

В. Д. ОГАНЕСОВА

ОБ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ БОТКИНА

Несмотря на многочисленные литературные данные о болезни Боткина, вопросы эпидемиологии, клиники и лабораторной диагностики являются еще весьма актуальными и в большинстве случаев нерешенными. В разработке этой сложной проблемы участвовали виднейшие отечественные ученые А. Ф. Билибин [1], К. В. Бунин [2], В. М. Жданов [4], И. А. Кассирский [5], А. Л. Мясников [6], Е. М. Тареев [9], А. К. Шубладзе [11].

Особенно важным является вопрос клинического течения болезни Боткина у беременных. Если учесть, что летальность у беременных с болезнью Боткина значительно выше [7], чем среди небеременных больных, изучение взаимовлияния болезни Боткина и беременности становится еще более актуальным.

Литература, посвященная этой проблеме, сравнительно невелика. Клиническая характеристика болезни Боткина у беременных в основном описывается в работах Е. А. Пакторис [7], Н. Г. Тагиева [8], Н. А. Фарбер [10].

Не совсем решенными пока являются вопросы, касающиеся начала болезни, изменениям со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы, крови, последствий болезни Боткина, перенесенной при беременности и в более отдаленном периоде, влияние этого заболевания на развивающийся плод, показаний к искусственному прерыванию беременности и т. д. Все это говорит о том, что имеется еще много невыясненных, но практически важных вопросов, которые требуют дальнейшей своей разработки и разрешения. Учитывая важность проблемы и относительную скудость литературных данных, мы сочли нужным дать клиническую характеристику болезни Боткина при беременности у наблюдавшихся нами больных.

За период с 1956 по 1965 гг. под нашим наблюдением находились 200 беременных с болезнью Боткина. Клинические особенности нашего материала за 10 лет характеризуются следующими данными. Легкое течение болезни Боткина наблюдалось у 12 (6%), среднетяжелая форма—у 140 (70%), тяжелое течение—у 48 больных (24%). Таким образом, 94% больных перенесли среднетяжелую форму. По возрастным группам больные распределялись следующим образом: от 18 до 20 лет—37 (18,5%), 21 до 25 лет—61 (30,5%), 26 до 30 лет—78 (39%), 31 до 35 лет—21 (10,5%), от 36 до 40 лет—1 (2,5%), свыше 40 лет—2 (1%). Из приведенных данных видно, что наиболее часто встречающийся возраст среди беременных с болезнью Боткина это 21—30 лет. Характерной осо-

бенностью возрастного распределения больных является то, что в каждой возрастной группе преобладают среднетяжелые формы. Так, в I возрастной группе из общего числа 37 больных 27 относятся к среднетяжелой форме, во II возрастной группе из общего количества 61—43, из III группы 78—53, а из IV группы 21—17 больных.

По характеру преджелтушного периода диспептический вариант наблюдался у 91 больной (45,5%), ложноревматоидный—у 43 (21,5%), астено-вегетативный—у 42 (21%), гриппоподобный—у 6 (3%), бессимптомный вариант—у 18 (9%). Продолжительность преджелтушного периода до 2 дней наблюдалась у 17 (8,5%), до 5 дней—у 57 (28,5%), до 10 дней—68 (34%), до 20 дней—34 (17%), более 20 дней—у 6 (3%), преджелтушный период отсутствует у 18 (9%), т. е. в отдельных случаях преджелтушный период не удается выявить. Желтуха является как бы первым признаком болезни, которая диагностируется сразу после родов. Возможно, что причиной выпадения преджелтушного периода у этих больных является сам родовой акт, который ускоряет развитие болезни. Как видно из приведенных данных, преджелтушный период сроком до 10 дней встречается у подавляющего большинства больных (у 68—34%). Кроме указанных синдромов, у 23%—кожный зуд, у 5%—носовое кровотечение.

