



ПРОБЛЕМА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Вирусный гепатит С представляет собой актуальную проблему теоретической и клинической медицины. Несмотря на уменьшение доли пациентов с острой желтушной формой заболевания, количество заболевших хроническим гепатитом С остается значительным. Данная проблема вынесена для обсуждения в ходе заседания участников круглого стола в редакции журнала «Здравоохранение».

И. А. Карпов — член-корреспондент НАН Беларуси, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой инфекционных болезней БГМУ (модератор):

— Начиная с 2012 г. в подходах к диагностике и лечению ВГС-инфекции произошли существенные изменения.

Большой вклад в решение проблемы вирусных гепатитов в Республике Беларусь внесен профессорским составом кафедр эпидемиологии и инфекционных болезней (Н. Д. Коломиец, С. В. Жаворонок, В. М. Цыркунов, Н. В. Бондарева, В. М. Баран, А. В. Водопьян, А. А. Ключарева), клиническая и научная деятельность которых связана с этой проблемой.

Начиная с 2016 г. подходы к лечению гепатита С в Республике Беларусь значительно изменились. Связано это с тем, что в клиническую практику были внедрены препараты прямого противовирусного действия, которые обладают высокой эффективностью. Более того, стоимость лекарственных препаратов значительно снизилась, что позволило сделать данное лечение доступным. Вместе с тем, возникли вопросы, на которые в настоящее время следует обратить внимание. В основном они имеют организационный характер. Учитывая латентный характер течения ВГС-инфекции, до сих пор отсутствует точная информация о количестве инфицированных. Исходя из этого планируются дальнейшие мероприятия по дообследованию пациентов и закупке лекарственных препаратов. Отдельного внимания требует вопрос перелечивания пациентов, которые ранее получали лекарственные препараты прямого действия, и у которых лечение оказалось неэффективным. Такую работу в настоящее время время проводят, и она нуждается в усовершенствовании и постоянном контроле. Думаю, что наиболее эффективно можно решить существующие проблемы в рамках тесного взаимодействия разных специалистов: клиницистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения, хирургов-гепатологов.

Ирина Николаевна, поделитесь своим видением проблемы и возможными путями ее решения.

И. Н. Глинская, кандидат медицинских наук, доцент, зав. отделением профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов РНПЦ гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья:

— Начну с эпидемиологической ситуации. Если рассматривать проблему парентеральных вирусных гепатитов, то в настоящее время наблюдается определенная тенденция к снижению этого заболевания. Она обусловлена тем, что в первую очередь уменьшается количество острых случаев. В год регистрируется около 40–50 случаев гепатита С. Например, за I полугодие 2023 г. выявлены 23 случая. Думаю, что в целом они не оказывают значительного влияния на статистику гепатитов, потому что

речь идет о тысячах выявленных хронических случаях заболевания пациентов, 79 % из которых приходится именно на преобладающий гепатит С. Что влияет на эти тенденции, если говорить в общем? Отмечу очень важный момент: когда пациент излечен, он больше не является источником инфекции для других. Поэтому два инфекционных заболевания — ВИЧ-инфекция и гепатит С — это те заболевания, которые, излечивая, мы решаем важную проблему профилактики.

За последние десятилетия существенно снизилось количество случаев гепатита, связанных с оказанием медицинской помощи. Обращаю внимание, что это были не сотни случаев, а скорее десятки, но сейчас и их число уменьшается из-за внимания к проблеме безопасности оказания медицинской помощи. Важный момент, которому уделяется внимание, — это безопасное переливание крови, здесь происходят коренные изменения в положительную сторону. Стоит отметить, что гепатит С — это в определенной мере проблема всего населения, однако, в первую очередь, проблема определенных групп — людей с рискованным поведением. В частности, лиц, употребляющих наркотики, в том числе инъекционные, занимающихся коммерческим сексом и т. п. Наши программы профилактики, разработанные специально для этих групп людей, работают достаточно эффективно, однако хотелось бы, чтобы охват ими был больше. Но и на данном этапе уже есть результаты. Однако при гепатите С наблюдается много случаев, когда путь передачи болезни не установлен. Безусловно, свои плоды дает информационная работа с населением. В настоящее время важно перейти от знаний к мотивационным практикам. С помощью психологов доносить эти знания до людей, использовать их на практике. Это так или иначе будет оказывать влияние на эпидемиологический процесс.

Отмечу, что в странах Европы реализуется глобальная стратегия сектора здравоохранения, направленная на ВИЧ-инфекцию, гепатиты и ИППП. Эти три стратегии нуждаются в комплексных услугах как в плане выявления, так и в плане профилактики. В Беларуси среди групп повышенного риска эта практика уже начала осуществляться. Пациенты обследуются и получают комплексное лечение. Нам в этом плане нужно двигаться дальше, расширяя данный пакет услуг.

Если говорить о том, чего нам не хватает в рамках этой глобальной стратегии, то это эпидемиологические данные. Очень важно знать, сколько случаев всего в нашей стране, сколько пациентов прошли лечение, сколько вылечились эффективно. У нас этих данных в виде регистра нет. Более того, в нашей программе элиминации гепатита С, которая утверждена Минздравом, есть отдельный пункт, посвященный данному вопросу.

В связи с этим, надеемся, что в ближайшем времени он будет реализован. Это тот инструмент, который позволит более точно проводить эпидемиологическую диагностику и понимать, не только на основании общих данных, на какие моменты можно обратить внимание, чтобы достигнуть лучших результатов.

