

Г.М. КУРМАНОВА, Н.А. АКЕШОВА, Г. М. БАРАТОВА
А.Е. МАМУТОВА, Г.А. АЙТМЕТОВА, Л.А. ШАКИЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави,
Шымкентская Городская инфекционная больница

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С И В

УДК 616.36-002.2

С целью выявления частоты и особенностей проявления клинической картины у больных с хроническим гепатитом С и В было обследовано 213 больных. В ходе обследования было выявлено, что у больных с ХВГ В чаще встречались такие синдромы, как астеновегетативный, диспепсический и геморрагический. Артралгический синдром чаще выявлялся у больных с HCV-инфекцией.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит В и С, астеновегетативный, диспепсический, геморрагический, артралгический синдромы

Введение. Хронический вирусный гепатит (ХВГ) - широко распространенное прогрессирующее заболевание печени. Вирусные гепатиты В и С являются причинами развития цирроза печени в 57 % случаев и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) в 78 % случаев. В мире от 500 до 700 тыс. человек ежегодно умирают от HBV-инфекции, от ХВГ С умирают 350 тыс. человек [1]. ХГС - создает существенные трудности для своевременной постановки диагноза и лечения, так как, в 70-80 % случаях выявляется случайно при обследовании по поводу других заболеваний или по контакту с больными ВГ [2].

ХВГ В в 15 -30 % случаях, ХВГ С в 25 -50 %, ХВГ Д в 70 -80 % прогрессирует в цирроз печени, в среднем у 15 -20 % больных на фоне цирроза печени развивается ГЦК [3-5].

В некоторых случаях наряду с печеночными проявлениями на первый план выходит разнообразие внепеченочные проявления, определяющие прогноз заболевания. В развитии внепеченочных поражений основное значение придается иммунным реакциям, возникающим в ответ на репликацию вируса в печени и вне ее [7]. Сравнительный анализ клинических, лабораторных и иммунологических данных показал, что больных ХВГ можно разделить на две группы: больных, у которых

на первый план выходят жалобы и симптомы, обусловленные поражением печени; больные с преимущественно внепеченочными проявлениями ХВГ, у которых на первом плане стоят симптомы, не касающиеся поражения печени (патология суставов, неврологическая симптоматика, гематологическая патология, эндокринопатии, поражения почек, сердца и т.п.), однако довольно часто именно они определяют прогноз заболевания.

Целью настоящего исследования - охарактеризовать особенности клинических проявлений у больных с хроническим вирусным гепатитом С и В.

Материал и методы. Работа была проведена в гепатологическом центре г. Шымкент с 2014-2016 гг. Больные ХВГ направлялись на обследование из ЛПУ г. Туркестан, г. Кентау, г. Тараз, г. Шымкент. Обследование и лечение больных проводились в основном в амбулаторных условиях. Были проанализированы данные 213 больных с хроническим вирусным гепатитом В и С. Из числа обследованных мужчины составляли 50% (107), женщины - 50% (106) (рисунок 1). Количество пациентов с ХВГ С и В в возрасте 20-29 лет составила 32 (15 %) пациентов, в 30-39 лет-68 (32 %) больных, в 40-49 лет-76 (36 %) пациентов, в 50-59 лет - 28 (13 %) больных и в возрасте 60-69 лет количество больных составило 9 (4 %) (рисунок 2).

