

А. В. КАЗАЗЯН

О НЕКОТОРЫХ ПРИЧИНАХ ПЕРЕХОДА БОЛЕЗНИ БОТКИНА
В ЦИРРОЗ И ДИСТРОФИЮ ПЕЧЕНИ

Возможность перехода болезни Боткина в цирроз печени установлена многими авторами. Особенное значение в развитии циррозов печени приобретают рецидивизирующие формы желтухи. По данным М. Г. Малкиной [6], развитие цирроза печени чаще отмечается после второй волны. Исходя из литературных данных, приходим к выводу, что переход гепатита в цирроз зависит как от тяжести первичного поражения печени, так и от числа и тяжести рецидивов. П. Я. Григорьев, Н. П. Кукина [3] отмечают, что переход болезни Боткина в цирроз печени зависит от тяжести заболевания, применяемого лечения, сопутствующих заболеваний и интоксикации. И. Мадьяр [5] на основании литературных данных и своих наблюдений делает вывод, что гепатит переходит в цирроз печени только в исключительных случаях.

В последнее время вопрос применения кортикостероидных гормонов при эпидемическом гепатите Боткина стал предметом дискуссии, по-видимому, на основании литературных данных относительно увеличения числа обострений и рецидивов при лечении кортикостероидными гормонами [2, 7, 10, 13 и др.], а также по той причине, что в переходе гепатита в цирроз печени рецидивам придается большое значение. Безусловно, подобные разногласия возникают и по другим причинам, в частности, наблюдаемые побочные явления кортикостероидов нередко затрудняют подбор лечебного метода при разных формах эпидемического гепатита Боткина.

Мы задались целью изучить связь между болезнью Боткина, циррозом и дистрофией печени с выяснением значения рецидивов, преморбидного состояния организма в зависимости от проведенного лечения.

Под нашим наблюдением находились 1954 больных, страдающих различными формами эпидемического гепатита Боткина. Больные лечились обычными методами (глюкоза, витамины, плазма крови, желчегонные, липокаин, метионин, антианемин, фолевая кислота и т. д.). При отсутствии лечебного эффекта, кроме указанных средств, из этих больных 614 дополнительно получили субтерапевтические дозы (20—30 мл в сут.) преднизолона или преднизона в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия. При наличии сопутствующих заболеваний проводилось соответствующее лечение.

Дозу кортикостероидов и антибиотиков мы меняли в зависимости от переносимости и эффективности лечения. Благодаря такому строгому

индивидуальному подходу серьезных осложнений мы не наблюдали, а незначительные легко устранялись.

По причине поздней госпитализации часть этих больных лечебные мероприятия получала только в последний период болезни — при переходе гепатита в хроническое и рецидивирующее течение или при развитии цирроза и дистрофии печени.

Анализ наших исследований показал, что у больных с эпидемическим гепатитом Боткина часто наблюдаются рецидивы (9,67%), циррозы печени (1,08%), прецирротическое изменение печени (1,13%), дистрофия печени с летальностью (0,46%), без летальности (1,44%), усиление болезненных явлений при активном лечении (14,8%). После перенесения основной волны болезни Боткина повторение желтухи один раз наблюдалось в 7,20% случаев, два раза — 1,5% случаев, три и более раз в 0,9% случаев.

Из анализа наших материалов видно, что циррозы печени при основной волне болезни Боткина развиваются редко (0,35%), но при этом в 0,46% случаев в печени развивается прецирротическое изменение. Однако дистрофия печени в основном наблюдается в этот период болезни. Весьма часто наблюдается цирроз печени при повторных желтухах. Так, например, из 16 больных с циррозом печени это смертельное осложнение оформилось при 1 рецидиве у 2 лиц, при 2-м рецидиве у 3, в остальных 11 случаях цирроз развивался при 3-м и 4-м рецидивах. Однако небезынтересно отметить, что в отдельных случаях, даже при 8-кратном повторении желтухи, цирроз не развивался.

Одновременно нам удалось выявить (табл. 1), что сопутствующие болезни Боткина бруцеллез, амебиаз, дизентерия, язвенные болезни желудочно-кишечного тракта, лямблеоз, гастрит, глистные инвазии, различные другие инфекции, а также беременность и профессиональные болезни в зависимости от характера сопутствующего момента также приводят к диффузному поражению печени, способствуют развитию цирроза и дистрофии печени. Эти же факторы создают фон для возникновения обострения и рецидивов болезни Боткина, при котором нередко обостряются также и сопутствующие заболевания.

