

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА В

ШАХГИЛЬДЯН И.В., МИХАЙЛОВ М.И., ХУХЛОВИЧ П.А.,
ЯСИНСКИЙ А.А., ЛЫТКИНА И.Н., ХРАПУНОВА И.А., ШУЛАКОВА Н.И.,
МУЛЯР-ХОРОНЖЕВСКАЯ И.С., РОМАНЕНКО В.В.,
БАШКОВА Н.М., АНАНЬЕВ В.А.

НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН,

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН,

*Федеральный Московский городской и Свердловский областной цен-
тры Госсанэпиднадзора (Москва, Екатеринбург, Россия)*

Ровенская областная санэпидстанция (Ровно, Украина)

В последние годы в Российской Федерации сложилась неблагоприятная эпидемическая ситуация с гепатитом В (ГВ). В 1993-2000 гг. имел место значительный рост показателей заболеваемости ГВ (17,9 и 18,1 на 100 тыс. населения соответственно в 1991-1992 гг., 43,3 и 42,5 в 1999-2000 гг.). В 2001 г. эти показатели уменьшились на 16,8% и достигли 35,3 ‰, что может быть связано со все более широким проведением в стране вакцинации против этой инфекции (рисунк 1). Однако эти данные официальной статистики являются далеко неполными, т.к. практически совсем не учитывают случаи острого ГВ, протекающего без желтухи, которые, как правило, не попадают в поле зрения врачей. По данным разных авторов на один желтушный случай острого ГВ приходится 4-10 сл., протекающих без желтухи (С.Н.Соринсон, 1998; Б.С.Каганов, 1998; М.С.Балаян и М.И.Михайлов, 1999 и др.). Об этом, в частности, свидетельствует большое число ежегодно выявляемых «носителей» вируса гепатита В (ВГВ). В 2001 г. в России было впервые выявлено 130129 носителей этого вируса, что почти в 2,5 раза превышало число зарегистрированных в этом году больных острым ГВ (51305). Эти данные подтверждают большую интенсивность скрыто протекающего эпидемического процесса ГВ.

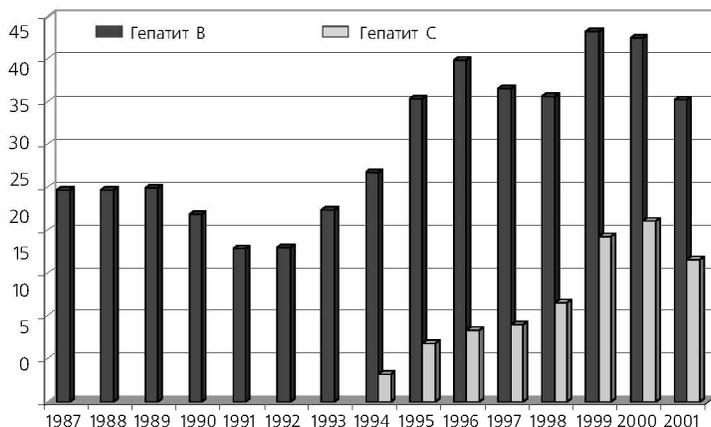


Рисунок 1. Заболеваемость острыми гепатитами В и С в Российской Федерации в 1987-2001 г.г по данным официальной регистрации (в показателях на 100 000 населения)

Значителен удельный вес ГВ в этиологической структуре острых вирусных гепатитов. В 1998-1999 гг. в отличие от прежних лет больные ГВ составляли в РФ наибольшую часть заболевших острыми вирусными гепатитами (соответственно 42,9% и 44,4%). Лишь в 2000 и 2001 гг. их доля уменьшилась (до 33,8% и 26,1% соответственно), в связи с выраженным ростом в эти годы числа больных гепатитом А (рисунок 2).

Сохранившийся высокий уровень заболеваемости ГВ особенно тревожен в связи с большой частотой неблагоприятных исходов этой инфекции. Ежегодно, по данным Минздрава РФ (2001 г.) в стране от острого гепатита В умирает около 1% больных острым ГВ. Чаще всего (до 76%), по данным клиники НИИ вирусологии РАМН, в этих случаях имеет место сочетание ГВ и дельта вирусной инфекции. У 5-8% больных острым ГВ (часто также в сочетании с дельта гепатитом) регистрируют формирование хронических форм с развитием у части из них (10-20%) цирроза, а в дальнейшем и первичного рака печени. Массив таких больных постоянно растет. В 2001 г. в РФ впервые было зарегистрировано 23270 больных хроническим ГВ, в 2000 г. - 20690. По данным отдельных авторов этиология 60% случаев гепатоцеллюлярной карциномы связана с вирусом гепатита В (Da Villa and A.Sere, 1999 г.).

