

## ХАРАКТЕР ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПРИЗЫВНИКОВ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Клинико-лабораторное обследование 285 лиц мужского пола, призывного возраста (16-27 лет), направленных в гепатологический центр медицинскими комиссиями военных комиссариатов для уточнения диагноза патологии печени показало, что наиболее частой патологией были неконъюгированная гипербилирубинемия и хронические вирусные гепатиты. У большинства хронические гепатиты В и С протекали с малосимптомной клиникой. Путь инфицирования не был уточнен у 31,6% больных гепатитом В и у 17% больных гепатитом С. Умеренное повышение активности АлАТ, изменение эхогенности печени при УЗИ у больных хроническими гепатитами без маркеров вирусов В и С, требует дальнейшей этиологической верификации диагноза.*

**В** 2007 году принята «Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2011 гг.». В ней запланированы конкретные мероприятия по снижению показателей смертности по основным классам болезней (болезни кровообращения, новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания, органов пищеварения). Инфекционные и паразитарные болезни, наряду с перечисленными, входят в 6 основных классов (МКБ-10) составляющих около 90% причин заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. В структуре болезней желудочно-кишечного тракта заболевания печени в последние годы занимают первое место по показателям заболеваемости и смертности. Особую тревогу вызывает существующий факт преобладания гепатобилиарной патологии в моло-

дом, работоспособном возрасте. Так, средний возраст больных, умирающих от цирроза печени составляет 40-50 лет, что не может не тревожить, с учетом сложной демографической ситуации в Беларуси [4].

С другой стороны, явное «омоложение» болезней печени в группе лиц мужского пола происходит за счет прогрессирующего увеличения болезней печени вирусной этиологии, в первую очередь, гепатитов С, В, микст и других. В мире насчитывается более 400 млн. больных хроническим гепатитом В, а число инфицированных вирусом С превысило 500 млн. человек и составляет около 3 % всего населения [1,2]. Эта патология является серьезной проблемой здравоохранения в связи с высокой частотой фронизации, развития цирроза печени и возможностью формирования гепатоцеллюлярной карциномы [2,3]. В

## ☆ Вопросы военно-врачебной экспертизы

первую очередь, это касается лиц призывного возраста, относящихся к наиболее уязвимой группе риска инфицирования вирусами В и С и возбудителем ВИЧ-инфекции. Рост заболеваемости отмечается, прежде всего, в возрастной группе 15-30 лет, а на долю подростков приходится, по данным различных авторов, от 49 до 80% случаев [3,5,6]. В конечном итоге, снижение естественного прироста населения, особенно группы лиц подросткового возраста, широкое вовлечение их в эпидемический и инфекционный процессы в значительной мере может повлиять на обороноспособность страны.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические и клинико-лабораторные особенности гепатобилиарной патологии у лиц призывного возраста.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 285 лиц мужского пола, призывного возраста (16-27 лет), из них 255 были направлены в гепатологический центр медицинскими комиссиями военных комиссариатов для обследования и уточнения диагноза патологии печени и 30 человек составили контрольную группу. Обследование включало тщательный сбор жалоб, детализацию эпидемиологического анамнеза, осмотр, лабораторные исследования, включающие определение в крови общего билирубина и фракций, общего белка, альбумина, активности АлАТ и АсАТ, протромбина, тромбоцитов, УЗИ. Вирусная этиология заболевания подтверждена исследованием сыворотки крови методом ИФА на HBsAg, HBeAg, анти-HBc IgM и G, анти-HCV, по показаниям - обнаружением ДНК HBV и РНК HCV методом ПЦР.

### Результаты исследования

**Общая характеристика призывников.** У 246 призывников были установлены различные нарушения функции печени, лежащие в основе формулировок окончательных диагнозов, у 9 человек диагноз гепатобилиарной патологии был исключен. Для сопоставления полученных результатов была обследована контрольная группа, состоящая из 30 здоровых лиц мужского пола, не имевших в анамнезе указаний на болезни печени, с отсутствием вредных привычек. Распределение обследуемых в зависимости от характера патологии представлено в таблице 1.

