

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ

СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 9, Випуск 3 (27) 2009

ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

Українсько-російсько-шведський науковий симпозиум «Асоційовані кардіологічні стани» -Статті-

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНЕРОТА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА <i>Акатова Е.В., Мартынов А.И., Николин О.П.</i>	5
ЗАСТОСУВАННЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З АСОЦІЙОВАНИМИ КАРДІОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ: ЕФЕКТИВНІСТЬ БІСОПРОЛОЛУ <i>Ждан В.М., Свінцицький А.С., Катеренчук І.П.</i>	8
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОЄДНАНОЇ З РЕНОПАРЕНХІМАТОЗНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ <i>Катеренчук І.П., Єфименко О.В.</i>	15
ЕФЕКТИВНІСТЬ САРТАНІВ ПРИ АСОЦІЙОВАНИХ КАРДІОЛОГІЧНИХ СТАНАХ: МІСЦЕ ЛОЗАРТАНУ. <i>Катеренчук І.П., Ткаченко Л.А.</i>	20
СОСТОЯНИЕ ГЕМОВАСКУЛЯРНОГО ГОМЕОСТАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА <i>Коберник Н.Н.</i>	23
УРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ: ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ПІДХОДІВ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ <i>Мурашко Н.К.</i>	27
ВЗАЄМЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ ІНСУЛІНУ ТА ФАКТОРОМ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-А У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ. <i>Оринчак М.А., Вакалюк І.І.</i>	31
ВЛИЯНИЕ ЛЕВОВРАЩАЮЩЕГО АМЛОДИПИНА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ГБ И ИБС. <i>Павленко Л.А.</i>	35
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПОСТІНФАРКТНОЮ АНЕВРИЗМОЮ СЕРЦЯ: ЕВОЛЮЦІЯ ПОГЛЯДІВ <i>Солейко О.В., Солейко Л.П.</i>	40
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ЛІПІДЗНИЖУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПІСЛЯІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ, АСОЦІЙОВАНИЙ ІЗ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ <i>Швед М.І., Гриценко С.І.</i>	45

Тези

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ <i>Вернигорський В.С., Вернигородська М.В., Фетісова Н.М., Забур'янова В.Ю.</i>	48
ВПЛИВ ТИВОРТИНУ НА ПРОЯВИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ОБТЯЖЕНУ ЛЕГЕНЕВОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ <i>Дронь Л.А., Сапаций А.Л., Купновицька І.Г., Дзвіняцька О.Ф.</i>	49
ПОРУШЕННЯ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА <i>Жданов Д.Ю., Ізмайлов Г.-Б.І.</i>	49
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СЧВ ПРИ СУПУТНЬОМУ АУТОІМУННОМУ ГІПОТЕРІОЗІ <i>Ізмайлов Г.-Б.І.</i>	50

Актуальні проблеми сучасної медицини

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИН ПАРОДОНТА У СПОРТСМЕНІВ <i>Ярова С.П., Попко А.М.</i>	99
МЕЖФАЗНАЯ РЕОЛОГИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И БЕЗ НЕЕ <i>Ярова С.П., Саноян В.В.</i>	102
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ГАЙМОРИТОВ <i>Ярова С.П., Яценко Е.А., Яценко И.И.</i>	106

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

INOS МОНОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАН У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Баринова М.Э.</i>	109
ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ ВІРУСАМИ ГЕПАТИТУ С, ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЇХ ПОЄДНАНИХ ФОРМ У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Боднар В.А., Литвиненко Ю.В.</i>	113
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФОРМОТЕРОЛУ ФУМАРАТУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Бойко Д.М., Бойко М.Г.</i>	115
АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ. <i>Вахненко А.В.</i>	120
ПІПСЬНИЧНА ОЦІНКА СОЦІАЛЬНО – ЕКОНОМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ <i>Грищенко С.В., Іщейкіна Ю.О.</i>	124
ВПЛИВ ТЕРАПІЇ АТОРВАСТАТИНОМ НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН, ТОВЩИНУ КОМПЛЕКСУ ІНТИМИ – МЕДІЇ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ ЗА ДАНИМИ ПРОБИ ЦЕЛЕРМАЕРА – СОРЕНСЕНА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Іваницький І.В.</i>	128
ЗМІНИ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ. <i>Іщейкін К.Є.</i>	132
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВУЮЧОГО БРОНХІТУ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД РЕМИСІЇ. <i>Кінаш Ю.М.</i>	137
СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО - АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПОСЛЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>Клименко Н.А., Павлова Е.А.</i>	141
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ <i>Кудря І.П.</i>	145
ВУГЛЕВОДНО-ЛІПІДНІ ЗМІНИ ЯК ТРИГЕРНІ ФАКТОРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ <i>Мандрика Я. А.</i>	149
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПОШИРНОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ З УРАХУВАННЯМ ДАНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ <i>Марієвський В.Ф., Гураль А.Л., Шагінян В.Р., Сергеева Т.А., Лісецька В.І., Демчишина І.В., Коршенко В.О.</i>	152
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГЕМОБЛАСТОЗИ <i>Маслова Г.С.</i>	159
ПОКАЗНИКИ ГРУДНОЇ РЕОГРАФИ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ МІСЬКИХ ЮНАКІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ КРОВООБІГУ <i>Сарафінюк Л.А., Благує О.Д., Борейко Т.І.</i>	163
ПОПЕРЕДНЯ СТЕНОКАРДІЯ ЯК ФАКТОР ВПЛИВУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ОБМІН, ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА <i>Черевко О.А.</i>	167
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З ПЕРВИННОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ МБТ <i>Ярешко А.Г., Вородюхіна А.К., Куліш М.В., Пось О.А., Філатова О.В.</i>	171
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОГО, ХРОНІЧНОГО ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТА ВІЛСНІД-АСОЦІЙОВАНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ <i>Ярешко А.Г., Колбун М.Д., Коптєв М.М., Куліш М.В., Пось О.А.</i>	174

КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАЛЬВАНОТЕХНИКИ <i>Хассанзаде Надер</i>	178
ЦЕЛЬНОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОРОНКИ – ЕСТЕСТВЕННАЯ ГАРМОНИЯ <i>Чжан Ци</i>	180

УДК616.36-002-084.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПОШИРЕНОСТІ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ З УРАХУВАННЯМ ДАНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ

Марієвський В.Ф., Гураль А.Л., Шагінян В.Р., Сергєєва Т.А., Лісецька В.І., Демчишина І.В., Коршенко В.О.

ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України", м. Київ
Вірусологічна лабораторія Центральної СЕС МОЗ України, м. Київ

Показано, що поширеність парентеральних вірусних гепатитів не може бути оцінена тільки на підставі показників захворюваності на гострі форми гепатитів В та С. Враховуючи переважно прихований характер епідемічного процесу парентеральних вірусних гепатитів у сучасних умовах, все більшого значення набувають результати специфічного лабораторного обстеження здорового населення та представників груп ризику щодо інфікування. Визначення рівня поширення парентеральних гепатитів у регіонах слід проводити за допомогою показників захворюваності, виявлення маркерів інфікування серед визначених груп населення з урахуванням даних охоплення тестуваннями.

Ключові слова: парентеральні вірусні гепатити, захворюваність, поширеність, специфічні лабораторні обстеження.

Вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі (парентеральні вірусні гепатити), найбільш поширеними з яких є гепатити В (ГВ) і С (ГС), стають все більш серйозною проблемою охорони здоров'я. Незважаючи на багаторічне вивчення епідеміологічних особливостей ГВ, широке впровадження профілактичних програм, в тому числі вакцинопрофілактики, до тепер не можна віднести цю хворобу до "керованих". Більш ніж 2 млрд. осіб (близько 30 % населення земної кулі) протягом життя інфікуються вірусом ГВ (HBV), 360 млн. є хронічними носіями вірусу. Щороку у світі первинно заражаються HBV більше 50 млн. чоловік, а наслідки інфікування обумовлюють 500-700 тис. смертей на рік [15]. З кожними роком все більшої значимості набуває проблема ГС. За експертними оцінками, вірусом ГС (HCV) у світі інфіковано від 500 до 700 млн. людей. На даний час можна стверджувати про пандемію ГС, котра за своїми масштабами та кількістю інфікованих осіб у 5-6 раз перевищує поширення ВІЛ-інфекції [8, 9].

Медико-соціальна значимість парентеральних вірусних гепатитів визначається не тільки їх широким розповсюдженням, але й вкрай несприятливими наслідками інфікування. У 5-15 % хворих на ГВ гострий гепатит трансформується в хронічний, а у дітей, народжених інфікованими HBV матерями, частота формування хронічної інфекції може сягати 90 %. Пацієнти з хронічним ГВ, в свою чергу, мають 15-40 % ризику розвитку цирозу печінки (ЦП) та гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК). Хронічний ГВ відповідальний за 60-80 % усіх випадків ГЦК [13,16]. Гострий ГС у більшості випадків має мінімальні клінічні прояви, у 70-85 % інфікованих розвивається хронічний гепатит, котрий є основною клінічною формою цієї інфекції. У повсякденній практиці діагноз ГС здебільшого встановлюють вже на етапі сформованого хронічного процесу. Багаторічна персистенція HCV може призводити до формування ЦП з наступним високим ризиком розвитку ГЦК. ЦП виникає в середньому у 4-20

% осіб, інфікованих HCV, протягом 20 років з моменту зараження, а рівень розвитку ГЦК у пацієнтів з HCV-індукованим ЦП може складати 1-4-7 % на рік [7,12].

З кожним роком зростає актуальність проблеми прихованих (безсимптомних, латентних) форм інфекційних хвороб, вони стають найпоширенішими в сучасних умовах. Особливості патогенезу ГВ і ГС сприяють довготривалій персистенції збудників, котра у переважній більшості випадків не супроводжується клінічними проявами захворювання. Виявлення прихованих форм ГВ і ГС можливо тільки за умов проведення лабораторного обстеження. Для ГВ термін "прихований" (occult) має конкретне визначення – це випадки інфікування HBV, при яких не виявляється HBsAg за наявності ДНК вірусу, але у сироватці крові присутні анти-HBc [10,11]. "Прихованість" ГВ обумовлена, в тому числі, високою мінливістю збудника інфекції, яка останніми роками привернула до себе увагу дослідників. Певні мутації у вірусному геномі перешкоджають продукції HBsAg, що призводить до хибнонегативних результатів тестування на вказаний маркер, який найбільш широко застосовують у діагностичній практиці [4, 14]. Крім того, мутантні штами HBV зі зміненою структурою оболонкових антигенів недосяжні для антитіл, що призводить до хибнонегативних результатів тестування хворих безпосередньо залежить від лабораторних обстежень різних груп населення. Більш того, тільки результати специфічних лабораторних досліджень на маркери інфікування збудниками ГВ і ГС можуть дати дійсне уявлення про поширеність вказаних інфекцій, що сприятиме розробці й впровадженню ефективних протиепідемічних та профілактичних заходів.

