УДК 616.36—002+616.36—002.14

И. А. АБАГЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИСХОДОВ СЫВОРОТОЧНОГО И ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТОВ ПО МАТЕРИАЛАМ I КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЕРЕВАНА

Изучены восстановительный период и отдаленные последствия болезни при сывороточном и инфекционном гепатитах раздельно. Результаты исследований показали, что полное выздоровление при инфекционном гепатите отмечалось в 80% случаев, при сывороточном—в 60%. В остальных случаях имел место хронический гепатит (21% при сывороточном и 14,2% при инфекционном гепатите). Острая дистрофия печени встречалась только при сывороточном гепатите. Цирроз печени наблюдался при инфекционном гепатите (0,9%) и при сывороточном (2,3%).

Клиника исходов вирусного гепатита изучена достаточно подробно [1, 2, 4, 6, 8]. Известно, что после перенесенного вирусного гепатита наблюдаются разнообразные патологические изменения в отдельных органах. Однако приведенные в литературе данные не раскрывают полностью течения восстановительного периода и отдаленных последствий болезни при сывороточном (СГ) и инфекционном (ИГ) гепатитах раздельно.

Цель нашей работы заключалась в выявлении характера и частоты остаточных явлений в период реконвалесценции СГ и ИГ. Под наблюдением находилось 130 больных, из них 80 лиц с СГ и 50 лиц с ИГ. Как показали проведенные исследования, при ИГ восстановительный период характеризовался исчезновением всех наблюдаемых симптомов в 80% случаев. В группе больных с СГ перед выпиской из стационара в 40% случаев наблюдались неблагоприятные последствия в виде остаточных явлений (табл.).

Как видно из таблицы, остаточные явления находятся в прямой зависимости от тяжести течения и клинической формы болезни. Полное клиническое выздоровление чаще всего отмечалось при легком течении ИГ. Остаточные явления чаще наблюдались при средне-тяжелом и тяжелом течении СГ.

Все выписавшиеся из стационара больные подверглись клиническому и лабораторному обследованию. Систематическое наблюдение над реконвалесцентами достигалось путем диспансерного обследования в условиях клиники на протяжении 1 года после выписки из стационара. Основными симптомами периода реконвалесценции, наблюдаемыми в клинике последствий ИГ, были диспептические явления, слабость. При СГ отмечались боли в эпигастральной области, зуд кожи. Следует

Таблица

Исход сывороточного и инфекционного гепатитов к моменту выписки из стационара

Течение болезни	Клиническая форма					
	СГ	ИГ	СГ		ИГ	
	количество больных		исход болезни			
			клинич. вы- здоровление	остаточн. явления	клинич. вы- здоровление	остаточн. явления
Легкое	35	25	29	6	22	3
Средне-тяжелое	10	8	6	4	6	2
Тяжелое	28	15	12	16	11	4
Затяжное	7	2	1	6	1	1
Острая дистрофия пече- ни	3	—	—	—	—	—

отметить, что субиктеричность склер и нормализующиеся размеры печени с одинаковой частотой встречались при обеих формах болезни, однако функциональные нарушения печени в основном были присущи СГ. Чаше печень повторно увеличивалась у лиц, не соблюдавших режима питания и употреблявших после выписки из стационара алкоголь. Тяжелое и затяжное течение СГ оказывалось также на формировании хронических форм болезни.

Давая оценку ряду функциональных проб печени в катамнестическом периоде, следует отметить, что восстановление нарушенного пигментного обмена затягивалось в 2 раза чаще при СГ, чем при ИГ, причем качественная реакция на билирубин (при ИГ в 15%, при СГ в 30% случаев) оставалась прямой, хотя ускоренная реакция переходила в замедленную. Что касается общего количества билирубина, то он колебался в пределах 2 мг% в течение 1,5—2 месяцев после выписки из стационара у лиц, перенесших СГ. При ИГ билирубинемия в пределах 1,5 мг% наблюдалась у 32%. Сулемовый титр при ИГ нормализовался в 80% случаев, при СГ он обнаруживал лишь тенденцию к нормализации, колеблясь в пределах от 1,65 до 1,7 мл в 38% случаев.

