

УДК 616.36-002.2+616.72

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Ю.А. Сарычева, Т.В. Чернышёва, И.В. Ткаченко,

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Сарычева Юлия Александровна – e-mail: djsarycheva@rambler.ru

Вирусный гепатит С (ВГС) является центральной проблемой вирусных гепатитов. Массовое распространение этой инфекции, высокая способность вызывать развитие хронической инфекции, непреодолимые трудности создания вакцины против гепатита С – определяют интерес к этой инфекции. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) сопровождается развитием внепечёночных поражений, которые возникают примерно у половины больных ВГС. Одним из главных внепечёночных проявлений гепатита является суставная патология. В данной статье автором предпринята попытка уточнить частоту встречаемости суставного синдрома у больных ХВГС, выявить наиболее частую локализацию и характер воспалительных изменений в суставах на фоне ХВГС и установить связь развития суставного синдрома у больных с ХВГС с особенностями изменений данных различных методов обследования.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, суставной синдром, синовит, периартрит.

Virus C hepatitis (HCV) is the main problem among virus hepatitis. Mass spread of the infection, high ability to cause persistent infection development, great difficulties of making the vaccine against C hepatitis are the factors which determine the interest to this infection. Chronic virus C hepatitis is accompanied by the development of extrahepatic manifestations found in half of HCV-infected persons. One of the main extrahepatic manifestations of hepatitis is joint pathology. In this article the author undertakes attempt to specify the frequency of joint syndrome in patients with hepatitis, to reveal the most common site and the type of inflammatory change in patients' joints and to establish the correlation between the joint syndrome development of these patients and peculiarities of data change in different methods of examination.

Key words: chronic virus C hepatitis, joint syndrome, synovitis, periarthritis.

Введение

В общей медицинской практике синдром поражения костно-мышечной системы встречается достаточно часто. Во многих развитых странах заболевания костно-мышечной системы находятся среди ведущих причин инвалидности. Поэтому клиницист должен поставить правильный диагноз и своевременно начать лечение. Изменения опорно-двигательного аппарата (ОДА) – частое отражение общего инфекционного процесса. Однако при инфекциях патологические изменения суставов как части ОДА могут быть изолированными без клинически выраженных изменений других органов и систем [1].

Вирус гепатита С (ГС) был выделен М. Houghton в 1989 году. Важной особенностью возбудителя ГС является генетическая неоднородность [2]. В настоящее время на фоне выраженного снижения показателей заболеваемости острым ГС имеет место отчётливый рост хронических форм ГС. На сегодняшний день хронические гепатиты в РФ – серьёзная медицинская и социальная проблема [3]. Широкое распространение ГС, большей частью среди молодого, наиболее трудоспособного населения, латентность его течения, выраженность неблагоприятных исходов – цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГКЦ) – придают этой патологии характер важной общемедицинской проблемы [4]. Персистенция инфекции помимо специфических изменений в печени, таких как фиброз, цирроз или ГЦК, вызывает развитие внепечёночной патологии, что нередко вызывает затруднения в постановке диагноза [5].

Патологические процессы, лежащие в основе внепечёночных проявлений, недостаточно изучены. Связь между ВГС и внепечёночными синдромами, относящимися к компетенции ревматолога («ревматические» синдромы), активно изучается, однако пока основана на описании отдельных случаев или небольших серий наблюдений [6]. Частота ревматических проявлений в разных популяциях может варьировать. Суставной синдром, по разным источникам, встречается у 2–20% больных с ХВГС. При этом выделяют два основных варианта поражения суставов в виде полиартрита с вовлечением мелких суставов или же моно-, олигоартрита [7].

Учитывая высокую распространённость ВГС и системный характер его хронической формы, можно с уверенностью утверждать, что в практике терапевта и ревматолога встречаются довольно часто больные с внепечёночными проявлениями ГС. Этим объясняется актуальность изучения клинических проявлений ВГС для врачей различных специальностей. Инфекция может дебютировать с поражения суставов, поэтому ревматолог может оказаться первым врачом, к кому обратится такой пациент [6].