Метою даного дослідження є оцінка епідемічної ситуації з парентеральних вірусних гепатитів у сучасних умовах з використанням даних щодо результатів профілактичних лабораторних обстежень на маркери

інфікування HBV і HCV (на прикладі вагітних у Волинській, Полтавській та Одеській областях).

Матеріали та методи

Проведено аналіз даних статистичної звітності МОЗ України (форма № 2 "Звіт про окремі інфекції і паразитарні захворювання" – річна; форма № 40-здоров – "Звіт про роботу санітарно-епідеміологічної станції") та результатів власних досліджень сироваток крові вагітних на маркери ГВ – HBsAg та анти-HBc (total та класу IgM). Сироватки крові вагітних отримували протягом 2004-2006 рр. у кількості 900 зразків щорічно з Волинської, Одеської та Полтавської областей (по 300 з кожної області). Дослідження на маркери ГВ проводили методом імуноферментного аналізу (ІФА) з використанням тест-систем виробництва АТЗТ НВК "ДіаПроф Мед", Україна та ЗАТ "Вектор-Бест", Росія на стандартному обладнанні для ІФА у відповідності до інструкцій виробників тест-систем. Первинно реактивні результати ІФА підтверджували за допомогою тесту нейтралізації антигену високо очищеними антитілами (для HBsAg) або з використанням альтернативних тест-систем (для анти-HBc). Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали загальновідомими методами з наступним обчислюванням достовірності отриманих показників [1].

Результати ІА їх обговорення

Динаміка захворюваності на ГВ, що реєструється, в Україні останніми роками характеризується постійним зниженням інтенсивних показників. На відміну від захворюваності дорослого населення, частота виявлення HBsAg серед вагітних, яких вважають групою, що найбільш відображає саме здорове доросле населення, протягом останніх років суттєво не змінюється (рис.1).

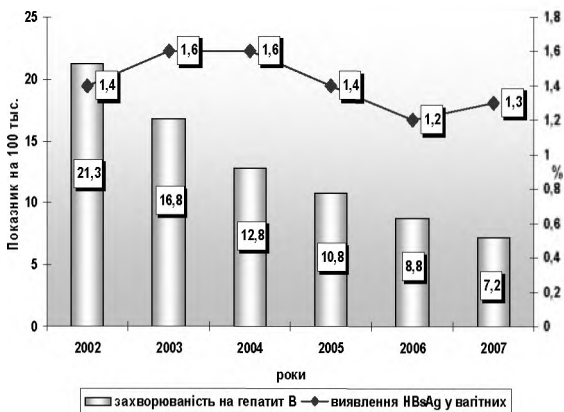


Рис. 1. Захворюваність на ГВ дорослого населення України та частота виявлення HBsAg у вагітних

Захворюваність на ГС реєструється в Україні з 2003 р. За цей період дещо знизилась показники захворюваності, в той час як у частоті виявлення маркера інфікування збудником – анти-ВГС у

вагітних змін практично не відбулось (рис.2).

Чи дійсно зниження показників захворюваності на ГВ і ГС, що реєструється, відповідає покращенню епідемічної ситуації з цих інфекцій в Україні? Навпаки, дані про захворюваність, які ґрунтуються на реєстрації переважно клінічно виражених форм гострого інфекційного процесу ГВ і ГС, не віддзеркалюють дійсного рівня поширеності інфекції, не відповідають реальній епідемічній ситуації.

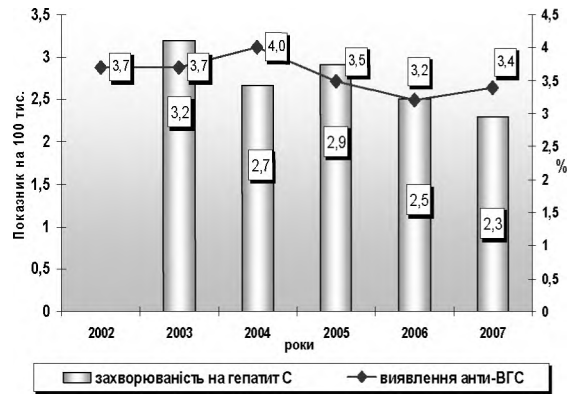


Рис. 2. Захворюваність на гепатит С дорослого населення України та частота виявлення анти-ВГС у вагітних

За сучасними уявленнями, оцінити рівень поширення інфекції серед населення в цілому (або окремої групи населення) можна за частотою визначення актуальних, з епідеміологічної точки зору, маркерів інфікування збудником. При ГВ такими маркерами вважають HBsAg та анти-HBc, при ГС – анти-HCV. Відповідно діючих нормативних документів (Наказ МОЗ СРСР № 408), певні контингенти осіб (донори крові, вагітні, пацієнти відділень з високим ризиком інфікування ВГВ, хворі на хронічні захворювання печінки, діти дитячих будинків та спеціалізованих закладів, пацієнти наркологічних та шкірно-венерологічних диспансерів та ряд інших) підлягають профілактичним обстеженням, зокрема, на наявність HBsAg. На даний час проаналізувати частоту та динаміку виявлення HBsAg серед зазначених контингентів (в абсолютних цифрах або в інтенсивних показниках) не уявляється можливим, оскільки результати обстежень, що надходять до вірусологічної лабораторії Центральної СЕС МОЗ України, надавалися здебільшого у розрахунках не на фізичних осіб, а на кількість проведених досліджень (принаймні, до 2007 р.). Найбільш наближеними до реального поширення HBsAg серед декретованих осіб є дані щодо частоти виявлення цього маркера у вагітних, розрахованих вихідно обстежуваних в інтервалі між маркерами ГВ та ГС до кількості пологів в Україні за 2001-2007 рр. (рис.3). Даний показник дозволяє в середньому встановити, скільки разів за вагітність жінки дійсно обстежувались на

наявність HBsAg та анти-HCV.

