

Вирусный гепатит В: современное состояние

Многие проблемы современной медицины требуют междисциплинарного рассмотрения, и в их число, безусловно, входят вирусные гепатиты. Несмотря на успехи последних десятилетий в области иммунопрофилактики, разработки и внедрения новых противовирусных препаратов, некоторые аспекты оказания помощи больным гепатитом остаются в тени. На фоне актуализации гепатита С, что прослеживается по растущему числу публикаций в профессиональных и общественных изданиях Украины, проблема гепатита В отодвинута на второй план, хотя также входит в Государственную целевую программу профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов до 2016 года. Очевидно, назрела необходимость систематизировать украинский опыт здравоохранения по борьбе с этой социально значимой инфекцией, а также обозначить ориентиры для дальнейшей работы ученых и клиницистов по оптимизации скрининга, диагностики, лечения и диспансеризации с учетом современных научных представлений и передовой мировой практики. С этой целью на страницах тематического номера «Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология» запланирована серия интервью в формате виртуального круглого стола с участием ведущих отечественных специалистов и представителей Министерства здравоохранения Украины.

Первым на предложение редакции откликнулся руководитель научного отдела вирусных гепатитов и СПИДа ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук Сергей Валериевич Федорченко. С позиций инфекциониста и эпидемиолога он напомнил базовую информацию о вирусном гепатите В, актуализировал эпидемиологические аспекты и современные возможности противовирусной терапии.

Сергей Валериевич, насколько актуальна для Украины в целом проблема вирусного гепатита В?

— В Украине вирусный гепатит В не является эндемичной инфекцией на всей ее территории. По данным Института эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского, при скрининговых обследованиях разовых доноров крови в возрасте от 18 до 35-40 лет HBs-антиген определяется примерно в 1% случаев. Для сравнения, у нашего южного соседа — в Молдове — процент серопозитивных образцов от разовых доноров крови составляет 8-12%. В странах Юго-Восточной Азии ВГВ считается эндемичной инфекцией. Если говорить о Европе, то эндемичными по ВГВ являются Турция, Греция, юг Италии, юг Испании, Албания, Румыния (8-12% серопозитивных).

Напомните особенности течения вирусного гепатита В.

— Часть исследователей считает хронический ВГВ неизлечимой инфекцией, в отличие от хронического вирусного гепатита С, при котором современные схемы противовирусной терапии позволяют в зависимости от ряда факторов (генотипа вируса, степени фиброза печени и др.) достигать полного излечения у 45-80% инфицированных. Хронический ВГВ действительно хуже поддается лечению, чем ВГС. С другой стороны, острый гепатит В у иммунокомпетентных лиц в 85-90% случаев заканчивается полным выздоровлением. Больные переносят, как правило, желтушную форму острого ВГВ, полностью выздоравливают, после чего у них формируется пожизненный иммунитет к этой инфекции. И только у 10-15% заболевание трансформируется в хронический ВГВ, при котором вирус персистирует в клетках печени в интегративной форме с сохранением репликативной функции. В таких случаях добиться его освобождения от вируса очень сложно. Тем не менее в последнее десятилетие появились противовирусные препараты и режимы терапии, которые позволяют достигать полного выздоровления или остановить прогрессирование ВГВ.

Оправдана ли вакцинация от ВГВ, и какова ее эффективность?

— В Украине проводится вакцинация против ВГВ, но учитывая тот факт, что

эта инфекция не является эндемичной, вакцинация существенным образом не влияет на заболеваемость в масштабах страны. Иммунизации в родильных домах подвергается всего 20-30% новорожденных, поэтому в украинской популяции не создается значимая иммунная прослойка населения. Вакцинация начинает оказывать влияние на эпидемический процесс, когда количество лиц с защитным титром антител (анти-HBs) превышает 90%.

