

в 1% случаев наблюдали атрофический гастрит. Интерес представляют данные о том, что среди больных с выявленным эрозивным эзофагитом у абсолютного большинства пациентов (79,6%) клиника эзофагита отсутствовала. При сопоставлении полученных результатов данного фрагмента исследования в зависимости от типа СД было установлено, что при сохранении общей тенденции в изученных показателях, при СД 1 типа чаще отсутствовали эндоскопические изменения, чем при СД 2 типа (63,3 и 51 % соответственно, $p < 0,05$). У больных СД 2 типа с большей частотой, чем при СД 1 типа, наблюдался эрозивный эзофагит (35,9 и 26,1% соответственно, $p < 0,05$), что могло быть связано с возрастными различиями больных и наличием ГЭРБ в группе СД 2 типа до развития кетоацидоза. Поверхностный гастрит, при разных типах СД, наблюдался примерно с одинаковой частотой (10,6% — СД 1 типа, 13,1% — СД 2 типа).

Выводы

1. У больных СД 1 типа ГЭРБ наблюдалась в 19,6%, а при СД 2 типа — в 31,1% случаев. Это достоверно чаще, чем в группе пациентов, не страдающих СД. Отмечается частое бессимптомное течение ГЭРБ у больных СД, в первую очередь при СД 2 типа.

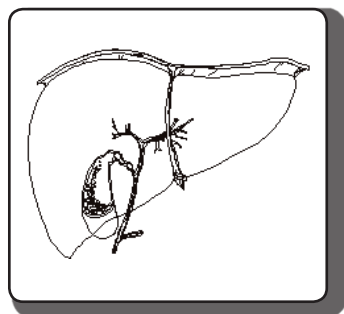
2. При СД, особенно при СД 2 типа, при эндоскопическом исследовании достоверно чаще, чем в контроле, выявляли признаки эзофагита А-С ст. и реже наблюдали эндоскопически негативную форму болезни. Это свидетельствовало о более тяжелом течении ГЭРБ у данной группы пациентов.

3. У больных СД 2 типа, леченных инсулином, достоверно чаще развивается ГЭРБ, чем у лиц, принимающих диету и/или сахароснижающие пероральные препараты. Более того, у пациентов СД 2 типа, получающих инсулин, отмечается более тяжелое течение ГЭРБ.

4. При СД в условиях кетоацидоза пищевод достаточно часто является объектом поражения. Возможно, что развитие эрозивного эзофагита является одной из причин появления абдоминального болевого синдрома у этих больных. Подобная тенденция характерна как для пациентов СД 1, так и 2 типа.

Л и т е р а т у р а

1. Баранская Е.К. Болезни органов пищеварения при эндокринной патологии. М.: Медицина, 1989. С. 88.
2. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. М.: Медицина, 1994. С. 388.
3. Вержбицкий Ф.Р., Циммерман Я.С. // Клин. медицина. 1991. №10. С. 100-102.
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. // Рос. мед. журнал. 1996. №5. С. 11-14.
5. Казей Н.А. // Диабет. Образ жизни. 1997. №4. С. 12-14.
6. Кирилов Д.А. Клинические и функционально-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при сахарном диабете: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. С. 40.
7. Федорченко Ю.Л. // Проблемы эндокринологии. 2003. №1. С. 7-12.
8. Чернобровый В.Н. // Врачебное дело. 1990. №1. С. 17-19.
9. Perdichimi G. // Scand. J. Gastroenterol. 1996. Vol. 27, №3. P.233-237.
10. Scheen A.J. // Diabetes Metab. 1998. Vol. 19, №10. P. 547-559.
11. Schmidt K. // Z. Gastroenterol. 2000. Vol. 23, №5. P. 213-220.
12. Tripathy A., Satpathy B. // J. Indian. Med. Ass. 1988. Vol. 50, P. 13.



УДК 616.36 - 002.12.578.91] - 07

А.В. Баранов

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИХ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С С РАЗЛИЧНЫМИ ФАКТОРАМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения «Холмская центральная районная больница», г. Холмск

Вирусный гепатит С (ВГС) — инфекция с гемоконтактной передачей возбудителя, проявляющаяся всеми известными формами инфекции — острыми и хроническими с манифестным или бессимптомным течением.

