

Эпидемиологические особенности острого и хронического гепатитов В в Кыргызской Республике за 20-летний период (1997–2017 гг.)

Сапарбу Тобокаловна Тобокалова^{1*}, Динара Суюмбаевна Бекенова¹,
Гулзада Маматокторовна Заирова¹, Зуридин Шарипович Нурматов²,
Жамал Назарбаевна Назарбаева¹, Жылдыз Тойчубекевна Айтиева³

¹Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

²Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», г. Бишкек, Кыргызская Республика;

³Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика

Реферат

Целью данного исследования было определение эпидемиологических особенностей острого и хронического вирусных гепатитов В в Кыргызской Республике за период с 1997 г. по 2017 г.

Методы. Проведен анализ базы данных Национальных отчетных форм по пролеченным случаям острого и хронического гепатитов В (ХГВ), кумулированных медико-информационным центром Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период 1997–2017 гг., и 384 амбулаторных карт больных ХГВ, получавших лечение в Гепатологическом центре «ЦАДМИР».

Результаты. В Кыргызской Республике в общей структуре заболеваемости острыми вирусными гепатитами гепатит А составляет 60,5%, гепатит В — 16,9%, доля неverified вирусных гепатитов ни-А, ни-С — 15,2%. С введением вакцинации против ГВ детей (2000 г.) и улучшением инфекционного контроля в лечебных учреждениях отмечается снижение заболеваемости острым ГВ (ОГВ) — с 26,7⁰/₀₀₀₀ до 5,3⁰/₀₀₀₀ за счет снижения острого гепатита В среди детей и подростков до единичных случаев, взрослых из групп риска. Наибольшая заболеваемость ОГВ зарегистрирована в гг. Ош, Бишкек, Жалал-Абадской и Чуйской областях. Это связано с тем, что в южной и северной столицах Кыргызстана и прилегающих областях с высокой плотностью населения доступ к лабораторным и инструментальным методам диагностики вирусных гепатитов, информированность жителей в вопросах их профилактики выше, чем в остальных районах. В то же время отмечается рост заболеваемости ХГВ. Доминирующими путями передачи гепатита В являются парентеральный медицинский и бытовой (60,9%) с частым формированием семейных очагов (23,8%). Отмечены недостатки в раннем выявлении, учете и регистрации заболеваемости ХВГ, обследовании носителей вируса ГВ.

Вывод. Проведенный анализ заболеваемости и распространенности острого и хронического гепатитов В в Кыргызской Республике позволил оценить динамику эпидемиологической ситуации в стране по данной патологии, выявил недостатки в учете и регистрации больных и носителей вируса гепатита В, способствовал разработке нового руководства по эпидемиологическому надзору за ВГ.

Ключевые слова: острый и хронический гепатиты В, эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, Кыргызская Республика.

Для цитирования: Тобокалова С.Т., Бекенова Д.С., Заирова Г.М. и др. Эпидемиологические особенности острого и хронического гепатитов В в Кыргызской Республике за 20-летний период (1997–2017 гг.). *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (6): 986–993. DOI: 10.17816/KMJ2018-986.

Epidemiological features of acute and chronic hepatitis B in the Kyrgyz Republic over the 20-year period (1997–2017)

S.T. Tobokalova¹, D.S. Bekenova¹, G.M. Zairova¹, Z.Sh. Nurmatov², Zh.N. Nazarbaeva¹, Zh.T. Aytieva³

¹Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training and Retraining, Bishkek, Kyrgyz Republic;

²Scientific Production Association “Preventive Medicine”, Bishkek, Kyrgyz Republic;

³Osh State University, Osh, Kyrgyz Republic

Abstract

Aim. To determine epidemiological features of acute and chronic viral hepatitis B in the Kyrgyz Republic over the period 1997–2017.

Methods. Analysis was performed on data bases of the National accounting forms on treated cases of acute and chronic hepatitis B cumulated by the Medical Information Centre of the Ministry of Health of Kyrgyz Republic for the period of 1997 to 2017 as well as 384 medical records of patients with chronic hepatitis B treated in the Hepatologic Centre “Tsadmir”.

