

УДК 616.36-002:599.8241

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТИТА А В АБХАЗИИ

Ахуба Л.О., Институт экспериментальной патологии и терапии АН Абхазии, Сухум, Абхазия, instpath@mail333.com

Шевцова З.В., Институт экспериментальной патологии и терапии АН Абхазии, Сухум, Абхазия, instpath@mail333.com

Гепатит А (ГА) – эпидемический гепатит или болезнь Боткина вызывается вирусом, хорошо сохраняющимся во внешней среде, на фруктах, овощах, в недостаточно хорошо обработанной пище. Вирус ГА обладает высокой инфекционностью и распространен повсеместно, но интенсивность заболеваемости зависит от условий жизни и уровня санитарной культуры. Особенно велик риск заражения в странах с дефицитом воды, плохой системой канализации и водоснабжения, низким уровнем гигиены населения, а также в «горячих точках» и в местах военных действий. В результате контаминации вирусом воды и пищи возникают эпидемические вспышки. В высокоразвитых странах удельный вес ГА среди вирусных гепатитов не превышает 30%, а в развивающихся составляет более 80%. В таких регионах болеют преимущественно дети, а в развитых странах – и взрослые. Среди взрослых на одну желтушную форму приходится до 30 безжелтушных, а среди детей – до 90. ГА – это кишечная инфекция, при которой вирус выделяется с фекалиями и попадает в организм через рот. Источником инфекции является больной, независимо от формы (желтушная, безжелтушная), причем он наиболее опасен для окружающих ещё за 1-2 недели до появления симптомов, а также при их отсутствии, когда ни он, ни контактирующие об этом не подозревают. В течение желтушной формы средней тяжести различают 4 периода: инкубационный (0,5-1,5 мес.), преджелтушный (5-7 дней), желтушный (1-2 недели) и выздоровления; общая продолжительность при этом 1,5-2 мес. (иногда 3-4 мес.). Особенностью эпидемического процесса являются сезонные подъемы заболеваемости, приходящиеся на сентябрь-октябрь и на май – июнь месяцы.

Подъемы заболеваемости ГА в последние годы наблюдались и в Абхазии. Целью настоящего исследования являлось проведение анализа эпидемических вспышек за 5 лет – с 1998 по 2002 г.г. В работе дана также клинко-лабораторная характеристика желтушной формы ГА у больных, госпитализированных в Сухумскую инфекционную больницу в период вспышки 2002 года.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 15 пациентов с диагнозом вирусный гепатит А в возрасте от 5 до 45 лет, госпитализированных в Сухумскую инфекционную больницу.

Лабораторное обследование включало:

- Анализ крови на билирубин по методу Иендрашика (Соринсон, 1998) и микрометоду в модификации Т.Б.Доброседовой и А.С.Циркиной (Оскопов и др., 2001);
- Определение активности аланинминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови (реакция с 2,4-динитрофенилгидразином) (Соринсон, 1998);
- Осадочные пробы: Вельтмана, сулемовая и тимоловая (Соринсон, 1998, Гиттер, Хильшейер, 1966, Колб, Камышников, 1982);
- Анализ мочи на желчные пигменты (проба с реактивом Эрлиха, Розина-Фуше) (Колб, Камышников, 1982);
- Анализ кала на стеркобилин (проба с реактивом Эрлиха) (Оскопов и др., 2001).

Лечение: постельный режим, диета – стол № 5, по показаниям дезинтоксикационная терапия (гемодез, глюкоза, лактосоль и др.).

Архивные материалы Сухумской инфекционной больницы за 5 лет – с 1998 г. по август 2002 г. – проанализирована 1501 история болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинико-лабораторное обследование в динамике было проведено у 15 больных. По данным анамнеза у всех пациентов установлен непосредственный контакт с больными желтушной формой ГА. Инкубационный период варьировал в пределах 10-15 дней. Завершался он продромальным, в который повышалась температура, ухудшалось общее состояние, снижался аппетит, после чего появлялась желтуха, и больные были госпитализированы. При поступлении в стационар основными жалобами были тошнота, рвота, боли в мышцах и суставах, головокружение, высокая температура. При объективном обследовании наблюдались желтушность кожи и склер, потемнение мочи, увеличение печени на 3-4 см, а у некоторых и гепато-лиенальный синдром. Исходя из этих данных, можно судить о том, что госпитализация происходила в желтушный период.