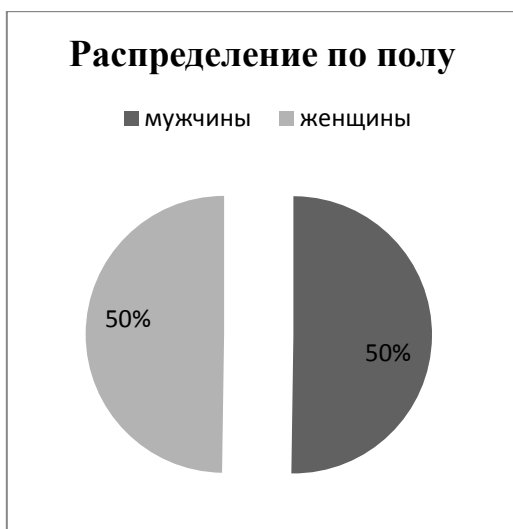


Рисунок 1

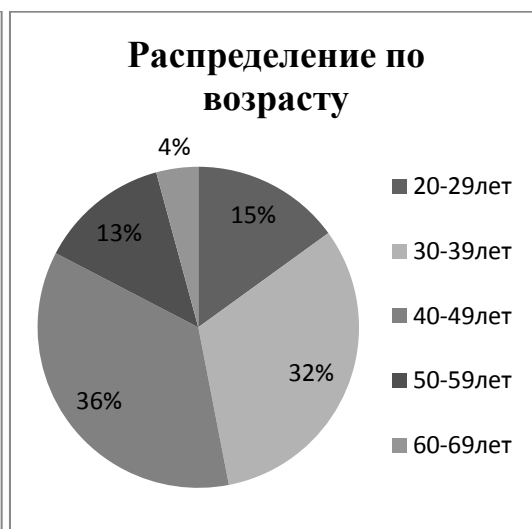


Рисунок 2

Обследование больных ХВГ проводилось согласно по приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении Правил обследования и лечения больных вирусными гепатитами» от 17 февраля 2012 года №92 в 2 этапа. 1 этап: серологическое. Диагноз HBV-инфекции подтвержден обнаружением в ИФА HBsAg, HBeAg. При выявлении antiHBe-, antiHbc coreIgM и IgG диагноз верифицирован в ПЦР DNA HBV. Диагноз HCV-инфекции – выставлялся на основании выявления суммарных anti-HCV и выявления RNA HCV. При выявлении гепатита В больным проводилось обследование на HDV-инфекцию методом ИФА (анти-HDV) и ПЦР (HDV DNA). ИФА диагностика осуществлялась с помощью тест-систем ЗАО «Вектор-Бест»/Кольцово, РФ. Полимеразная цепная реакция выполнялась при помощи тест-систем и оборудования для ПЦР -

диагностики (Литех/Москва). Всем больным с ХВГ С проводилось генотипирование методом ПЦР. Исследования методами ПЦР и ИФА были выполнены в ЮКФ ТОО «КДЛ ОЛИМП» (зав. лаб. А.А. Грамотикопуло), в диагностическом центре ТОО «INVIVO» (зав. лаб. М.А.Попова).

Среди 213 обследованных на долю ХВГ С приходит 77 % (164) больных, ХВГ В был выявлен у 33 % (49) пациентов, среди которых только 9 % (19) составили больные с ко-инфекцией: ХВГ В+С – 7 % (15 больных), ХВГ В+Д - 2 % (4 больных) (рис.3).

При анализе клинических проявлений мы провели сравнение группы больных с HCV- моно инфекцией и группой больных с HBV -инфекцией моно и в сочетании с HCV и HDV.

