

ВЛИЯНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ВЗРОСЛЫХ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ И ЕЁ ИСХОДЫ

С.В. Барамзина, А.Л. Бондаренко

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Influence of supplementary immunization activities for adults dynamics of chronic disease HBV-infection and its outcomes

S.V. Baramzina, A.L. Bondarenko

Kirov State Medical academy, Kirov, Russia

Резюме

Цель: оценить влияние дополнительной вакцинации взрослых от HBV-инфекции 2007–2010 гг. на заболеваемость хроническим гепатитом В и его исходы на примере Кировской области.

Материалы и методы: оценка особенностей эпидемиологического процесса при хронической HBV-инфекции у взрослых в зависимости от вакцинопрофилактики проведена на основе официальных данных Роспотребнадзора в России и Кировской области по регистрируемой инфекционной заболеваемости за период 1999–2012 гг. Диагностика хронического гепатита В основывалась на клинико-биохимических, инструментальных, вирусологических данных. Структура исходов хронического гепатита В изучена у 295 пациентов в возрасте 18–75 лет, госпитализированных в отделение вирусных гепатитов Кировской инфекционной клинической больницы в 2006–2010 гг.

Результаты: в Кировской области наметилась тенденция к снижению заболеваемости хроническим гепатитом В у взрослых. Дополнительная вакцинация взрослых от гепатита В не привела к ожидаемой серьёзной убыли числа больных хроническими формами. Одной из причин этого является низкий (20,3–64%) охват взрослого населения прививками. Хроническая HBV-моноинфекция наблюдалась в 17,1%, цирроз в исходе хронического гепатита В в 5,4% случаев, госпитальная летальность от осложнений HBV-цирроза составила 0,7%. Ассоциации вирусов С и D увеличивали общую когорту больных по сравнению с моноинфекцией на 3,8%, а летальность – на 0,5%.

Заключение: дополнительная вакцинация взрослых от гепатита В в области привела к незначительному уменьшению общей заболеваемости хроническим гепатитом В, но не снизила уровень неблагоприятных исходов – цирроза печени и печёночно-опосредованной летальности.

Ключевые слова: хронический гепатит В и его исходы, дополнительная вакцинация взрослых, госпитальная летальность.

Введение

Благодаря успехам вакцинопрофилактики и согласно последним результатам исследователей

Abstract

Purpose: to evaluate the effect of additional vaccination of adult HBV-infection years 2007–2010 on the incidence of chronic hepatitis B and its outcomes on the example of the Kirov region.

Materials and Methods: the evaluation of epidemiological features process in patients with chronic HBV infection in adults, depending on the vaccination carried out on the basis of official data Rosпотребнадзор in Russia and Kirov region on incidence of infectious disease for the period 1999–2012. Diagnosis of chronic hepatitis B was based on clinical and biochemical, instrumental, virological data. Structure outcomes of chronic hepatitis B was studied in 295 patients aged 18–75 years who were hospitalized in the department of viral hepatitis Kirov infectious diseases hospital in 2006–2010.

Results: In the Kirov region tended to decrease the incidence of chronic hepatitis B in adults. Additional adult vaccination against hepatitis B has not led to the expected significant decrease of the number of patients with chronic forms. One reason for this is the low (20,3–64%) of the adult population immunization coverage. Chronic HBV-monoinfected was observed in 17.1%, cirrhosis in the outcome of chronic hepatitis B in 5.4% of cases, in hospital mortality from complications of HBV-cirrhosis was 0.7%. Association virus C and D have increased the total cohort, compared to a mono-infection by 3.8% and 0.5% lethality.

Conclusion: Additional adult vaccination against hepatitis B in the area has led to a slight decrease in the overall incidence of chronic hepatitis B, but has not reduced the incidence of adverse events – cirrhosis and liver-mediated lethality.

