

# ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«УПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ: ДИАГНОСТИКА,  
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
6–7 февраля 2024 года

Приложение 1

Том 16 № 1, 2024

ISSN (print) 2072-6732  
ISSN (online) 2499-9865

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

JURNAL INFEKTOLOGII

Официальное издание Межрегиональной общественной организации  
«Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга  
и Ленинградской области»

Главный редактор  
академик РАН Ю.В. ЛОБЗИН

ПРИЛОЖЕНИЕ 1      Том 16, № 1, 2024

## ЖУРНАЛ ИНФЕКТОЛОГИИ

### Главный редактор

академик РАН д.м.н. профессор Лобзин Ю.В.

### Ответственный секретарь

д.м.н. профессор Гусев Д.А.

### Редакционная коллегия

д.м.н. профессор Антонова Т.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. профессор Бабаченко И.В.

академик РАМН д.м.н. профессор Беляков Н.А.

д.м.н. профессор Васильев В.В.

д.м.н. Вильниц А.А.

к.м.н. доцент Волжанин В.М.

д.м.н. профессор Воронин Е.Е.

член-кор. РАН

д.м.н. профессор Жданов К.В. (зам. гл. редактора)

д.м.н. профессор Ковеленов А.Ю.

д.м.н. доцент Козлов К.В.

д.м.н. профессор Козлов С.С.

д.м.н. профессор Котив Б.Н.

д.м.н. профессор Кузин А.А.

к.м.н. Левандовский В.В.

д.м.н. Лиознов Д.А.

д.м.н. профессор Лобзин В.Ю.

д.м.н. профессор Нечаев В.В.

д.фарм.н. Рудакова А.В.

д.м.н. профессор Пантелеев А.М.

член-корреспондент РАН

д.м.н. профессор Сидоренко С.В.

д.м.н. профессор Скрипченко Н.В.

д.м.н. Усков А.Н.

д.м.н. профессор Харит С.М.

д.м.н. профессор Цинзерлинг В.А.

д.м.н. профессор Цыган В.Н.

д.м.н. профессор Эсауленко Е.В.

д.м.н. профессор Яковлев А.А.

### Редакционный совет

д.м.н. профессор Ахмедова М.Д. (Узбекистан)

академик РАН

д.м.н. профессор Брико Н.И. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Горелов А.В. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Ершов Ф.И. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Зверев В.В. (Москва)

д.м.н. профессор Исаков В.А. (Москва)

д.м.н. профессор Кожевникова Г.М. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Львов Д.К. (Москва)

академик РАН

д.м.н. профессор Малеев В.В. (Москва)

д.м.н. профессор Малов И.В. (Иркутск)

д.м.н. профессор Малышев Н.А. (Москва)

д.м.н. профессор Мамедов М.К. (Азербайджан)

член-кор. РАН

д.м.н. профессор Михайлов М.И. (Москва)

д.м.н. профессор Мусабаев Э.И. (Узбекистан)

академик РАН

д.м.н. профессор Онищенко Г.Г. (Москва)

профессор Павлоцкий Ж.-М. (Франция)

профессор Папатеодоридис Дж. (Греция)

академик РАН

д.м.н. профессор Покровский В.В. (Москва)

профессор Прати Д. (Италия)

д.м.н. профессор Семенов В.М. (Беларусь)

академик РАН

д.м.н. профессор Сергиев В.П. (Москва)

д.м.н. профессор Тимченко В.Н. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Тотолян А.А. (Санкт-Петербург)

академик РАН

д.м.н. профессор Учайкин В.Ф. (Москва)

иностраный член РАН

профессор Франко де Роза (Италия)

## JURNAL INFEKTOLOGII

### Editor in Chief

member of the Russian Academy of Sciences M.D. professor Lobzin Yu.V.

### Executive secretary

M.D. professor Gusev D.A.

### Editorial board

M.D. professor Antonova T.V. (deputy editor)

M.D. professor Babachenko I.V.

member of the Russian Academy of Medical Sciences M.D. professor Belakov N.A.

