

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЙ ОСТРЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

Гулмира Сайбилдаевна Суранбаева^{1*}, Алтынай Борубаевна Мурзакулова²,
Жумагуль Абдрахмановна Анарбаева³, Эльвира Мамановна Жакишева⁴

¹Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», г. Бишкек, Кыргызстан,

²Ошская межобластная объединённая клиническая больница, Кыргызстан,

³Территориальная больница, г. Кизил-Кия, Кыргызстан,

⁴Национальный госпиталь, г. Бишкек, Кыргызстан

Реферат

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических и лабораторных характеристик острого вирусного гепатита С при внутрибольничной вспышке, которая произошла в Аксыском районе Кыргызской Республики.

Методы. Исследование проведено на базе инфекционного отделения Аксыской территориальной больницы. Под наблюдением находились 20 больных острым вирусным гепатитом С. Все больные до поступления в инфекционное отделение получали в среднем в течение 32 дней стационарное лечение в отделении неврологии этой же больницы (первый больной поступил в инфекционное отделение 31.07.2006, последний — 06.10.2006). Были использованы следующие методы исследования: эпидемиологические, клинико-биохимические, серологические, вирусологические и инструментальные.

Результаты. Острый гепатит С протекал в 19 случаях в виде моноинфекции, в 1 случае — на фоне позитивного статуса по поверхностному антигену вируса гепатита В. Все больные острым гепатитом С перенесли типичную форму болезни, преобладали пациенты с течением заболевания средней тяжести. Анализ эпидемиологических данных показал, что всем наблюдаемым больным, находившимся в отделении неврологии, инъекции осуществляли одноразовыми шприцами, иглорефлексотерапию не проводили. За последние 6 мес парентеральных и оперативных вмешательств, гемотрансфузий, санации ротовой полости не было. Контакт с больным вирусным гепатитом все отрицали. Только в 1 случае больной указал на перенесённый в детстве вирусный гепатит. По-видимому, в данной вспышке гепатита С имел место «парентеральный» путь передачи инфекции, так как все больные поступали в инфекционное отделение только из неврологического отделения и в анамнезе все указывали на внутривенное введение препаратов.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит С, клиника, эпидемиология, диагностика.

HOSPITAL-ACQUIRED ACUTE VIRAL HEPATITIS C

G.S. Suranbaeva¹, A.B. Murzakulova², Zh.A. Anarbaeva³, E.M. Zhakishева⁴

¹Scientific and Production Centre for «Preventive Medicine», Bishkek, Kyrgyz Republic,

²Osh Interregional United Hospital, Osh, Kyrgyz Republic,

³Territorial Hospital, Kizil-Kiya, Kyrgyz Republic,

⁴National Hospital, Bishkek, Kyrgyz Republic

Aim. To investigate clinical, epidemiological and laboratory features of acute viral hepatitis C hospital outbreak, registered in Aksy District, Kyrgyz Republic.

Methods. The study was performed at department of infective diseases of Aksy Territorial hospital. 20 patients with acute hepatitis C were surveyed. All these patients were treated in the department of neurology of the same hospital (first one was admitted on 31.07.2006, last one — on 06.10.2006) for the mean term of 32 days before being admitted to the department of infective diseases. Epidemiologic, clinical and biochemical, serologic, virologic and instrumental methods were applied.

Results. Acute hepatitis C was present as single infection in 19 cases, in was case it was associated with presence of surface antigen of the hepatitis B virus (HB_sAg). All patients with acute hepatitis C had typical clinical pattern of the disease, moderate disease severity was the most common. Epidemiologic investigation revealed that all these patients while been treated at the department of neurology, got injections using disposable syringes, no acupuncture was administered. None of them had parenteral and surgical interventions, blood transfusions, dental treatments 6 months prior to the admission. All of them denied any contact with any patients with known hepatitis C. One patient had survived acute viral hepatitis in childhood. It appears that this hepatitis C infection outbreak was related to parenteral transmission because all patients were admitted to the infectious department from a neurologic department only and all reported a history of receiving intravenous drugs.

Keywords: acute viral hepatitis C, clinical features, epidemiology, diagnosis.

Вирусный гепатит С (ВГС) представляет собой серьёзную проблему для здравоохранения во всём мире. Длительное латентное бессимптомное течение ВГС создаёт трудности для своевременной диагностики заболевания. В большинстве случаев (до 80–90% случаев) инфицирование ВГС приводит к развитию хронического гепатита. Как правило (до 75–85% наблюдений) начальный период заболевания

протекает стёрто, бессимптомно. Манифестные желтушные формы острого ВГС (ОВГС) возникают лишь у 20% инфицированных, среди которых преобладают пациенты старшей возрастной группы [1]. Показано, что хронический процесс развивается как при манифестных, так и при бессимптомных формах ОВГС. Выздоровление при ОВГС происходит только у 20–25% больных [2, 3].

