

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

ШЕВЧЕНКО Г. М., ХОРОНЖЕВСЬКА-МУЛЯР І. С., МАРТИНЮК Г. А.

Рівненська обласна санепідстанція (Україна)

Вірусні гепатити (ВГ) – надзвичайно важлива проблема охорони здоров'я України та інших країн. Близько 50 мільйонів людей у світі щорічно хворіють на ВГ, з яких 2 млн. помирають, а у значної частини осіб хвороба набуває хронічної форми з можливим подальшим розвитком цирозу та раку печінки. Питома вага лише НС-вірусної інфекції серед причин цирозу печінки складає 40% , а гепатоцелюлярної карциноми - 60% . Гепатит С вважається головною причиною хронічних хвороб печінки [2, 3, 5, 7, 18].

Сьогодні відомі віруси гепатитів А, Е (з фекально-оральним механізмом передачі), та В, С, D, G (з парентеральним механізмом передачі), а також нещодавно відкриті віруси TT і SEN, роль яких у ураженні печінки ще остаточно не з'ясована [18].

Епідемічний процес названих вірусних гепатитів існує всюди, однак його інтенсивність має суттєві відмінності на різних територіях.

Для Рівненської області Північно-Західного регіону України проблема ВГ також є надзвичайно актуальною.

Дослідження динаміки захворюваності гепатитом А (ГА) показують, що цій інфекції притаманні багаторічні циклічні коливання, обумовлені дією біологічних і соціальних факторів [1, 11, 18, 23].

За даними офіційних звітів, останні два десятиліття (1980-2000 роки) у Рівненській області (Україна) найбільш високі показники захворюваності ГА реєструвались серед дітей. За указаний період відзначалось два виражені циклічні підйоми захворюваності ГА у дітей (1983 рік та 1990-1991 роки), при цьому найбільш високий рівень захворюваності припадав на 1990-1991 роки (1190,9 і 956,1 на 100 тис. дитячого населення). Більш низький рівень захворюваності ГА в ці роки був засвідчений у дорослих (289,8 і 322,1 на 100 тис. дорослого населення відповідно). На другу половину 90-х років минулого століття припав черговий міжепідемічний період. Важливо відмітити, що це був час глибоких соціальних змін в країні, які призвели до значного зниження народжуваності і чисельності дитячого населення у віці 3-6 та 7-10 років. Так лише в Рівненській області у 90-ті роки Україна не

дорахувалась більше 20 тис. новонароджених. Як відомо, вірус ГА в основному циркулює саме в цій, найсприятливішій дитячій популяції (віком 3-10 років), де формуються найбільш активні його штами, здатні до масового поширення [23].

З 2000 року в області відбувається активізація епідемічного процесу ГА, що свідчить про початок формування нової хвилі підйому ГА (Рисунок 1). Аналогічна ситуація спостерігається і на інших територіях країн СНД [1, 11, 23].

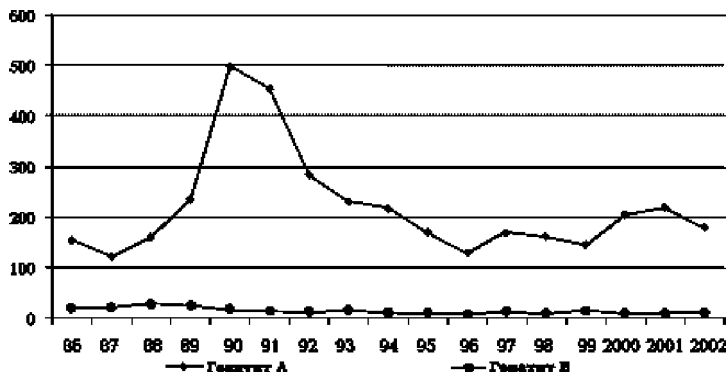


Рисунок 1. Захворюваність гепатитами А та В на території Рівненської області за даними офіційних звітів

Вірус гепатиту А (HAV) серед населення поширюється в основному при дії фекально-орального механізму передачі. Цей механізм закріплено в еволюції вірусу і може забезпечити його як вид. Фекально-оральний механізм передачі служить передумовою водних і харчових спалахів, а також епідемій різного масштабу [23].

