

Вирус гепатита С в странах Европы*

Благодарности. Мы хотим поблагодарить всех экспертов из стран, которые предоставили данные для анализа по странам, ценные контакты и информацию из вторичных источников, среди которых: Арвидас Амброзайтис (Департамент инфекционных заболеваний и микробиологии, Вильнюсский Университет, Литва), Иван Гардини (ЕраС Оплюс, Италия), Гайан Лукасайан (Бюро ВОЗ в Армении), Марина Дотсенко (Департамент инфекционных заболеваний, Белорусский государственный медицинский институт, Беларусь), Фамке Йонген-Хермус (Soa AIDS Nederland, Нидерланды), Владимир Курпита (Бюро ВОЗ в Украине), Анна Максимова (Hepasist, Болгария), Кристина Меффре (Institut de Veille Sanitaire, Франция), Паулина Мишкевич (Бюро ВОЗ в Польше), Зузанна Молнар (Национальный центр эпидемиологии, Венгрия), Милена Найденова (IPUD, Бельгия), Петр Никитенко (Фонд СПИД Восток-Запад, Россия), Давид Отиашивили ("Алтернативная Грузия"), Дорис Радун (Институт Роберт Кох, Национальный институт общественного здоровья, Германия), Мери Ремси (Центр по инфекционным заболеваниям, Великобритания), Вратислав Рехаг (врач, Чешская Республика), Емилия Тончева (Бюро ВОЗ в Болгарии), Шерон Хатчинсон (Здравоохранение Шотландии), Агнесс Хошан (Национальный центр эпидемиологии, Венгрия), Януш Чианкара (Департамент гепатологии и СПИДа, Институт инфекционных заболеваний, Варшавский медицинский университет, Польша). Отдельная благодарность членам рецензионного комитета — Чарльзу Гору, Ахиму Каутз, Джеффри Лазарусу и Джерри Стимсону за их вклад и поддержку.

Вступление

Вирус гепатита С (ВГС) представляет собой важную проблему для общественного здоровья в связи с его высокой распространенностью, высокими темпами передачи и серьезными осложнениями для здоровья. У 80% людей, инфицированных вирусом ВГС, заболевание переходит в хроническую форму. ВГС является основной причиной цирроза печени, наиболее распространенной причиной хронических заболеваний и трансплантации печени в ряде стран [1, 2]. Согласно предварительным оценкам, задержки в профилактике новых случаев инфицирования ВГС приведут к увеличению затрат на лечение на 1,4 млрд евро ежегодно в 15 странах ЕС Западной Европы [3].

Масштаб и актуальность проблемы ВГС становятся очевидными по статистике смертности. Согласно последним данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), из общего числа смертей (2002г.) 53 700 смертей были вызваны непосредственно ВГС. В то же время, статистика смертности ВОЗ свидетельствует, что более 308 тыс. смертей ежегодно происходит вследствие рака печени, вызванного ВГС, а также значительная доля, а именно — 785 тыс. смертей, происходят вследствие цирроза [4]. Следуя этим данным, можно предположить, что ВГС является причиной около 500 тыс., а может и большего количества смертей. Заболеваемость и смертность, связанные с ВГС, возрастают, и ожидается, что такая динамика сохранится в течение ближайших десятилетий.

* Данный отчет был подготовлен Симоной Меркинайте из Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ, ранее: Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы). Поддержано образовательным грантом от Hoffmann-La Roche.

О Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы

Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ) — это региональная сеть, деятельность которой направлена на поддержку, развитие и распространение подходов снижения вреда в области наркотиков, ВИЧ, общественного здоровья и социальной изоляции, следуя принципам гуманизма, толерантности, партнерства и уважения прав и свобод человека. Основанная в 1997 г., ССВЦВЕ объединяет более 250 организаций и отдельных лиц из 25 стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. В сеть входят представители как общественного, так и частного секторов, в том числе правительственные и неправительственные организации, специалисты в области наркозависимости и ВИЧ-инфекции, организации снижения вреда, исследователи, активисты и самоорганизации представителей сообществ (особенно люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и потребители наркотиков), а также сторонники и эксперты, работающие за пределами региона. Управление деятельностью сети осуществляется непосредственно ее членами, а также через их представителей, избранных в Руководящий комитет. Административная работа осуществляется Секретариатом в Вильнюсе (Литва). Основной целью сети является совершенствование политики в отношении ВИЧ/СПИДа и наркотиков посредством информационной поддержки, обмена опытом, укрепления потенциала как членов сети, так и других организаций, работающих в области снижения вреда, связанного с наркотиками, в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии.

Согласно данным ВОЗ, общее количество людей, инфицированных ВГС, составляет 180 млн чел., из которых у 130 млн — хроническая форма гепатита С, которая обычно протекает бессимптомно [5]. Распространенность ВГС в общей популяции варьирует от 0,5% в Северной Европе до 2% в Средиземноморских странах [6] и достигает более 13% в Египте [7].