В последние годы неуклонно растет число больных, у которых вирусный гепатит (ВГ) имеет смешанную этиологию. Такая этиология

ВГ была установлена в клинике НИИ вирусологии в 1998-1999 гг. у 13,8-16,8% взрослых больных ГВ, в то время как в 1991-1995 гг. только у 2,6% (причем в последние годы у 68,5% таких больных было выявлено сочетание маркеров ГВ и ГС).

Гепатит В наносит значительный экономический ущерб. По данным И.Л.Шаханиной и О.И.Радута (2002 г.) в 2000 г. экономический ущерб одного случая острого ГВ был равен 22,5 тысяч рублей (одного случая гепатита А - 14,2 тыс.рублей, острого гепатита С - 17,8 тыс.руб.). Общие экономические потери за 2000 год, связанные с ГВ, составили, по мнению этих авторов, 2,3 млрд.рублей (острые случаи ГВ - 1,4 млрд.рублей, хронические - 0,6, случаи «носительства» вируса ГВ - 0,3).

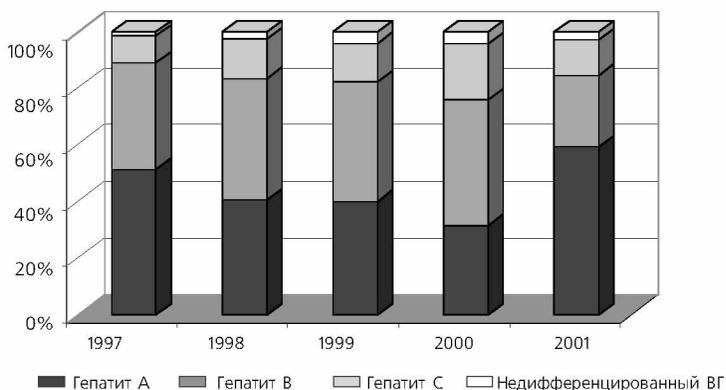


Рисунок 2. Этиологическая структура острых вирусных гепатитов в Российской Федерации по данным официальной регистрации в 1997-2001 гг.

Источники НВ-вирусной инфекции

В настоящее время установлено, что основными источниками НВ-вирусной инфекции являются не больные острым ГВ (заражение от них имеет место лишь у 4-6% больных острым гепатитом В), а большой массив так называемых «бессимптомных носителей» НВsAg (НВ-вируса), у большинства из которых выявляют при углубленном обследовании малоактивный (персистирующий по прежней классификации) хронический гепатит В. В России таких «носителей» насчитывают не менее 5 млн. человек. В разных регионах РФ частота выявления их имеет большие различия. Так, в Центральном и Северо-Западном

регионах HBsAg обнаруживали методом ИФА у 1-2% взрослого населения, в то время как в Туве - у 9,8%, а в Якутии - 11,6%. Следует отметить, что в регионах с высоким уровнем носительства HBsAg этот антиген с наибольшей частотой определяли у детей раннего возраста (первых двух лет жизни), а с низким - у взрослых. Принципиальное значение имеют выявленные в этих регионах различия в частоте обнаружения у носителей HBsAg маркера «инфекциозности» - HBe-антигена. HBe-антиген у них определяли на территориях с высоким уровнем носительства HBsAg в 4-5 раз чаще, чем с низким. Следовательно, степень эпидемической опасности носителей HBsAg, их «агрессивность» неодинакова в разных регионах. В последние годы установлены существенные различия и в частоте выявления маркеров дельта-вирусной инфекции (антител к дельта-вирусу) у носителей HBsAg на разных территориях России. Эти антитела были обнаружены в 1,3-5,5% носителей антигена в городах европейской части России и в 4-5 раз чаще в Туве и Якутии.

В последние годы за рубежом (Таиланде, Монголии, Тайване, некоторых областях Италии, ряде других территориях) в результате многолетней иммунизации против ГВ всех новорожденных и детей первого года жизни резко сократился уровень носительства HB-вируса (с 8-11% до 1,6-1,7%). В результате там существенно уменьшилась циркуляция этого вируса, значительно сократилось число потенциальных источников HBV-инфекции и было достигнуто отчетливое «понижение эндемичности» (М.Кане, 1996 г.). В нашей стране, хотя вакцинация против ГВ новорожденных и детей первого года жизни была введена в Национальный календарь профилактических прививок специальным приказом Минздрава РФ № 375 еще 18 декабря 1997 г., но лишь в 1999 г. начато реальное выполнение этого приказа. В связи с финансовыми трудностями в 1999 г. иммунизация против ГВ могла быть осуществлена только у 1/3 родившихся в этом году детей, в 2000 г. - у половины и лишь в 2002 г. планируется привить против этой инфекции всех новорожденных. Естественно, результаты этой работы будут видны только спустя годы.