В табл. 2 приведены данные о частоте рецидивов, циррозов и дистрофий печени в возрастном аспекте, в табл. 3 — в аспекте пола и путей заражения гепатитом.

Приведенные данные свидетельствуют, что при учащении рецидивов одновременно учащаются циррозы, при учащении обострений учащаются дистрофии печени, при сопутствующих эпидемическому гепатиту Боткина заболеваниях значительно учащаются рецидивы, обострения, а также увеличиваются хронические формы болезни Боткина, с переходом в циррозы и дистрофии печени.

Рецидивы, циррозы и дистрофии печени при эпидемическом гепатите Боткина сравнительно часто развиваются у лиц старше 40 лет, намного чаще у мужчин (кроме дистрофии печени), особенно при сопутствующих заболеваниях. Это дает нам основание сделать заключение, что в разви-

Таблица 1

Частота рецидивов, циррозов, дистрофии печени при различных сопутствующих заболеваниях при болезни Боткина

Название группы	Количество больных		Рецидивы		Прецирротическое состояние печени		Циррозы печени со смертельным исходом		Дистрофия печени с выздоровлением		Дистрофия печени со смертельным исходом	
	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰
Болезнь Боткина без отягчающих моментов (чистая форма)	647	100	13	2,01	2	0,31	—	—	1	0,15	—	а/ч
Болезнь Боткина при наличии отягчающих моментов	278	100	96	34,53	7	2,52	13	4,67	8	2,88	5	1,79
Болезнь Боткина, развивающаяся на фоне алкоголизма, тяжелого физического труда или профессиональных вредностей	188	100	20	10,64	3	1,59	3	1,59	4	2,13		1,06
Болезнь Боткина + сердечно-сосудистые или нервно-психические заболевания	156	100	10	6,41	1	0,64	1	0,64	4	2,56	2	0,96
Болезнь Боткина + гепатотропные заболевания	208	100	31	14,85	6	2,88	4	1,92	4	1,92	2	
Болезнь Боткина + прочие воспалительные заболевания	181	100	7	3,87	1	0,55			3	1,65		
Болезнь Боткина + беременность	96	100	3	3,12	2	2,08			3	3,12		
Болезнь Боткина + глистная инвазия	190	100	8	4,21					1	0,53		
В с е г о .	1944	100‰	188	9,67‰	22	1,13‰	21	1,08‰	28	1,44‰	9	0,46‰

тии цирроза и дистрофии печени весьма большую роль играет и ряд других патологических моментов. Об этом также свидетельствует и то обстоятельство, что при усилении интоксикации, связанной с эпидемическим гепатитом, нередко одновременно обостряются и некоторые сопутствующие болезни (бруцеллез, дизентерия, амебиаз, холецистит, язвенная болезнь и т. д.). Кроме того, рецидивы болезни Боткина, циррозы, дистрофия печени наглядно учащаются при контакте больного с лицами, страдающими болезнью Боткина, а также при парентеральном заражении, что требует особого изучения.

Наши наблюдения показывают, что тяжелейшие обострения часто возникают при наличии дряблой и болезненной печени со значительным снижением активности холинэстеразы, повышением активности аспарагиновой и особенно аланиновой трансаминазы, сорбитдегидрогеназы, нередко и урокиазы, макроцитоза, лейкоцитоза, снижением фагоцитоза; эти изменения зачастую протекают параллельно со значительными сдвигами сулемовой и тимоловой проб.

Предвестником ожидаемого цирроза печени, по-видимому, являются повторяющиеся рецидивы со стойким зудом, вздутием живота, циклической повышенной температурой, увеличением селезенки и при наличии плотной печени с острым краем, особенно если вышеупомянутые симптомы стойко держатся при кортикостероидотерапии и проба Вельтмана нарастает (резкая правограмма).

Следует отметить, что с применением современных методов лечения кортикостероидами и другими препаратами, оправдывающими себя при лечении многочисленных заболеваний, необходимо пересмотреть некоторые наши представления о прогнозе болезни Боткина, протекающей с сопутствующими заболеваниями, с обострениями и рецидивами, что подтверждается следующим.