Для выяснения тяжести заболевания при поступлении в стационар у всех больных было проведено лабораторное обследование. Важным критерием являлось повышение уровня общего билирубина до 8-14 мг%, тогда как в норме этот показатель не превышает 5 мг%. Также повышался уровень активности аминотрансфераз в крови: АЛТ – в 3-4 раза, АСТ – в 1,5-2 раза. Анализ мочи на желчные пигменты был резко положительным, а анализ кала на стеркобилин – отрицательным. Показатели осадочных проб: проба Вельтмана, тимоловая и сулемовая были положительными.

Таким образом, на основании данных анамнеза, клинического обследования и лабораторных показателей у всех больных наблюдалась желтушная форма ВГА средней тяжести. Желтушный период у этих больных варьировал в пределах 10-20 дней. Улучшение общего состояния наблюдалось в первые же дни госпитализации: появлялся аппетит, уменьшались симптомы интоксикации (тошнота, рвота), нормализовалась температура. Другие клинические признаки: темная моча, желтушность кожи и склер, увеличенная печень исчезали несколько позже. Перед выпиской проводилось повторное лабораторное обследование. На рисунке 1 приведены биохимические показатели и некоторые клинические признаки в динамике заболевания.

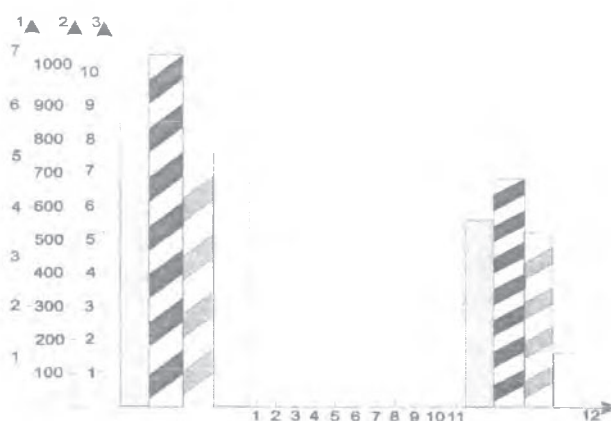


Рис. 1. Динамика биохимических показателей и некоторых клинических признаков

Условные обозначения к рисунку 1:

1 – тимоловая проба в единицах (□); 2 – АЛТ (▨) и АСТ (▧) в ммоль/л.с.;

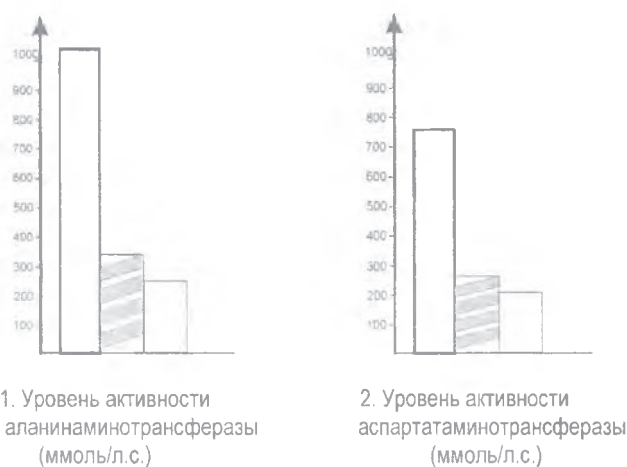
3 – количество общего билирубина (□).

Наличие желтухи: ■; отсутствие желтухи: □.

Желчные пигменты в моче:

отрицательные -; следы +; положительные ++; резкоположительные +++.

Как видно из рисунка, в течение 10-12 дней нормализовались показатели билирубина и осадочных проб, в то время как активность трансаминаз, снижаясь, ещё не достигала нормы. Это отражено на рисунке 2.



Условные обозначения: ▨ - до лечения, ▧ - после лечения, □ - норма

Рис. 2. Показатели активности сывороточных аминотрансфераз при поступлении и перед выпиской

Как видно из рисунка 2, перед выпиской уровень активности аминотрансфераз все ещё оставался повышенным, в большей степени АЛТ, чем АСТ. Это свидетельствует о том, что даже при нормализации состояния больного не наступает истинная реконвалесценция и восстановление функции печени.

