

Вследствие повсеместной распространенности и высокой заболеваемости вирусные гепатиты представляют серьезную медико-социальную проблему для мирового здравоохранения. По данным ВОЗ 1/3 населения мира инфицирована различными видами гепатотропных вирусов. По экспертным оценкам имеется 400 млн. носителей вируса гепатита В (HBV) и 300 млн. носителей вируса гепатита С (HCV). В России, соответственно, 5 и 2 млн. носителей, из которых до 97,8% это лица в возрасте 19 – 39 лет (Шахгильдян И.В., 1999, 2008). Из общего числа инфицированных HBV не менее 1,1 млн. нуждаются в лечении (Покровский В.В., 2009). В тоже время на долю хронического вирусного гепатита С приходится более 70% всех хронических заболеваний печени. HCV является этиологическим фактором 40% случаев цирроза печени и 60-70% гепатоцеллюлярной карциномы (EASL International Conference of Hepatitis C, Paris, 1999).

Существенной особенностью эпидемического процесса в начале столетия является значительное снижение заболеваемости острыми гепатитами В и С на фоне которого развивается эпидемия хронических вирусных гепатитов (Шахгильдян И.В. и соавт., 2008). Так, по официальным данным, заболеваемость ОВГ-В снизилась с 35,34 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 2,81 на 100 тыс. в 2008 г., а ОВГ-С с 16,66 до 2,84 на 100 тыс., соответственно. При этом в период 1999 – 2007 гг. хронические формы вирусных гепатитов зарегистрированы у 592071 чел. В этот же период происходит изменение структуры заболеваемости в сторону все большего преобладания ХВГ-С — с 54,6% до 70,4% (Шахгильдян И.В. и соавт., 2008). и повышения удельного веса хронических микст-гепатитов, учет которых в масштабах страны ещё не налажен.

В Тюменской области показатели заболеваемости вирусными гепатитами стабильно в 2 раза превышают показатели по РФ (Чесноков Е.В., 2000; Ефимова Н.А., Бычков В.Г., Мефодьев В.В., 2007). С общими чертами эпидемического процесса за рассматриваемый период (2001—2008 гг.) в целом по стране: это и снижение заболеваемости острыми гепатитами (В с 54,88 до 5,64; С с 51,8 до 3,99 на 100 тыс. населения) и сохраняющийся высокий уровень регистрации хронических форм с существенным преобладанием хронического гепатита С и увеличением доли гепатитов сочетанной этиологии. Так, в структуре заболеваемости хронических вирусных гепатитов (обследовано 519 больных жителей г.Тюмени — Шонин А.Л., 2004) на долю гепатита С приходится 60,7%, гепатита В 22,6% и 17,7% микст-гепатитов С + В.

Спецификой Западно-Сибирского региона является его эндемичность по описторхозу. На Обь-Иртышский бассейн — самый крупный очаг описторхоза в мире — приходится не менее 80% случаев. Необходимо отметить, что проблема биогельминтозов также является глобальной. Риск заражения трематодами (описторхозом, клонорхозом) в

мире подвержено более 350 млн. чел. За последние 10-15 лет ежегодно регистрируется около 100 тыс. больных описторхозом (в России 40 тыс.), а общее число больных, по экспертным оценкам, составляет более 2 млн. В мире насчитывается приблизительно 18 млн. больных описторхозом.

На долю Тюменской области приходится более 40% всей заболеваемости описторхозом, показатели которой в 20 раз выше, чем по России в среднем. Так, в 2008 г. выявлено 4787 случаев инвазии (360,1 на 100 тыс.). Особенностью является неравномерность, мозаичность распределения заболеваемости на территории области (Степанова Т.Ф., 1998). Так, если в среднем описторхоз выявляется в 3,3-4,5%, то в некоторых районах удаленных от речных магистралей, пораженность населения очень низкая (десятые и даже сотые доли процента), а в Среднем Приобье заражено до 95% местных жителей. В Ханты-Мансийском автономном округе показатель заболеваемости колеблется в диапазоне от 805,5 в Нефтеюганском районе (г.Пыть-Ях) до 1504,3 на 100 тыс. в Советском районе. Среди больных преобладают взрослые – 82-89%. В структуре заболеваемости ежегодно возрастает доля городского населения (77%).

