

# Осведомленность врачей-терапевтов и врачей общей практики о гепатите С. Результаты опроса

О.И. Сагалова<sup>1</sup>, А.В. Синеглазова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

## Резюме

**Цель.** Для потенциального совершенствования диагностики и терапии хронического гепатита С в рамках настоящего исследования проведена оценка информированности врачей-терапевтов и врачей общей практики Челябинска и Челябинской области о проблеме гепатита С.

**Материалы и методы.** В рамках областной научно-практической конференции «Мультидисциплинарные вопросы семейной медицины» 19 мая 2018 г. проведено одномоментное сплошное исследование осведомленности врачей-терапевтов и врачей общей практики о вирусе гепатита С (ВГС)-инфекции. Для опроса использована анкета, состоявшая из 12 вопросов, разработанная О.И. Сагаловой. Опрошены 78 врачей Челябинска и Челябинской области, в том числе 20,52% (n=16) опрошенных представляли медицинские организации городских округов Челябинской области, 39,74% (n=31) – медицинские организации муниципальных районов Челябинской области, 39,74% (n=31) – медицинские организации Челябинска.

**Результаты.** Проведенный опрос выявил пробелы в знаниях врачей первичного звена по вопросам естественного течения, диагностики, внепеченочных проявлений ВГС-инфекции и современной противовирусной терапии. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточном понимании врачами тактики ведения пациентов с ВГС-инфекцией и подчеркивают необходимость совершенствования междисциплинарного взаимодействия между инфекционистами, врачами первичного звена, врачами других специальностей, в том числе разработки и внедрения образовательных мероприятий для врачей-неинфекционистов.

**Заключение.** Результаты свидетельствуют о необходимости повышения образованности врачей в вопросах диагностики и ведения пациентов с ВГС и включения вопросов скрининга на наличие ВГС-инфекции в клинические рекомендации отдельных хронических неинфекционных заболеваний в рамках первичного обследования.

**Ключевые слова:** гепатит С, терапевты, врачи общей практики, диагностика, терапия, мультидисциплинарность.

Для цитирования: Сагалова О.И., Синеглазова А.В. Осведомленность врачей-терапевтов и врачей общей практики о гепатите С. Результаты опроса. Терапевтический архив. 2020; 92 (11): 5–12. DOI: 10.26442/00403660.2020.11.000664

## Hepatitis C awareness among therapists and general practitioners. Survey results

O.I. Sagalova<sup>1</sup>, A.V. Sineglazova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia;

<sup>2</sup>Kazan State Medical University, Kazan, Russia

**Aim.** In order to improve the diagnosis and treatment of chronic hepatitis C in the framework of this study was the awareness among general practitioner (GPs) and physicians in various districts of Chelyabinsk Oblast was assessed.

**Materials and methods.** A continuous study of hepatitis C virus (HCV) awareness among therapists and GPs was conducted within the framework of the regional research-to-practice conference Multidisciplinary Issues of Family Medicine on May 19, 2018. 78 questionnaires have been distributed. Thus, 78 therapists from different districts of Chelyabinsk Oblast took part in the study. For these purposes, a questionnaire of 12 questions developed by Olga I. Sagalova was used. The study involved 78 therapists from different districts of Chelyabinsk Oblast. 20.52% (n=16) of respondents were from the healthcare institutions (HCI) of urban districts of Chelyabinsk Oblast, 39.74% (n=31) were from the HCIs of municipal districts of Chelyabinsk Oblast, and 39.74% (n=31) from the HCIs of the city of Chelyabinsk.

**Results.** The survey revealed certain gaps in therapists' awareness of the natural course of the disease, diagnosis, routing, the natural course of HCV infection, as well as its extrahepatic manifestations. The survey results indicate a lack of understanding among physicians and therapists of tactics for managing patients with HCV infection and emphasize the need to improve interdisciplinary interaction between infectious disease specialists, primary care doctors and doctors of other specialties including the development and implementation of an educational strategy for non-infectious disease doctors.

**Conclusion.** The results indicate the needs to increase the level of education among doctors in the diagnosis and management of patients with HCV in accordance with guidelines and to include screening for HCV infection in the guidelines for selected chronic non-communicable diseases as part of the initial examination.

**Keywords:** hepatitis C, therapists, general practitioners (GP), diagnosis, treatment, multidisciplinary approach.

For citation: Sagalova O.I., Sineglazova A.V. Hepatitis C awareness among therapists and general practitioners. Survey results. Therapeutic Archive. 2020; 92 (11): 5–12. DOI: 10.26442/00403660.2020.11.000664

ВГС – вирус гепатита С

ГЦК – гепатоцеллюлярная карцинома

ИФА – иммуноферментный анализ

КИЗ – кабинет инфекционных заболеваний

ПВТ – противовирусная терапия

ПЦР – полимеразная цепная реакция

СД – сахарный диабет

ССК – синдром смешанной криоглобулинемии

ХГС – хронический гепатит С

## Введение

Хронический вирусный гепатит С (ВГС) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний

печени [1]. Заболеваемость ВГС-инфекцией остается стабильно высокой, при этом ожидается, что нагрузка на общественное здравоохранение в ближайшее десятилетие только возрастет в связи с увеличением среднего возраста

пациентов, коморбидностью и развитием осложнений в отсутствие противовирусного лечения (эпидемический порог в этом случае устанавливается в 1%) [2]. По данным разных источников, распространенность ВГС-инфекции в Российской Федерации колеблется от 2,46% (3,5 млн случаев) [3] до 4,10% (5,8 млн случаев) [4]. На диспансерном учете в 2017 г. при этом состояли 614 195 человек [5]. В то же время сегодня доступны высокоэффективные и безопасные режимы противовирусной терапии (ПВТ), которые позволяют добиться излечения у подавляющего большинства пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС).

Предполагается, что основное бремя ВГС-инфекции связано с печеночными осложнениями [6]. Однако исследования последних лет показывают [6], что существует множество внепеченочных проявлений в связи с тропностью вируса к иммунной системе: синдром смешанной криоглобулинемии (ССК), В-клеточные лимфопролиферативные заболевания, поражение почек и др. [7]. Кроме того, у пациентов с ВГС-инфекцией чаще встречаются сахарный диабет (СД), аутоиммунные и сердечно-сосудистые заболевания [8]. Современная ПВТ позволяет предотвратить развитие внепеченочных проявлений и осложнений ВГС [8]. Однако для достижения наилучшего результата она должна быть назначена как можно раньше. В связи с этим актуальным является вопрос ранней диагностики ВГС. Для этих целей в России разработаны санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С» [9]. В санитарных правилах определены группы риска и лица, подлежащие обязательному обследованию на гепатит С. К числу последних относятся больные с хроническими заболеваниями в процессе первичного клинико-лабораторного обследования. Аналогичные показания к исследованию на вирус гепатита С содержат современные клинические рекомендации по ХГС [8, 10, 11].