На 5 день болезни в клинику поступило 8 человек (4%), на 10—48 (24%), на 15 день—60 (30%), на 20—41 (20,5%), на 25—23 (11,5%) и после 26 дня—20 (10%). Наибольшее число больных поступило на 15 день болезни—60 человек (30%), из них 44 перенесли среднетяжелую форму, 12—тяжелую, 4—легкую форму болезни Боткина. На 25 день болезни поступило лишь 23 больных, из которых 16 перенесли тяжелую форму, 6—среднетяжелую и 1—легкую форму. Наши данные показывают, что чем позже поступают больные, тем больше случаев тяжелых и среднетяжелых форм.

Температурная реакция организма является одним из проявлений заболевания. Обычно при отсутствии беременности температура бывает нормальной, редко субфебрильной. У 30 беременных начальная температура в поджелтушном периоде была 38° (15%). Постоянно субфебрильная температура отмечена у 22 беременных (11%), непостоянное повышение температуры имело место у 53 (26,5%).

Весьма важное значение для течения инфекционного гепатита имеют перенесенные в прошлом и сопутствующие заболевания, которые вторично ослабляют организм беременных женщин. По нашим данным, из 200 больных до заболевания болезнью Боткина в прошлом они перенесли малярию, дизентерию, брюшной тиф, сыпной тиф, болезнь Боткина, бруцеллез, грипп, ангину. По-видимому, этим обстоятельством и можно объяснить то, что 94% больных перенесли среднетяжелую и тяжелую форму. Примерно такие же данные приводит Н. Г. Груздева [3].

Наблюдавшиеся нами больные поступили в клинику в желтушный период заболевания. Ряд симптомов поджелтушного периода продолжался и в желтушном периоде болезни. При осмотре желтушное окраши-

вание отмечалось прежде всего на склерах, на слизистой мягкого неба, позже отмечалось и на коже. В зависимости от тяжести течения заболевания мы отмечали различные степени как выраженности желтухи, так и продолжительности желтушного периода. При легкой форме болезни желтушное окрашивание до 20 дней было отмечено у 6 больных, до 30 дней также у 6 (по 3%). Наиболее длительно желтуха продержалась у больных со среднетяжелой формой. Наши данные показывают, что чем тяжелее течение болезни, тем продолжительнее желтушный период. У наблюдавшихся нами больных длительность желтушного периода в основном зависела от тяжести течения болезни и исхода беременности. Степень выраженности желтухи и продолжительность желтушного периода имеет большое клиническое значение, ибо свидетельствует о степени поражения печени.

Кроме желтухи, одним из симптомов болезни Боткина является увеличение, болезненность и уплотнение печени. Большинство авторов [6 и др.] считает, что даже без беременности, во всех случаях, при болезни Боткина печень увеличивается (до 100%). Ряд авторов наблюдали увеличение печени только у части беременных. Несмотря на это многие увеличенную печень у беременных определяли в зависимости от тяжести болезни. Н. Г. Груздева [3] установила увеличение печени у всех беременных больных.

Таблица 1

Размеры печени у беременных с болезнью Боткина

Тяжесть заболевания	1—2 см	3—4 см	5—6 см	7—8 см	Свыше 8 см	Нормальный размер	Не прощупывается из-за беременности
Легкая	9	3	—	—	—	—	1
Среднетяжелая	37	55	9	—	—	—	38
Тяжелая	4	15	5	8	—	—	16
Всего	50	73	14	8	—	—	55

Наши наблюдения показывают, что у 55 беременных из 200 печень не прощупывалась из-за увеличенной матки (27,5%); до 2 см печень была увеличенной у 50 (25%), до 4 см—у 73 (36,5%), до 6 см—у 14 (7%), до 8 см—8 (4%).

