

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ
ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Актуальность. Наряду с очевидными успехами в борьбе с вирусными гепатитами (ВГ) есть ряд нерешенных проблем, связанных с принципиально новыми проявлениями эпидемического процесса. Алгоритм эпидемиологической диагностики ВГ подразумевает обязательное изучение структуры для более глубокой объективной оценки регистрируемой эпидемиологической ситуации и взаимоотношения отдельных нозологических форм. ВГ включают в себя инфекции, относящиеся к разным эпидемиологическим группам, которые формируют в своей основе различные формы эпидемического процесса (острые манифестные и бессимптомные, хронические манифестные и бессимптомные). Определение соотношений этих форм позволяет аргументировать социальное значение заболеваний, входящих в группу ВГ, и прогноз на ближайшие годы.

Цель – изучить структуру заболеваемости ВГ среди населения в г. Уфе в 1995–2007 гг. на основе анализа данных о впервые зарегистрированных случаях хронических гепатитов (ХГ) методом сплошной выборки с терапевтических и педиатрических участков лечебно-профилактических учреждений и анализа острых форм ВГ по сведениям о регистрации инфекционных заболеваний.

Результаты. Генеральная этиологическая структура ВГ включает в себя клинические формы ВГВ и С, гепатиты неуточненной этиологии (ГНЭ) и вирусный гепатит А (ВГА), доля которых за период наблюдения в г. Уфе существенно изменилась. Становление регистрации ВГС (1994 г.) отразилось на генеральной этиологической структуре ВГ, треть (31,4%) всех выявленных клинических форм составил ВГА, который, как известно, среди острых форм вирусных гепатитов превалирует. Основную долю в структуре ВГ в 1995 г. составил ВГВ – 38,4%, каждый седьмой выявленный случай вирусного гепатита (13,1%) оказался ГНЭ. Доля ВГС составила 17,12%, которая на протяжении наблюдения интенсивно увеличивалась, а начиная с 2003 года, заняла основное положение (52,4–65,2%), что определяется высокой хронотропной способностью вируса и чрезвычайно частым скрытым течением инфекции. Значимое место по уровню регистрации, и соответственно, занимаемой доле в структуре ВГ принадлежит ВГВ: в 2003г. – 43,6%; в 2007 г. – 29,9%. С улучшением этиологической расшифровки группы вирусных гепатитов в структуре прослеживалось снижение доли ГНЭ от 13,12% в 2003 г. до 3,71% в 2007 г. Вышеуказанное диктует необходимость отдельного анализа структуры клинических форм ВГ с хронотропным потенциалом, которая за анализируемый период в г. Уфе претерпела серьезные изменения. До 2000 г. в структуре ВГ преобладали острые формы, их доля в начале наблюдения составляла более половины всех зарегистрированных случаев – 68,8%, к 2000 г. до 45,2%, а последующие годы не превышала 8%. Безусловно, уменьшение доли острых форм ВГ сопряжено со снижением интенсивности этого компонента эпидемического процесса, а также с активизацией регистрации и объективного нарастания хронических форм и скрытого «носительства».

Внедрение в практику СП 3.1.958-00 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами» дало свои результаты. Изменилась структура клинических форм ГВ, ГС и ГНЭ. В г. Уфе выявлены близкие закономерности изменений структуры ГВ и ГС, при этом в первые годы наблюдения превалировали острые формы болезни, на долю которых при ГВ в 1995 г. приходилось 69,7%, при ГС – 49,75%. В дальнейшем доля острых форм ВГС продолжала нарастать, достигнув максимума в 1997 г. – 66,6%, а при ВГВ, наоборот, прослеживалась четкая тенденция к снижению острых форм. К 2000 г. доля острых форм ГС сократилась до 15,8%, к 2007 г. – до 1,19%. Особенностью структуры клинических форм ГС явилась весомая доля скрытого «носительства» вируса, которая в 1995 г. составила 33,3%, тогда как доля этого компонента при ГВ равнялась лишь 14,8%, а в 1999 г. – 55,4% и 31,9%, соответственно. Так как под маской «носительства» вируса ГС, маркируемого определением анти HCV,

