

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

М. Л. ЧУЙКОВ, проф. В. П. МАЛЫЙ, доц. П. В. НАРТОВ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Обследованы медицинские работники с хроническим гепатитом С, который сопровождается постоянным или периодическим обострением со значительной интоксикацией, морфологическим повреждением печени и снижением ее функциональной способности.**

*Ключевые слова: хронический гепатит С, медицинские работники, клиничко-диагностические показатели.*

Сегодня вирусный гепатит С (ГС) является одной из главных проблем здравоохранения Украины [1, 2]. Это обусловлено тем, что стабильно высокий уровень заболеваемости и скрытое течение ГС способствуют развитию хронического гепатита С (ХГС) у 80–85% пациентов [3–6].

Значительный рост числа случаев профессиональной патологии, регистрируемой в последние десятилетия у работников здравоохранения [7, 8], свидетельствует, что они по роду своей деятельности часто подвержены заражению возбудителями разнообразных инфекционных заболеваний и прежде всего гемоконтактными гепатитами. Это определяет актуальность углубленного изучения ХГС у работников здравоохранения как одной из основных групп риска профессионального инфицирования. В то же время, несмотря на большое количество публикаций, посвященных клиническому течению ГС, целенаправленного комплексного изучения клинических особенностей ХГС у работников медицинской профессии не проводилось.

Цель исследования — изучить клиничко-лабораторные особенности течения ХГС у медицинских работников и усовершенствовать его диагностику.

Было обследовано 224 больных ХГС в возрасте от 18 до 72 лет, которые впервые обратились за медицинской помощью в гепатологические отделения Областной клинической инфекционной больницы и Городской клинической больницы № 13 г. Харькова. Диагноз ХГС устанавливали в соответствии с современной международной классификацией заболеваний печени. Верификация этиологической причины и определения периода заболевания основывались на выявлении в крови больных РНК вируса, его генотипов, анти-НСVcore/NS<sub>3,4,5</sub> и анти-НСV Ig классов G и M.

Для оценки функционального состояния и активности мезенхимально-воспалительных реакций печени у пациентов определялись общеклинические и биохимические показатели с использованием стандартных реактивов и биохимических анализаторов (клинический анализ крови и мочи, билирубин, активность аминотрансфераз, белковые фракции, содержание глюкозы и креатинина в сыворотке крови), а также проводилось комплексное

инструментальное обследование (флюорография, ЭКГ, УЗИ и КТ органов брюшной полости). Морфологические изменения в печени больных изучались при помощи неинвазивных методов — фибротеста и предложенного нами морфотеста [9]. В статистическом анализе использовали критерий Стьюдента. Достоверность расхождения абсолютных и относительных показателей исследований оценивали при  $p \leq 0,05$ .

Проведен сравнительный анализ 112 клиничко-лабораторных и диагностических особенностей ХГС у работников медицинской сферы (основная группа) и 112 жителей Харькова (группа сравнения), максимально приближенных по полу и возрасту. По должности медицинские работники распределились следующим образом: врачи — 43, средний медицинский персонал — 63, младший медперсонал — 6 больных; по специальности: хирургический профиль — 53, терапевтический профиль — 49, стоматологи — 4, лаборанты — 6 человек.

Анализ проведенных исследований свидетельствует, что ГС у 76,5% медицинских работников регистрировался в период активной трудовой деятельности (в возрасте 30–60 лет) уже на хронической стадии заболевания с фиброзом печени и аутоиммунными признаками. Страдают этой патологией преимущественно те, кто непосредственно работает с кровью больных, чаще средний медицинский персонал. Течение ХГС проявляется широким спектром клинических форм — от бессимптомных (18,5% пациентов, которые не имели ни субъективных, ни объективных признаков заболевания) до манифестных (39,0% больных с постоянными клиничко-лабораторными показателями активного процесса). Значительное количество (41,5%) пациентов при тщательном сборе анамнеза отмечали у себя признаки обострения процесса, выраженность которого, однако, не побуждала их к уточнению диагноза, и они ограничивались симптоматической терапией (преимущественно в виде самолечения).

Характер жалоб как в основной группе, так и в группе сравнения существенно не отличался (табл. 1). У всех больных ХГС отмечено увеличение размеров печени (в среднем — на  $2,2 \pm 0,1$  см).

