

УДК: 616.248:616-036.86

## ПРОФІЛАКТИКА ТА ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

### Резюме

*В статті приведені основні заходи первинної, вторинної та третинної профілактики інвалідності внаслідок хронічних вірусних гепатитів, з урахуванням досягнень сучасної гепатології. Активне впровадження розроблених заходів на загальнодержавному рівні дозволить досягти стабілізації та зниження рівня інвалідності внаслідок цієї патології та зменшити соціальні витрати держави.*

**Ключові слова:** хронічний вірусний гепатит, інвалідність, профілактика інвалідності.

### Summary

*The article presents the main measures of primary, secondary and tertiary prevention of disability due to chronic viral hepatitis, taking into account the achievements of modern hepatology. Active implementation of the developed measures at the national level will help to achieve the stabilization and reduction of disability due to this disease and to reduce the social costs of the state.*

**Keywords:** chronic viral hepatitis, disability, disability prevention.

За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та рівнем захворюваності вірусні гепатити (ВГ) в Україні посідають домінуюче місце в структурі інфекційної патології та одне з провідних місць у структурі інвалідності внаслідок патології гепатобіліарної системи. За оцінкою експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, в світі вірусним гепатитом С інфіковано близько 1 млрд. людей, 180 млн. осіб страждають на хронічну форму цього захворювання, 350 тис. щороку помирають. Вірусним гепатитом В у світі інфіковано 1 млрд. людей, на хронічну форму захворювання страждає близько 400 млн. осіб, щороку від 500 до 700 тис. осіб помирають від зазначеної інфекції. Близько 57% випадків цирозу печінки і 78% випадків первинного раку печінки зумовлено інфікованістю хронічними вірусними гепатитами В і С [1].

Надзвичайно складна ситуація спостерігається із захворюванням на вірусний гепатит С, проти якого не існує вакцини і якому притаманний безсимптомний (безжовтяничний) перебіг із подальшим розвитком хронічного процесу в більш як 80 відсотків пацієнтів.

На сьогоднішні дані статистики декларують в Україні біля 5 тис. хворих на ВГ, але реальна цифра може сягати до 4 млн осіб. Саме тому Кабінетом Міністрів України була затверджена Державна цільова соціальна програма профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року. Рішення уряду зумовлено необхідністю створення системи дієвих заходів щодо запобігання подальшому поширенню вірусних гепатитів В та С, забезпечення належного діагностування цих захворювань та лікування хворих. Програмою передбачено розвиток допомоги хворим на вірусні гепатити в усіх напрямках – діагностичному, ліку-

вальному, науковому та профілактичному. Виконання Програми підвищить забезпечення доступу широких верств населення до профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів В і С в Україні для стабілізації епідемічної ситуації, а також передбачає зниження рівня захворюваності, інвалідності і смертності, збільшення тривалості і підвищення якості життя хворих [2].

Мета нашого дослідження – розробка заходів щодо профілактики інвалідності внаслідок хронічних вірусних гепатитів В і С.

Ефективна профілактика захворювання має своєю основою якомога точну діагностику патології. Тому в першу чергу необхідно визначитися з характеристикою наявного гепатиту згідно з існуючою класифікацією.

Класифікація хронічних вірусних гепатитів.

З урахуванням етіології розрізняють хронічні вірусні гепатити В, С, D, G; поєднання В і D, В і С та ін., а також неперифікований хронічний вірусний гепатит (незрозумілої етіології). Виділяють також окремі генотипи вірусів. Так, наприклад, на даний момент розрізняють 11 основних генотипів вірусу гепатиту С: 1a, 1b, 1c; 2a, 2b, 2c; 3a, 3b; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e; 5a; 6a; 7a, 7b; 8a, 8b; 9a; 10a; 11a [3].

У залежності від ступеня активності інфекційного процесу виділяють хронічні вірусні гепатити з мінімальною, слабо вираженою, помірно вираженою, вираженою активністю, фульмінантний гепатит із печінковою енцефалопатією. Мінімальний ступінь активності (хронічна персистенція вірусного гепатиту) розвивається за генетично обумовленої слабкої імунної відповіді, коли відзначається пропорційне пригнічення всіх показників клітинного імунітету (Т-лімфоцитів, Т-супресорів, Т-хелперів, Т-кілерів та ін.). Низька, помірна і ви-

ражена активність хронічного вірусного гепатиту має місце у разі різкого дисбалансу імунної регуляції.

У перебігу хронічних вірусних гепатитів розрізняють стадії:

- з відсутністю фіброзу;
- з наявністю слабо вираженого перипортального фіброзу;
- з наявністю помірного фіброзу в портопортальних септах;
- з наявністю вираженого фіброзу в портоцентральных септах;
- з розвитком цирозу печінки;
- з розвитком первинної гепатоцелюлярної карциноми.

