

## Г.М. Дубинська, О.М. Ізюмська, О.М. Минак, Н.В. Грінченко, Л.Л. Кривенко

# ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

*Аналіз перебігу гострого гепатиту В (ГГВ) в осіб з хронічними захворюваннями дихальних шляхів в анамнезі показав, що ГГВ характеризується поліморфізмом клінічних проявів переджовтяничного періоду, тяжким ступенем хвороби та довшою тривалістю жовтяничного періоду, що вказує на необхідність подальшого визначення індивідуальної лікувальної тактики.*

Відомо, що клінічні прояви вірусних гепатитів та їх віддалені наслідки залежать від сукупності факторів: етіологічного чинника, стану макроорганізму (рівня загальної резистентності та імунологічного захисту) і впливу екологічних факторів [1]. Особливості сучасного перебігу інфекційних захворювань, а саме зростання тяжких і ускладнених форм, значною мірою пов'язують зі зниженням рівня загальної резистентності макроорганізму [2, 3]. Згідно з даними літератури, при зниженні рівня загальної резистентності зменшується толерантність до дії будь-яких ушкоджуючих впливів і підвищується сприйнятливість до інфекцій, перш за все – дихальних шляхів [4]. Клінічні спостереження показують, що окремі випадки ГГВ мають відмінну клінічну картину від загальноновизнаної. Для з'ясування припущення, що ГГВ у людей з передуючими рецидивними хронічними інфекціями дихальних шляхів може мати клініко-патогенетичні особливості, було виконане дослідження, метою якого стало зіставлення перебігу ГГВ у хворих з хронічними ураженнями дихальних шляхів в анамнезі та без них.

### Матеріали і методи

Перебіг ГГВ проаналізований у 68 хворих різної статі молодого віку (середній вік – 29,00±2,05 року). Діагноз виставляли на підставі клініко-епідеміологічних даних і підтверджували за наявності специфічних серологічних маркерів ГГВ (анти-НВс IgM, НВсAg, НВсAg) та відсутності маркерів інших вірусних гепатитів (анти-НАV IgM, анти-НСV(сум), анти-НDV), які визначали методом ІФА за допомогою підтверджувальних тест-систем (НВВ «Диагностические системы», Росія).

Обстежені були розподілені на основну і контрольну групи, залежно від визначеного у них рівня резистентності, який оцінювали за підрахунком гострих респіраторних захворювань протягом 1 року життя [5, 6]. В основну групу увійшли 26 хворих (жінок – 20, чоловіків – 6) з низьким рівнем резистентності, тобто такі, в яких рецидивні інфекції дихальних шляхів реєструвалися протягом останнього року не менше 3 разів. Термін «низький рівень резистентності» потребує уточнення з позицій Міжнародної класифікації хвороб (МКХ). Так, інфекції верхніх дихальних шляхів діагностували у 76,9 % осіб основної групи, їх спектр був представлений: рецидивним ринітом (код J31.0), назофарингітом (J31.1), фарингітом (J31.2), ларинготрахеїтом (J37.1). Ураження нижніх дихальних шляхів реєстрували в 23,1 % осіб у вигляді рецидивного простого бронхіту (J41.0). Хронічний тонзиліт (J35.9) як самостійне захворювання або як супутня патологія дихальних шляхів мав місце у 42,8 % обстежених. Інша патологія ЛОР-органів в основній групі була представлена хронічним гайморитом і синуситами іншої локалізації (J32) й відзначалася в 37,1 % обстежених.

У контрольну групу увійшло 42 хворих на ГГВ (жінок – 24, чоловіків – 18) з високим рівнем резистентності. Всі вони практично не хворіли або рідко (0,5-1 раз на рік) переносили ГРЗ. Нозології, об'єднані терміном ГРЗ, включали риніт, назофарингіт, ларинготрахеїт, бронхіт і тонзиліт. Групи порівняння були рівноцінні за статтю, віком, супутньою патологією.