Тому вірусний гепатит А поширюється в регіонах, де відзначаються серйозні недоліки в забезпеченні населення доброякісною питною водою. Так у Росії, в місцях водозаборів, у 2-5% проб води виявляли збудники кишкових інфекцій і антиген вірусу гепатиту А [16]. В Рівненській області Північно-Західного регіону України — у 7,1% - 3,8% проб питної води із шахтних колодязів в осередках інфекції виявляли антиген вірусу гепатиту А. Таким чином прогноз захворюваності на ГА не є оптимістичним.

В період можливого підйому захворюваності ГА важливо зосередити увагу на сучасних засобах і методах профілактики.

Генеральною лінією у профілактиці ГА залишається виконання

всього комплексу санітарно-гігієнічних заходів, які перешкоджають реалізації фекально-орального механізму передачі вірусу.

Згідно ст.5 Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» громадяни країни зобов'язані «підлуватись про своє здоров'я та здоров'я і гігієнічне виховання своїх дітей...», а ст.21 цілком присвячена обов'язковому гігієнічному вихованню: «курс гігієнічного навчання — обов'язкова складова частина загальноосвітньої та професійної підготовки, підвищення кваліфікації кадрів». На виконання ст.7 Закону України керівники підприємств, установ та організацій зобов'язані проводити протиепідемічні заходи. В ряді статей розділу III вищеназваного Закону сформульовані вимоги до якості харчових продуктів, організації харчування, водних ресурсів, питної води і водопостачання, яке має гарантувати їх безпеку в епідемічному відношенні [6].

Конкретні вимоги до якості питної води централізованих систем питного водопостачання і методи контролю її якості викладені в Державних санітарних правилах і нормах. «Вода питна. Гігієнічні вимоги до якості води централізованого господарсько-питного водопостачання», затверджених 26 грудня 1996 року наказом МОЗ України № 383.

Вищеназаний Закон та Державні санітарні правила зобов'язують керівників водопровідних станцій у випадку небезпеки проникнення збудників інфекційних захворювань у воду терміново вживати необхідні заходи, інформувати санепідстанції і населення.

При достатньо повній реалізації всього комплексу санітарно-гігієнічних заходів і високому рівні гігієнічних стандартів серед основної частини населення в ряді країн Європи вдалось досягти значних успіхів у профілактиці ГА, які вже закріплені протягом 20-25 років і рівень захворюваності ГА там становить 5-15 випадків на 100 тис. населення [18].

Відомо, що реалізація ряду санітарно-технічних та санітарно-гігієнічних заходів вимагає значних коштів, якими в даний час державні адміністрації багатьох районів та міст України не володіють. У зв'язку з цим можуть постійно існувати передумови для поширення ГА і загроза виникнення групових захворювань.

Враховуючи ці обставини, наказом Міністерства охорони здоров'я України № 276 від 31.10.2000р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні» в якості специфічного захисту від захворювань ГА рекомендовано вакцинопрофілактику гепатиту А.

Більшого поширення в світі набули інактивовані вакцини проти гепатиту А: «Хаврікс» фірми Глаксо Сміт Кляйн (Англія), «Аваксім» фірми Пастер Мер'є Коннот (Франція) та «Вакта» фірми Мерк Шарп і

Доум (США).

В Україні ліцензовані перші дві вакцини «Хаврікс» і «Аваксім» [18].

Фірмою Глаксо Сміт Кляйн розроблена вакцина для дорослих (Хаврікс-1440) і для дітей (Хаврікс – 720). Одноразове введення вакцини забезпечує сероконверсію у 99% щеплених, захистний титр зберігається протягом 1 року, а дворазова вакцинація за схемою (0,6-12) забезпечує захист людини від ГА понад 10 років [18].

Найбільший ризик захворіти гепатитом А мають такі групи населення: діти і персонал шкіл, шкіл-інтернатів, дитячих закладів, де порушуються санітарні правила; особи, які контактують з хворим ГА; працівники комунальних служб, які обслуговують водоочисні споруди, водопровідні мережі, а також каналізаційні системи та каналізаційні очисні споруди; персонал установ громадського харчування та підприємств харчової промисловості; населення, яке користується водою, що не піддається надійному очищенню і знезараженню, або використовує для пиття воду відкритих водоймищ чи неправильно обладнаних колонок і колодязів; військовослужбовці; населення і спеціалісти МНС в умовах стихійного лиха; особи, які від'їжджають в країни Африки, Південно-Східної Азії, Середньої Азії; медичний персонал, в першу чергу, інфекційних і психіатричних стаціонарів; особи, які вживають психотропні речовини внутрішньовенно, хворі хронічними гепатитами та ін. [11, 12, 18].