И. А. Карпов:

— Хочу попросить высказать свое мнение по обсуждаемой проблеме С. В. Жаворонка.

С. В. Жаворонко, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней БГМУ:

— История гепатита С как болезни началась в 1973 г. В 90-х годах XX в., когда я защищал докторскую диссертацию по двум специальностям: эпидемиология и инфекционные болезни, некоторые коллеги советовали убрать из названия работы «Гепатит С», так как в то время такое понятие было еще непривычно. Первых пациентов пытались лечить разными курсами интерферона, но тогда возникали определенные проблемы, хотя около половины этих пациентов удалось вылечить. Дальше появились препараты прямого действия. К настоящему времени пролечено достаточно много людей. Вначале общий список нуждающихся включал до 35 тыс. человек. Он по-прежнему солидный и этому не стоит удивляться. Ведь известно было не обо всех пациентах, а меры к их выявлению были предприняты активные.

В настоящее время перед нами стоит задача продолжить скрининг и отслеживать пациентов с таким заболеванием. Подчеркну, что скрининг необходим тотальный. У нас есть достаточное количество препаратов, они в большинстве своем недорогие и являются действенными.

Также организовано лечение пациентов с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Это самая сложная группа заболевших, так как при таком сочетании у пациентов может возникнуть несовместимость с препаратами, необходимыми для лечения. Активное лечение таких пациентов идет как в Минске, так и в регионах. Я противник

децентрализации в этом плане. Прослушав доклады российских коллег, которые проповедуют децентрализацию лечения, выяснил, что у них 5—10 % пациентов остаются с мутацией резистентности. В Беларуси это происходит реже. Рецидивы у наших пациентов также возникают реже. Если они все-таки возникают, мы их успешно перелечиваем. Однако стоит отметить, что необходимо индивидуальное наблюдение. Таким пациентам понадобится более частое обследование. Разумеется, ликвидировать проблему в ближайшее время нам не удастся, но нужно к этому стремиться. Россия пока лечит фиброз-3, фиброз-4 и то ограниченно, то есть каждый регион выделяет на это средства, в нашей стране мы лечим всех, поэтому наша ситуация одна из самых позитивных. Экономически это также очень выгодно — вместо того чтобы пересаживать печень, можно излечить десятки или даже сотни пациентов.

И. А. Карпов:

— Давайте продолжим обсуждение клинической части проблемы, которая существует в настоящее время. Попрошу высказаться и заострить внимание на наиболее проблематичных вопросах Дмитрия Евгеньевича.

Д. Е. Данилов, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней БГМУ:

— Полностью согласен с Ириной Николаевной, которая говорила об успехах диагностики гепатита С в определенных уязвимых группах. При этом имеющийся клинический опыт показывает, что в большом числе случаев гепатит С встречается не только у контингентов, которые являются первостепенными с точки зрения пристального внимания эпидемиологов. Необходимо подчеркнуть, что нет людей с индульгенцией от этого вируса, теоретически, никто не застрахован от инфицирования, в том числе и медицинские работники. Это очень принципиально, поскольку в таком случае существует возможность передачи вируса в сфере осуществления своей профессиональной деятельности.



Важно подчеркнуть участие государства в решении данной проблемы. Бесплатная терапия, поддерживаемая государством, с недавнего времени позволила снять остроту с этого вопроса. Как и любая другая терапия, она нуждается в улучшении и присоединении дополнительных инструментов. Ситуация в настоящее время значительно лучше, чем 15—20 лет назад, когда курс лечения стоил очень дорого, и эффективность лечения в то время значительно уступала нынешней. Говорить о решении проблемы еще рано. Встречаются факты, когда впервые приходят пациенты, которые инфицированы чуть ли не с начала 2000-х годов. Как такое могло произойти? В отдельных случаях пациент может говорить, что лечение ему не предлагалось. Однако очень часто пациенты сами не считали нужным лечить хронический гепатит С, отказываясь от медицинской помощи в связи с хорошим самочувствием на протяжении длительного времени. При этом иногда отсутствие изменений в биохимических показателях у пациентов совершенно не гарантирует отсутствия прогрессии фиброза в самой печени. К сожалению, некоторые пациенты впервые приходят к врачу с жалобами, которые как раз появляются при развитии цирроза печени. Необходима общая направленность действий как со стороны врачей, так и пациентов. Нужно улучшать эпидемиологический скрининг и медицинскую составляющую, решать вопросы с оказанием медицинской помощи в трудных случаях, однако все это осуществимо только при желании со стороны пациентов. И здесь нельзя не сказать о так называемом социальном иждивенчестве. Некоторые пациенты считают, что можно вылечиться практически в «домашних» условиях, не соблюдая при этом ни алгоритм визитов к врачу, ни выполнение определенных обследований. Со стороны пациента также должно быть адекватное отношение. В этом важную роль играет медицинское сообщество, которое, вне зависимости от специальности, должно объяснять пациенту суть имеющейся проблемы. И уж тем более не замалчивать ее. Когда проблема становится очевидной, становится поздно менять свое мнение, и тогда возникает потребность уже в совсем другом виде оказания медицинской помощи. Поэтому всем необходимо еще много работать, уделять внимание не только уязвимым группам. Надо провести гораздо более широкий скрининг, обеспечить преемственность между эпидемиологической службой и клиницистами. Я говорю о создании регистра, который будет учитывать всех нуждающихся в таком лечении. Во-первых, это позволит улучшить эпидемиологическую составляющую. Во-вторых, позволит системе здравоохранения лучше планировать перспективы лечения, оптимизацию закупок современных лекарственных средств и выделения категорий пациентов, требующих скорейшего начала противовирусной терапии. Еще раз хочу отметить, что мы находимся на другом этапе по сравнению с ситуацией 2000-х, но несмотря на все успехи, это не повод расслабляться, потому что проблема еще не решена.

