

А. В. КАЗАЗЯН, И. А. АБАГЯН, С. А. КАЗАЗЯН

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» И «В» У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Результаты обследования больных с отягощенным вирусным гепатитом показали, что сочетание вирусного гепатита с хроническим алкоголизмом приводит к атипическому течению заболевания и процесс восстановления показателей функциональных проб печени принимает затяжной характер. Глубокому поражению функции печени способствуют два синдрома—цитоллиз и холестаза.

За последние 5 лет отмечается тенденция к нарастанию обеих форм вирусного гепатита. При этом определенный интерес представляют ассоциированные формы болезни [1—8], в числе которых особое место занимает вирусный гепатит, отягощенный хроническим алкоголизмом.

Под нашим наблюдением находилось 106 больных (97 мужчин, 9 женщин) с отягощенным вирусным гепатитом и 199 больных с чистой формой болезни (контрольная группа).

Вирусный гепатит А в основной группе составлял 84,3%, вирусный гепатит В—15,7%.

Заболевание в основной группе протекало в средне-тяжелой и тяжелой формах (соответственно 69,9 и 25,7%). Легкая форма составляла всего 4,4%. В контрольной же группе превалировало легкое течение болезни (48,1%), а тяжелая форма отмечалась лишь в 2,8% случаев. Это говорит о том, что алкоголизм серьезно отражается на течении вирусного гепатита. По нашим данным, клиническое течение вирусного гепатита у лиц, страдающих алкоголизмом, значительно отличается от типичной картины. Так, преджелтушный период в основной группе в 50% случаев протекал с комбинированным синдромом (диспептический с астено-вегетативным, артралгический с астено-вегетативным и т. д.), с выраженной интоксикацией, в то время как в контрольной группе такая картина наблюдалась всего лишь в 25,4% случаев.

Необходимо отметить, что больные основной группы (58,6%) госпитализировались в более поздние сроки болезни, по сравнению с контрольной группой (28,6%), что объясняется трудностями диагностики заболевания. В желтушном периоде болезни большое значение придавалось его длительности, пигментурии, объективным показателям размеров печени, селезенки и другим клиническим показателям.

Таблица 1
Состояние печени и селезенки в основной и контрольной группах

Группа больных	Размеры печени см, М	Длительность уве- личения в днях, М	Размер селезен- ки, см, М	Длительность увеличения в днях, М
Основная	3,29	62,7	1,29	43,2
Контрольная	2,38	39	0,9	27,9

Как видно из данных табл. 1, степень выраженности патологического процесса печени и селезенки превосходила показатели контрольной группы, что говорит о поражении печени до проявления настоящего заболевания.

Таблица 2

Частота поражения различных органов и симптомов в основной и контрольной группах, %

Симптомы и поражение органов	Г р у п п ы	
	основная	контрольная
Зуд кожи	67,7	31,3
Поражение внешне-и внутрисекреторной функции поджелудочной железы	14,9	4,2
Геморрагические явления	31,8	7,5
Понижение завершённой фазы фагоцитарной активности лейкоцитов	52,8	20,02

Наличие выраженного зуда свидетельствует о тяжелой интоксикации больных основной группы. Понижение показателей завершённой фазы фагоцитарной активности лейкоцитов свидетельствует о снижении иммунитета у этих лиц, а поражение функции поджелудочной железы в 14,9% является доказательством совместного пагубного действия алкоголя и вируса.

Особое значение имеет оценка функционального состояния печени, дающая возможность не только определить глубину поражения печени, но и прогнозировать исход болезни.

Из многочисленных функциональных проб, предложенных многими авторами [9—14], мы применяли те, которые считаем самыми информативными (табл. 3). Как видно из табл. 3, основным показателем глубины поражения печени при отягощении вирусного гепатита хроническим алкоголизмом является выраженное снижение альбуминов по сравнению с контрольной группой. Изменение ферментного спектра свидетельствует о том, что при сочетании вирусного гепатита с хроническим алкоголизмом одинаково четко выявляются явления цитолиза и холестаза. При чистой же форме вирусного гепатита стабильно преобладают явления цитолиза.

Отсюда следует, что вирусный гепатит, протекающий на фоне хронического алкоголизма, зачастую своей симптоматикой напоминает механическую желтуху, что, безусловно, очень затрудняет диагностику. Перед клиницистом встают затруднения в вопросе дифференциации у больного вирусного гепатита от обострения хронического гепатита алкогольного происхождения. В этих случаях повышение активности сывороточных трансаминаз и органоспецифических ферментов свидетельствует о наличии вирусного гепатита, даже при выраженной холестеринемии.

