

Уровень компетентности врачей разных специальностей в вопросах эпидемиологии, исходов, профилактики и лечения хронических гепатитов В и С

Барамзина С.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Киров, Россия

Контактный адрес:
Светлана Викторовна Барамзина
Эл. почта: sw3837@mail.ru

Ключевые слова: хронический гепатит В и С, эпидемиология, профилактика, противовирусная терапия.

Цель. Оценить уровень компетентности врачей разных специальностей в частных вопросах эпидемиологии, исходов, профилактики и лечения хронических гепатитов В и С.

Материалы и методы. Анонимное анкетирование проведено среди 120 врачей г. Кирова и Кировской области со стажем работы по специальности от 8,1 до 18,6 лет. Из них врачи-педиатры составили 41,7% (n=50), врачи акушеры-гинекологи – 35,8% (n=43); врачи-стоматологи – 22,5% (n=27). Анкета включала 20 вопросов о социально-демографическом и профессиональном статусе респондента, а также вопросы по эпидемиологии, исходах, профилактике, диагностике и особенностях противовирусной терапии хронических гепатитов В и С у взрослых и детей.

Результаты. Выявлено, что врачи разных специальностей не имеют систематических и всесторонних знаний по проблеме хронических вирусных гепатитов В и С. Интернисты в достаточной степени осведомлены в вопросах, касающихся диагностики и профилактики гепатита В и С, диспансерного наблюдения за больными хроническими гепатитами В и С, но малокомпетентны в частных вопросах эпидемиологии, режимов специфической профилактики у детей из группы риска по гепатиту В, современной терапии хронических гепатитов В и С (особенно педиатры и акушеры-гинекологи). Самый низкий уровень компетентности был выявлен при обсуждении противовирусной терапии хронического гепатита С.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости постоянной актуализации среди врачей первичного звена (педиатров, акушеров-гинекологов, стоматологов) частных вопросов эпидемиологии, специфической и неспецифической профилактики и, особенно, современной противовирусной терапии хронических гепатитов В и С.

Level of physicians' awareness of epidemiology, outcomes, prevention and treatment of chronic hepatitis B and C

Baramzina S.V.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia

Contacts:
Svetlana V. Baramzina
E-mail: sw3837@mail.ru

Key words: chronic hepatitis B and C, epidemiology, prevention, antiviral therapy.

Objective. To evaluate a level of physicians' awareness of the specific issues of epidemiology, outcomes, prevention and treatment of chronic hepatitis B and C.

Materials and methods. The anonymous questioning was performed among 120 physicians (record of service in a given specialty ranged from 8.1 to 18.6 years) in Kirov city and region. The participants were represented by the following specialties: pediatricians – 41.7% (n=50), obstetricians/gynecologists – 35.8% (n=43), and dentists – 22.5% (n=27). The questionnaire consisted of 20 questions about social, demographic, and professional status of a physician as well as specific questions about epidemiology, outcomes, diagnosis, prevention and antiviral therapy of chronic hepatitis B and C in adults and children.

Results. The physicians' awareness of aspects of chronic hepatitis B and C virus infection was not consistent and comprehensive. While the physicians' knowledge about diagnosis, prevention of hepatitis B and C virus infection and follow-up on patients with chronic hepatitis B and C was good enough, their awareness of specific aspects of epidemiology, prophylaxis regimens in children at risk for hepatitis B virus infection, and up-to-date therapy of chronic hepatitis B and C was poor (especially, pediatricians and obstetricians/gynecologists). The level of physicians' knowledge about currently available antiviral therapy of chronic hepatitis C was the lowest.

Conclusions. The results of this study indicate the need for continuous education of primary care physicians (pediatricians, obstetricians/gynecologists, dentists) in issues of epidemiology, specific and non-specific prophylaxis and, particularly, up-to-date antiviral therapy of chronic hepatitis B and C.

Хронические гепатиты В и С (ХГВ и ХГС) остаются серьезной медико-социальной проблемой мирового сообщества [1]. Благодаря всеобщей вакцинации новорожденных от вируса гепатита В (HBV) в мире и в России к настоящему времени удалось снизить до единичных случаев острый гепатит В у детей, однако у взрослых охват вакцинацией ниже и проблема HBV-инфекции сохраняется [2]. В целом эпидемический процесс в современных условиях характеризуется значительным снижением заболеваемости острыми гепатитами В и С и развитием эпидемии хронических вирусных гепатитов [1, 2]. По данным ВОЗ в мире в настоящее время насчитывается около 240 млн больных ХГВ и у 130-150 млн человек диагностированы различные формы хронической инфекции вирусом гепатита С (HCV). Ежегодно в мире умирает около 1 млн больных от цирроза и рака печени, ассоциированных с HBV/HCV [1, 2]. По оценкам экспертов в России с диагнозом ХГВ или ХГС проживает около 7-8 млн человек.