Key words: chronic hepatitis B and its outcomes, additional vaccination of adults, in hospital mortality

ВОЗ, число больных хроническим гепатитом В в мире сократилось с 400 млн до 240 млн человек. Несмотря на это, около 600 000 человек ежегодно

умирает от острых или хронических последствий гепатита В. Эти данные позволяют считать гепатит В самым распространенным инфекционным заболеванием печени [1, 2]. Высокая инфицированность HBV-вирусом населения планеты связана с его необычайной инфекциозностью и устойчивостью, которые в 50–100 раз выше таковой при ВИЧ. Около 25% взрослых, инфицированных в детстве, позднее умирают от первичной гепатокарциномы (ГЦК) или HBV-цирроза печени (ЦП), развивающихся в результате хронической инфекции. Согласно данным метаанализа, проведенного F.P. Joseph et al. в 2006 г., во всем мире 30% всех случаев цирроза и 53% случаев ГЦК были обусловлены HBV-инфекцией [3]. В целом, вероятность развития ГЦК у больных, инфицированных HBV, в 100 раз выше, чем в общей популяции [3, 4].

По данным Роспотребнадзора, в России количество больных хроническими формами гепатита В и носителей HbsAg превышает 3 млн человек – от 2% населения в Европейском регионе до 18–20% в Якутии и Тыве. В целом, Россия относится к странам со средним уровнем распространенности HBV-инфекции. В таких странах риск инфицирования здорового человека вирусом гепатита В в течение жизни составляет 20–60% [4, 5].

С 1982 г. в мире для профилактики гепатита В используется вакцина. Иммунопрофилактика гепатита В эффективно предотвращает HBV- и HDV-инфекцию, на 95% защищает от её хронических последствий (гепатита и ЦП) и является первой вакциной против ГЦК [5]. В России вакцина против гепатита В была введена в национальный календарь прививок в 1997 г., что привело к значительному снижению заболеваемости острыми и хроническими формами HBV-инфекции среди детей. Системной вакцинации взрослого населения РФ не проводилось до 2007 г., прививались лишь группы риска [6, 7].

Цель исследования – оценить влияние дополнительной вакцинации взрослых от HBV-инфекции 2007–2010 гг. на заболеваемость хроническим гепатитом В и исходы на примере Кировской области.

Материалы и методы

Для оценки особенностей эпидемического процесса при хронической HBV-инфекции у взрослых в зависимости от проводимой вакцинации были использованы официальные данные Роспотребнадзора в России и Кировской области по регистрируемой инфекционной заболеваемости за период 1999–2012 гг., Государственных докладов о санитарно-эпидемиологической обстановке в РФ 1998–2012 гг., в Кировской области за 2006–2012 гг.

Диагностика хронического гепатита В была основана на клинико-anamnestических данных, повышении активности АЛТ в течение 6 и более месяцев, результатах ФГДС, УЗИ, фибросканирования или пункционной биопсии печени, обнаружении HbsAg, HbeAg, анти-Hbe IgM, G; анти-HBcor IgM, G и DNA HBV в полимеразной цепной реакции (качественное определение в режиме реального времени, тест-системы ЗАО «Вектор-Бест»). Для диагностики микст-инфекции определяли анти-HDV сумм., анти-HDV IgM, G; анти-HGV IgM, G; анти-HCV сумм., анти-HCV IgM, G, анти-HCV core, NS_{3,4,5} – методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов для иммуноферментного выделения иммуноглобулинов классов G и M к вирусу гепатита С, D, а также антител к индивидуальным белкам вируса гепатита С (core, NS3, NS4 NS5), ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск).

Структура и удельный вес исходов хронического гепатита В были изучены у 295 пациентов в возрасте 18–75 лет из 943 больных хроническими вирусными гепатитами и циррозами В, С, D, G, госпитализированными в отделение вирусных гепатитов Кировской инфекционной клинической больницы (КиКБ) в 2006–2010 гг. (заведующая отделением В.И. Жуйкова).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере с использованием лицензионных программных средств Microsoft Excel. Рассчитывали средние величины (\bar{p}), ошибку средней величины (m_p), достоверность различий определяли с помощью коэффициента Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение

С момента введения всеобщей вакцинации новорожденных в 1997 г., дополнительной вакцинации взрослых в 2007–2010 гг. достигнуты большие успехи в снижении регистрируемой заболеваемости острым гепатитом В и числа носителей HbsAg среди детей и взрослых как в России, так и в Кировской области [6–8] (рис. 1, 2). Установлено, что с 1994 по 2012 г. регресс заболеваемости по ОГВ у взрослых в РФ составил 17,7 раз ($25,1 - 1,42^{0/00000 \text{ нас.}}$) и 24,3 раза ($10,94 - 0,45^{0/00000 \text{ нас.}}$) в регионе. В Кировской области инцидентность по ОГВ среди детей уменьшилась в 11,9 раза с 1994 г. и новые случаи острого гепатита В не регистрируются 2 последних года ($11,93 - 0^{0/00000 \text{ детского нас.}}$). Число носителей HbsAg среди взрослых в Кировской области за тот же период снизилось в 39,5 раз с 149,97 – $3,8^{0/00000 \text{ нас.}}$ и в 40 раз с $40,19 - 1,0^{0/00000 \text{ детского населения}}$.

