

IgG составила 34,5 % (32,4–36,7), 100 сельских — 37 % (28,2–46,8), статистически значимых различий не выявлено ($\chi^2 = 0,26$; $p = 0,61$). Возраст городских и сельских беременных статистически не различался ($p = 0,99$, тест Манна — Уитни).

Выводы

1. У беременных женщин г. Гомеля распространенность маркеров вирусного гепатита В составляет 0,65 % (0,37–1,12), гепатита С (анти-HCV) — 1,7 % (1,21–2,38). При выявлении вируса гепатита В у матери проводятся меры профилактики перинатального инфицирования.

2. В 2018 г. антитела класса IgG к токсоплазме выявлены у 34,6 % беременных, что говорит об их давнем инфицировании (больше 1 года) и отсутствии риска врожденного токсоплазмоза. С увеличением возраста беременных женщин не наблюдается рост серопозитивности к токсоплазме ($p = 0,57$). Различий по частоте выявления маркеров токсоплазмоза у сельских и городских беременных женщин также не выявлено ($\chi^2 = 0,26$; $p = 0,61$).

3. Выявление антител класса IgM к токсоплазме (у 0,12 % беременных) может говорить о недавнем инфицировании и требует назначения антимикробного лечения (чаще всего спирамицином), чтобы предотвратить перинатальное заражение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Toxoplasmosis during pregnancy: prophylaxis, diagnostics and treatment. Clinical practical guidance of society of accoucheurs-gynaecologists of Canada, 2013 // J. Endocrinology. — 2013. — Vol. 1, № 9 — P. 86–90.
2. Toxoplasmosis — A Global Threat. Correlation of Latent Toxoplasmosis with Specific Disease Burden in a Set of 88 Countries / J. Flegr [et al.] // PLoS ONE. — 2014. — Vol. 9 (3). — P. 90203.
3. Transfusion Complication: Declining hepatitis C virus (HCV) prevalence in pregnant women: impact of anti-HCV screening of donated blood / H. Ohto [et al.] // Transfusion. — 2010. — Vol. 50. — P. 692–700.
4. Wedemeyer, H. Prophylaxis and Vaccination / H. Wedemeyer // Hepatology. 2013. A clinical textbook / Ed. S. Mauss [et al.]. — 4th ed. — Duesseldorf: Flying Publisher, 2013. — P. 112–123.

УДК 616.36-004-036.865(476.2)

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ВИРУС-АССОЦИИРОВАННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В Г. ГОМЕЛЕ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Мицура Э. А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболеваемость и летальность работоспособного населения от цирроза печени (ЦП) является актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. В 2012 г. ЦП являлся одной из ведущих причин смертности населения среди неинфекционных заболеваний во всем мире [1, 2].

В стадии компенсации ЦП пациент может получить третью группу инвалидности и сохранить работоспособность. Если своевременно не ликвидирована причина заболевания, ЦП переходит в стадию субкомпенсации и декомпенсации, пациенту присваивают первую или вторую группу инвалидности и признают недееспособным. Особое место среди осложнений ЦП занимает гепатоцеллюлярная карцинома. Это одна из наиболее распространенных злокачественных опухолей печени, характеризующая быстро прогрессирующим течением и при отсутствии своевременного лечения неблагоприятным жизненным прогнозом [1, 2].

Цель

Проанализировать показатели инвалидности взрослого населения в г. Гомеле и Гомельской области за период с 2014 по 2018 гг.

Материал и методы исследования

Показатели инвалидности у взрослого населения в возрасте от 18 лет и старше по данным Гомельской областной медико-реабилитационной экспертной комиссии. Всего по циррозу печени (код МКБ-10 K74.0) проанализированы данные 284 пациентов, первично признанных инвалидами в 2014–2018 гг. Среди исследуемых 147 (51,8 %) мужчин и 137 (48,2 %) женщин. Из них в трудоспособном возрасте 80 (54,4 %) мужчин и женщин — 81 (59,1 %).