С другой стороны, в Украине есть социальные группы, в которых распространение ВГВ значительно выше, чем в общей популяции. Это инъекционные потребители наркотиков, гомосексуалисты, работники коммерческого секса, ВИЧ-позитивные, больные, находящиеся на хроническом гемодиализе. По нашим данным, 10-15% ВИЧ-инфицированных также инфицированы ВГВ. Отдельные категории медицинских работников подвергаются риску заражения ВГВ, что связано с их профессиональной деятельностью: акушеры-гинекологи, оперирующие хирурги, трансфузиологи, анестезиологи, операционные сестры и др. В перечисленных группах вакцинация не только оправдана, но и необходима, и ее следует проводить как можно шире. Обязательно подлежат вакцинации новорожденные от HBs-позитивных матерей, члены семей, проживающие с больными ВГВ.

Каким категориям больных показана противовирусная терапия ВГВ, и какие существуют режимы терапии?

— По опыту работы с пациентами, среди всех HBs-позитивных с хроническим гепатитом в противовирусной терапии нуждаются примерно 30-35%, поскольку у них существует высокая вероятность прогрессирования заболевания с эволюцией процесса в цирроз печени или первичную гепатоцеллюлярную карциному (ГЦК). У остальных 65-70% пациентов («здоровых» носителей HBsAg) при отсутствии клинико-лабораторных признаков поражения печени необходим регулярный лабораторный мониторинг (раз в 6 мес), поскольку в любой момент может произойти реактивация хронической инфекции, требующая решения вопроса о начале противовирусной терапии.

Существуют четкие лабораторные критерии назначения противовирусной терапии. Основные из них — активность АЛТ (биохимический маркер повреждения гепатоцитов), уровень вирусии ДНК HBV, гистологическая активность процесса и степень фиброза в печеночной паренхиме, по данным пункционной биопсии при морфологическом исследовании. Чем выше концентрация ДНК HBV в крови, тем более выражен воспалительно-некротический процесс в печени, высоки темпы прогрессирования заболевания, существенно

сокращаются сроки формирования цирроза печени и возрастает вероятность развития ГЦК.

В настоящее время существуют два класса препаратов, которые рекомендуются для лечения хронического ВГВ — пегилированные интерфероны (пегИФН) и аналоги нуклеотидов/нуклеозидов. Продолжительность терапии пегилированными интерферонами ограничена — 24 мес. Сроки лечения аналогами нуклеотидов/нуклеозидов зависят от промежуточных результатов лабораторных исследований. У части больных лечение проходит годами, иногда пожизненно.

Терапия пегилированными интерферонами предпочтительна у пациентов молодого возраста, без серьезной сопутствующей патологии, выраженного фиброза, которые планируют создание семьи, беременность. К сожалению, терапия пегИФН имеет ряд недостатков. Побочные эффекты снижают качество жизни пациентов, существует опасность развития ряда аутоиммунных заболеваний, в частности аутоиммунного тиреоидита, особенно у молодых женщин. Вместе с тем эти побочные эффекты легко выявляются лабораторными тестами, и их можно корректировать дополнительной терапией. Терапия пегИФН противопоказана лицам среднего и пожилого возраста с серьезными сопутствующими заболеваниями, такими как ишемическая болезнь сердца, выраженный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность и др., а также пациентам с циррозом печени. У этой категории пациентов рекомендовано лечение ВГВ аналогами нуклеотидов/нуклеозидов. Это высокоэффективная терапия, обладающая минимальными побочными эффектами, которую проводят длительно, порой пожизненно.

По каким критериям оценивается эффективность противовирусной терапии?

— Идеальным результатом терапии является излечение от ВГВ, то есть полное освобождение от вируса, но это не всегда возможно. Вероятность исчезновения HBsAg из сыворотки крови по истечении года на фоне терапии пегИФН или нуклеотидными/нуклеозидными аналогами примерно равна и составляет 2,5-3%. Эффекты терапии пегИФН не ограничиваются только периодом применения препарата, а длятся еще 1-3 года после завершения курса лечения. Стартовыми предикторами эффективности терапии пегИФН являются концентрация HBs-антигена в сыворотке крови, генотип HBV, активность АЛТ, в меньшей степени концентрация ДНК ВГВ, и в еще меньшей степени — полиморфизм гена IL-28 (этот критерий сейчас считается дискутабельным). Также эффективность терапии пегИФН различается в зависимости от наличия у пациента



С.В. Федорченко

HBs-позитивного или HBs-негативного варианта ВГВ. У HBs-положительных пациентов вероятность элиминации вируса значительно ниже.