В связи с высокой инфекционной активностью ВГС (приблизительно в 10 раз более высокой, чем у вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)), гепатит С распространяется более быстрыми темпами. Данный доклад обобщает существующие сведения по распространенности ВГС, а также представляет оценку недиагностированных случаев в странах Европы. Целью доклада является привлечение более глубокого внимания к проблеме, призывая правительства к разработке стратегий ранней диагностики ВГС и эффективных действий по профилактике, лечению и уходу за людьми с ВГС.

Распространенность ВГС в странах Европы

Представлены доступные данные из 17 стран Европы. Основная цель раздела — дать общее представление о состоянии проблемы в различных странах, а также привлечь внимание к тому факту, что множество людей, инфицированных ВГС, не знают об этом. Данное явление может быть связано с недостатком внимания к проблеме на национальном уровне, недостатком информирования об ВГС на государственном и общественном уровнях, а также с нехваткой доступного тестирования и адекватной системы регистрации и наблюдения.

В большинстве стран сведения по ВГС ограничены. Поэтому мы подсчитали количество недиагностированных случаев как разницу между количеством зарегистрированных и оценочным числом распространения ВГС в тех случаях, если в тексте не указано иначе. Также вследствие различий в системах диагностики и регистрации ВГС, которые существуют на территории стран Европы, количество зарегистрированных случаев не всегда совпадает с количеством диагностированных случаев ВГС, так как не все диагностированные случаи регистрируются национальной системой наблюдения.

Армения

Оценка по определению распространенности ВГС в Армении не проводилась.

Беларусь

Данные по общему количеству случаев недоступны. Из всех случаев, зарегистрированных в 2006 г., 2026 (20,94/10 тыс. чел.) — хронический гепатит С, что свидетельствует о недостатках ранней диагностики ВГС [41].

Болгария

Статистические данные по гепатитам собираются вместе, не разделяя между гепатитами А, В, С и D. Согласно Национальному центру медико-санитарной информации, в 2005 г. общее количество зарегистрированных случаев острого вирусного гепатита (гепатиты А, В, С, D) составляло 85,2/100 тыс. населения [42].

Великобритания

Согласно экспертным оценкам, зарегистрированные случаи составляют лишь 19% от общего числа инфицированных ВГС в Англии и Уэльсе и менее 5% получили лечение (цифры базируются на основе государственных данных по 200 тыс. чел. с хроническим гепатитом С). Количество диагностированных (и получивших лечение) людей становится еще меньше, если принимать в расчет предполагаемую распространенность в 466 тыс.—900 тыс. инфекций [43].

В Шотландии обзор данных по заболеваемости и распространенности ВГС среди разных групп населения показал, что, согласно экспертным оценкам, из 50 тыс. инфицированных ВГС (что составляет около 1% всего населения Шотландии) только 33% были диагностированы. По данным моделирования, сделанного авторами обзора, подсчитано, что 5 500 чел. — с историей потребления инъекционных наркотиков, 16 600 — активных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), и 3 тыс. чел., которые не имеют истории употребления наркотиков, не знали про наличие у них хронического гепатита С [44].

Венгрия

Ежегодно регистрируется только количество случаев острого гепатита С и его наблюдение ведется с помощью национальной системы регистрации инфекционных заболеваний. В 2001—2005 г. заболеваемость варьировала в пределах 0,2—0,4/100 тыс. чел. [45].

Грузия

В 2005 г. большинство зарегистрированных случаев было хроническим (более 80% из всех зарегистрированных случаев), что свидетельствует о том, что диагностика проводится несвоевременно.

Германия

Количество диагностированных случаев ВГС растет, однако случаи хронической инфекции составляют большинство от недавно диагностированных случаев, что свидетельствует о недостатке ранней диагностики [46].

Испания

ВГС не является частью обязательной системы регистрации в Испании. Официальные данные собираются через систему микробиологической информации, которая охватывает лишь 25% Испании. Рас-

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Распространенность ВГС в странах Европы