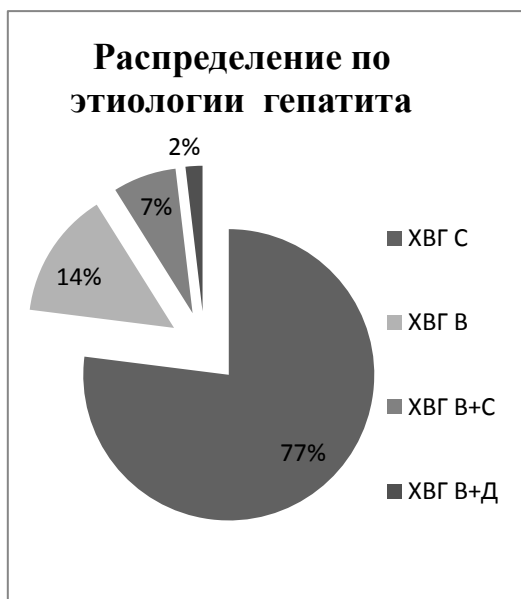


Рисунок 3

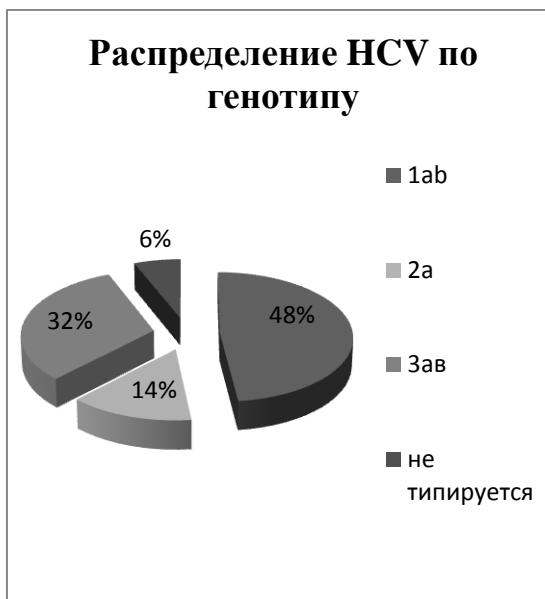


Рисунок 4

При генотипировании HCV было установлено: 1ab генотип у 79 (48 %) пациентов, 2a генотип у 23 (14 %) больных, 3ав генотип у 52 (32 %) больных и 10 (6 %) пациентов у которых генотип не типифицируется (рисунок 4).

Для определения уровня фиброза больным проводилась эластометрия печени аппаратом

«FibroScan». Всем пациентам проводилась эластометрия печени в Областной клинической больнице. Среди 213 обследованных больных F-0-1 наблюдался у 48 пациентов, что соответствовал 23 % больных, F-2- у 71(33 %) пациентов, F-3-у 66 (31 %) пациентов и у 28 (13 %) пациентов-F-4, что соответствует циррозу печени (рисунок 5).

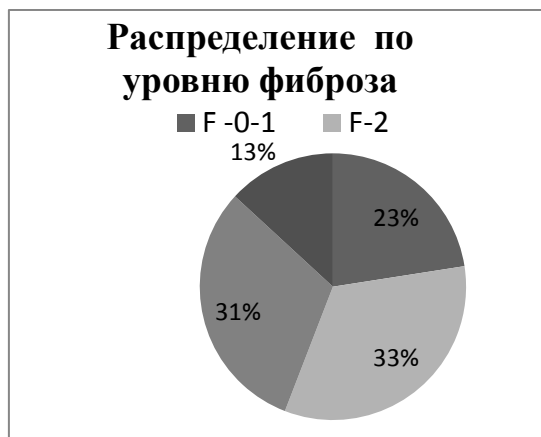


Рисунок 5

В таблице 1 показано, что среди обследованных, моно инфекцией ХВГ В страдают 30 пациентов, 164 пациентов с ХВГ С, а остальная часть приходится на микст гепатиты. Средний возраст пациентов, страдающих ХВГ В, составляет $35,9 \pm 7,5$ лет, у пациентов с ХВГ С средний возраст колеблется в пределах $36,3 \pm 8,9$ лет. Среди обследованных больных при ХВГ В мужчины страдают чаще (59 %), чем женщины (41 %), а при ХВГ С наоборот женщины

страдают чаще (53 %), чем мужчины (47 %). По активности инфекционного процесса среди пациентов с ХВГ В минимальная степень активности наблюдалась у 25 (51 %) пациентов, низкая - у 13 (27 %) больных и умеренная - у 11 (22 %) больных (рисунок 6). Среди больных с ХВГ С у 101 (62 %) больных минимальная степень, у 46 (28 %) - низкая и у 17 (10 %) - умеренная степень активности (рисунок 7).