Источниками заражения вирусом гепатита С (НСV) являются больные острыми и хроническими формами ВГС. Основное значение среди них имеют лица с безжелтушным, малосимптомным или бессимптомным

Резюме

В данной статье приведены результаты клинико-биохимического и эпидемиологического обследования 440 больных хроническим вирусным гепатитом С, на основании анализа полученных данных определена значимость различных путей инфицирования для прогнозирования характера течения заболевания в зависимости от реализованного фактора риска при инфицировании.

A.V. Baranov

CLINICAL AND BIOCHEMICAL INDEXES AND THEIR PECULIARITIES IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS C WITH DIFFERENT INFECTION EXPOSURE

Kholmsk Central district hospital, Kholmsk

Summary

The article presents the results of clinical, biochemical and epidemiological examination of 440 patients with chronic viral hepatitis C. The presented data enable the author to determine the findings showing the infection exposure types that are clinically significant for the course of the disease prognosis.

течением [1]. В литературе показана значимость факторов риска в развитии ХВГС [3, 7, 8]. В настоящее время большая часть манифестных заболеваний острым ВГС (ОВГС) является результатом заражения при проведении различных медицинских и немедицинских (в основном внутривенное введение наркотических препаратов) парентеральных манипуляций. Заражение ВГС при приеме наркотиков играет ведущую роль и определяет неодинаковую интенсивность эпидемического процесса в разных возрастно-половых группах [5]. Наиболее интенсивно в эпидемический процесс вовлекаются подростки и молодые взрослые, преимущественно мужского пола [2, 11]. Среди них формируются специфические группы риска заражения HCV при многократном использовании контаминированных вирусосодержащей кровью игл и шприцев с целью внутривенного введения наркотических препаратов [13].

Группы риска формируются также из числа лиц, получавших по жизненным показаниям кровь и ее препараты: больные гемофилией, больные, страдающие хронической почечной недостаточностью и получающие сеансы гемодиализа, онкогематологические больные [14, 15]. К группам повышенного риска относятся также лица, страдающие различными хроническими заболеваниями и получающие длительное и многократное стационарное лечение, персонал учреждений службы крови и стационаров (прежде всего сотрудники хирургических, реанимационных отделений, клинико-диагностических лабораторий), имеющий непосредственный контакт с кровью и содержащими кровь секретами, а также доноры, особенно доноры плазмы, подвергающиеся неоднократно неаппаратному плазмаферезу [9, 10]. Высока вероятность передачи HCV во время выполнения татуировок, при акупунктурах, пирсинге, бритье в парикмахерских и любых повреждениях целостности кожных покровов нестерильными инструментами [16, 17]. Естественный компонент эпидемического процесса изучен недостаточно. Материалы эпидемиологического изучения семей, больных ОВГС и ХВГС, подтверждают редкую возможность реализации полового пути передачи возбудителя. Вероятнее всего, передача HCV половым путем действительно имеет место, но происходит относительно редко [4, 6]. Тем не менее, из-за большого числа половых контактов между партнерами со стабильными и продолжительными сексуальными отношениями общее число новых случаев заражения ВГС половым путем может быть в конечном счете достаточно велико [6, 12].

Целью настоящего исследования было изучить и сопоставить данные клинических проявлений и результаты биохимических проб у групп больных хроническим вирусным гепатитом С с различными путями инфицирования для определения их значимости и возможности прогнозирования характера течения заболевания в зависимости от реализованного фактора риска при инфицировании.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели в течение 1998-2007 гг. в инфекционном отделении и консультативно-диагностическом кабинете Холмской ЦРБ (Сахалинская область) были обследованы 440 больных ХВГС: мужчин — 288 (65,5%) и женщин — 152 (34,5%). Диагноз

