

Кутманова А.З., Джангазиева А.А., Роя Анкита, Дургеш Бисвас

КЛИНИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А У ВЗРОСЛЫХ

Kutmanova A.Z., Dzhangazieva A.A., Roy Ankita, Durgesh Biswas

THE MEDICAL SURVEILLANCE FOR VIRAL HEPATITIS A AT ADULT PATIENTS

В современных условиях становится очевидной необходимость клинического надзора за ВГА у взрослых, учитывая изменение эпидемиологической ситуации, однородность клинических и биохимических проявлений вирусных гепатитов другой этиологии. Клинические особенности течения ВГА у взрослых представлены на анализе 97 случаев, больных желтушной формой, что позволит расширить возможности оценки тяжести болезни, прогнозирования характера ее течения и планирования дифференцированной терапии.

At present the medical surveillance for viral hepatitis A at adult patients becomes important as there are changes of epidemiological situation and existence of clinical and biochemical presentations similarity of viral hepatitis different etiology. The clinical presentations of viral hepatitis A are represented on 97 cases analysis of adult patients with icteric forms in order to improve estimation of diseases severity, prognostication of disease clinical course and planning of differentiated therapy.

Энтеральные вирусные гепатиты в настоящее время вновь привлекают большое внимание в связи с обострением эпидемиологической ситуации среди взрослого населения во многих странах. Прежде всего такое внимание уделяется гепатиту А (ГА), так как его называют сегодня одной из распространенных болезней путешественников, причиной тому является влияние комбинации негативных демографических факторов (миграция населения и поставка продуктов питания из неблагополучных по заболеваемости ВГА регионов и др.) и снижение резистентности восприимчивого организма [1,2]. Значительное увеличение случаев ГА среди взрослого населения наблюдали сотрудники НПО «Профилактическая медицина» в 2000–2001гг по результатам дозорного слежения в г.Бишкек [3]. Прояснение вопросов клинической диагностики и стратегии терапии заболевания послужило основанием проведения данного исследования.

Целью нашего исследования было изучение клинического течения ВГА у взрослых в Кыргызстане.

Материалы и методы

Изучены статистические данные о заболеваемости ВГА в Кыргызстане в 2002–2008гг. (данные ДГСЭН). Была проанализирована возрастная структура больных ВГА и соотношение Клинических форм заболевания у взрослых, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ). Детально

изучены клинические и биохимические показатели у 97 взрослых, больных желтушной формой ВГА. У всех больных с применением тест-систем ИФА выявлены антитела класса IgM к вирусу гепатита А.

Результаты и обсуждение

Показатели заболеваемости ВГА в Кыргызстане за период с 2002 г. по 2008 г. (рис.1) демонстрируют ее неравномерный, порой взрывной характер.

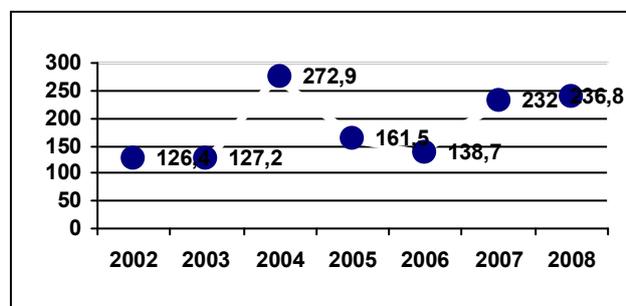


Рис.1. Заболеваемость ВГА в Кыргызстане в 2002–2008 гг. (показатели на 100 тыс чел)

Так, за существенным подъемом заболеваемости в 2004г. следовал быстрый значительный ее спад. Очередной подъем заболеваемости (12331 случаев) имел место в эпидемический сезон 2008 года. Во все отмеченные эпизоды высокой заболеваемости ВГА в Кыргызстане она носила спорадический характер. Очевидно, что меняющийся уровень заболеваемости ВГА в Кыргызстане при относительно одинаковых социальных и санитарно-гигиенических условиях отражает биологическую закономерность и определяется сочетанием меняющихся во времени и масштабах популяции вариантов естественной резистентности человека и факторов агрессии вируса [4]. Анализ сезонности заболеваемости ВГА взрослого населения в период эпидемического подъема (2008г) позволил установить сохранение характерного увеличения случаев в осенне-зимний период (рис.2). Выраженная осенне-зимняя сезонность заболеваемости, присущая гепатиту А, хорошо известна и связана она с ростом в летние месяцы риска заражения вирусом ГА посредством водного и «плодово-ягодно-овощного» факторов [5].

