

Інфекційна захворюваність в Україні: ілюзії та реалії

М.А. Андрейчин, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, голова Асоціації інфекціоністів України

Попри значну поширеність різних інфекційних хвороб, в Україні домінує офіційна думка про епідеміологічне благополуччя в державі. Виняток зроблено тільки для туберкульозу та ВІЛ-інфекції, рівень захворюваності на які протягом останніх 2 десятиліть значно зріс. Ці хвороби супроводжуються настільки високою летальністю, що заперечувати їх соціально-політичну вагу ніхто не наважується.

Стосовно великої кількості інших інфекційних хвороб, побутують міфи про їх другорядну роль. Можна виділити щонайменше 5 ілюзій щодо інфекційної захворюваності в Україні.

Ілюзія 1

Інфекційні хвороби втратили актуальність, оскільки за показниками захворюваності та смертності поступаються місцем серцево-судинним захворюванням, новоутворенням, травмам та отруєнням, патології дихальної системи.

Ця ілюзія сформувалася під впливом кількох реалій. Одна з них полягає в тому, що в наш час немає епідемії чуми, яка в минулому забрала сотні мільйонів людських життів і залишила після себе моторошні спомини. На території України відсутні природні осередки чуми, а отже, немає відчуття пов'язаної із цим небезпеки. Імовірно, завдяки досягненням науки й уміло організованним масштабним протиепідемічним і профілактичним заходам на земній кулі вдалося ліквідувати не менш небезпечну хворобу – натуральну віспу. Цілі регіони, поміж ними й Україна, позбулись поліомієліту, що призводив до численних випадків каліцтва в молодому віці. Уже давно не реєструються поворотний і висипний тифи, до поодиноких захворювань фактично зведено черевний тиф і паратифи А та В. Низку інфекцій, таких як дифтерія, коклюш, правець, гепатит В, гемофільна інфекція, кір, краснуха, епідемічний паротит, зараховано до групи керованих, оскільки проти них розроблено високоефективні вакцини та проводяться планові профілактичні щеплення, що дозволило істотно знизити захворюваність. Оптимізму в боротьбі з інфекційними хворобами додає промисловий випуск високоефективних антибіотиків, противірусних та інших лікувальних засобів. Рациональне застосування сучасних ліків сприяє швидкому одужанню хворих.

Але в планетарному масштабі вдалося позбутись лише однієї особливо небезпечної інфекції – натуральної віспи. Проте й досі дві країни – США та Росія – офіційно зберігають вірус цієї хвороби, тому існує потенційна небезпека його випадкового чи спланованого поширення. Відомо, що в 1980 р. відмінено обов'язкове щеплення проти натуральної віспи, тож людство вже не має імунного захисту. Однак нині в Африці реєструються випадки мавпячої віспи, геном збудника якої на 90-95% ідентичний геному вірусу натуральної віспи, що дозволило деяким науковцям розцінювати це як новітній варіант, здавалося б, переможеної інфекції. Враховуючи аерозольний механізм передачі вірусу і широке використання людьми швидкісного транспорту, існує загроза виникнення великих епідемій натуральної віспи.

Хоч епідемії чуми відійшли в минуле, території її природних осередків не зменшуються і продовжують займати 8-9% усієї земної суші, оскільки не можна знищити всіх диких гризунів – можливих носіїв цієї інфекції. З інших особливо небезпечних інфекцій актуальними

залишаються холера і висококонтагіозні гарячки. У світі досі триває сьома пандемія холери, яка почалася 1961 року, на території України її спалахи мали місце в 1970 і 1994-95 рр. 1993 року з'явилися повідомлення про групові захворювання в Південно-Східній Азії, спричинені невідомим раніше різновидом холерного вібриона. У 2007 р. уперше зареєстровано захворювання на цей вид холери у жителях Сумщини, яка повернулася з Індії, де, вірогідно, й заразилася. Припускають, що цей вібрион може спричинити розвиток восьмої пандемії холери. В Африці зберігаються осередки геморагічних гарячок Ласса, Марбург і Ебола, що не раз заносились у Європу і характеризуються особливо тяжким перебігом і високою летальністю.