Следует полагать, что меньшая часть гепатолиенального синдрома при эпидемическом гепатите у беременных связана не с особенностями течения инфекции, а с высоким стоянием дна матки, смещением кишечника и диафрагмы. Методом перкуссии не удастся установить истинные размеры печени в поздние сроки беременности, что, по-видимому, объясняется тем, что во время беременности печень не только смещается вверх, но и несколько поворачивается.

Как видно из данных таблицы, наиболее часто печень бывает увеличена у больных со среднетяжелым течением болезни. Увеличение печени часто сочетается с болевым синдромом. Большинство авторов это

объясняет растяжением глиссоновой капсулы, другие же патогенез болей объясняют инфекционно-токсическим поражением нервно-сосудистой системы печени и ее капсулы. У 163 (81,5%) беременных нами был отмечен болевой синдром печени, причем из них 125 человек перенесли среднетяжелую форму болезни. Благодаря проведенному лечению, печень у части больных начала сокращаться. Так, на 20 день болезни размеры печени нормализовались у 5 (2,5%), на 30 день — у 48 (24%). Печень осталась увеличенной у 107 больных (53,5%), причем 80 из них перенесли среднетяжелую форму болезни.

При инфекционном гепатите наряду с увеличением печени увеличивается и селезенка, однако последнее не является столь частым симптомом, хотя и известно о важной роли этого органа в кроветворении, иммунобиологических реакциях организма и в депонировании крови. По данным ряда авторов, у небеременных женщин селезенка была увеличена от 25 до 50% случаев.

Ввиду того, что при беременности матка бывает больших размеров, часто пальпировать селезенку не представляется возможным. Все же ряд авторов указывает на ее увеличение. У наблюдавшихся нами 200 больных увеличение селезенки было отмечено у 45 беременных (22,5%). Наши данные несколько отличаются от литературных. На наш взгляд, по-видимому, имеет значение и климатический фактор (жаркая зона). На фоне лечения селезенка нормализовалась у 13 больных, причем 11 со среднетяжелой формой болезни на 30 день, и у двух на 40 день болезни. После выздоровления селезенка осталась увеличенной у 32 больных, из них 20 человек перенесли среднетяжелую и 11 тяжелую форму болезни.

Изменения со стороны нервной системы при инфекционном гепатите выражаются в виде слабости, головной боли, сонливости, кожного зуда и т. д. Нервная симптоматика в той или иной степени наблюдалась и у нас. Так, слабость была отмечена у 114 беременных (57%), причем 88 из них перенесли среднетяжелую форму; головная боль — у 49 (24,5%), плохой сон — у 33 (16,5%), сонливость — у 3 больных (1,5%), кожный зуд — у 65 (34,5%), возбуждение — у 4 (2%), кратковременная потеря сознания — у 8 больных (4%). Все эти изменения были резко выражены при среднетяжелой и особенно при тяжелой форме болезни. При эпидемическом гепатите ведущим и почти постоянным симптомом патогенетического, диагностического и прогностического значения является желтушное окрашивание кожных покровов и видимых слизистых оболочек (особенно — склер).

Иктеричность склер и кожных покровов у обследованных нами больных отмечена почти во всех случаях. Степень выраженности желтухи в основном зависит от периода болезни, чаще же от тяжести ее течения и некоторых индивидуальных особенностей больного.

Особенно отягчающим моментом на степень выраженности желтухи является беременность. По мере развития болезни отмечается нарастание интенсивности желтушного окрашивания с последующим постоянным снижением и полным ее исчезновением.

Необходимо отметить, что внешне выраженная желтуха не всегда точно отражает количество билирубина в крови. Поэтому объективным показателем, характеризующим степень выраженности желтухи, может служить количественное определение билирубина в крови больных. Во всех случаях реакция Ван-ден-Берга была прямая. Интенсивное желтушное окрашивание и соответственно большая степень билирубинемии часто встречается при тяжелом и среднетяжелом течении болезни Боткина. Так, у 39 беременных, перенесших тяжелую форму болезни, билирубин в сыворотке крови определяется свыше 20 мг%. От 15 до 20 мг% билирубина у больных со среднетяжелым течением болезни было отмечено у 37 беременных. Билирубин при выписке оставался относительно повышенным у 127 больных, из которых 5 перенесли легкую форму, 87—среднетяжелую и 35—тяжелую форму болезни Боткина.