Вместе с тем следует отметить, что в последние годы в России значительно выросла частота обнаружения маркеров ГВ среди наркоманов, работников секс-бизнеса. Если в 1993-94 гг. частота выявления HBsAg среди лиц, регулярно употребляющих наркотические препараты, мало отличалась от фоновых показателей, то в настоящее время этот антиген определяют у 16-18% из них (Г.М.Кожевникова, 2000 г., О.Н.Ершова, 2000 г.). Это свидетельствует о значительном росте их опасности как источников HB-вирусной инфекции.

Возрастная структура больных гепатитом В

Среди современных эпидемиологических особенностей гепатита В следует выделить существенное изменение возрастного состава заболевших. В настоящее время среди больных острым ГВ преобладают лица 15-19 и 20-29 лет и редко вовлечены в эпидемический процесс дети. В 2000 и 2001 гг. дети до 14 лет составляли в РФ среди больных острым ГВ соответственно 4,3 и 4,5%. Сегодня на долю лиц 15-29 лет в большинстве регионов России приходится 70-80% заболевших острым ГВ, причем в этих возрастных группах показатели заболеваемости за последние годы выросли в 6-10 раз. По данным Центра Госсанэпиднадзора Москвы в возрасте 15-29 лет в городе было 81,6% больных острым ГВ в 1999 г. и 76,6% - в 2000 г. Соответственно всего 1,6-1,7% среди таких больных составляли дети до 14 лет.

Пути передачи вируса гепатита В

Значительные изменения произошли в последние годы и в структуре путей передачи НВ-вируса. В результате практически повсеместного перехода на определение у всех категорий доноров крови НВsAg методом ИФА с последующим исключением от кроводач лиц, у которых этим методом был выявлен в крови указанный маркер ГВ, все более широкого обеспечения лечебно-профилактических учреждений системами и инструментарием одноразового пользования, резко уменьшилось число заболевших острым ГВ, заражение которых можно было связать с переливанием крови и/или ее препаратов, а также с проведением лечебно-диагностических парентеральных вмешательств в медицинских учреждениях. По данным Минздрава РФ, если в 1990 г. у 50-60% больных ГВ имело место заражение вирусом ГВ в лечебно-профилактических учреждениях при проведении там лечебно-диагностических манипуляций, то в 2000 г. - только у 2-10%. В Москве, например, в 2000 г. больные ГВ, у которых был установлен такой путь заражения НВ-вирусом, составляли 2,4%, в то время как в 1991 г. - 50,6%. В настоящее время во многих регионах России лишь у 0,3-1% больных острым ГВ (в Москве в 1999 г. - у 0,4%, 2000 г. - у 0,9%) установлена связь возникновения заболевания с переливаниями крови и/или ее препаратов, в то время как в 1990-1991 гг. у 7-10% (в Москве в 1991 г. у 7,5%).

Вместе с тем в последние годы отмечен резкий рост числа больных острым ГВ, заражение которых НВ-вирусом произошло в результате внутривенного введения наркотических препаратов (во многих регио-

нах имеет место сегодня у 55-60% таких больных). В Иркутской области, по данным Л.И.Кирилловой и А.В.Соболева (1999 г.), больные ГВ, у которых было установлено заражение НВ-вирусом при внутривенном применении наркотиков, составили в 1994 г. 9,6% (их было 68 чел.), а в 1998 г. - уже 54,9% (1009 чел.). В Свердловской области доля таких больных острым ГВ, среди тех у которых были установлены пути передачи НВ-вируса, выросла с 7,0% в 1994 г. до 67,3% в 2000 г.

Одновременно в последние годы отмечена существенная активизация во многих регионах страны полового пути передачи вируса ГВ, как следствие значительной либерализации сексуальных отношений. За последние 5 лет у больных острым ГВ удельный вес этого пути передачи НВ-вируса вырос в 3-5 раз. В Свердловской области половой путь заражения был установлен у 3,1% больных острым ГВ в 1994 г. и 18,5% - в 2000 г.

Все более широкое распространение среди молодежи внутривенного употребления наркотических средств (наличие в стране «эпидемии наркомании», «наркотического Чернобыля» по определению газеты «Известия» от 26 марта 1999 г.), значительное увеличение беспорядочных сексуальных контактов объясняют резкое изменение возрастной структуры больных острым ГВ, являются основной причиной существенного роста заболеваемости НВV-инфекцией, превращения проблемы гепатита В (как других парентеральных вирусных гепатитов) из медицинской в социальную.

Естественные пути передачи вируса ГВ сегодня установлены достаточно твердо (Л.И.Шляхтенко с соавт., 1990 г., С.Н.Кузин, 1998 г. и др.). Перинатальная передача НВ-вируса в регионе с умеренной активностью эпидемического процесса имела место у 26% детей, родившихся у женщин с персистирующей НВs-антигемией. Широта внутрисемейного распространения НВ-вирусной инфекции была умеренной. Появление различных маркеров этой инфекции отмечено в течение года у 7-8% членов семей больных хроническим ГВ (С.Н.Кузин, И.В.Шахильдян, А.Я.Буриев, 1998 г.).