В даний час вакцинопрофілактика ГА стримується порівняно високою вартістю вакцини. Разом з тим шкода здоров'ю людини, яку спричиняє гепатит А, значно перевищує вартість вакцинації.

Тому постановою державного санітарного лікаря Рівненської області № 2 еп від 01.07.2002 року «Про посилення заходів з профілактики вірусних гепатитів в Рівненській області» рекомендовано головам районних державних адміністрацій, міським головам передбачити в бюджетах кошти на закупівлю вакцин для проведення щеплень в осередках вірусного гепатиту А (в разі виникнення захворювань в школах, школах-інтернатах, дитячих дошкільних закладах) [14].

Для профілактики ГА, за показами, рекомендується також використовувати імуноглобулін з високою концентрацією антитіл до вірусу. Імуноглобулін забезпечує утворення пасивного імунітету через 12-24 годин після введення, але цей імунітет зберігається лише протягом 2-3 місяців [23], в той час, як одноразова вакцинація захищає людину протягом року, а дворазова вакцинація – понад 10 років.

За даними Фролова А.Ф., для термінової профілактики ГА у вогнищах інфекції доцільно також застосовувати український препарат «Амізон» («Фармак», Клів), який є індуктором ендogenous інтерфе-

рону і імуномодулятором. Його застосування у віковій групі 18-25 років забезпечило індекс ефективності (порівняно з особами, які отримали імуноглобулін) 6,66, а показник захищеності – 84,29% [17].

Таким чином, медицина сьогодні володіє методами і засобами профілактики ГА. Їх реалізація залежить від цілеспрямованої діяльності персоналу лікувально-профілактичних установ, санепідстанцій, службовців державних адміністрацій і населення конкретних територій [1, 6, 11, 23]. Генеральною лінією в профілактиці ГА, у відповідності з законодавству України, залишається виконання всього комплексу санітарно-гігієнічних заходів, що перешкоджають реалізації фекально-орального механізму передачі вірусу. В якості специфічного захисту населення, поряд з імуноглобулінопрофілактикою, за показами рекомендована вакцинація проти ГА осіб із груп ризику, доцільно також застосовувати препарати індуктори ендogenous інтерферону і імуномодулятори для термінової профілактики ГА.

Вірусний гепатит В (ГВ) є однією з актуальних медичних і соціальних проблем в Україні та інших країнах [2, 3, 5, 7]. За даними ВООЗ, більше третини населення світу уже були інфіковані вірусом ГВ (HBV) і зараз 5% із них, тобто більше 350 млн. чоловік, є носіями цієї інфекції. Щорічно у світі від патології, пов'язаної із цією хворобою, помирає близько 2 млн. осіб. Із них щорічно 100 тисяч помирає від миттєвої форми хвороби, ще півмільйона – від ускладнень гострої інфекції, близько 700 тисяч – від цирозу і 300 тисяч – від первинної карциноми печінки. За даними академіка Львова Д.К., за останні 15-20 років від ГВ померло більше людей, ніж від бойових дій за час другої світової війни. Економічні збитки від ГВ, наприклад в США, країні з низькою ендемічністю, щорічно перевищують 300 млн. доларів [7].

Широта поширення HB – вірусної інфекції суттєво коливається у різних регіонах та різних популяційних підгрупах. Близько 45% населення земної кулі проживає в регіонах з високим рівнем розповсюдження HBV, а саме: в Африці, Південно-Східній Азії, Китаї, в країнах Середнього Сходу, Тихоокеанському регіоні, басейні Амазонки, а також у місцях проживання ескімосів на Півночі, де у 70-95% людей в сироватці крові виявляють антитіла до поверхневого антигену HBV (анти-HBs), а у 8-20% осіб – HBsAg.

Середній рівень розповсюдження ГВ характерний для країн Східної та Південної Європи, Росії, Центральної Азії, Японії, Ізраїля, ряду країн Південної Америки, де проживає близько 43% населення Землі, у них HBsAg виявляють у 2-7% осіб, а анти - HBs — у 20-55%.