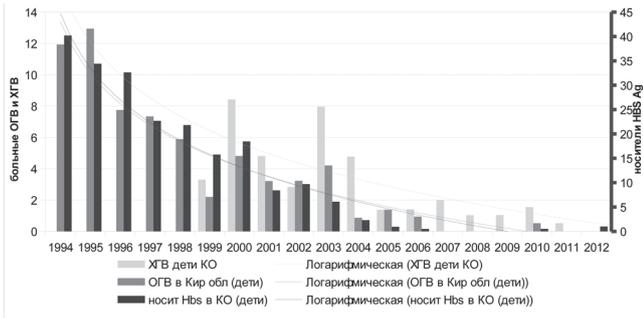


Рис. 1. Заболеваемость ОГВ, ХГВ и носительство HBS у детей в Кировской области 1994 – 2004 гг.

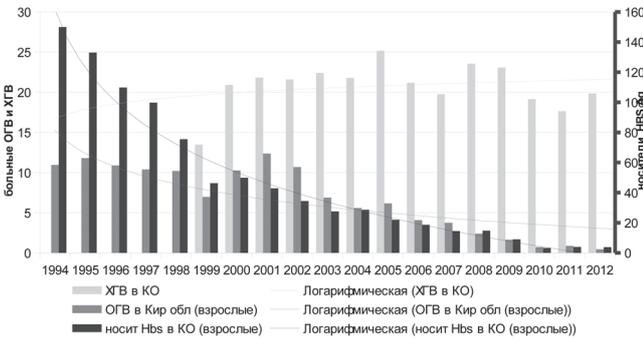


Рис. 2. Заболеваемость ОГВ, ХГВ и носительство HBS у взрослых в Кировской области 1994 – 2004 гг.

В настоящее время в России продолжается работа по уменьшению заболеваемости ОГВ в результате 98% охвата профилактическими прививками новорожденных с целью полной ликвидации острого гепатита В [9, 10].

Помимо весьма значительного уменьшения резервуара HBV-инфекции в России и области, огромное значение оказывает вакцинация на снижение летальности от острой печёночной недостаточности и неблагоприятных исходов — цирроза печени и ГКЦ. Доказанной характерной чертой канцерогенеза при HBV-инфекции является риск формирования ГЦК на любой стадии инфекционного процесса, даже на этапе носительства HbsAg [4 – 6].

Необходимо отметить, что особенностью развития эпидемического процесса при парентеральных вирусных гепатитах в России и регионе является стремительный рост числа впервые выявленных ХВГ. Кировская область относится к регионам со средним уровнем инцидентности по ХВГ. Несмотря на это, за последние 5 лет наблюдалась устойчивая тенденция к росту числа взрослых с впервые выявленными ХГВ и С с 56,0 в 2007 г. до 60,5⁰/₀₀₀₀₀ нас в 2012 г. При сравнении с общероссийскими показателями в Кировской области зарегистрирован

более высокий уровень впервые выявленных случаев ХГВ (в РФ 12,6 в 2007 г. и 19,8⁰/₀₀₀₀₀ нас в 2012 г.) (рис. 3).