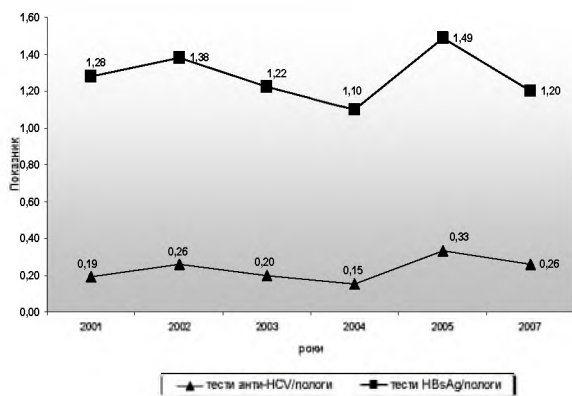


Рис. 3. Співвідношення тести/пологи при обстеженні вагітних на HBsAg і анти-HCV в Україні

Виходячи з аналізу офіційних даних, можна зробити висновок, що в середньому в Україні двократне обстеження на HBsAg, що регламентоване діючим Наказом № 408, не здійснюється, хоча показники охоплення вагітних цим дослідженням у декілька разів перевищують аналогічні на анти-HCV. Низький рівень охоплення вагітних тестуванням на анти-HCV можна пояснити відсутністю нормативної бази щодо ГС в Україні, отже обстеження вагітних проводиться, як правило, за клінічними показаннями. Тому, наприклад, зниження показника охоплення вагітних тестуваннями на маркер ГС у 2004 р. до 0,15 на 1 пологи могло призвести до деякого зростання частоти виявлення анти-HCV серед цієї групи населення

– до 4,0 %. І навпаки, зростання у 2006 р. середньої кількості обстежень до 0,33 на 1 пологи дещо знизило показник "інфікованості" вагітних до 3,2 % (за рахунок обстеження більшої кількості здорових жінок). Таким чином, дійсний рівень поширення ГС серед так званого здорового населення України не можна оцінити використовуючи результати обстеження вагітних на анти-HCV, оскільки кількість проведених тестувань не охоплює усіх вагітних хоча б одним обстеженням.

Слід підкреслити, що тестування тільки на HBsAg, що проводиться при профілактичному обстеженні вагітних, також не дозволяє повною мірою виявити усіх осіб, які були інфіковані збудником, через непостійний характер циркуляції поверхневого антигену HBV, наявність мутантних штамів, «окульний» ГВ тощо. За сучасними уявленнями, серологічним маркером, який необхідно для цього використовувати, є антитіла до корового антигену вірусу (анти-HBc). Нами протягом 3 років (2004-2006 рр.) були проведені обстеження вагітних з Волинської, Одеської та Полтавської областей (300 жінок щорічно з кожної області) на наявність сумарних (анти-HBc total) та ранніх (анти-HBc IgM) антитіл до корового антигену HBV (табл.1). Показники поширення ГВ, встановлені за допомогою даного обстеження, значно перевищують частоту виявлення HBsAg у вагітних, але більш адекватно відповідають дійсній поширеності інфекції, оскільки охоплюють прошарок осіб, які інфікувалися HBV протягом життя.

Таблиця 1
Частота виявлення антитіл до корового антигену вірусу гепатиту В серед вагітних (%±m_p)

Області	2004 р.		2005 р.		2006 р.		Середній показник (2004-2006)	
	Анти-HBc (total)	Анти-HBc (IgM)	Анти-HBc (total)	Анти-HBc (IgM)	Анти-HBc (total)	Анти-HBc (IgM)	Анти-HBc (total)	Анти-HBc (IgM)
Волинська	9,0±1,7	0	6,7±1,4	0	7,3±1,5	0,7±0,5	7,7±0,9	0,1±0,1
Одеська	22,2±2,3	1,9±0,8	16,3±2,1	0,3±0,3	23,0±2,4	1,7±0,7	20,9±1,4	1,3±0,4
Полтавська	10,0±1,6	0,3±0,3	11,7±1,9	0	5,7±1,3	1,0±0,6	9,1±1,0	0,4±0,2

Протягом періоду спостереження значних змін у динаміці частоти виявлення анти-HBc серед вагітних у Волинській та Одеській областях не відмічено. У Полтавській області в 2006 р. показник знизився у 2 рази (p<0,05), але, можна припустити, що це обумовлено деяким зсувом по виборці. В цілому, на підставі серологічних досліджень, проведених протягом трьох років, можна стверджувати, що найбільш високі показники поширення ГВ реєструвалися в Одеській, друге місце посідала Полтавська, третє – Волинська область. Таким же чином розподілялась і частота первинного інфікування збудником, за результатами виявлення анти-HBc IgM. Тобто в Одеській області частіше, ніж у Полтавській та Волинській мали реєструватися випадки гострого ГВ (ГГВ).