| Страна | Количество зарегистрированных случаев | Оценочное число случаев в общей популяции | Количество невыявленных случаев |
|---------------------------------|--|--|--|
| Армения | 71 (2006 г.) [8] | — | — |
| Беларусь | 4 775 [9] | — | — |
| Болгария | — | 83 160 [10,11] | — |
| Великобритания (Англия + Уэльс) | 66 264 [12] | 231 000 (144 000—381 000) [14,15]*; около 200 тыс. чел. с хронической инфекцией [16]; 466 000—900 тыс. чел. с хронической инфекцией [17] | 164 736 (194 736—204 736) 399 736—833 736 |
| Шотландия | 22 073 [13] | 50 000 [18] | 27 927 |
| Венгрия | — | 60 600 [19] | — |
| Грузия | 2005 г. —961 случай, 2006 г. —791 [20] | 301 500 [21] | — |
| Германия | 47 235 [22] | 400 000—500 000 [23] | 352 765—452 765 |
| Испания | — | 800 000—1 000 000 [24] | — |
| Италия | — | 1 800 000 [25] | 500 000—700 000 [26] |
| Литва | 3000—350027 | 50 000—70 000 [28] | 47 000—67 000 |
| Нидерланды | — | 16 250—66 250 [29] | 50 000—55 000 |
| Польша | 20 000 [30] | 750 000 [31] | 730 000 |
| Румыния | — | 1 058 000 [32] | — |
| Российская Федерация | 2 000 000 [33] | 6 000 000 [34] | — |
| Украина | 1 115 в 2004 г. 1 212 в 2005 г. 1 027 в 2006 г. [35] | 310 000— 700 000 [36] | — |
| Франция | — | 365 055 [37] | По оценочным данным, идентифицировано около 56% случаев, что соответствует 44% не диагностированных случаев в 2005 г. [38] |
| Чешская Республика | 7 372 [39] (1993—2006) | 20 440 [40] | ~13 068 |

* Подсчитано, что лишь 12% (95% CI 3—23) случаев ВГС идентифицировано среди людей, не употребляющих наркотики инъекционным путем, при этом 57% (95% CI 39—72) — это люди с историей потребления инъекционных наркотиков (не активные потребители инъекционных наркотиков (ПИН)). Представленные данные 231 000 [144 000—381 000] отражают распространенность среди возрастной группы от 15 до 59 лет. По оценочным данным, дополнительно 30 000—40 000 человек в возрасте до 15 лет и старше 59 лет, могут быть инфицированы ВГС в Англии и Уэльсе.

пространенность ВГС различается в зависимости от региона и варьирует от 0,7% (провинция Загора, 2001) до 2,64% (Каталония, 2002) [47].

Италия

Распространенность ВГС необходимо интерпретировать с осторожностью, так как распространенность ВГС в разных регионах страны варьирует от 3% до 20% и выше (в Южной Италии) [48]. Случаи острой инфекции составляют лишь 10% от общего числа нововыявленных случаев ВГС, большинство новоидентифицированных случаев составляет хронический гепатит С.

Литва

Регистрируются случаи острой инфекции ВГС, однако случаи хронической инфекции — не регистрируются. Согласно данным популяционного исследования, в 2001 г. распространенность ВГС среди взрослых — 1,7% и 0,5% среди детей [49].

Нидерланды

Согласно данным Национального центра по гепатитам, в Нидерландах проживает 60 тыс. чел. с хроническим гепатитом С (0,37% от общего населения), примерно 5 тыс. — 10 тыс. из них знают о своем статусе [50].

Рабочая группа клинической вирусологии в 2006 г. зарегистрировала 739 случаев ВГС (которые также включают случаи хронического гепатита С); однако данные цифры не представляют собой реальное количество инфицированных, так как не все лаборатории регистрируют результаты [51].

Польша

Распространенность ВГС варьирует в различных регионах — от 1,2 до 15% и выше [52].

Румыния

Данные по общему количеству зарегистрированных случаев недоступны. Согласно данным Первой национальной кампании по борьбе с гепатитом С, заболеваемость ВГС в Румынии является самой высокой среди стран Европейского союза. Примерно 44,5 смертей на 100 тыс. жителей происходят вследствие ВГС.

Российская Федерация

Оценка распространенности ВГС в обществе никогда не проводилась.

Украина

Система регистрации случаев ВГС была введена в 2004 г. Однако регистрируются только случаи острой формы ВГС. С момента введения регистрационной системы количество зарегистрированных случаев остается стабильным — 1 115 в 2004 г., 1 212 в 2005 г. и 1 027 в 2006 г. [53].

Франция

Во Франции надзор ВГС выполняется путем популяционных серологических исследований каждые 10 лет; эпиднадзор за ВГС на национальном уровне осуществляется методом тестирования лабораториями, а также в гепатологических центрах [54].

Доступность тестирования и количество проведенных тестов возросли с 10% до 20% ежегодно с 1998 г. по 2002 г. [55].

Чешская Республика

Количество недиагностированных случаев в Праге: в 2006 г. было зарегистрировано 330 случаев ВГС, но, согласно оценке экспертов, количество невыявленных случаев ВГС приблизительно втрое больше [56].

Передача ВГС и факторы риска

Во многих странах, в которых проводился данный анализ, большую часть людей, живущих с ВГС, составляют мужчины в возрасте до 44 лет. Согласно данным, в Беларуси, Великобритании, Германии, Испании, Польше, России и Чешской Республике

наиболее высокая распространенность ВГС наблюдается среди людей в возрасте от 15 до 30 лет.