При такой крайне неблагоприятной эпидемической ситуации вполне ожидаем высокий процент сочетания описторхоза с вирусными гепатитами – от 6,59% до 14,3% случаев по данным разных авторов (Ефимова Н.А. и соавт., 2007; Подображникова О.К. и соавт., 1995). Данные исследования единичны и, по всей видимости, не отражают истинную картину.

Показано, что описторхоз отягощает течение острого вирусного гепатита. Еще в 1963 г. Р.М.Ахрем-Ахремович наблюдал, что ВГ при сочетании с описторхозом принимает хроническое течение, сопровождается рецидивирующей желтухой и нередко развивается цирроз печени. Отмечена большая частота среднетяжелых и тяжелых формы острого гепатита на фоне описторхоза (Белозеров Е.С., 1974; Моисеенко А.В. и соавт., 2006). При хронической инвазии усиливаются клинические проявления хронического вирусного гепатита, ухудшается ряд лабораторных показателей, возрастает риск развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (Белобородова Э.И., 1995; Пальцев А.И., 2000; Мигуськина Е.Н., 2000; Рачковский М.И., 2001; Соколов С.А., 2002).

Данные морфологических исследований немногочисленны и противоречивы. Продолобов Н.В., Зубов Н.А. (1964) выявили сочетание глубоких альтеративных процессов в паренхиме печени с ярко выраженной пролиферацией эпителия внутриспеченочных желчных протоков и запаздывание появления воспалительных

инфильтратов. Мигуськина Е.И. (2000) отмечает у больных с микст-патологией меньшую степень дистрофических и альтеративных изменений (некробиоза, некроза, постнекротических гранулем), но большую выраженность внутриклеточного и внеклеточного холестаза. Соколов С.А. (2002) установил усиление перипортального фиброза печени, более выраженная гидропическая, а в ряде случаев мелкокапельная жировая дистрофия и некрозы гепатоцитов, степени воспалительной инфильтрации. У больных с хроническим вирусным гепатитом В в сочетании с суперинвазионным описторхозом характерной особенностью является выраженный фиброз (Ефимова Н.А. и соавт., 2007). Установлено усиление репликации вирусов гепатитов В и С при суперинвазионном описторхозе (Крылов Г.Г., 2005).

Отягощающее влияние описторхоза на течение вирусных гепатитов обусловлено множеством патогенетических факторов инвазионного процесса. Так, описторхозная инвазия индуцирует нарушения иммунного статуса, зависящие от длительности, интенсивности инвазии, тяжести клинического течения описторхоза. Причем происходят нарушения в различных звеньях иммунитета — макрофагальном, клеточном, гуморальном (Белозеров Е.С., Шувалова Е.П., 1981; Постникова Т.Ф., 1979, 1982; Кашуба Э.А. и соавт., 1982, 1985, 1991; Гиновкер А.Г. и соавт., 1987; Лепехин А.В. и соавт., 1988; Степанова Т.Ф., 1988; Парфенов С.Б. и соавт., 1988, 1989; Легоньков Ю.А. и соавт., 1989; Зверева Л.И. и соавт., 1990; Шайн А.А. и соавт., 1991).

Выявлено снижение продукции интерферонов при хроническом описторхозе (Сунцов С.Н., Озерецковская Н.Н., Григорян С.С., 1991; Ильинских Е.Н. и соавт., 2008) более выраженное у больных с клинической реализацией инвазии, чем при латентном течении. Изучение продукции интерлейкина-1 (Марцинюк А.Ю. и соавт., 1992) выявило ее снижение у больных подострым и хроническим описторхозом.

Характерно, что не наблюдается устойчивой иммунореабилитации у больных хроническим описторхозом в отдаленные сроки после проведения эффективной антигельминтной терапии (Шайн А.А. и соавт., 1991; Рыбка А.Г. и соавт., 1991; Лукашова Н.В. и соавт., 1994; Яковлева В.В. и соавт., 1995; Степанова Т.Ф., 1998; Шонин А.Л., 1999).

Совместное воздействие многочисленных факторов инвазионного и вирусного этиологических агентов формирует своеобразный паразитоценоз: описторхоз — вирусный гепатит. Прогноз и исходы данного сочетания изучены недостаточно. Отсутствуют данные насколько существенно влияние каждого компонента на прогрессирование клинических и морфологических проявлений, эффективность

этиотропной терапии и возможности её оптимизации, частоту нежелательных явлений антигельминтной и противовирусной терапии, прогностических факторов формирования устойчивого вирусологического ответа.

Обзор. Подготовил Шонин А.Л. (г.Тюмень, 23.11.2009 г.)