Учитывая тот факт, что врачом первого контакта чаще всего является врач-терапевт или врач общей практики [12], низкий уровень его знаний, отсутствие актуальной информации об инфекции ВГС могут увеличивать риск для здоровья пациента. Опросы врачей-терапевтов и врачей общей практики показывают, что существуют значительные региональные отличия во мнениях врачей по разным вопросам, касающимся инфекции ВГС [13]. В связи с этим представляет интерес изучение осведомленности по данной актуальной проблеме врачей первичного звена здравоохранения Челябинска и Челябинской области.

**Цель исследования** – для потенциального совершенствования диагностики и терапии ХГС в рамках настоящего исследования провести оценку информированности врачей-терапевтов и врачей общей практики Челябинска и Челябинской области о проблеме гепатита С.

## Материалы и методы

В рамках областной научно-практической конференции «Мультидисциплинарные вопросы семейной медицины» 19 мая 2018 г. в Челябинске проведено одномоментное сплошное исследование осведомленности врачей-терапевтов и врачей общей практики о ВГС-инфекции. Уровень знаний врачей изучали путем анонимного добровольного анкетирования. Для этих целей использована анкета, состоявшая из 12 вопросов,

разработанная главным внештатным инфекционистом Челябинской области доктором медицинских наук О.И. Сагаловой (рис. 1). Вопросы анкеты направлены на оценку знаний вопросов диагностики, терапии, тактики ведения пациентов с ВГС.

В исследовании приняли участие 78 врачей медицинских организаций Челябинска и Челябинской области, в том числе 20,52% ( $n=16$ ) опрошенных представляли медицинские организации городских округов Челябинской области, 39,74% ( $n=31$ ) – медицинские организации муниципальных районов Челябинской области, 39,74% ( $n=31$ ) – медицинские организации Челябинска.

Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2016. Применены методы описательной статистики. Данные представлены в виде абсолютных чисел и их долей.

## Результаты и обсуждение

### Актуальные вопросы диагностики ВГС

Первый вопрос анкеты посвящен изучению частоты обследования на ВГС (рис. 2). На вопрос ответили 72 (92,3%) человека. Результаты показали, что 5,6% ( $n=4$ ) опрошенных за истекший месяц ни разу не назначили обследование на антитела к ВГС; 43,1% ( $n=31$ ) врачей обследовали от 1 до 5 пациентов; 30,6% ( $n=22$ ) – от 6 до 10 человек; 13,9% ( $n=10$ ) – от 11 до 19 и 6,9% ( $n=5$ ) – более 20 пациентов. Таким образом, около 1/2 врачей первичного звена либо не назначали в месяц, предшествовавший опросу, обследование на гепатит С, либо назначали крайне редко. Одним из объяснений данных результатов, на наш взгляд, может быть разнородность опрошенных по месту их профессиональной деятельности. Достаточно большая группа врачей работают в медицинских организациях области, где отмечаются меньшая миграция населения и естественная убыль. В то же время часть врачей имеют длительный стаж работы на одном месте и хорошо знают прикрепленное население. И все-таки мы не исключаем и другие причины низкой частоты обследования на ВГС.

Несмотря на то, что небольшая часть респондентов ответили, что не назначали за последний месяц обследование на гепатит С, в целом, согласно результатам ответов на этот вопрос (см. рис. 2), не имелось докторов, которые вообще не обследовали на гепатит С.

Всего на вопрос о критериях для обследования пациентов на ВГС (вопрос 2, рис. 3) ответили 74 опрошенных. Обращает на себя внимание, что подавляющее большинство врачей назначают обследование на ВГС при повышении печеночных трансаминаз, но только 7 из 10 – при наличии хронического заболевания печени. И даже при наличии клинической симптоматики лишь 82% респондентов будут обследовать на ВГС. Важно отметить, что результаты научных исследований свидетельствуют об отсутствии корреляции между повышением печеночных трансаминаз и выраженностью органических изменений печени [11]. Так, нормальный уровень аланинаминотрансферазы наблюдался [14] у 23% пациентов без фиброза, 26% – со стадией F1, у 39% – со стадией F2, а также у 6% – со стадией F3 и 6% – с циррозом. В то же время повышенный уровень аланинаминотрансферазы диагностирован [14] у 16% пациентов без фиброза, у 20% пациентов со стадией F1 [15].

### Контактная информация:

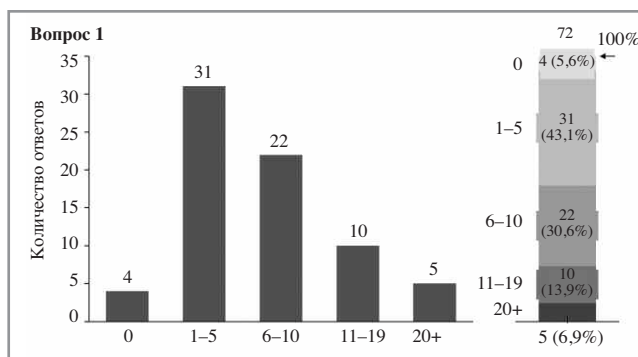
Синеглазова Альбина Владимировна – д.м.н., зав. каф. поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО КГМУ. Тел.: +7(906)892-18-58; e-mail: sineglazovaav@mail.ru; ORCID 0000-0002-7951-0040

### Сведения об авторах:

Сагалова Ольга Игоревна – д.м.н., зав. инфекционным отделением Клиники ФГБОУ ВО ЮГМУ. ORCID: 0000-0003-3814-7342