У 9 человек, которым диагноз патологии печени был исключен, в направительных диагнозах были приведены следующие формулировки диагнозов: храни-

ческий гепатит В – 2 человека, персистирующая HBs-антигемия – 2, хронический гепатит С – 2, персистирование анти-HCV – 3, хронический гепатит, неуточненный – 1. На данный факт следует обратить внимание, так как гипердиагностика хронических вирусных гепатитов в группе здоровых лиц (9 человек) может быть обусловлена лишь 2 причинами: низким профессиональным уровнем врачей, выставивших данный диагноз или стремлением «помочь» призывнику избежать призыва в ряды Вооруженных Сил.

В зависимости от места проживания призывников (городская или сельская местность) частота гепатопатологии была различной, что представлено в таблице 2.

Таблица 2

### Структура патологии и функциональных расстройств печени среди лиц призывного возраста в зависимости от среды проживания

Группы наблюдения	Всего	Город		Село	
		Абс.	%	Абс.	%
Неконъюгированная гипербилирубинемия	74	55	74,3	19	25,7
Дискинезия желчевыводящих путей	23	14	60,9	9	39,1
Гепатоз (жировой)	8	6	75,0	2	25,0
Острый гепатит А	1	1	100		
Токсический гепатит	3	2	66,7	1	33,3
Острый гепатит, неуточненный	1	1	100		
Хронический гепатит В	54	40	74,1	14	25,9
Хронический гепатит С	53	43	81,1	10	18,9
Хронический гепатит микст (В+С)	1	1	100		
Хронический герпетический гепатит	1	1	100		
Хронический гепатит, неуточненный	27	15	55,6	12	44,4
Здоров	9	7	77,8	2	22,2

**Особенности эпидемического процесса.** Среди наблюдаемых 54 больных ХГВ 16 (29,6%) были впервые направлены в инфекционный стационар призывными медицинскими комиссиями в связи с выявлением в сыворотке крови HBsAg, в остальных 38 случаях (70,4%) диагноз ХГВ был установлен ранее в инфекционных стационарах (32 случая, 59,3%) и соматических отделениях больниц (6 случаев, 11,1%). Продолжительность HBV-инфекции была от 6 месяцев до 8 лет, в среднем 2,3 года. Жителей городов и городских поселков было 40 (74,1%), села – 14 (25,9%). На оперативные вмешательства (аденоидэктомия, аппендэктомия, грыжесечение, варикоцеле), указывали 12 больных (22,2%), повторные госпитализации в соматические стационары и многократные инъекции лекарств – 7 (12,9%), гемотрансфузии – 2 (3,7%), нанесение татуировок в домашних условиях – 7 (12,9%), внутривенное введение наркотических средств – 5 (9,3%), наличие больных ХГВ в семье (брат – 3 случая, сестра – 1 случай) – 7,4%. На перенесенную ранее желтушную форму острого гепатита В указали 3 больных (5,5%). В остальных 31,6% случаев выяснить возможный путь инфицирования не удалось.

Сравнительная характеристика вероятных путей инфицирования парентеральными вирусными гепатитами у наблюдаемых больных представлены в таблице 3.

Среди 53 больных ХГС 23 (43,4%) впервые направлены в инфекционный стационар призывными медицинскими комиссиями в связи с выявлением анти-HCV в сыворотке крови, в 5 случаях (9,4%) – в связи с наличием гепатомегалии. В остальных случаях диагноз ХГС был установлен ранее в инфекционных стационарах (22 случая, 41,5%) или в лечебных учреждениях соматического профиля (3 случая, 5,6%). Жителей города было 43 (81,1%),