M.D. professor Vasilyev V.V.

M.D. Vilnits A.A.

C.M.S. docent Volzhanin V.M.

M.D. professor Voronin E.E.

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Zhdanov K.V. (deputy editor)

M.D. professor Kovelenuov A.Yu.

M.D. docent Kozlov K.V.

M.D. professor Kozlov S.S.

M.D. professor Kotiv B.N.

M.D. professor Kuzin A.A.

C.M.S. Levandovskiy V.V.

M.D. Lioznov D.A.

M.D. professor Lobzin V.Yu.

M.D. professor Nechaev V.V.

Pharm.D. Rudakova A.V.

M.D. professor Panteleev A.M.

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Sidorenko S.V.

M.D. professor Skripchenko N.V.

M.D. Uskov A.N.

M.D. professor Harit S.M.

M.D. professor Zinserling V.A.

M.D. professor Tsygan V.N.

M.D. professor Esaulenko E.V.

M.D. professor Yakovlev A.A.

### Editorial council

M.D. professor Achmedova M.D. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Briko N.I. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Gorelov A.V. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Ershov F.I. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Zverev V.V. (Moscow)

M.D. professor Isakov V.A. (Moscow)

M.D. professor Kozhevnikova G.M. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Lvov D.K. (Moscow)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Maleev V.V. (Moscow)

M.D. professor Malov I.V. (Irkutsk)

M.D. professor Malyshev N.A. (Moscow)

M.D. professor Mamedov M.R. (Azerbaijan)

corresponding member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Mihajlov M.I. (Moscow)

M.D. professor Musabaev E. I. (Uzbekistan)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Onishenko G.G. (Moscow)

M.D. professor Pavlotsky J.-M. (France)

M.D. professor Papatheodoridis G. (Greece)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Pokrovskiy V.V. (Moscow)

M.D. professor Prati D. (Italy)

M.D. professor Semenov V.M. (Belarus)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Sergiev V.P. (Moscow)

M.D. professor Timchenko V.N. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Totolan A.A. (Saint-Petersburg)

member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Uchaykin V.F. (Moscow)

foreign member of the Russian Academy of Sciences

M.D. professor Franko de Roza (Italy)

Ассоциированный член редакционного совета — Международная общественная организация «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»

Журнал включен в перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы

основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук

Журнал индексируется в мультидисциплинарной библиографической и реферативной базе SCOPUS,

Российском индексе научного цитирования (РИНЦ) и GoogleScholar

«Журнал инфектологии» входит в список научных журналов Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science

«Журнал инфектологии» — периодическое научно-практическое рецензируемое издание.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

Свидетельство о регистрации ПИ №ФС 77-33952 от 01.11.2008 г. Издается ежеквартально. Тираж 500 экз.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в издании, допускается с письменного разрешения редакции.

Ссылка на «Журнал инфектологии» обязательна.

Адрес редакции: 197022, Санкт-Петербург, улица Профессора Попова, д. 9, тел: 8(812)234-60-04; факс: 8(812)234-96-91; Сайт журнала [www.journal.niidi.ru](http://www.journal.niidi.ru); e-mail: [gusevden-70@mail.ru](mailto:gusevden-70@mail.ru)

Индекс для подписки в Каталоге российской прессы «Почта России» 74516

Статьи из журнала доступны на сайте [www.niidi.ru](http://www.niidi.ru), [www.journal.niidi.ru](http://www.journal.niidi.ru), [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ НАУК РАН  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РАН  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ДЕТСКИЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»  
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»  
ООО «МАЙС ПАРТНЕР»  
ООО «МЕДИЦИНСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ»

**Российская научно-практическая конференция**  
**«УПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ:**  
**ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**  
**И ПРОФИЛАКТИКА»**

6 – 7 февраля 2024 года



Санкт-Петербург

**Управляемые инфекции: диагностика, лечение и профилактика** / Материалы Российской научно-практической конференции. – СПб., 2024. – 124 с.