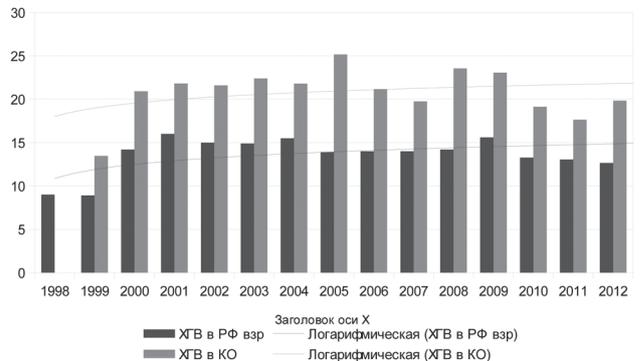


Рис. 3. Заболеваемость ХГВ у взрослых в Кировской области 1998 – 2012 гг.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» 2006 – 2008 гг. предполагалось путем дополнительной вакцинации против гепатита В более 25 млн человек в ближайшие годы снизить заболеваемость вирусным гепатитом В в РФ в 3 раза. Дополнительная иммунизация, проведённая в 2007 г., затронула лиц в возрасте 18 – 35 лет, непривитых и не болевших ранее. Иммунопрофилактика гепатита В привела к значительному снижению числа больных острым и хроническим гепатитом В среди детей, но серьёзно не повлияла на количество взрослых с ХГВ (см. рис. 2) [10].

Несмотря на успехи всеобщей вакцинации новорожденных, введение дополнительной вакцинации взрослых в 2007 – 2010 гг.; существенного снижения заболеваемости ОГВ и носителей HBSAg во всех возрастных группах, тенденции к значительному снижению числа больных ХГВ среди взрослых, к сожалению, не наблюдается.

Так, в 2006 г. показатель заболеваемости ХГВ у взрослых в КО составил — 21,2⁰/₀₀₀₀₀ нас, а в 2012 г. — 19,8⁰/₀₀₀₀₀ нас. Как следует из приведённых цифр, не приходится ожидать снижения уровня неблагоприятных исходов, заболеваемости и смертности, связанных с циррозами HBV-этиологии, первичным раком печени.

Каковы вероятные причины, которые не позволяют снизить заболеваемость ХГВ у взрослых в России и Кировской области?

Стабильность уровня заболеваемости ХГВ у взрослых в значительной степени вызвана реактивацией процесса в группе носителей HbsAg и переходом их в регистр больных ХГВ [5]. Улучшение диагностики вирусных гепатитов, связанной с широким внедрением в практику методов ПЦР (в формате real time), фиброэластометрии печени

повышает частоту выявления хронических форм HBV-инфекции. По данным многолетних наблюдений, нами постоянно при случайном обследовании регистрируются пациенты среднего и зрелого возраста с малосимптомным течением ХГВ, не прошедшие вакцинацию от HBV-инфекции и не имеющие протективного иммунитета.

В ходе реализации программы по дополнительной вакцинации взрослых от HBV-инфекции в Кировской области с 2007 г. ежегодно увеличивалось число привитых, но изначально иммунная прослойка в этой возрастной группе была крайне низкой. Так, согласно данным Государственных докладов о санитарно-эпидемиологической обстановке в КО за 2006 – 2012 гг., охват прививками взрослого населения вырос с 20,3 до 64,2% к 2010 г. Несмотря на это, с учетом проведенной иммунизации в 2010 г., к началу 2011 г. оставались не привитыми более 209 тыс. человек. За 2011 – 2012 гг. было привито ещё 35 000 человек, однако неиммунная прослойка остаётся ещё достаточно большой (174 тыс. чел.).

В целом, за последние 5 лет увеличился охват вакцинацией лиц 18 – 35 лет с 62,6% в 2008 г. до 91% в 2012 г.; в возрасте 36 – 59 лет – с 16,3% до 63,0%. Таким образом, в 2012 г. в КО было провакцинировано 74,8% взрослого населения в возрасте до 59 лет [7,8]. Однако в 15 из 39 районов области охват прививками взрослых против гепатита В составляет 43,1 – 52,4%, что значительно ниже среднего показателя по КО и создает серьёзную угрозу дальнейшего распространения инфекции. В КО показатели охвата вакцинацией за 2010 – 2012 гг. лиц от 18 до 35 лет были несколько выше, чем в РФ – 80,2 – 84,1 – 88,5% соответственно, в возрасте 36 – 59 лет 44,7 – 50,8 – 59,5% [6, 11].

Поэтому приоритетным направлением в работе по профилактике гепатита В на 2013 – 2014 гг. в КО и России является продолжение массовой иммунизации взрослых против HBV-инфекции с достижением охвата прививками не менее 80% [6 – 8].

Ещё одной из важных причин недостаточного эффекта от вакцинации против гепатита В у взрослых в России и регионе является отсутствие скрининга на наличие HBV-инфекции до её проведения. По нашему мнению, в указанной возрастной группе детекция маркёров гепатита В для решения вопроса о необходимости вакцинации крайне важна.