Results. In the Kyrgyz Republic among all acute cases of acute viral hepatitis, hepatitis A comprises 60.5%, hepatitis B — 16.9%, the ratio of unverified non-A non-C viral hepatitis — 15.2%. With the introduction of HBV vaccination of children (2000) and improvement of infectious control in healthcare settings, a decline of acute HBV incidence is observed — from 26.7^{0/0000} to 5.3^{0/0000} due to the decrease of acute hepatitis B among children and adolescents to isolated cases, adults from risk groups. The highest incidence of acute hepatitis B is recorded in Osh and Bishkek, in Jalal-Abad and Chuy Regions. This can be explained by that in the southern and northern capitals of the Kyrgyz Republic and in the near lying areas with high population density, access to laboratory and instrumental methods of diagnosis of viral hepatitis is better, along with the higher awareness of its inhabitants regarding the prevention compared to other regions. At the same time an increase of chronic hepatitis B incidence is observed. Predominant modes of transmission are medical-parenteral exposure and household contact (60.9%), with frequent formation of family clusters (23.8%). Imperfections were found in the early detection, reporting and accounting of cases of chronic viral hepatitis as well as in examination of hepatitis B virus carriers.

Conclusion. The performed analysis of the incidence and prevalence of acute and chronic hepatitis B in the Kyrgyz Republic allowed assessing the dynamics of the epidemiologic situation in the country regarding this disease, revealed shortcomings in the detection and examination of viral hepatitis B carriers, contributed to development of a new guide for epidemiological surveillance of viral hepatitis.

Keywords: acute and chronic hepatitis B, epidemiological situation, incidence, Kyrgyz Republic.

For citation: Tobokalova S.T., Bekenova D.S., Zairova G.M., et al. Epidemiological features of acute and chronic hepatitis B in the Kyrgyz Republic over the 20-year period (1997–2017). *Kazan medical journal*. 2018; 99 (6): 986–993. DOI: 10.17816/KMJ2018-986.

Гепатит В представляет одну из основных проблем глобального здравоохранения, поскольку более 2 млрд человек инфицированы вирусом гепатита В (HBV), причем их число особенно велико в странах с низким и средним уровнями доходов; 240 млн из них страдают хроническим гепатитом В (ХГВ), что повышает риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [1, 2]. Ежегодно от заболеваний печени, обусловленных HBV, умирают около миллиона человек, а среди всех причин смерти вирусный гепатит В занимает 10-е место в мире [3, 4]. Проблема усугубляется еще и тем, что участились случаи полового и бытового путей передачи HBV, нередко приводящие к формированию семейных очагов инфекции, что требует углубленного изучения [5–7]. До настоящего времени пациента с HBsAg без дополнительного обследования относили к числу носителей вирусов гепатита В.

Исследования последних лет показывают, что так называемые носители ВГВ являются больными неактивным хроническим гепатитом В, иногда даже с признаками цирроза печени [1, 3].

Около 5% носителей ВГВ, по средней оценке 15–20 млн человек, также инфицированы вирусом гепатита дельта (ВГД), неполным РНК-содержащим вирусом, способным реплицироваться только в присутствии ВГВ. Коинфекция или суперинфекция ВГВ и ВГД достоверно ассоциированы со значительно более тяжелыми заболеваниями печени по сравнению с моноинфекцией ВГВ, что повышает внимание эпидемиологов к путям передачи и источникам ВГД, особенно к гиперэндемичным регионам и странам [8, 9]. По данным многих исследователей, иммунитет, формирующийся после 3-кратной вакцинации против ГВ, обусловлен гуморальными и клеточными факторами и сохраняется не менее 8–15 лет, что диктует

необходимость проведения ревакцинации подростков по примеру Российской Федерации [4, 12]. В то же время появились данные, свидетельствующие о достаточности минимальных поствакцинальных защитных титров anti-HBs (<10 мЕ/мл) или даже их отсутствии для профилактики гепатита В [10–12].

Нашей целью было оценить динамику эпидемиологической ситуации по острому и хроническому вирусным гепатитам В в Кыргызской Республике за период с 1997 г. по 2017 г.

Для решения поставленной цели проведен анализ базы данных Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДПЗ и ГСЭН) согласно статистической учетной форме № 1 «Отчет по инфекционной и паразитарной заболеваемости» и организаций здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (форма № 12) по пролеченным случаям острого и хронического гепатитов В без и с D-агентом, кумулированных медико-информационным центром (РМИЦ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР) за период 1997–2017 гг., а также 384 амбулаторных карт пациентов (форма № 025/у «Медицинская карта амбулаторного больного») в возрасте от 11 мес. до 60 лет, обратившихся в Гепатологический центр «ЦАДМИР» (гг. Бишкек, Ош) с диагнозом «вирусный гепатит В» (ВГВ), находившихся под нашим наблюдением и получавших лечение по показаниям.