Хронічний вірусний гепатит може перебігати з активним цитолітичним, холестатичним, аутоімунним синдромами. Цитолітичний синдром характеризується інтоксикацією, підвищенням активності трансаміназ, зниженням ПТІ, диспротеїнемією. У разі холестатичного синдрому переважаючими проявами є свербіж шкіри, збільшення активності ЩФ, ГГТП, білірубину. Аутоімунний синдром перебігає з астеновегетативними явищами, артралгіями, диспротеїнемією, гіпергаммаглобулінемією, підвищенням активності АлАТ, наявністю аутоантитіл.

У залежності від ускладнень, які розвиваються, розрізняють хронічний вірусний гепатит, обтяжений печінковою енцефалопатією, набряково-асцитичним синдромом, геморагічним синдромом, бактеріальними ускладненнями (пневмонією, флегмоною кишечника, перитонітом, сепсисом).

Первинна профілактика хронічного вірусного гепатиту.

Причини, що призводять до розвитку хронічного ВГ, різноманітні, тому й профілактика його у кожному окремому випадку повинна бути індивідуальною. Однак існує низка загальних заходів, спрямованих на первинну профілактику хронічного ВГ:

1) уникання інфікування під час проведення лікувально-діагностичних процедур, медичних маніпуляцій та хірургічних втручань шляхом посилення контролю за обробкою медичних інструментів і обладнання багаторазового використання та більш широкого застосування засобів одноразового використання;

2) дотримання медичними працівниками правил особистої безпеки під час виконання медичних маніпуляцій (хірурги, акушери-гінекологи, медичні сестри);

3) посилення контролю за переливанням крові та її компонентів, ретельна перевірка донорської крові на вміст маркерів гепатитів.

Важливе значення для попередження інфікування має ведення здорового способу життя, адже однією з основних груп ризику зараження вірусними гепатитами є ін'єкційні наркомани, особи, які ведуть асоціальний спосіб життя тощо. З цією метою нами пропонуються такі заходи:

– пропаганда здорового способу життя, застосування освітньої друкарської, відео- та аудіопродукції, попереджуючої про негативні наслідки вживання наркотиків, алкоголю та нерозбірливих статевих контактів;

– заборона на рекламу алкогольних виробів;

– активна боротьба на державному рівні з наявністю шкідливих звичок, особливо з наркоманією та алкоголізмом;

– застосування методів економічного та соціального стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя (різноманітні види преміювання та заохочення за відсутності шкідливих звичок та відмові від них);

– створення центрів з безкоштовної допомоги у боротьбі з шкідливими звичками, функціонуючих за рахунок громадських фондів та благодійних організацій;

– створення пересувних лабораторно-діагностичних центрів для виявлення захворювань, у тому числі гепатитів, у осіб високого ризику, які проживають на територіях, віддалених від спеціалізованих медичних закладів та лабораторій;

– активне відновне лікування хворих на алкоголізм та наркоманію.

Також одним з основних заходів первинної профілактики хронічних ВГ є проведення адекватної терапії у разі гострих вірусних гепатитів (особливо гепатиту В) з метою запобігання хронізації процесу.

Вторинна профілактика хронічних вірусних гепатитів.

Основою вторинної профілактики ВГ є своєчасне адекватне лікування на всіх етапах (амбулаторному, стаціонарному, санаторно-курортному); складання ІПР хворому в лікувальному закладі і контроль за повнотою, якістю і своєчасністю її здійснення. Вторинна профілактика гепатиту повинна також містити усунення з навколишнього середовища несприятливих чинників (гепатотоксичних отрут та ін.), організацію режиму життя, заняття фізкультурою, раціональне працевлаштування, своєчасне навчання і перенавчання, підготовку освітньої і друкарської відео-, аудіопродукції, створення асоціації хворих.

Вторинна профілактика гепатиту повинна бути спрямована на усунення прогресування морфофункціональних порушень та профілактику обмежень життєдіяльності і містити комплекс таких заходів:

- раціональне працевлаштування хворих на хронічний гепатит (абсолютно протипоказана дія вібрації, токсичних агентів та гепатотропних отрут, ультразвукового та іонізуючого випромінювання, електромагнітних полів), проведення медико-професійної реабілітації, спрямованої на відновлення знижених або втрачених професійних функцій, підбір професії й/або адаптація робочого місця для поновлення трудової діяльності;

- дотримання хворими режиму праці та відпочинку;

- призначення та дотримання хворими дієти з виключенням солоних, смажених страв, гост-

рих приправ і маринадів, консервів та тугоплавких жирів та ін. у залежності від нозологічної форми захворювання та його клінічного варіанта і функціонального стану печінки;

