

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Проф. В. Н. КОЗЬКО, Н. В. АНЦЫФЕРОВА, доц. А. О. СОЛОМЕННИК

*Харьковский национальный медицинский университет*

**Проведен обзор эпидемиологии и клинических особенностей хронической формы гепатита С. Проанализированы факторы заражения HCV-инфекцией и группы риска больных. Дана характеристика клинической картины заболевания.**

*Ключевые слова: хронический гепатит С, HCV-инфекция, эпидемиология, клиника.*

Вирусные гепатиты — глобальная проблема медицины, все еще далекая от своего окончательного решения [1]. В настоящее время, согласно данным ВОЗ, около 3% населения Земли инфицировано вирусом гепатита С (HCV). О важности и актуальности проблемы свидетельствует значительная частота неблагоприятных последствий этого заболевания при достаточно скромных успехах терапии. Ежегодно около 150 млн человек в мире подвергаются риску развития HCV-индуцируемого цирроза и/или рака печени. У 80% больных с острой формой HCV-инфекции формируются хронические гепатиты, у 40% — цирроз и у 30% — гепатоцеллюлярная карцинома печени [2–4]. По неутешительным прогнозам, до 2015 г. ожидается 4-кратное увеличение количества больных хроническим гепатитом С (ХГС). Скрытая пандемия гепатита С не обходит и Украину: по неофициальным данным, за последние 10 лет заболеваемость этой инфекцией возросла как минимум в 8 раз [5, 6].

Среди исследователей всего мира существует много противоречивых мнений относительно эпидемиологических аспектов и клинических особенностей ХГС. Много внимания уделяется феномену внепеченочных проявлений заболевания, а также их взаимосвязи с давностью инфицирования и сопутствующей патологией у пациентов. Дискутабельными остаются вопросы относительно факторов, способствующих хронизации инфекционного процесса [7–10].

Согласно данным литературы на 2009 г., группы риска по HCV-инфекции представляют пациенты с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (53,3%); пациенты с ВИЧ — потребители инъекционных наркотиков (83,7%); инъекционные наркоманы (61,5%); лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы (62,1%); больные туберкулезом (46,7%); занятые в секс-индустрии (30,8%); больные венерическими заболеваниями (13,2%); медицинские работники (3,3%); беременные женщины (3,1%) [11–18]. На сегодняшний день группы повышенного риска заражения вирусом, частота реализации различных факторов, способствующих передаче

возбудителя, освещены в литературе недостаточно полно.

Считается, что HCV-инфекции принадлежит особая роль в развитии внепеченочных проявлений, которые по многообразию своего спектра могут выражаться как клинически латентными формами, так и яркими синдромами, в том числе самостоятельными заболеваниями (ревматоидный артрит, узелковый полиартрит, системная красная волчанка, системный склероз, первичный синдром Шегрена, реактивный артрит, гематологические заболевания, сахарный диабет, болезни почек, криоглобулинемия и др.). Все чаще высказывается мнение о важном значении внепеченочной симптоматики в клинической картине больных ХГС, в разных странах мира частота таких проявлений составляет от 38 до 74% случаев. С другой стороны, недопустимо недооценивать классические «убогие» проявления HCV-инфекции, которые представляют основу традиционного сценария развития ее хронических форм [19, 20].

Цель данного исследования — проанализировать и уточнить эпидемиологические особенности и клиническую картину ХГС на современном этапе на примере пациентов, находившихся на стационарном лечении в КУЗ «Областная клиническая инфекционная больница» (г. Харьков) в период с 2007 по 2011 г.

Нами было обследовано 206 больных ХГС в стадии обострения, умеренной степени активности (АлАТ от 3 до 10 норм). Средний возраст больных составил  $43,8 \pm 2,5$  года. Пациенты были распределены по группам в зависимости от пола и возраста.

Для обследования пациентов использовались общеклинические и традиционные статистические методы исследования.

Данные свидетельствуют (табл. 1), что ХГС чаще диагностировался в группах больных в возрасте от 24 до 45 лет, у мужчин в 2,5 раза чаще, чем у женщин.