Клинически манифестная форма не характерна для детей, но среди возрастной группы

старше 40 лет ВГС – самый распространённый острый гепатит [4]. Клиническая картина ВГС может варьировать от бессимптомной до фульминантной формы. Независимо от путей передачи вируса гепатита С у 75% больных выявляют повышение активности аланинаминотрансферазы, у 70% – увеличение содержания билирубина. Исследователями было показано преобладание лёгких форм заболевания [6].

Передача вируса гепатита С наиболее часто ассоциируется с переливанием крови и её препаратов, трансплантацией инфицированных органов и совместным использованием контаминированных игл наркоманами [5]. Данные Центра по контролю и профилактике заболеваний США свидетельствуют о том, что 4% случаев ОВГС ассоциировано с переливанием крови, 38% – с использованием наркотиков, 3% – с профессиональным контактом, 14% больных инфицированы половым путём или посредством домашних контактов, в 14% случаев путь передачи остаётся не идентифицированным.

Проблеме ОВГС посвящены лишь отдельные работы, касающиеся клинической картины заболевания, выполненные в последние годы, когда определение маркёров ВГС стало доступным в практической работе. В Кыргызстане ВГС официально регистрируют с 1996 г., когда в практику был внедрён иммуноферментный анализ, позволивший расширить спектр маркёров ВГС. В Кыргызской Республике около 4%, или около 200 тыс. человек, являются хронически инфицированными вирусом гепатита С, в некоторых группах риска частота инфицированности доходит до 70%.

Целью нашего исследования было изучение клинико-эпидемиологических и лабораторных характеристик ОВГС при внутрибольничной вспышке, которая произошла в Аксыйском районе Кыргызской Республики.

Исследование проведено на базе инфекционного отделения Аксыйской территориальной больницы. Под нашим наблюдением находились 20 больных ОВГС. Все больные до поступления в инфекционное отделение получали в среднем в течение 32 дней стационарное лечение в отделении неврологии в этой же больнице (первый больной поступил в инфекционное отделение 31.07.2006, последний – 06.10.2006). В дальнейшем поступление больных с вирусными гепатитами в инфекционное отделение из числа ранее госпитализированных в неврологическое не зарегистрировано.

У всех больных выявлялась фоновая неврологическая патология: последствие закрытой черепно-мозговой травмы (11), состояние после ишемического инсульта (3), дисциркуляторная энцефалопатия (4), вторичная люмбоишалгия (1), церебральный арахноидит (1), эпилепсия (1). У 8 (40%) больных была зарегистрирована анемия 1-й степени. Все обследованные были анкетированы. Анкеты включали демографические, клинико-лабораторные, биохимические и

эпидемиологические данные. Длительность инкубационного периода определяли по данным эпидемиологического анамнеза.

При биохимическом исследовании крови определяли уровень общего билирубина, активность аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы, проводили тимоловую и сулемовую пробы. Содержание общего белка и протромбиновый индекс определяли по показаниям.

Первичная лабораторная расшифровка этиологического фактора острых вирусных гепатитов проводилась в лаборатории диагностики СПИДа Аксыйского района, а в дальнейшем была подтверждена в Республиканской референс-лаборатории по диагностике вирусных инфекций (НПО «Профилактическая медицина»).

Сыворотку крови пациентов исследовали методом иммуноферментного анализа на маркёры вирусных гепатитов: гепатита А (антитела к вирусу гепатита А класса М), гепатита В (поверхностный антиген вируса гепатита В, антитела к ядерному антигену вируса гепатита В классов М и G, антиген Е вируса гепатита В), гепатита D (антитела к вирусу гепатита D) и ВГС (антитела к вирусу гепатита С).

Степень тяжести состояния больных определяли по общепринятым критериям.

Все обследованные больные были жителями Аксыйского района, возраст варьировал от 17 до 83 лет, доля женщин составляла 40%. ОВГС в 19 случаях протекал в виде моноинфекции и только в 1 случае – на фоне позитивного статуса по НВ_sAg. Все больные ОВГС перенесли типичную форму болезни.

Данные литературы о частоте развития типичных желтушных форм ОВГС варьируют в широких пределах – от 20 до 74% [8, 9]. Было показано, что для ВГС характерно преобладание лёгких форм заболевания [7]. Однако полученные нами результаты свидетельствуют о преобладании среднетяжёлых форм среди больных ОВГС.