Иммуноструктура к вирусу гепатита В

Результаты определения анти-НВs в различных возрастных группах населения многих регионов России свидетельствуют, что частота выявления этих антител растет с увеличением возраста (от 4-6% у детей 3-9 лет до 21% в возрасте 30-49 лет). Вместе с тем в последние годы, в связи с активным вовлечением в эпидемический процесс ГВ подростков и молодежи, частота обнаружения анти-НВs у лиц 15-20 лет выросла в 2-3 раза.

Вакцинопрофилактика гепатита В

Выявленные эпидемиологические закономерности ГВ позволили разработать эффективную систему мер по совершенствованию профилактики этой инфекции, обосновать ведущую роль в борьбе с ГВ реализации широких программ вакцинопрофилактики. Вакцинацию против ГВ начали осуществлять в Российской Федерации в 1990 году после приобретения одного миллиона доз генно-инженерной вакцины Engerix B у фирмы Смит Кляйн Бичем и издания в декабре 1989 года специального приказа Минздрава СССР, разрешающего применение этой вакцины в «группах риска». На первом этапе (1990-1995 гг.) иммунизацию против ГВ этой вакциной проводили в небольшом числе регионов среди лиц, составляющих группы высокого риска заражения HB-вирусом (прежде всего среди медработников и детей, родившихся у больных хроническим ГВ и «носителей» HBsAg). Была установлена ее безопасность, большая частота появления анти-HBs в протективной концентрации (10 МЕ/л и выше), высокая эффективность. Полученные нами результаты иммунизации против ГВ в 1990-1992 гг. вакциной Engerix B медработников, детей, родившихся у женщин с персистирующей HBs-антигемией, членов семей больных хроническим ГВ, воспитанников специнтернатов, пациентов отделений гемодиализа убедительно свидетельствуют об этом. Всех тех, кто составлял эти «группы риска» (кроме пациентов отделений гемодиализа и детей, родившихся у «носителей» HBsAg) вакцинировали трехкратно по схеме 0-1-6 месяцев. Пациентов, находившихся на лечении в отделениях гемодиализа, прививали двойными дозами вакцины 4-хкратно по схеме 0-1-2-6 месяцев. Детей, родившихся у женщин с персистирующей HBs-антигемией иммунизировали 4-хкратно. Вакцину им вводили в передне-боковую поверхность бедра в первые сутки, затем в возрасте одного, двух и 12-14 месяцев. Учитывая, что заражение HB-вирусом большинства (90-95%) из них, как показали исследования Н.А. Фарбера с соавторами (1990 г.), а также других авторов, происходит при прохождении родовых путей, очень важно было обеспечить первоначальное введение вакцины в первые 12-24 часа жизни. Следует отметить, что вакцину против ГВ возможно вводить одновременно со всеми другими вакцинами Национального календаря прививок (но в разные участки тела отдельными шприцами, лучше всего одновременно, двумя мед. сестрами).

У всех вакцинированных лиц (за исключением новорожденных и детей первого года жизни), предварительно было исключено наличие маркеров гепатита В (HBsAg и анти-HBs). В дальнейшем выявление этих маркеров HB-вирусной инфекции (с определением концентрации анти-HBs) проводили через месяц и 1-1,5 года после завершения кур-

са вакцинации, а привитых медиков - через 5 и 10 лет и воспитанников специнтернатов - через 10 лет. Параллельно анализ заболеваемости ГВ и результатов определения маркеров этой инфекции проводили у лиц, составляющих соответствующие вполне сопоставимые группы сравнения.

При иммунизации против гепатита В 542 детей, родившихся в гиперэндемичных регионах у женщин с персистирующей HBs-антигенемией, антитела к HBsAg в протективной концентрации были выявлены у 96,3% после 4-й прививки (у 70% в высокой концентрации). Спустя 1,5 года эти антитела сохранились у 90% таких детей. Манифестных форм гепатита В среди них зарегистрировано не было, но HBsAg определяли у иммунизированных против гепатита В детей при их обследовании через 1-1,5 года после завершения курса вакцинации в 10 раз реже, чем в группе сравнения (у 2,9% привитых детей и 29,0% - в группе сравнения).

Вакцинация против гепатита В членов семей больных хроническим ГВ, у которых предварительно было исключено наличие маркеров HBV-вирусной инфекции, позволило предотвратить ее распространение среди них. Анти-HBs в протективных титрах были выявлены у 97% привитых после окончания курса иммунизации и у 90% - спустя год. Среди привитых ни у одного в течение года не был обнаружен HBsAg, а в группе сравнения появление этого антигена имело место у 2,6% супругов больных хроническим гепатитом В.