И. А. Карпов:

— Светлана Петровна поделится своим мнением.

С. П. Лукашик, доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней БГМУ:

— Хотелось бы вернуться к одной из заявленных целей ВОЗ — добиться к 2030 г. элиминации вирусного

гепатита С. Такая возможность есть благодаря появлению и внедрению в практическое здравоохранение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия, обладающих высокой эффективностью. Насколько успешны предпринимаемые усилия и что можно усовершенствовать для более быстрого достижения поставленной цели вытекает из эпидемиологических данных, которые прослеживаются в динамике, начиная с 2015 г.

Так, по данным ВОЗ, в 2015 г. было зарегистрировано около 63 млн лиц с хронической ВГС-инфекцией. К 2022 г. количество случаев снизилось до 58 млн. По оценкам, за этот период было вылечено 8,7 млн пациентов, однако ежегодно продолжают регистрироваться новые случаи инфицирования (около 1,5 млн в год) и смерти от множественных причин (за этот период около 5,5 млн).

Такая же тенденция прослеживается и в Европейском регионе, где по данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний, в 2022 г. насчитывалось 2,4 млн лиц с хронической ВГС-инфекцией, с оговоркой, что данные эпидемиологического надзора далеко не полные. По оценкам, в странах Восточной Европы распространенность заболевания выше. Частота новых диагнозов ВГС в Европе примерно в 2 раза выше у мужчин, чем у женщин, и достигает пика в возрасте от 25 до 44 лет, что отличается от эпидемиологических данных 2015 г.

Отсутствие эффективной вакцины при продолжающихся случаях инфицирования, вовлечение в процесс людей молодого трудоспособного возраста, и в то же время наличие эффективной противовирусной терапии могут ускорить темпы элиминации ВГС за счет более высокого охвата населения скринингом, ускорения темпов диагностики заболевания и включения пациентов в лечение.

В качестве примера, в отдельных странах уже введен всеобщий скрининг на ВГС-инфекцию лиц, достигших 18 лет и старше, однократно, а в группах высокого риска инфицирования предусмотрено повторное тестирование по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Четкое представление о количестве ВГС-инфицированных в стране позволит планировать закупки лекарственных противовирусных препаратов.

Возвращаясь к ликвидации ВГС-инфекции в Республике Беларусь, хочу подчеркнуть, что имеются для этого все возможности. В стране зарегистрированы лекарственные препараты прямого действия и даже возможность бесплатного лечения пациентов. Если к этому добавим наши знания о количестве таких пациентов в целом по республике, то можно более эффективно включать их в терапию, которая в настоящее время благополучно реализуется.

И. А. Карпов:

— Дмитрий Вадимович, выскажите свою точку зрения по клинической части.

Д. В. Литвинчук, кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней БГМУ:

— Существующее в наши дни лечение очень эффективно. Назначение противовирусного лечения гепатита С практически всегда равносильно выздоровлению. Но проблема заключается в том, что мы не обладаем информацией, какие пациенты нуждаются в противовирусном лечении в первую очередь. Считаю, что наши

усилия должны быть направлены на то, чтобы исправить данную ситуацию. В первую очередь необходимо знать, сколько всего пациентов с вирусным гепатитом С. Выступившие до меня коллеги уже затронули тему регистра. В настоящее время создание подобного инструмента является одним из принципиальных моментов. Забегу вперед, сказав, что придется в последующем наблюдать также уже вылеченных пациентов. Например, каким образом распознать рецидив инфекции после лечения и отличить его от повторного инфицирования? Что делать после лечения с пациентами со стадиями фиброза F3—F4 (или циррозом печени)? За ними также необходимо вести наблюдение, и в таком случае регистр должен включать не только тех, кого мы будем лечить, но и тех, у кого болезнь может возобновиться.

Следующее — это скрининг. Рано или поздно будет принята стратегия универсального скрининга, которая достаточно эффективна. Это в свою очередь может привести к изменению общественного мнения о данной инфекции, поскольку в настоящее время определенная «стигматизация» заболевания все еще существует. Частое выявление и лечение пациентов с данным заболеванием будет способствовать тому, что ВГС-инфекция станет через некоторое время «рутинной» для системы здравоохранения. Настало время отойти от стереотипов, согласно которым вирусным гепатитом С болеют в большей части люди с определенными социальными факторами риска. Но для этого необходим универсальный скрининг всего взрослого населения и повторный скрининг у лиц, подверженных определенным факторам риска. В качестве примера — исследование на сифилис, которое при госпитализации в стационарах стало общепринятым явлением.

После того, как в процессе скрининга выявляются антитела, нам нужно провести ПЦР-тест. Считаю, что необходимо сделать ПЦР более широким и доступным. Гепатитом С можно болеть не один раз, а у ранее болевших (и вылеченных) пациентов использование антител для скрининга более невозможно. Значит, спустя некоторое время ПЦР-исследование будет использоваться у некоторой категории пациентов в качестве скрининга. Поэтому его необходимо сделать доступным, и держать данный вопрос под постоянным контролем.

