

<https://doi.org/10.31631/2073-3046-2020-19-3-33-40>

Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Саха (Якутия)

С. С. Слепцова¹, С. И. Малов^{*2,3}, Е. Д. Савилов^{3,4}, С. И. Семенов¹, В. К. Семенова¹, Л. А. Степаненко², О. Б. Огарков^{3,4}, И. В. Малов²

¹ Медицинский институт ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова» Минобрнауки России, г. Якутск

² ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск

⁴ ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», г. Иркутск

Резюме

Актуальность. В 2016 г. на 69-й Всемирной ассамблее здравоохранения была принята резолюция по элиминации парентеральных гепатитов в мире к 2030 г. В Республике Саха (Якутия), как и в целом в Российской Федерации, необходимо определить стартовые позиции по распространенности и заболеваемости гепатитами В, С и D как ведущих факторов развития гепатоцеллюлярной карциномы. **Цель работы:** дать клинико-эпидемиологическую характеристику гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Саха (Якутия) на начальном этапе реализации программы элиминации вирусных гепатитов для последующего анализа ее эффективности. **Материалы и методы.** Проведен клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости, смертности, кумулятивной выживаемости при гепатоцеллюлярной карциноме в Республике Саха (Якутия) за 10-летний период (2009–2018 гг.). Предикторы развития гепатоцеллюлярной карциномы анализировались по материалам первичной медицинской документации и результатам анкетирования 125 больных. **Результаты и обсуждение.** Уровень заболеваемости гепатоцеллюлярной карциномой в Республике Саха (Якутия) на протяжении последних 10 лет в 2,0–3,9 раза превышает соответствующий показатель в Российской Федерации. Наиболее высокая смертность от изучаемой патологии отмечается в Центральной и Заполярной зонах республики. По материалам ракового регистра медиана кумулятивной выживаемости больных карциномой составила 13,7 месяца с момента постановки диагноза, что значительно выше, чем десять лет назад. Установлены основные факторы риска, среди которых ведущую роль играет инфицирование вирусами гепатитов С, В и D. Кроме этого, имеет значение злоупотребление алкоголем, сахарный диабет, избыточный вес тела, табакокурение. **Выводы.** Республика Саха (Якутия) является гиперэндемичным регионом Российской Федерации по уровню заболеваемости гепатоцеллюлярной карциномой с преобладанием в ее структуре мужского населения. Темпы снижения заболеваемости раком печени в республике будет зависеть от эффективности региональной программы элиминации вирусных гепатитов и снижения заболеваемости циррозом печени неинфекционной этиологии.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярная карцинома, факторы риска, гепатит С, гепатит В, гепатит D, генотипы вируса
Конфликт интересов не заявлен.

Для цитирования: Слепцова С. С., Малов С. И., Савилов Е. Д. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатоцеллюлярной карциномы в республике Саха (Якутия). Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2020;19(3):33–40. [https://doi: 10.31631/2073-3046-2020-19-3-33-40](https://doi.org/10.31631/2073-3046-2020-19-3-33-40).

Clinical and Epidemiological Characteristics of Hepatocellular Carcinoma in the Republic of Saha (Yakutia)

SS Sleptsova¹, SI Malov^{*2,3}, ED Savilov^{3,4}, SI Semenov¹, VK Semenova¹, LA Stepanenko², OB Ogarkov^{3,4}, IV Malov²

¹ Medical Institute of the North-Eastern Federal University in Yakutsk, Russia

² Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

³ Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, Russia

⁴ Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russia

* Для переписки: Малов Сергей Игоревич, к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней Иркутского государственного медицинского университета, 664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 1. +73952243825, LYNX2000@mail.ru. ©Слепцова С. С. и др.

** For correspondence: Malov Sergey, Cand. Sci. (Med.), associate professor of the Department of Infectious Diseases, Irkutsk State Medical University, 1 bld. Krasnogo vosstaniya, Irkutsk, 664003, Russia +73952243825, LYNX2000@mail.ru ©Sleptsova SS et al.

Abstract

Relevance. In 2016, a resolution was adopted at the 69th World Health Assembly, the goal of which is to eliminate parenteral hepatitis in the world by 2030. In the Republic of Sakha (Yakutia), as in the Russian Federation as a whole, it is necessary to determine the starting positions for the prevalence and incidence of hepatitis B, C, and D, as the leading factors in the development of hepatocellular carcinoma.

Aim: to give a clinical and epidemiological characterization of hepatocellular carcinoma in the Republic of Sakha (Yakutia) at the initial stage of the program for the elimination of viral hepatitis for subsequent analysis of its effectiveness. **Materials & Methods.** A clinical and epidemiological analysis of morbidity, mortality, cumulative survival in hepatocellular carcinoma in the Republic of Sakha (Yakutia) over a 10-year period (2009–2018) was carried out. Predictors for the development of hepatocellular carcinoma were analyzed based on primary medical records and a survey of 125 patients. **Results and discussion.** The incidence rate of hepatocellular carcinoma in the Republic of Sakha (Yakutia) over the past 10 years is 2.0–3.9 times higher than the corresponding indicator in the Russian Federation. The highest mortality from the studied pathology is noted in the Central and Polar zones of the republic. According to the materials of the cancer registry, the median cumulative survival of patients with carcinoma was 13.7 months from the date of diagnosis, which is significantly higher than ten years ago. The main risk factors have been identified, among which the leading role is played by infection with hepatitis C, B, and D. viruses. Also, alcohol abuse, diabetes mellitus, overweight, and smoking are important.