Во-первых, данная процедура позволит выявить лиц с HBV-инфекцией, которые в вакцинации не нуждаются. Во-вторых, будут установлены лица с ХГВ и носители, которым вакцинация также не показана, а необходимо длительное диспансерное наблюдение, проведение противовирусной терапии, своевременная диагностика неблагоприятных исходов (цирроза печени и ГЦК).

В результате же сплошной вакцинации от HBV-инфекции взрослых без предварительного скрининга на маркёры прививаются люди, заведомо больные ХГВ и даже компенсированным HBV-циррозом, носители HbsAg, которые считают себя иммунизированными против гепатита В. Поэтому данная категория пациентов не учитывается, не подлежит диспансерному наблюдению и в дальнейшем обуславливает высокий процент прироста хронических форм HBV-инфекции, декомпенсации циррозов, первичного рака печени.

В связи с малосимптомным течением выявляются пациенты с HBV-инфекцией совершенно случайно, при обследовании по поводу сопутствующей патологии [3 – 5, 12]. Зачастую диагностика ХГВ происходит только на стадии цирроза, при развитии синдрома портальной гипертензии, асцита, когда появляются отчётливые жалобы. Не менее важен также вопрос оценки уровня протективного иммунитета против HBV-инфекции, который редко контролируется у привитых. Известно, что в группе взрослых эффективность вакцинации снижается в силу инволюционных процессов иммунной системы [13].

С целью изучения особенностей исходов ХГВ в динамике и на фоне дополнительной вакцинации взрослых нами была проанализирована нозологическая структура хронических вирусных диффузных поражений печени у 943 больных в возрасте 18 – 75 лет, госпитализированных в отделение вирусных гепатитов КиКБ в 2006 – 2010 гг. Из них у 295 пациентов были диагностированы различные формы HBV-инфекции. По распоряжению департамента здравоохранения Кировской области, в 2006 – 2010 гг. больные с вирусными циррозами проходили стационарное лечение только в инфекционной больнице, поэтому сведения можно считать достоверными. До настоящего времени ЦП не подлежит обязательной регистрации, поэтому статистические данные об этой патологии отсутствуют, что является серьёзной проблемой в оценке исходов вирусных гепатитов.

Согласно данным ретроспективного анализа за 5 лет наблюдения, различные формы хронической HBV-моноинфекции регистрировались от 12,9 до 25,0% случаев (в среднем ХГВ-17,1% и цирроз – 5,4%) (табл. 1, 2). Нами установлено достоверное снижение числа госпитализированных больных с ХГВ в 2010 г. по сравнению с 2006 г.

Эти данные подтверждают наметившуюся общую тенденцию некоторого уменьшения заболеваемости ХГВ в КО в последние годы, что можно связать с дополнительной вакцинацией взрослых [6, 7, 10]. Серьёзная опасность HBV-инфекции заключается в формировании очагов микст-инфекции с другими гепатотропными вирусами – D и C [4, 5, 14]. Удельный вес госпитализированных больных с ХГВ + C и ХГВ в среднем за 5 лет составил 3,4 и

Таблица 1

Исходы хронической HBV- инфекции (по данным отделения вирусных гепатитов КиКБ)

Годы	Все больные с ХГВ и циррозами, n=943	Все формы ХГВ, n= 197, (p=20,9%)		Все формы HBV- цирроза, n= 87, (p=9,2%)		Летальность (в исходе HBV/HDV-цирроза), n= 11, (p=1,2%)	
		n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)
2006	164	46	28,0±6,6	16	9,8±7,4	3 кома	1,8±0,7
2007	190	38	14,7±5,7*	15	7,9±6,9	1 кома	0,5±0,7
2008	200	47	23,5±6,2	19	9,5±6,5	5 кома, 1 кровотечение	3,0±1,2
2009	202	30	14,9±6,5*	25	12,4±6,5	1 кома	0,5±0,7
2010	187	36	19,3±6,5*	12	6,4±7,0	—	—

* — p<0,001 по сравнению с 2006 г.