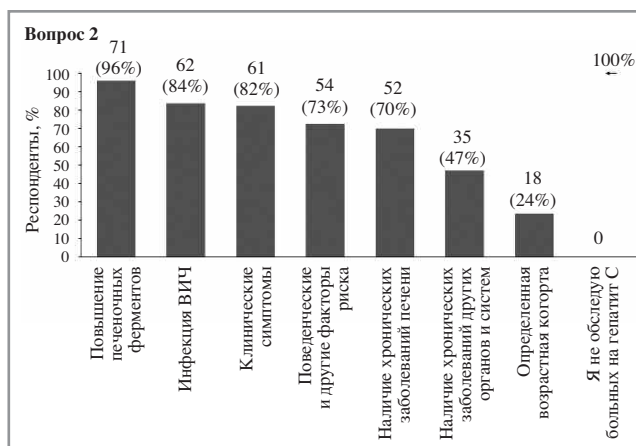
**ХГС. Вопросы для врачей общей практики**

- Сколько больных за последний месяц вы обследовали на гепатит С, назначая тест на антитела к вирусу гепатита С (antiHCV)?
  - 0;
  - 1–5;
  - 6–10;
  - 11–19;
  - 20+.
- Каковы ваши критерии для обследования пациентов на вирус гепатита С (ВГС)? Отметьте все подходящее.
  - повышение печеночных ферментов;
  - клинические симптомы;
  - поведенческие и другие факторы риска;
  - инфекция ВИЧ;
  - определенная возрастная когорта;
  - наличие хронических заболеваний печени;
  - наличие хронических заболеваний других органов и систем;
  - я не обследую больных на гепатит С.
- Достаточно ли выявления антител к ВГС для постановки диагноза ХГС?
  - да;
  - нет.
- Какой метод является подтверждающим диагноз ХГС?
  - повторное исследование крови на антитела к вирусу гепатита С методом ИФА;
  - ПЦР для обнаружения РНК ВГС в плазме крови;
  - транзитная эластография печени;
  - ультразвуковое исследование печени;
  - исследование печеночных ферментов.
- Какая доля выявленных вами больных с ХГС находятся под наблюдением врача-инфекциониста КИЗ или (в случае его отсутствия) направлены вами на консультацию в Гепатологический центр Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ?
  - 0%;
  - ~25%;
  - ~50%;
  - ~75%;
  - ~100%.
- Когда вы обычно направляете больных с гепатитом С к врачу-инфекционисту?
  - как только выявлены антитела к ВГС;
  - как только подтвержден диагноз;
  - когда у пациента появляются клинические симптомы;
  - когда у больного обнаруживаются признаки цирроза печени;
  - я не направляю больных.
- Какова в среднем длительность заболевания от момента заражения до начала формирования цирроза печени?
  - 1–5 лет;
  - 5–10 лет;
  - 10–15 лет;
  - 15–20 лет;
  - 20–30 лет.
- Укажите злокачественные заболевания, связанные с хронической ВГС-инфекцией.
  - рак кишечника;
  - первичный рак печени;
  - рак легких;
  - неходжкинская В-лимфома;
  - рак молочной железы.
- Каковы наиболее частые внепеченочные проявления хронической инфекции, вызванной ВГС? Выделите 3 наиболее часто встречающиеся.
  - СД;
  - ССК;
  - депрессия;
  - синдром Шегрена;
  - красный плоский лишай;
  - аутоиммунная тромбоцитопения;
  - аутоиммунный тиреоидит.
- Считаете ли вы, что гепатит С излечим?
  - да;
  - нет.
- Если да, то какова эффективность современных схем противовирусной терапии?
  - менее 40%;
  - 40–60%;
  - 60–80%;
  - 80–95%;
  - 95–100%.
- Для чего нужно определять генотип ВГС?
  - для выбора схемы лечения;
  - для эпидемиологического мониторинга;
  - для определения прогноза заболевания;
  - определять генотип ВГС не нужно.

**Рис. 1. Анкета изучения осведомленности врачей первичного звена о проблеме вирусного гепатита С.****Рис. 2. Ответы на вопрос «Сколько больных за последний месяц вы обследовали на гепатит С, назначая тест на антитела к вирусу гепатита С?»**

Тем не менее повышение печеночных трансаминаз, наличие клинической симптоматики, а также хронической патологии печени являются показателями для обследования на ВГС [9].

К сожалению, не все опрошенные, а только 84% врачей назначают обследование на ВГС при наличии ВИЧ-инфекции, и лишь 73% – при наличии поведенческих факторов риска (потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры; лица, оказывающие услуги сексуального характера, и их половые партнеры; мужчины, практикующие секс с мужчинами; лица с большим числом случайных половых партнеров) [9], хотя эти два показателя являются обязательными к обследованию на ВГС. Данные результаты демонстрируют

**Рис. 3. Ответы на вопрос «Каковы ваши критерии для обследования пациентов на ВГС? Отметьте все подходящие».**

недостаточное знание нормативных документов и понимание проблемы, которое имеет особое значение в условиях высокой и неравномерной распространенности наркологической патологии в Челябинской области [16]. Особое внимание обращает на себя крайне низкая осведомленность опрошенных о необходимости обследования на ВГС при наличии хронического неинфекционного заболевания. Несмотря на наличие этого показателя в СанПин 2014 г., менее 1/2 врачей указали его при опросе. Ранее мы уже говорили о принципиальной необходимости обследования на ВГС пациентов с впервые

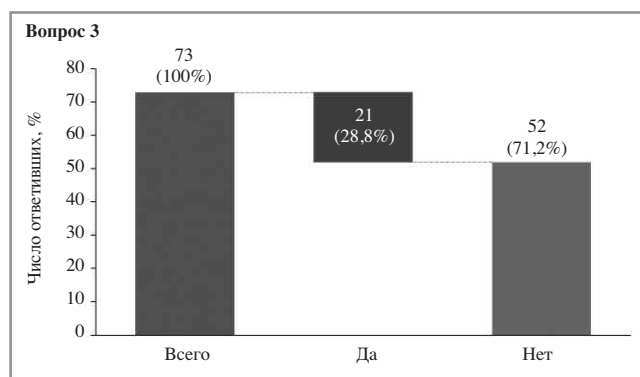


Рис. 4. Ответы на вопрос «Достаточно ли выявления антител к ВГС для постановки диагноза ХГС?»