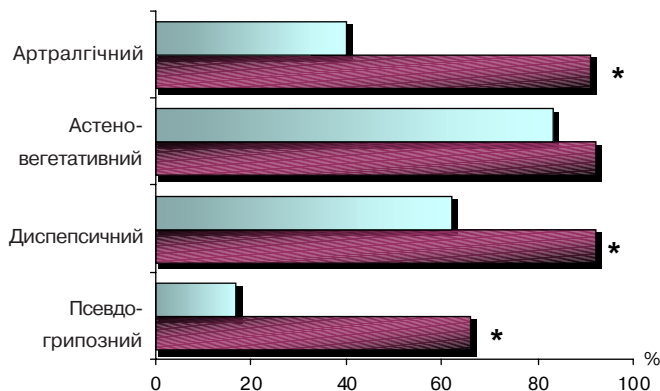
### Результати досліджень та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що перебіг ГГВ у людей з низьким рівнем резистентності зберігає типові риси, але має особливості та відмінності порівняно з хворими, в яких визначається високий рівень резистентності.

Так, ГГВ у більшості хворих обох груп розпочинався поступово з переджовтяничного періоду (92,3 % в основній і 92,9 % у контрольній групах,  $P>0,05$ ) і характеризувався погіршенням загального стану, слабкістю, втомлюваністю тощо. Переджовтяничний період тривав у середньому (11,75±1,19) доби в основній і (8,27±0,68) – у групі порівняння ( $P<0,02$ ). В обох групах превалював змішаний варіант переджовтяничного періоду, але за частотою виявлення

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

основних клінічних синдромів групи суттєво відрізнялися між собою (мал. 1).



Мал. 1. Частота основних клінічних синдромів переджовтяничного періоду у хворих на ГГВ.

Примітки (тут і далі): ■ – контрольна, ■ – основна група; \* – достовірна різниця показників між групами ( $P < 0,05$ ).

Як видно з малюнку 1, у переджовтяничному періоді у хворих основної групи артралгічний, астеновегетативний і диспепсичний синдроми виявлялися закономірно і реєструвалися майже сто відсотково. У контрольній групі переважали ознаки астеновегетативного синдрому (83,3 %), а диспепсичний та артралгічний діагностували у суттєво меншій кількості хворих (61,9 і 40,5 % відповідно). Особливо слід відзначити, що у 66,7 % пацієнтів основної групи захворювання розпочалося з підвищення температури тіла, що дозволило зареєструвати псевдогрипозний варіант переджовтяничного періоду.

Значні відмінності виявлені при аналізі основних синдромів переджовтяничного періоду. Як зазначалося вище, в усіх обстежених превалював змішаний тип переджовтяничного періоду, але групи між собою відрізнялися не лише за частотою виявлення основних клінічних синдромів, а й за їх яскравістю.

Так, артралгічний синдром, який вважається характерним для ГГВ, закономірно виявлявся у хворих основної групи (92,3 %), а у пацієнтів контрольної мав місце менш ніж у половини (40,5 %,  $P < 0,001$ ). Тривалість артралгічного синдрому у хворих була різною: ( $10,61 \pm 1,03$ ) в основній та ( $5,67 \pm 0,77$ ) днів у контрольній групах ( $P < 0,001$ ).

Астеновегетативний синдром був характерним для більшості обстежених осіб обох груп (90,0 % в основній і 83,3 % у контрольній групах,  $P > 0,05$ ) і проявлявся загальною слабкістю, втомлюваністю,

зниженням працездатності, болем голови, пітливістю тощо. Але яскравість зазначених симптомів, оцінена в балах, та їх тривалість суттєво різнилися між групами. Так, загальна слабкість була оцінена як помірною практично всіма хворими контрольної групи ( $1,04 \pm 0,03$ ) і від помірної до вираженої ( $1,23 \pm 0,06$ ) – пацієнтами основної групи ( $P < 0,01$ ). Аналогічно були оцінені втомлюваність і біль голови ( $0,84 \pm 0,04$  і  $0,50 \pm 0,07$  відповідно,  $P < 0,01$ ) тощо. Клінічні прояви астеновегетативного синдрому у хворих основної групи тривали на 5-7 днів довше, ніж у групі зіставлення ( $P < 0,01$ ).