Анализ факторов инфицирования HCV у больных ХГС (табл. 2) показывает, что проблемы, связанные с употреблением наркотиков, выявлены у 24,27% обследованных; 13,1% больных имели

в анамнезе оперативные вмешательства; 10,2% пациентов связывают свое заболевание с нанесением татуировок или пирсингом; переливание крови при других заболеваниях и хирургическом лечении отметили 9,22% больных; на контакт с посторонней кровью указали 7,77% обследованных; диагностические инструментальные осмотры были проведены у 4,85% больных; незащищенный секс в прошлом имели 4,85% лиц; 1,94% больных периодически прибегали к стоматологическим манипуляциям; у 23,8% пациентов источник инфекции не установлен.

При тщательном изучении анамнеза заболевания обследованных больных установлено, что в среднем длительность болезни на момент исследования составляла от одного до пяти лет; 36,9% пациентов в анамнезе имели острую стадию гепатита. Постоянное или периодическое употребление алкоголя как способствующего хронизации процесса фактора имело место почти у 30% больных. Чрезмерная масса тела отмечалась у 1/4 больных. Следует отметить, что более 70% обследованных относили себя к адаптированным в социально-экономическом смысле людям, что подчеркивает неизбирательный тропизм HCV.

В большинстве случаев течение заболевания характеризовалось наличием сопутствующей патологии со стороны пищеварительной системы (47,57%), сердечно-сосудистой системы (8,73%), нервной системы (15,04%). Хронические

обструктивные заболевания легких были отмечены у 4,36%, хроническая гипохромная анемия — у 1,45%, полиартрит — у 24,75, аллергический дерматит — у 2,91%, псориаз — у 0,48%, нарушение репродуктивной функции — у 14,75% больных.

Нами проанализирована клиническая картина больных ХГС. Большинство обследованных больных имели проявления астено-вегетативного синдрома (75,24%). В клинической картине преобладали жалобы на общую слабость (75,24%), быструю утомляемость при обычных физических нагрузках (67,47%) и нарастающее снижение трудоспособности (75,24%). Отмечены многочисленные, временами замаскированные проявления эмоциональной лабильности обследованных лиц, что выражалось апатией, нервозностью и повышенной раздражительностью. У больных наблюдались нарушение сна (26,21%), периодическая головная боль различной локализации (5,33%), колебания артериального давления (АД) (16,5%). Как правило, потливость (10,19%) и головокружение (6,79%) отображали изменения уровня АД.

Проявления диспепсического синдрома имело место у 69,9% больных ХГС. Выраженность симптомов в той или иной степени зависела от давности заболевания. Так, больные, страдающие хронической HCV-инфекцией более трех лет, имели определенные проблемы со стулом в виде послабления или задержки (69,9% случаев), отмечали непереносимость жирной пищи (30,58%),

Таблица 1

Распределение больных ХГС по возрасту и полу

Пол	Возраст, лет								Всего	
	24–32		33–45		46–55		56–61			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Мужчины	47	22,8	73	35,4	21	10,2	4	1,9	145	70,4
Женщины	21	10,2	29	14,1	9	4,4	2	1,0	61	29,6
Всего	68	33,0	102	49,5	30	14,6	6	2,9	206	100

Таблица 2

Факторы инфицирования HCV у больных ХГС

Фактор инфицирования	Число случаев инфицирования больных, %			
	Возраст, лет			
	24–32	33–45	46–55	56–61
Прием наркотиков	13,59	7,77	2,91	—
Оперативные вмешательства	2,43	4,85	2,91	2,91
Гемотрансфузия	1,46	2,91	1,94	2,91
Стоматологические вмешательства	0,97	0,97	—	—
Инструментальные осмотры	2,91	—	1,94	—
Контакт с кровью	0,97	4,86	1,94	—
Пирсинг, татуировки	7,77	2,43	—	—
Опасный секс	2,91	1,94	—	—
Невыясненный фактор	7,8	1,46	1,46	13,1

признаки метеоризма (13,59%). Данные расстройства со стороны пищеварительной системы, вероятно, связаны с наличием дисбиотических явлений, которые представляют собой закономерные последствия хронического вирусного гепатита. Кроме того, больные жаловались на ощущение тяжести в правом подреберье (63,59%) и эпигастриальной области (23,78%), снижение аппетита (56,93%), отвращение к запахам (9,22%), тошноту (12,62%), рвоту (6,79%), отрыжку (16,5%), сухость (14,07%) и горечь (5,3%) во рту, что отражает степень вовлечения и реактивность пищеварительной системы в инфекционный процесс.