При сочетанной форме вирусного гепатита наблюдается затягивание процесса реконвалесценции, что выражается в отсутствии полного сокращения печени и восстановления всех показателей функциональных проб. В этом аспекте наиболее ярким критерием длительности по-

Таблица 3

Сравнительная оценка функциональных проб печени в динамике клиники вирусного гепатита, отягощенного хроническим алкоголизмом и без него

Функциональные пробы печени	Основная группа						Контрольная группа					
	разгар болезни			период реконвалесценции			разгар болезни			период реконвалесценции		
	число исслед.	$M \pm m$	P	число исслед.	$M \pm m$	P	число исслед.	$M \pm m$	P	число исслед.	$M \pm m$	P
Альбумины	20	$45,4 \pm 1,5$	$<0,001$	20	$50,4 \pm 0,9$	$<0,05$	20	$50,3 \pm 1,2$	$<0,001$	20	$53,5 \pm 1,2$	$<0,001$
Тимоловая проба	76	$36,3 \pm 1,8$	$<0,001$	37	$20,0 \pm 1,2$	$<0,001$	199	$21,0 \pm 0,6$	$<0,001$	199	$12,7 \pm 0,3$	$<0,001$
Сулемовая проба	79	$1,5 \pm 0,326$	$<0,001$	54	$1,76 \pm 0,2$	$<0,001$	199	$1,8 \pm 0,0095$	$<0,001$	199	$1,94 \pm 0,085$	$<0,001$
Проба Вельдмана	80	$8,52 \pm 0,14$	$<0,001$	54	$7,40 \pm 0,16$	$<0,001$	199	$7,42 \pm 0,003$	$<0,001$	199	$6,24 \pm 0,05$	$<0,05$
Общий билирубин	56	$14,1 \pm 0,642$	$<0,001$	51	$8,1 \pm 0,59$	$<0,001$	199	$9,1 \pm 0,23$	$<0,001$	199	$3,4 \pm 0,07$	$<0,001$
Аланинаминотрансфераза	82	$179 \pm 10,2$	$<0,001$	59	$129 \pm 8,45$	$<0,001$	133	$197 \pm 7,53$	$<0,001$	88	$85,8 \pm 5,43$	$<0,001$
Аспаратаминотрансфераза	82	$133 \pm 10,02$	$<0,001$	59	$112 \pm 7,05$	$<0,001$	133	$143 \pm 6,7$	$<0,001$	88	$80,7 \pm 4,34$	$<0,001$
Орнитинкарбамилтрансфераза	21	$42,6 \pm 2,88$	$<0,001$	11	$14,1 \pm 2,38$	$<0,001$	78	$31,4 \pm 1,41$	$<0,001$	32	$8,7 \pm 1,5$	$<0,001$
Щелочная фосфатаза	35	$89,5 \pm 7,2$	$<0,001$	15	$53 \pm 2,43$	$<0,001$	59	$67,3 \pm 0,45$	$<0,001$	44	$14 \pm 0,345$	$<0,001$

ражения печени является величина альбумин/глобулинового коэффициента. Этот показатель, будучи пониженным в разгаре болезни, остается таковым и в период реконвалесценции. Так, альбумин/глобулиновый коэффициент в основной группе в среднем составляет 2,20 в стадии разгара болезни и 2,66 перед выпиской из стационара (норма 3 и более).

Таблица 4

Данные исходов вирусного гепатита, отягощенного хроническим
алкоголизмом и без него, %

Группы больных	Полное выздоровление	Острая дистрофия печени	Затяжной гепатит	Хронический гепатит	Цирроз печени
Основная	50,1	1,9	27,4	15,9	4,7
Контрольная	88,7	0,5	7,2	3,1	0,5

Как видно из табл. 4, полное выздоровление в основной группе составляло всего лишь 50,1%, а такие осложнения, как хронический гепатит, цирроз печени и острая дистрофия печени встречались значительно чаще, чем при чистых формах болезни.

Учитывая результаты проведенных нами исследований, считаем, что больные с вирусным гепатитом, отягощенным хроническим алкоголизмом, должны находиться под диспансерным наблюдением на протяжении длительного времени и полностью исключить употребление алкогольных напитков.

Кафедра инфекционных болезней
Ереванского медицинского института

Поступила 25/VI 1984 г.

