

ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ НА IX ВСЕСОЮЗНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

Доктор медицинских наук А. Я. ЯРОШЕВСКИЙ

(Ленинград)

С 23 по 25 октября в Ленинграде проходила IX Всесоюзная конференция терапевтов, посвященная 40-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции.

На конференции был заслушан ряд докладов, посвященных успехам отдельных разделов терапии за 40 лет социалистического строительства.

С обзорным докладом о достижениях клинической медицины выступил действительный член АМН, проф. Н. И. Гращенков. Успехам советской кардиологии посвятил свой доклад действительный член АМН А. Л. Мясников. На конференции был зачитан доклад действительного члена АМН СССР А. А. Багдасарова об основных достижениях в области гематологии и переливания крови. В заключение член-корр. АМН СССР, проф. Д. А. Яблоков сделал обзор основных работ советских ученых в области специфических и неспецифических заболеваний легких.

Содержание этих докладов уже неоднократно являлось предметом широкой публикации (см. «Терапевтический архив», № 10, 1957) и вряд ли целесообразно делать это вновь в настоящем сообщении.

В течение 24 и 25 октября на конференции подверглась подробному и, подчас, весьма острому обсуждению проблема хронических гепатитов и циррозов печени.

Программный доклад на тему «Хронические гепатиты и циррозы печени» сделал действительный член АМН СССР Е. М. Тареев. Хронические гепатиты могут, по мнению докладчика, иметь различные этиологические факторы. С точки зрения классификации прежде всего необходимо выделение группы очаговых и разлитых воспалительных поражений печени. Последние, в свою очередь, разделяются на преимущественно мезенхимальный и паренхиматозный, или эпителиальный, гепатиты. Рядом с диффузными гепатитами должны быть поставлены жировая и другие дистрофии печени. К группе очаговых гепатитов относятся абсцессы печени, гуммы, реактивные гепатиты при паразитарных кистах и др. Мезенхимальные гепатиты проявляются в виде ретикулоэндотелиальной спленоmegалии, протекая без желтухи и прогрессирования в сторону некроза печеночных клеток, но с признаками диспротеиноза и гиперсплении. Подобные гепатиты наблюдаются при висцеральном лейшманиозе, малярии, септическом эндокардите. К диффузному поражению печени могут вести и паразитарные холангиты (описторхоз).

Гепатиты, развивающиеся при коллагенозах и лекарственной болезни относятся к категории токсико-аллергических. Однако, наиболее постоянным поражением печени при системной волчанке является ее жировая дистрофия. Желтушные гепатиты могут развиваться и при сывороточной болезни, при лечении атофаном, сульфаниламидами, антибиотиками и др.

Жировая дистрофия печени клинически иногда напоминает алкогольный цирроз. Особенно тяжело протекает так называемая «малая жирная печень», при которой наблюдаются кахексия, асцит, анасарка, низкая РОЭ, гипопроteinемия, язвенно-некротические поражения. Жировая дистрофия печени, кроме коллагенозов, наблюдается при резекции желудка и при передозировке антибиотиков. После многолетней жировой дистрофии может развиваться цирроз.

Среди хронических гепатитов особое внимание привлекает гепатит при болезни Боткина, встречающийся в двух вариантах: 1) с исходом в цирроз, 2) хронический боткинский гепатит мягкого, доброкачественного течения, протекающий с периодами обострения. У большей части больных с увеличением печени, селезенки и билирубинемией после болезни Боткина в конце концов наступает выздоровление.

Говоря о циррозах печени, докладчик особо подчеркивает их связь с болезнью Боткина и особенно — с острой желтой атрофией печени. По данным клиники Е. М. Тареева, из 190 случаев цирроза в 140 (почти в 75%) можно было признать боткинскую природу заболевания. Этот «боткинский цирроз» характеризуется диспептическими жалобами, метеоризмом, поносами, выраженным болевым синдромом, лихорадкой (в 68%), геморрагиями (90%), болями в суставах и мышцах, увеличением печени и селезенки (87%), часто — желтухой с неполным обесцвечиванием испражнений, волнообразным течением и целым рядом биохимических изменений и поражением ряда органов и систем.

Развитие цирроза наблюдается преимущественно у лиц с тяжелым течением начального заболевания болезнью Боткина. С этой точки зрения оно должно чаще наблюдаться при сывороточном гепатите, который протекает более тяжело.