До регіону з низькою ендемічністю ГВ (менше 2% осіб є носіями HBsAg, а анти-HBs має не більше 20% населення) належать країни

Північної Америки та південної частини Південної Америки, Західної Європи, Австралія, Нова Зеландія [7, 18].

Однак навіть при однаковій ендемічності способи передачі HBV і структура груп ризику можуть суттєво відрізнятись. У деяких популяціях виявлено високий ризик захворювання та/або носійства через порушення імунної системи [18].

Таким чином, не випадково ГВ називають не меншою проблемою медицини, ніж СНІД. Однак поширеність ГВ перевищує «Чуму ХХ століття» в тисячі разів [7].

Україна належить до регіону з середнім рівнем розповсюдження ГВ (2,2% населення є носіями HBsAg) [18]. Аналіз офіційної захворюваності за останні 10 років (1991-2000) показує щорічне незначне її зниження. В Україні, як і в інших країнах СНД, реєстрація випадків ГВ в основному відбувається за наявності симптому жовтяниці. Усі хворі з безжовтяничним та безсимптомним перебігом хвороби у більшості випадків не діагностуються та залишаються поза офіційною реєстрацією. Лише на території Північно-Західної частини України співвідношення зареєстрованих випадків гострого ГВ та осіб зі стертими формами хвороби, які лишаються поза офіційної реєстрації, протягом перших 5 років життя складає 1:178, у віці 5-15 років – 1:55, у віці 15-25 років – 1:21 [19]. За даними Гурала А.Л., дійсна захворюваність на ГВ в Україні у 5-6 разів перевищує офіційну [18].

Сучасна стратегія профілактики гепатиту В визначає комплексний підхід, направлений на всі три ланки епідемічного процесу, а саме:

- I-шої ланки – на ліквідацію джерела вірусу: рання діагностика, виявлення носіїв HBV у службі переливання крові і відсторонення їх від донорства, лікування хворих гострим і хронічним гепатитом та інші заходи;
- II-гої ланки – на розрив шляхів передачі HBV: використання одноразового медичного і лабораторного інструментарію, протиепідемічні заходи у медичних установах, комплексні програми боротьби з наркоманією та ін.;
- III-тьої ланки – захист сприйнятливого населення шляхом вакцинації проти ГВ [10, 18].

Створення вакцин проти ГВ (у 1982 році плазменних, а у 1986 році – генно-інженерних) вважається одним із найбільших досягнень медичної науки кінця минулого тисячоліття. Клінічні дослідження з дріжджовою рекомбінантною вакциною проти ГВ розпочали у 1984 році, а у 1986 році вона стала першою вакциною, у виробництві якої було застосовано рекомбінантну технологію ДНК на промисловій ос-

нові [24].

Вакцини для профілактики ГВ після їх впровадження сприйняли як засіб, що вселяв великі надії щодо можливості контролю однієї з найважчих інфекцій, і як першу вакцину, спроможну потенційно зменшити частоту захворюваності і смертності від раку – гепатоцелюлярної карциноми.

У 1996 році Марк А. Кейн, учасник розширеної програми імунізації ВООЗ, повідомив, що «хоча ми не можемо досягнути ерадикації вірусу до наступного століття (сучасними засобами), бо існує 350 мільйонів носіїв HBV і неможливо повністю запобігти перинатальній трансмісії вірусу, проте ми можемо перетворити всі країни в зони „низької ендемічності” (з числом носіїв HBV в популяції до 2%), якщо наступні покоління дітей будуть імунізовані” [24].

Сьогодні багатьма фірмами світу виробляються моновакцини (проти HBV) та комбіновані вакцини (проти HAV+HBV, проти дифтерії, кашлюку, правцю+HBV).

Серед ліцензованих на сьогодні вакцин проти ГВ в Україні безумовним лідером є вакцина Engerix B, яка п'ятий рік успішно використовується в нашій державі [18]. Однак необхідно відмітити, що перші щеплення проти ГВ на території України були проведені ще 10 років тому (1991-1992 роки) серед вихованців дитячих інтернатних установ Рівненської області (всього було охоплено імунізацією 87 дітей) вакциною Engerix B, яка була надана НДІ вірусології ім. Д.Й.Івановського (Москва) [20]. Позитивна сероконверсія була виявлена у 96,2% прищеплених вихованців дитячих інтернатів, а через 10 років після імунізації – у 53,3%, що співпадає з даними інших авторів.