У. Ч. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Ի. Ա. ԱՔԱՂՅԱՆ, Ս. Ա. ՂԱԶԱՐՅԱՆ

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԵՊԱՏԻՏ Ա-Ի ԵՎ Բ-Ի ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԸՆԹԱՅՔՆ ՈՒ ԵԼՔԸ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱԼԿՈՀՈԼԻԶՄՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ուսումնասիրվել են 305 հիվանդներ, որոնցից 106-ի մոտ վիրուսային հեպատիտը զարգացած է եղել խրոնիկական ալկոհոլիզմի ֆոնի վրա, 199-ի մոտ այդ ֆոնը բացակայել է, որոնք էլ հանդիսացել են ստուգիչ խումբ առաջինների համար:

Ալկոհոլիզմի ֆոնի վրա զարգացած վիրուսային հեպատիտը համեմատաբար ավելի հաճախակի է արտահայտվել ոչ տիպիկ պատկերով, որի պատճառով նրանց մոտ ախտորոշումը դժվարացել է և հոսպիտալացումը ուշացել: Դեղնուկային շրջանը եղել է շատ տևական, լյարդի և մնացած օրգանների ախտահարումը արտահայտվել է ավելի ցայտուն: Դրան համապատասխան լյարդի ֆունկցիոնալ փորձերի նորմայից շեղումը հաստատել է լյարդի չափազանց խորը ախտահարումը ալկոհոլիկների մոտ: Կլինիկո-լաբորատոր տրվ-

յալնորի հիման վրա ալկոհոլիկներին մոտ արձանագրվել է վիրուսային հեպատիտի ծանր պատկեր, մինչդեռ ստուգիչ խմբի համար բնորոշ է եղել հիվանդության թեթև ձևը և կարճատևությունը: Ալկոհոլիկներին մոտ նկատվել է լեյկոցիտների ֆագոցիտար հատկությունների զգալի իջեցում:

A. V. KAZAZIAN, I. A. ABAGHIAN, S. A. KAZAZIAN

CURRENT AND OUTCOMES OF THE VIRUS HEPATITIS A AND B OF THE PERSONS SUFFERING WITH CHRONIC ALCOHOLISM

The virus hepatitis A and B in combination with the chronic alcoholism gives a large rate of the heavy forms of the disease.

A great role in the intensity of the affection of the liver play 2 syndromes-cytolyses and cholestasis, thus the hepatitis is taking a mixed type. The influence of the virus A or B is deposited on the already complete process of the liver.

From the dynamic samples of the liver reflecting the degree of the affection the most informative in the prognostic meaning are albumin globulin factor, the definition of the albuminous fractions and of the sedimentary sample.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Блюгер А. Ф. В кн.: Основы гепатологии. Рига, 1975, стр. 443.
2. Блюгер А. Ф. В кн.: Вирусный гепатит. Рига, 1977, стр. 128.
3. Бриедис Л. П. В кн.: Актуальные вопросы патогенеза, клиники, лечения инфекционных болезней. Рига, 1972, стр. 89.
4. Бондарь З. А. В кн.: Клиническая гепатология. М., 1970, стр. 403.
5. Бунин К. В. В кн.: Успехи гепатологии, вып. I. Рига, 1966, стр. 22.
6. Бунин К. В., Пак С. Г. В кн.: Материалы IV Всесоюзной конференции по клинической биохимии и клинич. морфологии инфекционных болезней. Рига, 1973, стр. 118.
7. Векслер Х. М. Автореф. канд. дисс. Рига, 1962.
8. Векслер Х. М. В кн.: Материалы I-го совещания по актуальным вопросам биохимии. Рига, 1962, стр. 54.
9. Владимиров Ю. А., Арчаков А. И. В кн.: Сывороточный гепатит. Львов, 1972, стр. 36.
10. Григорьев П. Я., Кукина Н. Г. Сов. мед., 1968, 10, стр. 54.
11. Громашевская Л. В. В кн.: Успехи гепатологии, вып. 2. Рига, 1971, стр. 129.
12. Гуревич Е. С. Печеночная кома. Л., 1967.
13. Казазян А. В., Абагян И. А. Труды ЕрМИ, вып. XVI, кн. II. Ереван, 1976, стр. 131.
14. Казазян А. В., Абагян И. А. Труды ЕрМИ, вып. XVI, кн. II. Ереван, 1976, стр. 119.