Диспепсичний синдром достовірно частіше реєструвався у хворих основної групи (91,7 проти 62,5 % у контролі,  $P < 0,01$ ). Нудота була оцінена хворими основної групи від помірної до значної, на відміну від пацієнтів контрольної, які всі без винятку відмітили незначну або помірну нудоту – відповідно ( $1,15 \pm 0,05$ ) і ( $0,85 \pm 0,05$ ) балу ( $P < 0,001$ ). На одноразову блювоту вказували 46,1 % хворих основної і 16,7 % – контрольної груп ( $P < 0,02$ ), на багаторазову – 30,7 і 16,7 % обстежених відповідно ( $P < 0,05$ ). На закрепі в переджовтяничному періоді скаржилися більше половини хворих в основній (53,8 %) і лише незначна кількість (7,1 %) у контрольній групі ( $P < 0,001$ ). Закрепи супроводжувалися здуттям кишечника, яке обстежені основної групи оцінили як помірне ( $0,69 \pm 0,07$ ), а контрольної – як незначне ( $0,24 \pm 0,06$ ) балу,  $P < 0,001$ ). Відчуття важкості або біль у підбер'ях і в епігастральній ділянці відмітили всі без винятку обстежені, але ці симптоми за бальною системою оцінки були значнішими у хворих основної групи ( $P < 0,001$ ). Тривалість основних симптомів диспепсичного синдрому коливалась від 7 до 14 днів і була значно довшою у хворих основної групи.

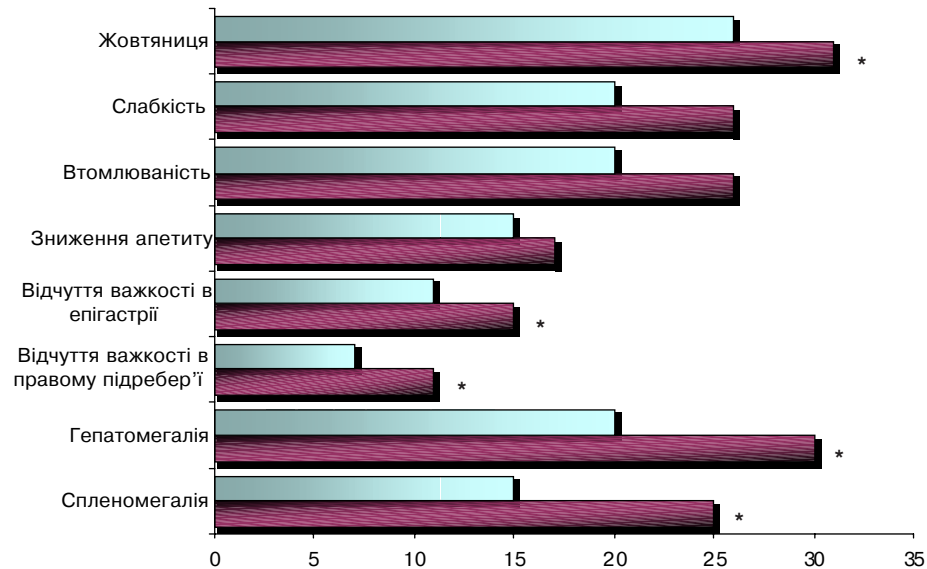
У розпалі хвороби клінічна картина ГГВ в обстежених пацієнтів відрізнялася за тяжкістю: в основній групі легких форм не діагностували, середній ступінь тяжкості мав місце у 83,3 %, тяжкий – у 16,7 % хворих (у групі порівняння – 4,8, 80,9 і 6,0 % відповідно). Хвилеподібний перебіг ГГВ спостерігали лише у хворих основної групи (8,3 %).