Нижний край ее выступал из-под правой реберной дуги на 2 см у 53,7%, больше 2 см — у 46,3% больных. Значительно реже наблюдались потемнение мочи и непродолжительная субиктеричность склер (соответственно у 16±3,5 и 18±3,6% пациентов).

Манифестные формы ХГС у медицинских работников регистрировались чаще, чем у пациентов группы сравнения (соответственно в 83,9±3,47 и 75,0±4,10% случаев). У большинства из них наблюдались постоянное течение болезни, снижение веса, периодическое повышение температуры тела, признаки астеновегетативного (немотивированная слабость, повышенная утомляемость, анорексия, тошнота по утрам, которая в отдельных случаях ассоциировалась с рвотой) и абдоминально-болевого (чувство тяжести, вздутия, боли в верхней половине живота) синдромов, что свидетельствовало о значительной интоксикации и более тяжелом течении инфекции. Кроме того, у медиков были признаки более серьезного поражения печени

(фиброз, спленомегалия, телеангиоэктазии, геморрагический синдром).

О существенных морфологических повреждениях печени у медицинских работников по сравнению с больными группы сравнения свидетельствовали и результаты лабораторных исследований (табл. 2). Клинико-биохимические тесты — повышение тимоловой пробы, активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) и гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП) (гипергаммаглобулинемия и тромбоцитопения) — указывали на яркую выраженность цитолитического, мезенхимально-воспалительного синдромов и снижение функциональной способности печени именно у медицинских работников.

В результате проведенного вирусологического обследования больных установлено, что в обеих группах в большинстве (78,6%) случаев регистрировалась низкая вирусная нагрузка и лишь у 21,4% пациентов наблюдалась высокая вирусемия. Первый генотип вируса чаще встречался у медицинских работников (71±4,6%), чем

Таблица 1

## Сравнительная характеристика признаков ХГС у обследованных больных

Признаки	Медицинские работники, n = 112		Группа сравнения, n = 112		Достоверность различий p
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Постоянные симптомы инфекционного процесса	52	45±4,7	37	33±4,5	< 0,001
Периодические обострения	42	37±4,6	51	46±4,7	< 0,01
Отсутствие жалоб	18	16±3,5	24	21±3,9	> 0,05
Слабость, астения	81	72±4,3	72	64±4,6	< 0,05
Анорексия	31	28±4,3	23	20±3,8	< 0,05
Головная боль	7	6±2,2	9	8±2,6	> 0,05
Дискомфорт (тяжесть, вздутие живота)	66	59±4,7	67	60±4,6	> 0,05
Боль в области печени	49	44±4,7	41	37±4,6	< 0,05
Тошнота	31	28±4,3	18	16±3,5	< 0,05
Рвота	8	7±2,4	5	4±1,9	> 0,05
Внепеченочные проявления	49	44±4,7	40	36±4,6	< 0,05
Высыпания, зуд, сухость кожи	19	17±3,6	11	10±2,8	< 0,05
Артралгомиалгии	22	19±3,7	12	11±3,0	< 0,01
Аутоиммунный тиреоидит	14	12±4,0	8	7±2,4	> 0,05
Сахарный диабет 2-го типа	13	11±2,9	10	9±2,7	> 0,05
Снижение веса	15	13±3,2	8	7±2,4	< 0,05
Субфебрилитет	18	16±3,5	10	9±2,7	< 0,05
Гепатомегалия	62	55±4,7	58	52±4,7	> 0,05
Спленомегалия	27	24±4,0	19	17±3,7	< 0,05
Иктеричность склер	18	16±3,5	20	18±3,6	> 0,05
Телеангиоэктазии	10	9±2,7	5	4±1,9	< 0,05
Фиброз печени	22*	37±6,3	17**	27±5,6	< 0,05
Цирроз печени	4	3,6±1,77	5	4,5±1,97	> 0,05

\* Обследовано 60 больных из 112; \*\* обследовано 63 больных из 112.