Существуют промежуточные лабораторные критерии, через 3 и 6 мес от начала терапии пегИФН, позволяющие прогнозировать эффективность полного курса лечения, с высокой степенью вероятности оценки шансов на излечение (элиминация HBsAg, сероконверсия анти-HBs) или индукцию устойчивого вирусологического ответа (сероконверсия анти-HBs, уровень ДНК HBV <10⁴ копий/мл, нормальная активность АЛТ). Если при оценке предикт-факторов в процессе лечения шансов на индукцию устойчивого вирусологического ответа или элиминацию HBsAg мало, терапию пегИФН целесообразно прекратить и рассмотреть вопрос о начале лечения аналогами нуклеотидов/нуклеозидов.

Пациенты, которые хорошо отвечают на терапию пегИФН через 3 и 6 мес, имеют шансы 15-38% на полное освобождение от вируса. Они теряют HBsAg, а у части пациентов происходит сероконверсия HBsAg на антитела к HBs. У достаточно большого количества пациентов (60%) достигается у стойчивый ответ: вирус остается в организме, но его концентрация настолько мала, что не обладает повреждающим действием на гепатоциты.

При терапии аналогами нуклеотидов/нуклеозидов не существует стартовых предикт-факторов, позволяющих оценить необходимую длительность терапии. Единственным критерием прекращения лечения является исчезновение HBsAg из сыворотки крови и сероконверсия HBs на анти-HBs. Но такое случается редко, примерно в 2,5-3% случаев.

Следует учитывать, что HBV может становиться устойчивым к действию нуклеотидных/нуклеозидных аналогов. Это происходит в результате мутации гена полимеразы в процессе лечения. Устойчивые штаммы вируса широко распространились в некоторых странах (Китай, Турция, Гонконг, Тайвань, Япония) после начала применения ламивудина (YMDD-мутация) на протяжении последних 10-15 лет (от 7 до 25% инфицированных). К счастью, среди украинских пациентов, которые раньше не получали терапию («наивные» пациенты), распространение штаммов HBV, резистентных к ламивудину (первичная резистентность), составляет меньше 1%. Однако существует проблема вторичной резистентности, когда вирус мутирует в процессе лечения нуклеотидными/нуклеозидными аналогами, что

проблемы в Украине и ближайшие перспективы

приводит к необходимости замены одного препарата на другой. Мониторинг кинетики виремии ДНК HBV в процессе лечения или до его начала позволяет диагностировать мутации в гене полимерызы ДНК HBV.

Применяются ли комбинации препаратов интерферона и противовирусных препаратов прямого действия в лечении ВГВ?

Преимущества комбинированной терапии пегИФН и нуклеотидными/нуклеозидными аналогами над режимами монотерапии пегИФН не доказаны. Не так давно были опубликованы промежуточные результаты исследований, в которых комбинации тенофовира или энтекавира с пегИФН превосходили по эффективности монотерапию пегИФН. Однако убедительной доказательной базы пока не получено.

Врачи каких специальностей, по вашему мнению, имеют право заниматься диагностикой и лечением ВГВ, в том числе назначать противовирусную терапию, с учетом того, что это хроническое заболевание с множеством сопутствующих факторов?

На мой взгляд, и лечением, и наблюдением пациентов с вирусными гепатотропными инфекциями должны заниматься врачи-инфекционисты. Чтобы распространить необходимый объем современных знаний с охватом гастроэнтерологов, терапевтов, семейных врачей, врачей смежных специальностей, необходимо затратить большие организационные и финансовые ресурсы. Количество пациентов с ВГВ в Украине не настолько большое, чтобы была необходимость привлекать врачей разных специальностей. Если бы мы жили в эндемичном регионе, возможно, такая потребность возникла бы. По нашим данным, на 8-10 пациентов с хроническим ВГС приходится один с хроническим ВГВ. В 2010 г. среди разовых доноров крови хроническая HCV-инфекция диагностировалась в 3-3,5% случаев, а HBV-инфекция – в менее 1%. В группе ВИЧ-позитивных лиц у 10-15% в сыворотке крови выявлен HBsAg, а у 70-75% определен анти-HCV.