скрывается ХГС, безусловно, указанное свидетельствует о массивном «пласте» хронических больных в популяции г. Уфы, который был уже сформирован к началу регистрации этой инфекции. Переломное изменение структуры клинических форм ГВ и ГС, зафиксированное с 2001 года, демонстрирует значимость «хронического субклинического течения» при обеих нозологических формах. В начале XXI века среди клинических вариантов течения ХГВ и ХГС основную долю занимает скрытое «носительство», достигшее к 2007 г. при ГВ – 89,13%, ГС – 87,9%. Результат изучения важен, с одной стороны, для понимания и необходимости объективной оценки интенсивности эпидемического процесса указанных нозологических форм, с другой, свидетельствует о необходимости дополнительного обследования пациента с целью постановки клинического диагноза и определения правильной тактики ведения больного (эффективная диспансеризация, по показаниям этиотропная терапия), что, безусловно, отразится на эпидемиологической ситуации и прогнозе заболевания. Выявленные случаи «носительства», несмотря на весомую их долю в структуре клинических форм ВГ, являются только их частью, поскольку на инфицированность ГВ и ГС обследуются по определенным клиническим и эпидемиологическим показаниям чаще лица из группы высокого риска заражения согласно СП 3.1.958-00 и СП 3.1.1.2341-08. В большей степени сказанное выше нужно учитывать и при трактовке значения составляющих группы ГНЭ, которые на протяжении всего периода наблюдения были представлены в структуре клинических форм ВГ именно хронической формой заболевания.

Анализируя структуру ВГ, которые, как уже было определено выше, в основном формируются хроническими формами заболеваний, не менее важным является оценка этиологической структуры впервые зарегистрированных хронических манифестных форм гепатитов в Уфе. В структуре ХГ за анализируемый период произошли принципиальные и позитивные в диагностическом отношении изменения. Это выражалось в снижении доли ХГ неустановленной этиологии (ХГНЭ) от 40,4% в период становления регистрации ХГ (1994–1997 гг.) до 23,4% в 2005–2007 гг., одновременно в увеличении удельного веса этиологически расшифрованных их вариантов от $59,6 \pm 1,1\%$ в исходном периоде до $76,6 \pm 0,8\%$ в последнем. Указанное свидетельствует об улучшении лабораторной диагностики, что повышает, как известно, надежность данных, используемых в эпидемиологическом надзоре. Среди всех форм ХВГ почти в три раза возросла доля ХГС – от $13,6 \pm 0,8\%$ (1994-1997 гг.) до $37,2 \pm 0,9\%$ (2005-2007 гг.). При этом доля хронического микст-гепатита (ХГМ) увеличилась от $11,4 \pm 0,7\%$ в начале наблюдения до $17,8 \pm 0,8\%$ в период регистрации самых высоких уровней, в последние годы составила $19,4 \pm 0,8\%$. В отличие от указанных форм ХГМ и ХГС, при ХГВ в первом и третьем периодах наблюдения определились одинаковые его доли ($34,6 \pm 1,1$ и $35,0 \pm 1,0\%$), в годы подъема заболеваемости (1998–1999 гг.) до $41,5 \pm 1,1\%$. В последние годы (2005–2007 гг.) каждый пятый зарегистрированный больной был с ХГВ ($20,0 \pm 0,8\%$), а более половины всех выявленных случаев ХГ были ассоциированы с ХГВ и ХГС – 57,2%. В этот период, по сравнению с исходным, изменилась структура верифицированных форм ХГВ и С, притом значительно увеличилась доля ХГС – от 35,1% до 58,9%, а в 2007 г. составила 65,8%, доля ХГВ равнялась 34,2%.