Таблица 1

### Структура патологии и функциональных расстройств печени среди лиц призывного возраста, направленных в стационар

Группы наблюдения	Частота	
	Абс.	%
Неконъюгированная гипербилирубинемия	74	29,0
Дискинезия желчевыводящих путей	23	9,0
Гепатоз (жировой)	8	3,1
Острый гепатит А	1	0,4
Токсический гепатит	3	1,2
Острый гепатит, неуточненный	1	0,4
Хронический гепатит В	54	21,2
Хронический гепатит С	53	20,8
Хронический гепатит микст (В+С)	1	0,4
Хронический герпетический гепатит	1	0,4
Хронический гепатит, неуточненный	27	10,6
Отсутствие патологии печени и желчных путей	9	3,5

Таблица 4

Частота изменений показателей УЗИ в наблюдаемых группах

Показатели	ХГВ n = 54	ХГС n = 53	ХГ n = 27	НГ n = 74	ДЖВП n = 23	Гепатоз n = 8
Скан правой доли: в норме	57,41%	71,70%	25,93%	85,14%	52,17%	0
увеличен	42,59%	28,30%	74,07%	14,86%	47,83%	100%
Скан левой доли: в норме	62,97%	79,25%	40,74%	82,43%	60,87%	0
увеличен	37,03%	20,75%	59,26%	17,57%	39,13%	100%
Эхогенность: обычная	25,93%	7,55%	7,41%	70,27%	47,83%	100%
повышена	74,07%	92,45%	92,59%	29,73%	52,17%	0
Внутрипеченочные протоки: обычные	90,74%	94,34%	96,30%	74,33%	92,59%	100%
уплотнены	9,26%	5,66%	3,70%	25,67%	7,41%	0
Печень у края реберной дуги	66,67%	43,40%	44,45%	81,08%	65,22%	12,50%
Увеличение печени, пальпаторно	33,33%	56,60%	55,55%	18,92%	34,78%	87,50%

села – 10 (18,9%), что согласуется с данными, полученными Н.С. Себут с соавт. (2006) о более высоком уровне заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами на территории Республики Беларусь среди городского населения в данной возрастной группе. Продолжительность болезни колебалась от 6 месяцев до 7 лет и составила в среднем 2,2 года. На оперативные вмешательства и инвазивные лечебно-диагностические процедуры в анамнезе, в основном аппендэктомию, указали 19 больных (35,8%), гемотрансфузии – 2 (3,8%), нанесение татуировок в домашних условиях – 11 (20,7%), половые контакты с анти-НСV положительными женщинами – 3 (5,7%). В анамнезе 9 больных (17%) были указания на внутривенное введение наркотиков. В других случаях уточнить возможный путь инфицирования не удалось. Среди больных, употреблявших ранее наркотические средства внутривенно, в 3 случаях установлен хронический гепатит микст (В+С).

Принимая во внимание, что у 31,6% больных ХГВ и у 17% больных ХГС установить путь инфицирования не удалось, не исключалась возможность полового пути передачи инфекции. Это объясняется высокой сексуальной активностью данной возрастной группы и большей вероятностью инфицирования HBV – инфекцией половым путем. Роль половых контактов в передаче вируса гепатита С менее значима [2].

**Особенности клинических проявлений.** При поступлении в стационар больные ХГВ предъявляли жалобы на общую слабость 3 (5,5%), общую слабость и ноющие боли в правом подреберье – 7 (13%), боли в суставах – 1 (1,8%). Желтушная окраска склер выявлена лишь у 1 больного. Содержание общего билирубина в сыворотке крови больных ХГВ составило  $14,59 \pm 0,80$  мкмоль/л, а белково-связанной фракции –  $3,60 \pm 0,54$  мкмоль/л.

Больные ХГС предъявляли жалобы на общую слабость и ноющие боли в правом подреберье 8 пациентов (15,1%). Желтушная окраска склер выявлена в 3 случаях. Содержание общего билирубина в сыворотке крови составило  $17,63 \pm 1,30$  мкмоль/л, белково-связанной фракции –  $5,82 \pm 0,47$  мкмоль/л.