Для верификации диагноза «гепатит В» определяли специфические серологические маркеры: HBsAg, HBeAg, anti-HBcIgM, anti-HBe методом ИФА; генотип ВГВ и вирусную нагрузку методом ПЦР. Больным с хроническим гепатитом В проводились УЗИ внутренних органов и фиброэластография печени по показаниям. Результаты последней оценивались по шкале METAVIR. При диагностике хронического вирусного гепатита В придерживались МКБ 10: хронический гепатит В без D-агента (В 18,1); хронический гепатит В с D-агентом (18,0); хронический HBe Ag — позитивный гепатит В; хронический HBe Ag — негативный гепатит В; неактивный хронический гепатит В (НХГВ) HBe Ag — позитивный или HBe Ag — негативный гепатит В в фазе иммунного контроля. НХГВ (ранее — неактивное носительство вируса гепатита В) диагностировали на основании эпидемиологического анамнеза, клинического наблюдения, лабораторных и инструментальных исследований, если: HBsAg выявлялся более 6 мес. с момента первичного обращения или сохранялся после перенесенного ОГВ, уровни

АЛТ и АСТ были стабильно нормальными (до 31 ЕД/мл), ДНК вируса ГВ неопределяемая или <2 000 МЕ/мл [1].

Результаты исследования обработаны с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel 2016 версия 4.0.

Кыргызская Республика относится к странам с высокой заболеваемостью гепатитом В, показатель которой в довакцинальный период (1997–1998 гг.) составлял 29,9 и 27,7 на 100 тыс. населения. Данные статистики показывают, что за последние 20 лет наблюдается снижение заболеваемости ОГВ (с 26,7⁰/₀₀₀₀ до 5,3⁰/₀₀₀₀, $p < 0,001$) за счет активной иммунизации всех детей и взрослых из групп риска, а также улучшения инфекционного контроля в органах здравоохранения (рис. 1).

Случаи ОГВ в 2015–2016 гг. чаще регистрировались в гг. Бишкек и Ош, а также Чуйской и Жалал-Абадской областях, что связано с тем, что в южной и северной столицах Кыргызстана и прилегающих областях наибольшая плотность населения, доступ к лабораторным и инструментальным методам диагностики вирусных гепатитов, а также информированность жителей о необходимости профилактических обследований на ВГ выше, чем в остальных районах республики. Имеется расхождение в данных официальной статистики ДПЗ и ГСЭН МЗ КР и дозорного эпиднадзора (ДЭН). Согласно форме № 1 «Отчет по инфекционной и паразитарной заболеваемости» в общей структуре распространенности острых вирусных гепатитов экстенсивный показатель ГВ равняется 3,1%, а по данным ДЭН — 16,9% (рис. 2).

Это объясняется тем, что Национальная статистическая учетная форма № 1 составляется на основе экстренных извещений на больных с желтушной формой вирусных гепатитов, обратившихся в поликлиники или госпитализированных в инфекционные отделения и больницы. Зачастую в этих организациях здравоохранения этиология гепатитов не изучается, поскольку анализы на маркеры вирусных гепатитов платные. Большинству больных острым гепатитом эмпирически выставляется диагноз «гепатит А». Больные же безжелтушной, стертой и субклинической формами вирусных гепатитов, в том числе гепатита В, остаются не диагностированными.

Дозорный эпиднадзор за вирусными гепатитами проводился в 2015–2016 гг. в инфекционных стационарах г. Бишкек (север), г. Жалал-Абад (юг) и г. Нарын (высокогорный регион) путем забора крови каждого 5-го больного с желтухой на маркеры вирусных