Описанные выше случаи ВГА наблюдались нами в период весенне-летней вспышки в 2002 г. Для выяснения эпидемиологической ситуации за последние 5 лет проанализирован архивный материал больницы за период с 1998 г. по август 2002 г. – всего 1501 история болезни. Распределение заболеваемости по годам отражено на рисунке 3: в 1998 – 66 случаев; в 1999 – 392; в 2000 – 323; в 2001 – 430; а за первые 8 месяцев 2002 года – 290. Проведенный анализ учитывал только манифестные, клинически выраженные случаи заболевания желтушной формой ГА. Изучаемый эпидемиологический процесс свидетельствует о том, что заболеваемость ГА на протяжении этих лет подвергалась сезонным колебаниям, что отражено на рисунке 3. Эпидемическая вспышка в 1998 г. пришлась на сентябрь-декабрь и захватила январь 1999 г. В этот период было зафиксировано 78 случаев. В 1999 г. высокая заболеваемость наблюдалась с апреля по декабрь с максимумом в мае-июне. Для 2000 г. было характерно отсутствие сезонных пиков: спорадические случаи наблюдались в течение всего года. В декабре этого же года началась сезонная вспышка с пиком в

январе-феврале 2001 г. зафиксировано 210 случаев. В 2002 году в период наблюдаемой нами вспышки максимум заболеваемости пришелся на март-июнь: 216 случаев ГА.

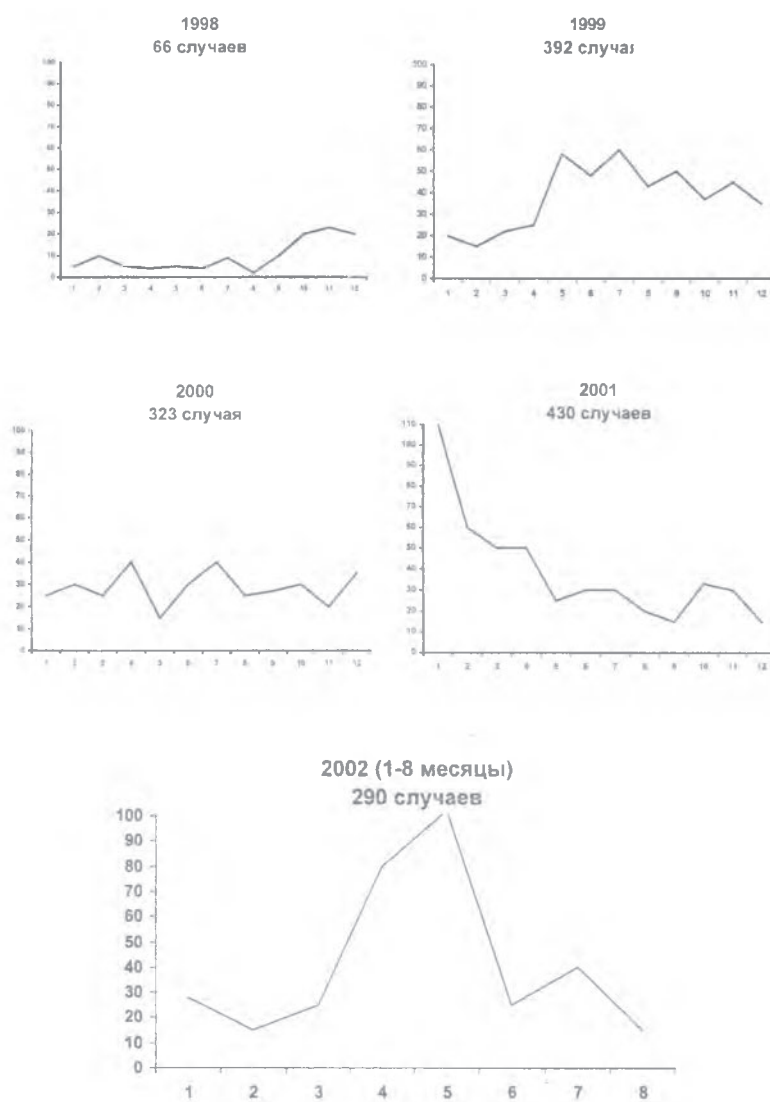


Рис. 3. Заболеваемость ГА в Абхазии за 5 лет (с 1998 по август 2002 гг.)

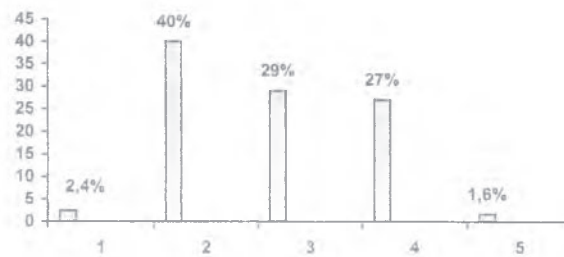
Анализ показал также, что среди зарегистрированных манифестных форм преобладали заболевания средней тяжести (рис. 4).