Признавая ряд других факторов (недостаточное лечение; алкоголизм), автор не считает возможным ставить их на первое место.

Прогрессирование возникшего цирротического процесса вызывается целым рядом факторов, из которых надо отметить самую активную вирусную инфекцию, а также механизмы инфекционной аллергии и аутоиммунизации.

Кроме боткинского, существуют и другие циррозы (инфекционные), но роль их весьма невелика. Могут иметь место токсико-аллергические циррозы (при ревматоидном артрите, например). Наконец, классический цирроз, хоть и не часто, может иметь алиментарное происхождение.

Для профилактики циррозов печени, по мнению докладчика, имеются две основных предпосылки — борьба с болезнью Боткина и полноценное, богатое белком липотропное питание, а также наилучшее лечение других болезней, которые могут вести к хроническому гепатиту и циррозам печени. Лечение хронических гепатитов и циррозов печени остается, как правило, малоэффективным.

Проф. М. А. Ясиновский (Одесса) в своем ярком докладе «Хронические гепатиты и циррозы печени как следствие болезни Боткина» в общем присоединился к мнению Е. М. Тареева о том, что болезнь Боткина является в настоящее время главным фактором, вызывающим хронические гепатиты и циррозы. Исследование 911 лиц, перенесших болезнь Боткина в период от 6 мес. до 5 и больше лет тому назад показало, что у 76,4% из них наблюдались выраженное уплотнение и увеличение печени. Свыше половины обследованных жаловались на боли в области печени; у 36,1% обследованных наблюдалось желтушное окрашивание склер; у 59,2% лиц была выявлена уробилинурия и оказался нарушенным ряд функциональных проб. Большое значение для дальнейшей судьбы больных имеет присоединение дискинетических явлений и воспалительных процессов в желчных путях и пузыре. Автором обнаружено наличие хронического гепатита

у 52,4% лиц, перенесших болезнь Боткина. Аналогичные цифры в отношении выраженного цирроза составляют 6%.

К циррозам, возникшим в результате болезни Боткина должна быть отнесена и значительная доля их из группы «циррозов неизвестного происхождения» (безжелтушные варианты эпидемического гепатита). Из 55 случаев циррозов печени, прослеженных автором, у половины был непосредственный переход из острой формы, а у остальных — наличие гепатита в анамнезе. Чаще встречались смешанные формы циррозов с сочетанием изменений печени, увеличения селезенки, желтухи и асцита.

Применив видоизмененную проф. Гиммельфарбом серологическую реакцию агглютинации вирусом нагруженных бактерий (АВБ), авторы показали, что в 80% случаев тяжелого хронического гепатита и циррозов печени она оказалась положительной. Для перехода в хронические формы заболевания имеют значение тяжесть острой формы и особенно ее продолжительность, которая, в свою очередь, зависит от своевременной госпитализации, соблюдения режима, диеты и полноценного лечения. Большую роль играют предшествующие инфекции, поражения желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, недостаточное питание, алкоголь и т. д. Алкоголь, по-видимому, не сам по себе вызывает цирроз, а основным фактором и здесь является инфекция. Лечение больных при болезни Боткина должно проводиться не только в период нахождения в больнице, но и после выписки из стационара. Проведенная терапия у 160 человек с выраженными изменениями показала, что у 68,7% из них наблюдались значительное улучшение или исчезновение патологических симптомов. В качестве лечебных мер применялись: полноценная диета с введением творога до 300 г в сутки с обильной дачей углеводов, устранением жирной и раздражающей пищи, введение глюкозы, витаминов, липокаина, минеральных вод, печеночных препаратов. В ряде случаев производились дуоденальные зондирования, диатермия области печени, назначение антибиотиков и сульфаниламидов. Необходимо наладить диспансеризацию переболевших болезнью Боткина в любых ее формах, для чего требуется ряд организационных мероприятий в поликлинической и больничной сети.

С интересом был заслушан доклад проф. Н. М. Кончаловской «О значении функциональных проб при хронических гепатитах». Докладчик указал, что ни один из предложенных лабораторных тестов не может сам по себе рассматриваться как надежный показатель функции печени. Однако, лабораторная диагностика прочно вошла в практику и оказывает врачу значительные услуги. Наиболее показательными лабораторными исследованиями при поражении печени следует считать:

- 1) повышение содержания прямой фракции билирубина в сыворотке;
- 2) уменьшение протромбинового числа;
- 3) динамические изменения фосфолипидов в сыворотке до и после лечения липотропными веществами (эти данные особенно показательны для токсического и дистрофического повреждения);
- 4) исследование белков сыворотки (имеется параллелизм между клиническими симптомами и лабораторными показателями).