## **ОРГКОМИТЕТ:**

### **Председатель оргкомитета**

**Лобзин Юрий Владимирович**, президент Международной общественной организации «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням», президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, главный внештатный специалист Минздрава России по инфекционным болезням у детей, академик РАН, профессор, д.м.н.

### **Заместители председателя оргкомитета**

**Жданов Константин Валерьевич**, вице-президент Международной общественной организации «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням», и. о. директора ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н.

**Лиознов Дмитрий Анатольевич**, вице-президент Международной общественной организации «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням», главный внештатный специалист по инфекционным болезням МЗ РФ по СЗФО, директор ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России, профессор, д.м.н.

### **Ответственный секретарь оргкомитета**

Доцент Волжанин Валерий Михайлович  
Тел./факс: +7 (812) 347 6453; e-mail: [scs@niidi.ru](mailto:scs@niidi.ru)

### **Секретари оргкомитета**

Доцент Лебедев Михаил Федорович  
Тел.: +7 (921) 951 1791; e-mail: [lmf53@mail.ru](mailto:lmf53@mail.ru)  
Доцент Захаренко Сергей Михайлович  
Тел.: +7 (911) 225 7734; e-mail: [zsm1@mail.ru](mailto:zsm1@mail.ru)

### **Административный секретариат**

МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»  
Чадина Вероника Петровна  
Тел.: +7 (903) 094 99 44 e-mail: [veronika-igm.spb@mail.ru](mailto:veronika-igm.spb@mail.ru)

### **ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА**

МОО «Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням» [www.ipoeasid.ru](http://www.ipoeasid.ru)  
ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России [www.niidi.ru](http://www.niidi.ru)  
Журнал инфектологии [www.journal.niidi.ru](http://www.journal.niidi.ru)

Материалы конгресса размещены в алфавитном порядке по фамилии первого автора и представлены в авторской редакции.

*Абдукадырова М.А., Хикматуллаева А.С.,  
Ходжаева М.Э.*

### **СТЕАТОЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТИТЕ С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПА ВИРУСА**

*Научно-исследовательский институт вирусологии  
республиканского специализированного научно-  
практического медицинского центра эпидемиологии,  
микробиологии, инфекционных и паразитарных  
заболеваний, Ташкент, Республика Узбекистан*

В 2016 году ВОЗ принял глобальную стратегию по элиминации вирусного гепатита С (ВГС) к 2030 году, признавая, что вирусный гепатит является угрозой общественному здравоохранению. Благодаря революционным успехам в лечении ВГС, что было связано с появлением препаратов прямого действия, универсальному доступу к лечению (новые схемы доступны, безопасны и эффективны, высокий уровень УВО за 8-12 недель терапии у всех пациентов, включая специальные популяции). Однако, по данным ВОЗ, продолжается рост заболеваемости и смертности от последствий хронических диффузных заболеваний печени. Прогрессирование ХВГ в ЦП происходит за счет усиления фиброза и стеатоза печени (НАЖБП). Важным является влияние стеатоза на естественное течение ХГС и возможности неблагоприятных исходов. В структуре хронических заболеваний печени доля НАЖБП составляет около 70%, в общей популяции взрослого населения – 25,0%. Было отмечено, что у 10% пациентов, имеющих НАЖБП, болезнь прогрессирует в ЦП в течение 20 лет (Nasr P. et al): Проведенное исследование в Великобритании показало: У 2% хронические гепатиты со стеатозом печени в течение 15-20 лет прогрессируют в ЦП, 12% с НАСГ в течение 8 лет трансформируются в ЦП. Распространенность НАЖБП среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью, составляет 37,3%, а у больных ХГС НАЖБП встречается в 35–80% случаев, что в 2,5 раза выше, чем у лиц без данной патологии (В.Т. Ивашкин, 2015 г.). Доказана самостоятельная роль HCV-инфекции в развитии НАЖБП. У Patton H.M. и соавт. 2004 г. степень стеатоза коррелировала с выраженностью фиброза у больных, инфицированных HCV с генотипом 1, тогда как у Westin J. и соавт. 2002 г. - с 3 генотипом.