На зміну епідеміям чуми і натуральної віспи в останні десятиріччя прийшла пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу. Сьогодні Україна перебуває в центрі епідемічного поширення ВІЛ-інфекції у Східній Європі. Міжнародний альянс із ВІЛ/СНІДу прогнозує, що у 2014 р. в Україні за оптимістичним сценарієм загальна кількість ВІЛ-інфікованих становитиме 479 тис., за песимістичним – 820 тис. осіб.

Досі у світі залишається некерованою велика група гострих респіраторних вірусних захворювань, серед яких найтяжчим є грип. За даними ВООЗ, на гострі респіраторні патології щороку хворіє кожний третій мешканець планети; вони становлять 75% усіх інфекційних захворювань, а в роки епідемій – до 90%. В Україні, за статистикою державних органів охорони здоров'я, частка грипу та інших гострих респіраторних інфекцій сягає 80-90% сумарної інфекційної захворюваності. Незважаючи на успіхи в етіологічній діагностиці цієї групи інфекцій і розробці специфічної профілактики, проблема далека від вирішення і навіть ускладнилась у зв'язку з можливістю поширення таких нових небезпечних інфекцій, як тяжкий гострий респіраторний синдром і «пташиний» грип. Пандемія каліфорнійського грипу у 2009 р. підтвердила незнищеність цієї інфекції, її дуже важливе соціальне та медичне значення. При цьому ми не порушуємо проблему туберкульозу, що стосується компетенції фтизіатрів.

Українською нині є проблема вірусних гепатитів, збудники яких передаються з кров'ю. За оцінками ВООЗ, більше третини населення світу має ознаки перенесеного чи наявного гепатиту В, з яких 5% (близько 400 млн) – особи з хронічним запаленням печінки. Вірусом гепатиту С інфіковано близько 1 млрд людей. За даними Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України (м. Київ), у середньому 28% пацієнтів наших лікувальних закладів є носіями вірусу гепатиту В, 7% – вірусу гепатиту С; частина з них хворі на гепатит. Можна стверджувати, що йдеться про розвиток хронічної епідемії вірусних гепатитів.

Перелік даних про важливе значення інфекційних захворювань можна було б продовжити, але й зазначених фактів вистачає для аргументованого заперечення їх неактуальності.

Ілюзія 2

Рівень інфекційної захворюваності в Україні невисокий і поволі знижується.

Аналіз офіційних статистичних звітів показує, що сумарна інфекційна захворюваність у 2000 р. була невисокою і останнім часом знизилася з 20 623 до 19 407 випадків на 100 тис. населення, при цьому основну частку в її структурі становлять грип та інші гострі респіраторні інфекції. Оцінюючи ці дані, треба насамперед взяти до уваги те, що офіційній реєстрації підлягає тільки мала частина так званих соціально значимих інфекційних хвороб. Але навіть вони повністю не обліковуються, оскільки великий відсоток хворих не звертається за медичною допомогою чи лікується приватно. Сама реєстрація інфекційних захворювань українською не досконала. Так, попри надзвичайно важливе значення гепатиту С в патології людини, його офіційна реєстрація почалась лише у 2003 р. на вимогу Асоціації інфекціоністів України, причому обліку підлягає тільки жовтянична форма гострого гепатиту С. Але ж добре відомо, що перебіг гострого гепатиту С у більшості випадків є прихованим або супроводжується мізерною клінічною симптоматикою, жовтяниця відмічається лише у 15-20% хворих. У 70-85% осіб після інфікування розвивається хронічний гепатит С, і саме він є основною клінічною формою інфекційного процесу. Отже, в офіційній статистиці коректно було б звітувати про зареєстровану інфекційну захворюваність, не ототожнюючи її з реальним рівнем, адже нехтування визначенням «зареєстрована» породжує хибне сприйняття дійсності.

Як відомо, Україна належить до регіонів із середнім розповсюдженням гепатиту В (2,2% населення є носіями цього вірусу). Аналіз офіційної захворюваності показує щорічне незначне її зниження. Разом із цим подібно до гепатиту С реєстрація випадків гепатиту В в основному відбувається за наявності симптому жовтяниці. Хворі з безжовтяничним і безсимптомним перебігом хвороби, які за кількістю значно переважають, як правило, не виявляються і залишаються поза офіційною реєстрацією. Дійсна ж захворюваність на гепатит В в Україні у 5-10 разів перевищує офіційну. Поглиблені дослідження показують, що вірусом гепатиту В і/або С інфіковано 35-40% працівників секс-індустрії.