Несмотря на внедрение препаратов прямого противовирусного действия для лечения ХГС остается много проблем, которые препятствуют эффективной элиминации инфекции: высокая стоимость терапии, наличие лекарственных взаимодействий, отсутствие вакцины. В тоже время ХГВ является контролируемой, но на настоящий момент неизлечимой инфекцией [3, 4].

От своевременной диагностики ХГВ и ХГС, тактики лечения и профилактики инфекций врачами первичного звена зависит эффективность борьбы с данными заболеваниями. Знание, управление и контроль над рисками инфицирования HBV/HCV – важная составляющая работы врача любой специальности. Однако в России проведены единичные исследования, посвященные оценке уровня знаний медицинских работников по актуальным вопросам эпидемиологии, профилактики и лечения ХГВ и ХГС, и в целом эта проблема остается недостаточно изученной [5, 6]. Мониторинг компетентности врачей разных специальностей по актуальным аспектам ХГВ и ХГС позволит повысить осведомленность в данной проблеме и будет способствовать качественному оказанию медицинской помощи.

Цель исследования: оценить уровень компетентности врачей разных специальностей в частных вопросах эпидемиологии, исходов, профилактики и лечения ХГВ и ХГС на современном этапе.

Материалы и методы

Обсервационное проспективное поперечное исследование было проведено в 2015-2016 гг. с помощью анонимного добровольного анкетирования 120 врачей г. Кирова и Кировской области. Из них врачи-педиатры составили 41,7% исследуемых (n=50, группа 1), врачи акушеры-гинекологи – 35,8% (n=43, группа 2); врачи-стоматологи – 22,5% (n=27, группа 3). Критериями включения являлись: подписанное добровольное информированное согласие на опрос, наличие специализации (врач-педиатр, врач акушер-гинеколог, врач-стоматолог) и медицинского стажа. Оригинальная анкета включала 20 вопросов, которые были разделены на 2 блока. В 1 блоке содержались вопросы о социально-де-

мографическом и профессиональном статусе респондента. Блок 2 включал частные вопросы в отношении эпидемиологии, исходов, профилактики, диагностики и особенностей противовирусной терапии ХГВ и ХГС у взрослых и детей с учетом современных научных данных.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы Microsoft Excel (Microsoft Office). Рассчитывались средние величины (n, p), ошибка средней величины (n_p), достоверность различий качественных показателей оценивалась при помощи критерия Пирсона χ^2_k для четырехпольных таблиц с поправкой Yates на непрерывность выборки (при ожидаемой частоте <10); различия считались значимыми при p<0,05. Достоверность различий количественных показателей оценивалась при помощи критерия Стьюдента (t), различия считались значимыми при p<0,05.

Результаты

В связи с особенностями специализации половой и возрастной состав участников опроса значительно различался (Таблица 1). Число женщин-участниц опроса группы 1 и группы 2 было достоверно больше в сравнении с мужчинами (p<0,001). Средний возраст и медицинский стаж участников группы 1 были достоверно большими в сравнении с остальными (p<0,01) (Таблица 1).

Анализ ответов показал, что оценка риска перинатального инфицирования при наличии у матери с ХГВ только HbsAg верно определена (далее в правильные ответы в таблицах 2 и 3 подчеркнуты) большинством участников группы 1 и 2 и оказалась достоверно выше в сравнении с группой 3 (p<0,001) (Таблица 2). Значительно меньшее число опрошенных правильно оценили высокий риск передачи HBV от матери, больной ХГВ, при выявлении у нее HbsAg и HbeAg. Из всех участников в проблеме ориентировались лишь 11,1-27,9% клиницистов. Не дали ответа на вопрос 11,1-13,8% участников (Таблица 2). Правильно указали риск инфицирования гепатитом С перинатально от матери с ХГС больше половины респондентов группы 3 и значительно хуже ориентировались в проблеме в группах 1 и 2. Достоверно больше всех неправильных ответов дали в группе 1 в сравнении с группой 3 (p<0,05).

О последствиях для здоровья после контакта с HBV и HCV хорошо осведомлено большинство опрошенных

Таблица 1. Социально-демографические характеристики участников опроса (n=120)

Характеристики участников опроса	Врачи-педиатры, n=50 (n(p)), (n±mn)	Врачи акушеры-гинекологи, n=43 (n(p)), (n±mn)	Врачи-стоматологи, n=27 (n(p)), (n±mn)
Пол: мужчины/женщины	4 (8)*** 46 (92)	5 (11,6)** 38 (88,4)	11 (40,7)/ 16 (59,3)
Возраст	39,2±2,7	31,3±1,2 ^{oo}	29,8±1,9 ^{oo}
Стаж работы по специальности	18,6±2,0	9,8±1,2 ^{ooo}	8,1±1,3 ^{ooo}

***p<0,01; **p<0,001 – критерий t в сравнении с женщинами;
^{oo}p<0,01, ^{ooo}p<0,001 – критерий t в сравнении с педиатрами.