Анализ эпидемиологических данных показал, что всем наблюдаемым больным, находившимся в отделении неврологии, инъекции осуществляли одноразовыми шприцами, игло-рефлексотерапию не проводили. За последние 6 мес парентеральные и оперативные вмешательства, гемотрансфузии, санацию ротовой полости больным не проводили. Контакт с больными вирусным гепатитом все отрицали. Только в 1 случае пациент указал на перенесённый в детстве вирусный гепатит.

Больные поступали в стационар по направлениям из поликлиники. Их состояние при госпитализации в стационар оценено как среднетяжёлое у 15 (75%) больных, как тяжёлое – у 5 (25%) человек.

У 6 (30%) больных отмечено постепенное развитие заболевания, у 14 (70%) – острое. У всех пациентов чётко выделялись характерные периоды болезни. Как при остром, так и при

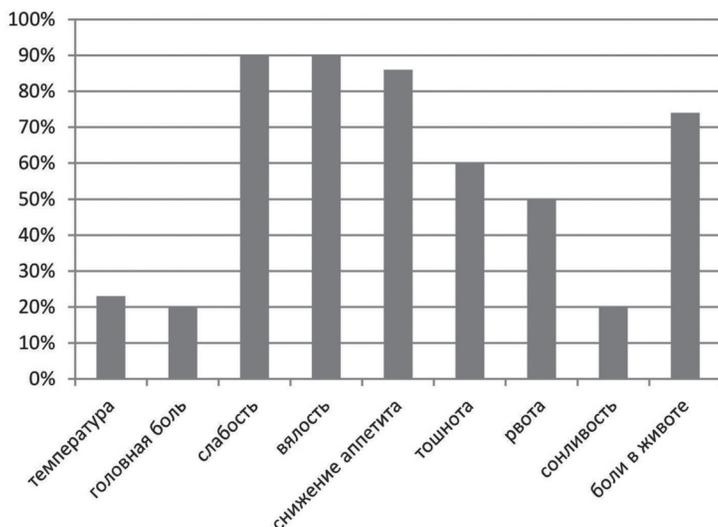


Рис. 1. Характеристика преджелтушного периода острого вирусного гепатита С.

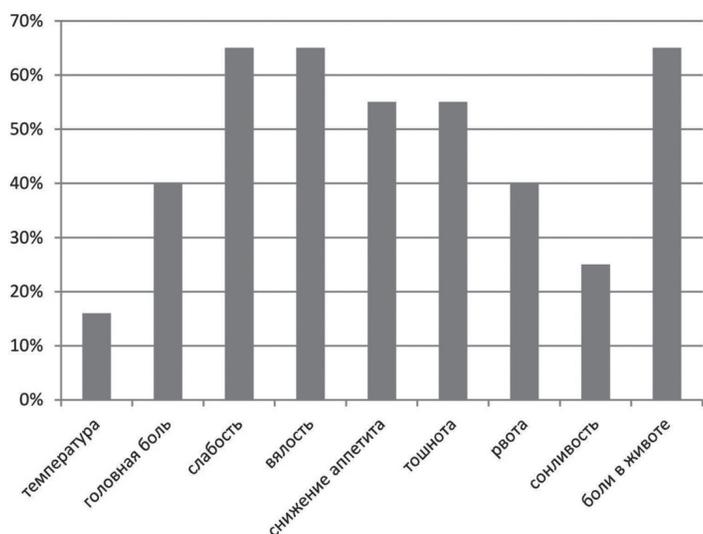


Рис. 2. Характеристика желтушного периода острого вирусного гепатита С.

постепенном развитии заболевания уже в преджелтушном периоде появлялись клинические признаки ОВГС (рис. 1).

Ведущими синдромами в преджелтушном периоде были интоксикационный и диспептический. У 1 больного выявлена кратковременная артралгия. В конце преджелтушного периода у всех пациентов происходило изменение цвета мочи и кала. В среднем длительность преджелтушного периода составила $7,6 \pm 5,7$ дня.

С началом желтушного периода ОВГС в большинстве случаев наблюдалось улучшение общего состояния больных: уменьшились симптомы интоксикации и диспептические расстройства. Следует отметить, что улучшение самочувствия больных происходило через 2–3 дня после появления желтухи. В основном встречались те же

симптомы, которые были выявлены в преджелтушном периоде: слабость, вялость, снижение аппетита, боли в животе и эпигастральной области, тошнота, рвота, повышение температуры тела. Головная боль и сонливость были более выраженными в желтушном периоде у больных с тяжёлой формой. Клиническая характеристика ОВГС в желтушном периоде приведена на рис. 2. Желтуха, присутствующая у больных ОВГС, была слабой у 4 (20%), умеренной – у 11 (55%), выраженной – у 5 (25%) пациентов.