Таблица 2

Структура и частота исходов хронической HBV- моно- и микст-инфекции (по данным отделения вирусных гепатитов КиКБ)

Годы	Все больные n=943	ХГВ, n= 197, (p= 20,9%)						Циррозы, n= 87, (p=9,2%)						Летальность (общая), n= 11, (p=1,2%)			
		ХГВ, n= 161, (p=17,1%)		ХГВ+С, n=32, (p=3,4%)		ХГВ+D, n=4, (p=0,42%)		ХГВ n= 51, (p=5,4%)		ХГВ+С, n=3, (p=0,3%)		ХГВ+D, n=33, (p=3,5%)		HBV – цирроз, n=7, (p=0,7%)		HBV/HDV – цирроз, n= 11, (p=1,2%)	
		n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)	n	P±m _p (%)
2006	164	41	25,0 ±6,7	3	1,8 ±1,0	2	1,2 ±0,8	10	6,1 ±1,8	—	—	6	3,7 ±1,5	2 кома	1,2 ±0,7	3 кома	1,8 ±0,7
2007	190	31	16,3 ±6,6	6	3,2 ±1,3	1	0,52 ±0,5	7	3,7 ±1,4	—	—	8	4,2 ±1,4	1 кома	0,5 ±0,7	1 кома	0,5 ±0,7
2008	200	38	19,0 ±6,3	8	4,0 ±1,4	1	0,5 ±0,5	11	5,5 ±1,6	—	—	8	4,0 ±1,4	3 кома	1,5 ±0,9	5 кома, 1 кровотечение	3,0 ±1,2
2009	202	26	12,9* ±6,5	4	1,9 ±0,7	—	—	14	6,9 ±1,7	2	0,9 ±0,7	9	4,5 ±1,4	1 кома	0,5 ±0,7	1 кома	0,5 ±0,7
2010	187	25	13,4* ±6,8	11	5,9 ±1,7	—	—	9	4,8 ±1,5	1	0,5 ±0,5	2	1,1 ±0,8	—	—	—	—

* — p<0,001 по сравнению с 2006 г.

0,42% соответственно, что увеличило общую группу больных различными формами хронической HBV-инфекции на 3,8%.

Необходимо отметить, что на фоне наметившейся тенденции к снижению числа госпитализированных в общей группе больных с HBV-инфекцией и ХГД, установлено ежегодное повышение числа стационарных больных с ХГВ+С (см. табл. 2). Отсутствие официальной регистрации больных с хроническими микст-гепатитами не позволяет оценить масштабы проблемы HBV-инфекции и планировать объемы финансирования для проведения противовирусной терапии.

Как следует из таблицы 2, снижение общего количества пациентов с ХГВ пока не привело к уменьшению частоты госпитализаций, связанных с неблагоприятными исходами, — ЦП и летальности. Так же, как и при ХГВ, ассоциации вирусов С и D увеличивали общую когорту больных, по сравнению с изолированным HBV-циррозом, в среднем на 3,8%. В этиологической структуре циррозов преобладали HBV- и HDV-вирусы.

В ходе исследования было установлено, что именно ассоциация HBV/HDV вирусов повышала также частоту госпитальной летальности. Случаи больничной летальности практически ежегодно регистрировались в результате исходов HBV-цирроза (1 — 5 случаев в год — от 0,5 до 1,5%). В целом, за все годы наблюдения данный показатель достигал 1,2%.

Общая больничная летальность от последствий HBV-моноинфекции составила в среднем 0,7% случаев и увеличивалась до 1,2% (+0,5%) при микст-инфекции HBV/HDV.

Причиной смерти в исходе HBV-цирроза в 90,9% случаев явилось развитие печёночной комы и отёка мозга, в 9,1% — кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. В действительности же

смертность от осложнений HBV-циррозов намного выше, однако отследить её сложно [15]. В целом, когорта больных с установленным HBV-циррозом значительно снижается с течением времени. Так, выживаемость пациентов с компенсированным ЦП в течение 5 лет достигает 80–86%, в ближайшие 5 лет в 20% случаев происходит декомпенсация цирроза, и число выживших составляет 14–35%. ЦП повышает риск развития гепатокарциномы в исходе ХГВ до 2–5% [5].

Таким образом, хронический гепатит В и его исходы наносят значительный урон здоровью населения России. В целом, с введением дополнительной вакцинации взрослых в Кировской области пока не удаётся значительно снизить заболеваемость хроническим гепатитом В, несмотря на достоверное уменьшение числа госпитализаций, связанных с заболеванием. Данная категория больных является активным резервуаром инфекции, донатором развития неблагоприятных исходов, основой для формирования микст-инфекции (ХГВ + С, ХГВ + D).