В странах с высокой распространенностью среди групп старшего возраста, таких, как Италия, где около 60% случаев ВГС концентрируется среди людей старше 65 лет [57], 30—50 лет назад значительная доля в передаче вируса происходила при проведении терапевтических инъекций. Анализ данных за 1997 г. также показал, что диагностические и лечебные процедуры в больницах являлись одними из основных путей передачи в странах Центральной и Восточной Европы в конце 1990-х годов (приблизительно 59—65% случаев в Польше, 59% в Латвии и 46% в Литве [58]).

Однако после введения в большинстве стран скрининга крови и ее продуктов, одним из основных путей передачи ВГС на сегодняшний день является совместное использование приспособлений для инъекций наркотиков. Этот путь передачи особенно актуален в странах, где большая часть новых случаев приходится на долю молодого населения. Процент новодиагностированных случаев, связанных либо с активным потреблением инъекционных наркотиков, либо среди бывших ПИН, варьирует от 20 до 89% [59—64]. В Италии, где инфекция сконцентрирована среди людей старшего возраста, около 60% случаев среди молодого населения (возраст от 15 до 24 лет) приходится на долю ПИН [65].

В связи с особенно эффективной передачей ВГС при совместном использовании инфицированного инъекционного оборудования, установлено, что на протяжении первых 5 лет употребления наркотиков инъекционным путем большинство ПИН могут уже быть инфицированы ВГС [66]. Поэтому распространенность ВГС среди ПИН очень высокая: от 10 до 40% в Венгрии и Чешской Республике, до 40—70% в Болгарии, Грузии, Германии, Италии, Нидерландах, Польше и Украине, Франции и достигает 80—90% в Германии, Италии, Испании, Польше, Румынии и Франции [67—69].

Коинфекция ВГС и ВИЧ — также частое явление среди активных и бывших ПИН, которые получают обе инфекции при совместном потреблении наркотиков и общем использовании инъекционного оборудования.

Подобная коинфекция снижает шансы избежать обострения ВГС, а также может снизить эффективность лечения ВГС и ускорить прогрессирование инфекции к циррозу и печеночной недостаточности [70]. Заболевания печени также становятся одним из ведущих причин смерти людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) с коинфекцией [71].

В странах Европы высокая распространенность коинфекции ВГС и ВИЧ среди ПИН отслеживается в России — 93% среди ВИЧ-положительных ПИН в Тольятти, и в Польше — 90% среди ВИЧ-положительных ПИН в Белостоке. В Испании распространенность варьирует от 48% до 95% [72].

Недиагностированная ВГС

Проблемы

Определение распространенности ВГС затруднено в связи с тем, что в большинстве случаев острая инфекция протекает бессимптомно. Кроме того, большинство стран несистематично собирают данные по распространенности ВГС и хронической инфекции и в ряде стран ВГС не является заболеванием, подлежащим обязательной регистрации. Даже в тех странах, где регистрация обязательна, количество новорегистрируемых случаев остается заниженным в сравнении с оценочным числом людей, живущих с гепатитом С.

В ряде стран (Венгрия, Италия, Литва и Украина) случаи хронического гепатита С не регистрируются, что свидетельствует о недостаточной информации о количестве людей, которые находятся в риске развития хронических заболеваний печени и которым будет необходимо лечение гепатита С.

Больше информации о распространенности ВГС отражено в популяционных исследованиях, большинство которых проведено в Западной Европе, по сравнению с Центральной и Восточной Европой. Большинство исследований свидетельствуют о том, что у большей части людей, живущих с ВГС, вирус остается невыявленным. Об этом свидетельствует и тот факт, что в странах, где ведется регистрация острой формы ВГС и регистрация хронического гепатита С, большинство нововыявляемых случаев — хронический гепатит С (Грузия, Германия, Италия).

Ряд исследований также свидетельствует о низкой информированности о ВГС среди населения. Согласно данным исследования, которое было проведено во Франции (2003—2004 гг.), лишь 57% людей, у которых был обнаружен ВГС, знали свой статус. При этом 74% инфицированных, в анамнезе которых не было инъекционного употребления наркотиков или трансфузий, не знали о том, что они инфицированы [73]. В ходе скрининговой кампании в Лионе (Франция) было установлено, что около 80% инфицированных людей не знали о своем статусе до участия в данной кампании [74]. В то же время, в результате проведения государственных кампаний по осведомленности во Франции доля осведомленных лиц значительно возросла — примерно 56% людей, живущих с вирусом, теперь знают о своем статусе, в то время как в 1994 г. их процент достигал лишь 24% [75]. По сравнению с Северной Испанией, где из 1 170 человек, у которых были обнаружены антитела к ВГС, лишь 16% знали о своем статусе [76].

Данные из стран Европы также свидетельствуют о том, что некоторые группы населения недостаточно охвачены сервисом тестирования и поэтому не хватает данных о распространенности и динамике вируса. В особенности, это касается наркопотребителей [77], сельских жителей [78, 79], бездомных и заключенных.