Ілюзія 3

Демографічна криза в Україні не пов'язана з інфекційними хворобами, або шкідливий вплив останніх в даному випадку мінімальний.

Відомо, що Україна переживає глибоку демографічну кризу, виникнення якої прийнято пов'язувати з негативними соціально-економічними чинниками – зuboжінням населення, поширенням наркоманії, куріння та алкоголізму, масовим від'їздом молодих, економічно активних людей за кордон, віддаленими наслідками двох світових воєн, трьох голодоморів,

форсованої індустріалізації, примусової колективізації, масштабних репресій 1930-1950 рр., нарешті, з чорнобильською катастрофою. Усі ці та інші, ще недосліджені глибинні фактори, безперечно, призвели до скорочення тривалості життя населення, збільшення смертності та зменшення народжуваності. Разом із тим у забезпеченні належного здоров'я населення на частку медицини припадає лише 10%. Погіршення здоров'я нації та демографічні негаразди медики пов'язують переважно із зростанням відсотка неплідності в жінок, частим штучним перериванням вагітності (понад 200 тис. абортів щороку!), високим рівнем неінфекційної захворюваності, обумовленої насамперед поширенням серцево-судинних захворювань, злویкісних пухлин, цукрового діабету, травматизму тощо.

Проте аналіз структури захворюваності та смертності населення, а також безпліддя жінок і чоловіків вказують на важливе й нерідко провідне значення інфекційних хвороб. Адже поряд із туберкульозом епідемічного поширення набули ВІЛ-інфекція/СНІД, вірусні гепатити та інші інфекції, що передаються статевим шляхом. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. станом на 1 січня 2009 р. серед громадян країни зареєстровано 141 277 інфікованих, а показник смертності за останні 6 років збільшився в 3,4 рази. Щороку кількість ВІЛ-інфікованих вагітних збільшується на 20%. Згідно з прогнозом спеціалістів, у 2014 р. ВІЛ-інфекцію матимуть 2-3,5% осіб репродуктивного віку. Отже, прогнозована тривалість життя скоротиться на 2-4 роки для чоловіків і на 3-5 років для жінок. У цьому плані велику проблему становлять також хронічні хвороби печінки. Відомо, що 80-95% випадків хронічного гепатиту і цирозу печінки мають вірусну етіологію.

За період 1997-2006 рр. поширеність цирозу печінки в Україні зросла на 37,1%, а захворюваність – на 93,3%. Імовірно, таке зростання захворюваності на цироз печінки відображає захворюваність хронічними вірусними гепатитами, що мала місце в попередні роки. Таким чином, надалі слід очікувати продовження зростання частоти розвитку цирозу печінки, що є основною причиною інвалідності й смерті у разі хвороб органів травлення.

Серед інфекційних захворювань, які спричиняють патологію вагітності й вроджену патологію новонароджених, особливе місце займають інфекції, що можуть передаватися від вагітної до її плода, – токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, простий герпес, хламідіоз та деякі інші. Так, у Тернопільській області основними етіологічними чинниками викиднів, мертворожденень і загибелі дитини в перші 7 днів життя є цитомегаловірусна інфекція (45,2; 29,2 і 70% відповідно), простий герпес (48,4; 45,8 і 54,4% відповідно); удвічі рідше – токсоплазмоз, значно рідше – хламідіоз, лістеріоз, мікоплазмоз.

Продовження на стор. 33.