Conclusion. The Republic of Sakha (Yakutia) is a hyperendemic region of the Russian Federation in terms of the incidence of hepatocellular carcinoma with a predominance of the male population in its structure. The rate of decrease in the incidence of liver cancer in the country will depend on the effectiveness of the regional program for the elimination of viral hepatitis and the decrease in the incidence of cirrhosis of the liver of non-infectious etiology.

Keywords: hepatocellular carcinoma, risk factors, hepatitis C, hepatitis B, hepatitis D, virus genotypes
No conflict of interest to declare.

For citation: Sleptsova SS, Malov SI Savilov ED, et al. Clinical and Epidemiological Characteristics of Hepatocellular Carcinoma in the Republic of Saha (Yakutia). *Epidemiology and Vaccinal Prevention*. 2020;19(3):33–40. (In Russ.). <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2020-19-3-33-40>.

Введение

В 2016 г. Европейское региональное бюро ВОЗ с участием представителей Российской Федерации утвердило план действий сектора здравоохранения по борьбе с вирусными гепатитами [1]. В соответствии с принятыми целевыми показателями к 2020 г. должны быть выявлены 50% от общего числа больных хроническими гепатитами В (ХГВ), С (ХГС) и D (ХГД), а также 75% больных с циррозом печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномой; 75% пациентов ХГС должны пройти курс противовирусной терапии и не менее 90% из них должны полностью излечиться [1].

Наиболее неблагоприятным исходом вирусных гепатитов является гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), от которой в мире, согласно экспертной оценке, ежегодно погибает более 1,3 млн человек [2–4].

Одной из характерных особенностей ГЦК является преобладание среди заболевших лиц мужского пола [5]. Наиболее высокие стандартизованные показатели заболеваемости ГЦК среди мужчин выявлены в Южной и Северной Корее (47,10/0000), Таиланде (38,60/0000), Китае (37,90/0000) [6]. В России наиболее высокий уровень заболеваемости мужского населения (стандартизованный показатель) зарегистрирован в Республиках Саха (Якутия) – 18,60/0000, Чечня (14,2 0/0000), Калмыкия (13,30/0000) и Сахалинской области (11,80/0000) [2].

Несмотря на успехи в противовирусном лечении ХГВ и ХГС заболеваемость злокачественными новообразованиями печени и желчных путей в России

к началу реализации программы элиминации вирусных гепатитов увеличилась с 4,560/0000 (2011 г.) до 5,520/0000 (2015 г.), а показатель смертности вырос с 5,980/0000 до 6,770/0000 [1].

Анализ существующей литературы позволяет сделать вывод, что Республика Саха (Якутия) (далее – РС (Я)) относится к числу субъектов Российской Федерации со стабильно высоким уровнем заболеваемости ГЦК. Распространенность среди населения этой республики вирусных гепатитов, которые являются основными провоцирующими факторами канцерогенеза в печени, также не имеет тенденции к снижению. По состоянию на 2018 г. в РС (Я) показатель заболеваемости ХГВ составил 27,500/0000, а ХГС – 39,850/0000, что значительно выше среднероссийских показателей [7,8]. Вместе с тем, находясь в начале пути элиминации вирусных гепатитов в РС (Я), как и в целом в Российской Федерации, необходимо определить стартовые позиции на основании стандартизованных показателей распространенности, заболеваемости и смертности от ГЦК. Это позволит к плановому сроку элиминации вирусных гепатитов В и С в мире к 2030 году сравнить эффективность проводимых в республике лечебно-диагностических мероприятий и их влияние на снижение заболеваемости ГЦК.

Цель работы – дать клинико-эпидемиологическую характеристику гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы

В работе использованы материалы официальной статистики Территориального управления

Роспотребнадзора РС (Я) и формы федерального статистического наблюдения. Для оценки уровней и динамики заболеваемости и распространенности злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков проводился анализ форм статистического наблюдения № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», № 35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями» по обобщенному коду МКБ-10 «Злокачественные новообразования печени и внутрипеченочных желчных протоков» (C22) и «Печеночноклеточный рак» (C22.0). Исследовалась динамика заболеваемости и распространенности ЦП и злокачественных новообразований печени и внутрипеченочных желчных протоков, а также смертности от них.

Клинико-лабораторная характеристика вирусных гепатитов и структура генотипов вирусов у больных ГЦК изучалась по данным отделения вирусных гепатитов ГБУ РС (Я) «Якутская городская клиническая больница» и Якутского республиканского онкологического диспансера. Предикторы развития ГЦК анализировались по результатам анкетирования 125 больных ГЦК и анализу их медицинской документации. Контрольную группу составили 354 больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в стадии ЦП без ГЦК. Клинико-лабораторную диагностику ХВГ осуществляли, опираясь на рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами В и С [9]. Протокол опроса выполнялся в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации [10]. Степень алкогольной зависимости оценивали, используя шкалу Audit [11].

