

Туркменов А.Ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ГЕПАТИТА НИ -А НИ -Е И ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

A.Sh.Turkmenov

COMPARATIVE EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE HEPATITIS NEITHER-NOR TH AND ACUTE VIRAL HEPATITIS C IN THE KYRGYZ REPUBLIC

УДК: 621/30

В данной статье рассматривается сравнительная эпидемиологическая и клинико-лабораторная характеристика острого гепатита ни -А ни -Е и острого вирусного гепатита С в Кыргызской Республике.

This article examines the comparative epidemiological and clinical and laboratory characteristics of acute hepatitis neither a nor E and acute viral hepatitis C in the Kyrgyz Republic.

Актуальность. Среди инфекционных заболеваний острые и хронические гепатиты относятся к широко распространенным и социально значимым. Прежде всего это гепатиты верифицированной вирусной этиологии. Внедрение в медицинскую практику высокочувствительных методов (ИФА, ПЦР) позволяет быстро идентифицировать основные вирусные гепатиты. Согласно современным данным, в качестве гепатотропных агентов рассматриваются и вирусы гепатитов G и TT. Указывается, что вирус гепатита G(HGV) в различных странах обнаруживается как самостоятельный возбудитель в сыворотке крови у больных с острым гепатитом ни А ни Е с частотой в 3,1-4% (1,2,8). Проблема острых гепатитов не установленной этиологии (острые гепатиты ни А ни Е) существовало всегда. Она «сузилась» с появлением возможности на основании серологических исследований верифицировать гепатиты А, В, С, Д и Е. Но вместе с тем, по данным зарубежных авторов, немалое количество острых гепатитов оказывается серонегативным в отношении маркеров всех известных вирусов гепатита человека (3,4). По статистике Госсанэпиднадзора, в Российской Федерации удельный вес острых вирусных гепатитов не установленной этиологии растет. Так, в 1993-1997 гг. таковой составлял 1,0-2,2%, а в 2006-2009 гг. возрос до 5,7-7,1% (5). В Кыргызской Республике согласно данным дозорного эпидемиологического надзора доля острых вирусных гепатитов не установленной этиологии составляет 10-20%. По мнению Г.Г. Онищенко, в связи с интенсивной миграцией населения в настоящее время нельзя исключить вероятность завоза в страну «новых» гепатотропных вирусов. Острому гепатиту не установленной этиологии посвящено мало работ, особенно комплексных с широким спектром этиологических исследований (6,7).

Цель исследования. Провести клинико-эпидемиологическую и лабораторную сравнительную характеристику между острым гепатитом ни -А ни -Е и острым вирусным гепатитом С (ОВГС).

Материал и методы исследования

В исследование были включены больные острым гепатитом ни А ни Е (n=113) и пациенты с острым вирусным гепатитом С (n=30), которые составляли группы сравнения. Диагноз острого гепатита был поставлен на основании клинической картины острого гепатита, данных анамнеза, повышение аминотрансфераз более 10 норм, выявления anti-HCV при остром гепатите С, отсутствия маркеров гепатита А,В,С при остром гепатите ни А ни Е (по данным метода ИФА) и данные инструментальных методов – ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Группа больных острым гепатитом ни А ни Е была сформирована с учетом критериев включения и исключения. Критерии включения: клиническая картина желтушной формы острого гепатита, более чем 10-кратное повышение активности АлАТ, отсутствие маркеров острых вирусных гепатитов А, В, С при первичном обследовании. Критерии исключения: тяжелые соматические и психические заболевания, в том числе онкологическая и аутоиммунная патология по данным анамнеза, признаки острой и хронической алкогольной интоксикации, наркозависимость, химиотерапия и системная гормональная терапия в течение 6 мес перед заболеванием, наличие ВИЧ-инфекции и сифилиса.

Результаты исследования и их обсуждение.

Группа пациентов с ОВГС включала 19 мужчин и 11 женщин. В группе пациентов с острым гепатитом ни А ни Е было мужчин 38 и 75 женщин.

Больные острым гепатитом ни А ни Е поступали в стационар в среднем на 7,6±0,3 день болезни, больные ОВГС - на 5,4±0,6 день болезни (P<0.05). В группе больных острым гепатитом ни А ни Е продолжительность преджелтушного периода составила 7,7±0,2 дня, в группе пациентов с ОВГС 10,1±1,6 дней, соответственно (P>0.05). Средний койко-день при остром гепатите ни -А ни -Е составил 16,3±12 дня, а в группе больных острым вирусным гепатитом С 21,9±13,8 дня. В группе больных острым гепатитом ни -А ни -Е острое начало заболевания зарегистрировано у 73,4 % больных, а у 26,6 % -

подострое начало и в группе пациентов ОВГС острое начало заболевания было у 37,7 % больных, а у 62,3 % - подострое начало.

В преджелтушном периоде следующие симптомы, как повышения t тела, рвота, боли в животе и боли в суставах более выражены при остром гепатите ни – Ани – Е (рис. 1).

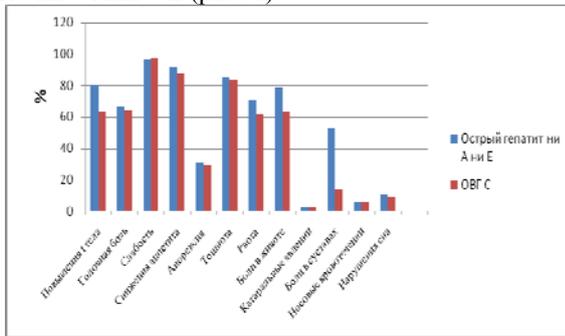


Рис. 1. Сравнительная характеристика клинических симптомов в преджелтушном периоде при ОВГС и остром гепатите ни - Ани -Е.