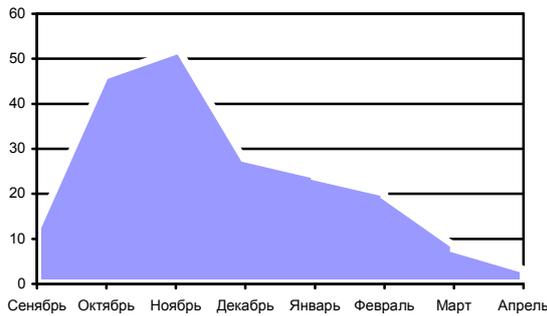


Рис.2. Сезонность заболеваемости ВГА взрослого населения

Следует подчеркнуть, что в Кыргызстане дети по-прежнему доминируют в возрастной структуре заболевших этой инфекцией. Среди взрослого населения заболеваемость ГА имеет более стабильные показатели, с некоторой тенденцией к росту в периоды эпидемического подъема инфекции (рис.3). Возрастная структура госпитализированных в РКИБ взрослых пациентов с ГА представлена следующим образом: от 15 до 19 лет – 34 (35,1,2%) больных, 20–29 лет – 39 (40,2%), 30–39 лет – 16 (16,5%), 40–49 лет – 5 (5,2%), в группах 50–59 лет и старше 60 лет – по 1 случаю. Высокая частота инфекции наблюдалась в группах 15–19 лет и 20–29 лет, в то время как в период спада инфекции (2001г) у взрослых в возрасте 20–29 лет заболеваемость ГА составляла примерно 2% [3].

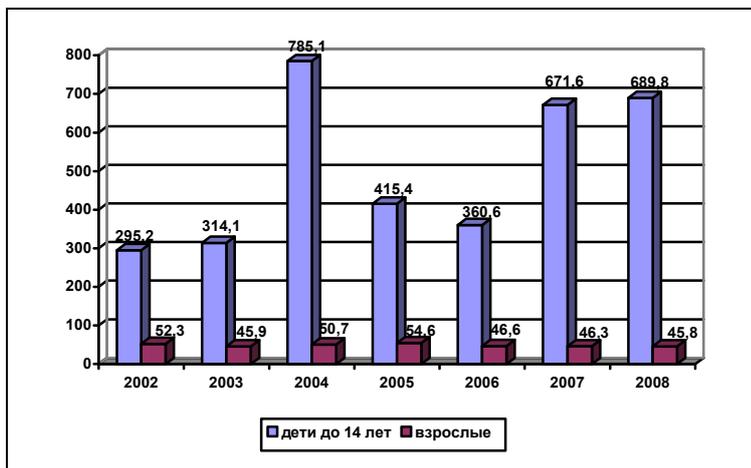


Рис.3. Заболеваемость ВГА среди детского и взрослого населения в КР (показатели на 100 тыс чел)

По данным РКИБ у госпитализированных взрослых больных ВГА доминировали среднетяжелые формы болезни (97,9%), диагностированные согласно общепринятым критериям тяжести вирусных гепатитов. Доля тяжелых форм ВГА – составила 2,1%, и характеризовались значительной выраженностью проявлений интоксикации, лабораторными признаками