Таким образом, больные ХГВ и ХГС предъявляли практически одинаковые жалобы в обеих группах с одинаковой частотой, не превышающей 20%. Содержание общего билирубина в сыворотке крови больных ХГВ и ХГС составило соответственно  $14,59 \pm 0,80$  и  $17,63 \pm 1,30$  мкмоль/л и статистически не различалось в сравнении с группой здоровых лиц ( $13,12 \pm 1,26$  мкмоль/л,  $P > 0,1$ ).

Больные хроническим гепатитом невирусной этиологии предъявляли жалобы на общую слабость 6 (22,2%), боли в правом подреберье – 11 (40,7%), при этом интен-

сивность болевого синдрома была несколько более выраженной, чем у больных ХГВ и ХГС. Желтушная окраска склер выявлена в 2 случаях. Содержание общего билирубина в сыворотке крови (табл. 5) составило  $17,15 \pm 2,28$  мкмоль/л, белково-связанной фракции –  $4,63 \pm 0,03$  мкмоль/л и не различалось в сравнении с больными ХГВ и ХГС.

Среди больных неконъюгированной гипербилирубинемией (НГ) жители городов составили 74,3%. На семейный характер заболевания указывали 42 (56,6%) больных. Предъявляли жалобы на слабость, быструю утомляемость, снижение способности концентрировать внимание в период обострения болезни 27 (36,5%), 16 больных (21,6%) указывали на метеоризм, и 7 (9,5%) на снижение аппетита и периодически возникающую тошноту. Боль и чувство тяжести в правом подреберье встречались с той же примерно частотой, что и у больных хроническими вирусными гепатитами. Желтушная окраска склер выявлена у 58 больных (78,4%). Содержание общего билирубина в сыворотке крови составило  $38,41 \pm 2,87$  мкмоль/л, а белково-связанной фракции  $5,97 \pm 0,65$  мкмоль/л.

Жалобы больных с дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) характеризовались большей частотой наличия болевого синдрома в правом подреберье (82,6%), возникающего после погрешностей в диете или при физической нагрузке, по сравнению с другими группами больных. Больные жировым гепатозом жалоб практически не предъявляли, однако в связи с тем, что у них с высокой частотой (87,5%) выявлялись увеличенные размеры печени при пальпаторном исследовании, они направлялись призывными комиссиями в стационар для верификации диагноза.

Изменения печени и желчных путей у больных при УЗИ представлены в таблице 4.

Как видно из представленных в таблице данных, увеличение печени пальпаторно наиболее часто выявлялось у больных ХГС, ХГ невирусной этиологии и при жировом гепатозе, с наименьшей частотой – у больных НГ. При НГ в 70,27% случаев эхогенность тканей печени была обычной, но с достоверной разницей по сравнению с больными других групп выявлялись уплотненные внутрипеченочные желчные протоки ( $P < 0,01$ ).

Результаты лабораторных исследований в группах больных представлены в таблице 5.

Как видно из таблицы 5, активность АлАТ у больных ХГВ составила  $1,34 \pm 0,14$  ммоль/час·л, а активность АсАТ не превышала норму ( $0,56 \pm 0,10$  ммоль/час·л), в то время как у больных ХГС и ХГ невирусной этиологии ак-

Вероятные пути инфицирования парентеральными вирусными гепатитами В и С у лиц призывного возраста (в %)

Пути инфицирования	ХГВ (n=54)	ХГС (n=53)
Оперативные вмешательства и инвазивные лечебно-диагностические процедуры	35,1%	35,8%
Гемотрансфузии	3,7%	3,8%
Нанесение татуировок в домашних условиях	12,9%	20,7%
Внутривенное введение наркотических средств	9,3%	17,0%
Контактно-бытовой и половой путь передачи	7,4%	5,7%
Путь инфицирования не установлен	31,6%	17,0%