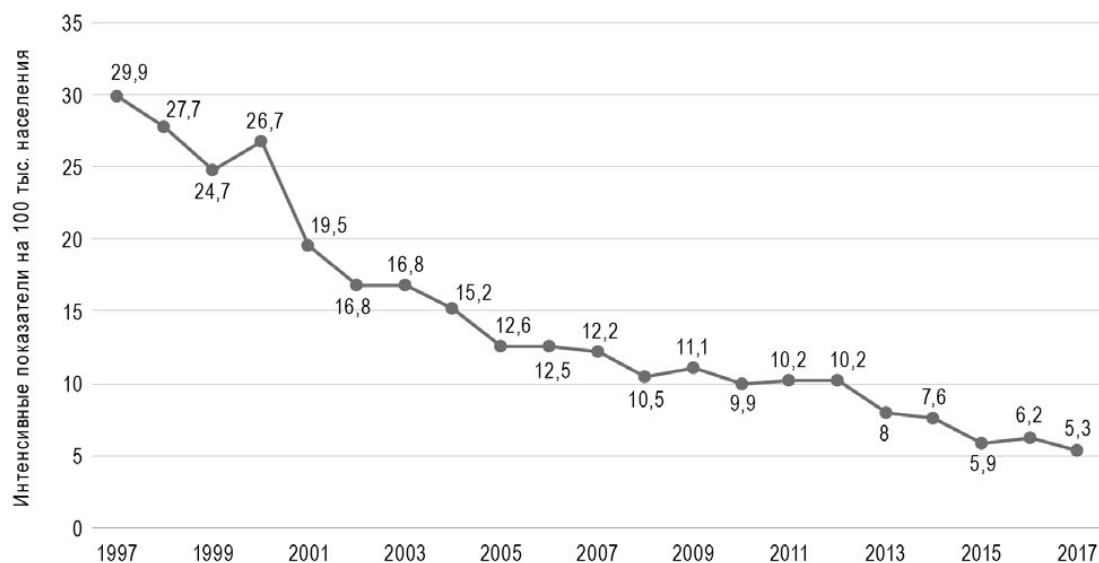


Рис. 1. Динамика заболеваемости острым вирусным гепатитом В в Кыргызской Республике за 1997–2017 гг. по данным ДПЗиГСЭН КР

гепатитов А, В, С, D. Если больной поступал в ЛПУ в утренние часы (6–11 ч), то кровь забиралась в день поступления; если он поступал в вечерние часы — на следующий день утром. Всего был проведен анализ 2 860 проб и установлена структура вирусных гепатитов в республике. Так, доля неverifiedированного (ни-А, ни-С) гепатита составила 15,2%. В связи с тем, что антитела против D-антигена вырабатываются поздно, спустя 1–1,5 мес. от начала болезни [7], этиологически подтвержденный ОГВ с D-агентом регистрировался лишь в 1,7% случаев.

Заболеваемость ОГВ у детей в возрасте до 6 лет в 2000–2016 гг. в Кыргызской Республике доведена до единичных случаев, а среди детей 7–14 лет снизилась в 24 раза, со 124 до 5 случаев в год ($P < 0,001$, рис. 3) благодаря вакцинации против гепатита В в рамках Национального календаря профилактических прививок, введенного в Кыргызской Республике в 1999–2000 гг. Первоначально вакцинация проводилась Южнокорейской вакциной «Euvax», а с 2009 г. — пентавакциной (состоит из АКДС+ВГВ+ХИБ) по следующей схеме: в первые 24 ч после родов вводилась моновакцина против гепатита В, ревакцинация проводилась пентавакциной в 2 мес., 3,5 мес. и 5 мес. Уровень охвата вакцинацией детей против гепатита В к 2014 г. достиг 99%.

Из взрослых лиц, подлежащих активной иммунизации против гепатита В в нашей стране, вакцинируются пациенты перед плановой хирургической операцией и беременные при взятии на учет по схеме: 0–1–6 мес. (Приказ

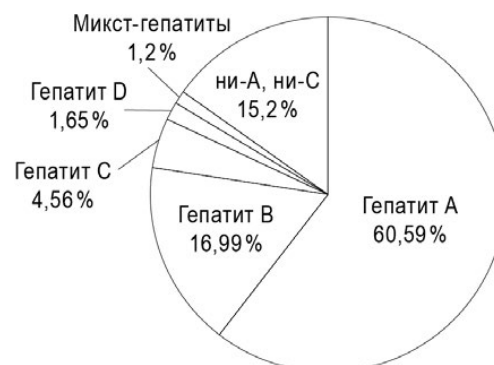


Рис. 2. Удельный вес острого гепатита В в общей структуре острых вирусных гепатитов по данным ДЭН РНПЦКВИ, НПО «ПМ», 2017 г.

МЗ КР № 114 от 13 марта 2015 г. «О мерах профилактики гемоконтактных инфекций в организациях здравоохранения КР») Бельгийской вакциной «Engerix B», в дозе 1 мл. Невакцинированные против гепатита В члены семьи пациента с гепатитом В (семейный очаг) должны иммунизироваться по ускоренной схеме: 0–1–2 и 12 мес.

По данным ДПЗ и ГСЭН МЗ КР, число носителей ВГВ (2010–2015 гг.) в 7,3 раз превышает количество зарегистрированных больных острым гепатитом В (рис. 4).

В наших исследованиях из 384 пациентов, обратившихся в гепатологический центр «ЦАДМИР», 138 поступили с направительным диагнозом «носительство НВsAg». При углубленном обследовании у 7 (5,1%) из них обнаружен и НВeAg. Спустя 6 мес. — 1,5 г.