Отримані результати виявлення анти-HBc

серед вагітних були співставлені з офіційними даними щодо результатів обстеження вагітних на HBsAg у 2004-2006 рр., на базі чого був розрахований коефіцієнт співвідношення частот виявлення анти-HBc/HBsAg (табл.2). Встановлено, що в Одеській та Полтавській областях протягом 3-х років спостереження реєструвалися відносно стабільні показники виявлення HBsAg, і при цьому можна казати лише про деяку тенденцію до зростання показника у Одеській області, та зниження – у Полтавській. Навпаки, у Волинській області частота знаходження маркера коливалась в широких межах без вираженої динаміки – від 0,8 до 2,1 %. Виявилось, що в Волинській області на 1 випадок виявлення HBsAg (активна інфекція або носійство HBsAg) в середньому припадало приблизно 5,5 випадків виявлення анти-HBc

(паст-інфекція або випадки прихованого інфікування), в Полтавській – 7,0; в Одеській – 8,0. Отже, чим більше поширена інфекція в

регіоні, тем більша й частота випадків прихованої або перенесеної в минулому інфекції, що є цілком логічним.

Таблиця 2
Частота виявлення HBsAg серед вагітних та коефіцієнт співвідношення анти-НВс/HBsAg

Області	2004 р.		2005 р.		2006 р.		Середній показник (2004-2006)	
	HBsAg (%±m _p)	Анти-НВс/HBsAg	HBsAg (%±m _p)	Анти-НВс/HBsAg	HBsAg (%±m _p)	Анти-НВс/HBsAg	HBsAg (%±m _p)	Анти-НВс/HBsAg
Волинська	1,2±0,1	7,5	2,1±0,2	3,2	0,8±0,07	9,1	1,2±0,06	5,5
Одеська	2,5±0,1	8,9	2,4±0,08	6,8	2,9±0,09	7,9	2,6±0,05	8,0
Полтавська	1,5±0,07	6,7	1,3±0,07	9,0	1,1±0,07	5,2	1,3±0,04	7,0

Найбільші розбіжності у розмірі коефіцієнту анти-НВс/HBsAg були у Волинській області, що пов'язане з суттєвим зниженням показника виявлення HBsAg у вагітних у 2006 р. (0,8 %), в той час як за результатами наших досліджень, протягом 2004-2006 рр. у частоті визначення анти-НВс та анти-НВс IgM в області статистично значимих відмінностей не було. До того ж, при аналізі показників співвідношення кількості обстежень вагітних на HBsAg до числа пологів у Волинській області було встановлено, що у 2005 р. він був найнижчим за весь період спостереження – 0,63, а у 2006 зріс до 1,07. Отже, наявний відомий феномен – чим більше охоплення обстеженнями осіб, що належать до контингентів з невисоким поширенням інфекції (а вагітні відносяться саме до таких контингентів), тим менший показник частоти виявлення маркеру інфікування. Безсумнівно, при цьому не можна робити висновок про зміну рівня інфікованості, оскільки в теперішній час зменшення кількості обстежень вагітних обумовлене, головним чином, обмеженою можливістю проведення широкого тестування. Тому в першу чергу обстежують вагітних з груп ризику, що призводить до певного зсуву по виборці при оцінці результатів виявлення специфічних серологічних маркерів. нами було проведено порівняння показників охоплення обстеженнями на HBsAg вагітних у Волинській, Одеській та Полтавській областях за 1998-2006 рр. (рис.4). Встановлено, що у Полтавській та Одеській областях у 1998-2000 рр. усі вагітні були обстежені двічі. У подальшому найвищий показник охоплення вагітних обстеженнями був у Полтавській області, у 2005-2006 рр. він почав зростати і в Одеській області. Протягом всього періоду спостереження у Волинській області вказаний показник практично не перевищував 1 (за винятком 1999 та 2006 рр., коли він складав 1,02 та 1,07 відповідно).

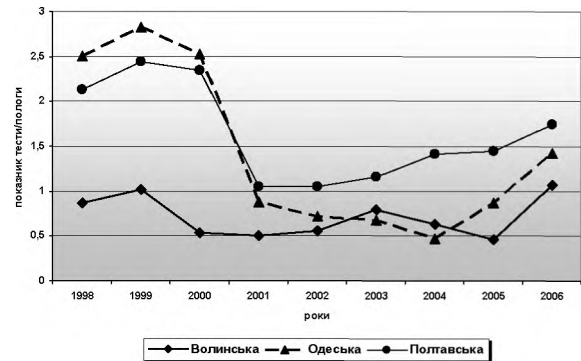


Рис.4. Динаміка показника обстеження вагітних на HBsAg / кількість пологів у Волинській, Одеській та Полтавській областях

Отримані дані щодо поширення серологічних маркерів інфікування HBV серед вагітних ми зіставили з багаторічною динамікою захворюваності на ГВ серед дорослого населення вказаних областей. До 1989 р. в усіх регіонах країни спостерігалось зростання захворюваності, при цьому Одеська область входила до числа регіонів з найвищими інтенсивними показниками, а у Полтавській та Волинській областях рівень захворюваності був порівняно невисоким. З початку 1990-х років відмічено поступове зниження захворюваності на ГВ в усіх областях України, при цьому в Одеській області тривало зберігалася висока показники, у Полтавській – зросли, досягнув середньоукраїнського рівня, у Волинській – залишалися значно нижчими, ніж в Україні в цілому. З середини 90-х років темпи зниження захворюваності на ГВ в Одеській області були більш стрімкими, ніж у Полтавській, що призвело до того, що протягом 1998-2003 рр. показник захворюваності на ГВ в останній перевищував аналогічний показник в Одеській області (рис. 5), у 2004-2005 рр. вони практично зрівнялися, але у 2006 р. в Одеській області було зафіксовано зростання захворюваності до 23,68 на 100 тис. дорослих, в той час як захворюваність у Полтавській області продовжувала знижуватися і склала 12,79 на 100 тис. відповідного населення.