При вакцинации против ГВ воспитанников интернатов с патологией ЦНС (о широком распространении среди них HBV-инфекции свидетельствует выявление у 17,4% из них HBsAg при проведении предвакцинального обследования), у 96,2% отмечено через месяц после 3-ей прививки появление анти-HBs в протективных титрах (причем у половины концентрация этих антител была выше 1000 МЕ/л). Среди привитых, имевших постоянный контакт в группах с носителями HBsAg, в течение года манифестных форм ГВ и появления лиц с HBs-антигенемией отмечено не было. В аналогичной группе сравнения у 4,8% воспитанников при повторном обследовании через 7 месяцев был обнаружен в крови ранее отсутствовавший HBsAg. При определении в крови воспитанников специнтернатов анти-HBs через 10 лет после завершения курса их иммунизации у 53% из них были выявлены антитела в протективной концентрации (но у половины концентрация была до 80 МЕ/л).

Среди 1553 медработников Москвы привитых против ГВ в 1990-91 гг. при обследовании через месяц после завершения курса вакцинации анти-HBs в протективной концентрации были выявлены у 92,3%. Пос-

твацинальный иммунитет у привитых медиков был достаточно стойким. При обследовании в 2000 г. групп медработников, иммунизированных вакциной Engerix B в указанные годы, анти-НВs при их определении методом ИФА были обнаружены в концентрации 10 МЕ и выше у 81% из них (у 44% - концентрация этих антител была в пределах 10-100 МЕ/л, 23% - 101-500 МЕ/л, 10% - 501-1000 МЕ/л и 23% свыше 1000 МЕ/л). Следует отметить, что при обследовании через 1,5 года после завершения курса вакцинации ни у одного из вакцинированных медиков, входящих в эту группу, не было зарегистрировано случаев гепатита В и не выявлены лица с наличием НВsAg в крови. В то же время в аналогичной по составу группе сравнения ранее отсутствовавший НВsAg был обнаружен у 6,4% медработников.

У пациентов центров гемодиализа, у которых предварительно были исключены маркеры гепатита В, 4-х кратная иммунизация двойными дозами вакцины по схеме 0-1-2-6 мес. привела к появлению антител к НВs-антигену в 76%. Через 1-1,5 года эти антитела сохранялись лишь у половины (53%) привитых больных этих центров. Вакцинация позволила уменьшить заболеваемость гепатитом В среди таких больных только в 2,3 раза. Учитывая наличие у них нарушения иммунитета, остро стоит вопрос о их ревакцинации, определения оптимальных сроков ее проведения. В настоящее время у иммунокомпетентных лиц, получивших полный курс иммунизации против гепатита В вакциной Engerix B и ответивших на ее введение образованием специфических антител в защитных титрах, необходимость ревакцинации последняя инструкция фирмы-производителя отрицает, не отменяя ее у медицинских работников, а также лиц с нарушенным иммунным статусом.

Ни у одного из привитых вакциной Engerix B, наблюдавшихся нами начиная с 1990 года, не было зарегистрировано поствакцинальных осложнений. Слабые, быстро проходящие местные реакции имели место у 2-10% вакцинированных в разных группах риска (обычно после первой прививки), слабые общие - у 1-4%.

Результаты шестилетнего (1990-1995 гг.) проведения вакцинопрофилактики гепатита В только среди лиц, составляющих «группы риска», показали, что таким путем невозможно заметно уменьшить показатели заболеваемости ГВ и уровень носительства НВ-вируса в популяции, а также частоту летальных исходов и формирования хронических форм. Добиться этого, как свидетельствует опыт многих стран, можно только иммунизируя против гепатита В новорожденных и детей первого года жизни, а также подростков (прежде всего 12-14 лет, т.е. накануне вступления их в «возраст риска»). Именно такое постро-