Результаты исследования и их обсуждение

В г. Гомеле и Гомельской области за 2014–2018 гг. инвалидами вследствие цирроза печени признано 284 пациента (таблица 1).

Таблица 1 — Уровень первичной инвалидности пациентов вследствие цирроза печени за 2014–2018 гг.

Год	Общее число инвалидов	Интенсивные показатели (ИП) на 10 тыс. населения	Показатели наглядности (2014 г. — 100 %)	Мужчины		Женщины	
				старше 18 лет, (ИП)	трудоспособные	старше 18 лет, (ИП)	трудоспособные
2014	47	0,41	100	25 (0,22)	13 (0,11)	22 (0,19)	13 (0,11)
2015	70	0,61	148,9	45 (0,39)	27 (0,23)	25 (0,22)	15 (0,13)
2016	36	0,31	76,6	18 (0,16)	5 (0,04)	18 (0,16)	8 (0,07)
2017	57	0,5	121,3	27 (0,24)	15 (0,13)	30 (0,26)	16 (0,14)
2018	74	0,65	157,4	32 (0,28)	21 (0,18)	42 (0,37)	29 (0,26)
Всего	284	—	—	147 (0,26)	—	137 (0,24)	—

Выявлено, что минимальный выход на инвалидность пациентов зарегистрирован в 2016 г., максимальный в 2018 г. Среднегодовой показатель первичного выхода на инвалидность несколько выше среди мужчин (0,26 на 10 тыс. населения), чем среди женщин (0,24 на 10 тыс. населения). За 2014–2018 гг. наиболее часто на инвалидность выходили лица 50–59 лет (0,176 на 10 тыс. населения). Второе место занимает возрастная группа старше 60 лет (0,168 на 10 тыс. населения).

У исследуемой группы пациентов выявлены циррозы различной этиологии. Пациенты были разделены на три группы, в зависимости от этиологии цирроза печени. Результаты представлены в таблице 2.

Первая группа (91 чел., 32,1 %) включает вирус-ассоциированные циррозы, с наличием маркеров вирусных гепатитов В и С. В этой группе регистрировался вирусный цирроз (28 чел.): 4 пациента с гепатит В вирусной инфекцией (2 мужчин и 2 женщин) и 24 — с гепатит С вирусной инфекцией (8 мужчин и 16 женщин). Сюда также отнесены «смешанные» циррозы (63 чел.), включающие кроме вирусного компонента также токсико-метаболический, алкогольный и др.

Ко второй группе отнесен цирроз другой уточненной этиологии — 11 (3,8 %) чел., в нее входят первичный билиарный цирроз (10 чел., из которых 9 женщин) и первичный склерозирующий холангит (1 чел.).

Третья группа (182 (64,1 %) чел.) — циррозы неуточненной этиологии, к этой группе относятся циррозы «невирусной» (26,8 %), «токсико-алиментарной» (3,5 %), «криптогенной» этиологии (33,8 %). Циррозы «невирусной», «токсико-алиментарной» этиологии несколько чаще регистрируются у мужчин (55,3 и 60 % соответственно), чем у женщин.

Таблица 2 — Этиология циррозов печени исследуемой группы пациентов

Этиология	Год				
	2014	2015	2016	2017	2018
Вирус-ассоциированные	14 (29,8 %)	21 (30 %)	6 (16,7 %)	20 (35,1 %)	30 (40,5 %)
Другие уточненные	3 (6,4 %)	0 (0 %)	4 (11,1 %)	1 (1,7 %)	3 (4,1 %)
Неуточненные	30 (63,8 %)	49 (70 %)	26 (72,2 %)	36 (63,2 %)	41 (55,4 %)
Всего	47 (100 %)	70 (100 %)	36 (100 %)	57 (100 %)	74 (100 %)

В группе вирус-ассоциированных циррозов печени 51 (56 %) мужчина и 40 (44 %) женщин. Среди неуточненных циррозов 95 (52,2 %) мужчин и 87 (47,8 %) женщин. Статистически значимых различий по полу не выявлено ($\chi^2 = 0,36$; $p = 0,54$).