Литературные данные об изменениях сердечно-сосудистой системы характеризуются тем, что кроме дистрофических процессов в миокарде иногда описываются и его воспалительные изменения. Данные физикального исследования больных характеризуются следующими показателями. Наиболее постоянным и часто встречающимся симптомом изменений со стороны сердца является приглушенность тонов (у 119 из 200 больных). Особенно часто они встречаются при среднетяжелом (80) и тяжелом течении болезни [25], что характеризует выраженную интоксикацию организма. По мере выздоровления у большинства больных этот симптом исчезает. Следующим, нередко встречающимся, симптомом со стороны сердца является легкий систолический шум на верхушке (у 12 больных) и незначительный акцент II тона (у 9 больных). Хотя одним из основных симптомов со стороны сердца в желтушном периоде является брадикардия, частота пульса в пределах 71—100 и выше мы наблюдали в 172 случаях, что, по-видимому, объясняется беременностью. Изменение уровня артериального давления в разгар желтушного периода характеризуется следующим: максимальное артериальное давление у 149 женщин с болезнью Боткина было пониженным, из них 5 перенесли легкую форму, 104—среднетяжелую и 40—тяжелую форму, а у 2 больных, перенесших среднетяжелую форму, было повышенным. Наши данные показывают, что на высоте заболевания артериальное давление в значительной части наблюдений (74,5%) было сниженным. Это снижение стоит в прямой зависимости от степени интоксикации и от тяжести процесса.

Со стороны мочевыводящих путей нами отмечены незначительные изменения. Белок в моче был обнаружен в умеренных концентрациях у 105 больных (52,5%). Гиалиновые и зернистые цилиндры в осадке мочи обнаружены у 30 больных (15%). Необходимо отметить, что, описывая изменения со стороны мочевыводящих путей у наблюдавшихся нами больных, мы не учитывали наличие в моче уробилина и желчных пигментов, которые были обнаружены у всех больных. Наши данные совпадают с данными А. Л. Мясникова [6], Е. М. Тареева [9] и других.

Изменение в картине крови у наблюдавшихся нами беременных с болезнью Боткина показало некоторые нарушения со стороны лейкоци-

тов и РОЭ. Уменьшение лейкоцитов до 4000 было отмечено у 20 больных (10%), нормоцитоз—у 42 (21%), умеренный лейкоцитоз до 10000—у 53 (26,5%) и свыше 10000—у 85 (42,5%). Эти изменения в основном относятся к больным со среднетяжелым и тяжелым течением болезни. Повышение РОЭ отмечено у 119 больных (59,5%), из которых 81 перенесли среднетяжелую и 38—тяжелую форму болезни.

У 22 больных отмечено осложнение следующего характера: дистрофия печени—у 6 больных (3%), цирроз—у 9 (4,5%), холангит—у 4 (2%), панкреатит—у 3 (1,5%).

Исходы беременности при эпидемическом гепатите проанализированы по данным, полученным как при наблюдениях за больными в стационаре, так и по результатам диспансерного обследования. Такой суммарный анализ показал, что беременность в сочетании с эпидемическим гепатитом закончилась срочными родами у 120 женщин (60%), преждевременные роды имели место у 63 (31,5%), выкидыши—у 8 женщин (4%), рождение мертвого плода—у 9 женщин (4,5%).

До настоящего времени причины самого грозного осложнения болезни Боткина—острой дистрофии печени—с определенностью еще не установлены. К. В. Бунин [2] считает, что в основе дистрофии печени лежит аллергический механизм, который связан с тяжелым дегенеративным процессом в печеночной клетке и сенсибилизацией организма к видоизмененному белку этих клеток (аутоаллергия). Некоторые авторы рассматривают причину смерти при таких тяжелых формах болезни Боткина, осложненных развитием комы, как следствие недостатка сульфогидрильных групп в молекуле тканевого белка.

