

УДК 616.36-004:616.36-002.2:578.891](575.2)

ПРОБЛЕМЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ

С. Тобокалова, Г.М. Заирова, Д.С. Бекенова, К.А. Ногойбаева

Рассмотрена необходимость подготовки гепатологов и открытия специальных отделений с доступом к противовирусным препаратам с целью предоставления больным В-, С- и D-вирусным циррозом печени возможности получить специализированную диагностическую и лечебную помощь.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит; цирроз печени; лечение.

THE PROBLEMS OF LIVER CIRRHOSIS AS OUTCOME OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN KYRGYZSTAN

S. Tobokalova, G.M. Zairova, D.S. Bekenova, K.A. Nogoibaeva

The need for training hepatologists and opening special departments with access to antiviral drugs for the purpose of granting to patients with HBV, HCV and HDV related liver cirrhosis of an opportunity to receive specialized diagnostic and medical aid is considered.

Keywords: chronic viral hepatitis; liver cirrhosis; treatment.

Цирроз печени является исходом хронических заболеваний печени, приводящих к потере трудоспособности и занимающих первое место среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая опухоли), в два раза чаще им страдают мужчины старше 40 лет [1–3]. По данным зарубежных авторов, наиболее частой этиологией цирроза печени (ЦП) являются вирусы гепатитов В, С и злоупотребление алкоголем. Хронизация инфекции наступает в 10 % случаев острого гепатита В и в 70–85 % – гепатита С [2–4].

Больные с ЦП и тяжелыми осложнениями лечатся, как правило, амбулаторно или в терапевтических стационарах, где врачи, к сожалению, не всегда в полной мере осведомлены в современных методах диагностики и противовирусной терапии ЦП в исходе хронических вирусных гепатитов [5].

Целью исследования являлся анализ уровня оказания специализированной медицинской помощи больным циррозом печени вирусной этиологии в условиях гастроэнтерологического отделения Национального госпиталя Кыргызстана.

Материал и методы. Материалом для изучения служили статистические данные Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) и ДПЗиГСЭН об инфекционных и паразитарных заболеваниях (Ф № 12 и Ф № 14) Кыргызской Рес-

публики за 2010–2014 гг., отчеты гастроэнтерологического отделения Национального госпиталя КР, истории болезней 50 больных хроническим гепатитом В, С и D, а также 87 – с циррозом печени в их исходе в возрасте от 20 до 83 лет, находившихся на лечении в 2013 г.

Результаты исследования и обсуждение. Официальная регистрация больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в стране начала в 2010 г. и далека от совершенства. Низкая выявляемость больных ХВГ обусловлена тем, что четко не регламентировано место их госпитализации, хотя, по европейскому стандарту, такие пациенты, в первую очередь должны находиться в инфекционном стационаре, отдельно от больных острыми вирусными гепатитами. В нашей стране они лечатся в больницах терапевтического профиля, а с циррозом печени – и в хирургии. Поскольку в поликлиниках нет специалиста-гепатолога и нет ни одного государственного гепатологического центра, эти больные зачастую обращаются в частные клиники. В том и другом случае, экстренные извещения на ХВГ подаются не на должном уровне. Этим объясняется большая разница (в 3,8 раз; $p < 0,01$) в количестве впервые выявленных больных ХВГ, по данным РМИЦ и Департамента госсанэпиднадзора (3524 и 928, соответственно, взрослых пациентов; таблица 1).

Таблица 1 – Динамика заболеваемости хроническими вирусными гепатитами за 2010–2014 гг., по данным РМИЦ и ДПЗиГСЭН, Кыргызстан, абс. ч.

Годы	Больные	Данные Республ. медицин. информацион. центра				ДПЗиГСЭН
		ХГВ	ХГD	ХГС	Всего ХГ	Всего ХГ
2010	взрослые	130	151	187	468	100
	дети	13	64	8	85	0
2011	взрослые	149	314	244	707	157
	дети	17	100	12	129	4
2012	взрослые	358	205	408	971	324
	дети	14	12	7	33	6
2013	взрослые	162	203	208	573	346
	дети	16	15	20	51	0
2014	взрослые	320	226	259	805	347
	дети	49	26	76	76	2
Всего ХВГ за 5 лет	взрослые	1119	1099	1306	3524	928
	дети	109	217	123	374	12

Таблица 2 – Динамика удельного веса каждой нозологии от числа госпитализированных в Национальный госпиталь пациентов с болезнями органов пищеварения в 2009–2013 гг.