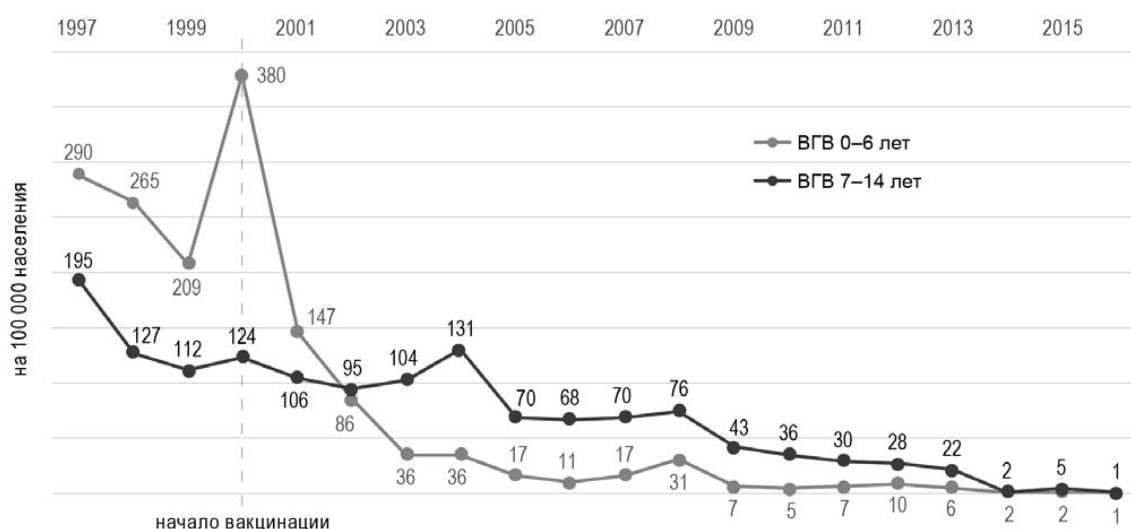


Рис. 3. Частота регистрации острого гепатита В у детей до 6 лет и 7–14 лет до- и после вакцинации против гепатита В, Кыргызская Республика, 1997–2016 гг.

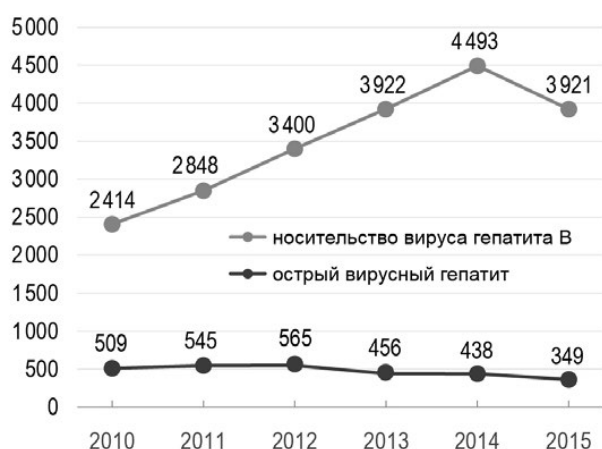


Рис. 4. Частота регистрации острого вирусного гепатита В и носителей вируса гепатита В (абс. чис.) по данным ДПЗ и ГСЭН МЗ КР, Кыргызская Республика, 2010–2015 гг.

наблюдения у 5 HBeAg-положительных пациентов «носительство ВГВ» прогрессировало в хронический гепатит В со средним и высоким уровнями репликации вируса, низкой цитолитической активностью и умеренным фиброзированием печени (F2 по шкале METAVIR). Эти больные в дальнейшем лечились с диагнозом «хронический HBe-положительный гепатит В». Таким образом, подтвержденный диагноз «носительство HBsAg» имел место у 15 (10,9%) пациентов.

Только у 15 (11,3%) из 133 пациентов носителей HBsAg обнаруживался без вирусной нагрузки, с нормальными показателями активности аминотрансфераз, УЗИ и фиброэластографии. При повторном обследовании крови этих же

пациентов в ПЦР с тест-системами высокой чувствительности минимальный определяемый уровень вирусной нагрузки (ВН) составляет менее 15 МЕ/мл (большинство лабораторий ПЦР в стране работают с тест-системами с нижним порогом чувствительности ВН — до 150 МЕ/мл или 750 копий/мл), у них обнаружилась ДНК ВГВ от 50 до 150 МЕ/мл, что позволило диагностировать неактивный хронический гепатит В. ВН у 38 (28,5%) пациентов составляла менее 750 МЕ/мл. У остальных обнаруживалась ДНК ВГВ от 750 до 7800 копий/мл (150–1560 МЕ/мл), в среднем $4406 \pm 356,4$ копий/мл, нормальные (до 31 ЕД) показатели трансаминаз (АЛТ и АСТ) и наличие фиброза печени 1–2 степени, подтверждающие неактивный хронический гепатит В (ХГВ). Неактивный ХГВ в 1,5 раза чаще встречается у женщин (59,3%), чем у мужчин (40,7%), у лиц молодого и среднего возраста — 20–45 лет (33,1% и 44,4% соответственно) в HBeAg-негативной форме (87%). Генотипирование ВГВ проведено 51 больному ХГВ. У большинства из них (49 из 51) в 96,1% случаев установлен генотип D и только у 2-х больных (граждан России) — 3,9% генотип А.