Далее — определение генотипа вируса гепатита С. Как мы все представляем, и как это отражено в общепринятых клинических рекомендациях, возрастает роль так называемых пангенотипных противовирусных препаратов, при использовании которых якобы можно отказаться от определения генотипа вируса. Тем не менее это не всегда возможно. К примеру, необходимо учитывать некоторые особенности распространения того же 3-го генотипа в наших условиях (его больше, чем во многих других странах), мы не сможем полностью отказаться от генотипирования у пациентов с выраженным фиброзом печени, используя схемы, включающие софосбувир в сочетании с даклатасвиром.

Следующий этап — определение стадии фиброза. В некоторых случаях знание стадии фиброза печени не только помогает правильно подобрать длительность лечения, но и понять, как взаимодействовать с пациентами после их выздоровления от вирусного гепатита С. Возможно, кто-то подлежит снятию с учета, а у кого-то ситуация требует потенциально пожизненного диспан-

серного наблюдения. Являясь ключевой составляющей дообследования до начала лечения, данный момент также необходимо взять на контроль, чтобы в дальнейшем у нас была возможность лечить как можно больше пациентов.

Необходимо упомянуть так называемые особые группы пациентов, в популяции которых лечение должно быть начато практически одномоментно, быть постоянным и непрекращающимся. Это категории пациентов, имеющие определенные факторы риска, которые могут поддерживать циркуляцию вируса внутри своего замкнутого «коллектива». К ним относятся пациенты с ВИЧ-инфекцией, а также пациенты, заключенные в тюрьмах. Данные группы пациентов должны получить особое внимание.

Последнее, на чем хотелось бы акцентировать внимание, — это клинические рекомендации. Напрашиваются аналогии с проблемой антибиотикорезистентности и резистентности ВИЧ-инфекции. В историческом аспекте, появление первых антибиотиков вызвало своего рода эйфорию и казалось, что все инфекции будут побеждены. Полагаю, что сейчас мы также пребываем в некоторой эйфории, только связана она с гепатитом С. Возможно, придет время, когда место генотипов вируса, которые распространены сейчас, займут те, которые имеют первичную резистентность к противовирусным препаратам. И нам нужно приложить все усилия, основываясь на почти столетнем опыте применения антибиотиков, чтобы такого не допустить. Личное отношение к клиническим рекомендациям может быть различным, но следует понимать, что данные клинических протоколов — это лучшие данные, имеющиеся в настоящее время в нашем распоряжении. Поэтому приверженность врачей-специалистов к лечению вирусных гепатитов по клиническим протоколам должна быть высокой.

И. А. Карпов:

— Мария Александровна, во многом данная патология связана с вашей деятельностью. Начиная с 2008 г., когда были начаты первые пересадки печени в Республике Беларусь, у многих пациентов появилась жизненная перспектива, которой не было раньше. Это событие стало чрезвычайно значимым для республики. Предполагаю, что врачи-инфекционисты знакомы с этой проблемой и для них она не менее значима, чем для хирургов-трансплантологов.

М. А. Фролова, врач-хирург отделения трансплантации ГУ «МНПЦ ХТuГ»:

— В настоящее время препараты прямого действия дают людям больше шансов для выздоровления. До 2014 г. была совершенно иная ситуация: большинство людей в листе ожидания трансплантации печени составляли пациенты с ВГС-циррозом печени. До 77 % пациентов, которые брались на пересадку печени, поступали именно с таким циррозом. После трансплантации 90% составляли пациенты с активным гепатитом С с большими вирусными нагрузками. В эру интерферонов мы могли проводить противовирусную терапию и проводили ее согласно стандартам после развития фиброза. На фоне применения интерферонов совместно с иммуносупрессивными препаратами у определенной категории пациентов развивались тяжелые дисфункции трансплантатов, а также циррозы трансплантата.

Статистика за 2010—2011 гг. свидетельствовала о том, что не менее 28 % трансплантируемых составляли пациенты с циррозом С. Самый пик наблюдался в 2014 г., когда 45,5% трансплантированных пациентов составляли люди с циррозом вирусной С-этиологии.

С появлением препаратов прямого действия помощь стала более доступной, пациенты стали лечиться самостоятельно или пользоваться помощью государственной программы. Пациенты, которые попадают к нам в отделение с тяжелыми циррозами по приказу Минздрава, получают терапию в первую очередь. В связи с этим, значительно изменилась структура листа ожидания. Снизилось количество пациентов, нуждающихся в лечении. В 2020 г. они составляли 26 %, в настоящее время, согласно статистике, их не более 22 %. При этом часть таких пациентов при попадании в лист ожидания являются декомпенсированными. Они по своим объективным причинам еще не прошли противовирусную терапию. Но во время ее прохождения их показатели улучшаются и у них начинает увеличиваться период до необходимых показаний к пересадке органа. Если брать более свежие данные, то в 2022 г. и 2023 г. количество протрансплантированных пациентов с ВГС составляло всего 17 %. То есть, мы наблюдаем отчетливый положительный эффект от проводимой терапии. Все пациенты, которые идут на трансплантацию печени, имеют стойкий вирусологический ответ. Это является гарантом безопасности, кстати, и для самого хирурга.