Рекомендации

1. Данные из стран Европы свидетельствуют о том, что большое количество людей не знает о своем диагнозе и находится в группе риска развития хронического гепатита С. Кроме того, большинство впервые диагностированных случаев — хронический гепатит С, что свидетельствует о недостатках ранней диагностики. В связи с этим, необходима более глубокая нацеленность со стороны людей, формулирующих политику, органов здравоохранения и медицинских специалистов-практиков на повышение осведомленности о ВГС, создание и усовершенствование системы ранней диагностики среди населения, а также среди групп риска, таких, как ПИН и заключенные.

2. Необходимо совершенствование системы диагностики по выявлению ВГС путем обеспечения доступного, анонимного и бесплатного тестирования и консультирования. Это крайне важно в профилактике дальнейшего распространения инфекции, для своевременного диагноза, лечения и ухода за людьми, живущими с ВГС.

3. ВГС является серьезной проблемой общественного здоровья, актуальность которой растет, в особенности среди ПИН. Поэтому необходимо увеличивать масштаб сервиса по снижению вреда от наркотиков, особенно в местах, где распространенность ВГС среди ПИН высока. Эффективное расширение доступа к тестированию ВГС для ПИН требует внедрения тестирования и консультирования в деятельность уже существующих служб по снижению вреда.

4. В странах Европы существуют различные системы и практики регистрации и эпиднадзора, при этом большая часть данных приходится на страны Восточной Европы (в особенности, Великобритании, Германии, Нидерландов и Франции). Поэтому необходимо принятие общего определения случаев гепатита С на европейском уровне.

Данный анализ выявил необходимость усовершенствования доступности и качества национальной, региональной и глобальной информации о ВГС как крайне важного компонента для формирования эффективных стратегий по профилактике с учетом существующих факторов риска и путей передачи инфекции. Крайне важным является сотрудничество между исследователями, учеными, органами здравоохранения и медицинскими работниками в проведении популяционных исследований (особенно в Центральной и Восточной Европе) с целью оценки существующей динамики передачи ВГС и масштабов проблемы для формирования эффективной системы регистрации, стратегий по профилактике и организации своевременного лечения для людей, живущих с ВГС.

Приложение 1. Методология

Сбор информации для анализа проводился в 3 этапа:

- оценка существующих вторичных данных международных агентств и организаций: Центры по профилактике и контролю над заболеваниями (Center for Disease Prevention and Control, CDC), Европейская ассоциация по изучению заболеваний печени (European Association for the Study of the Liver, EASL), Европейский центр по профилактике и контролю над заболеваниями (European Center for Disease Prevention and Control, ECDC), Европейская ассоциация пациентов с заболеваниями печени (European Liver Patient Association, ELPA), Европейский мониторинг-центр по наркотикам и наркозависимости (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), Организация по профилактике вирусных гепатитов (Viral Hepatitis Prevention Board, VHPB), ВОЗ Европы;

- литературный обзор: исследование было проведено с помощью on-line версий следующих журналов: Journal of Hepatology, Journal of Gastroenterology & Hepatology, Hepatology International, Gut — An International Journal of Gastroenterology & Hepatology, Comparative Hepatology. Дополнительно анализ проводился с помощью поисковой системы PubMed и официальных отчетов национальных агентств по здравоохранению, доступных на английском или на русском языках;

- анкета: разработана стандартизованная и выслана экспертам и офисам ВОЗ в странах Европы, национальным агентствам по здравоохранению, гепатологическим ассоциациям/организациям, ассоциациям/организациям пациентов, негосударственным организациям и программам снижения вреда с целью сбора данных по распространенности ВГС в отдельных странах.

Географический спектр анализа — 15 стран Европы: Армения, Великобритания, Венгрия, Грузия, Германия, Дания, Египет, Испания, Италия, Польша, Румыния, Россия, Украина, Франция и Чешская Республика. Однако запрос на получение информации был выслан экспертам 25 стран Европы с целью сбора как можно большего количества данных. В результате информация была получена из 17 стран: Армении, Беларуси, Болгарии, Великобритании, Венгрии, Грузии, Германии, Испании, Италии, Литвы, Нидерландов, Польши, Румынии, России, Украины, Франции и Чешской Республики.

Фокусом собираемой информации были зарегистрированные случаи ВГС, оценка распространенности среди населения и различных групп риска, а также оценочное число людей, не знающих о своем диагнозе. Невыявленные случаи определялись как разница между количеством зарегистрированных случаев и количеством случаев, согласно оценкам, если в тексте не указано иначе.

Приложение 2. Ограничения

Доступ к медицинской помощи, наличие тестирования, политики по диагностике, а также адвокация расширения доступа к сервису по ВГС со стороны организаций пациентов может значительно повлиять на осведомленность среди членов общества о наличии инфекции; однако в данном исследовании анализ этих факторов не проводился. Такая оценка должна быть проведена с целью формирования эффективных стандартов, которые обеспечат раннюю диагностику и эффективное лечение людей, живущих с ВГС.