ение работы по специфической профилактике ГВ, как свидетельствуют итоги ее проведения в отдельных регионах России, позволяют существенно и в сравнительно короткие сроки повлиять на активность эпидемического процесса гепатита В. Наличие в настоящее время в России (помимо вакцины Engerix B) большого числа официально зарегистрированных генно-инженерных вакцин против ГВ, производимых фирмами США, Кубы, Южной Кореи, разработка фирмой «Комбиотех ЛТД» отечественной рекомбинантной вакцины против этой инфекции (зарегистрирована и разрешена к применению в 1994 г.), организация в 1997 г. фирмой Смит Кляйн Бичем и НПО «Биомед» им. И.И.Мечникова выпуска в РФ вакцины Engerix B способствуют осуществлению такой стратегии вакцинопрофилактики ГВ. Реализация ее была осуществлена в 1996 г. в Свердловской области, а с 1998 г. в Москве, Иркутске, Челябинске, затем и в Самаре, Тольятти, Екатеринбурге, Перми, Череповце, Сургуте и ряде других городов России. Там наряду с трехкратной (по схеме 0-1-6 мес.) вакцинацией против ГВ подростков (преимущественно 13-14 лет), новорожденных и детей первого года жизни продолжали иммунизацию лиц, составляющих «группы риска» (прежде всего медработников). В результате было достигнуто значительное снижение показателей заболеваемости ГВ (в отдельных городах почти в 3-5 раза в течение 3-4 лет, а среди привитых подростков - до 9 раз), уменьшение уровня носительства HBsAg, сокращение частоты летальных исходов и формирования хронических форм (И.О.Кузнецова, 1999 г.; В.В.Романенко, 2000 г.; И.В.Шахгильдян с соавт., 1998 г., 2000 г.; И.Н.Лыткина с соавт., 2001 г.; Ю.И.Лысанов с соавт., 2001 г. и др.). При определении анти-HBs у 108 московских семиклассников, привитых против ГВ в 1998 году и обследованных через год после завершения курса вакцинации, эти антитела были выявлены у всех (в т.ч. у 6,5% в концентрации 10-100 МЕ/л, а у 90,7% - свыше 1000 МЕ/л).

Введение в 1997 г. вакцинации против ГВ всех новорожденных детей в Национальный календарь профилактических прививок, принятие в 1998 г. Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» обеспечили прогресс в реализации такой стратегии специфической профилактики ГВ. Однако сложность эпидемической ситуации с ГВ диктует необходимость безотлагательного дальнейшего значительного расширения масштабов ее осуществления. Во многом этому будет способствовать введение приказом Минздрава РФ от 27 июня 2001 г. № 229 в Новый календарь профилактических прививок вакцинации против ГВ 13-летних подростков (ранее не привитых), которая в отличие от предыдущих лет будет осуществляться за счет средств

федерального бюджета.

Вместе с тем, признавая решающую роль, которую играет в настоящее время вакцинация в борьбе с ГВ, следует отметить, что сохраняет свое значение дальнейшее совершенствование мер неспецифической профилактики этой инфекции. Среди этих мер важное место занимает улучшение обследования всех категорий доноров крови на наличие маркеров HBV-инфекции, повышение качества используемых для этого иммуноферментных тест-систем, создание банков карантинизации крови, совершенствование работы по предупреждению заражения вирусом ГВ при проведении лечебно-диагностических парентеральных вмешательств в медицинских учреждениях. Необходимо в ближайшее время устранить недостатки с обеспечением ЛПУ медицинским и лабораторным инструментарием одноразового пользования, расширить сеть централизованных стерилизационных отделений, улучшить качество их работы. Требуют дальнейшего совершенствования методы регистрации различных типов острых и хронических ВГ (прежде всего введение регистрации ВГ смешанной этиологии). Важно обеспечить развитие сети специализированных гепатологических центров, ибо по-прежнему около 40% больных хроническими вирусными гепатитами госпитализируются в настоящее время в соматические стационары, что затрудняет проведение их адекватного обследования и лечения. Нуждается в значительном улучшении информация населения о доминирующих путях заражения вирусами ГВ и ГС, методах профилактики этих инфекций, их исходах, пользе своевременной вакцинации против ГВ, большом вреде наркомании. Неотложной задачей является реализация в полном объеме мероприятий по борьбе с ГВ, регламентированных утвержденными в 2000 г. санитарными правилами «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами».