выявленной соматической патологией, которая может выступать в качестве «маски» гепатита. В то же время у пациентов, которые длительно наблюдаются по поводу хронических неинфекционных заболеваний, ВГС-инфекция зачастую выявляется на стадии декомпенсированного цирроза печени [8]. А ведь именно врач первичного звена чаще всего впервые выявляет хроническую соматическую патологию, ведет диспансерное наблюдение этих пациентов. Принимая во внимание тот факт, что работа с этими больными составляет наибольшую долю от всей деятельности в амбулаторном звене, такая низкая осведомленность выглядит еще более критично и свидетельствует как о необходимости повышения образованности врачей первичного звена по вопросам мульти- и междисциплинарности проблемы ВГС, так и о включении обследования на маркеры вирусов гепатита С в современные клинические рекомендации для врачей-неинфекционистов.

Кроме того, особое внимание врачу следует обращать на пациентов из поколения «бебибумеров» (1945–1965 г.р.). Причины более высокого уровня распространенности ВГС-инфекции в данной возрастной когорте до конца неясны, но предполагается, что большинство из них инфицированы при оказании медицинской помощи, в том числе при переливании зараженной донорской крови и ее продуктов до внедрения в 1992 г. скрининга на ВГС, а также в результате употребления инъекционных наркотиков [17].

Знания вопросов верификации диагноза ВГС оценены в двух последовательных вопросах (вопросы 3, 4, рис. 4, 5). Результаты продемонстрировали, что около 1/3 врачей считают обнаружение антител к ВГС достаточным для постановки диагноза ВГС (28,8%;  $n=21$ ), что выявления антител к ВГС недостаточно для постановки диагноза ХГС, – 71% ( $n=52$ ) опрошенных.

Вопрос 4 о дополнительных, подтверждающих диагноз ХГС (см. рис. 5) исследованиях подразумевал множественный выбор (число ответивших – 75). Абсолютное большинство (91%;  $n=68$ ) верно отметили, что подтверждающим диагнозом методом является полимеразная цепная реакция (ПЦР) для обнаружения РНК ВГС в плазме крови. Тем не менее 27% ( $n=20$ ) респондентов отметили, что необходимо повторное исследование крови на антитела к ВГС методом иммуноферментного анализа (ИФА), 15% ( $n=11$ ) – исследование печеночных ферментов, и по 11% ( $n=8$ ) выбрали транзитную эластографию печени и ультразвуковое исследование печени. Однако ни один из данных методов, кроме ПЦР для обнаружения РНК ВГС, не позволяет верифицировать диагноз ВГС. Согласно современным клиническим рекомендациям после обнаружения антител к вирусу необходимо про-

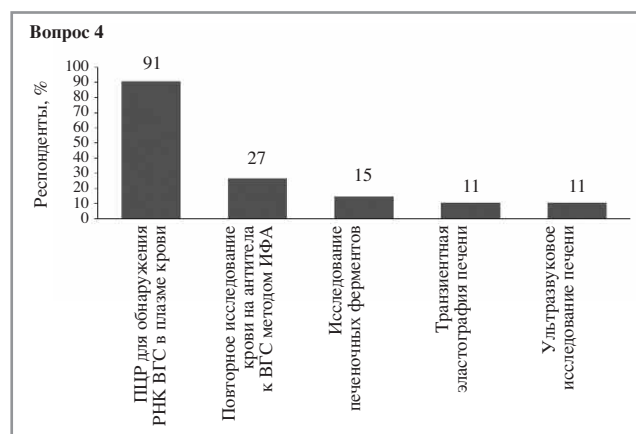


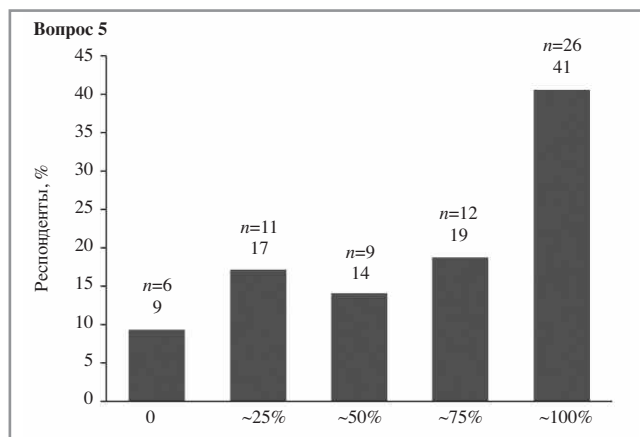
Рис. 5. Ответы на вопрос «Какой метод является подтверждающим диагнозом ХГС?»

ведение подтверждающего теста – исследование методом ПЦР на РНК ВГС [11].

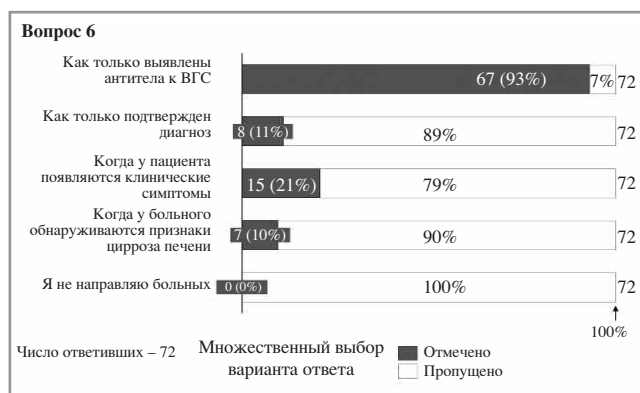
#### Тактика ведения пациентов

На вопрос 5 о доле пациентов с ХГС, находящихся под наблюдением врача-инфекциониста кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ) или Гепатологического центра Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ, получено 64 ответа (рис. 6). Лишь 4 из 10 респондентов ответили, что около 100% их пациентов находятся под наблюдением врача-инфекциониста КИЗ или Гепатологического центра. Обработав данные, полученные при ответе на этот вопрос, мы установили, что 33,5% пациентов с установленным диагнозом ХГС не наблюдаются у инфекциониста. Несмотря на то, что эти данные отражают общемировые тенденции [18], маршрутизация пациентов необходима для качественного наблюдения, своевременного назначения и выбора оптимальной схемы ПВТ, приоритизации пациентов с тяжелым фиброзом в рамках государственной региональной программы и в итоге – обеспечения эпидемической безопасности по ВГС. С этой целью министром здравоохранения Челябинской области 13.12.2016 подписан приказ №2111 «О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области» [19], в котором определен алгоритм диспансерного наблюдения взрослых с парентеральными вирусными гепатитами. Согласно этому документу, диспансерное наблюдение осуществляется на трех уровнях: 1-й – в КИЗ, 2-й – в региональных или территориальных (межрайонных) инфекционных кабинетах/отделениях, в том числе в Гепатологическом центре на базе МУЗ «Городская больница №1 им. Г.И. Дробышева» Магнитогорска; 3-й, региональный, – в Гепатологическом центре клинко-диагностического отделения Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ. Приказом регламентировано обязательное ежегодное направление всех пациентов с ХГС в Гепатологический центр для уточнения диагноза, дальнейшей тактики ведения, отбора на ПВТ в рамках программы.