Таким образом, из 138 пациентов, направленных с диагнозом «носительство HBsAg», при дальнейшем обследовании только у 15 (10,9%) окончательный диагноз совпал с предварительным. У остальных (89,1%) обнаруживались: HBeAg, вирусная нагрузка от низкой до умеренной, фиброз F1–F2 при нормальных показателях аминотрансфераз, что позволило диагностировать «неактивный хронический гепатит В».

Таблица 1. Динамика заболеваемости хроническим гепатитом В (без и с D-агентом) и носительства вируса гепатита В по данным РМИЦ, ДПЗ и ГСЭН, Кыргызская Республика, 2010–2016 гг.

Годы	Хронический гепатит В		Всего ХГВ, по данным РМИЦ	Всего ХГВ без деления по D-агенту, по данным ДПЗ и ГСЭН	Носительство вируса гепатита В
	ХГВ без D-агента	ХГВ с D-агентом			
2010	130	151	281	35	2 414
2011	149	314	463	54	2 848
2012	358	205	563	111	3 400
2013	162	203	365	119	3 922
2014	320	226	546	119	4 493
2015	193	102	295	111	3 921
2016	257	137	394	123	—
Всего:	1 569 (54%)	1 338 (46%)	2 907	672	20 998 + 2 907 <u>23 905</u>

Раннее выявление, учет и регистрация хронических гемоконтактных гепатитов в стране проводятся сравнительно недавно (2000 г.) и далеки от совершенства; до сих пор четко не определено место госпитализации таких пациентов. Учитываются больные ХВГ, госпитализированные с этим диагнозом в отделения терапии и гастроэнтерологии и, частично — инфекционных болезней. Зачастую пациенты с ХВГ поступают в кардиологические, нефрологические, хирургические и др. стационары с основным диагнозом, соответствующим профилю больниц, а диагноз ХВГ трактуется как «сопутствующий» и не учитывается.

Из-за отсутствия государственных гепатологических центров больные ХВГ обращаются в частные медицинские клиники, где экстренные извещения на них не подаются. Поскольку лаборатории ИФА и ПЦР в большинстве случаев тоже частные, положительные результаты анализов на маркеры вирусных гепатитов «не доходят» до поликлиник, стационаров и не учитываются.

Нами проведен анализ статистических данных эпидемиологического надзора РМИЦ, ДПЗ и ГСЭН за заболеваемостью хроническим гепатитом В (без и с D-агентом) и носительством вируса гепатита В у взрослых лиц за период 2010–2016 гг. (табл. 1).

Согласно данным статистики заболеваемость ХГВ среди взрослого населения нашей страны с каждым годом увеличивается и встречается примерно с одинаковой частотой как без, так и с D-агентом (54 % и 46 % соответственно). В то же время количество взрослых

больных ХГВ, зарегистрированных РМИЦ, ДПЗ и ГСЭН в 2010–2016 гг., резко отличалось между собой. Так, по данным РМИЦ, за эти годы учтено 2 907 больных ХГВ, тогда как ДПЗ и ГСЭН — всего 672 случая, что в 4,3 раза меньше данных РМИЦ. Когда согласно современным требованиям ВОЗ по учету и регистрации гемоконтактных гепатитов [1] сложили число носителей вирусов гепатита В (как пациентов с неактивным хроническим гепатитом В) с числом больных хроническим гепатитом В (без и с D-агентом), то общее количество ХГВ в Кыргызстане достигло 23 905 (табл. 1).

Столь большая разница в учете случаев вирусного гепатита В ДПЗ и ГСЭН была связана с тем, что случаи обнаружения маркера гепатита В (HBsAg) у пациентов из поликлиник и неинфекционных стационаров автоматически вносились в число носителей ВГВ, а больными считались только те, кто пролечился в инфекционной больнице. Медико-информационный центр же кумулирует статистические данные организаций здравоохранения первичной медико-санитарной помощи (форма № 12) по пролеченным случаям острого и хронического гепатитов В без D-агента и хронического гепатита В с D-агентом, в том числе больных ВГ, выписанных из стационара.