У современных препаратов нет противопоказаний по применению совместно с иммуносупрессивными лекарственными средствами. Пациенты получают препараты в до и постоперационном периоде. Мы можем работать даже с пациентами, которые находятся на противовирусной терапии и в стадии декомпенсации. Это требует перерывов в терапии, приблизительно 1—2 сут, но не оказывает влияния на ее эффективность. Очень редко после терапии возникает рецидив. За все время моей практики их было всего три. Это пациенты, у которых рецидив вирусного гепатита С возник после применения препарата прямого действия. Один из них проявился еще до пересадки.

То, с чем мы сталкиваемся в настоящее время, можно воспринимать как так называемые звоночки. Например, у пациента пролечен вирусный гепатит С, но остается цирроз, и он может прогрессировать даже без наличия заболевания. Существует разновидность гепатоцеллюлярных карцином (ГЦК) на фоне цирроза. Значительная часть пациентов, которые оперируются по поводу циррозов вируса С, — это пациенты с ГЦК.

И. А. Карпов:

— О своем видении проблемы расскажет Олег Анатольевич Скрипко.

О. А. Скрипко, заместитель главного врача по амбулаторному разделу работы Минской городской клинической инфекционной больницы:

— Лечение гепатита С у нас проводится как среди населения вообще, так и прицельно среди некоторых определенных контингентов, а именно ВИЧ-инфицированных пациентов. В значительном количестве случаев они инфицированы еще и гепатитом С. Такие пациенты пребывают также и в системе исполнения наказаний МВД. Но ВИЧ-инфекция успешно лечится и в пенитенциарной системе. Пациенты освобождаются уже с подав-

ленной вирусной нагрузкой и больше не являются опасным источником заболевания для других. Чего нельзя сказать про пациентов с гепатитом С. Мы сотрудничаем с МВД и пытаемся помочь им решить данную проблему. Для пенитенциарной системы был построен новый госпиталь, его руководство начало активно работать над созданием диагностической базы. Мы им в этом всячески способствуем, поэтому, думаю, потенциал для решения здесь определенно есть.

Хочу остановиться на организационных вопросах, которые касаются нормативной базы лечения гепатита С. У нас есть план «Элиминации вирусного гепатита С в Республике Беларусь», утвержденный министром здравоохранения. Но если просмотреть список заболеваний в этом плане, при которых человеку положено бесплатное лечение на амбулаторном этапе, то можно заметить, что там прописано лечение только для детей до 18 лет. То есть видны определенные нестыковки в нормативной базе. Вероятно, это возникло из-за невозможности на этапах разработки проекта предвидеть стоимость лекарств, нагрузку на государственный бюджет, возможность государства снабжать людей необходимыми лекарствами. Однако в данное время с этим проблем нет, и нужно пересмотреть эти нормативные документы. За счет централизованных государственных закупок приобретается примерно 6 тыс. 12-недельных курсов на страну в год. Такое количество сложилось эмпирическим путем, исходя из тех пациентов, которые находятся в поле зрения здравоохранения, и наличия подготовленных специалистов. Вернемся к нашему регистру. Для того чтобы отследить судьбу каждого пациента, необходим регистр серопозитивных пациентов по гепатиту С, который также будет полезен при планировании количества производства лекарственных средств.

Еще один очень важный вопрос — подготовка специалистов. Сложно предположить, какое количество врачей необходимо в данной сфере. Может хватить тех, кто есть, а может необходимо воспитывать новые кадры. Согласен с Сергеем Владимировичем, что не нужно вводить децентрализацию на данном этапе развития этой проблемы. Важно подготовить специалистов. В тех регионах, где врачам хватает квалификации и знаний, уровень излечения достигает 98—99 %. Этот показатель и нужно дальше поддерживать. Если говорить о Минске, то здесь лечится более 1 тыс. пациентов в год. Пациенты обследуются по определенному алгоритму: «подготовленный» больной попадает в консультативный диспансерный кабинет по вирусным гепатитам и ему назначают лечение и осуществляется контроль над его выполнением. В больнице около 99 % случаев успешного лечения.

И. А. Карпов:

— Святослав Олегович, Вам — слово.

С. О. Вельгин, кандидат медицинских наук, зам. главного врача по медицинской части Минской городской клинической инфекционной больницы:

— По сравнению с другими странами Беларусь достигла больших успехов. Наша страна проделала длинный путь с 2017 г. Видимый прогресс достигнут благодаря плану «Элиминации вирусного гепатита С в Республике Беларусь», то есть поддержке на государственном уровне. В настоящее время мы держим удар: сколько пациентов у нас появляется, столько мы и лечим. Но этого на данный момент недостаточно. Во многом

наши проблемы упираются в дефицит достоверной информации. У нас отсутствует регистр и точная информация из поликлиник о количестве инфицированных вирусным гепатитом С.

Еще одна составляющая — дефицит в кадрах — не хватает инфекционистов. Нетрудно понять, что один кабинет в городе на базе инфекционной больницы не может закрыть потребности большого города. Конечно, нужны помощники на местах, но это могут быть не только врачи-инфекционисты. С помощью методического руководства выполнить необходимые исследования и подготовить пациента может и врач общей практики. Также хочу отметить недостаточное взаимодействие с санэпидемслужбой. Несмотря на то что некоторая работа все-таки проводится, хотелось бы объединить эти усилия в одном направлении, в которое будет входить осуществление совместных проектов, в том числе и кадровых, организация направления научных исследований с практическим выходом повышения эффективности работы по диспансеризации гепатита С.