На вопрос 6 («Когда вы обычно направляете больных с гепатитом С к врачу-инфекционисту?») ответили 72 врача (рис. 7). Вопрос подразумевал выбор нескольких вариантов ответа. Наиболее значимым показанием для направления к инфекционисту подавляющее большинство врачей посчитали обнаружение антител к ВГС. Такой ответ согласуется с нормативно-правовой базой и особенностями организации обследования в амбулаторных медицинских организациях, когда они не имеют возможности самостоятельно исследовать ПЦР РНК или назначить ПЦР РНК может только ин-



**Рис. 6.** Ответы на вопрос «Какая доля выявленных вами больных с ХГС находится под наблюдением врача-инфекциониста КИЗ или (в случае его отсутствия) направлена вами на консультацию в Гепатологический центр Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ?»



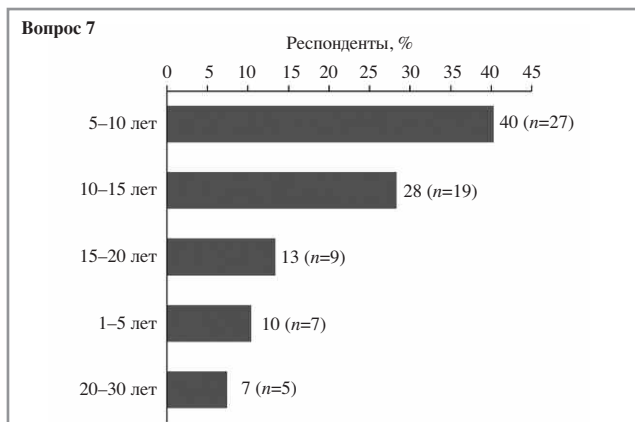
**Рис. 7.** Ответы на вопрос «Когда вы обычно направляете больных с гепатитом С к врачу-инфекционисту?»

фекционист. Непонятно для авторов, по какой причине только каждый 10-й врач направит к инфекционисту при подтверждении диагноза ВГС-инфекции. Одной из причин может быть недостаточная осведомленность об изменении парадигмы лечения ХГС в последние годы и возможности его излечения более чем в 95% случаев, что подчеркивает необходимость проведения широкой информационной кампании среди медицинских работников на всех уровнях.

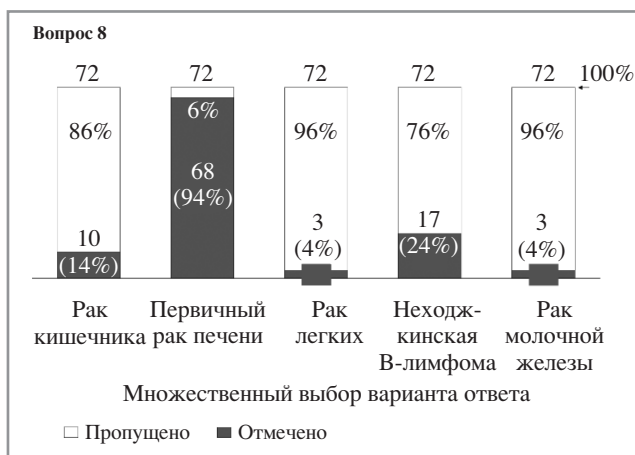
#### Осведомленность о естественном течении и клинических проявлениях ВГС

Последующие вопросы анкеты направлены на оценку общих знаний врачей о ВГС, отражающих системное понимание проблемы и гипотетически оказывающих влияние на тактику ведения этих пациентов.

На вопрос 7 анкеты о средней длительности заболевания ВГС-инфекцией от момента заражения до начала формирования цирроза печени (рис. 8) ответили 67 (85,9%) врачей. Большая часть опрошенных (40%;  $n=27$ ) считают, что в среднем этот период занимает 5–10 лет; 28% ( $n=19$ ) – 10–15 лет, остальные ответы распределились примерно равномерно. Согласно существующим данным скорость прогрессирования фиброза печени варьирует в широких пределах и является непредсказуемой из-за вариабельности течения: врач, сталкиваясь с пациентом впервые, не может предсказать характер течения заболевания [20]. На хронизацию и



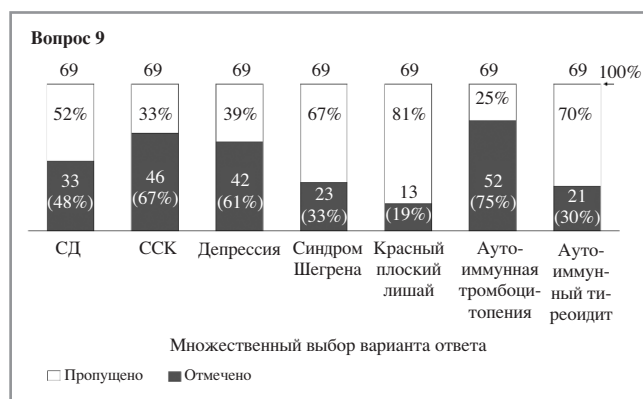
**Рис. 8.** Ответы на вопрос «Какова в среднем длительность заболевания от момента заражения до начала формирования цирроза печени?»



**Рис. 9.** Ответы на вопрос «Укажите злокачественные заболевания, связанные с хронической ВГС-инфекцией».

температуре прогрессирования влияют возраст человека на момент заражения, пол, раса, индивидуальная иммунная реакция на вирус, уровень потребления алкоголя, выраженность воспаления и коморбидности. По современным данным, только у 10–20% пациентов ХГС прогрессирует до терминальной стадии заболеваний печени в течение 10–20 лет. У большинства пациентов этот процесс занимает более длительное время – от 20 до 30 лет [11, 21, 22].