Как и следовало ожидать, доклад проф. С. М. Рысса «О терапии циррозов печени» привлек большое внимание всех собравшихся.

Докладчик наметил три основных направления терапевтических вмешательств при циррозах:

- 1) стремление максимально восстановить нарушенные функции печени или предупредить наступление их нарушения;
- 2) воздействие на сопутствующую циррозам инфекцию желчных путей;
- 3) борьба с портальной гипертензией.

К лечебным факторам принадлежат вещества липотропного действия, куда относятся белки мяса, рыбы и творога. Липотропный эффект непосредственно осуществляется холином; метионин же способствует эндогенному образованию холина. Белок должен входить в состав диеты в количестве не менее 1 г на 1 кг веса тела (в среднем 100 г). Введение жира до 100 г в день можно считать оправданным. Содержание углеводов в такой диете составляет 250—350 г. Целесообразно также и назначение холина в дозах 4—8 г в день в 3—4 приема.

В витаминотерапии циррозов печени наибольшего внимания заслуживает витамин В₁₂ (способствует образованию холина и метионина и, возможно, сам обладает липотропным эффектом; улучшает функциональные пробы). Разовая доза витамина В₁₂ — 100 γ; ее следует назначать через день в течение 20—30 дней, с последующим месячным перерывом и повторным курсом В₁₂-витаминотерапии. Больным показано введение аскорбиновой и никотиновой кислоты, а также витамина А. Количество натрия в пище подобных больных должно быть ограничено (1—2 г соли в день). В ряде случаев целесообразно назначение ртутных мочегонных (по 2 мл через каждые 3 дня в сочетании с хлористым аммонием). Из новых мочегонных средств нужно указать на зарубежный диамокс и отечественный диакарб.

АКТГ и кортизон должны быть дополнительно изучены, прежде чем давать какие-либо рекомендации о включении этих гормонов в комплексную терапию циррозов печени.

При наличии инфицирования желчных ходов показано назначение антибиотиков (желательно в соответствии с определяемой чувствительностью к ним выделенных микроорганизмов). Обычно уместно одновременное назначение нескольких антибиотиков, в сочетании с большими дозами витаминов всей группы В и витамина К.

Важное место в лечении симптомов портальной гипертензии занимает оперативное вмешательство (различные варианты операции портотомии, портальной кавальной анастомоза), дающее удовлетворительные непосредственные результаты.

В результате проведенного комплексного лечения возможно сохранение трудоспособности и удлинение сроков жизни больных.

Обстоятельный доклад проф. А. С. Вишневого был посвящен *курортному лечению хронических гепатитов и циррозов печени*. Проанализировав большой материал, докладчик пришел к выводам о том, что для курортного лечения наиболее показанными являются больные с остаточными явлениями после перенесенных острых гепатитов различной этиологии, а также с хроническими гепатитами. Весьма важным условием успешности курортной терапии является своевременное направление больных уже на ранних этапах заболевания. Возможность более или менее эффективного курортного лечения не исключается и у больных с хроническими гепатитами большой давности; однако, в этих случаях требуются повторные длительные курсы лечения. Выраженные формы циррозов печени категорически противопоказаны для направления на курорты.

По всем заслушанным докладам развернулись оживленные прения, в которых участвовало 50 человек. Одним из наиболее дискуссионных явился вопрос о частоте перехода болезни Боткина в хронический гепатит и цирроз печени, а также роль эпидемического вирусного гепатита в происхождении циррозов. Все выступавшие согласились, что значение болезни Боткина в происхождении хронических гепатитов и циррозов достаточно велико, и необходимо наладить диспансеризацию перенесших это заболевание лиц.

Однако, приведенные материалы в количественном отношении оказались различными. В то время как М. А. Бренер считает, что почти все

случаи цирроза есть исход болезни Боткина, по данным И. Лихциера, это имеет место лишь в 30%, причем у всех больных имелись длительные заболевания малярией и энтероколитом. И. М. Фунт из 74 больных циррозом нашел болезнь Боткина в анамнезе у 43 (и в этом случае все они страдали дизентерией, малярией или бруцеллезом). А. И. Левин приводит цифру — 42%; В. А. Симагин — 28%; А. Я. Ярошевский нашел в анамнезе указания на болезнь Боткина у 4 из 31 больного циррозом; И. М. Срибнер считает вредным мнение о том, что болезнь Боткина есть *главный* этиологический фактор циррозов.