ХВГС устанавливался на основании эпидемиологических, клинических, лабораторных данных и подтверждался выявлением специфических серологических маркеров методом ИФА (наличие анти-HCV при отсутствии определения других маркеров — Ig M к ВГА HBsAg, анти-HBs, анти-HBcIg M, анти-HBe для дифференциальной диагностики с ВГА и ВГВ, проводили методом ИФА с помощью коммерческих тест-систем производства НПО «Диагностические системы» (г. Нижний Новгород); «ВектогенА-IgM-стрип», «ВектогенВ-HBs-антиген», «ВектоHBcAg-IgM-стрип», «ВектоHBcAg-антигена-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», п. Кольцово), а также детекцией РНК HCV методом ПЦР. Эпидемиологическая база данных обследованных пациентов формировалась нами с учетом детального сбора анамнестических данных с целью выяснения наиболее вероятного способа заражения, на основе опыта работы и данных методической литературы (В.В. Богач, 1998). Проведено обследование на маркеры инфицирования HCV методами ИФА и ПЦР. Всем больным проводились общепринятые биохимические исследования крови: определялись содержание билирубина, активность аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ), тимоловая и сулемовая пробы.

Результаты и обсуждение

Из всех 440 обследованных пациентов удалось установить наиболее вероятный фактор инфицирования HCV у 344 (78,2%) пациентов, в 96 (21,8%) случаях не удалось этого сделать ввиду отсутствия ссылок в анамнезе на внутривенное введение наркотических препаратов, гемотрансфузии, хирургические вмешательства и медицинские манипуляции, стоматологические манипуляции (в том числе протезирование вне лечебных учреждений), немедицинские контактные манипуляции (нанесение татуировок на кожу, пирсинг, маникюр в салонах и вне их), незащищенных половых и бытовых контактов с

**Клинические проявления в группах обследованных больных хроническим вирусным гепатитом С
в зависимости от факторов инфицирования**

Клинические проявления	Фактор инфицирования								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%
Бессимптомное течение	14/11,5	22/51,2	16/50	16/51,6	12/40	13/44,8	6/24	10/48,8	4/36,4
Астено-вегетативный синдром	88/72,5	20/46,5	9/28,1	10/32,3	13/43,3	13/44,8	15/60	8/33,3	6/54,5
Диспепсический синдром	42/34,4	3/7	3/9,4	3/9,7	5/16,7	3/10,3	5/25	-	-
Боли в животе	25/20,5	7/16,7	3/9,4	1/3,2	3/10	1/3,4	5/25	2/9,6	1/9,1
Тяжесть в подреберье	60/49,2	19/44,2	11/34,4	6/19,4	13/43,3	8/27,6	11/44	10/48,8	4/36,4
Желтуха	57/46,7	4/9,3	5/15,6	3/9,7	4/13,3	3/10,3	8/32	1/4,8	1/9,1
Гепатомегалия	72/59	6/14	6/18,8	4/12,9	7/23,3	5/17,2	9/36	3/14,3	1/9,1
Спленомегалия	16/13,1	2/9,3	1/3,1	1/3,2	-/	4/13,8	-	-	-

больными ВГС, отсутствие профессионального контакта с инфицированной кровью и ее препаратами и прочих факторов, связанных с риском инфицирования HCV. Из 344 пациентов с выясненным вероятным фактором инфицирования HCV наиболее многочисленной была группа потребителей инъекционных наркотиков, она включала 122 (35,5%) чел. с указанием на разную кратность введения психотропных веществ (эфедрол, героин, опий) и низкую культуру их употребления (в основном имело место совместное, групповое их введение). Значительно меньший удельный вес в группах больных с установленным фактором риска отмечен: при хирургических операциях — 43 (12,5%), половых контактах — 32 (9,3%), при нанесении татуировок, при пирсинге — 31 (9%), гемотрансфузиях — 30 (8,7%), стоматологических манипуляциях — 29 (8,4%), инъекциях шприцами и системами многократного применения в прошлом — 25 (7,3%), профессиональном гемоконтакте — 21 (6,1%) и наимень-

шая по численности группа, имевшая постоянный бытовой гемоконтакт с больными ВГС, — 11 (3,2%). Данные сравнения этих групп представлены на рисунке.