Статистическая обработка материалов проводилась с использованием пакета программ Statistica (версия 13). При статистической обработке результатов исследования рассчитывали среднее значение и стандартное отклонение исследуемых показателей в группах. Для определения статистической значимости различий средних величин использовался t-критерий Стьюдента. Для сравнения количественных показателей в сравниваемых группах использовался также непараметрический критерий χ^2 -квадрат. Различия показателей считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

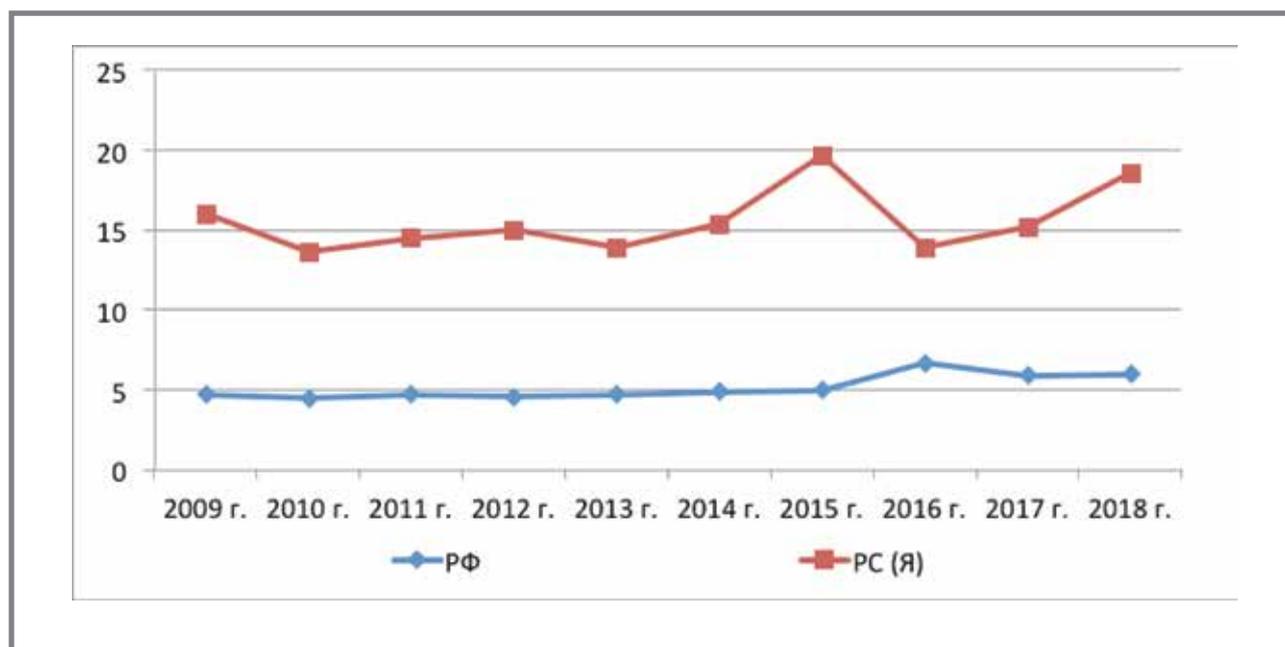
При сопоставлении ежегодных показателей заболеваемости ГЦК в РС (Я) и Российской Федерации за 10-летний период (2009–2018 гг.) было выявлено их стабильное превышение в изучаемом субъекте в диапазоне от 2,0 до 3,9 раза (рис. 1). Всего за этот период в РС (Я) было зарегистрировано 1658 случаев заболевания первичным раком печени, при этом лиц мужского пола было 944 (56,9%), женского – 714 (43,1%). Соотношение лиц мужского и женского пола составило 1,7:1,0.

За эти же годы отмечено увеличение доли больных, выявленных на ранней стадии заболевания (I–II по классификации TNM), с 8,3% (2009 г.) до 27,3% (2018 г.).

По этническому признаку ГЦК одинаково часто регистрировали как у коренных жителей, так и среди некоренного населения республики (50,7% и 49,3% соответственно). Среди коренных жителей РС (Я) ГЦК выявляли чаще среди населения Центральной и Заполярной зон республики (39,7% и 48,3%

Рисунок 1. Заболеваемость первичным раком печени в РС (Я) и РФ с 2009 г. по 2018 г.

Figure 1. The incidence of primary liver cancer in the Republic of Sakha (Yakutia) and the Russian Federation from 2009 to 2018 (according to official registration per 100 ths people)



соответственно), что, возможно, связано с недостаточным охватом сельского населения квалифицированной медицинской помощью, и как следствие этого, низким процентом прижизненной диагностики.