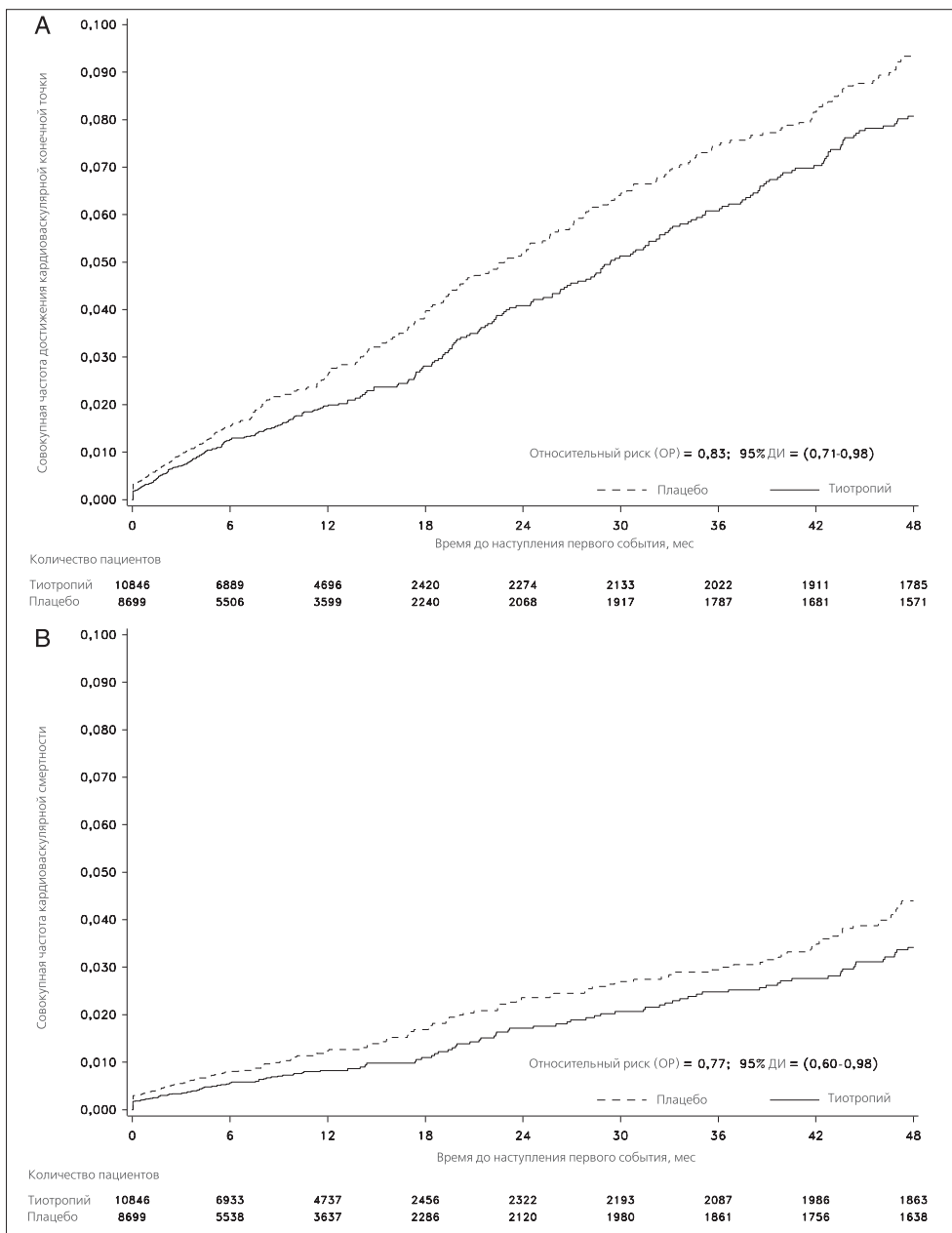


Рис. Кривые Каплана-Мейера для оценки вероятности основных и фатальных кардиоваскулярных событий в группе плацебо и тиотропия: результаты объединенного анализа 30 клинических исследований

Кривые Каплана-Мейера показывают оценку общего риска вероятности наступления основных кардиоваскулярных событий (А) и фатальных кардиоваскулярных событий (В). Количество пациентов, подвергнувшихся риску, представлено для каждого временного интервала с начала исследования до 48 мес терапии. В анализ были включены все пациенты, которые получили по крайней мере одну дозу исследуемого препарата.

Представленные здесь результаты согласуются с другими публикациями, подтверждающими положительное влияние тиотропия. Один ретроспективный мета-анализ рандомизированных исследований показал, что ингаляционные антихолинэргические препараты, но не β_2 -агонисты, снижают показатели смертности от заболеваний органов дыхания; однако в нем отсутствуют данные о времени использования препарата и не учтены причины прекращения терапии. Эпидемиологическое исследование показало снижение риска дыхательной и общей смертности и не выявило повышения сердечной смертности при терапии тиотропием.