Таблица 2. Ответы медицинских работников на частные вопросы эпидемиологии, исходов, профилактики и наблюдения за больными ХГВ и ХГС (n=120)

Вопросы анкеты	Врачи-педиатры, n=50 (n(p))	Врачи акушеры- гинекологи, n=43, (n(p))	Врачи-стоматологи, n=27 (n(p))
Укажите риск перинатального инфицирования ребенка от матери, больной ХГВ, при наличии у нее только HBsAg			
Риск:			
• 90-95%	6 (12)	2 (4,7)	16 (59,3)
• 50%	10 (20)	6 (13,8)	4 (14,8)
• 10-15%	29 (58)***	32 (74,5)***	3 (11,1)
• не знаю	5 (10)	3 (7)	4 (14,8)
Укажите риск перинатального инфицирования ребенка от матери, больной ХГВ, при наличии у нее HBsAg и HBeAg			
Риск:			
• 90-95%	13 (26)	12 (27,9)	3 (11,1)
• 50%	25 (50)	16 (37,2)	17 (59,3)
• 10-15%	6 (12)	9 (21,1)	4 (14,8)
• не знаю	6 (12)	6 (13,8)	3 (11,1)
Укажите риск перинатального инфицирования ребенка от матери, больной ХГС			
Риск:			
• 90-95%	14 (28)	8 (18,6)	6 (22,2)
• 50%	16 (32)	11 (25,6)	2 (7,4)
• 1-5%	14 (28)*	21 (48,8)	15 (55,5)
• не знаю	6 (12)	3 (7)	4 (14,8)
Каковы последствия для здоровья человека при контакте с вирусом гепатита В?			
а) выздоровление всех заболевших	0	0	0
б) развитие ХГВ в 50%, есть риск развития цирроза и рака печени	12 (24)	15 (34,8)	6 (22,2)
в) ХГВ не бывает	2 (4)	2 (4,7)	0
г) развитие ХГВ в 10%, есть риск развития цирроза и рака печени	34 (68)	22 (51,2)	21 (77,8)
д) нет риска развития цирроза и рака печени	1 (2)	3 (7)	0
ж) не знаю	1 (2)	1 (2,3)	0
Каковы последствия для здоровья человека при контакте с вирусом гепатита С?			
а) выздоровление всех заболевших	0	1 (2,3)	1 (3,7)
б) развитие ХГС в 90%, есть риск развития цирроза и рака печени	28 (56)	32 (74,5)	21 (77,7)
в) ХГС не бывает	0	0	0
г) развитие ХГС в 10%, есть риск развития цирроза и рака печени	17 (34)	9 (20,9)	3 (11,1)
д) нет риска развития цирроза и рака печени	3 (6)	1 (2,3)	2 (7,5)
ж) не знаю	2 (4)	0	0
Существует ли вакцина для профилактики гепатита В?			
Да	49 (95)	41 (95,3)	21 (77,7)
Нет	0	0	4 (14,8)
не знаю	1 (5)	2 (4,7)	2 (7,5)
По вашему мнению, важна ли вакцинация для профилактики гепатита В?			
Да	43 (86)	40 (93)	26 (96,3)
Нет	0	0	0
не знаю	7 (14)	3 (7)	1 (3,7)
Выберите схему вакцинации детей, родившихся от матерей с ХГВ			
1) 0-3-6 мес.	5 (10)	13 (30,4)	1 (3,7)
2) 0-1-2-12 мес.	26 (52)	15 (34,8)	10 (37,1)
3) 0-1-2-6-12 мес.	19 (38)	15 (34,8)	15 (55,5)
4) не знаю	0	0	1 (3,7)
Можно ли кормить ребенка грудью матери, больной ХГВ или ХГС?			
Да	36 (69)	30 (69,7)	17 (62,9)
Нет	13 (26)	10 (23,3)	10 (37,1)
не знаю	1 (5)	3 (7)	0
Используется ли вакцина для профилактики ХГС?			
Да	0	4 (9,3)	3 (11,1)
Нет	49 (95)	39 (88,4)	24 (88,9)
не знаю	1 (5)	0	0

Продолжение табл. 2

Вопросы анкеты	Врачи-педиатры, n=50 (n(p))	Врачи акушеры- гинекологи, n=43, (n(p))	Врачи-стоматологи, n=27 (n(p))
Нужно ли специальное наблюдение за ребенком, родившимся от матери с ХГВ/ХГС?			
Да	49 (95)	41 (95,4)	24 (88,9)
Нет	0	1 (2,3)	3 (11,1)
не знаю	1 (5)	1 (2,3)	0
Если нужно наблюдать, то сколько по времени?			
1) 6 мес.	2 (4)	4 (9,3)	5 (18,5)
2) 1 год	29 (58)	20 (46,5)	8 (29,6)
3) 1,5 года	4 (8)	10 (23,3)	8 (29,6)
4) 5 лет	12 (24)	8 (18,6)	4 (14,8)
5) не знаю	3 (6)	1 (2,3)	2 (7,5)

* $p < 0,05$; *** $p < 0,01$ – критерий χ^2_k по сравнению с ответами врачей-стоматологов.