снижения синтетической и дезинтоксикационной функций печени, но не сопровождались развитием клиники острой печеночной энцефалопатии. В ряде случаев основанием для констатации тяжелой формы ВГА служила значительная выраженность и продолжительность проявлений холестаза. Детальный анализ симптомов заболевания показал, что ВГА у взрослых протекал как острая яркая болезнь, с типичной во многом симптоматикой. В ряде случаев клиническая картина заболевания отличалась от классической, проявляясь постепенным началом болезни, отсутствием лихорадки или наличием лишь субфебрильной температуры (49,5%), возникновением миалгии (4,1%). Обращала на себя внимание большая частота болевого синдрома в животе или эпигастрии (56,7%). Практически у всех наблюдаемых больных проявления интоксикационного синдрома сохранялись или даже усиливались с наступлением желтушного периода, кроме того отмечена значительная продолжительность таких симптомов интоксикации как слабость и снижение аппетита. Эти данные не вполне укладываются в привычные представления о кратковременности интоксикационного синдрома при ВГА и быстром его разрешении в желтушном периоде болезни [6].

Показатели сывороточных аминотрансфераз у больных ВГА свидетельствовали о значительной выраженности у них синдрома цитолиза. Показатели АЛТ и АСТ в начале периода разгара превышали нормальные значения в 10 – 17 раз. Корреляции между показателями аминотрансфераз и продолжительностью цитолитического синдрома выявлено не было. Желтуха у больных ВГА чаще была умеренной или незначительной, сопровождалась ахолией кала, в 10% случаях – кожным зудом. Истинные холестатические формы болезни были диагностированы у 2,2% пациентов ВГА. Продолжительность желтушного периода имела прямую зависимость от возраста больных, так, в группе больных 15–19 лет составила $10,4 \pm 2,3$ дня, 20–29 лет – $14,0 \pm 1,4$ дня, 30–39 лет – $15,2 \pm 0,8$ дня, старше 40 лет желтуха сохранялась до 1 месяца и сопровождалась зудом. Для оценки белково-синтетической функции печени определяли уровень тимоловой пробы, которая была значительно повышена (в 8–10 раз) у большинства больных (72%), причем максимально в ранние сроки желтушного периода. В группе больных 15–29 лет в 15,5% случаях определяемый тест был в пределах нормы.

В современных условиях становится очевидной необходимость клинического надзора за ВГА у взрослых, учитывая изменение эпидемиологической ситуации, однородность клинических и биохимических проявлений вирусных гепатитов другой этиологии. Выявленная значительная продолжительность проявлений интоксикации у взрослых пациентов ВГА, на наш взгляд, может быть объяснима с позиций несостоятельности у многих больных дезинтоксикационных систем организма, высокого исходного уровня эндогенной интоксикации и дисбиоза. Знание клинических особенностей течения ВГА у взрослых позволит расширить возможности оценки тяжести болезни, прогнозирования характера ее течения и планирования дифференцированной терапии.

Литература:

1. Ciocca M. Clinical course and consequences of hepatitis A infection // *Vaccine*. – 2000. – Vol. 18, Suppl.1. – P. 71-74.
2. Rachima С.М.,Cohen E., Garty M. Acute hepatitis A: combination of the relapsing and the cholestatic forms, two rare variants // *Am. J. Med. Sci.* – 2000. – Vol. 319 (1). – P. 417-419.
3. Исакова Ж.С., Козукеев Т.Б., Усманов Р.К. и др. Эпидемиологические особенности гепатита А (ГА) по результатам дозорного слежения в 2000-2001гг. в г.Бишкек //Материалы IV съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2002. – С.194–196.
4. Михайлов М.И., Шахгильдян И.В., Онищенко Г.Г. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика). – М.:ФГОУ«ВУНМЦ Росздрава», 2007. – 352с.
5. Солодовников Ю.П., Лыткина И.Н., Зайцев Б.Е. и др. Эпидемиологические особенности вирусного гепатита А в мегаполисе //Бюлл.Вакцинация. – 2001, №4. – С.4 – 5.
6. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб.: Теза, 1997. – 306 с.

Рецензент: к.м.н., доцент Тё В.Е.