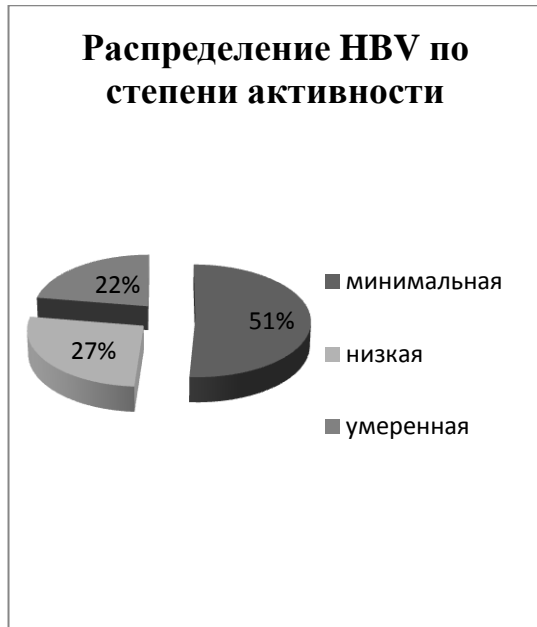


Рисунок 6

Среди обследованных пациентов были лица, у которых в анамнезе была наркомания и алкоголизм. В группе больных с ХВГ С у 6 пациентов в анамнезе наркомания и у 7 пациентов алкоголизм. Такие же



Рисунок 7

результаты были и в группе больных с ХВГ В: 7 больных с наркоманией и 5 больных с алкоголизмом в анамнезе.

Таблица 1 – Характеристика групп

	ХВГ В	ХВГ С	Всего
моно инфекция	30	164	194
В+Д	4		4
С+В		15	15
средний возраст, лет	35,9 ± 7,5	36,3 ± 8,9	36,1 ± 8,2
мужчин	29	78	107
женщин	20	86	106
минимальная активность	25	101	126
низкая активность	13	46	59
умеренная активность	11	17	28
наркомания	7	6	13
алкоголизм	5	7	12

Клиническое обследование больных HBV и HCV – инфекции включало в себя подробный опрос,

выяснение эпидемиологического анамнеза и anamnesis morbi (таблица 2).

Таблица 2 – Факторы риска инфицирования вирусного гепатита

Эпидемиологический анамнез	абс.	%
ОВГ в анамнезе	36	16,9
посещал стоматологический кабинет	49	23
хирургические и гинекологические вмешательства	33	15,5
внутрисемейный контакт	18	8,4
половой путь	15	7
гемотрансфузии, в том числе плазмы	15	7
инъекционная наркомания	13	6,1
медицинские манипуляции в стационаре	11	5,2
профконтакт медработника	11	5,2
возможное перинатальное инфицирование	7	3,4
татуировка	5	2,3
Всего:	213	100

Из таблицы видно, что наиболее частым фактором риска инфицирования приходится лечение у стоматолога (в 23% случаев), различные хирургические и гинекологические вмешательства (в 15,5% случаев). Только в 17% случаев пациенты отмечали перенесенный острый вирусный гепатит, этиологическая расшифровка либо неизвестна, либо не документирована. Перинатальное инфицирование предполагалось в том случае, когда вирусный гепатит той же этиологии был выявлен у матери пациента, а

клинические проявления выявлялись в раннем возрасте.

Результаты исследования. Среди клинических синдромов хронических вирусных гепатитов ведущим был астеновегетативный синдром, который достоверно чаще наблюдался при HBV-инфекции: в 89,8 % по сравнению с HCV-инфекцией 76,2 % ($P < 0,05$). При этом пациенты предъявляли жалобы на общую слабость, утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, плохое

настроение, нарушение сна, сонливость, головные боли, головокружение.

Еще одним часто встречающимся синдромом является диспепсический, проявляющийся снижением аппетита, тошнотой, горечью во рту, диареей, рвотой, тяжестью/дискомфортом в эпигастрии и правом подреберье. Этот синдром также, как и астеновегетативный, достоверно чаще встречался при HBV- инфекции у 91,8% больных ($P<0,001$).