Болезни органов пищеварения	Годы									
	2009		2010		2011		2012		2013	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Язва желудка и 12-перстной кишки	284	13,8	231	11,4	267	12,4	230	11,9	192	10,7
Гастрит	314	15,2	224	11,0	198	9,2	131	6,8	111	6,2
Хрон. гепатит	198	9,6	294	14,5	336	15,6	348	18,0	417	23,2
Цирроз печени	347	16,8	393	19,4	442	20,6	486	25,1	653	36,4
Холецистит, ЖКБ	921	44,6	886	43,7	904	42,2	710	38,2	421	23,5
Всего	2064	100	2028	100	2147	100	1935	100	1794	100

Несмотря на то, что это только видимая часть айсберга, число зарегистрированных случаев хронических гепатитов В, С и дельта увеличивается с каждым годом. В результате введения вакцинации против гепатита В в Национальный календарь профилактических прививок в 2000 г. заболеваемость детей сведена до единичных случаев. В то же время, настораживает увеличение числа детей с хроническим гепатитом В и D в последние годы, что может послужить предметом отдельного исследования.

Ежегодно в гастроэнтерологическом отделении Национального госпиталя КР получают стационарное лечение около 4000 ($3980,4 \pm 98,5$) больных, половина из них – с болезнями органов пищеварения ($1993,4 \pm 103,3$) (таблица 2). В течение 5 лет число госпитализированных больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки незначительно уменьшилось, а с хроническим гастритом сократилось в 2,5 раза ($p < 0,01$).

В то же время ежегодно статистически значимо (в 2,4 и 2,2 раза, соответственно) возросло коли-

чество пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени. Если 5 лет назад их доля от общего числа больных с воспалением органов пищеварения составляла 9,6 и 16,8 %, то в 2013 г. – 23,2 и 36,4 %, соответственно ($p < 0,01$). Почти в 2 раза реже стали госпитализировать больных с обострением холецистита и желчекаменной болезни.

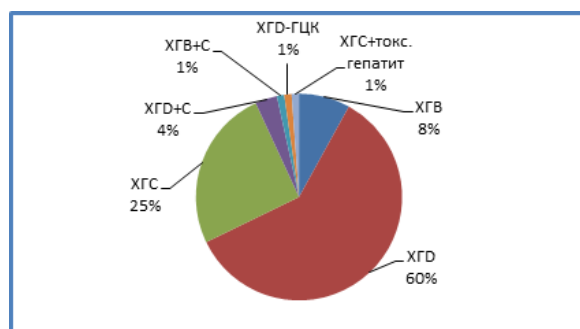


Рисунок 1 – Этиологическая структура цирроза печени у наблюдаемых больных

В первом квартале (январь-март) 2013 г. в гастроэнтерологическом отделении находились 87 больных циррозом печени, обусловленным вирусами парентеральных гепатитов (рисунок 1).

В отличие от данных литературы [2, 4, 5], в большинстве случаев (59,8 %) цирроз печени являлся исходом ХГД или в его сочетании с ХГС – 3,4 %; этиология ЦП, обусловленная ХГС, установлена только в 25,3 % случаев. У одного больного – ЦП-ХГД-гепатокарцинома – и у одного – ЦП-ХГС + токсический (алкогольный) гепатит.

При ЦП в исходе ХГВ и ХГД женщины и мужчины регистрировались примерно с одинаковой частотой (53,1 и 46,9 %).

Более половины больных (57,8 %) были в возрасте от 40 до 60 лет, от 20 до 40 лет – 29,7 %, и старше 60 лет – 12,5 %. Тогда как при ЦП в исходе ХГС, женщин было в 2,3 раза больше (69,6 %), чем мужчин, и цирроз печени при этом развивался значительно позже: у 39,1 % больных – в возрасте 40–60 лет и у 43,5 % – старше 60 лет.

Больше всего больных с ЦП в исходе ХГВ и ХГД поступили из Джалал-Абадской области – 20 (31,3 %); из г. Бишкек и Чуйской области – по 11 человек (17,2 %) и по 5 больных (7,8 %) – из Нарынской, Ошской, Иссык-Кульской и Баткенской областей, и только по 1 больному – из Таласской области и Афганистана. Только 7 больных ЦП могли назвать, что 5–12 лет назад перенесли острый гепатит В или дельта. Почти половина больных – 27 (42,2 %), за пять лет госпитализировались по 2 раза, 16 (25 %) – по одному разу и остальные (32,8 %) – по 3–5 раз. Некоторые из них по 2–3 раза в год лечились в других терапевтических стационарах по месту жительства; 56 (87,5 %) пациентов к моменту госпитализации не работали, 23 из них (41,1 %) имели инвалидность 1 и 2 группы по болезни.