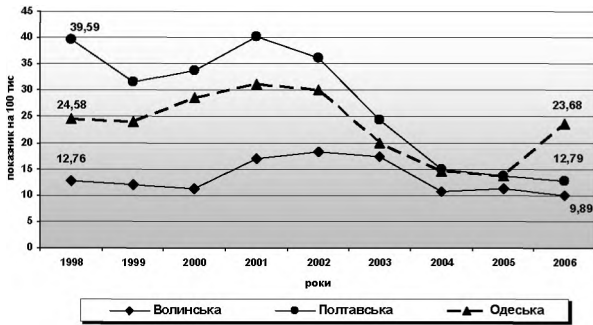


Рис. 5. Динаміка захворюваності на гепатит В міського дорослого населення у Волинській, Одеській та Полтавській областях

Порівнюючи динаміку показників захворюваності у 2004-2006 рр. з частотою виявлення маркерів інфікування HBV у вагітних за ці ж роки можна зробити висновок, що в областях, де вагітні охоплені обстеженнями у необхідному обсязі (протягом вагітності обстежена кожна жінка), тенденції у змінах серологічних показників та захворюваності співпадають. Можна також припустити, що зростання показників захворюваності в Одеській області, певною мірою, є відображенням покращення стану профілактичних обстежень, що, зокрема, можна простежити на прикладі охоплення тестуванням на HBsAg вагітних. У Волинській області стабільна захворюваність на ГВ не співпадала з коливаннями частоти виявлення HBsAg у вагітних за офіційними даними, в той час як показники виявлення анти-HBc (за даними наших досліджень) за вказані роки суттєво не відрізнялись. Отже, при недостатньому рівні охоплення профілактичними обстеженнями показники виявлення HBsAg у вагітних не можуть бути використані для оцінки поширеності інфекції серед населення.

Представляють інтерес розрахунки співвідношення частоти виявлення маркерів інфекції серед вагітних та захворюваності на ГВ серед міського дорослого населення в областях з різною інтенсивністю епідемічного процесу. Для парентеральних вірусних гепатитів, які мають переважно прихований перебіг, гострі форми є лише „верхівкою айсбергу”, і встановлено, що співвідношення клінічно виражених форм до не маніфестованих на рівні популяції сягає 1:100-1:200 [2,3]. Якщо частоту визначення HBsAg у вагітних розглядати як показник прихованого перебігу гострої інфекції серед дорослого населення, то співвідношення „захворюваність/HBsAg” дійсно знаходиться у цих межах, при чому найвище воно у Одеській області, що є відображенням дійсно більшої, порівняно з Полтавською та Волинською областями, поширеності інфекції, викликаной HBV. У разі оцінки за кількістю осіб, які були інфіковані збудником протягом життя (виявлення анти-HBc), то співвідношення прихованих та гострих форм HBV-інфекції значно більше, і в Одеській області воно в середньому за період спостереження перевищувало 1:1000 (табл. 3).

Таблиця 3
Співвідношення частоти виявлення маркерів інфікування HBV у вагітних та показників захворюваності на гострий гепатит В дорослого населення

Області	Захворюваність на ГВ/HBsAg				Захворюваність на ГВ/анти-HBc			
	2004	2005	2006	Середній показник	2004	2005	2006	Середній показник
Волинська	1:111,5	1:187,0	1:80,8	1:131,7	1:750,0	1:596,6	1:738,1	1:724,4
Одеська	1:172,5	1:175,4	1:122,5	1:150,5	1:1532,1	1:1191,5	1:971,3	1:1209,5
Полтавська	1:99,9	1:95,3	1:86,0	1:94,1	1:410,2	1:779,0	1:445,7	1:658,5

Таким чином, на наш погляд, для дійсної оцінки епідемічної ситуації щодо ГВ на певній території доцільно використовувати співвідношення показників захворюваності на гострі форми інфекційного процесу до частоти виявлення HBsAg та анти-HBc („захворюваність на ГВ/HBsAg” та „захворюваність на ГВ/анти-HBc”). Для більшої зручності це співвідношення можна використовувати у зворотному вигляді, тобто: „HBsAg/ГВ” та „анти-HBc/ГВ”, щоб уникнути дробових значень. У нашому дослідженні за цими показниками перше місце займає Одеська область, друге – Волинська, третє – Полтавська. Отже можна припустити, що у Полтавській області, у порівнянні з двома

іншими, до офіційної звітності потрапляє більша кількість безсимптомних форм ГВ, і це може опосередковано свідчити про більше охоплення обстеженнями, результати яких відбиваються на показниках захворюваності на ГВ (дані про достатній обсяг обстеження вагітних у Полтавській області підтверджують це припущення). Якщо використовувати всю сукупність показників: захворюваність на ГВ, частоту виявлення HBsAg, охоплення обстеженнями декретованих груп, можна говорити про тенденції розвитку епідемічного на визначеній території. Наприклад, зростання показника співвідношення „HBsAg/ГВ” при однаковому охопленні обстеженнями може

свідчити про зростання значущості інфікування природними шляхами, оскільки внаслідок таких заражень в організм потрапляє незначна кількість збудника, що, як правило, призводить до безсимптомних латентних форм інфекційного процесу, в тому числі вірусоносійства. Зростання показника співвідношення „анти-НВс/ГГВ” може бути побічним доказом можливості поширення так званих „прихованих” форм ГВ, або деякого поліпшення епідемічної ситуації щодо НВV-інфекції (переважання перенесених у минулому форм захворювання над новими випадками).