Більш як 15-річне спостереження за проведенням вакцинації населення проти ГВ в різних регіонах світу показує високу ефективність вакцини, сероконверсія відбувається більш як у 95% щеплених здорових осіб.

Здійснення в багатьох країнах широких програм вакцинопрофілактики ГВ привело до різкого зменшення рівня захворюваності цієї інфекцією (у Великобританії, Бельгії, Італії, США показники захворюваності знизились до 1-4 випадків на 100 тисяч населення), це також дозволило досягти помітного впливу на показники летальності, частоту формування хронічних форм. У 1997 році були опубліковані перші повідомлення про зниження числа випадків первинного раку печінки серед осіб, імунізованих вакциною проти ГВ в дитячому віці на Тайвані. Недарма про вакцину проти ГВ сьогодні говорять, як про першу вакцину проти раку, а гепатит В відносять до інфекцій, які керуються засобами специфічної профілактики [22].

Разом з тим питання, як найбільш швидко і з найменшими затратами зупинити ріст і знизити захворюваність ГВ, залишаються актуальними.

Сьогодні очевидні переваги універсальної тактики вакцинопрофілактики ГВ [10]. Вона включає вакцинацію новонароджених, підлітків і осіб, які відносяться до груп підвищеного ризику інфікування НВВ. Ці групи добре відомі. Їх складають медичні працівники (перш за все ті, хто в своїй професійній діяльності має часті контакти з кров'ю пацієнтів); діти, які народились у хворих гострим та хронічним ГВ, або у „носіїв” НВ-вірусу; члени сімей хворих чи носіїв; пацієнти відділень гемодіалізу; вихованці спеціалізованих інтернатів; хворі, лікування яких пов'язано з великим парентеральним навантаженням; особи, які застосовують ін'єкційне введення психоактивних речовин, а також ті, які працюють у сфері секс-бізнесу та ін. [21, 22].

На території України універсальна тактика вакцинопрофілактики ГВ не застосовується у зв'язку з відсутністю необхідних коштів, щеплення проводять в основному серед новонароджених та медичних працівників. У Росії окремі регіони змогли застосувати універсальну тактику вакцинації ГВ шляхом розробки та затвердження регіональних програм, де були залучені бюджетні та позабюджетні кошти.

Таким чином, незважаючи на те, що ГВ віднесли до керованих інфекцій, на територіях, де не в повній мірі проводиться вакцинопрофілактика цієї інфекції, епідемічному процесу притаманні закономірності некерованої інфекції.

Епідемічну ситуацію, яка склалася сьогодні в ряді країн СНД, відрізняють різкий ріст захворюваності ГВ, зміна вікової структури хворих (переважно серед підлітків 15-19 років і осіб у віці 20-29 років), які обумовлені, з однієї сторони, все більшим зараженням НВ – вірусом при парентеральному введенні наркотичних препаратів, а з іншої сторони – явної активізації статевого шляху передачі вірусу ГВ [9, 10, 13, 22].

Аналогічні тенденції відмічаються і в Рівненській області Північно-Західної частини України.

За даними офіційної статистики, число осіб, які хворіють на наркоманію, в області збільшилось з 133 чол. у 1990 році до 1015 чол. у 2001 році. При цьому серед них зростає частка підлітків, які зловживають наркотичними засобами. Також слід врахувати, що реальне число осіб, які вживають психотропні речовини, в декілька разів вище офіційно зареєстрованих випадків.

За 2001 рік у м.Рівне серед хворих ГВ 79 відсотків становили молоді особи віком від 15 до 29 років, а за 2002 рік цей показник склав

близько 60%. За даними епіданамнезу у 2002 році більше 30% хворих ГВ у м.Рівне вживали наркотичні препарати, а у м. Кузнецовську більше 40% хворих ГВ вживали наркотики.

Необхідно відзначити, що заразитись ГВ можливо як при першому введенні наркотика, так і при наступних. Вірусом ГВ може контамінуватись шприц при загальному його використанні, або вірус може попасти безпосередньо в наркотичну сировину при її виготовленні [9].

Також ГВ відносять до захворювань, які передаються статевим шляхом [3]. Ріст проституції і „Лібералізація статевих відносин” наприкінці минулого тисячоліття створили підґрунтя інтенсивного поширення ГВ статевим шляхом. Це підтверджують і дані аналізу структури шляхів передачі HBV. Відсоток хворих ГВ, які заразились статевим шляхом, у м.Рівне зріс з 4,2% у 1997 році до 11,7% у 1999 році та 10,9% — у 2000 році.