Абсолютное большинство больных 59 (92,2 %) поступили в стадии декомпенсации ЦП – класс тяжести В и С по Чайльд – Пью, с умеренными признаками печеночной энцефалопатии, портальной гипертензии, периферическими отеками и разной степени выраженности асцитом. Только 5 больным установлена субкомпенсированная стадия ЦП, класс А по Чайльд – Пью – 8–10 баллов. Осложнения портальной гипертензии: хроническая печеночно-клеточная недостаточность, латентное и открытое кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и дна желудка отмечались у 7 (10,9 %) больных, сердечная и дыхательная недостаточность, аритмии – у 5 (7,8 %), а также гепаторенальный синдром – у 3 (4,1 %) больных.

Этиологическая диагностика ЦП в исходе ХГВ и ВГД ограничивалась обнаружением HBeAg и a-HDV, и редко (в 20,3 %) – HBeAg или a-HBe, ко-

торые были определены на догоспитальном этапе. Качественное или количественное исследование на вирусную нагрузку с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР) проведено только 3 больным. Из 5 биохимических показателей фибротеста: альфа₂ – макроглобулин, гаптоглобин, аполипопротеин А₁, гамма-глутамилтраспептидаза, общий билирубин, стационарным больным назначался только последний. Определение степени фиброза в печени, с использованием ультразвуковой эластографии (Фибросан), не проводилось вовсе.

Известно, что сроки формирования и прогрессирование цирроза печени напрямую зависят от степени вирусной нагрузки. По международным стандартам лечения ЦП, В и дельта-вирусной этиологии, даже при декомпенсированной его форме рекомендуется лечение высокоэффективными противовирусными препаратами, для перорального применения, с минимальными побочными явлениями (аналоги нуклео(т)зидов): ламивудин, энтекавир, тенофовир и др. В данном случае, только 3 пациента продолжали лечиться ранее назначенным реафероном.

Для купирования печеночно-клеточной недостаточности, периферических отеков и асцита, профилактики кровотечения рекомендуется введение концентрированных растворов альбумина, пропранолол; больным с анемией, лейко- и тромбоцитопенией – эритропоэтин, колониестимулирующий фактор и др. Врачи знают показания к ним, но эти препараты не входят в перечень бесплатно назначаемых лекарственных средств в условиях государственных больниц, поэтому больные неоднократно поступая в стационары терапевтического профиля получают гепатопротекторы и симптоматическое лечение в течение 10–12 дней, что приводит к дальнейшему прогрессированию заболевания. Причем, за пять лет не было ни одного летального случая, следовательно, больные с циррозом печени умирают в домашних условиях.

Еще одна нерешенная проблема: персонал соматического стационара, многие годы обслуживая инфекционных больных, подвергая себя опасности профессионального заражения, не получает надбавку к зарплате, предусмотренную Законом для инфекционистов.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод – цирроз печени в исходе вирусных гепатитов В и D чаще регистрируется в Джалал-Абадской, Чуйской областях и городе Бишкек у лиц среднего и старшего возраста. ЦП при этих гепатитах формируется в течение 5–12 лет и диагностируется поздно – уже в декомпенсированной стадии.

В терапевтическом отделении больные ЦП-вирусной этиологии не имеют возможности полу-

читать в полном объеме специализированную диагностическую и лечебную помощь, что диктует необходимость создания в Кыргызской Республике гепатологической службы, подготовки гепатологов из числа врачей первичного звена и стационаров, открытия специализированных отделений для данной группы больных при областных и республиканских инфекционных больницах. Необходимо также повысить доступ к высокоэффективным противовирусным и патогенетическим препаратам.

Литература

1. *Абдурахманов Д.Т.* Хронический гепатит В и D / Д.Т. Абдурахманов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 286 с.
2. *Бурневич Э.З.* Противовирусная терапия цирроза печени в исходе хронического гепатита С / Э.З. Бурневич, Т.Н. Лопаткина, Е.Н. Никулина // Вирусные гепатиты. 2005. № 2 (26). С. 3–10.
3. *Chou R.T. Dana C. Bougatsos* Screening for hepatitis B virus infection in adolescents and adults: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation // *AnnIntern. Med*, 2014. P. 161:31.
4. *Стрючков В.В.* Организация оказания помощи больным хроническими вирусными гепатитами / В.В. Стрючков, С.Б. Рыбалкин, И.П. Баранова // I Всерос. ежегод. конгресс по инфекц. болезням. СПб., 2010. С. 204–206.
5. *Cardoso A.C., Carvalho-Filho R.J., Stern C. et al.* Direct comparison of diagnostic performance of transient elastography in patients with chronic hepatitis B and chronic hepatitis C // *Liver Int*. 2012. V. 32. P. 612–621.