Говоря об основных направлениях данной проблемы в будущем, можно предположить, что ими станут вопросы расширения диагностических возможностей и лечения внепечёночных проявлений ВГС. Дальнейшее изучение проблемы позволит не только повысить качество диагностики суставных проявлений, но и своевременно определиться с терапевтической тактикой, что в значительной мере обусло-

вит прогноз заболевания [8].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и особенности течения суставного синдрома у больных на фоне ХВГС.

Материалы и методы

Проанализирована первичная медицинская документация 205 больных ХВГС, состоящих на учёте у врачей-инфекционистов в поликлиниках города Оренбурга в возрасте до 60 лет. Все больные подверглись скрининговому анкетированию по анкете, разработанной в Институте ревматологии РАМН в рамках проекта целевой программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний» для выявления суставного синдрома. Среди ответивших на вопросы анкеты было 70 (34%) женщин и 135 (64%) мужчин. Средний возраст больных составил $35,01 \pm 10,4$ года. Длительность заболевания гепатитом – $3,92 \pm 3,49$ года.

Наличие суставного синдрома наблюдалось у 40 (19,5%) больных с ХВГС. Из них в дальнейшем клинически был обследован 21 человек, 9 человек по тем или иным причинам не смогли принять участие в исследовании. Средний возраст пациентов с суставным синдромом составил $40,73 \pm 10,59$ лет. Соотношение мужчин и женщин было 13:8. Длительность анамнеза гепатита – $4,04 \pm 3,86$ года.

У 8 (38,1%) человек в анамнезе имеет место злоупотребление алкоголем.

Основной причиной инфицирования вирусом гепатита С у 10 (47,6%) человек служило выполнение ранее медицинских манипуляций, у 3 (14,3%) человек – переливание компонентов крови, у 2 (9,5%) человек – внутривенное употребление наркотиков, у 6 (28,6%) человек – причина заражения не установлена.

Продолжительность суставного синдрома – $3,98 \pm 5,94$ года. В течение последнего года боли в суставах появились у 13 (61,9%) больных, у 8 (38,1%) больных – с момента установления диагноза ХВГС. При этом только 2 (10%) больных, преимущественно в возрасте старше 45 лет и с длительным течением гепатита С, находились на «Д»-учёте у врачей-ревматологов.

Явления тромбоцитопении имели место у 9 (42,9%) больных. По данным биохимического анализа крови повышение уровня трансаминаз имело место у 15 (71,4%) обследуемых. У 11 (52,3%) человек вирус гепатита С был в фазе репликации. Признаки гепатомегалии по данным ультразвукового исследования (УЗИ) встречались у 13 (61,9%) больных. По результатам эластографии печени 1-я степень фиброза наблюдалась у 3 (14,3%) человек, 2-я степень – у 9 (42,9%), 3-я степень – у 8 (38,1%), у 1 (4,7%) человека фиброз отсутствовал.

Всем больным было проведено клиническое, лабораторное обследование, рентгенография и УЗИ поражённых суставов.

5 (23,8%) больных в момент обследования находились на противовирусной терапии (рибавирин, альтевир).

Результаты и их обсуждение

Чаще всего обследуемые больные предъявляли жалобы на боли исключительно в коленных суставах – 8 (38,1%) человек, в голеностопных суставах – 2 (9,5%) и мелких суставах кистей – 1 (4,7%) человек. У 10 (47,6%) обследуемых наблюдалось сочетанное поражение суставов различ-

ных локализаций, включая локтевые, лучезапястные, плечевые, тазобедренные суставы и мелкие суставы стоп. Среднее количество болезненных суставов на 1 больного составило $7,31 \pm 7,82$. Оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до лечения соответствовала $5,25 \pm 1,32$ см.