По данным РМИЦ, за анализируемый период заболеваемость ХГВ составила от 3-х до 7-ми случаев на 100 000 населения с максимальной выявляемостью в 2012 г. ($7\%_{0000}$), в то же время интенсивность заболеваемости ХГВ с D-агентом была выше ($4\text{--}8\%_{0000}$), самый высокий показатель отмечен в 2011 г. ($8\%_{0000}$). Возрастная

Таблица 2. Частота встречаемости основных факторов риска заражения вирусом гепатита В в Кыргызской Республике в 2013–2017 гг.

№ пп	Фактор риска	Абс. число	Частота встречаемости (P±m), %
1	Стоматологическое вмешательство	61	30,3±2,6
2	Семейный очаг (бытовой контакт)	48	23,8±2,2
3	Хирургическая операция	16	7,9±0,9
4	Инъекция в медицинском учреждении	16	7,9±0,9
5	Пирсинг, иглоукалывание	13	6,4±0,7
6	Стоматологическое вмешательство + инъекции	9	4,4±0,5
7	Стоматологическое вмешательство + гинекологическое	9	4,4±0,5
8	Гемотрансфузия, гемодиализ, хирургическая операция «обрезание»	8	4,0±0,4
9	Профессиональный риск	7	3,5±0,4
10	ОГВ	7	3,5±0,4
11	Донорство	4	2,0±0,2
12	Врожденный/интранатальный	3	1,5±0,1
Всего:		201	

группировка выявленных больных показала, что у лиц старше 18 лет ХГВ встречался в пределах $4-10\text{‰}$ (среднемноголетнее — $M-6\text{‰}$), у подростков — $2-5\text{‰}$ ($M-3\text{‰}$). Средняя заболеваемость ХГВ с D-агентом у взрослых лиц была такая же, как при ХГВ без D-агента, и составляла 6‰ ($4-8\text{‰}$); заболеваемость подростков 15–17 лет — $2-9\text{‰}$ ($M-4\text{‰}$); ХГВ с D-агентом встречался преимущественно у пациентов старше 30 лет.

Из 246 пролеченных нами больных ХГВ 53,3% составляли мужчины, 64,9% из них не работали. Доля служащих, студентов колледжей и вузов была одинаковой (12,6% и 11,4% соответственно); 4,5% являлись медицинскими работниками (6-медсестер и 5 врачей). Заражение последних вирусом гепатита В не всегда было связано с их профессиональной деятельностью, поскольку они, так же как и другие заболевшие, лечили зубы, получали косметические процедуры, подвергались оперативным вмешательствам.

Ранее перенесенный ОГВ в анамнезе отмечался только у 3,5% больных. Почти у всех пациентов с HBeAg-негативным ХГВ (93,9%) в анамнезе выявлены факторы риска заражения ВГВ. У 6,1% причины инфицирования выявить не удалось (табл. 2). Наиболее частыми факторами риска заражения ВГВ были стоматологические вмешательства и бытовой контакт в семейном очаге ($30,3\pm 2,6$ и $23,8\pm 2,2$ соответственно), $p < 0,05$.

Доминирующими путями передачи ВГВ являлись: парентеральный медицинский (69,9%)

и бытовой (23,8%) с частым формированием семейных очагов (показатель — 27 семейных очагов). Большинство пациентов из семейных очагов (69,2%) проживали в южном регионе республики. Более половины (55,6%) семейных очагов хронического гепатита В состояли из 2-х человек, в трети случаев регистрировались очаги их 3–4 человек (33,3%), в 11,1% — до 6 членов семей больных ХГВ с D-агентом или циррозом печени в его исходе.

Результаты исследований позволили нам разработать нормативные документы: «Клиническое руководство» и Протокол «Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В, С и D», утвержденный Приказом МЗ КР №42 от 18 января 2017 г., а также Приказ МЗ КР № 524, от 20 июля 2018 г. «Эпидемиологический надзор за вирусными гепатитами» включить в него нозологию «Неактивный хронический гепатит В» и исключить из статистической учетной формы №1 «Носительство вирусов гепатитов В и С».

В заключение, в Кыргызской Республике в 1997–2017 гг. уровень заболеваемости населения острым гепатитом В стабильно снижался (с $26,7\text{‰}$ до $5,3\text{‰}$) вследствие активной иммунизации всех детей и взрослых из групп риска, а также улучшения инфекционного контроля в органах здравоохранения.

Удельный вес ОГВ в структуре острых вирусных гепатитов составляет 16,9%. Наибольшая заболеваемость ОГВ регистрируется в южной и северной столицах Кыргызстана (гг. Ош и Бишкек) и прилегающих областях с высокой

плотностью населения. Доступ к лабораторным и инструментальным методам диагностики вирусных гепатитов, информированность жителей о необходимости профилактического обследования на ВГ здесь гораздо выше.