Для показателей смертности вследствие ЦП и ГЦК отмечена аналогичная с показателем заболеваемости тенденция, как по ее многолетнему движению, так и по территориальному распределению. За изучаемый период показатель смертности в целом по РС (Я) вырос с 2,3 до 4,5 на 100 тыс. контингента. Наиболее высокая смертность от изучаемой патологии отмечается в Центральной ($31,4 \pm 2,6$ на 100 тыс. населения) и Заполярной ($30,1 \pm 2,5$ на 100 тыс. населения) зонах РС (Я), она значимо выше среднего стандартизованного показателя по России ($3,66 \pm 0,04$ на 100 тыс. населения) ($p < 0,05$). По материалам ракового регистра РС (Я), медиана кумулятивной выживаемости больных ГЦК составила 13,7 месяца с момента постановки диагноза, что значительно выше, чем десять лет назад (3,3 месяца). Трехлетняя выживаемость при ГЦК на фоне ЦП класса А (по Чайлд-Пью) составляла 71%, класса В – 41%, класса С – 25%.

При оценке факторов риска инфицирования вирусами парентеральных гепатитов установлено, что наличие в анамнезе операций, гемотрансфузий, стоматологических манипуляций, эндоскопического обследования в стационарах и поликлиниках отметили 52,6% заболевших. Развитие заболевания с внутрисемейным контактом связали 19,8% человек. У 3,4% пациентов в анамнезе выявлено наличие незащищенных половых контактов, что не исключало полового пути передачи.

В подавляющем большинстве наблюдений ГЦК развивался на фоне сформированного ЦП. При этом частота развития ГЦК на фоне ЦП была значительно выше у больных с продвинутой стадией цирроза (класс С по Чайлд-Пью). При оценке предполагаемого срока формирования ЦП и ГЦК у больных ХВГ выявлено, что чаще всего рак развивался в течение 10 лет и более при наличии ХГС и в срок до 10 лет – при ХГД.

Наиболее частой этиологической причиной развития ЦП и ГЦК в РС (Я) является ХГС, ХГВ и ХГД. Маркеры указанных ВГ в настоящем исследовании выявлены у 100% больных с ГЦК. В развивающихся странах на долю инфекционных агентов приходится 80–90% всех случаев ГЦК, а в странах с высоким уровнем экономического развития – до 50–60% [12]. Предикторы, подвергнутые анализу в настоящем исследовании, приведены в таблице 1.

Известно, что после возникновения ЦП, связанного с ХГВ и ХГС, ГЦК развивается со скоростью от 1% до 8% в год [13]. По нашим данным, удельный вес сочетанных форм ХГВ и ХГС примерно одинаков при ЦП и ГЦК. Вместе с тем установлено, что инфицированность вирусом гепатита D значительно выше в группе ГЦК, чем ЦП. Это особенно важно в условиях отсутствия эффективных противовирусных препаратов для лечения ХГД.

Генотипирование вируса гепатита В у больных ГЦК показало, что в 67,5% случаев обнаруживался генотип D и у 32,5% больных – генотип А. При гепатите D первый генотип выявлен в 61,1% и второй генотип – в 38,9% случаев. У больных ГЦК, ассоциированной с вирусом гепатита С, в 100% случаев был идентифицирован генотип 1b.

Кроме вирусных агентов были оценены и некоторые другие факторы риска, такие как злоупотребление алкоголем, сахарный диабет 2 типа, избыточная масса тела, табакокурение. Частота выявления данных факторов существенно не отличалась в группе больных ГЦК и ЦП. В некоторых исследованиях показано, что в сравнении с популяцией здоровых лиц метаболические нарушения и вредные привычки чаще встречаются у больных ГЦК [14,15], но в свете полученных нами результатов следует все же полагать, что инфекционные факторы риска имеют первостепенное значение для развития фиброза печени, а формирование рака в цирротически измененной ткани носит вторичный характер. Вероятно, на фоне инфицирования вирусами парентеральных гепатитов описанные вредные привычки и метаболические нарушения могут являться дополнительными усугубляющими факторами риска, провоцирующими канцерогенез.

Среди лабораторных показателей в диагностике ГЦК существенное значение имеет уровень альфа-фетопротеина. У больных ГЦК уровень альфа-фетопротеина был значимо выше ($p = 0,000006$), чем у больных ЦП. Данный онкомаркер успешно используется в клинической практике для первичного выявления ГЦК, а также в прогнозировании рецидива заболевания после оперативного лечения и локальной деструкции опухоли [16].

Проведенный анализ клинической картины ГЦК позволил выделить некоторые обобщенные симптомы и синдромы у пациентов с этим заболеванием (табл. 2). Больные жаловались на постоянное вздутие живота, чувство быстрого наполнения желудка после приема малого количества пищи, тошноту, рвоту, снижение аппетита, неустойчивый стул с периодическим изменением цвета. При объективном осмотре более чем у половины больных ХВГ в стадии ГЦК отмечалась желтушность кожных покровов и склер. Внепеченочные проявления, множественные телеангиоэктазии на коже наблюдались преимущественно у больных с ХГД. Тяжесть течения рака печени достоверно определялась высокой частотой признаков портальной гипертензии, проявляющейся в виде желудочно-кишечных кровотечений и отечно-асцитического синдрома.