Проведен анализ пациентов, по возрастным группам, между вирус-ассоциированными и неуточненными циррозами печени. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Возрастное распределение лиц, признанных инвалидами вследствие цирроза печени

Возраст	Вирус-ассоциированный цирроз (%; 95 % ДИ)	Цирроз неуточненной этиологии (%; 95 % ДИ)
18–29 лет	0 (0 %)	4 (2,2 %; 0,7–7,7)
30–39 лет	14 (15,4 %; 9,3–24,3)	13 (7,1 %; 4,1–11,9)
40–49 лет	28 (31 %; 22,2–40,9)	25 (14 %; 9,4–19,5)
50–59 лет	32 (35,2 %; 26,1–45,4)	66 (36,3 %; 27,6–43,5)
60 лет и старше	17 (18,4 %; 11,9–28)	74 (40,4 %; 33,1–47,9)
Всего	91 (100 %)	182 (100 %)

С вирус-ассоциированным циррозом чаще встречаются пациенты в возрастных группах 50–59 лет — 35,2 % и 40–49 лет — 31 %. Среди циррозов неуточненной этиологии преобладают пациенты 60 лет и старше (40,4 %) и 50–59 лет (36,3 %).

Рассматривалась тяжесть инвалидности вследствие цирроза печени у взрослого населения за 2014–2018 гг., результаты представлены на рисунке 1.

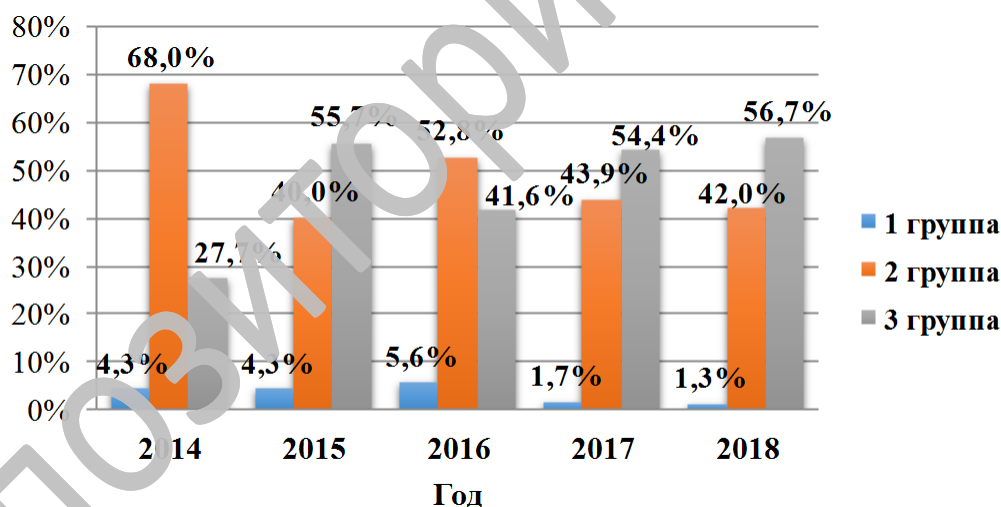


Рисунок 1 — Тяжесть инвалидности пациентов вследствие цирроза печени

За 2014–2018 гг. наблюдается тенденция к уменьшению пациентов с первой группой инвалидности, наибольший показатель 5,6 % зарегистрирован в 2016 г. С 2016 по 2018 гг. произошло снижение первой группы инвалидности в 4 раза. В 2014 и 2016 гг. преобладала (> 50 %) вторая группа — 68 и 52,8 %. В 2015, 2017 и 2018 гг. преобладала (> 50 %) третья группа инвалидности пациентов вследствие цирроза печени — 55,7 %, 54,4 и 56,7 %. В последние годы есть тенденция увеличения третьей группы тяжести инвалидности и, следовательно, больше возможностей для реабилитации пациентов с циррозом печени.

Отдельно сравнивали тяжесть инвалидности (доля пациентов с 1 и 2 группами инвалидности от их общего количества) при вирус-ассоциированном и неуточненном циррозе. Результаты представлены на рисунке 2.