Очень важен вопрос информирования населения. Мы уже говорили о том, что патерналистская модель здравоохранения не очень эффективна, соответственно, население должно быть проинформировано. Я также поддерживаю борьбу со стигмой. Понятно, что большинство пациентов с гепатитом С не являются группой риска. Поэтому важный аспект — это работа с населением. Нужно информировать людей, так как многие не знают или знают, но не верят, что этот вопрос можно решить.

Очень жаль, что среди нас нет представителя фармакологии (РУП «Белфармации»). С одной стороны, мы все боимся коррупционных вопросов, с другой стороны, большая работа проводилась фармакологическими компаниями, которые подчеркивали эффективность лечения среди населения и медицинских работников. Данный раздел работы ведется недостаточно.

И. А. Карпов:

— Своими впечатлениями о том, на каком уровне находится развитие данной проблемы и какая помощь требуется в этом вопросе, поделится Игорь Викторович.

И. В. Юркевич, председатель комитета по здравоохранению Мингорисполкома:

— Вначале отмечу, что много делается в инфекционной службе, которая теперь воспринимается как служба, занимающая в системе здравоохранения очень важное место. Если рассматривать проблематику гепатита С на уровне Минска, то каких-то вершин айсберга мы уже достигли, но не думаю, что в ближайшем будущем приблизимся к его подводной части.

Согласно официальной статистике за 11 месяцев 2023 г., был выявлен 1131 случай заболевания. В прошлом году таких случаев было 653. Такую разницу можно объяснить тем, что фокус внимания был смещен на другие, не менее важные проблемы, поэтому мы не должны упускать из виду ситуацию с данным заболеванием. Очень остро стоит вопрос скрининга, диагностических мероприятий не столько в инфекционной службе, сколько во врачебной поликлинической сети, включая места, где отсутствуют врачи-инфекционисты, то есть это образовательные мероприятия по общеврачебной сети, профилактические мероприятия среди населения, противоэпидемические мероприятия с частным медицинским и государственным сектором.

Огромное количество негосударственных медицинских центров, организации, которые оказывают косметические услуги, не всегда понимают, где можно получить объективную информацию о том, как обрабатывать тот или иной инструмент. И наше пристальное внимание совместно с эпидемиологической службой будет обращено на это. Кстати, вопрос качества оказания косметических услуг организациями разных форм собственности находится на контроле в мэрии.

Что касается вопросов дефектов стерилизации. До конца этого года будет переоснащено все дезинфекционно-стерилизационное оборудование в системе города. На это выделено 15 млн бел. рублей. Есть интересные наработки и образцы оборудования, которые производят наши и российские предприятия. Мы встречались с представителями Российской Федерации, которые делают неплохое оборудование по целому ряду направлений, и оно ничем не уступает по качеству европейскому.

Еще одна проблема, требующая внимания, — это проблема утилизации отходов. Сейчас в планах есть разработка типовых подходов, определенной инструкции по утилизации, приобретение утилизаторов медицинских отходов. Необходимо разработать полный цикл движения отходов, начиная от их обеззараживания, заканчивая утилизацией. Это направление будет развиваться.

Остается актуальным вопрос ранней диагностики ГЦК. Уже есть определенные подвижки. Теперь в Республиканском центре на функциональной основе на базе 10-й городской клинической больницы проводится консультация больных, а также в инфекционной больнице с центром гепатологии, ГУ «МНПЦ ХТИГ». Продвигаются возможности своевременной диагностики заболеваний и последующей оценки врачами общей практики состояния пациента и направления его на лечение. При этом не будет тратиться время на определение, например, стадии заболевания пациента. Существуют исследования, которые могут использоваться для своевременного выявления контингента с подозрением на ГЦК.

В полном объеме профинансируется создание городского регистра. В этом году мы сможем это реализовать. Нет проблем и с охватом терапией, финансированием необходимого количества курсов лечения для пациентов. А также делается все возможное, чтобы все нуждающиеся в лечении люди были пролечены.

В лабораторной диагностике применяются те же подходы. ПЦР-диагностика может осуществляться на базах тех лабораторий, которые в Минске хорошо протестированы во время ковида. Их возможностей достаточно. Лабораторно-инфекционная служба должна быть мобильной, чтобы быстро подстраиваться под меняющуюся эпидемиологическую ситуацию.

И. А. Карпов:

— Уважаемые коллеги, в заключение давайте дополним свои сообщения, зададим вопросы коллегам и выскажем пожелания участникам дискуссии. Это очень хорошо, когда все находят между собой общий язык, констатируют плюсы и освещают те вопросы, которые необходимо решить.

И. Н. Глинская:

— Хотела бы сказать, что в данный момент наши инфекционные службы находятся на том этапе, когда мы практически радикально пересматриваем наши документы. Хочу поблагодарить Дмитрия Евгеньевича,

Олега Анатольевича и всех коллег, которые так или иначе принимают участие в этом процессе. Мы находимся в постоянных переговорах по поводу того, как улучшить эту систему, которая будет влиять и на лечение, и на выявление, и на профилактику данного заболевания. Думаю, что те моменты, которые обсудили, в частности в плане диагностики и изменения тактики диагностики, могут лечь в основу этих документов. Нам надо обязательно в другом формате вернуться к этому вопросу и обсудить его.

Что касается эпидемиологической диагностики, для нас это очень важный вопрос. Современный инструмент помог бы нам не ретроспективно, а оперативно позволить провести диагностику. Мы все об этом уже говорили, но повторюсь, насколько важен современный регистр. Не только в Минске, но в целом в республике. Могу сказать, что он нам нужен не завтра, он нам нужен еще вчера.