При ВГВ есть много клинических тонкостей ведения пациентов, понимание которых приходит лишь с опытом. Быстро освоить все эти нюансы гастроэнтерологам или терапевтам очень сложно. У них и без того высокая нагрузка в связи с широкой распространенностью хронических неинфекционных заболеваний. Я считаю, что задача врача – выявить и направить HBsAg-позитивного пациента в специализированное учреждение. Современные лабораторные методы диагностики и мониторинга эффективности терапии, а также пункционная биопсия печени с морфологическим исследованием доступны в немногих лечебных учреждениях Украины. Это, как правило, специализированные гепатологические центры, кафедры инфекционных болезней медицинских университетов или университетов. Именно в таких центрах должны консультироваться все пациенты с выявленным ВГВ для решения вопроса о необходимости проведения противовирусной терапии и ее эффективности.

Существуют ли в Украине национальные рекомендации и стандарты (клинический протокол) по ВГВ? Если нет, то, на какие зарубежные рекомендации лучше ориентироваться врачам?

В Украине пока нет национального клинического протокола по лечению ВГВ, но он, безусловно, необходим как юридический документ, в соответствии с которым врач будет иметь основания назначать ту или иную схему лечения, проводить лабораторный мониторинг и изменять терапию при ее неэффективности. А пока такой протокол не разработан, целесообразно руководствоваться европейскими рекомендациями по лечению ВГВ с учетом сопоставимой эпидемиологической ситуации.

Проводится ли скрининг на ГЦК у пациентов с ВГВ?

Статистики заболеваемости ГЦК у нас нет, хотя мы плотно сотрудничаем с городским онкоцентром и Институтом рака, которые направляют к нам на консультацию пациентов с подозрением на первичный рак печени, ассоциированный с гепатотропными вирусными инфекциями. Могу сказать, что в этиологии развития ГЦК в Украине ведущую роль играет вирус гепатита С. Подавляющее большинство пациентов с первичным раком печени – это лица пожилого возраста с хроническим ВГС, выраженным фиброзом или циррозом печени. Роль ВГВ не столь значима.

Каковы особенности ведения больных с ВГВ и декомпенсированным циррозом печени?

В развитых странах радикальный метод лечения таких больных – ортотопическая трансплантация печени. Украина по количеству трансплантаций в силу разных причин занимает одно из последних мест в Европе. Операции выполняются лишь у небольшого числа нуждающихся в ней пациентов. Поэтому лечением больных с декомпенсированным циррозом печени вирусной этиологии должны заниматься и инфекционисты, и гастроэнтерологи.

У части больных ВГВ даже с выраженным фиброзом печени возможно существенно продлить жизнь и улучшить ее качество за счет применения нуклеотидных/нуклеозидных аналогов. С одной стороны, терапия этими препаратами эффективно подавляет репликацию вируса, с другой – они относительно редко вызывают серьезные побочные эффекты. Терапия пегилированными интерферонами противопоказана больным с HBV-ассоциированным циррозом, поскольку существует высокая вероятность развития угрожающих для жизни состояний и побочных эффектов. Как показали клинические исследования, у пациентов с компенсированным и субкомпенсированным циррозом терапия пегИФН у 6,4% приводит к летальному исходу или декомпенсации заболевания, а у 40% вызывает опасные для жизни побочные эффекты.

Насколько часто встречаются микст-инфекции ВГВ и других вирусных гепатитов?

Это проблема, которой мы сейчас занимаемся. Среди смешанных вирусных инфекций чаще всего встречается ассоциация двух вирусных агентов HBV

и HCV. Хронический гепатит вирусной этиологии HBV/HCV обуславливает 70-72% всех микст-гепатитов, на втором месте – ассоциация HBV/HDV (5-10%) и на третьем – HCV/HDV (1-2%). В 2014 г. вышла наша монография по хроническому гепатиту дельта. Вирус гепатита дельта обнаруживается у пациентов с хроническим гепатитом В из центральных регионов Украины в 7-9% случаев. Для сравнения, в отдельных регионах Турции этиологическая роль хронического гепатита дельта в развитии фиброза и цирроза печени составляет 40-59%. Частота сочетанных гепатотропных вирусных инфекций выше на юге и востоке Украины – в Одесской, Николаевской, Донецкой и Луганской областях. Это связано с более широкой практикой парентерального употребления наркотиков.