Из-за различий в системах наблюдения и регистрации, существующих в разных странах, и того факта, что в ряде стран ВГС не является заболеванием, подлежащим обязательной регистрации, количество зарегистрированных случаев не всегда соответствует количеству диагностированных случаев. Этот факт следует учитывать при интерпретации данных о недиагностированных случаях, представленных в данном отчете.

Большинство данных было получено через популяционные исследования и исследования популяций высокого риска, которые были доступны либо через экспертов, либо через on-line версии научных журналов. На основе существующих исследований достаточно трудно точно вычислить заболеваемость (новые случаи ВГС), так как острая инфекция в большинстве случаев протекает бессимптомно. Таким образом, большая часть существующих на сегодня эпидемиологических данных описывает распространенность (наличие на сегодняшний момент), которая не всегда отображает существующие тенденции путей передачи вируса.

Список литературы

1. World Health Organization. Hepatitis C. http://www.who.int/vaccine_research/diseases/viral_cancers/en/index2.html Accessed 06/09/2007.
2. World Health Organization. Hepatitis C Fact Sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/> Accessed 06/09/07.
3. European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction. Hepatitis C: a hidden epidemic. EMCDDA Drugs in Focus 11
4. World Health Organization. Department of Measurement and Health Information. December 2004. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbdeathdalyestimates.xls>.
5. World Health Organization (WHO) Hep C, http://www.who.int/immunization/topics/hepatitis_c/en/index.html.
6. Trepo C, et al. (1999). Hepatitis C virus infection in Western Europe, Journal of Hepatology, 1999;31, Suppl.1:80—83
7. Deuffic-Burban S, et al. (2006). Expected increase in hepatitis C-related mortality in Egypt due to pre-2000 infections, Journal of Hepatology 44 (2006):455—461
8. Информация Министерства здравоохранения, полученная от Г. Гукасян, Бюро ВОЗ в Армении, август 2007 г.
9. Число зарегистрированных инфекций за 2006 г. Распространенность ВГС — 49.35/10,000 человек. Персональная коммуникация с М. Дотсенко, Департамент инфекционных

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

заболеваний, Белорусский государственный медицинский институт, август 2007 г.

10. Источник данных о популяции — Мировой Банк, база данных Индикаторов мирового развития (World Development Indicators)

11. Atanasova MV, et al. (2004) Prevalence of antibodies against hepatitis C virus and hepatitis B coinfection in healthy population in Bulgaria: a seroepidemiological study. *Minerva Gastroenterologica e Dietologica*, 2004 (Vol. 50) (No. 1) 89—96.

12. Общие число зарегистрированных случаев за 1992 — 2006 гг., Агентство по здравоохранению

13. HPS (2007) Weekly Report, Vol. 41, No. 2007/22, June 2007, Health Protection Scotland (HPS). <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/ewr/pdf2007/0722.pdf>. Предоставлено Ш. Хатчинсон, Здравоохранение Шотландии.

14. HPA (2006) Hepatitis C in England: An update 2006. London: Health Protection Agency Centre for Infections (HPA), December 2006. http://www.hpa.org.uk/publications/2006/hepc_2006/Hepatitis_C2.pdf.

15. Персональная коммуникация с М. Рамзи, Центр по инфекционным заболеваниям

16. D'Souza RFC, et al. (2004) Improving hepatitis C services across UK: response to a walk in HCV testing service, *GUT*, 2004 Sep;53(9):1388

17. The UK vs. Europe: Ready to Fight Back a joint report by Hepatitis C Trust and University of Southampton, May 2005.

18. Данная цифра может быть не отражать ситуации на сегодняшний день, так как оценка проведена в 2004 г. и в то время зарегистрировано было 16,500 случаев (примерно 67% от общего числа не диагностированных случаев в 2004 г., в том числе около 75% — хронический гепатит. Hutchinson SJ, et al (2006). Hepatitis C virus infection in Scotland: epidemiological review and public health challenges. *Scottish Medical Journal* 2006; 51: 8—15.

19. По данным серо-эпидемиологического исследования проведенного Национальным центром по эпидемиологии в 2000 г., Венгрия.

20. Персональная коммуникация с Д. Отиашвили. "Альтернативная Грузия", август 2007 г., сноска на информацию отчета Национального центра по контролю и профилактике заболеваний "Здоровье и здравоохранение в Грузии".

21. Персональная коммуникация с Д. Отиашвили. "Альтернативная Грузия", август 2007 г.

22. Персональная коммуникация с Д. Радун, Институт Robert Koch (Национальный институт общественного здоровья, Германия), август 2007 г., общее число за 2001 — 2006 на основе данных Эпидемиологического отчета 46/2006.

23. Персональная коммуникация с Д. Радун, Институт Robert Koch (Национальный институт общественного здоровья, Германия), август 2007 г.

24. VHPB (2007) Viral Hepatitis, Vol. 15, No.2, Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB), 2007. http://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv15n2.pdf.

25. Персональная коммуникация с И. Гардини, EраС Onlus, август 2007 г.