Целью нашего исследования было выявление распространённости стеатоза у больных хроническим вирусным гепатитом С и связи жировой дистрофии печени с генотипом вируса.

Материал и методы исследования. В исследование включены 232 пациента с хроническим вирусным гепатитом С, состоявших на учёте в клинике НИИ Вирусологии в 2022 году. Применялись

клинические серологические (ИФА), молекулярно - биологические (ПЦР), биохимические, инструментальные (УЗИ, эластография печени) методы исследования.

Результаты исследования. У пациентов с хроническим гепатитом С стеатоз печени был выявлен у 57,8% обследованных. Из 101 больного с 1 генотипом стеатоз был определен в 56,5%, из 24 со 2 генотипом – 87,5%, среди 81 человека с 3 генотипом стеатоз отмечен в 53,1% случаев. Выраженность стеатоза печени 1 степени была у 53,4%, 33,3% и 65,1% соответственно, 2 степени у 26,7%, 47,6%, 11,6%. 3 степени у 19, 9%, 19,1% и 23,3% случаев соответственно.

Выводы: - Стеатоз печени является частым явлением при хроническом гепатите С.

- Не отмечено достоверных различий в частоте встречаемости стеатоза при различных генотипах, но выраженность стеатоза печени была наиболее высокой при 3 генотипе вируса гепатита С.

- Хронический вирусный гепатит С даже после устойчивого вирусологического ответа оставляет после себя проблемы. Необходимо длительное наблюдение и соответствующее лечение.

*Алекшеева Л.Ж., Калыкова А.Т.*

### **К ВОПРОСУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В КАЗАХСТАНЕ**

*Алматы, Республика Казахстан*

В Казахстане растет число заболевших коклюшем - респираторной инфекции бактериальной этиологии, управляемой средствами иммунопрофилактики. Нарушение графика рутинной вакцинации, необоснованные медицинские отводы, а также рост антипрививочного настроения в обществе стали причинами возвращения этой условно говоря «забытой» инфекции. Мы потеряли страх перед инфекционной болезнью с ее возможными тяжелыми осложнениями, зато приобрели страх перед вакцинацией.

По данным Комитета санитарно-эпидемиологического контроля МЗ РК заболеваемость носит круглогодичный характер с повышением уровня заболеваемости в весенне-летние месяцы, чаще всего регистрируется среди детей до 1 года и возрастной группе от 1 года до 14 лет. В рамках Национального календаря бесплатных профилактических прививок используется бесклеточная вакцина (АБКДС) в комбинации с дифтерийным, столбнячным анатоксинами, вакцинами против гемофильной инфекции типа b, полиомиелита (вводится инактивированная

вакцина - ИПВ) и гепатита В. Вакцинацию АКДС проводят в 2, 3, 4 месяцев жизни ребенка с ревакцинацией в 18 месяцев. Несмотря на преимущества бесклеточной вакцины в сравнении с цельноклеточной АКДС определенная степень недоверия у родителей сохраняется. По г. Алматы зарегистрирован 101 случай с подозрением на коклюш, из которых только в 3 случаях диагноз лабораторно подтвержден: 1 случай в возрастной группе 5-7 лет, 2 случая в группе 8-14 лет. Лабораторная диагностика коклюша представляет определенные трудности, сопряженные с выделением возбудителя, достаточно требовательного к условиям культивирования. Зачастую врачи общей практики не всегда имеют эпидемиологическую настороженность в отношении этой инфекции. По первичной регистрации заболеваемости в 40 случаях (39,6%) отмечена среди детей до 1 года, в возрасте от 1 года до 14 лет - 61 случай (60,4%). Не вакцинированы против коклюша 92% заболевших детей (92 случая); 61 ребенок не был привит по причине отказа; 31 ребенок не получил вакцину по медицинским противопоказаниям. Согласно графика профилактических прививок привито всего 8 детей (7,9%), из которых только 3 ребенка (2,9%) получили полный курс прививок, 5 детей с неполным курсом вакцинации. Коклюшем заболел месячный малыш, который не успел привиться по причине не достижения прививочного возраста. Один случай завозной - ребенок из Республики Кыргызстан.