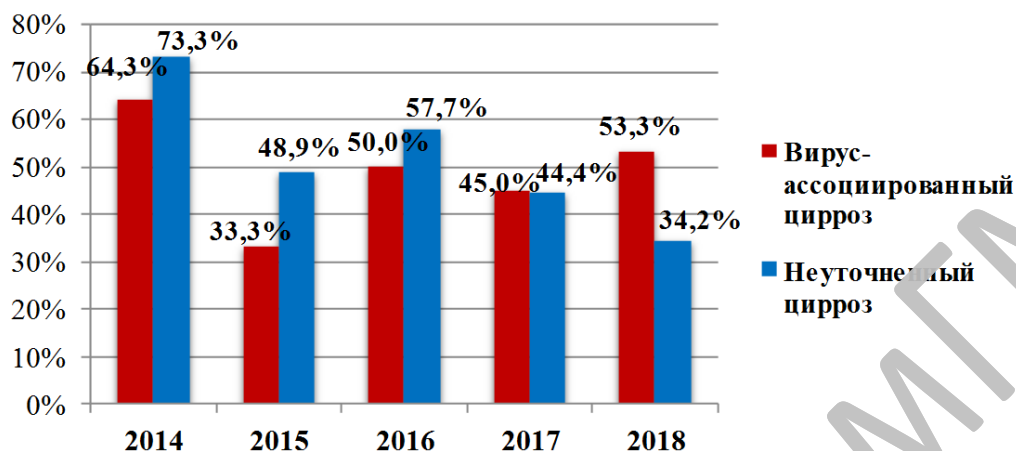


Рисунок 2 — Тяжесть инвалидности пациентов вследствие вирус-ассоциированного и неуточненного цирроза

В 2014 и 2016 гг. преобладали (> 50 %) циррозы печени неуточненной этиологии — 73,3 и 57,7 %. В 2014 г и 2018 гг. преобладали (> 50 %) вирус-ассоциированные циррозы печени — 64,3 и 53,3 %. За последние годы наблюдается тенденция к снижению тяжести неуточненных циррозов.

Сравнение тяжести вирус-ассоциированных и неуточненных циррозов проведено с помощью теста χ^2 по годам и в целом за все годы. Результаты проведенного нами сравнения: 2014 г. ($\chi^2 = 0,38$; $p = 0,54$), 2015 г. ($\chi^2 = 1,46$; $p = 0,23$), 2016 г. ($\chi^2 = 0,12$; $p = 0,73$), 2017 г. ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,97$), 2018 г. ($\chi^2 = 2,01$; $p = 0,10$), 2014 г. — 2018 гг. ($\chi^2 = 0,07$; $p = 0,79$). Статистических различий в частоте не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы

1. Вирус-ассоциированные циррозы составляют 32,1 % в числе всех инвалидов по циррозу печени. Из них значительно преобладают пациенты с гепатит С вирусной инфекцией.

2. Вирус-ассоциированные циррозы чаще встречаются в возрастных группах 50–лет — 35,2 % и 40–49 лет — 31 %. Невирусные циррозы в возрасте 60 лет и старше — 40,4 % и 50–59 лет — 36,3 %. Пол пациентов статистически значимо не различался при вирус-ассоциированных и неуточненных циррозах ($\chi^2 = 0,36$; $p = 0,54$). За последние годы наблюдается тенденция к снижению доли неуточненных циррозов.

3. За 2014–2018 гг. наблюдается тенденция к уменьшению пациентов с первой группой инвалидности и увеличению — в третьей. Сравнение тяжести вирус-ассоциированных и неуточненных циррозов печени статистических различий не выявило ($p > 0,05$).

4. Необходимо на более ранних этапах диагностировать и распознавать этиологию цирроза печени. Своевременная этиотропная терапия позволяет избежать прогрессирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ летальности у больных циррозом печени / Г. И. Сторожаков [и др.] // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 4. — С. 10–14.
2. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection // J. Hepatology. — 2017. — Vol. 67. — P. 370–398.