УДК 616.36—002.2—022.7:578.891]—07 (470.41)

HCV-ИНФЕКЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Л.Р. Юзлибаева

Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Республике Татарстан (главный государственный санитарный врач - В.В. Морозов), г. Казань

Эпидемический процесс вирусных гепатитов в Республике Татарстан (РТ) в последние годы характеризуется принципиальными преобразованиями. За последние 10 лет заболеваемость гепатитом А снизилась в 13 раз. Однако наблюдается непрерывный рост частоты парентеральных вирусных гепатитов. Их удельный вес от суммы вирусных гепатитов в 2000 г. составил 75%. С 1990 по 2000 г. заболеваемость острым вирусным гепатитом В возросла в 3,5 раза.

Среди вирусных гепатитов особое значение как в эпидемиологическом, так и в клиническом аспекте приобрел вирусный гепатит С, который официально регистрируется в республике с 1994 г. Динамика заболеваемости гепатитом С в РТ характеризуется стабильным ростом инфекции. С начала регистрации (1994) до 2000 г. заболеваемость острым гепатитом С увеличилась в 7,3 раза, носительство анти-HCV - в 10,4 раза (рис. 1).

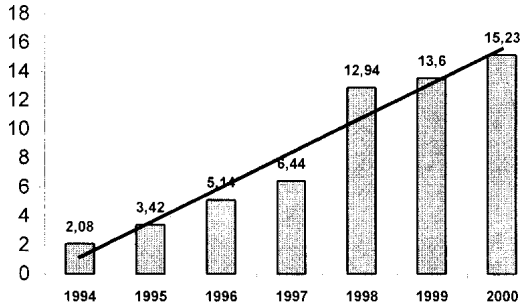

Рис. 1. Заболеваемость ОВГС в 1994—2000 гг. в РТ в показателях на 100 тысяч населения.

Особые сложности возникают в диагностике гепатита С в связи с его малосимптомной клиникой, поэтому в республике регистрируется очень большое число носителей. К началу 2001 г. на диспансерном учете уже состояли более 20 тысяч носителей анти-HCV. В республике также наблюдается рост доли острого вирусного гепатита С (ОВГС) в структуре парентеральных гепатитов: в 2000 г. его удельный вес составил 24,7% против 10,3% в 1994 г.

Высокая заболеваемость ОВГС регистрируется в Казани, Набережных Челнах, Альметьевске, Бугульме, что связано, вероятно, с углубленным клинико-лабораторным обследованием. Носительство анти-HCV выше среднереспубликанского уровня отмечается в Юго-Восточном регионе (Альметьевский, Бугульминский, Лениногорский районы), а также в Чистопольском, Зеленодольском районах и г.Казани.

Эпидемический процесс гепатита С в РТ характеризуется низкой заболеваемостью детского населения. По наблюдениям за 7 лет заболеваемость ОВГС детей до 14 лет варьирует в пределах 0,6—1,7‰ (рис. 2).

За годы регистрации ОВГС констатировано 7 случаев среди детей до одного года, что составило в среднем 10% от

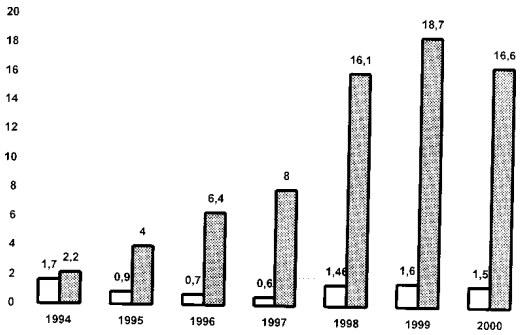

Рис. 2. Сравнительные показатели заболеваемости острым гепатитом С среди взрослого и детского населения РТ в 1994—2000 гг. Обозначения: незаштрихованные столбики — дети до 14 лет, заштрихованные — взрослые.

числа зарегистрированных ОВГС у детей до 14 лет. Однако за 4 года (1997—2000) у 108 новорожденных от серопозитивных матерей из 405 детей обнаружены анти-HCV при обследовании в 3-6 месяцев жизни, удельный вес составил 26%, HBs-антиген был выявлен у 53 (8%) новорожденных из 666 обследованных. Данные факты нельзя связывать с вакцинацией новорожденных против гепатита В, так как их массовая вакцинация в РТ проводилась лишь в 2000 г. (было охвачено 77,9%). Немаловажно и то, что уровень носительства анти-HCV среди детей первого года жизни за последние 3 года

(1998—2000) превышает показатель HBsAg-носительства в 3,7 раза. Только в 2000 г. было зарегистрировано 97 случаев анти-HCV носителей среди детей в возрасте до одного года. Среди этой же возрастной группы констатировано 20 случаев носительства HBsAg, то есть распространенность маркера гепатита С среди детей до одного года была выше в 4,8 раза.