Закключение. Таким образом, на стыке веков произошло принципиальное изменение генеральной этиологической структуры клинических форм вирусных гепатитов с превалированием острых, хронических и бессимптомных форм ГВ и ГС, в целом в 2007 г., составивших 95,1%. Изменение структуры ВГ с доминированием скрытого «носительства» вирусов ГВ и ГС в клинической практике требует дополнительного комплексного обследования, динамического наблюдения пациента. В последние годы следует ожидать манифестации хронических форм ВГ, зарегистрированных в 90-х годах XX века. Изменилась этиологическая структура впервые зарегистрированных хронических гепатитов с заметным лидерством в последние годы (2005–2007 гг.) ГС – 37,2% и равной долевой позицией ГВ – 20,0% и микстовых форм – 19,4%. Последние, с эпидемиологической и клинической точек

зрения, требуют глубокого изучения в связи с реальной угрозой заноса в медицинские и оздоровительные учреждения этой патологии и высокой социальной значимостью, связанной с воздействием на организм нескольких этиологических агентов, а, следовательно, неблагоприятными исходами.

Efimov G.E., Kaydanek T.V.

**FEATURES OF THE STRUCTURE OF VIRAL HEPATITIS
AT THE TURN OF THE CENTURY**

Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

At the turn of the century there was a fundamental change in the general etiological structure of clinical forms of viral hepatitis with the prevalence of acute, chronic and asymptomatic hepatitis B and C, as a whole in 2007 was – 95.1%.

Жаворонок С.В., Козорез Е.И.*, Кармазин В.В.*, Мицура В.М.***

**ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ В ПЕРВЫЕ 12 МЕСЯЦЕВ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск,

***Гомельский государственный медицинский университет, Гомель**

****Гомельская областная инфекционная клиническая больница, Гомель,
Республика Беларусь**

Актуальность. Лекарственно ассоциированная гепатотоксичность – одна из побочных эффектов антиретровирусной терапии (АРТ).

Целью нашего исследования был анализ частоты гепатотоксичности в первые 12 месяцев от начала антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Мы обследовали 353 пациента (151 женщина и 202 мужчины) в возрасте 31,4 (27,9–34,9) года в течение 12 месяцев от начала антиретровирусной терапии. Развитие гепатотоксичности оценивалось на основании клинической симптоматики, а также динамики АлАТ, измеренной до начала и в процессе лечения. При этом степень изменения уровня АлАТ оценивалась по международной шкале нежелательных явлений (1-я степень – это повышение уровня активности фермента от 1,25 до 2,5 значения верхней границы нормы). Была исследована связь появления лекарственно-индуцированной гепатотоксичности через 12 месяцев со следующими факторами: пол (мужчины, женщины), путь инфицирования (внутривенный, половой), режим АРТ (с ингибиторами протеазы (ИП), с нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (ННИОТ)), наличие хронического вирусного гепатита С, стадия ВОЗ (4 и 1,2,3).

Результаты. Была выявлена связь с полом, путем инфицирования, наличием ХВГС, режимом АРТ. У мужчин (OR 4,65, 95%ДИ 1,17–6,26), у пациентов с внутривенным путем инфицирования (OR 2,92, 95%ДИ 1,24–6,89), с хроническим вирусным гепатитом С (OR 4,95, 95%ДИ 1,58–15,48), и принимающих схемы АРТ, содержащие ННИОТ (OR 4,65, 95%ДИ 1,5–14,41), значительно чаще развивается гепатотоксичность. Однако связь с внутривенным путем инфицирования и мужским полом обусловлена преобладающим наличием у них ХВГС (у мужчин встречается в 19 раз чаще, чем у женщин ($p=0,001$); с внутривенным путем инфицирования – в 49 раз чаще, чем с половым ($p=0,001$). Учитывая, что шансы развития гепатотоксичности при наличии ХВГС в 5 раз выше, чем без ХВГС, и в 4,6 раза чаще при схемах с ННИОТ, пациентам с хроническим вирусным гепатитом С более оптимально назначать схемы с ИП.

Заключение. Установлено, что пациенты-мужчины с внутривенным путем инфицирования, а также с ХВГС, и принимающие схемы АРТ, содержащие ННИОТ, значительно чаще имеют проявления гепатотоксичности. Учитывая, что шансы появления гепатотоксичности при наличии ХВГС в 5 раз выше, чем без ХВГС, и в 4,6 раза чаще при