Несмотря на то, что при кортикостероидотерапии рецидивы и обострения у больных с эпидемическим гепатитом также учащаются при сопутствующих заболеваниях и сравнительно чаще они наблюдаются у мужчин старше 40 лет, однако дистрофия и цирроз печени в таких случаях наблюдаются редко. При кортикостероидотерапии и антибиотикотерапии на фоне уменьшения интоксикации, связанной с основной болезнью, угасают и симптомы сопутствующих заболеваний. Обострения и рецидивы, наступающие после прекращения дачи кортикостероидов, чаще протекают легко, даже незаметно для больного (незначительная вторичная билирубинемия).

В пользу эффективности кортикостероидотерапии в сочетании с антибиотиками говорит и то обстоятельство, что наблюдаемые нами многие больные до этого лечились обычными методами и при этом желаемого эффекта не наблюдалось.

Табл. 4 наглядно подтверждает эффективность и необходимость неотложного применения кортикостероидов при дистрофическом и прецир-

Таблица 2

Частота рецидивов, циррозов и дистрофии печени в возрастном аспекте при болезни Боткина

Возраст групп	Отягчающие моменты	Количество больных		Рецидивы		Прецирротическое состояние без смертельных исходов		Цирроз печени со смертельным исходом		Дистрофия печени с выздоровлением		Дистрофия печени со смертельным исходом	
		а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰
От 1 года до 17 лет	чистая форма	209	100	3	1,44	—	—	—	—	—	—	—	—
	смешанная форма	195	100	6	3,08	—	—	—	—	2	1,02	—	—
	всего	404	100	9	2,23					2	0,49		
От 18 до 40 лет	чистая форма	350		8	2,29	1	0,29	—	1	1	0,29	5	
	смешанная форма	760	100	101	13,29	5	0,64	9	1,32	13	1,71	5	0,64
	всего	1110	100	109	9,82	6	0,54	9	0,81	14	1,26		0,45
От 41 до 50 лет	чистая форма	31		1									
	смешанная форма	130	100	25	19,23	2	1,54	3	2,31	2	1,54	2	1,54
	всего	161	100	26	15,53	2	1,24	3	1,87	2	1,24	2	1,24
От 51 и выше	чистая форма	57	100	1									
	смешанная форма	212	100	43	22,84	13	6,13	9	4,25	10	4,72	2	0,94
	всего	269	100	44	16,36	13	4,83	9	3,34	10	3,72	2	0,74
И т о г о	чистая форма	647	100	13	2,01	2	0,31			1	0,15		
	смешанная форма	1297	100	175	13,49	20	1,54	21	1,62	27	2,08	9	0,69
	всего	1944	100	188	9,67	22	1,13	21	1,08	28	1,44	9	0,46

Таблица 3

Частота рецидивов, циррозов, дистрофии печени в аспекте пола и путей заражения

П о л	Отягчающие моменты	Количество больных		Рецидивы		Прецирротическое состояние		Цирроз печени со смертельным исходом		Дистрофия печени с выздоровлением		Дистрофия печени со смертельным исходом	
		а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰	а/ч	‰
Мужчины	чистая форма	205	100	5	2,44	1	0,49						
	смешанная форма	568	100	99	17,43	10	1,76	15	2,64	8	1,44	4	0,70
	всего	773	100	104	13,45	11	1,42	15	1,93	8	1,03	4	0,52
Женщины	чистая форма	233	100	5	2,14	1	0,43			1	0,43		
	смешанная форма	534	100	70	13,1	10	1,87	6	1,1	17	3,16	5	0,94
	всего	767	100	75	9,78	11	1,45	6	0,78	18	2,35	5	0,65
П у т и з а р а ж е н и я													
С невыясненным источником инфекции		996	100	89	9,93	15	1,5	10	1,0	10	1,0	2	0,21
Парентеральный гепатит		352	100	45	12,78	5	1,42	6	1,7	5	1,42	4	1,13
Контактирующие с желтушными больными		192	100	45	23,44	2	1,04	5	2,60	11	5,73	3	1,56

Наконец, небезынтересно отметить, что с того времени, как мы применяем кортикостероиды при среднетяжелом и тяжелом течении болезни Боткина, летальных случаев нами не наблюдалось.