Президент Украинской ассоциации по изучению заболеваний печени, доктор медицинских наук, профессор Марина Борисовна Щербинина (г. Днепропетровск), отвечая на те же вопросы, представила точку зрения гастроэнтеролога-гепатолога и обозначила ряд острых организационных проблем в сфере оказания помощи пациентам с вирусным гепатитом В.

С моей точки зрения, для нашей страны гепатит В (HBV) не менее актуален, чем гепатит С (HCV). Результат 1% выявления HBV при скрининге среди разовых доноров крови, а это здоровые молодые люди, не подозревающие об инфицировании, показывает, что HBV встречается не так уж и редко. Важность проблемы обозначена и тем, что наряду с вирусной инфекцией С HBV входит в Государственную целевую социальную программу профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов до 2016 года. Однако на практике HBV все более отодвигается в тень. Так, при утверждении Кабинетом Министров Украины указанной программы было подчеркнуто, что одной из составляющих ее успешности является знание и использование новых стандартов лечения инфекционных гепатитов. Программа стартовала в 2013 г., адаптированное руководство, основанное на доказательствах, «Вирусный гепатит С» и унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи взрослым и детям «Вирусный гепатит С» были утверждены МЗ Украины в апреле 2014 г., а вот аналогичные регламентирующие документы по HBV не появились до сих пор. Вирусный гепатит В значится только в разделе планируемых тем, обнародованных на сайте Департамента стандартизации медицинских услуг Государственного экспертного центра МЗ Украины. А по календарю приближается середина 2015 г., не за горами и финишный год программы.

На первый взгляд, вирусная инфекция В значительно реже переходит в хронический процесс (10-15%) по сравнению с HCV (75-85%). Однако при хроническом HCV мы говорим об эффективности лечения до 80% случаев, а вот противовирусная терапия хронического HBV редко приводит к элиминации вируса из организма. Пациенты с хроническим HBV имеют высокий риск различных по тяжести внепеченочных проявлений заболевания (поражения кожи, узелковый полиартериит,



М.Б. Щербинина

гломерулонефрит и др.), и, безу словно, цирроза печени и ГЦК.

Из других особенностей HBV мне хотелось бы подчеркнуть возможность реализации дополнительной инфекции гепатита дельта (HDV), который может существовать только при HBV, в виде коинфекции, когда оба вируса одновременно попадают в организм, или суперинфекции, когда дельта вирус наслаивается на уже существующий в организме хронический HBV. Такие варианты значительно ухудшают жизненный прогноз пациентов. Установлено, что при микст-инфекции HBV/HDV ГЦК развивается в три раза чаще, чем при моноинфекции HBV. В клинических рекомендациях Европейской ассоциации по изучению печени (EASL) по лечению хронического гепатита В (2012) в разделе «Нерешенные проблемы и дальнейшие задачи» одним из пунктов было указано: разработать эффективное и оптимальное лечение коинфекции HDV и HBV. Поэтому неслучайно микст-инфекции HBV/HDV находятся в центре внимания исследователей.

Что касается роли вирусных гепатитов в развитии гепатоцеллюлярного рака, необходимо отметить значительные изменения эпидемиологической картины ГЦК за последние три десятилетия. В странах Азии, в традиционно высокоэндемичном регионе по HBV, после массового введения вакцинации от гепатита В происходит снижение частоты ГЦК. В Европе и США за последние 20 лет, наоборот, обозначился рост частоты ГЦК в 1,5-2 раза за счет увеличения продолжительности жизни населения и быстрого распространения HCV-инфекции. В целом принято считать, что 75-80% всех ГЦК носят «вирусный» характер, причем 50-55% приходится все-таки на долю HBV-инфекции, а 25-30% – HCV-инфекции.

