

**А.С. МУСТАФАНОВА, Б.Б. ДАУЛЕТБАЕВА, К.К. ИСАЕВА, А.Т. ДОСЕКЕНОВ, А.В. ЕН,
А.Д. ТУЛЕТБЕКОВА, Д.И. ТУЛЕБАЕВ, А.Б. ЕСКЕНДИРОВ**
Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры ВОПН№1.

АНАЛИЗ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХВГС НА УРОВНЕ ПМСП ГОРОДА АЛМАТЫ

Данная статья рассматривает проблемы городских поликлиник по ведению больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), связанных с недостаточной их оснащенностью узкими специалистами, как инфекционист или гастроэнтеролог/ гепатолог в инфекционном кабинете (ИК), а также с затруднением диагностики из-за малой оснащенности инструментальными методами обследования (фиброскан, эластография), играющие весомую роль в направлении на дорогостоящую противовирусную терапию (ПВТ).

***Ключевые слова:** ХВГС, инфекционист или гастроэнтеролог/ гепатолог, инфекционный кабинет, инструментальные методы обследования (фиброскан, эластография).*

Введение.

Проблема вирусного гепатита С остается и будет оставаться актуальной. Это можно связать как и с численностью больных во всем мире (около 185 млн. что составляет 3% от всего количества людей на Земле), которое каждый год увеличивается (на 4 млн. человек). В Республике Казахстан эта цифра будет колебаться в районе 514 380 человек, что так же составляет 3% от 17 млн. 146 тыс. населения и это только официальные данные [1]. Так и самим определением гепатита С – антропонозного системного инфекционного заболевания с парентеральным механизмом передачи возбудителя, вызываемого гепато- и лимфотропным РНК-содержащим вирусом, поражающим печень с развитием гепатита, протекающего преимущественно в стертых или субклинических формах с высокой частотой хронизации (70-80%) и развитием внепеченочных проявлений [2] – ставящими врача в затруднительное положение, не только в его диагностике, но и в правильном ведении данной категории пациентов. Ведь ПВТ весьма дорогая и на ранних стадиях пациенты с фиброзом 0,1,2, часто, подвергаясь побочным эффектам, ухудшают свое состояние, а лечение на поздних стадиях, часто сопровождается осложнениями печени (хроническое диффузное поражение печени, цирроз, ГЦК) [3]. В связи с чем, возникает необходимость в строгом наблюдении за данной категорией пациентов, что возможно, если пациент имеет постоянного врача в инфекционном кабинете поликлиники, а также в динамическом обследовании, не только лабораторными, но и не инвазивными инструментальными методами.

Цель исследования:

Проведение сравнительного анализа тактики ведения больных с ХВГС, согласно ныне действующим приказам и протоколу лечения МЗ РК на уровне ПМСП г. Алматы, в зависимости от оснащенности их узкими специалистами (инфекционист/гастроэнтеролог-гепатолог).

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе поликлиник № 16, № 3 г. Алматы за период с 2013 по 2014 годы. Где инфекционный кабинет ГПН № 16 не был оснащен постоянным узким специалистом (инфекционистом), а в ГПН № 3 был. Анализ проводился в соответствии с приказом «Об утверждении Правил обследования и лечения больных вирусными гепатитами» № 92 от 17 февраля 2012 года и протоколу диагностики и лечения заболеваний (для терапевтического профиля) Алматы 2007 г.

Проведено статистическое исследование 38 (34 - №16- 1 группа, 4 - №3- 2 группа) амбулаторных карт больных с ХВГС различной степени активности, в том числе 27 женщин (71,05 %) и 11 мужчин (28,95 %). Возраст пациентов составил от 17 до 77 лет (средний возраст 53 ± 7,9 года).

Результаты исследования:

Проведенный сравнительный анализ амбулаторных карт показал, что у обеих групп больных наиболее встречающимися генотипами были 1a/v и 3. В первой группе генотип 1a/v составил 46,6%, генотип 3- 33,4%, во- второй группе 75% и 25% соответственно. Однако в первой группе по охвату больных, которым проводилось определение генотипа вируса гепатита С составило всего 44% против 100% второй группы. Это позволило отнести данные первой группы к относительным показателям, за счет потери контроля над больными со стороны инфекционного кабинета поликлиники из-за нехватки постоянного узкого специалиста (инфекциониста). Вследствие чего можно ошибочно прийти к выводу о несоответствии ведения больных с ХВГС протоколу № 92 от 17 февраля 2012 года, хотя на самом деле часть результатов обследования и данных о лечении могут находиться либо у ВОП/участкового терапевта, либо на руках у самого больного, либо обследования действительно не были проведены. Последнее создает условия для распространения, прогрессирования и осложнения ХВГС, а также пролонгирования пути к ПВТ. Похожие показатели можно проследить и в лабораторно- инструментальных методах обследования.

Так ориентируясь на данные в амбулаторных картах первой группы, мы видим, что ИФА проведено у 74% больных, ПЦР- 59%, БАК-68% против 100% второй группы. УЗИ ОБП в первой группе составило - 38,2% против 75% второй группы. Определение стадии фиброза печени, как одного из важных показателей для направления на ПВТ с помощью не инвазивных инструментальных методов обследования (эластография, фиброскан) в первой группе составило 17,6% и 8,8% соответственно, против 75% фиброскана второй группы. Вследствие чего стадии фиброза у первой группы определены у 26,4% против 75% второй группы (рис.1) Из них в первой группе ПВТ получили всего 6% больных (F0 и F2), против 33,33 % (F4) второй группы и 66,66% состоящих в листе ожидания (F1, F2). Из оставшихся 94% больных первой группы 61,7% получали гепатопротекторы, а данных о лечении оставшихся 32,3% нет. Во второй группе был отмечен случай отмены ПВТ из-за побочных эффектов на сердечно-сосудистую систему.