Серьезность проблемы ГВ, ее большое социальное значение объясняют необходимость проведения комплекса общегосударственных мероприятий по профилактике этой инфекции, осуществления неотложных мер по борьбе с имеющейся в стране эпидемией наркомании. В настоящее время имеются все основания рассматривать борьбу с гепатитом В (как и с другими парентеральными вирусными гепатитами) как приоритетную.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Балаян М.С., Михайлов М.И.* Энциклопедический словарь - вирусные гепатиты. - Изд. 2-е, переработанное и дополненное. - Москва, 1999. - стр. 89-135, 140-148.
2. *Бахлыкова Н.Ю.* Широта распространения маркеров гепатитов В и С среди населения и отдельных групп риска в среднем Приобье. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва - 1998.
3. *Каганов Б.С.* Вирусный гепатит В: достижения и проблемы. // Российский педиатр. журн. - 1998 - № 1 - стр. 50-60.
4. *Кожевникова Г.М.* Эпидемиологические и клинические особенности форм вирусных гепатитов В и С у потребителей наркотиков. // Автореферат дис. кандидата мед. наук. - Москва, 2000 г.
5. *Кузин С.Н.* Сравнительная эпидемиологическая характеристика гепатитов с парентеральным механизмом передачи возбудителей в России и других странах СНГ. // Автореф. дис. доктора мед. наук. - Москва - 1998.
6. *Кузин С.Н., Шахгильдян И.В., Буриев А.Я. и др.* Закономерности внутрисемейной передачи вирусов гепатитов В, дельта и С. // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1998 - № 6 - стр. 25-28.
7. *Кузнецова И.О.* Оценка влияния вакцинации против гепатита В подростков, новорожденных детей и лиц из групп риска на активность эпидемического процесса НВ-вирусной инфекции. // Автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва - 1999.
8. *Львов Д.К.* Вирусные гепатиты от А до G и далее. // Журн. микробиол. - 1997 - № 1 - стр. 70-77.
9. *Михайлов М.И., Шахгильдян И.В., Лозовская И.Л. и др.* Гепатит В и наркотики. // ЖАМА, Россия - 1999 - т. 2 - № 6 - стр. 11-14.
10. *Онищенко Г.Г.* О состоянии заболеваемости вирусными гепатитами в Российской Федерации и неотложных медицинских мерах по ее стабилизации. // Вопросы вирусологии, 2001 г. № 4 - стр. 4-7.
11. *Онищенко Г.Г., Шахгильдян И.В.* Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики гепатитов В и С в Российской Федерации. // Журн. микробиол. - 2000 г. - № 1 - стр. 50-54.
12. *Романенко В.В.* Эпидемиологические особенности гепатитов В и С и региональная тактика вакцинопрофилактики НВ-вирусной инфекции. // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва - 2000 г.
13. *Соринсон С.Н.* Вирусные гепатиты. Изд. 2-е - С. Петербург - 1998.
14. *Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.В.* Вирусные гепатиты беременных. - Москва - Медицина - 1990.
15. *Шаханина И.Л., Радута О.Н.* // Вирусные гепатиты в России в 2000 году: распространенность и экономические потери. В кн. «Материалы VIII съезда Всероссийского общества эпидемиологов, микробиологов, паразитологов» - Москва - 2002 г. - том 3. - стр. 85-86.

16. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А. и др. Вакцинопрофилактика гепатита В - мировой опыт и его реализация в России. // ЖАМА, Россия - 1998 - № 1 - стр. 42-45.
17. Шахгильдян И.В., Хухлович П.А., Михайлов М.И. и др. Широта инфицирования медицинских работников вирусами гепатитов В и С и оценка эффективности вакцинопрофилактики НВ-вирусной инфекции среди них. // Эпидемиол. и инфекц.бол. - 2000 - № 5 - стр. 59-63.
18. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А. и др. Вакцинопрофилактика гепатита В в России - достижения, проблемы, перспективы. // Журн.микробиол. - 2000 - № 2 - стр. 44-49.
19. Шляхтенко Л.И., Мукомолов С.Л., Нечаев В.В. и др. Современные представления об источниках и путях передачи вируса гепатита В. // Успехи гепатологии. Под ред. А.Ф.Блюгера - Рига - 1990 - вып. XV - стр. 41-57.
20. Kane M. Global Status of hepatitis B immunization. // Lancet - 1996 - v.348 - p.696.
21. Van Damme P., Kane M., Mexas A. National programme vaccination of hepatitis B infection. // Brit.Med.Journal - 1997 - 314 - p.1333-1336.
22. Da Villa G., Sepe A. Immunization programm against hepatitis B virus infection in Italy. //Vaccine-1999-Vol.17-p. 1734-1738.

РЕЗЮМЕ

УДК :616.36-002:615.371

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА В

*Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А., Ясинский А.А.,
Лыткина И.Н., Храпунова И.А., Шулакова Н.И., Муляр-
Хоронжевская И.С., Романенко В.В., Башкова Н.М., Ананьев В.А.*

НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН,

НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи РАМН,

Федеральный Московский городской и Свердловский областной

центры Госсанэпиднадзора (Москва, Екатеринбург)

Ровенская областная санэпидстанция (Ровно, Украина)

Проведен анализ неблагоприятной эпидемической ситуации с заболеваемостью гепатитом В (ГВ), сложившейся в Российской Федерации с 1993 г. Рассмотрены современные представления об источниках НВ-вирусной инфекции, путях передачи вируса ГВ (в т.ч. и естественных), характере иммуноструктуры к этому вирусу. Установлено, что значительный рост показателей заболеваемости ГВ, начиная с 1993 г., изменение возрастного состава заболевших острым ГВ (преобладание среди них сегодня лиц 15-29 лет), связано с все более широким употреблением молодежью наркотиков, вводимых внутривенно (такой путь заражения НВ-вирусом имеет место сегодня у 50-60% больных острым ГВ), быстрым рос-

том активності полового пути передачі вірусу ГВ. Представлені данніе о результатах імунізації проти гепатита В лиц, составляющих групи риска. Показана більша ефективність прививок проти ГВ в цих групах. Однак лише з началом проведення вакцинації проти ГВ среди підростков (головним образом 13-14 лет), всех новонароджених дітей наряду с продолжением імунізації лиц из «груп риска» удалось существенно повлиять на активність епідпроцесса, добитися на отдельных територіях в течение 3-4-х лет снижения общего уровня захворюваності ГВ в 3-5 раз, а среди привитих - почти в 9 раз, резко уменьшить у больных острым ГВ показателі летальності и частоту формирования хронических форм.