Д. Е. Данилов:

— Не могу не дополнить насчет централизации. Нельзя не акцентировать внимание на словах коллег, которые говорили, что в Минске имеются определенные трудности в оказании медицинской помощи группе пациентов, нуждающихся в противовирусной терапии ВГС-инфекции. Поэтому в данном контексте хотелось бы вернуть опыт альтернативы бесплатному лечению. Оно должно осуществляться не бесконтрольно, а только по рецепту и под контролем специалистов. При этом, вероятно, должна быть возможность лечить ВГС не только на базе консультативно-диагностического кабинета по вирусным гепатитам, но и в поликлиниках по месту жительства теми специалистами, которые способны обеспечить необходимую консультативную помощь в соответствии с имеющимся клиническим протоколом. Появление препаратов прямого действия в аптеках поможет увеличить охват лечением и снимет некоторые этические вопросы, связанные с нежеланием отдельных пациентов проходить процедуру получения лекарств за средства бюджета. Сами понимаете, что у некоторых пациентов с этим связаны определенного рода комплексы, а мы всячески должны бороться со стигматизацией гепатита С. Кроме того, это связано с желанием отдельных пациентов «лечиться вчера». То есть, если определенный пациент записан на консультацию через две недели или через четыре, а пациент хочет начать завтра, то ему просто необходима возможность реализации его желания. Еще раз подчеркну, что это должно быть в качестве альтернативы, а не в качестве замены лечения с финансовой поддержкой государства. У человека должен быть выбор.

Возвращение лекарственных средств в аптеки позволит уменьшить нагрузку на бюджет и будет иметь важное эпидемиологическое значение, поскольку каждый не пролеченный пациент может инфицировать других. Чем раньше и больше пациентов будет избавлено от вируса, тем лучше будет контролироваться эпидемиологический процесс в дальнейшем.

И еще, здесь много говорилось о массовом скрининге: вопросы массового скрининга могли бы получить новый импульс в свете развития страховой медицины. У крупных предприятий, оказывающих страховые услуги в виде социального бонуса, имеется такая возможность. Например, призыв пройти обследование на вирусные

гепатиты за счет работодателя: боюсь говорить о дополнительных финансовых затратах на лечение, но, может, хотя бы, выявить среди работников лиц, нуждающихся в дальнейшем оказании лечебной помощи в рамках существующего законодательства. Предоставление такой возможности оказало бы существенную помощь системе здравоохранения и улучшило бы здоровье отдельного трудового коллектива.

О. А. Скрипко:

— Услышал от Игоря Викторовича, что все-таки будет городской регистр, и проникся оптимизмом. Аптеки и коммерческие учреждения должны понимать, смогут ли они продать эти лекарства. Покупаются лекарства также через РУП «Белфармация». У нас есть возможность показать им то, что спрос будет у определенного контингента пациентов. У нас будут знания, статистические цифры, большие объемы пролеченных больных, соответственно торги на электронной торговой площадке, где осуществляется закупка лекарств, будут проходить эффективнее. Почему у нас задержки с поставкой лекарств? Отчасти потому, что закупаемые объемы пока небольшие, а чем больше объемы — тем больше прибыли и заинтересованность.

С. О. Вельгин:

— Хотел бы поддержать коллег в том, что движение по мосту должно быть с обеих сторон. Не только поставители здравоохранения, но и население должно быть заинтересовано в решении проблемы. Люди должны доверять системе и все источники, которые им доступны, необходимо задействовать, в том числе частные центры. В аптеках целесообразно иметь лекарства, чтобы любой доктор мог выписать их для лечения вирусного гепатита С. Конечно для этого надо провести большую работу. Понадобится создание организационно-методического отдела или кабинета не только на уровне города, но и на уровне страны. Это касается таких актуальных инфекций, как вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция и др. Я думаю, что совместными усилиями мы вместе решим проблему элиминации гепатита.

С. В. Жаворонок:

— Самое главное, что нужно сделать, это довести до высшего руководства проблемы, которые существуют. Первое — это регистр. Эпидемиологический регистр как региональный, так и общереспубликанский должен быть. В нем должны быть указаны пациенты, которые уже вылечены от гепатита С, и те, которые еще не пролечены. Единственное, что следовало бы сделать больше, чем рекомендует ВОЗ, это скрининг. Даже после лечения должен осуществляться скрининг этих пациентов. Следующее — еще в старом приказе № 66 были указаны все группы риска. Пациентам из этих групп нужно проводить тотальный скрининг в первую очередь, а также в закрытых коллективах, тюрьмах, где не должны активно распространяться заболевания. Невозможно контролировать таких пациентов. Как известно, они являются активными распространителями заболевания. Учитывая, что желтеет только 1 из 10 пациентов, это часто находится за пределами нашей информированности. Отсутствие вакцины сейчас тоже имеет место. Следующий момент — фиброскан. Необходимо поставить хотя бы один в городском диагностическом центре. Его бы вполне хватило на все наши нужды. В городе большая проблема с поликлиниками. В настоящее время

туда поступают пациенты, которые находятся в разном, в том числе плохом состоянии, и мы всех лечим. В поликлиники переданы методологические пособия с инструкциями, но пока они не полностью выполняются. Это наше узкое место — подготовка пациентов. В среднем четверть пациентов возвращаются обратно на дообследование. Еще одна проблема связана с вирусными гепатитами В. Хотелось бы шире приобретать для лечения тенофовир. И последнее, необходимо иметь препараты против гепатита D. Нельзя забывать и об этой категории пациентов.