С целью выяснения количественного показателя об оснащенности инфекционных кабинетов узкими специалистами, по городу Алматы были совершены телефонные звонки в следующие поликлиники: №1,2,3,4,5,6,8,9,11,12,13,16,17,19,20,21,22,23,24. Где в №2,16,19,23,24 поликлиниках больных вели медицинские сестры, что от общего количества составило 26,32%. Последнее позволяет нам сравнить общую картину по ведению больных с ХВГС с показателями первой группы, что не соответствует вышеупомянутому приказу и дает размытую картину о больных, прикрепленных к ним.

Выводы:

Тактика ведения пациентов в большей степени страдает и не соответствует приказам и протоколу МЗ РК в поликлиниках с отсутствующими узкими специалистами (инфекционистами), вследствие чего возникают трудности в контроле за больными.

Затруднена диагностика больных с ХВГС из-за малой оснащенности инструментальными методами обследования (фиброскан, эластография), вследствие чего затягивается процесс подготовки больных на ПВТ.

Основная роль гепатолога в ПМСП: Самостоятельный охват и ведение больных по месту жительства от постановки клинического диагноза до завершения ПВТ и диспансеризация, что разгружает очередность в гепатологическом центре.

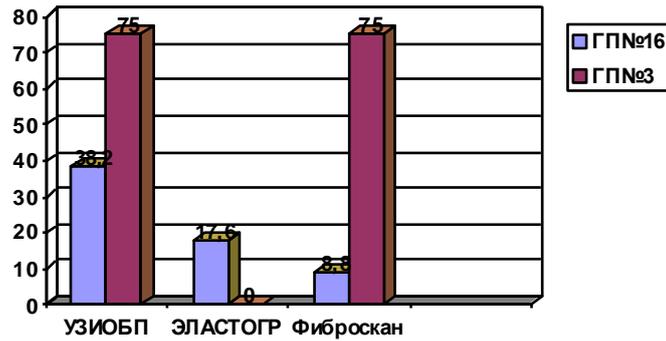


Рисунок 1.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Агенство по статистике РК интернет ресурс от 26.11.2013года (http://www.stat.gov.kz/faces/mobileHomePage?_afLoop=286097959949019#%2Foracle%2Fwebcenter%2Fportalapp%2Fpages%2Fnavigation-renderer.jspx%40%3F_adf.ctrl-state%3Dlo2lxdao6_4)
- 2 http://hepatit.kz/viral_hepatitis_c/ - официальный сайт РК для больных с ХВГС.
- 3 Хронический вирусный гепатит / Под общ.ред. В.В.Серова, З.Г. Апросиной- М.Медицина 2002.-383с.
- 4 Игнатова Т. М. «Хронический гепатит С: клиничко-морфологическая характеристика, течение, лечение». Автореферат диссертации д-ра мед. наук. Москва 2000.- 23с.

А.С. МҰСТАФАНОВА, Б.Б. ДАУЛЕТБАЕВА, К.К.ИСАЕВА, А.Т.ДӨСЕКЕНОВ, А.В. ЕН, А.Д. ТӨЛЕТБЕКОВА, Д.И.ТӨЛЕБАЕВ, А.Б. ЕСКЕНДІРОВ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

АМК ЖАҒДАЙЫНДА СВГС БАР НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ТУРАЛЫ ТАЛДАУ

Түйін: Бұл мақала созылмалы вирусты С гепатитімен ауратын науқастардың қалалық емханалардың қабырғасында өтетін мәселелерін қарастырады. Инфекциялық жұмыс бөлмесіндегі инфекционист немесе гастроэнтеролог/ гепатолог дәрігерлердің жетіспеушілігі және инструменталді әдістердің аздығы (фиброскан,эластография), вирусқа қарсы, қымбат емнің жолдамасына әсер ететінін дәлелдейді.

Түйінді сөздер: СВГС, инфекционист немесе гастроэнтеролог/ гепатолог, инфекциялық жұмыс бөлмесі, инструменталді әдістер (фиброскан, эластография).

A.S. MUSTAFANOVA, B.B. DAULETBAYEVA, K.K. ISAYEVA, A.T. DOSEKENOV, A.V. YEN, A.D. TULETBEKOVA, D.I. TULEBAYEV, A.B. ESKENDIROV
Kazakh National Medical University name after S.D.Asfendiyarov

ANALYSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C IN A PHC ALMATY

Resume: This article considers the problems of urban clinics for the management of patients with chronic hepatitis C associated with a lack of their equipment by specialists as infectious diseases or gastroenterologist / hepatologist in the infectious office (IR), as well as the difficulty of diagnosis because of the small equipment of instrumental methods of examination (Fibroskan, elastography), which play a major role in the direction of expensive antiviral therapy (HTP).

Keywords: CHC, infectious disease or a gastroenterologist / hepatologist, infectious study, instrumental methods of examination (Fibroskan, elastography).