Заключение

В ходе проведенного исследования показано, что РС (Я) является гиперэндемичным регионом Российской Федерации по уровню заболеваемости ГЦК с преобладанием в ее структуре мужского населения как среди коренного, так и некоренного

Таблица 1. Предикторы развития ГЦК в РС (Я)

Table 1. Predictors of the development of HCC in the Republic of Sakha (Yakutia)

Показатель Index	ГЦК на фоне ХВГ (n = 125) HCC on the background of chronic hepatitis B (n = 125)	ХВГ в стадии ЦП без ГЦК (n = 354) Chronic hepatitis B in the stage of liver cirrhosis without HCC (n = 354)	P
Средний возраст (лет) Average age (years)	50,6 ± 12,1	61,7 ± 10,5	0,49
Соотношение Ж:М Value Women: Men	(46/79) 1:1,7	(168/186) 1:1,1	0,039
Острый гепатит в анамнезе, n (%) A history of acute hepatitis, n (%)	8 (6,4 ± 2,2)	59 (16,7 ± 2,0)	0,00058
Переливание крови в анамнезе, n (%) History of blood transfusion, n (%)	31 (24,8 ± 3,9)	44 (12,4 ± 1,8)	0,0041
Маркеры гепатита В, n (%) Markers of hepatitis B, n (%)	40 (32,0 ± 4,2)	152 (42,9 ± 2,6)	0,017
Маркеры гепатита С, n (%) Markers of hepatitis C, n (%)	41 (32,8 ± 4,2)	161 (45,5 ± 2,6)	0,0057
Ко-инфекция гепатита В + С, n (%) Co-infection of hepatitis B + C, n (%)	8 (6,4 ± 2,2)	15 (4,2 ± 1,1)	0,52
Маркеры гепатита D, n (%) Markers of hepatitis D, n (%)	36 (28,8 ± 4,1)	26 (7,3 ± 1,4)	0,000001
Цирроз печени: класс А по Чайлд-Пью, n (%) Cirrhosis: Class A of Child-Pugh, n (%)	35 (28,0 ± 4,0)	233 (65,8 ± 2,5)	0,000001
Цирроз печени: класс В по Чайлд-Пью, n (%) Cirrhosis: Class B of Child-Pugh, n (%)	30 (24,0 ± 3,8)	71 (20,1 ± 2,1)	0,37
Цирроз печени: класс С по Чайлд-Пью, n (%) Cirrhosis: Class C of Child-Pugh, n (%)	60 (48,0 ± 4,5)	50 (14,1 ± 1,9)	0,000001
Злоупотребление алкоголем (> 16 баллов по шкале Audit) n (%) Alcohol abuse (> 16 points on the Audit scale) n (%)	13 (10,4 ± 2,7)	56 (15,8 ± 1,9)	0,10
Сахарный диабет 2 типа, n (%) Type 2 diabetes mellitus, n (%)	9 (7,2 ± 2,3)	15 (4,2 ± 1,1)	0,24
Избыточный вес тела более 30 кг/м ² , n (%) Overweight more than 30 kg/m ² , n (%)	24 (19,2 ± 3,5)	59 (16,7 ± 2,0)	0,54
Табакокурение, n (%) Smoking, n (%)	39 (31,2 ± 4,1)	125 (35,3 ± 2,5)	0,39
Средний уровень альфа-фетопroteина (нг/мл) The average level of alpha-fetoprotein (ng/ml)	504,4 ± 102,0	35,1 ± 8,3	0,000006
Онкологический статус больных ГЦК Oncological status of patients with HCC			
Внепеченочные метастазы, n (%) Extrahepatic metastases, n (%)	31 (24,8 ± 3,9)	–	
TNM стадия I, n (%) TNM stage I, n (%)	11 (8,8 ± 2,5)	–	
TNM стадия II, n (%) TNM stage II, n (%)	23 (18,4 ± 3,5)	–	
TNM стадия III, n (%) TNM stage III, n (%)	65 (52,0 ± 4,5)	–	
TNM стадия IV, n (%) TNM stage IV, n (%)	26 (20,8 ± 3,6)	–	

Original Articles

Таблица 1. Предикторы развития ГЦК в РС (Я)**Table 1. Predictors of the development of HCC in the Republic of Sakha (Yakutia)**

Радикальные оперативные вмешательства (абляция, резекция, пересадка печени), n (%) Radical surgical interventions (ablation, resection, liver transplant), n (%)	12 (9,6 ± 2,6)	–	
Средняя продолжительность жизни после постановки диагноза ГЦК (месяцы) Life expectancy after HCC diagnosis (months)	13,7 ± 2,4	–	

Таблица 2. Основные клинико-лабораторные проявления у больных ГЦК в исходе ХВГ (n = 125)**Table 2. The main clinical and laboratory manifestations in patients with HCC in the outcome of chronic hepatitis B (n = 125)**