На вопрос 8 о злокачественных заболеваниях (рис. 9), связанных с хронической ВГС-инфекцией, ответили 72 (92,3%) респондента. Вопрос подразумевал множественный выбор вариантов ответа. Знание связи онкопатологии и ХГС и выявление онкозаболеваний в Челябинской области являются важными аспектами в связи с онконастороженностью и стабильно высокой заболеваемостью злокачественными новообразованиями, которая, по данным на 2017 г., составила 481,8 на 100 тыс. населения [23]. Значительная часть врачей отметили связь ВГС с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), действительно являющейся наиболее частой онкологической патологией, которая ассоциирована с ВГС. Так, риск ГЦК у пациентов, инфицированных ВГС, увеличивается в 15–20 раз, а смертность от ГЦК, обусловленной ВГС, за последние 10 лет выросла на 21,1% [24]. Скрининг ГЦК в настоящее время рекомендован всем больным с ХГС со стадией фиброза F3–F4 один раз в полгода. А вот неходж-кинскую В-лимфому выбрал только каждый 4-й врач, хотя,



**Рис. 10.** Ответы на вопрос «Каковы наиболее частые внепеченочные проявления хронической инфекции, вызванной ВГС? Выделите 3 наиболее часто встречающиеся».

согласно европейским рекомендациям, ее распространенность в эндемичных по ВГС районах может достигать 10% [8]. Отдельно необходимо отметить накапливающиеся данные о взаимосвязи между ВГС и развитием новообразований головы и шеи [25] и отсутствие доказанной связи ХГС с раком легких, кишечника и молочной железы.

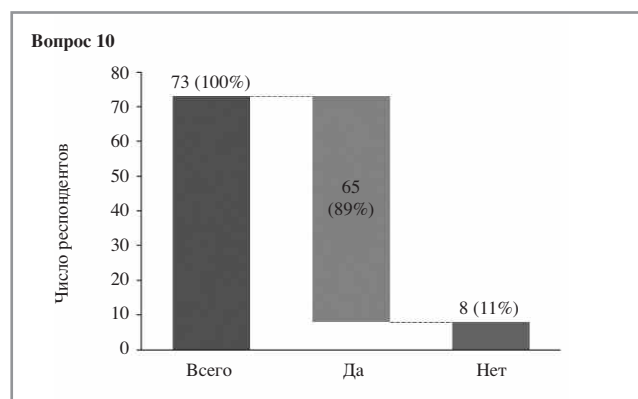
На вопрос 9 о неонкологических внепеченочных проявлениях ХГС ответили 69 врачей. Вопрос также подразумевал возможность множественного выбора (рис. 10). Наиболее часто выбрана связь с аутоиммунной тромбоцитопенией (риск развития которой увеличивается в 2 раза в сравнении с общей популяцией), несколько реже с ССК и депрессией. Согласно современным данным [8] ведущим внепеченочным синдромом является ССК: у 50–70% больных с ВГС-инфекцией в сыворотке крови наблюдают повышенные уровни криоглобулинов, тогда как ССК с клиническими проявлениями развивается у 15%. Депрессия встречается у пациентов с ВГС-инфекцией в 1,5–4 раза чаще, чем в общей популяции. Кроме того, наряду с ней при ВГС-инфекции наблюдаются утомляемость, когнитивные и другие нейropsychические нарушения [26].

Менее 1/2 положительных ответов респондентов указали на связь ВГС-инфекции с СД. Однако эпидемиологические исследования свидетельствуют о более высокой распространенности СД у пациентов с ХГС: риск развития СД 2-го типа у пациентов с ХГС более чем в 1,5 раза выше, чем у пациентов без ВГС-инфекции [27]. Соответственно, и при ответе на данный вопрос подтверждается общая тенденция о недостаточных знаниях врачей первичного звена о связи ВГС с хроническими неинфекционными заболеваниями.

### Общие вопросы терапии ВГС

На вопрос 10 о возможности излечения гепатита С ответили 73 человека (рис. 11). Большая часть из них (89%;  $n=65$ ) из них считают, что гепатит С излечим. Несколько респондентов при ответе на данный вопрос поместили в комментариях, что ответ зависит от того, есть ли у пациента цирроз печени. Однако современные данные свидетельствуют о том, что частота достижения устойчивого вирусологического ответа у пациентов с компенсированным заболеванием печени одинакова. И, хотя декомпенсация цирроза снижает вероятность эрадикации вируса, тем не менее при лечении современными безинтерфероновыми режимами частота устойчивого вирусологического ответа высока [11].

Эффективность современных схем терапии оценил 71 врач (вопрос 11, рис. 12). При этом несколько человек отметили несколько вариантов ответа на этот вопрос, поэтому



**Рис. 11.** Ответы на вопрос «Считаете ли вы, что гепатит С излечим?»

*Примечание.* Несколько респондентов поместили в комментариях: ответ на вопрос зависит от того, имеется ли у пациентов цирроз печени или нет.

сумма ответов составила 104%. Шесть из 10 (61%;  $n=43$ ) респондентов ответили, что эффективность терапии составляет 95–100%, что соответствует данным клинических исследований и реальной клинической практики для всех без-ИФН-режимов, зарегистрированных в России [11]. Еще 21% ( $n=15$ ) оценили эффективность существующих схем в 80–95%. Около 1/2 респондентов считают, что эффективность схем ПВТ < 60%. Неверные представления врачей об эффективности ПВТ могут быть препятствием назначения своевременной и потенциально высокоэффективной терапии.

На вопрос 12 о генотипе ВГС ответили 70 человек. Данный вопрос подразумевал множественный выбор вариантов ответа (рис. 13). Значительная часть врачей (79%;  $n=55$ ) считают, что определять генотип ВГС необходимо для выбора схемы лечения, 36% ( $n=25$ ) – для определения прогноза заболевания, 21% ( $n=15$ ) – для эпидемиологического мониторинга, 9% ( $n=6$ ) опрошенных ответили, что определять генотип не нужно. В целом ответы на данный вопрос соответствовали ожиданиям. В настоящий момент существуют эффективные пангенотипные схемы терапии, которые позволяют лечить пациентов вне зависимости от генотипа ВГС, однако их применение в России может быть ограничено назначением преимущественно определенным категориям пациентов (по клиническим показаниям). Интересен тот факт, что ответ 9% врачей соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, согласно которым использование современных пангенотипных схем позволяет проводить терапию только при наличии у пациента виремии. В нашей стране, согласно клиническим рекомендациям, генотипирование является обязательным, поскольку наряду с пангенотипными используются режимы, показанные для лечения только 1 и 4-го генотипов.