Из факторов, способствующих осложнению эпидемического гепатита острой дистрофией печени, следует указать на позднее поступление больных в клинику, употребление алкоголя, токсикозы беременности, в некоторых случаях сама беременность.

Ереванская I инфекционная
клиническая больница

Поступило 13.X 1966 г.

Վ. Դ. ԹՎԱՆՆՍՈՎԱ

ԲՈՏԿԻՆԻ ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՀԵՊԱՏԻՏԻ ՄԱՍԻՆ

Ա Վ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Հետազոտվել են Բոտկինի հիվանդությամբ տառապող 200 հղիներ: Առաջին հղիները կազմել են 20,5%, կրկնահիվանդությամբ հիվանդները՝ 79,5%:

Բոտկինի հիվանդությունը հետազոտվածների 6%-ի մոտ ընթացել է թեթև, 70%-ի մոտ՝ միջին ծանրությամբ, 24%-ի մոտ՝ ծանր: Լյարդի սուր կազմափոխում (գիստրոֆիա) դարգացել է 3%-ի մոտ: Հղիներից Բոտկինի հիվանդությամբ ավելի հաճախ հիվանդացել են 21—30 տարեկան հասակում (69,5%):

Նախադեղնուկային շրջանում հիվանդների 2%-ն ունեցել է դիսպեպտիկ ձրևություններ, 21%-ը՝ աստենոզիկ գետտառիվ բնույթի գանգատներ, գրիպանման

ախտանիշներով հիվանդները կազմել են 3%, հետազոտվածների 9%-ի մոտ հիվանդության առաջին ախտանիշը հանդիսացել է դեղնուկը: Գեղնուկային շրջանում հիվանդների 75%-ի մոտ նկատվել է լյարդի մեծացում, 22,5%-ի մոտ՝ փայծախի մեծացում: Որքան հիվանդության ինտոքսիկացիան ուժեղ է արտահայտվել, այնքան դեղնուկային շրջանը տեղակա է եղել:

Բոտկինի հիվանդության ծանր ընթացքը և լյարդի սուր կաղմափոխումը հաճախ պայմանավորվում են ուշացած հոսպիտալացումով, կրած և ուղեկցող հիվանդություններով, հղիությանը: Լյարդի սուր դիստրոֆիան էլ ավելի հաճախ է զարգանում ոգելից խմիչքներ օգտագործողների և հղիության տրքսիկոզով ընթացող Բոտկինի հիվանդությամբ տառապողների մոտ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Билибин А. Ф. Структура и функция печени при эпидем. гепатите. Рига, 1964.
2. Бунин К. В. В кн.: Проблема инфекц. гепатита (болезни Боткина). Киев, стр. 71, 1960.
3. Груздева Н. Г. Кандидатская диссертация. Киев, 1956.
4. Жданов В. М. Инфекционный гепатит. Харьков, 1948.
5. Кассирский И. А. Инфекционный гепатит. М., 1949.
6. Мясников А. Л. Болезнь печени и желчных путей. М., 1956.
7. Пакторис Е. А. Тр. VIII республ. съезда мед. работников Киргизской ССР. 126, 1959.
8. Тагиева Н. Б. Тез. докл. VI научной конференции молодых научных работников Азербайджанского госуд. института усовершенствов. врачей. 8, 1957.
9. Тареев Е. М. В кн.: Внутренние болезни. Изд. 2, стр. 410—418. 1956.
10. Фарбер Н. А. В кн.: К проблеме инфекционного гепатита. Тез. докл., стр. 86. 1963.
11. Шубладзе А. К. Экспериментальное изучение эпидемического гепатита. 7, ЖМЭИ, 1955.