Жовтяничний період у представників обох груп характеризувався інтоксикацією, диспепсичними явищами, гепатомегалією тощо. Серед клінічних симптомів найчастіше, без достовірної різниці між групами, спостерігали загальну слабкість, втомлюваність, зниження апетиту, але ступінь зазначених симптомів за бальною оцінкою був вірогідно вищим в основній групі пацієнтів. Нудоту, блювоту та біль голови частіше реєстрували у хворих основної групи – в 2,3 рази ( $P < 0,05-0,01$ ). Гепатомегалія визначалася в усіх обстежених. У 50,0 % хворих основної

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

групи гепатомегалія поєднувалася зі спленомегалією, у контрольній групі збільшення селезінки встановили у 28,6 % осіб ( $P < 0,05$ ). Тривалість основних клінічних симптомів жовтяничного періоду в обстежених пацієнтів відображена на малюнку 2.

Як видно з наведеного малюнку, такі основні клінічні симптоми, як відчуття важкості в епігастрії та правому підребер'ї, жовтяниця, гепато- і спленомегалія, тривали суттєво довше у хворих основної групи. Початок зворотного розвитку хвороби в



Мал. 2. Тривалість основних клінічних симптомів жовтяничного періоду у хворих на ГВВ (у добах).

обстежених обох груп наставав після пігментного кризу: в основній групі в середньому на  $(15,17 \pm 0,35)$ , а в контрольній – на  $(12,75 \pm 0,82)$ -у добу ( $P < 0,01$ ). Жовтяничний період у хворих основної групи тривав в середньому  $(32,16 \pm 1,25)$  в основній та  $(26,87 \pm 1,28)$  діб у контрольній групах ( $P < 0,01$ ). Дослідження віддалених наслідків ГВВ в обстежених основної та контрольної груп триває.

### Висновок

У людей з низьким рівнем резистентності перебіг ГВВ характеризується поліморфізмом клінічних проявів переджовтяничного періоду і тяжким ступенем хвороби та довшою тривалістю жовтяничного періоду, що вказує на необхідність подальшого визначення індивідуальної лікувальної тактики.

### Література

1. Жданов В.М., Ананьев В.А., Стаханова В.М. Вирусные гепатиты. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.
2. Барштейн Ю.А. Вплив факторів зовнішнього середовища на перебіг та завершення інфекційних хвороб // Проблеми діагностики та профілактики інфекційних хвороб.: 4-й з'їзд інфекціоністів України (23-25 вересня 1993 р., Вінниця): Тез. доп. – Київ, 1993. – С. 8-9.

3. Громашевська Л.Л. «Середні молекули» як один з показників «метаболическої інтоксикації» в організмі // Лабор. діагностика. – 1997. – № 1. – С. 11-16.

4. Фролов В.М., Пинский Л.Л. Вторичные иммунодефициты во врачебной практике // Журн. практ. врача. – 1997. – № 3. – С. 18-20.

5. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии детей / Под ред. В.А. Доскина и М.Н. Рахмановой. – М., 1993. – 105 с.

6. Дранник Г.Н., Гриневич Ю.А., Дзизик Г.М. Иммуно-тропные препараты. – Київ: Здоров'я, 1994. – 287 с.

### PECULIARITIES OF ACUTE HEPATITIS B COURSE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES OF THE RESPIRATORY WAYS

H.M. Dubynska, O.M. Izyumska, O.M. Mynak, N.V. Hrinchenko, L.L. Kryvenko

**SUMMARY.** The analysis of acute hepatitis B (AHB) course in patients with chronic diseases of the respiratory ways in anamnesis has shown that AHB is characterized by polymorphism of the clinical manifestations of prejaundice period, severe stage of disease and prolonged duration of jaundice period that points to the necessity of further determination of individual medical tactics.