Биохимические показатели в наблюдаемых группах

Показатели	ХГВ n=54	ХГС n=53	ХГ n=27	НГ n=74	ДЖВП n=23	Контроль n=30
Билирубин общ., ммоль/л	14,59±0,80	17,63±1,30	17,15±2,28	38,41±2,87	17,78±1,49	13,12±1,26
Билирубин прямой, ммоль/л	3,60±0,54	5,82±0,47	4,63±0,03	5,97±0,65	4,56±0,12	-
АлАТ, ммоль/час·л	1,34±0,14	2,66±0,25	2,43±0,46	0,72±0,09	0,84±0,009	0,54±0,22
АсАТ, ммоль/час·л	0,56±0,10	0,93±0,18	1,11±0,26	0,37±0,04	0,31±0,05	0,47±0,13
Белок общий, г/л	66,97±0,68	67,52±0,66	67,43±1,46	68,09±0,85	68,03±1,73	68,35±0,90
Альбумины	38,05±0,48	38,64±0,41	38,23±0,78	38,92±0,45	38,87±1,10	39,43±0,31
Протромбин, ед.	0,81±0,03	0,82±0,02	0,87±0,03	0,86±0,02	0,85±0,04	0,92±0,12

тивность АлАТ была  $2,66\pm 0,23$  ммоль/час·л и  $2,43\pm 0,46$  ммоль/час·л соответственно, что существенно выше, чем в контрольной группе –  $0,54\pm 0,22$  ммоль/час·л ( $P<0,01$ ), а активность АсАТ составила соответственно  $0,93\pm 0,18$  и  $1,11\pm 0,26$  ммоль/час·л при показателе в контрольной группе  $0,47\pm 0,13$  ммоль/час·л.

Содержание общего белка, альбуминов и показатели протромбина статистически не различались в наблюдаемых группах больных и в сравнении с контролем.

### Выводы

1. Гепатобилиарная патология у лиц призывного возраста представляет серьезную демографическую, социальную и эпидемиологическую проблему. Наиболее частой патологией гепатобилиарной системы у лиц призывного возраста являются неконъюгированная гипербилирубинемия, ХГВ и ХГС.

2. ХГВ и ХГС у мужчин в возрастной группе 16-27 лет протекает в большинстве случаев с малосимптомной клиникой. Путь инфицирования остается неуточненным у 31,6% больных ХГВ и у 17% больных ХГС, что требует проведения серьезного эпидемиологического исследования.

3. Умеренное повышение активности АлАТ и АсАТ и по-

вышение экзогенности ткани печени при УЗИ у больных хроническими гепатитами требует дальнейшей этиологической верификации диагноза, включая морфологические исследования.

### Литература

1. Вовк, А.Д. Клинические проблемы вирусного гепатита С / А.Д. Вовк, В.И. Янченко, И.В. Соляник // Инфекционные болезни человека: Материалы V съезда инфекционистов Республики Беларусь. – Минск, 2003. – С. 92-94.
2. Майер, К.П. Гепатит и последствия гепатита / К.П. Майер. – М.: «ГЭОТАР», 1999. – 432 с.
3. Себут, Н.С. Эпидемиологическая характеристика парентеральных вирусных гепатитов в Республике Беларусь за 1996-2005 годы / Н.С. Себут [и др.]. // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем: Материалы научно-практ. республиканской конференции. – Минск: Доктор Дизайн, 2006. – С. 44-51.
4. Силивончик, Н.Н. Цирроз печени / Н.Н. Силивончик. – Минск: УП «Технопринт», 2001. – 224 с.
5. Сологуб, Т.В. Эколого-эпидемиологические, патогенетические аспекты вирусных гепатитов и принципы безопасной терапии. / Т.В. Сологуб, Л.Г. Горячева. – М., 2002. – 156 с.
6. Якусевич, Т.В. Эпидемиологическая характеристика вирусных парентеральных гепатитов в Гродненской области / Т.В. Якусевич, Я.М. Шерендо // Медико-социальные аспекты ВИЧ-инфекции, парентеральных вирусных гепатитов и инфекций, передаваемых половым путем: Материалы научно-практ. республиканской конференции. – Минск: Доктор Дизайн, 2006. – С. 51-56.