Длительность желтушного периода составила при остром гепатите ни -А ни -Е 17,0±7,6 дня, а при остром вирусном гепатитеС 14,1±6,9 дня (P>0.05). Частота выявления симптомов заболевания в группах больных острым гепатитом ни А ни Е и ОВГС, их продолжительность в желтушном периоде представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Частота выявления симптомов заболевания и их продолжительность в желтушном периоде групп больных острым гепатитом ни А ни Е и ОВГС.

| Симптомы | Острый гепатит ни А ни Е (n=113) | | ОВГС (n=30) | |
|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------|-------------------------|
| | % | Продолжительность (дни) | % | Продолжительность (дни) |
| Тошнота | 96,4% | 4,8±0,5 | 61% | 3,7±0,9 |
| Рвота | 79,5% | 3,3±0,4 | 47,1% | 2,6±0,3 |
| Анорекция | 39,8% | 4,1±0,2 | 24% | 3,9±0,4 |
| Нарушения сна | 32,4% | 3,8±0,2 | 16% | 2,4±0,2 |
| Повышение температуры тела | 54,3% | 3,1±1,4 | 16,9% | 3,7±0,6 |
| Кожный зуд | 63,1% | 8,6±5,3 | 39,3 | 6,9±2,7 |

Как видно из данных, представленных в таблице 1, в группе больных острым гепатитом ни А ни Е все симптомы регистрировались чаще, по сравнению с группой больных ОВГС.

В таблице 2 представлена сравнительная характеристика лабораторных показателей больных острым гепатитом ни А ни Е и ОВГС.

Таблица 2

Сравнительная характеристика лабораторных показателей крови больных острым гепатитом ни А ни Е и ОВГС.

| Лабораторные показатели | Острый гепатит ни А ни Е (n=113) | | ОВГС (n=30) | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| | Диапазон колебаний | Среднее значение | Диапазон колебаний | Среднее значение |
| Ал АТ, мккат/(мин.л) | 1,3-1,8 | 1,4±0,2 | 1,2-1,7 | 1,2±0,5 |
| Ас АТ, мккат/(мин.л) | 1,0-1,6 | 1,1±0,2 | 0,9-2,1 | 1,1±0,2 |
| Общий билирубин, мкмоль/(мин.л) | 34-316 | 107±6,4 | 35-307 | 97±7,6 |
| Тимоловая проба | 6-30 | 10,5±0,8 | 6-23 | 7,8±0,9 |
| Протромбиновый индекс | 55-94 | 68±7 | 57-100 | 73±9 |
| Общий белок | 50-88 | 60±17 | 51-74 | 63±8 |

Как видно из данных, представленных в таблице 2, в группе больных ОВГС и острым гепатитом ни А ни Е достоверных различий выявлено не было.

Выводы.

1. При остром гепатите ни А ни Е начало заболевания в основном было острое (73,4%), в отличие от ОВГС, где острое начало отмечалось у 37,7% больных.

2. В преджелтушном периоде при остром гепатите ни А ни Е более выраженными были следующие симптомы: повышения t тела, рвота, боли в животе и боли в суставах, а в желтушном периоде у больных острым гепатитом ни А ни Е все симптомы регистрировались чаще, по сравнению с группой больных ОВГС. У сравниваемых групп больных биохимических лабораторных различий нами не выявлено.

Литература:

1. Михайлов М. И., Малинникова Е.Ю., Кюрегян К.К. и др. Групповая заболеваемость гепатитом Е в г. Коврове Владимирской области (предварительное сообщение) // Труды Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова РАМН. – Т. 26 / Материалы науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы медицинской вирусологии», посвященной столетию со дня рождения основателя института Михаила Петровича Чумакова. – С. 239–245.
2. Онищенко Г.Г., Жебрун А.Б. Вирусные гепатиты в Российской Федерации: Справочник. – СПб: ФГУН НИИЭИ им. Пастера, 2009. – С. 6.
3. Alter H.J., Sanchez-Pescador R., Urdea M.S. et al. Evaluation of branch DNA signal amplification for the detection of hepatitis C virus RNA // J. Viral Hepat. – 1995. – Vol. 2. – P. 121–132.

4. Bronowiski J.P., Vetter D., Uhl G. et al. Lymphocyte reactivity to hepatitis C virus (HCV) antigens shows evidence for exposure to HCV in HCV-seronegative spouses of HCV-infected patients // J. Infect. Dis. – 1997. – Vol. 176, N 2. – P. 518–522.
5. Cox A.L., Mosbruger T., Lauer G.M. et al. Comprehensive analyses of CD8+ T cell responses during longitudinal study of acute human hepatitis C // Hepatology. – 2005. – Vol. 42, N 1. – P. 104–112.
6. Hitziger T., Schmidt M., Schottstedt V. et al. Cellular immune response to hepatitis C virus (HCV) in nonviremic blood donors with indeterminate anti-HCV reactivity // Transfusion. – 2009. – Vol. 49. – P. 1306–1313.
7. Hoofnagle J.H. Course and outcome of hepatitis C // Hepatology. – 2002. – Vol. 36. – P. 21–29.
8. Takaki A., Wiese M., Maertens G. et al. Cellular immune response persist and humoral responses decrease two decades after recovery from a single-source outbreak of hepatitis C // Nat. Med. – 2000. – Vol. 6. – P. 578–582.

Рецензент: д.м.н., профессор Белеков Ж.О.