Цель настоящего сообщения — рекомендовать применение кортикостероидов и антибиотиков широкого спектра действия при тяжелых и трудно поддающихся обычному методу лечения формах эпидемического

Эффективность различных методов лечения при дистрофиях, прецирротическом состоянии и циррозах печени Таблица 4

Метод лечения	Дистрофия печени			Прецирротическое состояние печени			Цирроз печени		
	выздоревшие	умершие	всего	выздоревшие	умершие	всего	выздоревшие	умершие	всего
Обычный	4	31	35	3	22	25			
Обычный + кортикостероидотерапия	24	3	27	16	1	17		10	10
И т о т о .	28	34	62	19	23	42		10	10

гепатита. Необходимо дальнейшее более углубленное изучение клиники, диагностики, а также разработка рациональной терапии эпидемического гепатита Боткина, сопровождающегося сопутствующими инфекциями другой этиологии.

Кафедра инфекционных болезней
Ереванского медицинского института

Поступило 2/VII 1964 г.

Ա. Վ. ՂԱԶԱՋՅԱՆ

ԼՅԱՐԴԻ ՅԻՐՈՋԻ ԵՎ ԴԻՍՏՐՈՖԻԱՅԻ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ՈՐՈՇ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ
ԲՈՏԿԻՆԻ ԷՊԻԴԵՄԻԿ ՀԵՊԱՏԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Բոտկինի էպիդեմիկ հեպատիտով տառապող 1954 հիվանդներից 614-ը բացի սովորական բուժումից ստացել են նաև պրեդնիզոլոն կամ պրեդնիզոն: Կորդիկոստերոիդները տրվել են սովորական բուժումից արդյունք չստացվելու դեպքերում:

Բոտկինի էպիդեմիկ հեպատիտով հիվանդների մոտ սրումների, ռեցիդիվների, լյարդում առաջացող ցիրոտիկ և դիստրոֆիկ փոփոխությունների առաջացմանը լուրջ կերպով նպաստում են բազմաթիվ այլ ուղեկցող հիվանդություններ, առավել շափով նրանք, որոնց բնորոշ է լյարդի ախտահարումը: Լյարդի խորը ախտահարումներ համեմատաբար հաճախ նկատվում են մեծահասակներից՝ տղամարդկանց մոտ, ինչպես նաև ակնհայտ դեղնախտով հի-

վանդների հետ մինչև հիվանդանալը շփման մեջ գտնվողների և պարենտերալ հեպատիտով հիվանդների մոտ: Հպիդեմիկ հեպատիտի հիմնական ալիքի դեպքում սովորաբար լյարդի ցիրոզները զարգանում են հազվադեպ: Կրկնվող դեղնախտի ժամանակ լյարդի դիստրոֆիաները պատահում են բացառիկ դեպքերում, մինչդեռ նշանակալից չափով հաճախանում է և արագանում լյարդում տիպիկ ցիրոտիկ փոփոխությունների առաջացումը: Այդ փոփոխությունները կլինիկորեն արտահայտվում են յուրահատուկ ախտանիշներով: Նոր սկսված այդ պրոցեսները սովորաբար կասեցվում և հիվանդի կյանքն ապահովվում է ափսիվ բուժմանը կորտիկոստերոիդների ավելացնելու և ուղեկցող հիվանդությունները բուժելու դեպքում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беляева Н. М. Советская медицина, 1962, 5, стр. 59.
2. Выдрин В. А. Клиническая медицина, 1962, 3, стр. 59.
3. Григорьев И. Я., Кукина И. П. Советская медицина, 1963, 8, стр. 54.
4. Кассирский И. А. Инфекционный гепатит. М., 1949.
5. Мадьяр И. В кн.: Заболевания печени и желчных путей, т. II. Будапешт, 1962, стр. 10.
6. Малкина М. Г. Советская медицина, 1951, 11, стр. 21.
7. Матвеев А. А. Советская медицина, 1963, 2, стр. 134.
8. Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. М., 1956.
9. Руднев Г. П. В кн.: Лечение инфекционных больных, ч. 3, М., 1957, стр. 5.
10. Семендяева М. Е., Мухина О. Н. Советская медицина, 1962, 1, стр. 21.
11. Тареев Е. М. Болезнь Боткина. М., 1956.
12. Ярцева А. М., Когой Г. Ф. Клиническая медицина. 1960, 4, стр. 30.
13. Ярцева А. М. и Корнилова И. И. В кн.: Кишечные инфекционные заболевания. М., 1961, стр. 159.