во всех группах. Несмотря на это в 22,2-34,8% случаев интернисты преувеличивали, а треть из них преуменьшали частоту неблагоприятных исходов после контакта с HBV и HCV соответственно.

О существовании вакцины и необходимости вакцинации знало подавляющее большинство респондентов. Однако остается 22,3% врачей-стоматологов, которые не осведомлены о наличии специфической профилактики гепатита В, а 14% педиатров сомневаются в важности всеобщей вакцинации от инфекции HBV. Между тем, прочные знания о специфической и неспецифической профилактике гепатитов В и С должны быть у врачей всех специальностей и, особенно, практикующих стоматологов [7]. О необходимости 4-кратной вакцинации детей, рожденных от матерей с ХГВ, правильно ответили 52% участников группы 1 и меньше половины из групп

2 и 3. Не знали об особенностях вакцинации детей из группы риска по гепатиту В 48% и 65,2% в группах 1 и 2 и 63,2% интернистов из группы 3. На вопросы о возможности кормления грудью матерями при наличии у них ХГВ или ХГС, необходимости и сроках диспансеризации правильно ответило большинство участников опроса всех групп. Однако, дали неправильный ответ 31% и 30,3% респондентов из групп 1 и 2, т.е. не рекомендовали бы грудное вскармливание или не знали ответ. Об отсутствии вакцинации против гепатита С правильный ответ указало большинство участников.

О современном методе неинвазивной оценки фиброза – эластометрии – знает большинство врачей из всех групп, но меньше правильных ответов дали врачи группы 1 (Таблица 3).

Преобладающее большинство всех врачей правиль-

Таблица 3. Ответы медицинских работников на вопросы диагностики и лечения ХГВ и ХГС (n=120)

Вопросы анкеты	Врачи-педиатры, n=50 (n(p))	Врачи акушеры- гинекологи, n=43 (n(p))	Врачи-стоматологи, n=27 (n(p))
Что такое эластометрия печени?			
а) метод лабораторной диагностики фиброза	5 (10)	1 (2,3)	3 (11,1)
б) метод определения паразитов в печени	0	0	1 (3,7)
в) неинвазивный метод определения фиброза печени	35 (66)	36 (83,8)	22 (81,5)
г) инвазивный метод определения фиброза печени	8 (16)	6 (13,9)	1 (3,7)
д) не знаю	2 (4)	0	0
Можно ли полностью вылечить больного от ХГВ?			
Да	8 (16)	10 (23,3)	5 (18,5)
Нет	41 (82)	33 (76,7)	22 (81,5)
не знаю	1 (2)	0	0
Существуют ли специальные противовирусные препараты для лечения гепатита В?			
Да	27 (54)	22 (51,2)	11 (40,7)
Нет	20 (40)	17 (39,5)	15 (55,6)
не знаю	3 (6)	4 (9,3)	1 (3,7)
Можно ли полностью вылечить больного от ХГС?			
Да	10 (17)**	10 (23,3)**	13 (48,1)
Нет	39 (78)**	33 (76,7)**	14 (51,9)
не знаю	1 (5)	0	0
Существуют ли специальные противовирусные препараты для лечения гепатита С?			
Да	22 (41)*	23 (53,5)	19 (70,3)
Нет	27 (51)	16 (37,2)	8 (29,7)
не знаю	1 (5)	4 (9,3)	0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ – критерий χ^2_k по сравнению с ответами врачей-стоматологов.

но ответили о невозможности полного излечения от ХГВ в современных условиях. Однако 16-23,3% всех участников оказались не компетентными в этом вопросе. Знают о наличии на рынке специальных противовирусных препаратов, используемых в терапии ХВГ, чуть больше половины опрошенных группы 1 и 2 и 40,7% из группы 3. Заявили об отсутствии противовирусных средств для лечения ХГВ от 40% до 55,6% врачей разных специальностей.

Совершенно не осведомленными о возможности полного излечения больного от ХГС оказалось подавляющее большинство всех респондентов! Достоверно хуже отвечали участники групп 1 и 2 в сравнении с группой 3 ($p < 0,01$) (Таблица 3). Убеждены в существовании современных противовирусных препаратов для терапии ХГС недостаточное и достоверно меньшее количество интернистов из группы 1 в сравнении с группой 3. Отрицали наличие специфической противовирусной терапии для больных с ХГС от 29,7 до 51% всех участников.

