($t=5,1$, $p<0,001$). Установлено неравномерное распространение HCV-инфекции среди больных отделений различного профиля. Как и следовало ожидать, максимальные уровни серопревалентности ГС зарегистрированы при обследовании пациентов отделений гемодиализа (25,2%) и гематологии (9,2%). С эпидемиологической точки зрения заслуживают внимания высокие показатели обнаружения анти-HCV среди пациентов отделений гастроэнтерологии (8,7%), пульмонологии (7,1%), терапии (5,7%), амбулаторно-поликлинического отделения (6,8%).

Оценивая результаты сероэпидемиологических исследований, необходимо учитывать данные литературы, согласно которым у 66,2-82,3% лиц наличие анти-HCV коррелирует с персистенцией вируса и его

репликацией. У 80-90% серопозитивных лиц даже на фоне отсутствия выраженных клинических проявлений болезни при углубленном клинико-лабораторном и морфологическом обследовании определяются признаки хронического гепатита. В тканях печени таких пациентов выявляются изменения, характерные для ХГ разной степени активности, а в ряде случаев - для ЦП [6, 20]. Учитывая изложенное, положительные результаты обнаружения анти-HCV у обследованных пациентов следует рассматривать как свидетельство наличия у них безжелтушных субклинических форм острого, но преимущественно хронического ГС, соответствующих хроническому персистирующему течению инфекции при полном или почти полном отсутствии клинических проявлений. Указанные пациенты в течение длительного времени представляют опасность как источники возбудителя инфекции, формируют скрытый компонент ЭП и определяют его высокую активность, не имеющую тенденции к снижению. Именно за счет таких, в большинстве случаев не диагностируемых, больных ГС растет число лиц с хроническими поражениями печени. На основе эпидемиологического анализа данных официальной регистрации ГС и результатов серологических исследований установлено несоответствие между уровнем регистрируемой заболеваемости и показателями серопревалентности ГС среди различных групп населения, что является убедительным подтверждением отмеченного выше положения о далеко неполном выявлении больных различными формами HCV-инфекции.

Проведенные исследования показали, что в различных лечебных отделениях неинфекционного профиля не исключается поступление пациентов, инфицированных HCV. Отсутствие этиологической расшифровки заболевания печени может приводить к ошибкам в лечении и прогрессированию хронического поражения печени. Как отмечалось выше, HCV является этиологическим фактором развития патологических процессов, преимущественно хронических, не только в печени, но внепеченочных поражений других органов и систем. Печень, поджелудочная железа, кишечник тесно взаимосвязаны в анатомо-функциональном отношении, и при поражении одного из этих органов в патологический процесс могут вовлекаться и другие [5].

При сероэпидемиологическом обследовании пациентов с хроническими заболеваниями печени любого генеза, заболеваниями желчного пузыря и поджелудочной железы, других органов пищеварения, госпитализированных в отделения гастроэнтерологии и терапии, у 8,8% из них были обнаружены анти-HCV, что в 4,6 раза чаще, чем у первичных доноров крови ($t=6,4$, $p<0,001$) и в 2,8 раза превышает аналогичный показатель у беременных ($t=5,8$, $p<0,001$). При этом специфические антитела чаще выявлялись у пациентов с патологией печени и желчевыводящих путей.

Наиболее высокие показатели частоты выявления анти-HCV зафиксированы у больных с клиническим диагнозом "ГЦК" - 33,3%, "ЦП" - 24,0%, хронический гепатит - 21,3%. Обсуждая приведенные материалы, хотелось бы напомнить, что академик Е.М. Тарев еще в 1960 г. выдвинул гипотезу о зависимости ГЦК от "сывороточного гепатита", согласно которой острый гепатит, ЦП и ГЦК необходимо рассматривать как последовательные стадии единого патологического

процесса, а хронический гепатит - как промежуточное звено между острым гепатитом и ЦП, а в значительной степени - и ГЦК.

Представляют также интерес данные о достаточно высокой серопревалентности ГС и среди пациентов диагнозами "хронический холецистит", "панкреатит", "желчекаменная болезнь", "гепатохолецистит" и др. Имеются основания полагать, что у значительной части из этих больных первичным этиологическим фактором развития хронического заболевания могло послужить инфицирование HCV. Это подтверждается наличием у данных больных также и других патологических состояний, которые ассоциируются с внепеченочными проявлениями ГС. К их числу относятся анемия (у 24,0% пациентов), полиартрит (у 12,2%), гломерулонефрит и сахарный диабет (у 2,7%), пиелонефрит (у 1,5%).

Необходимо отметить, что в отношении нераспознанных больных ГС, находящихся на лечении в неинфекционных стационарах и отделениях, не проводятся адекватные противоэпидемические мероприятия, и такие пациенты могут служить активными источниками возбудителя инфекции, способствовать распространению ГС как среди других пациентов, так и медицинского персонала. Следует подчеркнуть, что практика госпитализации больных с хроническими вирусными поражениями печени в соматические стационары (терапевтические и гастроэнтерологические) сохраняется до настоящего времени.

Выводы

1. Современные период развития ЭП ГС в Украине характеризуется широким распространением среди эпидемиологически и социально значимых групп населения, тенденцией к снижению показателей регистрируемой заболеваемости ОГС на фоне роста заболеваемости и распространенности хронических вирусных поражений печени; влиянием социальных факторов на количественные и качественные параметры ЭП; множественностью путей и факторов передачи возбудителя инфекции; высокой интенсивностью скрытого компонента ЭП.