Основная масса заболевших ОВГС в РТ состояла из лиц в возрасте от 15 до 29 лет. В 2000 г. их удельный вес составил 78% от числа всех заболевших. Рост заболеваемости ОВГС в РТ наблюдается в основном за счет данной возрастной группы. Заболеваемость ОВГС среди лиц от 15 до 29 лет в 2000 г. в сравнении с аналогичным показателем в 1995 г. возросла в 4,7 раза.

Высокая распространенность ОВГС отмечается среди лиц трудоспособного возраста без определенного места работы, студентов ПТУ, техникумов и вузов.

Структура путей передачи гепатита С характеризуется тенденцией к снижению количества случаев заражений через медицинские манипуляции в лечебно-профилактических учреждениях и к росту числа таких неуправляемых путей передачи, как половой и через внутривенное введение наркотических веществ. Естественные пути передачи гепатита С возросли от 8,5% в 1995 г. до 38,3% в 2000 г. Основную долю (93,2%) естественных путей передачи инфекции составил половой путь (2000 г.). Половой путь передачи установлен в 35,7% случаев от общей заболеваемости гепатитом С . Наибольшую долю заражений ОВГС занимает внутривенное введение наркотических веществ, что по итогам 2000 г. составило 43,5%.

Мнение разных авторов о возможности перинатальной передачи HVC-инфекции достаточно противоречиво, хотя в настоящее время такая вероятность уже подтверждена многими исследованиями [4, 5]. Слабая активность перинатальной передачи ВГС в значительной степени связана с низким уровнем виремии у матери. Высокая концентрация ВГС отмечается в случаях сопутствующей ВИЧ-инфекции при наличии иммунодепрессии, что является фактором риска и определяет возможность заражения ВГС ребенка от матери [1]. Трудности верификации перинатальной передачи ВГС связаны прежде всего с тем, что ВГС-инфекция у детей первого года жизни обычно протекает в виде первично-хронического гепатита с незначительными клиническими проявлениями. Кроме того, у детей, рожденных матерями с наличием антител к ВГС в крови, часто выявляются материнские антитела к ВГС класса G, исчезающие в первый год жизни ребенка [2, 3].

Эпидемиологический анализ структуры путей передачи HCV-инфекции показывает, что в РТ имеет место ее вертикальная передача.

В 1998 г. было констатировано 13 случаев передачи HCV-инфекции от матери ребенку, в 1999 г.— 44, в 2000 г. — 42 случая, удельный вес вертикальной передачи зарегистрированных случаев составил соответственно 0,2%, 0,5% и 0,3%.

Семейные контакты представляют особую опасность при значительном содержании вируса в организме больного. РНК ВГС может быть обнаружена в слюне, моче, семенной и асцитической жидкости. Естественно, условиями, благоприятными для передачи вируса, также являются повреждения кожи и слизистых в быту и на производстве. Гепатит С может возникать при длительном многолетнем тесном общении в семьях HCV-инфицированных (гемоперкутанные контакты, общие расчески, бритвенные принадлежности, полотенца, мочалки и т.п.). В условиях многолетних контактов даже малые объемы контаминированной крови могут привести к заражению [6].

В распространении HCV-инфекции в РТ нельзя исключить роль бытового пути ее передачи. В РТ ежегодно регистрируется от 4 до 30 случаев заражения ОВГС и от 85 до 560 случаев вирусоносительства бытовым путем. Доля бытового пути передачи ОВГС за 6 лет составила в среднем 3,2%. В течение ряда лет наблюдается большая инфицированность анти-HCV среди контактных в очагах в сравнении с инфицированностью HBsAg. Только в 2000 г. инфицированность анти-HCV на 1000 обследованных среди контактных в очагах инфекции составила 26,1 (HBsAg - 20,1).

В РТ ежегодно проводится тестирование на анти-HCV 300-600 тысяч человек, относящихся к группам высокого риска заражения. С начала тестирования на анти-HCV инфицированность на 1000 обследованных возросла в 5,8 раза. Многолетние наблюдения распространенности анти- HCV в РТ позволяют сделать выводы о неравномерном распределении инфекции. Ежегодно прослеживается высокая инфицированность среди новорожденных от серопозитивных матерей, больных хронической патологией печени, контингента наркологических и кожно-ве-

нерологических диспансеров и кабинетов, контактных в очагах.