Показатель Index	Частота встречаемости/ Среднее значение Frequency of occurrence/Mean
Астеновегетативный синдром, n (%) Asthenovegetative syndrome, n (%)	113 (90,4 ± 2,6)
Болевой синдром, n (%) Pain syndrome, n (%)	107 (85,6 ± 3,1)
Интоксикация, n (%) Intoxication, n (%)	86 (68,8 ± 4,1)
Диспептический синдром, n (%) Dyspeptic syndrome, n (%)	68 (54,4 ± 4,5)
Печеночная энцефалопатия, n (%) Hepatic encephalopathy, n (%)	40 (32,0 ± 4,2)
Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, n (%) Bleeding from varicose veins of the esophagus, n (%)	35 (28,0 ± 4,0)
Отечно-асцитический синдром, n (%) Edema-ascitic syndrome, n (%)	47 (37,6 ± 4,3)
Желтуха, n (%) Jaundice, n (%)	55 (44,0 ± 4,4)
Артралгический синдром, n (%) Arthralgic syndrome, n (%)	32 (25,6 ± 3,9)
Гинекомастия, n (%) Gynecomastia, n (%)	10 (8,0 ± 2,4)
Телеангиоэктазии, n (%) Teleangiectasia, n (%)	85 (68,0 ± 4,2)
Гепатомегалия, n (%) Hepatomegaly, n (%)	77 (61,6 ± 4,4)
Спленомегалия, n (%) Splenomegaly, n (%)	32 (25,6 ± 3,9)
Лейкоциты (109/л) White blood cells	9,5 ± 1,6
Альбумин (г/л), среднее значение Albumin (g/l), average	26,9 ± 0,79
Общий билирубин (мкмоль/л), среднее значение Total bilirubin (μmol/L), average	118,6 ± 20,8
Гамма-глутамилтранспептидаза (Ед/л), среднее значение Gamma-glutamyltranspeptidase (U/L), average	208,6 ± 24,9
Щелочная фосфатаза (Ед/л), среднее значение Alkaline phosphatase (U/L), average	234,8 ± 26,9

населения. ГЦК чаще развивается на фоне хронического вирусного гепатита в стадии продвинутого ЦП. Среди вирусных агентов у больных ГЦК существенно чаще, чем при ЦП без ГЦК, встречается

гепатит D. У коренных жителей республики наблюдается быстрое прогрессирование гепатита D с развитием в терминальной стадии ЦП и первичного рака печени. У больных ГЦК наиболее часто

встречается D-генотип вируса гепатита В, первый генотип вируса гепатита D и 1b генотип гепатита С. Структура генотипов вирусов парентеральных гепатитов не отличается у больных ГЦК и ЦП.

Основные пути снижения заболеваемости ГЦК в РС (Я) определяются эффективностью мероприятий по снижению заболеваемости хроническими вирусными гепатитами (и прежде всего гепатитом D), охватом вакцинацией против гепатита В групп риска, широким применением противовирусного лечения

гепатита С, а также ранней диагностикой рака печени путем инструментального мониторинга и определения уровня альфа-фетопротеина при проведении диспансеризации больных хроническими гепатитами.

Пропаганда здорового образа жизни, направленная на снижение приверженности вредным привычкам, позволит уменьшить значение дополнительных факторов риска развития ЦП и ГЦК.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 18-415-140001.

Литература

1. Пименов Н. Н., Комарова С. В., Карандашова И. В. и др. Гепатит С и его исходы в России: анализ заболеваемости распространенности и смертности до начала программы элиминации инфекции // *Инфекционные болезни*. 2018. Т. 16, № 3. С. 37–45.
2. Мерабшвили В. М., Мерабшвили Э. Н., Чепик О. Ф. Эпидемиология рака печени. Заболеваемость, смертность, динамика гистологической структуры. // *Сибирский онкологический журнал*. 2015. №2. С. 5–14.
3. Бредер В. В., Косырев В. Ю., Кудашкин Н. Е. и др. Гепатоцеллюлярный рак в Российской Федерации как социальная и медицинская проблема. // *Медицинский совет*. 2016. № 10. С. 10–18.
4. Yang JD, Hainaut P, Gores GJ, et al. A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(10):589–604.
5. Massarweh NN, El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma. *Cancer Control*. 2017 Jul-Sep;24(3):1073274817729245. doi: 10.1177/1073274817729245.
6. Mittal S, El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma: consider the population [abstract]. *J Clin Gastroenterol*. 2013; Vol. 47. Suppl: S2–6.
7. Слепцова С. С. Парентеральные вирусные гепатиты и их исходы в Республике Саха (Якутия). М.: Чеховский печатный двор; 2017.
8. Слепцова С. С., Билюкина И. Ф. Предикторы развития гепатоцеллюлярной карциномы у больных хроническими вирусными гепатитами в Республике Саха (Якутия) // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2019. Т. 8, № 1. С. 28–33.
9. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами В и С. В. Т. Ивашкин, Н. Д. Юшук, ред. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
10. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. *JAMA*. 2013;310(20):2191–2194.
11. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care (2nd edn). Geneva: World Health Organization.
12. Kim HS, El-Serag HB. The Epidemiology of hepatocellular carcinoma in the USA. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;2(4):17.
13. El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2012;142 (6):1264–1273.e1.
14. Agyemang-Yeboah F, Eghan BAJ, Annani-Akollor ME, et al. Evaluation of metabolic syndrome and its associated risk factors in type 2 diabetes: a descriptive cross-sectional study at the komfo anokye teaching hospital, Kumasi, Ghana. *Biomed Res Int*. 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/4562904>.
15. Ioannou GN, Green P, Lowy E et al. Differences in hepatocellular carcinoma risk, predictors and trends over time according to etiology of cirrhosis. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204412.
16. Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Каприн АД и др. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2019. Т. 29, № 5. С. 53–74.