2. Ведущими путями передачи HCV являются искусственный парентеральный при введении наркотиков и половой. Сохраняется высокая возможность инфицирования в ЛПУ при проведении медицинских инвазивных вмешательств.

3. Материальной основой скрытого компонента ЭП ГС является превалирование недиагностированных больных с безжелтушными, субклиническими формами острого, но преимущественно хронического инфекционного процесса и хронических вирусносителей.

4. Выявление серологических маркеров инфицирования HCV, даже при отсутствии клинических признаков болезни, следует рассматривать как показание к углубленному обследованию, при необходимости лечению в инфекционном стационаре и последующему диспансерному наблюдению.

5. Высокие показатели серопревалентности ГС среди различных контингентов населения, в том числе относящихся к группам повышенного риска инфицирования HCV, позволяют рассматривать ГС как индикатор социального и медицинского неблагополучия общества.

6. В связи с глобализацией проблемы, ростом заболевания во всем мире, ежегодно 28 июля отмечается Всемирный день борьбы с гепатитом. Основной целью этого мероприятия является привлечение внимания к проблемам осведомленности о заболеваемости вирусными гепатитами с призывом к общественности, политикам и работникам здравоохранения действовать без промедления для предупреждения случаев инфицирования и смерти от гепатита.

Перспективы дальнейших исследований связаны с необходимостью усовершенствования системы профилактических и противоэпидемических мероприятий с учетом современных характеристик и тенденций развития ЭП ГС, достижений современной эпидемиологической науки и иммунодиагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Batskix S.N. Bezinterferonovaya terapiya xronicheskogo gepatita S: smena preparatov ili novaya paradigma lecheniya? // Rossiyskiy jurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2014; 4: 23-31. (In Russ)
2. Bogomolov P.O., Dubinina N.V., Bueverov A.O. i dr. Standartniy interferon-alfa pri 1-m genotipe virusa gepatita S: klinicheskoy i ekonomicheskoy analiz ego effektivnosti // Infektsionnye bolezni. 2013; 11(3): 8-14. (In Russ)
3. Virusnie gepatiti v Rossiyskoy Federatsii: Spravochnik / Pod red. G.G. Onishenko, A.B. Jebrunka. SPb.: NIIEM im. Pastera, 2013. (In Russ)
4. Goryacheva L.G., Rogozina N.V., Mamaeva V.A., Ivanova V.V. Perinatalniy virusniy gepatit S i vozmozhnosti ego lecheniya // Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. 2014; 18(3): 4-8. (In Russ)
5. Shibne V.A., Mishin D.V., Garaev T.M. i dr. Protivovirusnaya aktivnost ekstraktov griba Inonotus obliquus v otnoshenii infektsii, vizvannoy virusnoy gepatita S, v kulturax kletok // Byull. eksp. biologii i meditsini. - 2011; 151(5): 549-551. (In Russ)
6. Reddy K.R., Zeuzem S., Zoulim F. et al. Simepriver versus telaprevir with peginterferon and ribavirin in previous null or partial responders with chronic hepatitis C virus genotype 1 infectoin (ATTAIN): a randomized, double-blind, non-inferiority phase 3 trial // The Lancet. Infectious Diseases. 2014; 15: 27-35.
7. Rodriguez-Torres M., Lawitz E., Conway B. et al. Safety and antiviral activity of the HCV non-nucleoside polymerase inhibitor VX-222 treatment-na?ve genotype 1 HCV-infected patients // Hepatology. 2010; 52 (Suppl. 1): 14.
8. Sanchez-Tapias J.M. Treatment of HCV genotype I na?ve patients with triple therapy: who, when and how long // Therapy liver diseases / Ed. By P. Giner, X. Forn, J.G. Abalades. Barcelona: Elsevier Doyma, 2011. 23.
9. Zeuzem S., Buggisch P., Agarwal K. et al. The protease inhibitor, tegobuvir alone, with ribavirin, or pegalated interferon plus ribavirin in hepatitis C // Hepatology. 2012; 55: 749-758.
10. Poordad F., McCone J.Jr., Bacon B.R., et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection // N.Engl. J. Med. - 2011; 364(13): 1195-206.
11. Song H., Li J., Shi Sh., et al. Thermal stability and inactivation of hepatitis C virus grown in cell culture // Virol. J. - 2010; 7(40): 1-9.
12. Guevin C., Lamarre A., Labonte P. Novel HCV replication mouse model using human hepatocellular carcinoma xenografts // Antiviral Res. - 2009; 84(1): 14-22.
13. Nikolaeva L.I., Samoxodskaya L.M., Mashkova i dr. Poisk geneticheskix faktorov virusa gepatita S i patsientov s xronicheskim gepatitom S, assotsirovannix s formirovaniem ustoychivogo virusologicheskogo otveta na protivovirusnyuyu terapiyu // V mire virusnix gepatitov. - 2011; 1: 26-35. (In Russ)
14. Deryabin P.G., Shaxgildyan I.V. Gepatit S: fundamentalnie i prikladnie porblemi // V sb.: Izuchenie evolutsii virusov v ramkax problem biobezopasnosti i sotsialno znachimix infektsiy / Red.: akademik RAMN D.K. Lvov, chlen-korrespondent RAMN L.V. Urivayev. - M., 2011; 89-98. (In Russ)
15. Deryabin P.G., Isaeva E.I., Maldov D.G., i dr. Deystvie preparata stimforte na infektsiyu, vizvannuyu virusom gepatita S, genotip 1b // Voprosi virusologii. - 2009; 2: 17-20. (In Russ)