Обсуждение

Повсеместное распространение инфекций HBV и HCV, стабильность заболеваемости ХГВ и ХГС без тенденции к снижению в России, повышение частоты инвазивных процедур, связанное как с медицинской, так и с косметологической деятельностью, диктует необходимость постоянной актуализации и обсуждения наиболее важных проблем парентеральных вирусных гепатитов в медицинском сообществе.

Компетентность врачей вне зависимости от специализации в различных аспектах проблемы ХГВ и ХГС у взрослых и детей необходима в целях эффективного предупреждения, своевременной диагностики и терапии этих заболеваний и является важной составляющей качественного оказания медицинской помощи.

В настоящем исследовании было показано, что врачи разных специальностей со стажем работы от 8,1 до 18,6 лет в достаточной степени осведомлены по большинству вопросов, касающихся диагностики и профилактики гепатитов В и С, диспансерного наблюдения за больными с ХГВ и ХГС, но малокомпетентны в частных вопросах эпидемиологии, режимов специфической профилактики у детей из группы риска по гепатиту В, современной терапии ХГВ и ХГС. Недостаточную осведомленность показали врачи-стоматологи в вопросах риска перинатальной трансмиссии при инфекции HBV, а врачи-педиатры – относительно инфекции HCV. Также педиатры плохо знали о высоком риске инфицирования ребенка гепатитом В при наличии у матери одновременно HBsAg и HBeAg. Как свидетельствуют результаты исследования, эти пробелы в знаниях вели к недостаточной убежденности в необходимости вакцинации от гепатита В, которую высказали только 14% педиатров. О режиме 4-кратного введения вакцины в 0-1-2-12 месяцев ребенку при наличии ХГВ у матери, в соответствии с национальным календарем прививок, хуже знали акушеры-гинекологи и стоматологи. Однако всё еще остается 48% педиатров, которые также не осведомлены об особенностях вакцинации детей из групп риска (Таблица 1), а ведь именно от них зависит повышение

санитарной грамотности населения в этом вопросе, своевременность направления на прививки детей и их здоровье в будущем. При нарушении режима вакцинации в этой группе значительно повышается риск развития ХГВ, который достигает 9% [8-11]. Кроме того, детям с перинатальным контактом с HBV рекомендуется использовать комбинированную профилактику с применением специфического иммуноглобулина в первые 24 ч. жизни с целью повышения ее эффективности на 2-3% и достижения 97-99% уровня защиты от инфекции HBV [9, 11]. Согласно данным собственных исследований и результатам других авторов [9], развитие врожденного ХГВ наблюдалось в преобладающем большинстве случаев у детей группы риска вследствие неполного курса или отказа от вакцинации, выбора неправильной схемы или отсутствия комбинированного режима профилактики.

Для трансмиссии HCV требуется большая инфицирующая доза вируса, которая может быть получена парентерально или трансфузионно, а перинатальный риск передачи HCV невелик и составляет 1-5% [8]. Между тем, некомпетентными в этом вопросе оказалось большинство педиатров и акушеров-гинекологов.

Важным является вопрос о диспансерном наблюдении за детьми, рожденными от матерей с ХГВ или ХГС. О необходимости диспансерного наблюдения за такими детьми указали практически все участники групп 1 и 2 и чуть меньшее количество из группы 3. Однако правильно о сроках диспансеризации у этой категории детей, согласно санитарным правилам (12 и 18 месяцев для гепатита В и С соответственно [8, 11]), указало 64% педиатров, 69,8% акушеров и 59,2% стоматологов. В остальных случаях участники давали неправильные ответы или не знали ответа на вопрос. Согласно исследованиям, из-за нарушения сроков диспансеризации или ее отсутствия у этой категории детей диагноз врожденного гепатита В или С устанавливался позднее 2 лет в 54% случаев [9]. Однако от своевременной диагностики зависит эффективность противовирусной терапии и дальнейший исход и прогноз заболевания [1, 3, 4, 9].

Большинство врачей из всех групп рекомендовали бы кормление грудью матерям с ХГВ или ХГС. Однако отказаться от грудного вскармливания, необходимого ребенку, предложило 26% педиатров, 23,3% акушеров-гинекологов и 37,1% врачей-стоматологов. Врачи не поощряли грудное вскармливание носителями HBV, так как ДНК HBV, HBsAg и HBeAg могут быть обнаружены в грудном молоке [15] и увеличить, по их мнению, риск трансмиссии инфекции младенцу. Однако в настоящее время нет убедительных данных о повышенном риске передачи HCV и HBV при кормлении грудью от матери, больной ХГВ [12-15]. Мета-анализ исследований в мире за период с 1990-2010 гг. с числом наблюдений более 1600, посвященный риску передачи HBV при грудном вскармливании, не выявил этого риска [14]. В более позднем исследовании китайских ученых [13], в которое было включено 546 детей (в возрасте 1-7 лет) от 544 матерей, инфицированных HBV, из которых 397 получали грудное молоко и 149 находились на искусственном вскармливании, также подтверждалось, что грудное вскармливание не было связано с развитием инфекции HBV у детей. Учитывалось влияние материнского