С. В. Лукашик:

Снижение заболеваемости ВГС-инфекцией и полная ликвидация этого заболевания возможны, если будет опора на полноценный скрининг, своевременную диагностику и включение этих пациентов в лечебный процесс, на отслеживание осложнений цирроза: декомпенсации и ГЦК. При тесном взаимодействии всех медицинских служб в Республике Беларусь для этого есть все возможности.

М. А. Фролова:

— Мне бы хотелось сказать спасибо за то, что мы тесно сотрудничаем с инфекционистами. Благодаря своевременному лечению, правильному подбору схем, мы видим по статистике гораздо меньшее количество пациентов с тяжелым циррозом вирусной этиологии. Несмотря на то что в Минске ситуация позитивная, в районах она порой другая. Когда приезжают пациенты из регионов, мы назначаем им ПЦР, когда они приезжают без нее. Иногда трудно доступна КТ-ангиография, но она необходима, потому что на фоне цирроза не все опухоли являются АФП-чувствительными. Нужно проводить профилактическую беседу со специалистами районов, довести до их сведения: если у пациента на УЗИ выявлено какое-то образование, но при этом альфа-фетопротеин в норме, то его все равно необходимо отправить на КТ-ангиографию. Это позволит своевременно выявить заболевание. На данный момент — это то, что мы можем решить своими силами.

Д. В. Литвинчук:

— Рано или поздно круг специалистов, назначающих лечение, необходимо будет расширять. Можно быть сторонником или противником централизации, децентрализации, но это неминуемый процесс. Считаю, что нам необходимо его контролировать, его нужно направить в правильное русло, в связи с чем необходим диалог с теми специалистами, которые обследуют пациентов. Нужно обсудить, каким образом он будет проводиться. Например, почему бы нам не приглашать врачей, которые этих пациентов готовят? Пусть посетят кабинет и поучаствуют в назначении противовирусного лечения, поскольку во многих случаях недообследование происходит из-за непонимания, зачем это нужно. Необходимо проводить постоянную работу с коллегами, которые занимаются курацией этих пациентов. Возможно, в последующем часть из них будет назначать лечение самостоятельно.

И. А. Карпов:

— Уважаемые коллеги, большое спасибо за состоявшийся разговор. Каждый имел возможность высказаться и поделиться тем, что считает важным. Подведу итоги всего вышесказанного.

Начнем с хорошего. Сергей Владимирович правильно отметил, что большая часть ранее выявленных пациентов с ВГС-инфекцией уже пролечена. Во всех выступлениях прозвучало, что нам необходимо расширять скрининг. С этим я также полностью согласен.

Есть определенные успехи и на пути к элиминации ВГС-инфекции: очень много пациентов уже пролечено. Поэтому, по мнению наших коллег-трансплантологов, количество трансплантаций, связанных с ВГС-инфекцией, сократилось втрое. Благодарю Марию Александровну за освещение важного вопроса, связанного со скринингом ГЦК.

Хочу акцентировать внимание на простой истине: каждый должен заниматься своим делом. Например, уже была попытка создать регистр пациентов с ВГС-инфекцией. В эту работу было вложено много сил, однако она себя пока не оправдала. Может это произошло потому, что разработчики хотели охватить все и сразу. Это не самый правильный путь решения проблемы, и я хочу заострить на этом ваше внимание. Мои коллеги вложили в эту работу много сил и времени. На создании регистра необходимо сосредоточиться тем, кто имеет достаточную компетенцию для этого и закончить эту работу.

Важный вопрос касается заявок из регионов. Регионы очень отличаются между собой, в каждом из них сформировалась своя уникальная эпидемиологическая ситуация. Хотелось бы, чтобы итоги нашей дискуссии дошли до руководителей управлений по здравоохранению областей.

Также очень важно налаживание скрининга и максимального охвата пациентов лечением. Разумеется, мы должны помогать социальным группам. Это в первую очередь касается тех людей, которые действительно находятся в сложной материальной ситуации. Однако и в продаже необходимые лекарства должны быть. Часть пациентов с ВГС-инфекцией предпочитают лечиться за собственные средства, и мы должны дать им такую возможность. Чем нам в этом помогла централизация? Во-первых, обеспечила организованность работ на начальном этапе. Во-вторых, помогла расширить свои знания специалистам, которые работают в данном направлении.

Еще один момент — наша основная задача сейчас состоит в том, чтобы не дать развиваться резистентности. К решению данного вопроса следует привлечь опытных специалистов. Хочу поблагодарить за сотрудничество в этом направлении коллег из РНПЦ «Эпидемиология и микробиология» за определение резистентности вируса к лекарственным препаратам.

Игорь Викторович и Марина Александровна правильно упомянули об актуальности прогрессирования процесса, вызванного вирусом, и формирование ГЦК. В настоящее время существуют методики для скрининга.

Необходимо следовать национальным клиническим протоколам: проводить перечисленные в них диагностические мероприятия и назначать схемы лечения с учетом генотипа вируса, стадии фиброза и анамнестических данных (лечился ли пациент ранее). Это позволит избежать неэффективности лечения и развития резистентности вируса.

*Подготовила Е. Кудро.
Фото Н. Гелжец.*