Таблица 2

## Лабораторные показатели у обследованных больных ХГС

Показатели	Медицинские работники, n = 112	Группа сравнения, n = 112	Достоверность различий, p
	(M±m)	(M±m)	
Билирубин, мкМ/мл	26±1,21	23±1,04	> 0,05
АЛТ, Ед/л	86±3,42	80±2,43	< 0,05
ГГТП, Ед/л	63±4,22	56±3,34	< 0,05
Тимоловая проба, Ед	5,4±0,50	3,2±0,37	< 0,05
Альбумины, %	50,2±1,15	53,6±1,13	> 0,05
Гамма-глобулины, %	22,3±1,12	19,1±1,10	< 0,05
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup>	186±5,4	194±5,6	< 0,05

Таблица 3

## Вирусологические показатели у обследованных больных с ХГС

Показатель	Медицинские работники, n = 112		Группа сравнения, n = 112		Достоверность различий, p
	Абс. ч.	% (p±mp)	Абс. ч.	% (p±mp)	
Анти-HCV core	104/106	98±1,3	94/96	98±1,4	> 0,05
Анти-HCV NS <sub>3</sub>	93/106	88±3,2	84/96	87±3,4	> 0,05
Анти-HCV IgM	43/61	70±5,9	33/54	61±6,6	< 0,05
РНК HCV (+)	103/106	97±1,7	88/96	92±2,8	< 0,05
РНК HCV (-)	3/106	3±1,7	8/96	8±2,8	< 0,05
Генотип 1a/b	70/98	71±4,6	51/80	64±5,4	< 0,05
Генотип 2/3	28/98	29±4,6	29/80	36±5,4	< 0,05

в группе сравнения (64±5,4% случаев), а второй и третий генотипы — у **больных группы сравнения** (36±5,4%), чем в основной группе (29±4,6% случаев).

Высокие показатели иммунного ответа (анти-HCVcore, анти-HCV IgM, анти-HCVcore/NS<sub>3</sub>) у пациентов обеих групп не коррелировали ни с выраженностью цитолитического синдрома, ни с репликативной активностью вируса. Это означает, что они не обеспечивают контроль над инфекционным процессом, а значит, не могут быть важной детерминантой поражения печени и хронического течения ГС. **В то же время (наряду с вирусемией)** показатели иммунного ответа являются главным критерием верификации ХГС и обострения инфекционного процесса (табл. 3).

При проведении ретроспективного анализа своевременности диагностики ГС у работников здравоохранения констатированы поздние сроки его выявления. В большинстве случаев это связано с невнимательным отношением медиков к своему здоровью, о чем свидетельствует их низкая приверженность к обследованию на вирус гепатита С. **Убежденные в своей полной профессиональной информированности** относительно выявленных у них патологических отклонений, медицинские работники при наличии признаков гепатита часто занимались самолечением, пользу-

ясь неформальными консультациями своих коллег по работе.

Так, из 47,3% больных, которые обратились за медицинской помощью по поводу соматических заболеваний (табл. 4), у **26,0% медицинских работников** за 6 мес до верификации ГС наблюдались признаки острого гепатита в течение 1–2 нед (повышение температуры тела, астено-вегетативный или диспептический синдром, кратковременное потемнение мочи или субиктеричность склер).

У большинства работников здравоохранения в отличие от группы сравнения (соответственно в 48,2±4,74 и 27,6±4,24% случаев) **точкой отсчета** установления диагноза ХГС было выявление серологических маркеров вируса гепатита С при плановом ежегодном обследовании. **В то же время** по собственной инициативе на ГС чаще обследовались пациенты, которые относятся к группе сравнения (8,0±2,58%), чем в основной группе (2,7±1,54% случаев). **В этой ситуации при значительном** риске заражения вирусом ГС и высоким интенсивном показателе инфицирования медицинских работников [10] ГС следует рассматривать у работников здравоохранения как профессиональное заболевание.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

**Характеристика диагностического процесса ХГС  
у обследованных пациентов**

Причины обследования	Медицинские работники, n = 112		Группа сравнения, n = 112		Достоверность различий, p
	абс. ч.	% (p±mp)	абс. ч.	% (p±mp)	
Острый вирусный гепатит С	1	0,9±0,94	11	9,8±2,82	< 0,001
Разные соматические заболевания	53	47,3±4,73	39	34,8±4,52	< 0,001
Оперативные вмешательства	8	7,1±2,44	9	8,0±2,58	> 0,05
Беременность	7	6,2±2,29	9	8,0±2,58	> 0,05
Доноры	7	6,2±2,29	10	8,9±2,70	> 0,05
Плановые обследования	32	28,6±4,29	3	2,7±1,54	< 0,001
Наркозависимость	0	0	7	6,2±2,29	
Собственная инициатива	3	2,7±1,54	9	8,0±2,58	< 0,05
Точно не установлено	1	0,9±0,94	3	2,7±1,54	> 0,05