Канцерогенез при HBV- и HCV-инфекции имеет свои особенности. HBV является ДНК-содержащим вирусом, поэтому способен интегрироваться в хромосомную ДНК хозяина. В результате происходят дезорганизация и перестройка ДНК гепатоцитов, лежащие в основе развития опухоли. Развитие ГЦК при HCV-инфекции происходит вследствие воспалительно-регенераторных процессов на фоне цирротической трансформации печени (не менее чем в 97% случаев). При HBV-инфекции опухоль может возникнуть не только на фоне цирроза (это наблюдается примерно в 75% случаев), но и у больных хроническим HBV и даже при «неактивном носительстве HBsAg».

Продолжение на стр. 48.

Вирусный гепатит В: современное состояние проблемы в Украине и ближайшие перспективы

Продолжение. Начало на стр. 46.

При скрининге ГЦК следует опираться на совместные рекомендации Европейской ассоциации по изучению печени и Европейской организации по исследованию и лечению рака для клинической практики: лечение гепатоцеллюлярной карциномы (2012). Скрининг подразумевает периодическое обследование лиц из группы риска по определенному заболеванию. ГЦК относится к заболеваниям, которым скрининг показан самой их природой, так как группы риска — пациенты с вирусным гепатитом или другими заболеваниями печени — легко выявляются. В программы скрининга включают следующие категории пациентов: с циррозом печени, классы А и В по Child-Pugh; с циррозом печени, класс С по Child-Pugh, ожидающих трансплантации печени; с активным гепатитом В без цирроза или с ГЦК в семейном анамнезе; с хроническим гепатитом С и выраженным фиброзом печени F3.

Здесь мне хотелось бы особо отметить, что в качестве скринингового метода не используют α -фетопротеин (АФП). Это наиболее широко используемый биомаркер ГЦК, который в основном определяют в диагностических целях, а не для скрининга. Это важно, поскольку ценность метода в диагностике не равна ценности в скрининге. Недостаточная ценность определения АФП в качестве скринингового метода имеет две причины. Во-первых, колебания уровня АФП у пациентов с циррозом могут быть следствием активации гепатита В или С, обострением основного заболевания печени, а также развитием ГЦК. Во-вторых, лишь небольшая часть опухолей (10–20%) на ранней стадии сопровождается повышенным сывороточным уровнем АФП.

К сожалению, в регламентирующих документах МЗ Украины, касающихся вирусного гепатита С, которые я уже упоминала выше, АФП обозначен как скрининговый маркер ГЦК с рекомендацией определения 1 раз в год. Это, безусловно, требует коррекции.

Из методов визуализации ГЦК наиболее широко используется ультразвуковое исследование (УЗИ). Однако в условиях цирроза выявление ГЦК с помощью УЗИ затрудняется. Цирроз печени характеризуется наличием фиброзных перегородок и регенеративных узлов. Это создает пятнистую картину при УЗИ, затрудняющую выявление малых опухолей. Кроме того, успех УЗИ в ранней диагностике ГЦК во многом зависит от опыта выполняющего его специалиста и качества оборудования. В целом УЗИ характеризуется приемлемой диагностической точностью (чувствительность 58–89%, специфичность более 90%). Однако на ранней стадии ГЦК чувствительность УЗИ составляет всего 63%. В этом отношении перспективным является применение всех видов ультразвуковой эластографии, за исключением фиброскана. Доказано: чем ниже эластичность, тем более злокачественным является образование, что позволяет уже на этапе исследования предположить характер очага. Нет данных в пользу применения для скрининга мультidetекторной КТ или динамической МРТ. Практический опыт говорит о высокой частоте

ложноположительных результатов, требующих многочисленных уточняющих обследований, что влечет за собой большие затраты и экономически неэффективно.

Таким образом, скрининг ГЦК должен проводиться во всех группах риска с помощью абдоминального УЗИ каждые 6 мес. Меньший интервал между обследованиями (3–4 мес) в течение первого года рекомендуется в случаях выявления узла диаметром менее 1 см и после проведения резекции или локорегионарной терапии. У пациентов с циррозом и узлами диаметром более 2 см диагноз ГЦК можно поставить на основании типичной картины одного метода визуализации. При неопределенных или нетипичных данных диагноз следует подтвердить биопсией.