Таким образом, имеющиеся статистические показатели заболеваемости коклюшем вновь демонстрируют связь заболевания с отсутствием прививки в анамнезе по причине отказа по разным причинам, среди которых много отказов по личным убеждениям и необоснованным медицинским отводам от прививок. В стране запущена информационная платформа EGU.kz, где каждый родитель может получить исчерпывающий ответ на интересующиеся вопросы по всем разделам иммунопрофилактики, в том числе по неблагоприятным событиям после вакцинации. Только проявляя личную и коллективную ответственность мы сможем противостоять инфекционным болезням и они вновь приобретут черты вакциноуправляемых инфекций.

*Алекшеева Л.Ж., Калыкова А.Т.*

### **КОРЬ В КАЗАХСТАНЕ: ПРИЧИНЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И МЕРЫ ПО СДЕРЖИВАНИЮ**

*Алматы, Республика Казахстан*

Несмотря на имеющуюся эффективную и что важно безопасную вакцину от кори, управлять эпидемическим процессом в настоящее время становится сложнее. Причин не вакцинироваться несколько, среди которых одна имеет наибольшее влияние - это растущие антивакцинальные научно не подкрепленные предубеждения населения.

В Алматы, одном из крупных городов Казахстана, отмечается подъем заболеваемости корью; за сутки регистрируются более 100 случаев, зарегистрированы пять завозных случаев, когда заболевшие в инкубационном периоде прибыли в страну. Осложнение эпидемиологической ситуации в городе связано с большим числом обратившихся в инфекционный стационар людей, проживающих в Алматинской области и других регионах. На декабрь 2023 года выявлено 2960 случаев кори, в 95,3% (2821 сл.) диагноз подтвержден лабораторно, в 4,7% (139 сл.) диагноз установлен клинико-эпидемиологически. Корью чаще болеют дети до 14 лет - 2304 случая, из которых 311 случай приходится на детей до 1 года, 59 случаев кори зарегистрированы среди подростков 15-17 лет и 597 случаев приходится на взрослое население. Из 2304 детей только 116 (5,02%) детей привито против кори, в том числе однократно - 80 детей (69%), двукратно-36 человек (31%). Из общего числа заболевших не привито 2188 детей, что составляет 95%, в том числе по причине отказа от вакцинации- 1562 (72%), медицинских противопоказаний - 308 (14%), 311 детей (14%) не достигли прививочного возраста; 6 человек не привиты по причине отсутствия вакцины, у 1 ребенка нет данных. Из 597 заболевших корью взрослых лишь 44 человека привиты против кори, 5 заболевших не вакцинированы по причине отказа, у остальных 548 (91,8%) заболевших нет данных о вакцинации. В разрезе административных территорий города выявляется неоднородность, связанная с плотностью населения и возрастом проживающих людей, контактами с населенными пунктами приграничной области. Основная регистрация случаев кори отмечается в новом быстро развивающемся районе, где проживают молодые семьи с детьми. Заболеваемость среди социально-профессиональных групп населения представлена следующим образом: среди неорганизованных детей - 1030 сл. (34,8%), организованных детей - 527 сл. (17,8%),

школьников – 388 сл. (13,1), медработников – 14 сл. (0,5%), студентов – 117 (4,0%), не работающих – 164 сл. (5,5%), прочего контингента – 720 (24,3%). С целью стабилизации эпидемической ситуации и предупреждения дальнейшего распространения кори среди населения проводится дополнительная массовая иммунизация против кори, краснухи и паротита детям в возрасте от 6 месяцев до 10 месяцев 29 дней; затем – вакцинация детей в возрасте от 2 лет до 4 лет 11 месяцев 29 дней независимо от прививочного статуса против кори, а также медицинским работникам и сотрудникам организаций здравоохранения, не имеющим профилактическую иммунизацию против кори.