Клинические проявления в этих группах больных были разнообразными, и их удельный вес различался в зависимости от фактора инфицирования, на фоне общих тенденций, характеризующих течение хронического гепатита С. Наиболее часто встречающимся клиническим проявлением во всех исследованных группах, независимо от пути инфицирования, были астеновегетативный синдром (абс. 182 — 41,4%) и жалобы больных на чувство тяжести в области правого подреберья (абс. 142 — 32,3%), несколько реже отмечались гепатомегалия (абс. 113 — 25,7%) и желтушный синдром (абс. 86 — 19,5%), реже больные предъявляли жалобы на боли в животе (абс. 48 — 10,9%), спленомегалия была отмечена лишь в 24 случаях, что составило 5,5%. Бессимптомное течение хронического вирусного гепатита С было отмечено в 113 случаях, что составило 25,7% от всех обследованных больных. Данные клинических проявлений хронического течения вирусного гепатита С, полученные при обследовании пациентов с различными факторами, вследствие которых они были инфицированы, представлены в табл. 1.

Как следует из вышеприведенных данных, чаще имели место и сочетались клинические проявления в группе потребителей инъекционных наркотиков, несколько реже, в порядке убывания выраженности клинической симптоматики, в группах больных, которые инфицировались при хирургических вмешательствах, гемотрансфузиях, нанесении татуировок и пирсинге, стоматологических манипуляциях, инъекциях шприцами и системами многократного использования в прошлом, незащищенных половых контактах с больными вирусным гепатитом, при профессиональном и бытовом гемоконтакте.

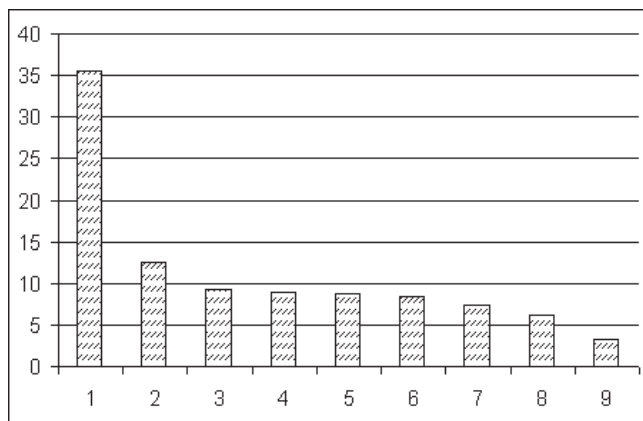
Биохимические показатели обследованных больных вирусным гепатитом С в зависимости от фактора инфицирования представлены в табл. 2.

Как следует из полученных и представленных результатов обследования, желтушный синдром достоверно чаще, чем в других группах, был отмечен у больных, имевших такие наиболее вероятные факторы инфицирования, как потребление инъекционных наркотических препаратов, инъекции шприцами многократного использования, гемотрансфузии и стоматологические манипуляции ($0,01 > p < 0,05$). Показатели содержания билирубина в

Таблица 2

Биохимические показатели обследованных больных хроническим вирусным гепатитом С

Фактор инфицирования	n	Биохимические показатели				
		билирубин	АлАТ	АсАТ	тимол. проба	сулем. проба
ПИН	122	75,6±8,5	2,3±0,1	1,35±0,07	15,8±1,2	1,66±0,03
Инъекции	25	45,3±13,2	1,71±0,2	1±0,14	10,5±1,8	1,78±0,04
Гемотрансфузии	30	23,7±9,46	1,65±0,2	0,99±0,13	12,1±1,6	1,74±0,03
Стоматолог. манипуляции	29	22,9±9,7	1,07±0,1	0,75±0,12	8,8±1,0	1,8±0,03
Половой контакт	32	20,7±7,6	1,33±0,2	0,84±0,1	10,8±1,7	1,76±0,03
Татуировки, пирсинг	31	17,3±4	1,72±0,4	0,73±0,1	7,8±1,2	1,75±0,03
Бытовой гемоконтакт	11	15,5±6,5	1,7±0,4	1±0,25	9,6±2,3	1,7±0,03
Проф. гемоконтакт	21	14,2±5,3	1,15±0,2	0,64±0,1	11,2±1,5	1,8±0,03
Хирургические операции	43	13,33±3,5	1,45±0,1	0,8±0,07	10,3±1,3	1,77±0,03
Фактор не установлен	96	15,3±3,4	0,99±0,1	0,66±0,06	9,3±0,9	1,82±0,01



Удельный вес факторов инфицирования в обследованной группе больных:

- 1 — ПИН; 2 — хирургические операции; 3 — половой контакт;
 4 — татуировки, пирсинг; 5 — гемотрансфузии;
 6 — стоматологические манипуляции; 7 — инъекции;
 8 — профессиональный контакт; 9 — бытовой гемоконтакт.