статуса по HBeAg и факторов, различающихся между двумя группами. В другом исследовании, включающем определение HBeAg у матери, также не было выявлено связи между HBeAg+ статусом беременной и высоким риском трансмиссии HBV. Эти результаты подтверждают, что любой риск передачи HBV, связанный с грудным молоком, ничтожно мал в сравнении с высоким риском заражения через материнскую кровь и биологические жидкости при рождении [14, 15]. Грудное вскармливание не является фактором риска передачи HBV или HCV [8] от матери к ребенку, в связи с чем клиницисты должны поощрять матерей с хронической инфекцией HBV и HCV к грудному вскармливанию.

Учитывая чрезвычайную важность материнского молока для новорожденного, ВОЗ совместно с ЮНИСЕФ разработали новые рекомендации по содействию грудному вскармливанию в медицинских учреждениях во всем мире [16, 17]. По данным экспертов, благодаря введению всеобщего грудного вскармливания в мире можно было бы сохранять ежегодно жизни 850 000 детей в возрасте от 0 до 5 лет. Грудное молоко – важный источник питательных веществ и энергии для здоровых детей от 0 до 23 месяцев и, особенно, в период заболеваний. Еще раз экспертами было подчеркнуто, что кормление грудным молоком защищает ребенка от многих неблагоприятных последствий на протяжении всей дальнейшей жизни: препятствует развитию острых кишечных инфекций и снижает риск смерти от диареи, является профилактикой ожирения и в целом является экономически выгодным. Кроме этого, оно обуславливает формирование тесного эмоционального контакта с матерью, повышает уровень интеллекта у ребенка и способствует более высокому благосостоянию в будущем. В свою очередь для матери кормление грудью снижает риск развития рака молочной железы. Поэтому ВОЗ еще раз призывает врачей, особенно педиатров и акушеров, к мотивации и созданию условий для грудного вскармливания матерями, в том числе и с ХГВ и ХГС [16].

Большинство участников опроса хорошо осведомлены о невозможности полного излечения от ХГВ на современном этапе развития медицинской науки, но только чуть больше половины всех врачей знали о существовании специальных противовирусных препаратов, которые позволяют контролировать течение заболевания и проводить профилактику неблагоприятных исходов (цирроза и рака печени), а также случаи новых заражений [4]. Самый низкий уровень компетентности был выявлен в вопросах противовирусной терапии ХГС у детей и взрослых (Таблица 2).

Революционным достижением последних лет является внедрение в практику безопасных и высокоэффективных схем с использованием противовирусных препаратов прямого действия для лечения ХГС у взрослых и достаточно эффективных схем комбинированной терапии на основе пегилированных интерферонов у детей [5]. Использование нуклеозидных аналогов позволяет достичь устойчивого вирусологического ответа в 90-98% случаев, что свидетельствует о потенциальной излечимости ХГС [3]. Несмотря на это, возможность полного выздоровления больного ХГС на фоне проведения современной противовирусной терапии отрицало

большинство педиатров и акушеров-гинекологов (Таблица 2) – только 17% и 23,3%, соответственно, этих специалистов хорошо ориентировались в данном вопросе. О наличии на рынке противовирусных препаратов для терапии ХГС указали лишь 41% педиатров, 53,5% акушеров-гинекологов и 70,3% стоматологов ($p < 0,05$).

История развития и применения противовирусной терапии ХГВ и ХГС в России насчитывает около 30 лет [18]. До 1990 г. в стране использовались исключительно патогенетическая и симптоматическая терапия. Простые и пегилированные интерфероны были разрешены для терапии ХГВ с 1990 и с 2005 гг., но оказались малоэффективными и имели много нежелательных явлений при их применении. В 2000 г. для лечения ХГВ был зарегистрирован нуклеозидный аналог – ламивудин (ТН «Зеффикс», с 2 лет). Однако из-за частого (до 70%) развития резистентности вируса вследствие формирования YMDD-варианта HBV в течение первых 2 лет терапии, применение его в практике было ограничено. В 2007 г. был одобрен для практического применения препарат из группы нуклеозидных аналогов – энтекавир (с 18 лет), в 2015 г. – тенофовир (с 12 лет), которые до настоящего времени являются препаратами первой линии терапии инфекции HBV. ХГВ является неизлечимым, но хорошо контролируемым заболеванием у взрослых в связи с присутствием в клетках организма ковалентно-связанной ДНК (cccDNA), которая встраивается в геном гепатоцитов и элиминация ее невозможна [4]. В детской практике ситуация с лечением ХГВ в России намного сложнее из-за отсутствия зарегистрированной детской формы энтекавира в суспензии, хотя в США данная форма препарата разработана и эффективно применяется у детей с 2 лет.