Питома вага інших шляхів передачі HBV (зараження в лікувально-профілактичних закладах при проведенні лікувальних і діагностичних парентеральних процедур, а також при переливанні крові і (чи) її препаратів) зменшились завдяки реалізації заходів, які проводяться в медичних закладах з 85,9% і 2,8% відповідно у 1997 році до 49,3% і 1,4% у 2000 році. Однак, наявність випадків зараження ГВ в медичних закладах потребує якнайретельнішого аналізу кожного випадку і проведення всього комплексу санітарно-гігієнічних заходів для попередження внутрішньолікарняного зараження ГВ. Особливу увагу потрібно приділяти засобам стерилізації ендоскопічного і стоматологічного медичного обладнання.

Таким чином, аналізуючи шляхи передачі вірусу ГВ, можна зробити висновок, що в даний час центральне місце в поширенні ГВ почали займати особи молодого віку, які зловживають прийомами психоактивних речовин. Окрім того, наркомани контактують з особами, які не застосовують психоактивні речовини (в сім'ї, в медичних закладах, в установах косметичних послуг та ін.).

Тому, на наш погляд, медикам необхідно сконцентрувати свої зусилля на усіх трьох ланках епідемічного процесу, широко застосовувати вакцинопрофілактику ГВ, розробляти регіональні програми та залучати позабюджетні кошти на закупівлю вакцини. Однак, не менш ретельно необхідно проводити санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи по розриву шляхів передачі вірусу ГВ як в медичних закладах, так і в установах, де надаються різноманітні косметичні послуги. Необхідно також проводити широку санітарно-освітню роботу серед молоді про наслідки наркоманії і проституції, більш тісно співпрацювати з цих питань з установами управління освіти та управління внут-

рішніх справ.

Офіційна реєстрація ГС запроваджена лише з січня 2003 року, проте обстеження донорів на антитіла до вірусу гепатиту С (анти-HCV) в Україні розпочалося з кінця 1994 року. За даними Чумака А.А. і співавторів (2000р.), анти-HCV серед донорів Києва виявили у 3,34% випадків [18].

Гепатит С — антропоозна інфекція. Джерелом інфекції є хворі на гострий і хронічний ГС, головним чином особи з безсимптомним перебігом хвороби (вони складають 60-70%).

Механізм передачі вірусу ГС — парентеральний (штучний і природний). Штучний парентеральний механізм передачі має місце при усіх інвазивних процедурах медичного чи немедичного характеру. Вивчення інфікованості медичних працівників м.Рівне і Рівненської області показало, що анти-HCV виявили у 3,4% медичних працівників, тоді як серед безоплатних донорів та вагітних жінок анти-HCV були визначені у 1,7%. У співробітників хірургічних, онкологічних та урологічних відділень анти-HCV виявляли у 2-3 рази частіше, ніж серед дорослого населення (5,9%). У лікарів і медичних сестер цих відділень анти-HCV зустрічались у 3 рази частіше, ніж у молодшого медичного персоналу [8, 18]. Аналогічні дані були одержані при обстеженні медичних працівників Києва [18].

За даними Мартинюк Г.А. анти-HCV тестували у 9,7% хворих гематологічних, онкологічних, урологічних та гастроентерологічних відділень м.Рівне та Рівненської області. Найчастіше анти-HCV виявляли в онкологічних хворих (13,6%), [8].

Аналогічні дані були отримані при обстеженні різних відділень лікувальних установ у Києві [18]. Автори досліджень роблять висновок, що зараження пацієнтів вірусом гепатиту С в лікувальних установах відбувається при проведенні великої кількості парентеральних втручань (ін'єкції, трансфузії крові та її компонентів, оперативні втручання) та при ендоскопічних дослідженнях. Все це є наслідком порушення протиепідемічного режиму медичним персоналом (використання нестерильного медичного інструментарію, апаратури та неякісна їх дезінфекція і стерилізація, переливання необстеженої або неякісно обстеженої крові та її компонентів, невикористання медичним персоналом індивідуальних засобів захисту тощо) [18].

Першочергове значення для вивчення ВГ має застосування сучасних методів лабораторного обстеження хворих та інших груп населення.