Наблюдение в динамике имеет большое значение для успеха скрининга ГЦК. Алгоритм действий в случае выявления патологии должен учитывать идеальную мишень для скрининга, то есть выявление ГЦК на очень ранней стадии (<2 см), когда возможно радикальное лечение с наибольшей вероятностью долгосрочного излечения. Это вполне осуществимо в условиях нашей страны и даже при использовании наиболее чувствительного метода. Ультразвуковую эластографию знают и активно используют в большинстве регионов Украины благодаря энтузиазму Олега Борисовича Дыникова — внештатного ведущего специалиста МЗ Украины по ультразвуковой диагностике, президента Украинской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики. Учитывая сложившуюся ситуацию, для обозначения ряда медико-организационных вопросов по ГЦК назрела необходимость создания, подобно европейскому, соответствующего Национального руководства. И здесь первое слово за профессором Валерием Евгеньевичем Чешуком — внештатным ведущим специалистом МЗ Украины по онкологии.

Если же подойти к пациентам с хроническим HBV с позиции клинической эпидемиологической практики, они пожизненно являются очагами инфекции HBV и представляют определенную опасность для окружения. В то же время из всех гепатитов, имеющих склонность к хронизации, специфическая пассивно-активная иммунопрофилактика (специфический иммуноглобулин и вакцина) разработана только для HBV, при этом возможны различные варианты ее применения — экстренная профилактика в случае предполагаемого попадания в организм вируса В, например, при половом контакте с носителем вируса; вакцинация; профилактика гепатита В у детей, рожденных от матерей — носительниц вируса. Своевременно и правильно проведенные мероприятия имеют высокую эффективность (до 90%), и это разумно использовать для улучшения показателей здоровья населения.

Согласно рекомендациям ВОЗ с 1995 г. тотальная вакцинация населения против HBV была намечена только в гиперэндемичных регионах, а с 1997 г. — в остальных странах мира. Поскольку мы претендуем на то, чтобы называться европейским государством, и стремимся к соответствующим стандартам здравоохранения, нам

должен быть небезразличен опыт Европы в этом направлении. Давайте обратимся к практике вакцинации детей против HBV. Сегодня вакцинация только детей, рожденных от HBsAg-положительных матерей, проводится в 9 европейских странах, универсальная вакцинация новорожденных — в 28, а большинство стран Европы (44) практикуют вакцинацию детей раннего возраста, причем в 13 из них (Андорра, Австрия, Бельгия, Кипр, Чехия, Германия, Италия, Мальта, Монако, Нидерланды, Сан-Марино, Словакия, Швеция) вакцинация против HBV объединяется с вакцинацией от наиболее распространенных и опасных детских инфекций — дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, гемофильной инфекции.

В Украине активная иммунизация против HBV включена в календарь детских профилактических прививок с 2000 г. и регламентируется приказом МЗ Украины с последними дополнениями в 2011 г. В нашей стране также предусмотрена стратегия иммунопрофилактики для определенных взрослых контингентов, среди которых — медицинские работники. В этой связи было бы полезно просить Центр медицинской статистики МЗ Украины совместно с заинтересованными структурами проанализировать и представить динамику распространенности и заболеваемости HBV в сопоставлении с уровнем проведения вакцинации и использованием специфических иммуноглобулинов против гепатита В за последние 20 лет. Кроме того, для обсуждения вопроса профилактики HBV было бы важно опубликовать информацию о том, какие вакцины и специфические иммуноглобулины против гепатита В зарегистрированы в Украине в настоящее время, их стоимость и доступность для населения, а также реальное воплощение в клинической практике иммунопрофилактики HBV. Без сомнения, эти вопросы неоднократно поднимались и заслушивались на коллегиях в МЗ Украины. Однако эта проблема настолько социально значима, что заслуживает широкого освещения в массовых изданиях, прежде всего, профессионального профиля, тем более что профилактика стоит на первом месте и в названии, и в цели Государственной целевой программы по гепатитам. Думаю, Центр медицинской статистики МЗ Украины без труда предоставит эти материалы, и мы сможем оперировать конкретными цифрами, обсуждая вопросы целесообразности и эффективности пассивной и активной иммунопрофилактики против HBV.