Выводы

1. В Кировской области наблюдается стабилизация эпидемического процесса хронического гепатита В у взрослых и, благодаря иммунизации против гепатита В (2007–2010 гг.), наметилась тенденция к снижению заболеваемости.

2. Дополнительная вакцинация взрослых от HBV-инфекции, проведённая в 2007–2010 гг., не привела к значительному снижению числа больных ХГВ. Вероятно, одной из причин этого явления явился низкий (20,3–64%) охват взрослого населения в КО и РФ прививками против гепатита В.

3. Для получения более весомого эффекта от вакцинопрофилактики HBV-инфекции в группе взрослых крайне необходимо повысить иммунную прослойку до 90–98%; проводить скрининг на маркёры гепатита В перед вакцинацией, оценивать уровень поствакцинального иммунитета в данной возрастной категории.

4. За 5-летний период наблюдения нами установлено достоверное снижение частоты госпитализаций в КиКБ по причине ХГВ. Однако это не повлекло за собой снижения уровня неблагоприятных исходов – цирроза печени и летальности вследствие HBV-инфекции. Хроническая HBV-моноинфекция наблюдалась в 17,1%, ЦП в исходе ХГВ в 5,4% случаев, а госпитальная летальность от осложнений HBV-цирроза составила 0,7%.

5. Ассоциации вирусов С и D увеличивали общую когорту больных ХГВ и HBV-циррозом по сравнению с моноинфекцией в среднем на 3,8%, а больничную летальность – на 0,5%.

Литература

1. Международный альянс по борьбе с гепатитом // Информационный бюллетень ВОЗ. 2012. – № 1.
2. Гепатит В // Информационный бюллетень ВОЗ. – 2013. – № 204.
3. Perz, Joseph F. Farrington the contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide / Joseph F. Perz [et al.] // Journal of Hepatology. 2006. – № 45. – Р. 529–538.
4. Ивашкин, В.Т. Скрытая инфекция вирусом гепатита В / В.Т. Ивашкин, Е.Н. Герман, М.В. Маевская // РЖГГК. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 4.
5. Зверев, В.В. Профилактика первичного рака печени с помощью вакцины против гепатита В / В.В. Зверев // Бюллетень «Вакцинация. Новости вакцинопрофилактики». – 2001. – №3 (15). – URL: <http://medi.ru> (дата обращения 12.01.2014)
6. Барамзина, С.В. Хроническая HCV и HBV-инфекция у детей: динамика показателей заболеваемости за 5-летний период наблюдения / С.В. Барамзина // Материалы всероссийского ежегодного конгресса «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика». – Журнал инфектологии (приложение). – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 47.
7. Данные официальной статистики по инфекционной заболеваемости в Кировской области и РФ за 1994–2012 гг. [электронный ресурс]. – URL: <http://www.43.gospotrebnadzor.ru> и <http://rospotrebnadzor.ru> (дата обращения 12.01.14).
8. Шахгильдян, И.В. Вакцинопрофилактика гепатита В в России: прошлое, настоящее, будущее / И.В. Шахгильдян, М.И. Михайлов, Г.Г. Онищенко // Тезисы докладов VIII Российской конференции: Вирусные гепатиты проблемы эпидемиологии, диагностики, лечения профилактики. – 2009. – С. 67.
9. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 1998 году: Государственный доклад. – М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 1999. – С. 128–132.
10. О мероприятиях, направленных на ликвидацию острого гепатита В в Российской Федерации: Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30 мая 2012 г., № 34.- "РГ" [электронный ресурс]. – URL: <http://www.rg.ru> (дата обращения 12.01.2014)
11. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2012 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2013. – 176 с.
12. Ющук, Н.Д. Протокол диагностики и лечения больных вирусными гепатитами В и С. / Н.Д. Ющук, Е.А. Климова, О.О. Знойко // РЖГГК. – 2010. – Т.20, № 6. – С. 4–60.
13. Гепатит В: Роль вакцины против гепатита В. – URL: <http://www.pkids.org/pedheprep.htm>. (дата обращения 12.01.2014)
14. Есмембетов, К.И. Риск прогрессирования и причины летального исхода при хроническом вирусном микст-гепатите / К.И. Есмембетов [и др.] // РЖГГК. – 2013. – Т. 23. – № 3. – С. 49–55.
15. Ющук, Н.Д. Проблемы учета заболеваемости и смертности от хронического гепатита С в Российской Федерации / Н.Д. Ющук, О.О. Знойко, К.Р. Дудина // Здравоохранение [электронный ресурс]. – 2012. – № 12. – URL: <http://www.zdrav.ru> (дата обращения 12.01.2014)