Якщо б у даних офіційної статистичної звітності були представлені всі форми інфекційного процесу ГВ (гострі, хронічні та вірусоносійство) не могло б скластися помилкове враження про покращення епідемічної ситуації щодо ГВ в Україні. Наочне це пояснює наступний приклад. У 2007 р. в Україні було зареєстровано 2949 випадків ГВ, у той же час за результатами обстеження на HBsAg було виявлено 6005 осіб з вказаним маркером, тобто 3056 чоловік, інфікованих НВV, не були враховані у статистичних формах ні як хворі на гострий або хронічний ГВ, ні як носії вірусу. Якщо б останні потрапили до офіційних звітів, показник захворюваності на ГВ в Україні був би значно не менше офіційно. Заслужує методичний рівень лабораторних досліджень на серологічні маркери ГВ. За даними ЦСЕС МОЗ України у 2007 р. кількість досліджень, проведених методом зворотної пасивної гемаглютинації для виявлення HBsAg, склала 6514. Слід зазначити, що даний метод не відповідає сучасним вимогам щодо чутливості та специфічності тест-систем, які можуть застосовуватися для виявлення поверхневого антигену. Крім того, дотепер основним маркером, який використовують для специфічних досліджень на ГВ залишається HBsAg. Наприклад, у 2007 р. на 18 досліджень на HBsAg припадало лише 1 на анти-НВс (другі засоби для імунологічного маркування) клінічним перебігом, то результати реєстрації гострого ГС (до того ж при відсутності національного стандарту визначення випадку) не можуть дати уявлення про дійсну захворюваність. Про поширеність ГС-інфекції в Україні свідчать лише результати обстеження донорів, але, по-перше, вони відсутні в офіційних статистичних формах МОЗ щодо реєстрації інфекційних захворювань, по-друге, не можуть бути розповсюджені на все населення, оскільки донори проходять відбір спочатку за результатами опитування та огляду, а потім інфіковані особи назавжди відсторонюються від донорства, що значною мірою виключає з числа донорів представників груп підвищеного ризику інфікування. Широке обстеження вагітних на анти-ВГС, як було наведено вище, в Україні не проводиться, окремі

спеціальні дослідження не можуть бути використані для оцінки поширеності інфекції в країні в цілому. При ГС результати серологічних досліджень, проведені не тільки серед так званого здорового населення, а й серед груп підвищеного ризику інфікування можуть проявити епідемічну ситуацію в Україні, тому вкрай необхідним є створення та впровадження відповідних нормативних документів, що регламентують проведення протиепідемічних та профілактичних заходів при ГС, у тому числі досліджень на маркери інфікування НСV, як необхідної складової інформаційного забезпечення системи епідеміологічного нагляду за цією інфекцією.

Проведені дослідження дозволяють зробити наступні узагальнення. Поширеність парентеральних вірусних гепатитів не може бути оцінена тільки на підставі показників захворюваності на гострі форми ГВ та ГС. Враховуючи переважно прихований характер епідемічного процесу парентеральних вірусних гепатитів у сучасних умовах, все більшого значення набуває специфічне лабораторне обстеження здорового населення та представників груп ризику щодо інфікування НВV і НСV. На даний час порівняння частоти виявлення серологічних маркерів ГВ, а особливо ГС, серед вагітних не завжди є коректним, оскільки практика обстеження зазначених жінок може відрізнятися в окремих областях. Необхідно вдосконалити практику проведення профілактичних обстежень на маркери інфікування НВV та НСV: • регламентувати та забезпечити тестування вагітних на анти-НСV; • впровадити дослідження на анти-НВс; • підвищити охоплення вагітних профілактичними обстеженнями. Дійсне уявлення про поширеність ГВ у регіоні та інтенсивність епідемічного процесу дозволяє отримати аналіз динаміки захворюваності, що реєструється, та частоти виявлення актуальних маркерів інфікування (HBsAg та анти-НВс). Відсутність у звітних статистичних формах (№№ 1 та 2) показників захворюваності на хронічні ГВ і ГС, вірусоносійства не дає можливості проводити епідеміологічний аналіз поширеності парентеральних вірусних гепатитів з урахуванням усіх проявів інфекційного процесу.

1. Гоц Ю.Д., Попович О.Б., Павлова Н.О. Епідеміологічний метод дослідження. Епідеміологічна діагностика // Практичний посібник. К., 2003. – 52 с.
2. Епідеміологічна характеристика гепатиту В в Україні і шляхи підвищення ефективності його профілактики / А.Л. Гураль, В.Ф. Марієвський, Т.А. Сергеева та ін. // Інфекційні хвороби – 2003. – N 2. – С. 35-43.
3. Пути совершенствования эпидемиологической диагностики вирусных гепатитов В и С / Л.И. Шляхтенко, С.Л. Мукомолов, Л.Г. Сулягина и др. // Мир вирусных гепатитов. – 2006. – N 1. – С. 2-10.
4. Anti-HBc & HBV-DNA detection in blood donors negative for hepatitis B virus surface antigen in reducing risk of transmission associated HBV infection / A. Behzar-Behbahani, A. Mafi-Nejad, S. Tabei et al. // Indian J. Med. Res. – 2006. – N 123. – P. 37-42.