Противовирусная терапия ХГС в России используется более 20 лет [19]. Опыт применения простых интерферонов был связан с крайне низкой частотой устойчивого вирусологического ответа и частым развитием нежелательных явлений. В 2005-2006 гг. введены схемы комбинированной терапии (пегилированные интерфероны + рибавирин) у взрослых, а в 2011 г. у детей, которые также сопровождались серьезными нежелательными явлениями в процессе терапии и в целом были недостаточно эффективны. Революционным прорывом последних лет явилось внедрение в практику препаратов прямого противовирусного действия из группы аномальных нуклеозидов с высоким профилем безопасности и эффективности [3, 19].

Низкий уровень знаний врачей-педиатров и акушеров-гинекологов по вопросам возможностей современной противовирусной терапии ХГВ и ХГС приводит к дезинформации больных и способствует формированию неблагоприятных исходов (цирроз и рак печени), а также распространению инфекций. В исследованиях установлено, что даже современные противовирусные препараты не безопасны и противопоказаны при декомпенсации цирроза печени, обусловленного HCV [3]. Врачи-стоматологи демонстрировали достоверно самый высокий уровень компетентности в сравнении с другими группами в вопросах эффективности противовирусной терапии и существования специальных противовирусных препаратов для лечения ХГС. Как

показывают исследования, сложности в выборе препарата и тактики лечения были отмечены у врачей разных специальностей также при назначении антибактериальной терапии [20].

Оценку компетентности врачей и медицинских сестер по различным аспектам парентеральных вирусных гепатитов проводят в разных странах мира. Многими авторами отмечается недостаточный уровень осведомленности медицинских работников в данной проблеме [5, 6, 21-25]. Так, недостаточность знаний по риску перинатальной трансмиссии HBV и HCV, а также по другим аспектам эпидемиологии, тактики обследования и лечения выявлен учеными из Китая, Великобритании, США и Австралии [21-25]. Закономерно лучшую компетентность в различных аспектах ХГВ и ХГС демонстрировали врачи-инфекционисты [22, 23]. Однако задача медицинского сообщества состоит в том, чтобы специалисты всех медицинских направлений были достаточно ориентированы в основных проблемных вопросах ХГВ и ХГС для осуществления эффективных мер профилактики, четкого представления о маршруте пациента с целью своевременной диагностики и назначения противовирусной терапии. Положительный опыт проведения курса занятий для врачей общей практики в Австралии

по актуальным вопросам ХГВ способствовал повышению компетентности специалистов [25]. Внедрение этого опыта в России также поможет повысить осведомленность врачей разных специальностей в проблеме ХГВ и ХГС и будет способствовать скорейшей элиминации этих инфекций в будущем.

Выводы

Таким образом, в ходе исследования выявлено, что врачи разных специальностей не имеют систематических и всесторонних знаний. В достаточной степени врачи осведомлены в вопросах, касающихся диагностики и профилактики гепатитов В и С, диспансерного наблюдения за больными с ХГВ и ХГС, но малокомпетентны в частных вопросах эпидемиологии, режимов специфической профилактики у детей из группы риска по гепатиту В, современной терапии ХГВ и ХГС (в большей степени педиатры и акушеры-гинекологи). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости постоянной актуализации частных вопросов эпидемиологии, специфической и неспецифической профилактики и, особенно, возможностях современной противовирусной терапии.