РЕЗЮМЕ

УДК : 616.36-002:615.371

СУЧАСНІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ І ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКА ГЕПАТИТУ В

*Шахгільдян Й.В., Михайлов М.І., Хухлович П.О., Ясинський А.А.,
Литкіна І.Н., Храпунова І.А., Шулакова Н.І., Муляр-
Хорожєвська І.С., Романенко В.В., Башкова Н.М., Апаньєв В.О.*

НДІ вірусології ім. Д.Й.Івановського РАМН,

НДІ епідеміології і мікробіології ім. М.Ф.Гамалєї РАМН,

*Федеральний Московський міський і Свердловський обласний центри Дер-
жсанепіднагляду (Москва, Єкатеринбург, Росія)*

Рівненська обласна санепідстанція (Україна)

Проведено аналіз несприятливої епідемічної ситуації по захворюваності гепатитом В (ГВ), що склалася в Російській Федерації з 1993 року. Розглянуті сучасні уявлення про джерела НВ-вірусної інфекції, шляхи передачі вірусу ГВ (в т.ч. природні), характер імуноструктури до цього вірусу.

Встановлено, що значний ріст показників захворюваності ГВ, починаючи з 1993 року, зміна вікового складу хворих гострим ГВ (переважання серед них сьогодні осіб 15-29 років), пов'язано із все більш широким застосуванням молоддю наркотиків, які вводяться внутрішньовенно (такий шлях зараження НВ-вірусом має місце сьогодні у 50-60% хворих гострим ГВ), швидким ростом активності статевого шляху передачі вірусу ГВ. Наведені дані про результати імунізації проти гепатиту В осіб, які складають групи ризику, та показана висока ефективність щеплень проти ГВ в цих групах. Однак лише з початком проведення вакцинації проти ГВ серед підлітків (головним чином 13-14 років), всіх новонароджених дітей поряд з продовженням імунізації осіб з „груп ризику” вдалось суттєво вплинути на активність епідпроцесу НВ-вірусної інфекції та добитись на окремих територіях РФ на протязі 3-4-х років зниження загального рівня захворюваності ГВ в 3-5 разів (а серед прищеплених – майже в 9 разів), різко змен-

шти у хворих гострим ГВ показники летальності і частоту формування хронічних форм.

SUMMARY

UDK: 616.36-002:615.371

MODERN EPIDEMIOLOGICAL REGULARITIES AND HEPATITIS B PREVENTION THROUGH VACCINATION

Shakhgildyan Y.V.; Mykhailov M.I.; Khukhlovych P.O.; Yasynskyy A.A.; Lytkina I.N.; Khrapunova I.A.; Shulakova N.I.; Mulyar-Khoronzhevskaya I.S.; Romanenko V.V.; Bashkova N.M.; Ananyev V.O.

D.Y. Ivanovskyy Scientific and Research Institute of Virology in Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia

M.F. Hamaleya Scientific and Research Institute of Epidemiology and Microbiology in Russian Academy of Medical Sciences (Moscow, Russia)

*Federal Moscow Municipal and Sverdlovsk Regional Centers of State Sanitary and Epidemiological Inspection (Moscow, Ekaterinburg, Russia)
Regional Sanitary and Epidemiological Station (Rivne, Ukraine)*

The unfavourable epidemic situation according to hepatitis B (HBV) incidence rate in Russian Federation since 1993 has been analysed. Modern viewpoints on the causes of HB viral infection have been considered, the ways of HBV (including natural) transmission as well as the character of immune structure against the virus have been analysed.

It has been investigated that the significant increase of HBV incidence rate since 1993 as well as the average age of patients with acute HB (nowadays among them prevail people about 15-29 years old) are connected with the wide use of drugs by young people. Injection drug usage causes the wide spread of HB infection in 50-60% of population. Another way of HB virus transmission is sexual transmission. The results of the hepatitis B immunization for "risk group" are provided and the high efficacy of HBV immunization in these groups has been demonstrated. However, it became possible to influence the activity of the HBV infection epidemic process only after HBV vaccination of middle adolescents (mostly, aged 13-14 years), all newborns as well as continuation of "risk group" immunization. The total level of HB has been reduced 3-5 times for the last 3-4 years in certain areas of Russian Federation (and among vaccinated people- almost 9 times). In patients with acute HB cases the mortality rate and frequency of the chronic forms development was significantly decreased.