

**Referentni Centar za dijagnostiku i liječenje virusnih hepatitisa Ministarstva  
zdravstva i socijalne skrbi**Tel: 01/4603 262 4603 261  
Pročelnica : Doc. dr. sc. Adriana Vince

Zagreb, 9.srpnja 2007.

Hrvatski Zavod za Medicinu Rada  
Avenija V.Holjevca 22, 10020, Zagreb**PREDMET: Radna sposobnost radnika oboljelih od kroničnog B i C hepatitisa**

Poštovani,

U svezi vašeg upita upućenog Hrvatskom društvu za infektivne bolesti glede radne sposobnosti radnika oboljelih od kroničnog B i C hepatitisa iznosimo vam stručne stavove i gledišta Referentnog centra za dijagnostiku i liječenje virusnih hepatitisa.

Ad 1. Pristup radnoj sposobnosti bolesnika s kroničnim hepatitisom mora biti kao i do sada strogo individualan. Većina ovih osoba kao glavni simptom navodi kronični umor, što je i definitivno prihvaćeno kao najčešći simptom kroničnog hepatitisa. Osobe koje navode kronični umor, imaju elevaciju aminotransferaza preko 100, produljeno protrombinsko vrijeme, te promjene u krvnoj slici svakako nisu u stanju raditi teške fizičke poslove. Manji dio tih bolesnika negira sve simptome, stimulirani su za rad, te ih u toj fazi bolesti ne treba prebacivati s njihovih radnih mjesta.

Osobe s kompenziranom cirozom jetre nisu sposobne raditi teške fizičke poslove. U tih osoba je već smanjena sintetska sposobnost jetre, što će se očitovati u promjenama na krvnoj slici, najčešće pancitopeniji, produljenom protrombinskom vremenu, smanjenoj koncentraciji bjelančevina, što ih dodatno predisponira drugim infekcijama, pa nije preporučljivo da ih se izlaže srednje teškim i teškim fizičkim poslovima. Ne postoje studije koje bi korelirale težinu fizičkog posla s brzinom razvoja ciroze i njene dekompenzacije, a da su mogli biti isključeni drugi opterećujući faktori alkohol, prehrana i sl, tako da definitivnih literaturnih podataka o tom problemu nema. U svakom slučaju takvi bolesnici ako ih se ostavi na teškim radnim mjestima skloni su čestim bolovanjima, opetovanim liječničkim kontrolama, a da ne govorimo o lošem utjecaju na radnu okolinu, gdje u pravilu slabije obavljaju posao od ostalih radnika u smjeni.

Sasvim je drugi dio problematike pristup liječenju bolesnika s kroničnim hepatitisom, gdje suvremena medicina navodi bavljenje fizičkom aktivnosti kao dio pozitivne stimulacije tih bolesnika u smislu povoljnog psihološkog djelovanja, te potiče bavljenje bilo kakvom fizičkom aktivnosti koja bolesniku odgovara.

Ad 2. Iz gore navedenih razloga radnik s kroničnim hepatitisom koji ima alterirane aminotransferaze, promjene u krvnoj slici ili koagulogramu nije u stanju obavljati teške fizičke poslove i noćni rad. Radnik s blagom elevacijom aminotransferaza, urednom krvnom slikom, urednim koagulogramom, bez hepatosplenomegalije može obavljati srednje teške fizičke poslove.

Ad 3. Također napominjemo da u pravilu bolesnici koji su u fazi liječenja hepatitisa pegiliranim interferonom i ribavirinom nisu sposobni za posao zbog brojnih nuspojava koje ovo liječenje ima: leukopenija, anemija, trombocitopenija, glavobolja, razdražljivost, povišena tjelesna temperatura, nesanica, osipi, prosječni gubitak na tjelesnoj težini od oko 10 kg, hiper- i hipotireoza itd. Manji broj bolesnika dobro podnosi terapiju i sami žele nastaviti raditi, što im naravno treba omogućiti. Oporavak nakon interferonske terapije traje minimalno 6-8 tjedana. Po normalizaciji krvne slike, povratku tjelesne težine, nestanku viremije (trajni virološki odgovor) ti su pacijenti sposobni za obavljanje svih poslova.