Эпидемиологическая ситуация по кори и меры управления эпидемическим процессом, еще раз подтверждают эффективность вакцинации и отнесения кори к вакциноуправляемым инфекциям. Только при 95% охвате вакцинацией против кори подлежащего контингента может быть выполнена возможная и достижимая цель – элиминация кори, о которой сегодня говорить рано.

*Александров В.А.<sup>1,2</sup>, Шилова Л.Н.<sup>1</sup>, Загороднева Е.А.<sup>1</sup>,  
Алехина И.Ю.<sup>3</sup>, Александров А.В.<sup>1,2</sup>*

#### **ТЕСТИРОВАНИЕ МАРКЕРОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

<sup>1</sup>Волгоградский государственный медицинский университет, г. Волгоград, Россия

<sup>2</sup>ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского», г. Волгоград, Россия

<sup>3</sup>Ставропольский государственный медицинский университет, г. Ставрополь, Россия

**Введение.** Инфекция, вызванная вирусом гепатита В (Hepatitis B virus, HBV), является одной из наиболее серьезных и распространенных глобальных проблем здравоохранения. У пациентов со скрытым гепатитом В инфекция HBV может реактивироваться. Фактором риска реактивации HBV является тип и степень иммуносупрессии. Большинство противоревматических препаратов оказывают ингибирующее действие на иммунную систему организма, поэтому у больных ревматоидным артритом (РА), одним из осложнений при применении модифицирующих течение заболевания противоревматических препаратов (DMARD) может быть реактивация репликации HBV.

**Цель исследования:** оценить объем тестирования на серологические маркеры HBV у пациентов с ревматоидным артритом перед лечением противоревматическими препаратами.

**Материалы и методы.** Проведено клинико-лабораторное обследование 146 пациентов с РА в возрасте от 24 до 62 лет (женщин 72%) с отрицательными результатами на выявление поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg-). В ряде случаев было проведено тестирование ДНК вируса гепатита В (ДНК HBV) методом ПЦР. Все пациенты были проверены на наличие антител к ядерному антигену вируса гепатита В (анти-HBcIgG) и антител к HBsAg (анти-HBs). 73,3% пациентов принимали метотрексат, 52,7% – кортикостероиды, 11% – генно-инженерные биологические препараты.

**Результаты.** Положительными по наличию анти-HBs оказались 29 человек, а по анти-HBcIgG – 13 больных РА. Среди пациентов с анти-HBc-положительным результатом тестирования доля женщин была существенно ниже ( $p=0,014$ ). В целом, у 9% обследованных пациентов исходные серологические тесты указывали на предшествующую инфекцию гепатита В (HBsAg-, анти-HBs+/анти-HBcIgG+,  $n=11$ ; HBsAg-, анти-HBs-/анти-HBcIgG+,  $n=2$ ). В соответствии с клиническими рекомендациями пациенты, ранее подвергавшиеся воздействию HBV, должны проходить контроль на наличие антигенов HBV во время лечения DMARD. Проведение теста по определению ДНК HBV методом ПЦР на предварительном этапе было выполнено только у 15 (10%) пациентов с РА, причем у подавляющего большинства пациентов сероположительных только по анти-HBs+ и у одного пациента с анти-HBc+.

**Выводы.** Учитывая, что пациенты с РА в сочетании инфекцией HBV (особенно со скрытой инфекцией HBV) или положительные по анти-HBc могут столкнуться с реактивированием HBV во время лечения противоревматическими иммуносупрессивными препаратами, следует уделять больше внимания выявлению не только HBsAg и анти-HBs, но и анти-HBc. Больным РА серопозитивным по анти-HBc необходимо дополнительное скрининговое определение ДНК вируса гепатита В, а также регулярное тестирование на ДНК HBV методом ПЦР во время лечения DMARD.