Проведенное длительное наблюдение над больными, перенесшими вирусный гепатит, показало, что через 10 лет хронические гепатиты и циррозы оказались у 11% обследованных (В. Я. Чекин); по данным В. А. Симагина, это имело место у 3 из 70 больных. Б. Б. Коган считает правильной цифру, равную 6%. Среди факторов, способствующих переходу болезни Боткина в хронические формы, отмечались воспалительные изменения в желчных путях (В. А. Симагин, И. М. Срибнер, И. М. Ганджа, А. Я. Ярошевский), поздняя и недлительная госпитализация, нерациональное питание, сопутствующие заболевания.

Наряду с болезнью Боткина, серьезное значение для происхождения хронических гепатитов и циррозов имеют хронические воспалительные изменения желчных путей — холангиты (Б. А. Авротинская, Ю. И. Лакоза, Е. В. Сидорова, И. М. Срибнер, И. М. Ганджа, А. Я. Ярошевский). Н. С. Молчанов отметил в своем выступлении, что среди холангитов и холециститов имеют несомненное значение и те формы, где нельзя сомневаться в патогенной роли лямблиоза.

З. И. Умидова указала, что в Узбекистане хронические гепатиты и циррозы печени связаны с бруцеллезом и алиментарными токсическими (гелиотропными) гепатитами.

На значение туберкулеза и бруцеллеза в происхождении хронических поражений печени указал и З. М. Малкин, не отрицавший вместе с тем и роли в этом отношении болезни Боткина.

Л. М. Рахлин отметил, что в заслушанных докладах не получили отражения такие формы поражения печени, как субхроническая и хроническая дистрофия, не указано было на наличие паренхиматозных поражений печени у больных с декомпенсированными пороками сердца.

Ряд выступавших дополнил основной доклад описанием добавочных методов диагностического характера. Так, П. И. Егоров указал, что радиоактивный йод (J^{131}) накапливается в печени и выделяется в высокой концентрации с желчью; вследствие этого, при помощи этого метода можно в известной мере судить о функциональном состоянии печени.

И. Б. Шулутко обратил внимание на зависимость от функции печени проницаемости, определяемой при помощи введенного внутривенно гистамина.

На ценность электрофоретического исследования белковых фракций, определения щелочной фосфатазы и активности сывороточной холинэстеразы как методов определения функционального состояния печени указал З. И. Малкин.

Н. С. Молчанов отметил, что до настоящего времени не вошла в широкий обиход необходимая в ряде случаев пункция печени.

С большим интересом было заслушано сообщение Е. Л. Назаретян о производимой ею при заболеваниях печени лапароскопии.

Большинство выступавших в прениях согласилось с основными положениями докладчиков о терапии хронических гепатитов и циррозов.

Ряд авторов подтвердил благоприятное влияние витаминов B_{12} и B_6 (Лихциер, Судакова, И. М. Раскина). Вместе с тем З. И. Малкин, отме-

тив положительное действие никотиновой кислоты и витамина Е, не получил четких данных в отношении витамина В₁₂.

Б. Б. Коган и И. М. Ганджа считают целесообразным назначение при циррозах АКТГ и кортизона.

З. А. Бондарь в случаях, где при циррозах имела место лихорадка, назначала с эффектом бутадиион. Что касается диетотерапии, то Ф. К. Меньшиков считает, что содержание белка должно составлять около 1,5 г на кг веса; количество жиров — 1—1,5 г на кг веса; необходимо введение витаминов С, А, К, В₂, В₆, В₁₂, а также назначение липотропных веществ.

В заключительном слове председательствовавший проф. А. Л. Мясников подвел итоги работы конференции по этой проблеме.

Конференция приняла специальную резолюцию, которая будет опубликована в трудах конференции.

В целом нужно отметить, что IX Всесоюзная конференция терапевтов проделала большую и плодотворную работу, направленную на изучение одного из наиболее сложных и трудных разделов клиники внутренних болезней.

Статья поступила 17 декабря 1957 г.