26. Персональная коммуникация с И. Гардини, EраС Onlus, август 2007 г., оценка не идентифицированных случаев основана на проекции не диагностированных случаев среди медработников. Proietti L, et al. (2003). Prevalence of HCV in health care workers in Southern Italy, *Clinica Terapeutica* 2003 May-Jun;154(3):159—62.

27. Число людей зарегистрированных в медицинских центрах, предоставляющих лечение гепатита С в Литве (5 центров). Данные по сентябрь 2006 г. Персональная коммуникация с А. Амброзайтисом, Департамент инфекционных заболеваний и микробиологии, Вильнюсский Университет, август 2007 г.

28. Персональная коммуникация с А. Амброзайтисом, Департамент инфекционных заболеваний и микробиологии, Вильнюсский Университет, август 2007 г.

29. Kretzschmar M (2004). De prevalentie van hepatitis C in Nederland. RIVM/CIE/Wiskundige Modelling. Nr. 2004/2:1—13, provided by F. Jongen-Hermus, Soa AIDS Nederland, August, 2007.

30. Персональная коммуникация с И. Чианкара, Департамент гепатологии и СПИДа, Институт инфекционных заболеваний, Варшавский медицинский университет, август 2007 г.

31. Персональная коммуникация с И. Чианкара, Департамент гепатологии и СПИДа, Институт инфекционных заболеваний, Варшавский медицинский университет, август 2007 г.

32. Цифра равна 4.9% всего населения страны. По информации Первой национальной кампании по гепатиту С, <http://www.afladec.ro>.

33. Число хронических инфекций за 1999 — 2006 гг. По информации Министерства здравоохранения и социального развития.

34. Оценка по распространенности ВГС в России не проводилась. По практике применимой при оценке распространенности инфекционных заболеваний, по рекомендациям экспертов для оценки реальной цифры необходимо число официально зарегистрированных случаев умножить на три (минимум). Персональная коммуникация с доктором В. Мусатовым, август 2007 г.

35. Персональная коммуникация с В. Курпитой, Бюро ВОЗ в Украине, август 2007 г.

36. Персональная коммуникация с В. Курпитой, Бюро ВОЗ в Украине, август 2007 г. Так же в Шагинян В.Р. (2007) Роль перинатального пути передачи в распространении гепатитов В и С в Украине и усовершенствование системы эпидемиологического надзора. Автореф д.м.н. Киев.

37. Оценка за 2003—2004гг., по данным исследования 221.386 из них носители хронического гепатита С. Meffre C, et al. (2006) Prevalence of hepatitis B and hepatitis C in France, 2004. *Journal of Clinical Virology* 2006;36 (2Suppl):197.

38. The UK vs. Europe: Losing the fight against hepatitis interim report by Hepatitis C Trust and University of Southampton, 2005. Estimated percentage of people knowing their status in 2005.

39. Общее число зарегистрированных случаев за 1993 — 2006 гг., персональная коммуникация с В. Рехаг, август 2007 г.

40. Оценочные данные за 2002 г. среди общего населения, не принимаемая во внимания распространенность среди ПИН, которые сейчас являются группой, наиболее затронутой ВГС. По оценкам 35% от общего числа ПИН в стране (27 000) могут быть инфицированы. По данным исследования, проведенного в 2000 г. среди разных групп общества, оценочное распространение ВГС в стране 0,5—1%. Персональная коммуникация с В.Рехаг, август 2007 г.

41. Персональная коммуникация с М. Дотсенко, Департамент инфекционных заболеваний, Белорусский государственный медицинский институт, август 2007 г.

42. Персональная коммуникация с Е. Тончева, Бюро ВОЗ в Болгарии, август 2007 г.

43. The UK vs. Europe: Ready to Fight Back a report by Hepatitis C Trust and University of Southampton, May 2005. http://www.hepcuk.info/data/news/281_Euro%20Report%20final.pdf.

44. Hutchinson SJ, et al (2006). Hepatitis C virus infection in Scotland: epidemiological review and public health challenges. *Scottish Medical Journal* 2006; 51: 8—15.

45. NCE Annual report on Notifiable Communicable Diseases 2001— 2005, National Centre for Epidemiology (NCE), Budapest, Hungary.

46. Персональная коммуникация с Д. Радун, Институт Robert Koch (Национальный институт общественного здоровья, Германия), август 2007 г.

47. VHPB (2007) Viral Hepatitis, Vol. 15, No.2, Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB), 2007. http://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv15n2.pdf.