Геморрагический синдром является одним из частых клинических проявлений ХВГ, и при HBV- инфекции встречается чаще (29%), чем при HCV-инфекции (11%). Геморрагический синдром проявлялся кровоточивостью из десен и носовыми кровотечениями.

Артралгический синдром клинически проявляющиеся такими симптомами как боли в суставах, боли в мышцах чаще беспокоили больных страдающих ХВГ С(23,8%), а у больных страдающих с ХВГ В синдром встречался в 8,2% случаев ($P<0,001$). Во всех случаях артралгии были исключены другие этиологические причины (ревматические и инфекционные).

Синдром гормональных нарушений клинически характеризующийся нарушением менструального цикла у женщин с высокой достоверностью был более выражен у больных с HBV- инфекцией 29% случаев против 15% случаев при ХВГ С.

При анализе основных клинических синдромов видно, что в клинической картине ХВГ преобладают астеновегетативный и диспепсический синдромы (таблица 3).

Таблица 3 – Основные клинические синдромы у больных ХВГ В и С.

Клинический синдром	ХВГ С		ХВГ В		P
	n=164		n=49		
	abc	M±m	abc	M±m	
астеновегетативный	125	76,2±3,32	44	89,8±4,32	<0,05
диспепсический	109	66,5±3,69	45	91,8±3,91	<0,001
геморрагический	18	11,0±2,44	14	28,6±6,45	<0,05
артралгический	39	23,8±3,32	4	8,2±3,91	<0,001
синдром гормональных нарушений	24	14,6±2,76	14	28,6±6,45	<0,01

При проведении опроса больных ХВГ особо обращалось внимание на жалобы по поводу патологических проявлений со стороны различных органов и систем.

Со стороны сердечно-сосудистой системы больных беспокоили такие жалобы как боли в области сердца, сердцебиение, повышение АД. На боль в области сердца чаще жаловались больные с HBV- инфекцией (24,5%)($P<0,001$).

Со стороны пищеварительной системы больные часто жаловались на дискомфорт и болезненность в

эпигастрии и в правом подреберье. Этот симптом был более выражен, чем другие клинические проявления со стороны ЖКТ. У больных с ХВГ С встречался в 66,5% случаев, с ХВГ В - 92%($P<0,001$).

Такие симптомы как потливость, гипергидроз ладоней и стоп чаще беспокоили больных с HCV-инфекцией (10,4%), нежели больных с ХВГ В (6,1%).

В целом больные ХВГ В предъявляли больше разнообразных жалоб по сравнению с больными ХВГ С (таблица 4).

Таблица 4 – Жалобы больных хроническим вирусным гепатитом

Клинический симптом	ХВГ С			ХВГ В			P
	n=164			n=49			
	abc	%		abc	%		
		M	± m		M	± m	
слабость	125	76,2	± 3,3	43	87,8	± 4,7	<0,05
утомляемость	117	71,3	± 3,5	40	81,6	± 5,5	
раздражительность	28	17,1	± 2,9	20	40,8	± 7,0	<0,001
головные боли	74	45,1	± 3,9	18	36,7	± 6,9	
головокружение	28	17,1	± 2,9	14	28,6	± 6,5	
депрессия	12	7,3	± 2	4	8,2	± 3,9	