Кожно-желтушный синдром встречался лишь у 18,93% больных ХГС, при этом иктеричность склер отмечалась во всех случаях, желтушность кожных покровов наблюдалась несколько реже (17,47%). Сочетание желтухи с кожным зудом (4,36%) или сыпью около крупных суставов верхних конечностей (1,45%) сопровождало заболевание нескольких больных. У всех пациентов с данным синдромом наблюдались холурия (18,83%), а у части из них — ахолия (11,65%). Таким образом, большинство (80,07%) обследованных на момент наблюдения не имели желтухи.

Течение заболевания у 29,61% пациентов сопровождалось проявлениями абдоминально-болевого синдрома. Постоянная или периодическая боль в эпигастрии (16,1%) и правом подреберье (29,61%), как правило, имела ноющий или давящий характер, малую или умеренную интенсивность и связь с незначительными физическими нагрузками, чаще нарастала во второй половине дня.

Арталгический синдром наблюдался у 15,5% больных ХГС, чаще у страдающих ХГС более трех лет, т. е. имеющих давние арталгии в анамнезе. Деформаций суставов выявлено не было, однако некоторые больные отмечали скованность движений в суставах (5,33%).

Периодическое кратковременное повышение температуры тела до субфебрильного уровня

преимущественно в вечернее время имело место у 25,24% больных, при этом оно субъективно не сопровождалось нарушением самочувствия и регрессировало самостоятельно.

Синдром гепатомегалии наблюдался у всех больных ХГС. Пальпация области правого подреберья позволила выявить увеличение у большинства пациентов на 2–4 см и уплотнение печени в 70,38% и 86,4% случаев соответственно. Гепатоспленомегалия констатировалась почти у 23,78% пациентов.

Анализ клинической картины показал, что у больных ХГС преобладали проявления гепатомегалического (100,0%), астено-вегетативного (75,24%), диспепсического (69,9%) синдромов. Реже наблюдались абдоминально-болевым (29,61%), лихорадочный (25,24%), кожно-желтушный (18,93%) и арталгический (15,5%) синдромы.

Результаты проведенного исследования показали, что наиболее уязвимой для инфицирования HCV-инфекцией и формирования хронических форм заболевания является социально активная группа людей в возрасте 24–45 лет. Гепатитом С чаще страдают мужчины. Склонность к заболеванию ХГС прослеживается в разных социальных слоях населения. Важна роль факторов, способствующих прогрессированию хронического процесса: алкоголизм, наркомания, ожирение, сопутствующая симптоматика со стороны пищеварительной системы. Основными факторами риска инфицирования HCV-инфекцией были употребление наркотиков, оперативные вмешательства или гемотрансфузии, нанесение татуировок или проведение пирсинга и контакт с посторонней кровью. В клинической картине хронического гепатита С преобладали проявления гепатомегалического, астено-вегетативного и диспепсического синдромов. Полученные сведения необходимо учитывать при ведении данного контингента больных.

#### Список литературы

1. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. European Association for the Study of the Liver // *World J. Hepatology.*— 2011.— № 55.— P. 245–264.
2. Natural history of chronic hepatitis C: Reported by A. Craxi at XI International symposium on viral hepatitis; 1–2 June 2012, Barcelona, Spain.
3. Ярошенко Е. Б. Роль вирусных гепатитов в развитии гепатоцеллюлярной карциномы / Е. Б. Ярошенко, Э. З. Бурневич, Я. Г. Мойсюк // *Практ. онкология.*— 2008.— Т. 9, № 4.— С. 189–193.
4. Федорченко С. В. Хроническая HCV-инфекция / С. В. Федорченко.— К.: Медицина, 2010.— 271 с.
5. Характеристика і особливості епідемічного процесу гепатиту С в Україні / А. Л. Гураль, И. Ф. Марієвський, Т. А. Сергеева [та ін.] // *Профілактична медицина.*— 2011.— № 1.— С. 9–17.
6. Інфекційні хвороби / О. А. Голубовська, М. А. Андрейчин, А. В. Шкурба [та ін.]— К.: Медицина, 2012.— 727 с.
7. Hepatic steatosis in chronic hepatitis C: base line host and viral characteristics and influence on response to therapy with peginteron alpha 2a plus ribavirin / K. R. Reddy, S. Govindarajan, P. Marcellin [et al.] // *Viral Hepatitis.*— 2008.— №. 15 (2).— P. 129–136.
8. Hepatic steatosis in genotype 4 chronic hepatitis C is mainly because of metabolic factors / E. Tsochatzis, G. V. Paratheidoridis, E. K. Manesis [et al.] // *Am. J. of Gastroenterology.*— 2007.— № 102 (3).— P. 634–641.
9. Thyroid dysfunction among chronic hepatitis C patients with mild and severe hepatic fibrosis / M. Rogriguez-Torres, C. F Rios- Bedoya, G. Ortiz-lasanta [et al.] // *Ann. of Hepatol.*— 2008.— № 7 (1).— P. 72–77.