48. Mele A, et al. (2006) Epidemiology of acute viral hepatitis: twenty years of surveillance through SEIEVA in Italy and a review of the literature, Istituto Superiore di Sanit?, 2006
49. Персональная коммуникация с А. Амброзайтисом, Департамент инфекционных заболеваний и микробиологии, Вильнюсский Университет, август 2007 г.
50. Персональная коммуникация с Ф. Йонген-Хермус, Soa AIDS Nederland, август 2007 г. на основе данных Национального центра по гепатологии, 2002 г.
51. Персональная коммуникация с Ф. Йонген-Хермус, Soa AIDS Nederland, август 2007 г. данные так же доступны в отчете Weekly Sentinel System of the Dutch Working Group on Clinical Virology. <http://www.rivm.nl/infectieziektenbulletin/>
52. Czarkowski MP, et al. (2006) Hepatitis C in Poland in 2004, *Przegląd Epidemiologiczny* 2006; 60(3):481—486
53. Персональная коммуникация с В. Курпितой, Бюро ВОЗ в Украине, август 2007 г.
54. Персональная коммуникация с К. Меффри, Institut de Veille Sanitaire, август 2007 г.
55. К примеру VHPB (2003) *Viral Hepatitis Vol.13, No.2, March 2003*, Viral Hepatitis Prevention Board (VHPB) http://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv13n2.pdf. В то же время, в 2000 — 2001 г. процент позитивных тестов снизился, что может указывать на недостаток тестирования среди групп повышенного риска и расширение тестирования среди общего населения (Desenclos J (2003). The challenge of hepatitis C surveillance in Europe. *Euro Surveillance* 2003; 8(5): 99—100. <http://www.eurosurveillance.org/em/v08n05/0805-221.asp>)
56. Персональная коммуникация с В. Рехаг, август 2007 г.
57. Mele A., et al. (2006). Epidemiology of acute viral hepatitis: twenty years of surveillance through SEIEVA in Italy and a review of the literature, Istituto Superiore di Sanit, 2006.
58. Naoumov N. (1999). Hepatitis C virus infection in Eastern Europe, *Journal of Hepatology* 1999;31(Suppl.1):84—87.
59. Персональная коммуникация с И. Чианкара, Департамент гепатологии и СПИДа, Институт инфекционных заболеваний, Варшавский медицинский университет, август 2007 г.
60. Персональная коммуникация с В. Рехаг, август 2007 г.
61. Персональная коммуникация с Д. Радун, Институт Robert Koch (Национальный институт общественного здоровья, Германия), август 2007 г.
62. *Euro Surveillance* 2003;8(5):99-100. <http://www.eurosurveillance.org/em/v08n05/0805-221.asp>
63. Sweeting MJ. Et al. (2007) The Burden of Hepatitis C in England, *Journal of Viral Hepatitis*, 2007;14(8):570—576
64. Hutchinson SJ, et al (2006). Hepatitis C virus infection in Scotland: epidemiological review and public health challenges. *Scottish Medical Journal* 2006; 51: 8—15.
65. Mele A, et al. (2000) Prevention of hepatitis C in Italy: lessons from surveillance of type-specific acute viral hepatitis. *Journal of Viral Hepatitis* 2000; 7: 30—35
66. Kim, WR, et al. (2002) Global epidemiology and burden of hepatitis C, *Microbes and Infection*, 4 (2002):1219—1225
67. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2006: the state of the drugs problem in Europe. Available at <http://www.emcdda.europa.eu>.
68. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin 2006. Available at <http://www.emcdda.europa.eu>.
69. Дополнительная информация из Грузии предоставлена Д. Отиашвили, В. Курпितой из Украины, В. Рехаг из Чешской Республики, август 2007 г.
70. Graham C, Baden L, Yu E et al. (2001). Influence of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 2001 Aug 15;33(4):562—569.
71. ВОЗ (2006) Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 Копенгаген. http://www.euro.who.int/Document/SHA/HEP_C.pdf.
72. Aceijas C, Rhodes T (2007) Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy* 2007.
73. Meffre C, et al. (2006). Prevalence of hepatitis B and hepatitis C in France, 2004. *Journal of Clinical Virology* 2006;36 (2Suppl):197.
74. Sahajian F, et al. (2007). Screening campaign of hepatitis C among underprivileged people consulting in health centers of Lyon area, France, *European Journal of Public Health* 2007 17(3):263—271.
75. The UK vs. Europe: Losing the fight against hepatitis interim report by Hepatitis C Trust and University of Southampton, 2005.
76. Rista S et al. (2001) Prevalence of hepatitis C virus infection in general population of northern Spain, *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2001, 13:477—481
77. ССВЦВЕ (2007). "Гепатит С среди потребителей инъекционных наркотиков в новых странах-членах Европейского Союза и соседних государствах: ситуация, руководства и рекомендации, Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ), 2007 г. <http://www.ceehm.org/EasyCEE/sys/files/HCV%20RU.pdf>.
78. Monnet E et al. (2006) Place of residence and distance to medical care influence the diagnosis of hepatitis C: A population-based study, *Journal of Hepatology* 44 (2006):499—506.
79. Персональная коммуникация с И. Чианкара, Департамент гепатологии и СПИДа, Институт инфекционных заболеваний, Варшавский медицинский университет, август 2007 г.