References

1. Mezhdunarodnyj al'jans po bor'be s gepatitom // Informacionnyj b'ulleten' VOZ. 2012. — № 1
2. Gepatit B // Informacionnyj b'ulleten' VOZ. 2013.- N 204
3. Perz JF, Armstrong GL, Leigh A, et al. Farrington the contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwid. Journal of Hepatology. 2006; (45): 529–538.
4. Ivashkin VT, German EN, Maevskaja MV. RZhGGK. 2008; 18(2): 4.
5. Zverev VV. Vakcinacija. Novosti vakcinoprofilaktiki. 2001; 3 (15). [Internet] [cited 2014 Jan 12]. Available at: <http://medi.ru/>.
6. Baramzina S.V. Khronicheskaya HCV i HBV- infektsiya u detey: dinamika pokazateley zabolevayemosti za 5-letnij period nablyudeniya [Chronic HCV and HBV-infection in children: the dynamics of morbidity over a 5-year follow-up] In: Infekcionnyye bolezni u detey: diagnostika, lecheniye i profilaktika [Infectious diseases in children: diagnosis, treatment and prevention]. StPetersburg; 2012. p.47.
7. Official statistics on infectious diseases in the Kirov region and the Russian Federation for 1994-2012 years. [Internet]. [cited 2014 Jan 12]. Available at: <http://www.43.rospotrebnadzor.ru> i <http://rospotrebnadzor.ru>.
8. Shahgildjan IV, Mihajlov MI, Onishhenko GG .Vakcino-profilaktika gepatita V v Rossii: proshloe, nastojashhee, budushhee [Vaccine Prevention of hepatitis B in Russia: Past, Present, Future]. In: Virusnyye gepatity: problemy epidemiologii, diagnostiki, lecheniya profilaktiki [Viral hepatitis: problems of epidemiology, diagnosis, treatment, prevention]: Abstracts of VIII All-Russian Conference. Moscow; 2009. p.67. Russian.
9. The epidemiological situation in the Russian Federation in 1998: The State Report. Moscow: Federal'nyj centr gossan-jepidnadzora Minzdrava Rossii, 1999. P. 128-132.
10. The measures aimed at the elimination of acute hepatitis B in the Russian Federation: Resolution of Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation, 2012 May 30. [Internet] [cited 2014 Jan 12]. Available at: <http://www.rg.ru> (data obrashhenija 12.01.2014)
11. Situation with sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2012: The State Report. Moscow: Federal'naja sluzhba po nadzoru v sfere zashhity prav potrebitelej i blagopoluchija cheloveka; 2013. 176 p.
12. Jushhuk ND, Klimova EA, Znojko OO. Rossiyskiy Zhurnal Gastroenterologii, Gepatologii, Koloproktologii. 2010; 20(6):4-60.
13. Hepatitis B: Role of hepatitis B vaccine. [Internet] [cited 2014 Jan 12]. Available at: <http://www.pkids.org/pedheprep.htm>.
14. Esmembetov KI, Abdurahmanov DT, Odincov AV, et al. Rossiyskiy Zhurnal Gastroenterologii, Gepatologii, Koloproktologii. 2013; 23(3): 49-55
15. Jushhuk ND, Znojko OO, Dudina KR. Jushhuk N.D. Zdravoohranenie. 2012; 12: 68-76

Авторский коллектив:

Барамзина Светлана Викторовна — доцент Кировской государственной медицинской академии, к.м.н.; тел. +7-909-144-00-33, e-mail: sw3837@mail.ru

Бондаренко Алла Львовна — заведующая кафедрой инфекционных болезней Кировской государственной медицинской академии, д.м.н., профессор; тел. 33-03-98, e-mail: www.kirovma.ru