10. Харченко Н. В. Вирусный гепатит С: новое в лечении и профилактике осложнений / Н. В. Харченко // Здоров'я України.— 2009.— № 6 (1).— С. 4.
11. Макарова О. В. Морфологические особенности хронического вирусного гепатита у наркоманов / О. В. Макарова // Арх. патологии.— 2008.— № 6.— С. 25–30.
12. Gibson A. The increasing mortality burden of liver disease among opioid-dependent people: cohort study / A. Gibson, D. Randall, L. Degenhardt // Addiction.— 2011.— № 106 (12).— P. 2186–2192.
13. Transmission of hepatitis C virus among people who inject drugs: viral stability and association with drug preparation equipment / J. Doerrbecker, P. Behrendt, P. Mateu-Gelabert [et al.] // Infect. Dis.— 2013.— № 207 (2).— P. 281–287.
14. Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users / E. Paintsil, H. He, C. Peters [et al.] // Infect. Dis.— 2010.— № 202 (7).— P. 984–990.
15. Hepatitis B and hepatitis C in Pakistan: prevalence and risk factors / S. A. Ali, R. M. Donahue, H. Qureshi [et al.] // Int. J. Infect. Dis.— 2009.— № 13 (1).— P. 9–19.
16. Carney K. Association of tattooing and hepatitis C virus infection: A multicenter case-control study / K. Carney, S. Dhalla, A. Aytaman // World J. Hepatology.— 2013.— № 57 (6).— P. 2117–2123.
17. Seong M. H. Clinical and epidemiological characteristics of Korean patients with hepatitis C virus genotype 6 / M. H. Seong, H. Kil, J. Y. Kim // Clin. Mol. Hepatol.— 2013.— № 19 (1).— P. 45–50.
18. Cainelli F. Hepatitis C virus and human immunodeficiency virus transmission routes: Differences and similarities / F. Cainelli // World J. Hepatol.— 2013.— № 27 (5).— P. 234–236.
19. Байкова Т. А. Многообразие внепеченочных проявлений хронических вирусных гепатитов В и С. Общие принципы лечения / Т. А. Байкова, Т. Н. Лопаткина // Тер. арх.— 2013.— № 4.— С. 106–110.
20. Игнатова Т. М. Лечение внепеченочных проявлений хронической HCV-инфекции / Т. М. Игнатова // Сучасна гастроентерологія.— 2009.— № 3 (29).— С. 46–55.

#### КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

В. М. КОЗЬКО, Н. В. АНЦИФЕРОВА, Г. О. СОЛОМЕННИК

**Проведено огляд епідеміології та клінічних особливостей хронічної форми гепатиту С. Проаналізовано фактори зараження HCV-інфекцією та групи ризику хворих. Надано характеристику клінічної картини захворювання.**

*Ключові слова: хронічний гепатит С, HCV-інфекція, епідеміологія, клініка.*

#### CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC HEPATITIS C AT PRESENT

V. N. KOZKO, N. V. ANTASYFEROVA, A. O. SOLOMENNİK

**The epidemiology and clinical features of chronic forms of hepatitis C are reviewed. The factors of HCV infection and risk groups were analyzed. The clinical picture was characterized.**

*Key words: chronic hepatitis C, HCV infection, epidemiology, clinical picture.*

Поступила 29.10.2013