5. Chang M. Hepatitis B virus mutation in children. // Indian J Pediatr. – 2006. – N 73. – P. 803-807.
6. Cooreman MP., Leroux-Roels G., Paulij WP. Vaccine- and hepatitis B immune globulin-induced escape mutations of hepatitis B virus surface antigen // J. Biomed. Sci. – 2001 – N 8(3). – P. 237-247.
7. Curry M.P. Hepatitis B and hepatitis C viruses in liver transplantation // Transplantation. – 2004. – Vol. 78 (7). – P. 955–963.
8. Kazatchkine M. L'infection par le virus de l'hepatite C // Med. sci. – 2002. – N 18 (3). – P. 263-264.
9. Memon M.I., Memon M.A. Hepatitis C: an epidemiological review // J. Viral Hepat. – 2002. – Vol. 9, issue 2. – P. 84-100.
10. Occult hepatitis B virus infection in a North American community-based population / G.Y. Minuk, D.F. Sun, J. Uhanova et al. // J Hepatol. – 2005. – N 42. – P. 480-485.
11. Significance of hepatitis B core antibody as the only marker of hepatitis B infection / J. Colomina-Rodriguez, D. Gonzalez-Garcia, A. Burgos-Teruel et al. // Enferm Infecc Microbiol Clin. – 2005. – N 23(2). – P. 80-85.
12. Strader D.B., Wright T., Thomas D.L., Seeff L. AASLD practice guideline: diagnosis, management, and treatment of hepatitis C // Hepatology. – 2004. – Vol. 39. – P. 1147-1171.
13. Walsh K., Alexander G.J.M. Update on chronic viral hepatitis // Postgrad. Med. J. – 2001. – Vol. 77. – P. 498-505.
14. Weber B., Muhlbacher A., Melchior W. Detection of an acute asymptomatic HBsAg negative hepatitis B virus infection in a blood donor by HBV DNA testing // J Clin Virol. – 2005. – N 32(1). – P. 67-70.
15. WHO, Weekly epidemiological record. – 2004. – N. 28, Vol 79. – P. 253–264.
16. Wright T.L. Introduction to chronic hepatitis B infection // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101 (Suppl 1). – P. S1-S6.

Реферат

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С УЧЕТОМ ДАННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Мариевский В.Ф., Гураль А.Л., Шагинян В.Р., Сергеева Т.А., Лисецкая В.И., Демчишина И.В., Коршенко В.О.

Ключевые слова: парентеральные вирусные гепатиты, заболеваемость, распространенность, специфические лабораторные обследования.

Показано, что распространенность парентеральных вирусных гепатитов не может быть оценена только на основании показателей заболеваемости острыми формами гепатитов В и С. Учитывая преимущественно скрытый характер эпидемического процесса парентеральных вирусных гепатитов в современных условиях, все большее значение приобретают результаты специфического лабораторного обследования здорового населения и групп риска по инфицированию. Определение уровня распространенности парентеральных вирусных гепатитов в регионах следует проводить с помощью показателей заболеваемости, выявления маркеров инфицирования среди определенных групп населения, с учетом данных охвата тестированием.

Summary

DETERMINATION LEVEL OF PREVALENCE PARENTERAL VIRAL HEPATITIS WITH ACCOUNT INFORMATION ABOUT PROPHYLACTIC TESTING

Marievskiy V.F., Gural A.L., Shaginyan V.R., Sergeyeva T.A., Lisetska V.I., Demchishina I.V., Korshenko V.O.

Keywords: parenteral viral hepatitis, incidence, prevalence, specific laboratory testing.

It is shown that prevalence of parenteral viral hepatitis can not be estimate only on the basis of incidence the sharp forms of hepatitis B and C. Taking into account the mainly occult of epidemic process of parenteral viral hepatitis in modern terms, all of greater is acquired results of specific laboratory testing of healthy population and risk groups of infecting. For determination level of prevalence parenteral viral hepatitis in regions it is necessary to conduct by the incidence, exposure of markers of infecting among the groups of population, taking into account information about coverage of testing.

УДК 616.155.2: 616.33/.342-002.44

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ГЕМОБЛАСТОЗИ

Маслова Г.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

У статті наведені результати власних досліджень по вивченню резистентності слизового бар'єра у хворих на гострі лейкемії. У 58% випадків при гострих лейкозах спостерігаються захворювання шлунково-кишкового тракту, що супроводжуються зниженням резистентності слизового бар'єра гастроудоденальної зони. Доведена ефективність використання інгібітору протонної помпи пантопразолу і цитопротектору ребаміпіду, а також їх комбінації з метою профілактики та лікування ерозивно-виразкових уражень гастроудоденальної зони у хворих на гострі лейкемії на фоні поліхіміотерапії.

Ключові слова: гострий лейкоз, резистентність слизового бар'єра, пантопразол, ребаміпід.

Хвороби крові та кровотворних органів захворюваності населення України. займають чільне місце в структурі Захворюваність та поширеність гемобластозів у

* Робота є фрагментом науково-дослідної теми: «Розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики захворювань органів травлення в сполученні з іншими захворюваннями організму (державний реєстраційний номер 0106U000964)».