Недавно были опубликованы результаты продольного популяционного когортного исследования, которое указало на снижение риска смерти в группе тиотропия по отношению к сальметеролу (ОР 0,80; 95% ДИ 0,70-0,93) у пациентов с ХОЗЛ в течение 6 мес после выписки из стационара по причине ХОЗЛ. Наконец, на основании анализа меньшей базы данных (19 исследований) ранее мы сообщали об уменьшении, хотя и статистически недостоверном, риска кардиоваскулярной смерти (0,57; 95% ДИ 0,26-1,26) и смертности от всех причин (ОР 0,76; 95% ДИ 0,50-1,16). Это согласуется с результатами анализа гораздо более крупной базы данных, представленной в настоящем докладе.

Некоторые признанные ограничения в объединении клинических исследований могут применяться и к данному докладу. Существуют различия в популяциях, дизайне исследований, их продолжительности, сборе данных, а также возможности учета различий во времени воздействия препарата. Кроме того, следует учитывать, что некоторые данные зависят

от диагностических отчетов врачей. Тем не менее проведенный анализ основан на результатах клинических исследований, которые имеют похожий дизайн, подобные критерии включения и исключения, исследуемую популяцию в одной области (ХОЗЛ) и практически идентичный метод сбора информации о НЯ. Расхождения в данных, касающихся НЯ, согласовываются до объединения базы данных.

Мы неоднократно отмечали, что большее количество пациентов преждевременно прекратили участие в исследовании именно в контрольной группе, а не в группе тиотропия. Пациенты, которые прекратили терапию, в целом имели более тяжелое течение заболевания, что, скорее, привело к смещению результатов против, а не в пользу тиотропия. Этот эффект был задокументирован в предыдущем ретроспективном анализе 6-месячного клинического исследования.

Таким образом, повышенный риск кардиоваскулярной заболеваемости и смертности является следствием ХОЗЛ. Настоящий отчет представляет собой надежный и подробный анализ данных более чем 19 тыс. пациентов, участвовавших в плацебо контролируемых клинических исследованиях тиотропия, и включает данные лечения всех пациентов в ходе 30 рандомизированных двойных слепых плацебо контролируемых исследований. Результаты показывают, что тиотропий уменьшает риск кардиоваскулярных НЯ, кардиоваскулярную смертность, а также смертность от всех причин.

Список литературы находится в редакции.

Chest 2010; 137: 20-30. Prepublished online July 10, 2009

Перевод с англ. Ольги Татаренко

Інфекційна захворюваність в Україні: ілюзії та реалії

М.А. Андрейчин, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, голова Асоціації інфекціоністів України

Продовження. Початок на стор. 29.

Найпоширенішою гінекологічною патологією залишаються запальні захворювання жіночих сечостатевого органів, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом. Це класичні венеричні хвороби, низка вірусних інфекцій та деякі інші. Запальні хвороби органів малого таза внаслідок «секс-інфекцій» служать причиною жіночого безпліддя в 38% випадків. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 36-40 тис. ненароджених дітей.

Таким чином, інфекційна захворюваність украї негативно впливає на демографічну картину в Україні, оскільки прямо чи опосередковано зменшує репродуктивний потенціал населення і скорочує тривалість життя.

Ілюзія 4

Внутрішньолікарняні інфекції в Україні не є серйозною проблемою.

У світі актуальність внутрішньолікарняних інфекцій обумовлена високою захворюваністю без будь-якої тенденції до зниження. Вона завдає великої шкоди здоров'ю населення і вагомим економічним збитків. У США наприкінці ХХ ст. щорічні втрати сягали 4 млрд доларів, з тієї ж причини сотні мільйонів доларів щорічно втрачають європейські країни.

Причин зростання частоти внутрішньолікарняних інфекцій багато: перебування в лікарнях, тобто на обмеженій площі, значної кількості хворих зі зниженою опірністю організму; різке зростання кількості лікувальних, діагностичних і профілактичних процедур, що супроводжуються порушенням цілісності шкіри та слизових оболонок; нерациональна антибіотико- і хіміотерапія; зниження неспецифічних захисних механізмів у зв'язку з екологічними негараздами; збільшення тривалості життя і зростання кількості людей похилого і старечого віку; широке використання для діагностики і лікування устаткування, яке складно стерилізувати.

Усі наведені причини мають місце і в Україні та виявляють негативний вплив. Разом із тим належного обліку внутрішньолікарняних інфекцій, як і відповідного загальнодержавного центру, немає. Реєструються лише деякі інфекції у поодиноких лікувальних закладах.