Расширение объема обследования пациентов стационаров на маркеры вирусных гепатитов (перед оперативными вмешательствами; лиц, получивших в течение года до госпитализации множественные инъекции, оперативные вмешательства, переливания крови и ее препаратов) позволило улучшить выявляемость внутрибольничных заражений. В связи с дифференцированным подходом к эпидемиологическому расследованию пациентов, перенесших медицинские манипуляции, доля внутрибольничных заражений ОВГС снизилась от 30,3% в 1995 г. до единичных случаев в 1999—2000 г., инфицирования анти-HCV — от 79,6 % в 1995 г. до 17,2% в 2000 г. Однако риск инфицирования анти-HCV в условиях стационара остается высоким. Ежегодно только среди медицинских работников из групп риска выявляется от 150 до 400 и более случаев анти-HCV-носителей, среди пациентов стационаров — от 1500 до 3000 случаев. В 2000 г. среди медицинских работников зарегистрировано 75 случаев острого и хронического гепатита С.

Регистрация и учет хронических вирусных гепатитов в РТ проводятся с 1996 г. С момента введения регистрации ежегодная заболеваемость ХВГС увеличилась в 17 раз. В начале регистрации удельный вес первично выявленного ХВГС составлял 31,2%. С 1999 г. наблюдается превышение доли первично выявленного ХВГС от суммы острого и хронического гепатитов С, а в 2000 г. доля ХВГС составила уже 71,6%. Ввиду легкой симптоматики течения заболевания острый гепатит С диагностируется редко, выявленные случаи регистрируются на уровне носительства анти-HCV.

На 1.01.2001 г. на диспансерном учете состояли свыше 3000 больных ХВГС. Возрастная структура больных ХВГС характеризуется высокой заболеваемостью лиц в возрасте от 15 до 29 лет. Удельный вес ХВГС среди лиц от 15 до 29 лет в структуре заболеваемости всего населения составил 55,2%. Наибольшая заболеваемость ХВГС зарегистрирована среди лиц без определенного места работы, школьников от 15 до 17 лет, студентов вузов и ПТУ.

ВЫВОДЫ

1. В Республике Татарстан наблюдается непрерывный рост первично выявленных носителей анти-HCV, число которых превышает число первично выявленных носителей HBsAg в 2 раза и более.

2. В республике ежегодно прослеживается низкая заболеваемость ОВГС в сравнении с показателем первично выявленного носительства. Показатель носительства анти-HCV в республике по итогам 2000 г. выше заболеваемости ОВГС в 25,3 раза. Имеет место низкий уровень диагностики первичного ОВГС и ХВГС, что связано с клинической малосимптомностью течения заболевания.

3. Частота первично выявленного острого гепатита С в 3 раза ниже, чем острого гепатита В. Тем не менее отмечается противоположная картина по частоте первично выявленного хронического гепати-та С, показатель которого превышает первичный хронический гепатит В в 3,2 раза. Прогрессирующий рост числа хронических носителей анти-HCV и больных хроническим гепатитом С в республике позволяет сделать заключение о небла-гоприятном прогнозе распространения HCV-инфекции. Последнему способствует разнообразие неуправляемых путей передачи инфекции при отсутствии эффективных мер борьбы, включая вакцино-профилактику.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Балаян М.С., Михайлов М.И.* Вирусные гепатиты. — М., 1999.

2. *Соринсон С.Н.* Гепатит С: механизмы многолетней персистенции вируса и фазы течения инфекционного процесса. — СПб, 1997.

3. *Учайкин В.Ф.* Руководство по инфекционным болезням у детей. — М., 1998.

4. *Esteban J.I.* Molecular Biology, Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features and Prevention. — 1997.

5. *Maier K.* Georg Thieme. — Germany, 1995.

6. *Weiland, Schwarcz R.*// Brit. Med. J. — 1992.

Поступила 18.10.01.

HCV-INFECTION IN TATARSTAN REPUBLIC

L.R. Yuzlibaeva

Summary

Fundamental reforms took place in the epidemic process of virus hepatitis in Tatarstan Republic recently. The incidence of virus hepatitis A decreased 13 times. The parenteral virus hepatitis comprises 75% of the total incidence of virus hepatitis. HCV-infection is recorded among persons without definite work, students of professional and technical colleges, institutions and universities. The basic ways of transmission of HCV-infection is the intravenous injection of drugs and sexual way, however the casual and vertical way of transmission infection are of particular importance.