сонливость	32	19,5 ± 3,1	11	22,4 ± 6,0	
нарушение сна	38	23,2 ± 3,3	14	28,6 ± 6,5	
потливость	17	10,4 ± 2,4	3	6,1 ± 3,4	
гипергидроз ладоней, стоп	14	8,5 ± 2,2	2	4,1 ± 2,8	
субфебрилитет	8	4,9 ± 1,7	7	14,3 ± 5,0	<0,01
артралгии, миалгии	39	23,8 ± 3,3	4	8,2 ± 4,0	<0,001
нарушение менструального цикла	24	14,6 ± 2,8	14	28,6 ± 6,5	<0,01
боли в сердце	11	6,7 ± 1,9	12	24,5 ± 6,1	<0,001
сердцебиение	7	4,3 ± 1,6	7	14,3 ± 5,0	<0,01
повышение АД	30	18,3 ± 3	12	24,5 ± 6,1	
рвота	9	5,5 ± 1,8	8	16,3 ± 5,3	<0,01
тошнота	52	31,7 ± 3,6	23	46,9 ± 7,1	<0,01
тяжесть/дискомфорт в правом подреберье	109	66,5 ± 3,7	45	91,8 ± 4,0	<0,001
горечь во рту	45	27,4 ± 3,5	24	49,0 ± 7,1	<0,001
диарея	23	14,0 ± 2,7	14	28,6 ± 6,5	<0,05
снижение аппетита	78	47,6 ± 3,9	26	51,3 ± 7,1	
потеря массы тела на 4-5кг	25	15,2 ± 2,9	3	6,1 ± 3,4	<0,05
носовые кровотечения	14	8,5 ± 2,2	14	28,6 ± 6,5	<0,001
кровотечение из десен	18	11,0 ± 2,4	11	22,4 ± 6,0	<0,01

При объективном осмотре больных можно было заметить желтушность кожных покровов, который подтверждался лабораторно гипербилирубинемией и чаще отмечался у больных с ХВГ В (10,2%). У больных с HCV-инфекцией при осмотре кожных покровов гиперпигментация и пальмарная эритема встречалась чаще (в 13,4% случаев), чем у больных с ХВГ В (6,1%). Также при осмотре обращали на себя внимание изменение ногтей в виде часовых стекол, их слоистость, ломкость, выпадение волос. Эти симптомы можно было обнаружить чаще у больных с ХВГ В (6,1%).

При пальпации печени у большого числа больных можно было заметить болезненную пальпацию в правом подреберье (в 38,4 % у больных с ХВГ С и 55,1% у больных с ХВГ В), что было обусловлено сопутствующим хроническим холециститом.

Также при пальпации печени можно было заметить увеличение печени и селезенки на 1-2 см и это подтверждался по данным ультразвукового исследования печени. Спленомегалия у больных с HCV-инфекцией встречалась в 10% случаев, при ХВГ В - 18%, гепатомегалия при ХВГ С - 20%, при ХВГ В - 47%.

Обсуждение результатов:

Среди пациентов с верифицированным диагнозом ХВГ преобладали больные в возрасте от 30 до 50 лет (68%). В исследованиях 10-летней давности наиболее большая возрастная группа среди больных ХВГ приходилась на 20-30 -летний период. Другими

словами, пик выявления ХВГ сместился в более старшую возрастную группу.

Также в исследованиях 10-летней давности в этиологии хронических гепатитов превалировал HBV (42% моно-инфекции и 25% В+С ко-инфекция). Резкое снижение удельного веса гепатита В среди поставленных на учет больных ХВГ с 77% до 33% можно было бы объяснить улучшением эпидситуации и введением массовой вакцинации HBs-вакциной, но возрастные рамки контингента, попавшего под программу вакцинации (рожденные в 1997 году и позже) не совпадает с контингентом больных с ХВГ. Более вероятным объяснением такой большой разницы в числе больных с HBV-инфекцией и особенно относительно малое число больных с ко-инфекцией В+С является гиподиагностика гепатита В. Скрининг на выявление HBV-инфекции проводится только по HBsAg. В то время как многочисленные исследования показывают, что только у 56-70% инфицированных HBV HBsAg выявляется в сыворотке крови при ИФА обследовании. У остальных – могут определяться другие маркеры, указывающие на наличие инфекции.

Подавление вируса В вирусом С гепатита при совместном инфицировании наблюдается в большинстве случаев ко-инфекции. У 46-95% больных в крови определяется только анти-HBcoreIgG, поскольку подавлена экспрессия антигенов HBV. В этом случае у больного ПЦР на HBV ДНК может быть положительным.