Однак в обласних, міських та районних лікувально-профілактич-

них установах дослідження пацієнтів в ряді випадків проводиться лише на HBsAg в реакції зворотної пасивної гемаглютинації, що не відповідає сучасним вимогам через недостатню чутливість та специфічність [15].

Тому для покращення лабораторної діагностики вірусних гепатитів обласною державною адміністрацією, обласною санепідстанцією, управліннями охорони здоров'я області та міста виділені кошти на придбання апаратури для ІФА діагностики в центральній міській лікарні і для проведення полімеразної ланцюгової реакції в обласній епідеміологічній станції.

Таким чином, на території Рівненської області Північно-Західного регіону України для вірусних гепатитів А, В і С характерний середній тип ендемічності, що вимагає постійного проведення профілактичних та протиепідемічних заходів спільними зусиллями спеціалістів лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладів охорони здоров'я. Необхідно широко застосовувати вакцинацію проти ГВ і ГА. З метою зупинення хвилі наркоманії серед молоді та для вирішення проблеми вірусних гепатитів необхідно надалі ще більше об'єднати зусилля органів влади, медичних працівників, педагогів, працівників правоохоронних закладів, засобів масової інформації шляхом затвердження та проведення регіональних програм профілактики вірусних гепатитів з виділенням необхідних коштів для здійснення цих програм.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Балаян М.С.* Гепатит А: вчора, сьогодні, завтра. // Медицина для всіх. - 1999. №2. - с. 22-25.
2. *Балаян М.С., Михайлов М.И.* Энциклопедический словарь: Вирусные гепатиты. - Москва. - Амипресс - 1999. - 301 с.
3. *Герасун Б.* Вірусний гепатит В - НВ - вірусна інфекція. - Львів: Вільна Україна. - 1993 - 173 с.
4. *Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Шагінян В.Р., Матошко Г.В.* Актуальні питання епідеміології та профілактики гепатиту В в Україні. Інфекційні хвороби. - 1996. № 3 - с. 12-17.
5. *Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М.* Вирусные гепатиты. - Москва. - Медицина. - 1986. - 255 с.
6. Закон України „Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення” № 4004-ХІІ 24 лютого 1994 року. 24 с.
7. *Львов Д.К.* Многоликий гепатит // Медицина для всех. - 1996. - 1 - с. 2-3.
8. *Мартинюк Г.А., Шахгильдян И.В., Крамарев С.А., Кузин С.Н., Муляр И.С., Самохвалов Е.И., Харитонюк Р.А., Кучерук Е.Ф., Ковальчук И.С.,*

- Семенова Л.А., Филипов В.М., Юрчишина З.Г., Сидорук Н.В., Батура Н.С.* Гепатит С на территории Северо-Западной Украины . Эпидемиология и инфекционные болезни. - Москва. - Из-во «Медицина». - 1998. - N4. - с.25-28.
9. *Михайлов М.И., Шахгильдян И.В., Лозовская И.Л. и др.* Гепатит В и наркотики, ЖАМА Россия. - 1999. - т.2. № 6., - с.11-14.
10. *Михайлов М.И., Шахгильдян И.В., Романенко В.В.* Вакцинопрофилактика гепатита В: стратегия и тактика. Медицина для всех. - 2001. - № 1. - с.2-6.
11. *Мукомолов С.Л.* Отстывает, но не сдаётся.//Медицина для всех. - 1999.№ 2. -с.26-28.
12. Наказ МОЗ України № 276 від 31.10.2000 р. „Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні”. - 19 с.
13. О государственной политике по предупреждению распространения в Российской Федерации заболеваемости инфекционным гепатитом. Рекомендации парламентских слушаний 13 февраля 2001 года. Мир вирусных гепатитов. — 2001. 4 (апрель).-с. 2-5.
14. Постанова головного державного санітарного лікаря Рівненської області 2-ен від 1.07.2002р. «Про посилення заходів з профілактики вірусних гепатитів в Рівненській області» - 4с.
15. *Резніков А.П.* Вірусні гепатити «бушують» на Рівненщині . Медичний вісник. - 2002р. 26 липня.
16. Решение коллегии Минздрава России „О состоянии заболеваемости вирусными гепатитами в Российской Федерации” 27.03.2001.//Мир вирусных гепатитов. -2001. -№4 (апрель).-с.6-10.
17. *Фролов А.Ф.* Эпидемиология и профилактика вирусного гепатита А на Украине. Материалы УПН Всероссийского съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов 26-28 марта 2002 г. - Москва. - РОСИНЭКС. - 2002. -том. 3. - с. 80-81.
18. *Харченко Н.В., Порохницький В.Г., Топольницький В.С.* Вірусні гепатити. -Київ.-2002.-295 с.
19. *Хоронжевська І.С., Счастний Е.Й., Шахгильдян Й.В., Шарлай М.М., Кузін С.М., Мартинюк Г.А., Яценя Л.О., Харитонюк Р.О., Муха Ю.С.* Вакцинація проти вірусного гепатиту В вихованців дитячих інтернатних установ. Сучасні інфекції.— 2001. — №3 — с. 146-151.
20. *Хоронжевська І.С., Счастний Е.Й., Шарлай М.М., Мартинюк Г.А., Яценя Л.О., Муха Ю.С., Кузін С.М., Шахгильдян Й.В.* Перший досвід проведення вакцино-профілактики НВ-вірусної інфекції серед вихованців дитячих інтернатних установ на Україні. Стан та перспективи діагностичної служби в системі охорони здоров'я регіону. - Рівне.-2000. - с.180-182.
21. *Шахгильдян И.В., Хухлович П.А.* Стратегия вакцино-профилактики ге-