- категорична відмова від паління, вживання алкогольних напоїв, наркотиків;
- уникання контакту з гепатотоксичними отрутами;
- виявлення і санація можливих вогнищ неспецифічної інфекції;
- попередження та лікування інтеркурентних захворювань;
- попередження загострень хронічного процесу, переходу гострих форм захворювання у хронічні;
- профілактика ускладнень захворювання (перехід у цироз печінки, розвиток хронічної печінкової недостатності);
- збереження протягом якомога тривалого часу компенсації печінкових функцій та працездатності хворих у разі хронічного гепатиту;
- додержання стандартів обстеження щодо виявлення маркерів гепатиту (HBsAg, Anti-HCV-total, HBeAg, Anti-HBe-total, Anti-HBe IgM, Anti-HBs, ПЦР HCV, генотипування вірусу гепатиту С та ін.) у хворих з навіть незначним підвищенням печінкових ферментів (АСТ, АЛТ);
- у разі інфекційної етіології захворювання якомога раннє застосування противірусних препаратів;
- повноцінне лікування загострень процесу в стаціонарних умовах із застосування вискоєфективних препаратів з доведеною дією;
- проведення тривалої підтримуючої терапії із застосуванням гепатопротекторів;
- адекватне лікування супутніх захворювань з униканням по мірі можливості призначення гепатотоксичних лікарських засобів;
- обов'язкове проведення оглядів фахівцями (окуліст, невропатолог);
- контроль аналізів крові та сечі, біохімічних показників АСТ, АЛТ, протромбінового індексу не менше 2 раз на рік;
- залучення до роботи з хворими психологів та психотерапевтів з метою надання їм допомоги в боротьбі з шкідливими звичками; покращання комплаєнсу та підвищення самосвідомості хворих щодо тривалого безперервного лікування та дотримання дієти; покращання стану мікросоціального оточення, сімейного мікроклімату для підтримки хворого у його боротьбі з хворобою;
- проведення санаторно-курортного лікування за відсутності загострення процесу та вираженої печінкової недостатності.

Останнім часом велика увага приділяється етіотропній терапії хронічних вірусних гепатитів. На сьогодні основним етіотропним засобом для лікування ХГС є інтерферон (ІФН). Інтерферони мають багатофункціональну біологічну активність, охоплюючи спектр антипроліферативної, імуномодулюючої і противірусної дії. Курс ІФН-терапії сприяє покращанню якості життя хворого, знижен-

ню вірусного навантаження, уповільненню темпів розвитку фіброзу в цироз. Розрізняють три типи препаратів ІФН: лейкоцитарний, лімфобластоїдний і рекомбінантний.

Серед природних ІФН застосовуються такі препарати, як вельферон, людський лейкоцитарний інтерферон для внутрішньом'язових ін'єкцій та лейкінферон. До рекомбінантних інтерферонів належать інтрон А, реалдирон, роферон А; лаферон; реаферон, та віферон.

На сьогодні терапією вибору за хронічного ВГС є комбінація ІФН-α з аналогом нуклеозидів – рибавірином (копегусом). Рибавірин – інгібітор інозинмонофосфату дегідрогенази, гальмує синтез RNA-HCV. Відзначений також його сприятливий імуномодулюючий ефект. Комбінація різних механізмів противірусної дії ІФН-α і рибавірину забезпечує вищу ефективність у разі ХГС, збільшує чисельність хворих, які стійко відповіли на лікування, щонайменше вдвічі, порівняно з монотерапією ІФН-α. Для монотерапії рибавірин не придатний, оскільки за такого його застосування досягається лише безпосередня відповідь на лікування, що зникає після відміни препарату.

В останні роки увагу вчених привертає препарат «Задаксин». Комбінована терапія ІФН-α у поєднанні із «Задаксином» значно ефективніша за монотерапію ІФН-α. За своїми властивостями «Задаксин» аналогічний людському тимозину-α1, що продукується в тимусі. «Задаксин» має антивірусну дію і впливає на механізми, що забезпечують ефективну імунну відповідь [4, 5, 6].

Сьогодні також швидко розвиваються нові напрямки лікування HCV [7]. У центрі уваги перебувають чотири класи прямих противірусних засобів: інгібітори протеази, нуклеозидні інгібітори полімерази, нуклеозидні інгібітори полімерази та інгібітори NS5a. Противірусна дія кожного з них реалізується за рахунок власного, унікального механізму дії. Однак важливо те, що їхня комбінація забезпечує високий синергетичний ефект. У попередніх дослідженнях показано, що такі комбінації виявляють активність проти HCV різних генотипів, знижують ризик розвитку резистентності, мають високу противірусну ефективність з хорошим профілем безпечності. Ці дані дають можливість сподіватися, що нові препарати та їх комбінації повністю змінять парадигму терапії HCV. Припускають, що незабаром безпечні комбінації препаратів для перорального прийому, що застосовувалися протягом короткого терміну (1–3 місяці), викоринять HCV будь-якого генотипу майже у всіх пацієнтів. Автори проектів планують, що лікарські засоби можна буде купувати за доступною ціною у всьому світі, щоб пацієнти з HCV могли отримувати необхідне лікування [8].