При наличии у пациента не только HCV, но и HDV подавление экспрессии антигенов HBV выражено еще в большей степени, что дает ложноотрицательные результаты ИФА.

До 22% у пациента с В гепатитом в крови может вообще отсутствовать какие-либо маркеры гепатита В, при этом HBV ДНК может быть как положительным так и отрицательным, но вирус присутствует в гепатоцитах.

Поэтому низкий процент больных с В+Д (2%) также указывает на низкую выявляемость HBV.

В целом больные с ХВГ В предъявляли больше жалоб. Эти жалобы были проявлением в основном астено-вегетативного синдрома и синдрома желудочной диспепсии. Характер жалоб и данные объективного осмотра указывают в основном на наличие у пациентов с ХВГ В более частого по сравнению с пациентами ХВГ С развития разнообразной патологии со стороны органов ЖКТ: хронических гастритов, холецистита, панкреатита.

Зачастую жалобы, связанные с патологией органов ЖКТ являются первой причиной обращения больных к врачу, и при дальнейшем обследовании у них выявляется хроническая HBV и/или HCV-инфекция. Патогенез поражения желудочно-кишечного тракта недостаточно ясен. У части больных болевой абдоминальный синдром может рассматриваться как проявление генерализованного васкулита. Развитие гастрита, дуоденита, панкреатита может быть следствием действия вируса или же это может быть реактивным состоянием [2].

Большая частота патологии ЖКТ у больных вирусными гепатитами связана с несколькими факторами. В первую очередь, это связывают с проявлениями генерализованного васкулита, в следствии которого у больных может наблюдаться нарушение васкуляризации органов, что в свою очередь приводит к нарушению репаративных процессов слизистых [2]. В этих условиях любое повреждение слизистых под действием различных факторов (Н.руlogy, желчь, лекарственные препараты и т.п.) приводит к формированию хронического процесса.

Развитие гастрита, дуоденита, панкреатита может быть следствием репликации вирусов В и С в клетках слизистых, но значимость такой репликации вероятно менее значима. Более частой причиной, по всей видимости, являются функциональные нарушения, связанные с собственно течением хронической патологии печени, нарушением тонкой регуляции процессов пищеварения «малыми гормонами» и регуляторными белками, такими как холецистокинин [3].

При ХВГ происходит нарушение оттока желчи в результате развития дискинезии желчевыводящих

путей (ДЖВП). В случае ДЖВП по гипотоническому типу с наслоением инфекции (вследствие развития застойных процессов) развивается реактивный холецистит. При ДЖВП по гипертоническому типу повышается давление в холедохе, что может привести к нарушению оттока секрета поджелудочной железы. В результате формируется билиарно-зависимый панкреатит. При нарушении печеночно-кишечной циркуляции происходит хаотическое поступление желчи в двенадцатиперстную кишку. Это нарушает переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшает бактерицидность дуоденального содержимого, приводит к микробному обсеменению двенадцатиперстной кишки, ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры. Под влиянием микрофлоры желчные кислоты подвергаются преждевременной деконъюгации, что сопровождается повреждением слизистой оболочки двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки с развитием дуоденита, рефлюкс-гастрита, энтерита и колита. Кроме того, сам по себе дисбактериоз вызывает повышение давления в двенадцатиперстной кишке (за счет процессов брожения и газообразования) и, как следствие, происходит заброс желчи в желудок с последующим раздражением слизистой оболочки и развитием рефлюкс-гастрита. Таким образом, все вышеперечисленные процессы находятся в тесной взаимосвязи [4].

Достоверно более частое развитие патологии ЖКТ (которая является либо сопутствующей, либо системным проявлением ХВГ) при HBV-инфекции вероятнее всего обусловлено тем, что все патогенетические механизмы, играющие роль в патологии ЖКТ (репликация вируса, функциональные нарушения, иммунокомплексный васкулит) более выражены при ХВГ В.