U svakom slučaju bolesnike sa recentno otkrivenim kroničnim hepatitisom treba uputiti što brže liječniku specijalistu infektologu, koji se bavi virusnim hepatitisom, sa svrhom evaluacije težine jetrene bolesti, te provođenja diferentne terapije ukoliko je indicirana. Danas postoji relativno visoka šansa za izliječenje hepatitisa C (do 70% uzevši sve genotipove), nakon čega se radnik može vratiti na radno mjesto bez ikakvih ograničenja.

S poštovanjem,  
Doc.dr.sc. Adriana Vince



## Reference:

1. National Institutes of Health Consensus Development Panel Statement. Management of hepatitis C. *Hepatology* 1997;26(3Suppl 1): 2S-10S.
2. Davis GL, Balart MD, Schiff ER, Lindsay K, Bodenheimer HC, Perrillo RP, Carey W, Jacobson IM, Payne J, Dienstag JL et al. Assessing health-related quality of life in chronic hepatitis C using the sickness impact profile. *Clin Ther* 1994;16:334-343.
3. Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL, the International Hepatitis Interventional Therapy Group. Health-related quality of life in chronic hepatitis C: Impact of disease and treatment response. *Hepatology* 1999;30:550-555.
4. Bonkovsky HL, Woolley JM, the Consensus Interferon Study Group. Reduction of health-related quality of life in HCV and improvement with interferon therapy. *Hepatology* 1999;264-270.
5. Davis GL, Balart LA, Schiff ER, et al. Assessing health-related quality of life in chronic hepatitis C using the sickness impact profile. *Clin Ther.* 1994;16:334-343
6. Ware JE, Kosinski M, Keller S. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scores: A User's Manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1994
7. Younossi ZM, Boparai N, McCormick M et al. Assessment of utilities and health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Amer J of Gastro* 2001; 96:579-583.
8. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J et al. The fatigue severity scale. *Arch Neurol* 1989; 46:1121-1123.
9. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A et al. Development and evaluation of the liver disease quality of life instrument in persons with advanced, chronic liver disease-the LDQOL 1.0. *Amer J Gastro* 2000;95:3552-3565.
10. Yacavone RF, Locke GR, Provenzale DT et al. Quality of life measurement in gastroenterology: what is available? *Amer J Gastro* 2001; 96:285-297.
11. Bernstein DE, Kleinman L, Barker CM, et al. Relationship of health related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology.* 2002;35:704-708.
12. Foster GR, Goldin RD, Thomas HC. Chronic hepatitis C infection causes a significant reduction in quality of life in the absence of cirrhosis. *Hepatology* 1998; 27:209-212.
13. Rodger AJ, Jolley D, Thompson SC et al. the impact of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology* 1999;30:1299-1301.
14. McHutchison JG, Ware JE, Bayliss MS et al. The effects of interferon alfa-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. *J. of Hepatology* 2001; 34:1400-147.
15. Hassanein T et al. Treatment with 40KDA peginterferon alfa-2a (Pegasys) in combination with ribavirin significantly enhances quality of life compared with interferon alfa-2b plus ribavirin. *EASL 2002. Abstract 622.*
16. Afdhal N, Dieterich D, Pockros P et al. Epoetin alfa treatment of anemic hepatitis C infected patients allows for maintenance of ribavirin dose, increases hemoglobin levels and improves quality of life versus placebo: a randomized, double-blind, multicenter trial. *Hepatology* 2003;124;A714.
17. Perillo RP, Thuluvath PJ, Rothstein K et al. Improved work productivity, safety, and quality of life with pegylated interferon (40kD) alfa-2a therapy in the treatment of chronic hepatitis C. *Hepatology* 2000