По данным объективного осмотра припухлость суставов отмечалась у 10 (47,6%) больных, преимущественно у лиц с наличием вируса в фазе репликации ($r=0,52$, $p<0,05$). Ограничение объёма движений только в коленных суставах наблюдалось у 9 (42,9%) больных, чаще в коленных суставах. Процентное соотношение жалоб представлено на рис.



РИС.

Процентное соотношение основных жалоб, предъявляемых больными с суставным синдромом на фоне ХВГС.

По результатам рентгенографии суставов признаки остеоартроза были у 8 (38,1%) человек. При помощи УЗИ поражённых суставов выявлены признаки синовита у 14 (66,7%) человек, при этом явления незначительного синовита имели место у 6 (28,6%) человек, умеренного синовита – у 7 (33,3%) человек и выраженного синовита – у 1 (4,7%) человека. Признаки периартрита в виде тендинита, лигаментита, бурсита – у 12 (57,1%) человек, кисты Бейкера – у 5 (23,8%) человек. Явления периартрита отмечались в основном у больных с длительным течением суставного синдрома ($r=0,49$, $p<0,05$) и наличием вируса в фазе репликации ($r=0,7$, $p<0,05$). У 1 (5%) больного обнаружены узурации суставных поверхностей 2, 3, 4 пальцев кистей. У 1 (4,7%) больной наблюдалось наличие узурации суставных поверхностей 2 и 3 пальцев кистей, в связи с чем проводился дополнительно дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом (РА). Диагноз РА подтверждён не был. Кроме того, 5 (23,8%) больным проводилось дополнительно обследование на инфекции, передающиеся половым путём, для исключения реактивного артрита (ReA) в связи со схожей клиникой суставного синдрома. Также диагноз ReA не подтвердился.

Выводы

1. Частота встречаемости суставного синдрома при ХВГС составила 19,5%.

2. У больных ХВГС суставной синдром протекал по типу олигоартрита, преимущественно коленных суставов, либо полиартрита.

3. Основной жалобой, предъявляемой больными с суставным синдромом на фоне ХВГС, была болезненность, и только менее, чем в 50% случаев – припухлость и ограничение объёма движений в поражённых суставах.

4. Наличие периартрита выявлено преимущественно у обследуемых с длительным течением суставного синдрома.

и наличием вируса в фазе репликации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобзин Ю.В. и др. Инфекционные болезни с поражением опорно-двигательной системы. Серия «Актуальные инфекции». С.-Пб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. 320 с.
2. Лобзин Ю.В. и др. Вирусные гепатиты: клиника, диагностика, лечение. Серия «Актуальные инфекции». С.-Пб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. 192 с.
3. Шахгильдян И.В., Ясинский А.А., Михайлов М.И., Ершова О.Н., Хухлович П.А., Хасанова В.А., Лыткина И.Н., Шулакова Н.И., Романенко В.В., Патлусова В.В., Коленова Т.В., Оржак Н.Д., Коршунова Г.С., Клименко С.М. Хронические гепатиты в Российской Федерации. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2008. № 6. С. 12-14.
4. Макашова В.В., Яковенко М.А., Флоряну А.И., Токмалаев А.К., Малиновская В.В. Особенности иммунитета у больных хроническим гепатитом С. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2009. № 2. С. 58-62.
5. Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит и гепатотропные инфекции. В чём суть проблемы? Научно-практическая ревматология. 2008. № 5. С. 4-9.
6. Ананьева Л.П. Ревматологические проявления при вирусных гепатитах. Современная ревматология. 2008. № 4. С. 5-10.
7. Олюнин Ю.А. Хронический артрит у больных, инфицированных вирусом гепатита В и С. Научно-практическая ревматология. 2008. № 5. С. 39-43.
8. Шекшина Е.В., Балабанова Р.М. Суставной синдром при вирусных гепатитах В и С и ревматоидный артрит: проблемы диагностики и лечения. Научно-практическая ревматология. 2005. № 2. С. 53-55.