Активность трансаминаз (АСТ и АЛТ), уростаниназы и гистидазы после выписки из стационара у больных, перенесших ИГ, почти во всех случаях нормализовалась, лишь в единичных случаях отмечалась незначительная гиперферментемия. В группе больных с СГ в период реконвалесценции активность уростаниназы в 50% случаев варьировала в пределах 2 ед., а гистидазы (в 35% случаев)—в пределах 1,5 ед. Субъективные данные в катамнестическом периоде при ИГ в 12% случаев в основном проявлялись диспептическими явлениями, а именно неустойчивостью стула, горечью во рту, болями в эпигастральной области. При СГ в отдаленном периоде в 20% случаев встречался зуд кожи, крапивница, быстрая утомляемость. Однако эти жалобы не сопровождалась увеличением и нарушением функциональных проб пе-

чени. В оформлении хронического гепатита, по данным ряда авторов [3, 5, 9], большую роль играет преждевременная выписка, нарушение режима. Безусловно, все вышеперечисленные причины являются способствующими факторами, однако основным из них, на наш взгляд, является клиническая форма болезни. Именно СГ, протекающий в основном на фоне сопутствующих заболеваний, отягощает течение болезни, давая большой процент хронического гепатита. По нашим данным, при СГ хронический гепатит встречался в 21% случаев, в то время как при ИГ он наблюдался в 14,2% случаев.

По мнению клиницистов, основной причиной острой дистрофии печени является вирусный гепатит [7, 13]. У исследуемых нами больных СГ с исходом в острую дистрофию печени отмечался в 3,7% случаев, закончившихся летальным исходом. Примечательным является тот факт, что все случаи этого осложнения наблюдались у лиц, у которых заболевание протекало на фоне беременности. Все три женщины были повторно беременными. СГ с переходом в острую дистрофию печени у них развился после родов, причем у одной беременность прервалась на 8-ом месяце, и через 2 дня после разрешения недоношенным плодом у нее развились признаки прекомы. Вторая роженица, разрешившаяся двойней, дала массивное кровотечение, после чего у нее появились признаки начинающейся дистрофии печени. У 3-й женщины СГ с указанным грозным осложнением развился через 6 месяцев после родов, в период лактации. Состояние глубокой комы продолжалось от 3 до 5 суток. Все больные были в возрасте от 20 до 30 лет. Явления прекомы (резко выраженная слабость, апатия, тошнота, неукротимая рвота, сонливость или раздражительность) у указанного контингента наблюдались уже при приеме в стационар. Следует отметить, что основное значение для прогноза при приеме в стационар имела не интенсивность желтухи, которая нарастала в последующие дни болезни, а общее состояние, характеризующееся появлением пассивности и постоянными ноющими болями в правом подреберье. Примером может служить следующая история болезни.

Больная М., 29 лет, рабочая, повторнобеременная, была переведена в стационар 28/III 1975 г. на 2-й день после родов. Состояние при поступлении тяжелое. Больная апатична, еле отвечает на вопросы. Жалуются на резко выраженную слабость, сонливость, отсутствие аппетита, тупые боли в эпигастриальной области. Считает себя больной 10 дней. Гинекологических заболеваний не отмечает. Разрешилась на 8-ом месяце беременности недоношенным плодом весом 2100,0. Преджелтушный период перенесла на ногах, хотя чувствовала себя плохо, быстро уставала, ощущала слабость. Желтушность склер и потемнение мочи было замечено врачом сразу после родов. Объективные данные: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы, видимые слизистые слабо желтушны. Пульс слабого наполнения, 65 уд/мин. Тоны сердца приглушены. В легких перкуторно-легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Язык суховат, обложен. Живот мягкий, печень—едва пальпируется край. Селезенка не увеличена. Дно матки на уровне пупка. Выделения умеренные, кровянистые. В крови обнаружен АИ антиген. Билирубин в крови по Ендрасику-Клекгорну 10,8—8,2—2,6 мг%, сулемовая проба—1,4 мл, сахар в крови—82 мг%. Кровь: Нв—66%, эр. 3300000, лейкоц. 18 300, лейкоцитарная формула: Э—1%, П—3%, С—74%, лимф.—35%, РОЭ—10 мм/час. 31/III состояние больной

ухудшилось, желтуха нарастала, больная стала крайне беспокойна, стонала, кричала, вскакивала с места, зрачки расширились, реакция на свет понижена. У больной наблюдалась неукротимая рвота. Живот мягкий, печень не пальпируется. Отмечается ишурия парадокса. Биохимический анализ крови: билирубин общий—17,2 мг%, прямой—9,8 мг%, не прямой—7,4 мг%. Сулемовая проба—1,1 мл, протромбиновый индекс—30%, трансаминазы—АСТ—125,6 ед., АЛТ—73,15 ед/мл, сахар в крови 104 мг%, остаточный азот—10 мг%. На следующий день больная впала в глубокую кому. Несмотря на принятые меры, больную спасти не удалось, и на 5-й день от начала осложнения она скончалась. Клинический диагноз: сывороточный гепатит с исходом в острую, токсическую дистрофию печени.