- патита В в Росии. Медицина для всех. -1997. - 4 (5) - с. 8-12.
22. *Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А., Ананьев В.А., Клименко С.М.* Вакцинопрофилактика гепатита В - мировой опыт и его реализация в России. Уральское медицинское обозрение.-1998. - 1 (май) - с. 4-8.
23. *Шляхтенко Л.И.* Внимание: желтуха! Вирусный гепатит А в России: современное состояние. //Медицина для всех.-2001.-№1.- с.28-32.
24. *S.Assad, A.Francis.* Десятирічний досвід застосування дріжджової рекомбінантною вакцини для профілактики гепатиту В. – Медицина світу. – 2001. Вакцинація. –с.6-12.

РЕЗЮМЕ

УДК: 616-36-002-084

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

*Шевченко Г.М., Хоронжевська-Муляр І.С., Мартинюк Г.А.
Рівненська обласна епідеміологічна станція (Україна)*

На території Рівненської області Північно-Західного регіону України для вірусних гепатитів А, В і С характерний середній тип ендемічності, що вимагає постійного проведення профілактичних та протиепідемічних заходів спільними зусиллями спеціалістів лікувально-профілактичних та санітарно-епідеміологічних закладів охорони здоров'я. Необхідно широко застосовувати вакцинацію проти ГВ і ГА. З метою зупинення хвилі наркоманії серед молоді медичним працівникам потрібно тісно співпрацювати з спеціалістами правоохоронних органів, управління освіти, засобів масової інформації та ін., проводити широку санітарно-освітню роботу.

РЕЗЮМЕ

УДК: 616-36-002-084

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ
ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**

*Шевченко Г.Н., Хоронжевская-Муляр И.С., Мартынюк Г.А.
Ровенская областная эпидстанция (Украина)*

На территории Ровенской области Северо-Западного региона Украины для вирусных гепатитов А, В и С характерен средний тип эндемичности, что требует постоянного проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий совместными усилиями специалистов лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений здравоохранения. Необходимо широко применять вакцинацию против ГВ и ГА. С целью приостановления волны наркомании среди молодежи медицинским работникам необходимо тесно сотрудничать со специалистами правоохранительных органов, средств массовой информации, педагогами и др., проводить широкую санитарно-просветительную работу.

SUMMARY

UDK: 616-36-002-084

MODERN ASPECTS OF VIRAL HEPATITIS PREVENTION

*Shevchenko H.M.; Khoronzhevska-Mulyar I.S.; Martyniuk H.A.
Regional Sanitary and Epidemiological Station (Rivne, Ukraine)*

Virus hepatitis of A, B and C groups are characterized by the average type of endemics that demands constant implementation of preventive and antiepidemic measures by combined efforts of specialists in facilities of medical prevention as well as in sanitary and epidemiological institutions of health care in the territory of Rivne Region of North-Western part of Ukraine. The routine HB and HA vaccination is required. Health care providers should closely collaborate with specialists of law machinery, administration in educational work, mass media, etc, implementing intensive sanitary and educational work.