### Заключение

Последние достижения в области медицины привели к революционным переменам в области терапии ВГС-инфекции. К сожалению, в Челябинской области и РФ в целом лечение ВГС-инфекции в настоящее время получают небольшое число пациентов. Одной из причин этого является и недостаточная диагностика, которая в контексте нашего исследования может быть тесно связана с недостаточной осведомленностью врачей первичного контакта в вопросах скрининга ВГС-инфекции. Этот факт свидетельствует о необходимости повышения образованности врачей в вопросах диагностики

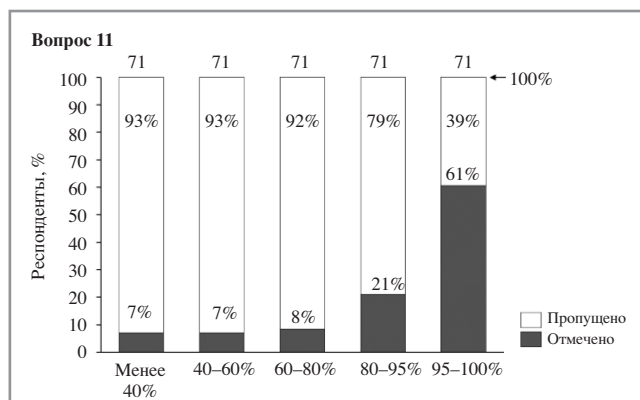


Рис. 12. Ответы на вопрос «Если да, то какова эффективность современных схем противовирусной терапии?»

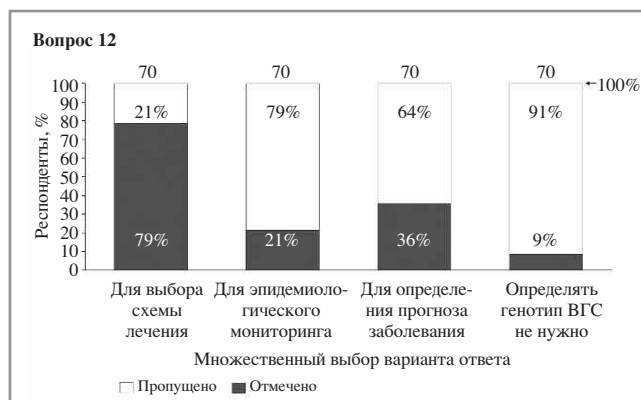


Рис. 13. Ответы на вопрос «Для чего нужно определять генотип ВГС?»

#### Бостонская консультативная группа: путь к ликвидации ВГС-инфекции [29]

	Осведомленность о заболевании	Скрининг	Связь со здравоохранением	Связь с врачом	Доступ к лечению
Представители системы здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Образовательные программы для персонала и пациентов</li> <li>Образовательные программы для людей без установленного диагноза</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Электронная запись</li> <li>Скрининг «беби-бумеров» и других групп риска</li> <li>Обучение неспециалистов алгоритму скрининга</li> <li>Совмещение тестирования на ВИЧ и ВГС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Использование навигаторов для пациентов</li> <li>Направление пациентов во вспомогательные медицинские центры (например, службы психологической поддержки) и предоставление информации о центрах реабилитации</li> <li>Включение лиц, отбывших наказание, связанное с лишением свободы, в программы здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечение специалистом</li> <li>Лечение группой специалистов</li> <li>Телемедицинское сопровождение</li> <li>Привлечение иного медицинского персонала</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Партнерство с производителями для получения скидок</li> <li>Включение пациентов в план системы здравоохранения или программы поддержки пациентов</li> </ul>
Частный сектор	<ul style="list-style-type: none"> <li>Спонсорство образовательных программ неспециалистов</li> <li>Государственно-частные партнерства</li> <li>Платная реклама, услуги СМИ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Промоция тестирования</li> <li>Разработка единого теста</li> <li>Скрининговый тест в розничной продаже</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гранты для навигации пациентов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Финансирование тренингов медперсонала, не являющегося специалистами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Доступ к препаратам по программе помощи пациентам</li> <li>Талоны для пациентов</li> <li>Ослабление ограничений для пациентов</li> </ul>
Государство	<ul style="list-style-type: none"> <li>Финансирование образовательных программ</li> <li>Спонсорство программ для неспециалистов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обязательный скрининг для некоторых групп населения</li> <li>Рекомендация тестирования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Финансирование навигации пациентов</li> <li>Формирование и распространение информационных буклетов о центрах реабилитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Продвижение вовлечения медицинского персонала</li> <li>Продвижение использования ресурсов телемедицины</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличение финансирования для увеличения доступности препаратов</li> </ul>
Некоммерческие организации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кампании защиты прав пациентов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Партнерство с организациями, занимающимися ВИЧ, для скрининга обеих инфекций одновременно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Возмещение транспортных расходов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечение тренингов неспециалистов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Включение пациентов в план системы здравоохранения или программы поддержки пациентов</li> </ul>

и ведения пациентов с ВГС согласно клиническим рекомендациям, включая вопросы скрининга ВГС-инфекции у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями в рамках первичного обследования [28] и внепеченочных проявлений ВГС-инфекции. Другим важным, на наш взгляд, направлением совершенствования каскада оказания медицин-

ской помощи больным с ВГС-инфекцией является междисциплинарное взаимодействие между врачами разных специальностей, в том числе терапевтических, чему уделено отдельное внимание в Бостонской стратегии (см. таблицу). С этой целью считаем целесообразным включение вопросов скрининга на наличие ВГС-инфекции в клинические реко-

мендации отдельных хронических неинфекционных заболеваний в рамках первичного обследования.

### Ограничения исследования

Представленная работа является собственным одномерным сплошным открытым исследованием и имеет ограничения, свойственные всем опросам. Исследование проведено среди врачей Челябинска и Челябинской области, что следует учитывать при изучении интерпретации данных и ограниченности применения суждений ко всей популяции врачей-терапевтов и врачей общей практики РФ. В то же время

авторам не известно о других подобных работах по аналогичной тематике, проведенных на территории РФ, так же как и о наличии каких-то особенностей уровня знаний о гепатите С среди врачей Челябинска и Челябинской области.

### Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

*Источник финансирования. Анализ данных опросников и подготовка публикации выполнены при поддержке компании ООО «Гилеад Сайенсиз Рашиа».*

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- ВОЗ. Гепатит С. [WHO. Hepatitis C (In Russ.)] <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- Gardenier D, Olson MC. Hepatitis C in 2019: Are We There Yet? *J Nurse Pract.* 2019;15(6):415-9. doi: 10.1016/j.nurpra.2018.12.009
- The Viral Hepatitis Prevention Board. *Viral Hepatitis.* 2011;19(1). [https://www.vhpb.org/files/html/Meetings\\_and\\_publications/Viral\\_Hepatitis\\_Newsletters/vhv19n2.pdf](https://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv19n2.pdf)
- Пименов Н.Н., Вдовин А.В., Комарова С.В. и др. Актуальность и перспективы внедрения в России единого федерального регистра больных вирусными гепатитами В и С. *Терапевтический архив.* 2013;85(11):4-9 [Pimenov NN, Vdovin AV, Komarova SV, et al. The relevance and prospects of introducing a uniform federal register of patients with viral hepatitis B and C in Russia. *Therapeutic Archive.* 2013;85(11):4-9 (In Russ.)].
- ИПРСУ. Долгие проводы. Результаты мониторинга закупок препаратов для лечения гепатита С в России в 2017 году. Санкт-Петербург: Коалиция по готовности к лечению, 2018 [ИПРСУ. Long farewell. Results of monitoring the procurement of drugs for the treatment of hepatitis C in Russia in 2017. St Petersburg: Treatment Preparedness Coalition, 2018 (In Russ.)]
- Thrift AP, El-Serag HB, Kanwal F. Global epidemiology and burden of HCV infection and HCV-related disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017;14(2):122-32. doi: 10.1038/nrgastro.2016.176
- Cacoub P, Comarmond C, Domont F, et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C virus infection. *Ther Adv Infect Dis.* 2016;3(1):3-14. doi: 10.1177/2049936115585942
- Ferri C, Ramos-Casals M, Zignego AL, et al., ISG-EHCV coauthors. International diagnostic guidelines for patients with HCV-related extrahepatic manifestations. A multidisciplinary expert statement. *Autoimmun Rev.* 2016;15(12):114-60. doi: 10.1016/j.autrev.2016.09.006
- Санитарно-эпидемиологические правила. СП 3.1.3112-13. Профилактика вирусного гепатита С. 2014 [Sanitary and epidemiological rules. SP 3.1.3112-13. *Prevention of viral hepatitis C.* 2014 (In Russ.)].
- Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у взрослых. 2016 [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. *Chronic viral hepatitis C (HVHS) in adults.* 2016 (In Russ.)].
- European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol.* 2018;69(2):461-511. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.026
- The Boston Consulting Group. Road to elimination: barriers and best practices in hepatitis C management. 2017.
- McGowan CE, Monis A, Bacon BR, et al. Fried. A global view of hepatitis C: physician knowledge, opinions, and perceived barriers to care. *Hepatology.* 2013;57(4):1325-32. doi: 10.1002/hep.26246
- Shiffman ML, Stewart CA, Hofmann CM, et al. Chronic Infection with Hepatitis C Virus in Patients with Elevated or Persistently Normal Serum Alanine Aminotransferase Levels: Comparison of Hepatic Histology and Response to Interferon Therapy. *J Infect Dis.* 2000;182(6):1595-601.
- Inglesby TV, Rai R, Astemborski J, et al. A prospective, community-based evaluation of liver enzymes in individuals with hepatitis C after drug use. *Hepatology.* 1999;29(2):590-6.
- ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области». Анализ динамики наркомании, хронического алкоголизма и алкогольных психозов по показателям социально-гигиенического мониторинга в Челябинской области за 2014 г. 2014 [Federal Budgetary Healthcare Institution "Center for Hygiene and Epidemiology in Chelyabinsk Oblast". Analysis of the dynamics of drug addiction, chronic alcoholism and alcoholic psychoses by indicators of social and hygienic monitoring in Chelyabinsk Oblast' for 2014. 2014 (In Russ.)].
- Sturm D, Gurevitz SL, Davidson C, et al. Bane of Baby Boomers. *Clin Rev.* 2014;24(11):24-32.
- Southern WN, Drainoni ML, Smith BD, et al. Physician nonadherence with a hepatitis C screening program. *Qual Manag Health Care.* 2014;23(1):1-9. doi: 10.1097/QMH.0000000000000007
- Министерство здравоохранения Челябинской области. О маршрутизации взрослых пациентов с парентеральными вирусными гепатитами в Челябинской области. 2016 [Ministry of Health of Chelyabinsk Oblast'. On routing of adult patients with parenteral viral hepatitis in Chelyabinsk Oblast'. 2016 (In Russ.)].
- Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci.* 2006;3(2):47-52.
- The International Liver Congress 2018 Abstract Book – EASL – The Home of Hepatology. European Association for the Study of the Liver. <https://easl.eu/publication/the-international-liver-congress-2018-abstract-book/>
- Hepatitis C. Questions and Answers. CDC. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm>
- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году. 2018 [Kaprin AD, Starinskii VV, Petrova GV. Malignant neoplasms in Russia in 2017. 2018 (In Russ.)].
- Axley P, Ahmed Z, Ravi S, Singal AK. Hepatitis C Virus and Hepatocellular Carcinoma: A Narrative Review. *J Clin Transl Hepatol.* 2018;6(1):79-84. doi: 10.14218/JCTH.2017.00067
- Mahale P, Sturgis EM, Tweardy DJ, et al. Torres. Association Between Hepatitis C Virus and Head and Neck Cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2016;108(8):djw035. doi: 10.1093/jnci/djw035
- Adinolfi LE, Nevola R, Rinaldi L, et al. Chronic Hepatitis C Virus Infection and Depression. *Clin Liver Dis.* 2017;21(3):517-34. doi: 10.1016/j.cld.2017.03.007
- Drazilova S, Gazda J, Janicko M, Jarcuska P. Chronic Hepatitis C Association with Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk in the Era of DAA Therapy. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2018;2018:6150861. doi: 10.1155/2018/6150861
- Mitchell AE, Colvin HM, Palmer Beasley R. Institute of Medicine recommendations for the prevention and control of hepatitis B and C. *Hepatology.* 2010;51(3):729-33. doi: 10.1002/hep.23561
- Hepatitis C: Common, Deadly, and Curable. <https://www.bcg.com/publications/2017/health-care-payers-providers-hepatitis-c-common-deadly-curable.aspx>

Поступила 10.03.2020