На основании приведенных данных можно прийти к заключению, что сывороточный гепатит, протекающий на фоне беременности, зачастую принимает тяжелое течение и приводит к грозному осложнению с летальным исходом.

Одним из наиболее тяжелых осложнений вирусного гепатита является также цирроз печени [10, 11, 12]. В наших наблюдениях цирроз печени встречался сравнительно редко, развиваясь чаще при повторных желтухах (в основном у мужчин). У исследуемых нами больных ИГ осложнился циррозом в 0,9%, при СГ—в 2,3% случаев. Критерием выздоровления мы считаем стойкое отсутствие субъективных и объективных признаков болезни, подтвержденных лабораторными исследованиями. Для предупреждения последствий вирусного гепатита, на наш взгляд, следует уделить большое внимание срокам пребывания больного в стационаре, по мере возможности удлиняя их при тяжелом течении болезни, особенно при СГ, избегать выписывать больного с какими-либо остаточными явлениями. При необходимости диспансеризацию следует продлить до полного устранения остаточных явлений, если даже на это потребуются срок, превышающий предусмотренный инструкцией. При диспансерном наблюдении особое внимание следует уделять лечению сопутствующих заболеваний, мешающих восстановлению нарушенной функции печени. В отдаленном периоде болезни при проведении лечения необходимо учитывать степень поражения печени. Лечение должно быть щадящим, исключающим нагрузку на пораженную печень. Такой подход к клинике последствий ИГ и СГ, на наш взгляд, сократит формирование остаточных явлений в период реконвалесценции и в некоторой степени предотвратит их развитие в отдаленный период болезни.

Кафедра инфекционных болезней
Ереванского медицинского института

Поступила 25/VII 1975 г.

Ի. Ա. ԱԲԱԳՅԱՆ

ՇԻՃՈՒԿԱՅԻՆ ԵՎ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ՀԵՊԱՏԻՏԵՆԵՐԻ ԵՎՔԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ
ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ ԵՐԵՎԱՆԻ 1-ԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԿԻՒՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ
ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՀԻՄԱՆ ՎՐԱ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ինֆեկցիոն հեպատիտով հիվանդների մոտ վերականգնման շրջանում
նկատվել է լիակատար ապաքինում 80% դեպքում և 60% շիճուկային հեպա-

տիտով հիվանդների մոտ: Մնացած հիվանդների մոտ նկատվել է մնացորդային երևույթներ:

Ինֆեկցիոն հեպատիտի մնացորդային երևույթների շրջանում աչքի է զարնվել դանուկյան զգացումը բերանում, ցավեր էպիգաստրալ շրջանում, անկայուն կղկղանքարտաթորոթյուն և այլն:

Շիճուկային հեպատիտով հիվանդների 20% -ի մոտ նկատվել է մաշկի բոր, ալերգիկ բնույթի ցավեր մաշկի վրա և ընդհանուր հոգնածություն: Հիվանդությունը կրելուց հետո տառապանքը խրոնիկական ընթացք է ստացել շիճուկային հեպատիտով հիվանդների 21% -ի մոտ, մինչդեռ ինֆեկցիոն հեպատիտով հիվանդների մոտ այն նկատվել է 14,2% -ի դեպքում:

Լյարդի սուր դիստրոֆիա նկատվել է 3,7% -ի դեպքում՝ բացառապես շիճուկային հիվանդների մոտ: Լյարդի ցիրոզը ինֆեկցիոն հեպատիտով հիվանդների մոտ նկատվել է 0,9% -ի դեպքում, շիճուկային հեպատիտով հիվանդների մոտ այն հանդիպել է 2,5 անգամ ավելի հաճախ (2,3%):

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Афинян В. М. Сов. мед., 1966, 6, стр. 103.
2. Бочкова Л. М. Сов. мед., 1966, 5, стр. 68.
3. Бренер М. А. Сов. мед., 1952, 2, стр. 9.
4. Бриедис Л. П. В кн.: Актуальные вопросы патогенеза, клинки и лечения инфекционных болезней. Рига, 1962, стр. 89.
5. Гейниц В. В. Сов. мед., 1965, 5, стр. 90.
6. Григорьев П. Я. Канд. дисс. Хабаровск, 1958.
7. Казаян А. В. Журн. exper. и клин. медицины АН Арм. ССР, 1963, 4, стр. 41.
8. Косарихина Н. А. Врач. дело, 1964, 4, стр. 112.
9. Курт-Яковец Е. Я. Тр. Кишиневского мед. ин-та, 1961, 14, стр. 81.
10. Мансуров Х. Х. Сов. мед., 1963, 1, стр. 6.
11. Havens W. P. Medicine, 1947, 27, 279.
12. Kalk. Hippocrates, 1961, 61, 623.