При вирусном гепатите С почти в три раза чаще встречался синдром артралгии и миалгии. Основной причиной развития данного синдрома у больных вероятнее всего является синдром смешанной криоглобулинемии (СКГ), что подтверждалось выявлением ревматоидного фактора в %. Известно, что этот синдром чаще встречается при HCV-инфекции [1]. Клиническим проявлением СКГ является триада Мельтцера – слабость, артралгии и высыпания. С этим также согласуется тот факт, что у больных с ХВГ С достоверно чаще отмечалось снижение массы тела, что также является одним из проявлений СКГ.

Более частое проявление у больных с гепатитом В геморрагического синдрома и дисменореи также требует объяснения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 ВОЗ, протокол пленарного заседания: 63 сессия. – 2010. – 58 с.
- 2 Thomson B.J., Finch R.G. Clin. Microbiol. and Infect. – 2005. – Vol.11. - № 2.– 394 p.
- 3 Mattson L, Grillner L, Weiland O. Seroconversion to hepatitis C virus antibodies in patients with acute posttransfusion hepatitis non-A, non-B in Sweden with a second generation test // Scand J Infect Dis. – 1993. – Vol. 24. - №15. - P.20-24.
- 4 Лопаткина Т.Н., Абдурахманов Д.Т. Гепатоцеллюлярная карцинома и вирусы гепатита // Гепатол.форум. – 2005. – № 1. – С.20-22.
- 5 Feldstein A, Kleiner D, Kravetz D, Buck M, Severe hepatocellular injury with apoptosis induced by a hepatitis C polymerase inhibitor // J Clin. Gastroenterol. – 2009. – Vol.43. - № 374. – P. 81-88.
- 6 Горбаков В.В. Вирусный гепатит С: распространенность, течение, диагностика и лечение: дисс. ... д-р.мед.наук – М., 1998. – 232 с.
- 7 Mason A., Wick M., White H., Perrillo R. Hepatitis B virus replication in diverse cell types during chronic hepatitis B virus infection // Hepatology. – 1993. –Vol.18. –P.781-789.

Г.М. КУРМАНОВА, Н.А. АКЕШОВА, Г. М. БАРАТОВА, А.Е. МАМУТОВА, Г.А. АЙТМЕТОВА, Л.А. ШАКИЕВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ түрік университеті,

Шымкент қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы

СОЗЫЛМАЛЫ В ЖӘНЕ С ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Созылмалы В және С вирусты гепатитінің клиникалық көріністері ағымының ерекшеліктері мен жиілігін айқындау мақсатында 213 науқасқа зерттеу жүргізілді. Зерттеу барысында созылмалы В вирусты гепатитінде астеновегетативті, диспепсиялық, геморрагиялық синдромдар жиі кездесті. Артралгиялық синдром созылмалы С вирусты гепатитімен ауырған науқастарда жиірек анықталды.

Түйінді сөздер: Созылмалы В және С вирусты гепатиті, астеновегетативті, диспепсиялық, геморрагиялық, артралгиялық синдромдар

G.M. KURMANOVA, N.A. AKESHOVA, G.M. BARATOVA, A.E. MAMUTOVA, L.A. SHAKIEVA, G.A. AYTMETOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical University,

A.Yasawi International Kazakh-Turkish University,

Shymkent Municipal Infectious Hospital

PECULIARITIES OF CLINICAL DISPLAYS OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C AND B

Resume: With the aim to study of frequency and peculiarities of clinical presentation of chronic viral hepatitis C and B 213 patients were observed. There was estimated that patients with HBV had more asteno-vegetative, dyspepsia, hemorrhagic syndromes then patients with HCV. People with HCV – infection often had joint syndrome.

Keywords: chronic viral hepatitis C and B, asteno-vegetative, dyspepsia, hemorrhagic, joint syndromes