остальных обследованных группах больных соответствовали нормальным и достоверно не различались ($p > 0,05$). Средние показатели содержания АлАТ и АсАТ во всех группах пациентов были выше нормальных, но наиболее высокими в группе ПИН, значительными — в группах, где фактором инфицирования были татуировки и пирсинг, инъекции шприцами многократного использования, бытовой гемоконтакт, гемотрансфузии, наименьшие в группах с передачей путем профессионального и полового контактов, стоматологических и хирургических манипуляций, показатели содержания исследованных трансаминаз которых между собой достоверно не отличались ($p > 0,05$). В группе больных, в которых фактор передачи инфекции не был установлен, показатели АлАТ и АсАТ были значительно меньше, относительно других групп ($0,01 > p < 0,05$), за исключением групп с передачей вируса посредством стоматологических манипуляций и профессионального гемоконтакта ($p > 0,05$). Осадочные пробы — тимоловая, сулемовая, выявляющие диспротеинемию, отличные от нормальных средние значения имели место в группе потребителей инъекционных наркотиков в сравнении с другими группами риска (повышение тимоловой до $15,8 \pm 1,2$ ед. и снижение сулемового титра до $1,66 \pm 0,03$ мл), однако выявленная разница при проведении статистического анализа была недостоверна ($p > 0,05$).

Заключение

Результаты проведенного исследования клинико-биохимических показателей, сопоставление их с эпи-

демиологическими факторами риска, имевшими место у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С и приведшими к инфицированию HCV, показывают, что выявление этих факторов риска позволяет установить возможные различия в течении заболевания в группах больных с различным эпидемиологическим анамнезом, что и определяет их значимость и возможность прогнозирования характера течения заболевания в зависимости от реализованного фактора риска при инфицировании.

Л и т е р а т у р а

1. Балаян М.С., Михайлов М.И. Вирусные гепатиты: Энциклопедический словарь. М.: Амипресс, 1999. 304 с.
2. Богач В.В. Вирусные гепатиты В и С на Дальнем Востоке Российской Федерации: Биб-ка инфекционной патологии. Вып. 7. Хабаровск, 2002. 189 с.
3. Журкин А.Т., Хомченко И.В., Цинзерлинг В.А. и др. // Эпидемиол. и инфекц. болезни. 2002. №6. С. 33-36.
4. Заматкина Л.Ф., Малов И.В., Савилов Е.Д. и др. // Сиб. мед. журнал. 2002. Т. 31, №2. С. 9.
5. Мартова О.В., Салько В.Н., Бойко О.В. и др. // Гигиена и санитария. 2002. №1. С. 45-47.
6. Михайлов М.И., Потятинник О.Н., Гомберг М.А. // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №6. С. 3-11.
7. Попова О.Е., Михайлов М.И. // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №6. С. 12-13.
8. Терролт Н.А. // Инфекции, передаваемые половым путем. 2002. №6. С. 18-22.
9. Храпунова И.А. Санитарно-эпидемиологический надзор за внутрибольничными инфекциями медицинского персонала: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004. 48 с.
10. Шахгильдян И.В., Хухлович П.А., Михайлов М.И. и др. // Эпидемиол. и инфекц. болезни. 2000. №6. С. 59-63.
11. Alter M.J. // J. Hepatol. 2002. Vol. 36 (Suppl. 1), P. 93-98.
12. Cohen J. // Science. 1999. Vol. 185, P. 26-30.
13. Diaz T., Des Jarlais D.C., Vlahov D. et al. // Am. J. Public Health 2001. Vol. 91, P. 23-30.
14. Furusyo N., Hayashi J., Kanamoto-Tanaka Y. et al. // Dig. Dis. Sci. 2000. Vol. 45, P. 2221-2228.
15. Meyers C.M., Seeff L.B., Stehman-Breen O. et al. // Am. J. Kidney Dis. 2003. Vol. 42, P. 631-657.
16. Sun D.X., Zhang F.G., Geng Y.Q. et al. // Lancet. 1996. Vol. 347, P. 541.
17. Tumminelli F., Marcellin P., Rizzo S. et al. // Lancet. 1995. Vol. 345, P. 658.