Литература

1. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Available at: www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/ru/. Accessed 0.05.2018. Russian. (Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016-2021 гг. Доступно по адресу: www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/ru/. Ссылка активна на 20.05.2018.).
2. Federal Service on Surveillance for Consumer rights protection and human well-being, Kirov region, Russian Federation. Available at: <http://rospotrebnadzor.ru> and <http://www.43.rospotrebnadzor.ru>. Accessed 20.05.2018. Russian. (Роспотребнадзор по Кировской области и РФ. Доступно по адресу: <http://rospotrebnadzor.ru> и <http://www.43.rospotrebnadzor.ru>. Ссылка активна на 20.05.2018.).
3. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol.* 2018;69(2):461-511.
4. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* 2017;67(2):370-398.
5. Pavlova E.A., Koroleva I.P. Nurses' knowledge of nosocomial infection and work with up-to-date sterilization equipment. *Medicinskaja sestra.* 2013;(4):18-21. Russian. (Павлова Э.А., Королёва И.П. Знание медсестер о внутрибольничной инфекции и работе современной стерилизующей аппаратурой. Медицинская сестра. 2013;(4):18-21.).
6. Dudnik O.V. Quality of life and opportunities for its improvement in patients with chronic hepatitis B and C. PhD Thesis. Moscow; 2013, 22 p. Russian. (Дудник О.В. Качество жизни и возможности его улучшения у больных хроническими гепатитами В и С. Автореферат дисс. канд. мед.наук. Москва; 2013, 22 с.).
7. Garbin C.A., de Souza N.P., de Vasconcelos R.R., Garbin A.J., Villar L.M. Hepatitis C virus and dental health workers: an update. *Oral Health Prev Dent.* 2014;12(4):313-21.
8. СП 3.1.3112-13: Prevention of viral hepatitis C. Available at: www.epidemiolog.ru. Russian. (СП 3.1.3112-13: «Профилактика вирусного гепатита С». М., 2013. Доступно по адресу: www.epidemiolog.ru.)
9. Goriacheva L.G., Shilova I., Kharit S.M. The Course of Chronic Hepatitis B in Infants Born to Mothers with HBV-infection. *Detskie infekcii.* 2015;(2):22-25. Russian. (Горячева Л.Г., Шилова И.В., Харит С.М. Течение хронического гепатита В у детей, рожденных от матерей с НВ-вирусной инфекцией. Детские инфекции. 2015;(2):22-25.).
10. Baramzina S.V. Assessment of awareness about the epidemiology, outcomes, and therapy of chronic hepatitis B and C in adolescents and adults. *Terapevticheskij arhiv.* 2016;(11):37-42. Russian. (Барамзина С.В. Оценка осведомленности подростков и взрослых в вопросах эпидемиологии, исходов и терапии хронических гепатитов В и С. Терапевтический архив. 2016;(11):37-42.).
11. СП 3.1.1.2341-08: Prevention of viral hepatitis B. Available at: www.epidemiolog.ru. Russian. (СП 3.1.1.2341-08: «Профилактика вирусного гепатита В». М., 2008. Доступно по адресу: www.epidemiolog.ru.)
12. Shi Z., Yang Y., Wang H., et al. Breastfeeding of newborns by mothers carrying hepatitis B virus: a meta-analysis and systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(9):837-846.
13. Chen X., Chen J., Wen J., et al. Breastfeeding is not a risk factor for mother-to-child transmission of hepatitis B virus. *PLoS One.* 2013;8(1):e55303.
14. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A., et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep.* 2018;67(1):1-31.
15. Salmana K., Rashmi, Pritic S., et al. Hepatitis B virus infection in pregnant women and transmission to newborns. *Asian Pac J Trop Dis.* 2015;5(6):421-429.
16. WHO, UNICEF: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative, 2018. Available at: www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/.
17. WHO. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes, 2009. Available at: www.who.int/child_adolescent_health/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/.

18. Sologub T.V. Chronic HBV and HCV infection: new perspectives of treatment with Ingaron. Report at the scientific conference with international participation. Chronic viral hepatitis: state of the problem today and tomorrow. Livov, 2009. Russian. (Сологуб Т.В. ХГВ и С: новые перспективы лечения с использованием препарата ингарон. Доклад на научно-практической конференции с международным участием «Хронические вирусные гепатит: состояние проблемы сегодня и завтра», Львов, 2009.)
19. Lobzin Yu.V., Goryacheva L.G., Rogozina N.V. Capabilities and Perspectives of Chronic Hepatitis C Treatment in Children and Adults. *Medicina jekstremal'nyh situacij*. 2015;(2):8-16. Лобзин Ю.В., Горячева Л.Г., Рогозина Н.В. Возможности и перспективы лечения хронического гепатита С у детей и взрослых (обзор литературы). *Медицина экстремальных ситуаций*. 2015;(2):8-16.)
20. Safronenko L.A., Lukashevich M.G., Butko I.L. Compliance of paediatricians to the guidelines on the use of antimicrobials in respiratory infections. *Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija*. 2017;19(1):63-66. Russian. (Сафроненко Л.А., Лукашевич М.Г., Бутко И.Л. Динамика уровня профессиональной компетентности участковых педиатров в вопросах антибактериальной терапии. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2017;19(1):63-66.)
21. Lee K., Vedio A., Liu E., et al. Determinants of uptake of hepatitis B testing and healthcare access by migrant Chinese in the England: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):747.
22. Yi P., Chen R., Huang Y., Zhou R.R., Fan X.G. Management of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: Propositions and challenges. *J Clin Virol*. 2016;77:32-39.
23. van de Mortel TF1. Health care workers knowledge of hepatitis C and attitude towards patients with hepatitis C: a pilot study. *Aust J Adv Nurs*. 2002;20(1):13-19.
24. Chen Y., Xie C., Zhang Y., et al. Knowledge regarding hepatitis B mother-to-child transmission among healthcare workers in South China. *J Viral Hepat*. 2018;25(5):561-570.
25. Robotin M., Patton Y., George J. Getting it right: the impact of a continuing medical education program on hepatitis B knowledge of Australian primary care providers. *Int J Gen Med*. 2013;6:115-122.