С каждым годом увеличивается количество больных хроническим гепатитом В среди взрослых, почти с одинаковым числом случаев ХГВ как без, так и с D-агентом. ХГВ в основном вызывается генотипом D; в 87% случаев протекает в НВeAg-негативной форме у лиц старше 30 лет; доминирующими путями передачи являются парентеральный медицинский и бытовой, с частым формированием семейных очагов.

Система эпиднадзора за хроническими вирусными гепатитами в Кыргызстане, внедренная в 2010 г., несовершенна. Требуется создание нового нормативного документа по раннему выявлению пациентов с ХВГ (скрининг в группах риска), улучшению учета и регистрации, активизации профилактических и противоэпидемических мероприятий на местах.

Результаты данного исследования подтверждают установку ВОЗ о необходимости замены диагноза «носительство вируса гепатита В» на «неактивный хронический гепатит В» и внесения изменений в статистическую форму отчетности по нозологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B virus infection, WHO, Geneva, 2015.
- Новак К.Е. Клинико-лабораторная и иммуноморфологическая характеристика хронических вирусных гепатитов В, С, В + С с исходом в цирроз печени. Эпидемиол. и инфекц. бол. 2011; (1): 14–19. [Novak K.E. Clinical-laboratory and immunomorphological characteristics of chronic viral hepatitis B, C, D + C resulting in cirrhosis of the liver. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni*. 2011; (1): 14–19. (In Russ.)]
- Еналеева, Д.Ш., Фазылов В.Х., Созинов А.С. Хронические вирусные гепатиты В, С и D. Руководство для врачей. М.: 2011; 463. [Enaleeva D.Sh., Fazylov V.Kh., Sozinov A.S. *Khronicheskie virusnye gepatity V, S i D. Rukovodstvo dlya vrachey*. (Chronic viral hepatitis B, C, and D. Handbook for physicians.) Moscow. 2011; 463 p. (In Russ.)]
- Инфекционные болезни*. Национальное руководство. Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 1: 616–650. [*Infeksionnye bolezni. Natsional'noe rukovodstvo*. (Infectious diseases. National guide.) Ed. by N.D. Yushchuk, Yu.Ya. Vengerov. Moscow: GEOTAR-Media. 2009; 1: 616–650. (In Russ.)]
- Шайзадина Ф.М., Брицкая П.М., Алышева Н.О. Особенности эпидемического процесса вирусных гепатитов. *Инфектология*. 2015; 7 (2): 85–88. [Shayzadina F.M., Britskaya P.M., Alysheva N.O. Specific features of the epidemic process of viral hepatitis. *Infektologiya*. 2015; 7 (2): 85–88. (In Russ.)]
- Фазылов В.Х., Якупова Ф.М. Семейные очаги хронического вирусного гепатита В: эпидемиологическая характеристика и результаты иммунопрофилактики. *Общест. здоровье и здравоохранение*. 2008; (3): 31–34. [Fazylov V.Kh., Yakupova F.M. Family clusters of chronic viral hepatitis B: epidemiologic features and results of immunizational prevention. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoookhranenie*. 2008; (3): 31–34. (In Russ.)]
- Hepatitis B. Monograph. *BMJ Best Practice*. 2014.
- Онищенко Г.Г., Шахгильдян И.В., Михайлов М.И. Оценка эффективности массовой вакцинации против гепатита В. *Мир вирусных гепатитов*. 2009; 78 (3): 22–23. [Onishchenko G.G., Shakhgil'dyan I.V., Mikhaylov M.I. Assessment of effectiveness of mass vaccination against hepatitis B. *Mir virusnykh gepatitov*. 2009; 78 (3): 22–23. (In Russ.)]
- Chien R.N., Chiu K.W., Chu C.M. Acute hepatitis in HBsAg carriers: comparisons among clinical features due to HDV superinfection and other etiologies. *Chineze J. Gastroenterol.*, 1991; 90 (19): 9016–9020.
- Chien Y.C. et al. Incomplete hepatitis B immunization, maternal carrier status, and increased risk of liver diseases: a 20-year cohort study of 3,8 million vaccines. *Hepatology*. 2014; (60): 125–132.
- Van Der Meeren O. et al. Characterization of an age-response relationship to GSKs' recombinant hepatitis B vaccine in healthy adults: an integrated analysis. *Hum. Vaccin. Immunother.* 2015; 11 (7): 1729–1729.
- Bruce M.G et al. Antibody levels and protection after hepatitis B vaccine: results of a 30-year follow up study and response to a booster dose. *J. Infect. Dis.* 2016; 2014: 16–22.