На вопрос, кто имеет право заниматься диагностикой и лечением хронических вирусных гепатитов, нет однозначного ответа. Согласно все тем же регламентирующим документам по HCV в подразделе «3.1.3.Б. Лечение хронического HCV» отмечено, что противовирусное лечение HCV назначается инфекционистом. К необходимым действиям других врачей отнесено «способствовать выполнению пациентом всех рекомендаций специалиста». А далее указано, что, кроме назначения лечения, все другие вопросы наблюдения пациента (объяснение особенностей антивирусного лечения, клинический мониторинг действия препаратов, коррекция осложнений и сопутствующей патологии в течение периода лечения и т.п.) возложены на врачей других специальностей. Возможно ли назначать лечение отдельно от последующего наблюдения? Если описать на утвержденный протокол, одни врачи назначают лечение, другие — отвечают за его эффективность и безопасность. При этом не определена роль гастроэнтерологов, которые обычно курируют эту категорию больных. Инфекционных

отделений, где были бы сосредоточены больные с хроническими гепатитами В и С, не существует, поскольку это хронические, а не острые инфекционные заболевания. Такие отделения не могут существовать как инфекционные. И медицинский персонал, работающий с этим контингентом, именно потому, что это хронические инфекции, не имеет права на соответствующую «инфекционную» надбавку к заработной плате.

Более того, следует заметить, что Украина, оказывающая, единственная страна в мире, где гастроэнтерологи фактически отлучаются от лечения больных хроническими вирусными гепатитами. В подавляющем большинстве стран лечением таких пациентов занимаются терапевты (интернисты), которые специализируются в области гастроэнтерологии и гепатологии. Инфекционисты привлечены к ведению больных острыми гепатитами, их знание и квалификация играют свою роль именно в таких случаях.

Современная концепция разных уровней медицинской помощи предусматривает необходимость высокоспециализированной медицинской помощи, которая должна предоставляться специалистами, имеющими наибольший опыт и знания для лечения того или другого заболевания (для хронических гепатитов это гастроэнтерологи). Эти вопросы были подняты врачами на заседании Украинской ассоциации по изучению заболеваний печени в конце ноября прошлого года. Согласно принятой на заседании резолюции соответствующее письмо было направлено в МЗ Украины. Но никаких разъяснений до сих пор не получено.

Цель Государственной программы по вирусным гепатитам — обеспечение доступа различным слоям населения к профилактике, диагностике и лечению вирусных гепатитов В и С в Украине для стабилизации эпидемиологической ситуации, снижения уровня заболеваемости, инвалидности и смертности, увеличения продолжительности и повышения качества жизни больных. Для результативности действия программы запланированы масштабные мероприятия, среди них внесение изменений в медико-технические документы, усовершенствование механизмов оказания медицинской помощи больным вирусными гепатитами В и С, обеспечение научного обоснования программы, доработка системы учета больных вирусными гепатитами, улучшение материально-технической базы медицинских учреждений, которые осуществляют диагностику и лечение вирусных гепатитов В и С.

Возможно, для реального достижения цели этой программы и обеспечения вне этой программы таких же высоких позиций, касающихся других хронических заболеваний печени, в Украине необходимо юридически ввести специальность «Гепатология» с созданием специализированных гепатологических центров. Это позволило бы упорядочить реализацию предоставления медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями печени в целом.

Приглашаем всех заинтересованных специалистов и организаторов здравоохранения присоединиться к дальнейшему обсуждению проблемы вирусных гепатитов. Серия интервью и комментариев будет продолжена в июньском тематическом номере. Возможно, ваше активное участие в дискуссии приблизит решение насущных проблем. Для связи с редакцией воспользуйтесь анкетой читателя или контактами, предоставленными в выходных данных этого номера.

Подготовил Дмитрий Молчанов