References

1. Pimenov NN, Komarova SV, Karandashova IV, et al. Hepatitis C and its outcomes in Russia: analysis of incidence, prevalence and mortality rates before the start of the programme of infection elimination. *Infectious diseases*. 2018;16(3):37–45. (In Russ). doi: 10.20953/1729-9225-2018-3-37-45
2. Merabishvili VM, Merabishvili EN, Chepik OF. Epidemiology of liver cancer. Morbidity, mortality, dynamics of histological structure. *Siberian journal of oncology*. 2015;2:5–14. (In Russ).
3. Breder VV, Kosyrev VY, Kudashkin NE, et al. Hepatocellular carcinoma as a social and medical problem in the Russian Federation. *Meditsinskiy sovet*. 2016; 10:10–8. (In Russ.). doi:10.21518/2079-701X-2016-10-10-16.
4. Yang JD, Hainaut P, Gores GJ, et al. A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;16(10):589–604.
5. Massarweh NN, El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma. *Cancer Control*. 2017 Jul-Sep;24(3):1073274817729245. doi: 10.1177/1073274817729245.
6. Mittal S, El-Serag HB. Epidemiology of hepatocellular carcinoma: consider the population [abstract]. *J Clin Gastroenterol*. 2013;47: S2–6.
7. Sleptsova SS. Parenteral viral hepatitis and their origin in the Republic of Sakha (Yakutia). Moscow, 2017: Chekhovskii pechatnii dvor; 208. (In Russ.).
8. Sleptsova SS, Bilyukina IF. Predictors development of hepatocellular carcinoma of patients with chronic viral hepatitis in the Republic of Sakha (Yakutia). *Infectious diseases: news, opinions, education*. 2019;8(1):28–33. (In Russ).
9. Rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu vzroslykh bol'nykh gepatitami B i C: Klinicheskie rekomendatsii. Ed.: Ivashkin VT, Yushchuk ND. Moscow: Izdatel'stvo «GEOTAR-Media»; 2015. (In Russ).
10. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subject. *JAMA*. 2013;310(20):2191–2194.
11. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care (2nd edn). Geneva: World Health Organization.
12. Kim HS, El-Serag HB. The Epidemiology of hepatocellular carcinoma in the USA. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;2(4):17.
13. El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2012;142 (6):1264–1273.e1.
14. Agyemang-Yeboah F, Eghan BAJ, Annani-Akollor ME, et al. Evaluation of metabolic syndrome and its associated risk factors in type 2 diabetes: a descriptive cross-sectional study at the komfo anokye teaching hospital, Kumasi, Ghana. *Biomed Res Int*. 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/4562904>.
15. Ioannou GN, Green P, Lowy E, et al. Differences in hepatocellular carcinoma risk, predictors and trends over time according to etiology of cirrhosis. *PLoS One*. 2018;13(9):e0204412.
16. Ivashkin VT, Mayev IV, Kaprin AD, et al. Early detection of oncological diseases of the digestive system (methodological guide of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Russian Oncologists for primary care physicians). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2019;29(50):53–74.

Об авторах

- **Снежана Спиридоновна Слепцова** – д. м. н., доцент, заведующая кафедрой инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. +79142718770, sssleptsova@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-0103-4750.
- **Сергей Игоревич Малов** – к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней Иркутского государственного медицинского университета; старший

About the Authors

- **Snezhana S. Spiridonovna** – Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Infectious Diseases, Phthisiology and Dermato-venerology of Medical Institute of the North-Eastern Federal University in Yakutsk. +79142718770, sssleptsova@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-0103-4750.
- **Evgeny D. Savilov** – Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Epidemiology and Microbiology, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate

научный сотрудник Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания 1. +73952243825, LYNX2000@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3135-4616.