Нам удалося ознайомитися із загальнодержавними показниками внутрішньолікарняної захворюваності за окремими нозологіями за останні 4 роки. Вони стосуються гнійно-септичних інфекцій у породіль і новонароджених, післяопераційних інфекцій, гострих кишкових інфекцій у дітей до 1 міс. У сумі зазначена захворюваність не досягає й 3 тис. випадків на рік.

У зв'язку з цим варто зазначити, що в лютому 2007 р. в м. Харкові відбулася науково-практична конференція «Внутрішньолікарняні інфекції». У резолюції заходу було сказано, що інфікування охоплює 5-15% пацієнтів залежно від профілю лікувального закладу. Отже, істинна внутрішньолікарняна захворюваність у багато разів вища, ніж офіційно зареєстрована.

Згідно з розрахунками американських спеціалістів з інфекційного контролю лікарня на 250 ліжок здатна повернути кошти, які витрачаються на проведення заходів із епідагляду за внутрішньолікарняними інфекціями, за умови зниження рівня останніх на 6%. У разі зниження рівня інфекцій на 32% лікарня додатково економить до 260 тис. доларів щорічно. Запровадження в Україні світового досвіду боротьби

з внутрішньолікарняними інфекціями вкрай актуальне, але коли це відбудеться – питання риторичне.

Ілюзія 5

Україні як позаблоковій державі біотероризм не загрожує.

Дійсно, наша країна має позаблоковий статус, ніколи не виступала агресором і нині не веде бойові дії, добровільно відмовилась від ядерної зброї та інших видів зброї масового знищення, та й біологічний напад на Україну є малоімовірним. Однак цілком реальною залишається загроза локального використання біологічної зброї. У сучасному складному світі діють численні терористичні організації і групи, що в будь-який спосіб прагнуть реалізувати свої цілі, навіть з використанням зброї масового знищення, у тому числі біологічної. У своїй злочинній діяльності вони керуються різними мотивами: економічними, політичними, релігійними, побутовими та ін. Не виключено, що й в Україні знайдуться зловмисники чи просто психопатичні особи, які намагатимуться застосувати цей вид зброї, що, до речі, не потребує значних матеріальних затрат.

Зовсім недавно, у жовтні-листопаді 2001 р., у США стався спалах сибірки, збудник якої зловмисники поширили за допомогою поштових листів. Тоді захворіли 22 особи, п'ятеро з них померли. Цей поштовий біонапад у світовому масштабі спровокував каскад фальшивих тривог у зв'язку з підозрілими посилками, у яких знайдено білий порошок. Наприкінці 2001 і протягом 2002 рр. поштові службовці та адресати України також час від часу натрапляли на бандеролі й листи з порошком. Це спричинило паніку і значні грошові витрати, пов'язані з додатковими діями рятувальних служб, працівників органів правопорядку та санепідемстанцій. Тільки в Тернопільській області з жовтня 2001 до червня 2002 року було досліджено 23 конверти, у які адресанти засипали невідомий порошок, що виявився індуферентним. Хто може гарантувати, що наступного разу в поштовій посилці чи листі не буде порошку зі збудником інфекційної хвороби?

Таким чином, інфекційні хвороби займають провідне місце в структурі захворюваності людей і є загальномедичною проблемою, що потребує більшої уваги з боку держави та органів охорони здоров'я. Доцільно розробити і запровадити нові принципи та форми реєстрації інфекційних хвороб, які б унеможливили штучне заниження кількісних показників захворюваності. Реєстрацію інфекційних захворювань необхідно вилучити із підпорядкування санепідемслужби і передати незалежному від органів влади центру. Необхідно розробити державну програму боротьби з демографічно значимими інфекційними хворобами і залучити до її виконання профільні науково-дослідні інститути та вищі медичні навчальні заклади різних рівнів акредитації. Слід узагальнити світовий досвід боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями і впровадити в практику всіх лікувальних закладів ефективні форми і методи запобігання цього виду інфекцій, їх реєстрації та викорінення. Необхідно прийняти закон і скласти державну наукову програму з проблеми запобігання та протидії біотероризму, в яких виділити медичні аспекти боротьби. Потрібно суттєво поліпшити роз'яснювальну роботу в суспільстві про високий рівень інфекційної захворюваності й нагальну необхідність кращої організації протидії інфекціям на державному і місцевих рівнях.