Третинна профілактика хронічного гепатиту передбачає стабілізацію обмежень життєдіяльності та проведення заходів щодо запобігання обтяження інвалідності і повинна містити у собі:

- раціональне працевлаштування інвалідів унаслідок хронічного гепатиту з униканням тяжких фізичних навантажень, дії вібрації, токсичних аген-

тів та гепатотропних отрут, ультразвукового та іонізуючого випромінювання, електромагнітних полів, перепаду високих та низьких температур, інтенсивного темпу роботи, нахилів та згинань тулуба);

- умови праці повинні сприяти дотриманню адекватного режиму харчування;
- лікування інвалідів з дотриманням загальноприйнятих стандартів лікування даною патологією, з обов'язковим проведенням за необхідності противірусної терапії;
- у зв'язку із необхідністю тривалого застосування противірусних препаратів, що дорого коштують, слід на державному та регіональному рівнях надавати таким інвалідам цільову грошову допомогу.

Значна роль у профілактиці інвалідності та реабілітації інвалідів належить службі медико-соціальної експертизи та медико-соціальним експертним комісіям, які беруть участь у здійсненні заходів щодо профілактики інвалідності; аналізують разом із лікувально-профілактичними закладами, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності, профспілковими органами умови праці з метою виявлення фактів, що негативно впливають на здоров'я і працездатність працівників, а також визначають умови та види діяльності, робіт і професій для хворих та інвалідів; стан здоров'я населення та організують проведення робіт з вивчення виробничих, медичних, психологічних, екологічних, соціальних причин виникнення інвалідності, її рівня і динаміки; складають та корегують індивідуальну програму реабілітації інваліда, в якій визначаються види реабілітаційних заходів та строки їх виконання, і контролюють ефективність її виконання [9].

#### Висновки

1. Рівень захворюваності на хронічні вірусні гепатити В і С стрімко зростає, як у світі в цілому, так і в Україні. Це призводить до зростання рівня інвалідності внаслідок цієї патології і до значних соціоекономічних втрат держави, адже хворіють на цю патологію переважно особи молодого, працездатного віку.

2. Для запобігання настання інвалідності та зниження існуючої інвалідності внаслідок хронічних вірусних гепатитів надзвичайно важливою є розробка заходів первинної, вторинної та третинної профілактики інвалідності, з урахуванням досягнень сучасної гепатології.

3. Активне впровадження розроблених заходів профілактики інвалідності на загальнодержавному рівні дасть змогу досягти покращання діагностики та лікування хронічних вірусних гепатитів, встановлення якості життя хворих, зниження рівня інвалідності внаслідок хронічних вірусних гепатитів.

#### Література

1. Єрмолова Ю. В. В Україні, як і у світі, – прихована епідемія вірусного гепатиту (за матеріалами [www.who.int](http://www.who.int), [www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua)) / Ю. В. Єрмолова // Український медичний часопис. – 2013. – № 4. – С. 31.
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2013 р. № 637 «Про затвердження Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року».
3. Малий В. П. Вірусний гепатит С / В. П. Малий // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2014. – № 4. – С. 11–16.
4. Андрейчин М. А. Етіотропна терапія хронічного вірусного гепатиту С / М. А. Андрейчин, Ю. М. Колесник, О. В. Рябоконт // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2006. – № 2. – С. 15–21.
5. Ведення хворих на гепатит С. Клінічні практичні рекомендації EASL (Європейська асоціація з вивчення печінки), 2011 р. // Гепатологія. – 2011. – С. 4–44.
6. Dore G. J. Hepatitis C disease burden and strategies to manage the burden / G. J. Dore, J. Ward, M. Thursz // Journal of Viral Hepatitis. – 2014. – № 21. – P. 1–4.
7. Asselah T. New directacting antivirals' combination for the treatment of chronic hepatitis C / T. Asselah, P. Marcellin // Liver Int. – 2011. – Vol. 31 (Suppl. 1). – P. 68–77.
8. Хронический вирусный гепатит С: современные стандарты терапии, перспективы применения новых противовирусных препаратов / М. Б. Щербинина, А. И. Головченко // Газета «Новости медицины и фармации» – Гастроэнтерология (429) 2012. ([www.mif-ua.com/archive/article/34481](http://www.mif-ua.com/archive/article/34481)).
9. Постанова Кабінету Міністрів України № 1317 від 3 грудня 2009 р. (Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 752 від 18.08.2010 р., № 762 від 20.07.2011 р., № 485 від 31.05.2012 р.) Питання медико-соціальної експертизи.