- **Евгений Дмитриевич Савилов** – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии и микробиологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, главный научный сотрудник лаборатории эпидемиологически и социально значимых инфекций Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека. +7 (3952) 33-34-23. savilov47@gmail.com. ORCID: 0000-0002-9217-6876
- **Сергей Иннокентьевич Семенов** – д. м. н., главный научный сотрудник Научно-исследовательского центра Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. +79142862948, insemenov@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-8099-2270.
- **Валентина Климовна Семенова** – старший преподаватель кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии медицинского института Северо-Восточного Федерального Университета им. М. К. Аммосова. +79245977227, Svk.valia@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-1477-3592.
- **Лилия Александровна Степаненко** – к. м. н., старший научный сотрудник НИИ биомедицинских технологий Иркутского государственного медицинского университета. +79149005545, steplia@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5792-7283.
- **Олег Борисович Огарков** – д. м. н., заведующий отделом эпидемиологии и микробиологии Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека; ведущий научный сотрудник Центральной научно-исследовательской лаборатории Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования. +79642255258, obogarkov@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3168-1983.
- **Игорь Владимирович Малов** – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней Иркутского государственного медицинского университета. +7(3952) 24-38-25, igmumalov@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3135-4616.

Поступила: 16.02.2020. Принята к печати: 25.05.2020.

Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

Education; Chief Research Officer at the Laboratory of Epidemiologically and Socially Important Infections, Scientific

- Centre for Family Health and Human Reproduction Problems. +7 (3952) 33-34-23, savilov47@gmail.com. ORCID: 0000-0002-9217-6876.
- **Sergey I. Malov** – Cand. Sci. (Med.), associate professor of the Department of Infectious Diseases, Irkutsk State Medical University, 1 bld. Krasnogo voss-taniya, Irkutsk, 664003, Russia +73952243825, LYNX2000@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3135-4616.
- **Sergey I. Semenov** – Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher of Research Center of the North-Eastern Federal University in Yakutsk, +79142862948, insemenov@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-8099-2270.
- **Valentina K. Semenova** – Senior Lecturer, Department of Infectious Diseases, Phthiisology and Dermatovenerology of Medical Institute of the North-Eastern Federal University in Yakutsk. +79245977227, Svk.valia@yandex.ru. ORCID: 0000-0003-1477-3592.
- **Liliya A. Stepanenko** – Cand. Sci. (Med.), Senior Researcher, Research Institute of Biomedical Technologies of Irkutsk State Medical University. +79149005545, steplia@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5792-7283.
- **Oleg B. Ogarkov** – Dr. Sci. (Med.), Head of the Department of Epidemiology and Microbiology of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems; Leading Researcher of Central Research Laboratory of Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education. +79642255258, obogarkov@mail.ru. ORCID: 0000-0002-3168-1983.
- **Igor V. Malov** – Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Infectious Diseases, Irkutsk State Medical University. +7(3952) 24-38-25, igmumalov@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3135-4616.

Received: 16.02.2020 Accepted: 25.05.2020

Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

ИНФОРМАЦИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

О заседании Совета главных государственных санитарных врачей стран ЕАЭС по обсуждению ситуации с новой коронавирусной инфекцией

Пресс-релиз от 30.06.2020 г.

Государства-члены Евразийского экономического союза в ходе заседания Совета руководителей уполномоченных органов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения государств-членов ЕАЭС (Совет руководителей) обсудили текущую ситуацию с распространением инфекционного заболевания, вызванного новым коронавирусом (COVID-19) и реализацию странами Союза противоэпидемических мероприятий в связи с выявляемыми случаями COVID-19. В заседании Совета также приняли участие представители Узбекистана и Таджикистана.

Мероприятие традиционно состоялось в режиме видеоконференции 29 июня под председательством руководителя Роспотребнадзора – Главного государственного санитарно-врача Российской Федерации Анны Поповой.

Участниками было отмечено, что несмотря на различную эпидемиологическую ситуацию в странах евразийского региона в целом распространение заболевания удается контролировать, о чем свидетельствует выявление достаточно большого количества бессимптомных случаев протекания заболевания COVID-19.

В условиях пандемии коронавируса Роспотребнадзор стремится оказывать партнерам комплексную поддержку в борьбе с COVID-19. Помощь заключается не только в поставках тест-систем и реагентов, предоставлении методических материалов, но и в организации визитов профильных специалистов в целях оказания содействия в проведении противоэпидемических и профилактических мероприятий на основе опыта Российской Федерации. Советующие мис-

сии уже побывали в Таджикистане и Молдавии. Участники заседания с интересом восприняли данную информацию.

Советом руководителей также отмечена необходимость повышения открытости и доступности результатов научных исследований по COVID-19 на русском языке путем большей публикации статей и научных материалов в открытых источниках. Также данная работа будет способствовать формированию взгляда на коронавирус с точки зрения различных научных направлений.

На заседании отмечено, что подготовленный Советом руководителей проект Комплексного плана мероприятий в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия и здравоохранения, направленных на предупреждение распространения коронавирусной и других опасных инфекций в целом одобрен Коллегией Комиссии и готов к рассмотрению Советом Комиссии и Евразийским межправительственным советом.

Советом руководителей также решено ускорить согласование временных санитарно-эпидемиологических требований к организации объектов работы «зеленых коридоров» между государствами Союза.

Постоянное обсуждение вопросов взаимодействия государств-членов и партнеров Союза по борьбе с распространением COVID-19 позволяет управлять эпидемиологической ситуацией на едином пространстве евразийского региона и способствует обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Источник: <https://www.rospotrebnadzor.ru/>