1. Вирусный ГС у медицинских работников регистрируется в период активной трудовой деятельности (76,5% больных в возрасте 30–60 лет) уже в хронической стадии заболевания с признаками фиброза печени. Страдают этой патологией те, кто непосредственно связан с кровью больных, преимущественно средний медицинский персонал.

2. ХГС у работников здравоохранения в большинстве (80,5%) случаев сопровождается постоянным или периодическим обострением болезни

с проявлениями интоксикации, цитолитическим и мезенхимально-воспалительным синдромом, существенным морфологическим повреждением печени и снижением ее функциональной способности.

3. Одна из причин поздней диагностики и более тяжелого течения ХГС у медицинских работников – невнимательное отношение к своему здоровью, о чем свидетельствует их низкая приверженность к обследованию на вирусный ГС.

#### Список литературы

1. Возианова Ж. И. Вирусные гепатиты в структуре хронической патологии печени / Ж. И. Возианова // Сучасні інфекції.— 2007.— № 4.— С. 4–9.
2. Зайцев И. А. Гепатит С / И. А. Зайцев // Новости медицины и фармации.— 2011.— № 4 (354).— С. 22–23.
3. Голубовская О. А. Боцепревир в лечении вирусного гепатита С / О. А. Голубовская // Здоров'я України.— 2013.— № 1 (27).— С. 8–9.
4. Шахильдян И. В. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика) / И. В. Шахильдян, М. И. Михайлов, Г. Г. Онищенко.— М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003.— 384 с.
5. Alter M. J. Epidemiology of hepatitis C in the West / M. J. Alter // Semin. Liver Dis.— 1995.— Vol. 15, № 1.— P. 5–14.
6. Genomics and HCV-infection: Progression of fibrosis and treatment response / E. Estrabaud, M. Vidaud, P. Marctllin, T. Asselad // J. of Hepatology.— 2012.— Vol. 57.— P. 1110–1125.
7. Бойко И. В. Данные о профессиональных заболеваниях работников здравоохранения в медицинской промышленности / И. В. Бойко, Т. М. Наумова, Л. Б. Герасимова // Медицина труда.— 1998.— № 2.— С. 29–32.
8. Фокин М. В. О профессиональных заболеваниях работников здравоохранения / М. В. Фокин, С. А. Степанов // Сучасні підходи до діагностики та лікування у клінічній інфектології: матеріали наук.-практ. конф. (14 листопада 2007 р., м. Харків).— Харків, 2007.— С. 25–26.
9. Малый В. П. Морфотест – ориентировочный показатель фиброза печени у больных хроническим гепатитом С / В. П. Малый, М. Л. Чуйков // Гепатология.— 2011.— № 1 (11).— С. 41–45.
10. Малый В. П. Эпидемиологические аспекты заболеваемости вирусным гепатитом С медицинских работников г. Харькова / В. П. Малый, М. Л. Чуйков, Н. Г. Цукор // Гепатология.— 2011.— № 1 (11).— С. 41–45.

### КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

М. Л. ЧУЙКОВ, В. П. МАЛИЙ, П. В. НАРТОВ

**Обстежено медичних працівників із хронічним гепатитом С, що супроводжується постійним або періодичним загостренням зі значною інтоксикацією, морфологічним ушкодженням печінки та зниженням її функціональної спроможності.**

*Ключові слова: хронічний гепатит С, медичні працівники, клініко-діагностичні показники.*

**CLINICAL DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS OF CHRONIC HEPATITIS C  
IN MEDICAL PROFESSIONALS**

M. L. CHUIKOV, V. P. MALYI, P. V. NARTOV

**The study involved medical professionals with chronic hepatitis C accompanied by constant or periodic exacerbations with severe intoxication, morphological liver damage and a decrease in its functional capacity.**

*Key words: chronic hepatitis C, medical professionals, clinical diagnostic indicators.*

Поступила 28.03.2014

---