У 5 (25%) больных диагностирована тяжёлая форма ОВГС. Клинические проявления преджелтушного периода у больных с тяжёлой формой не отличалось от таковых при средне-тяжёлой. Желтушный период характеризовался усилением симптомов интоксикации и диспеп-

тических расстройств. Желтуха у всех больных была интенсивной и во всех случаях сопровождалась кожным зудом. Тяжесть состояния не была обусловлена сопутствующим заболеванием. Концентрация общего билирубина в среднем составляла 195,9 мкмоль/л.

Наряду с отмеченными лабораторными показателями при тяжёлой форме выявлено нарушение белкосинтезирующей функции печени. Оно характеризовалось уменьшением содержания общего белка до $53,9 \pm 20,3$ г/л. При тяжёлой форме болезни отмечались предвестники неблагоприятного течения болезни: головная боль, нарушение сна, анорексия, повторная рвота, боли в животе.

Продолжительность желтушного периода ОВГС в среднем составляла $11,8 \pm 7,0$ дней.

Печень была увеличена у всех обследованных, она выступала ниже реберной дуги на 2,2–2,8 см, у большинства больных при пальпации была болезненной, имела эластичную консистенцию. Спленомегалия не отмечена ни у одного больного.

Изменения в периферической крови не отличались от таковых при других ОВГС — умеренная лейкопения с относительным лимфоцитозом.

При биохимическом исследовании крови выявлялись максимальные нарушения функциональных показателей печени с билирубинемией от 45,6 до 257,9 мкмоль/л (в среднем $120,95 \pm 11,2$ мкмоль/л), 10–12-кратным увеличением активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы.

Тимоловая проба оставалась в пределах нормы (6 ед.). Уровень общего белка определяли только у больных с тяжёлой формой ОВГС, этот показатель был снижен ($53,9 \pm 20,3$ г/л) относительно нормы.

При всех формах ОВГС концентрация общего билирубина имела быструю тенденцию к снижению. К моменту выписки больных все биохимические показатели нормализовались.

Результаты иммуноферментного анализа позволили обнаружить у всех больных в крови антитела к вирусу гепатита С, что, подтверждало диагноз ОВГС. У 1 больного ОВГС в крови обнаружен Hb_sAg .

Продолжительность пребывания больных ОВГС в инфекционном отделении составила в среднем $12,4 \pm 7,2$ дня.

Наряду с базисной терапией всем больным со среднетяжёлой формой проводили инфузионную терапию с целью дезинтоксикации. 1 больному была назначена антибактериальная терапия по

поводу сопутствующей острой респираторной инфекции. При тяжёлой форме гепатита все больные получали внутривенную дезинтоксикационную терапию в течение 5–6 дней, им был также назначен бензилпенициллин внутримышечно из-за тяжёлого состояния курсом 5–7 дней, была проведена патогенетическая терапия.

ВЫВОДЫ

1. По сравнению с литературными данными клиническая картина острого вирусного гепатита С у обследованных пациентов имела ряд особенностей: (1) чаще всего (70% случаев) наблюдалось острое развитие болезни; (2) преобладали пациенты со среднетяжёлой формой заболевания, лёгкая форма не зафиксирована; (3) зарегистрирована цикличность течения; (4) отмечено улучшение общего состояния с началом желтушного периода у больных со среднетяжёлой формой болезни; (5) концентрация общего билирубина имела тенденцию к быстрому снижению; (6) была характерна кратковременность пребывания в инфекционном отделении (12 дней).

2. Повидимому, в данной вспышке вирусного гепатита С имел место парентеральный путь передачи инфекции, так как все больные поступали в инфекционное отделение только из неврологического отделения и в анамнезе указывали на внутривенное введение препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита: Практическое руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. — 432 с. [Meyer K.P. Hepatitis and consequences of hepatitis: Practical guidelines. Moscow: GEOTAR-Media. 1999: 432. (In Russ.)]
2. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты в клинической практике. — СПб.: Теца, 1996. — С. 204–234. [Sorenson S.N. Viral hepatitis in clinical practice. Saint-Petersburg: Teza. 1996: 204–234. (In Russ.)]
3. Alter M.J., Margolis H.A., Krawczynski K. et al. The natural history of community-acquired hepatitis C in the United States // N. Engl. J. Med. — 1992. — Vol. 327. — P. 1899–1905.
4. Burh J., Miller R.H., Pursell R.H. Genetic heterogeneity of hepatitis C virus: quasispecies and genotypes // Semin. Liver Dis. — 1995. — Vol. 15. — P. 41–63.
5. Center for Disease Control. Hepatitis Surveillance Report. — 1994. — P. 135.
6. Liav Y., Tssai S., Sheem I. et al. Clinical and virological course of chronic hepatitis B virus infection with hepatitis C and D virus markers // Am. J. Gastroenterol. — 1998. — Vol. 93. — P. 354–359.