Рис. 4. Распространённость различных форм ГА

Как видно из рисунка, наиболее часто заболевание протекало в форме средней тяжести – 78%, легкие формы течения наблюдались в 16% случаев, тяжелые – в 6%.

Кроме того, нами был проведен анализ данных по возрастным категориям (рис. 5).



1 – дошкольники, 2 – школьники, 3 – студенты, 4 – взрослые, 5 - пожилые

Рис. 5. Зависимость заболеваемости ГА от возраста

Как показано на рисунке 5, число случаев ГА, протекающих в желтушной форме в различных возрастных группах, следующее: дети дошкольного возраста (до 6 лет) – 2,4%, школьники (7-16 лет) – 40%, студенты (17-23 года) – 29%. лица среднего возраста (24-50 лет) – 27%, пожилые люди (старше 50 лет) – 1,6%.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

– За последние 5 лет наблюдалось в среднем 100-200 случаев желтушной формы ГА на 100 тысяч населения в год. Принято считать заболеваемость высокой при количестве более 80 случаев на 100 тысяч населения. Исходя из этого, Абхазию можно отнести к регионам, эндемичным по ГА с очень высокой заболеваемостью.

– Учитывая данные литературы о превалировании безжелтушных и бессимптомных форм, можно судить о том, что истинная заболеваемость в 3-5 раз превышает зарегистрированный нами уровень, то есть находится в пределах 4,5-7,5 тыс. случаев ГА за 5 лет (Майер, 1999; Нисевич, Учайкин, 1985).

– Эпидемические вспышки, наблюдавшиеся нами, подчинялись основным закономерностям эпидемического процесса: подтвердились данные об осенне-зимней и весенне-летней сезонности, а также появившиеся в последние годы сведения о нивелированности сезонной заболеваемости (Балаян, 1983; Львов, 1997).

– Данные, полученные при анализе по возрастным категориям, согласуются с имеющимися в литературе о наблюдающемся в настоящее время «повзрослении» инфекции (сдвиг на более старшие возрастные категории: школьники, студенты).

– Основным путем передачи инфекции был фекально-оральный. Однако одновременное поступление некоторых больных при вспышках 2001 и 2002 гг. наводит на мысль о том, что мог существовать один источник заражения, например, контаминированная вода (Нисевич, Учайкин, 1985).

Описанные закономерности в равной мере относятся и к наблюдаемой нами вспышке 2002 г. Манифестные желтушные формы ГА характеризовались средней тяжестью течения. Заболевание протекало благоприятно с реконвалесценцией в течение 10-20 дней. Однако следует особенно подчеркнуть неполное восстановление функционального состояния печени по данным показателей активности трансаминаз: АЛТ и АСТ. Рекомендуется диспансеризация с повторным лабораторным обследованием в динамике.

Для улучшения эпидемиологической ситуации в таком регионе, как Абхазия, для которого характерна очень высокая заболеваемость ГА, необходимо провести вакцинацию населения, особенно лиц, относящихся к группам риска: школьников, студентов, призывников и военнослужащих. К употреблению рекомендуется культуральная инактивированная вакцина против ГА. Курс вакцинации состоит из двух инъекций с интервалом 1 мес. с последующей ревакцинацией через 6-12 мес. Защитный эффект сохраняется в течение 5-10 лет. Результаты применения вакцины в 30 странах мира свидетельствуют о ее эффективности (Шевцова, Ардзинба, 2004).

ЛИТЕРАТУРА

- Балаян М.С. Вирусный гепатит А: Научный обзор. М., 1983. 68 с.
- Оскопов В.Н., Садыкова А.Р., Абдулханов Р.А. Клиническая лабораторная диагностика. М: Мед пресс, 2001. С. 35-36.
- Львов Д.К. Роль вирусов в патологии желудочно-кишечного тракта // Вопросы вирусологии. 1997, №6. С.244-247.
- Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. Практическое руководство. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. С. 1-22. (Пер. с нем. под ред. А.А.Шептулина).
- Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. М: Медицина, 1985. С. 91-116.
- Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. СПб.: Медицина, 1998.
- Справочник по клиническим функциональным исследованиям / Под ред. А.Гиттера, Л.Хильшейера. М: Медицина, 1966. С. 326-328
- Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической химии. Минск, 1982. С. 59.
- Шевцова З.В., Ардзинба С.К. Гепатит А (новый взгляд на старое заболевание) // Академические записки, 2004, №3. С. 62-66.