

© Жданов К.В., Гусев Д.А., Чирський В.С., Лобзін Ю.В., 2005
УДК 616.36-002-036.12-076

К.В. Жданов, Д.А. Гусев, В.С. Чирський, Ю.В. Лобзін

ЗНАЧЕННЯ БІОПСІЇ ПЕЧІНКИ У РОЗПІЗНАВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ У ХВОРИХ З ПЕРЕДБАЧУВАНОЮ ЖОВТЯНИЧНОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ ВАБ ОС

Військово-медична академія, Санкт-Петербург (Росія)

Для діагностики різноманітних клінічних форм мікст-гепатитів В+С, у тому числі й жовтяничних, нерідко доводиться виконувати пункційну біопсію печінки. При цьому висока частота виявлення фіброзу різного ступеня (за нашими даними, у 65,8 % випадків) стала приводом для проведення морфологічних досліджень тканини печінки хворих на моногепатити В і С, що перебігають із синдромом порушення пігментного обміну [1-4]. Протягом багатьох років відомі подібність гострого вірусного гепатиту (ГВГ) і загострення хронічного вірусного гепатиту (ХВГ) за основними клініко-лабораторними ознаками (включаючи виявлення таких маркерів, як HBsAg, анти-HBc IgM, HBeAg, ДНК HBV, анти-HCV core IgM, РНК HCV) [5, 6]. Деяким винятком є анти-HCV (загальні) та анти-HCVns, які частіше рееструються при хронічній HCV-інфекції, а також анти-HCVns4, що свідчать про хронізацію процесу [7, 8]. Більше того, приблизно тільки в третині хворих на хронічну HBV-інфекцію в анамнезі є посилення на перенесену раніше жовтяничну форму ГВГ [9].

У цьому зв'язку становлять інтерес результати нашого спостереження за 68 хворими, що були госпіталізовані до інфекційного стаціонару з діагнозом «гострий вірусний гепатит, жовтянична форма». У процесі обстеження в 18 пацієнтів діагностовано гепатит В, а в 50 – гепатит С.

Переджовтяничний період простежувався в 83 % випадків ГВ і в 62 % випадків ГС. Інші пацієнти (17 і 38 % відповідно) не відзначали будь-яких порушень самопочуття до появи жовтяниці. У більшості хворих переджовтяничний період перебігав за диспепсичним типом (61 і 39 %). Інші варіанти перебігу виявилися менш характерними. Тривалість переджовтяничного періоду склала в середньому 6-10 днів для ГВ і 4-5 днів для ГС.

Жовтяничний період характеризувався наростанням частоти скарг (44 і 32 %), появою жовтяниці, збільшенням розмірів печінки, болючістю її нижнього краю при пальпації (56 і 70 %), збільшенням селезінки (39 і 34 %), а також біохімічними ознаками цитолітичного, холестатичного і незначного диспротеїнемічного синдромів. При серологічному і вірусологічному дослідженні крові в період розпаду в усіх пацієнтів з ГВ виявлено HBsAg, анти-HBc загальні й анти-

HBc IgM, у 33 % випадків – HBeAg і в 83 % – ДНК HBV. Відповідно, в усіх хворих на ГС виявлено анти-HCV загальні, у 40 % випадків – анти-HCV core IgM, у 59 % – анти-HCVns4 і в 24 % – РНК HCV. Тривалість жовтяничного періоду склала в середньому 12-16 днів для ГВ і 8-11 днів для ГС, а пігментний криз відзначався на 14-19-й і 7-8-й день хвороби відповідно. При оцінці тяжкості недуги легкий ступінь встановлений у 67 і 78 % випадків, середньотяжкий – у 33 і 22 %. Тяжкий ступінь нами не спостерігався.

Пункційна біопсія печінки виконувалася в період реконвалесценції. При гістологічному дослідженні тканини печінки гепатит з помірною активністю патологічного процесу виявлений тільки у хворих на ГВ (11 %), зі слабкою активністю – у 83 і 55 %, з мінімальною активністю – у 6 і 45 %. Проте в більшості випадків (89 і 90 %) виявлявся фіброз різного ступеня. При цьому у хворих на ГВ найчастіше спостерігався помірний фіброз, а в хворих на ГС – слабкий фіброз.

Таким чином, у результаті комплексного обстеження хворих на жовтяничну форму гепатиту В або С у більшості з них діагностовано хронічний гепатит. Це стало підставою розцінити даний стан як загострення (реактивацію) хронічного інфекційного процесу. Необхідно підкреслити, що тільки результати морфологічного дослідження допомогли встановити кінцевий діагноз.

Важливо відзначити, що розвиток симптомокомплексу гострого гепатиту, мабуть, має прогностично сприятливе значення. По-перше, на це вказує рідше виявлення РНК HCV при жовтяничних формах. По-друге, динамічне спостереження за такою категорією хворих показало елімінацію HBsAg через 1 міс. після згасання клініко-лабораторного загострення в 33 % випадків і через 3 міс. – у 89 %, а стійку ремісію при ГС (відсутність клінічної симптоматики, нормалізація біохімічних показників, негативна ПЛР) – у 50 %.

Наведемо два найбільш характерні клінічні приклади.

Хворий О., 20 років. Госпіталізований в інфекційне відділення шпиталю на 7-й день хвороби. Раніше на вірусний гепатит не хворів. З епідеміологічного анамнезу вдалося з'ясувати, що біля 10 років тому була апендектомія, декілька разів лікувався у стоматолога, останній раз 3 роки тому. Занедужав

КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

гостро, коли з'явилася загальна слабкість, ломота в суглобах, нудота, зник апетит. На 4-й день хвороби потемніла сеча, була одноразова блювота, на 6-й день хвороби стала помітною іктеричність склер. При огляді відзначалася жовтяниця шкіри і склер, край печінки виступав з-під реберної дуги на 2 см, злегка болючий при пальпації, розміри печінки за Курловим 14x12x11 см, пальпувався нижній полюс селезінки. Вміст білірубину перевищував норму у 8 разів, активність АлАТ – у 50 разів, АсАТ – у 6 разів, γ -ГТП – у 1,5 разу, лужної фосфатази – у 2 рази, показник тимолової проби – у 2 рази. Протромбіновий індекс був знижений до 75 %, а вміст альбуміну до 47,8 %; кількість γ -глобулінів була підвищеною (24,5 %). Результати дослідження крові на HBsAg, анти-HBc загальні та IgM, анти-HBe, ДНК HBV – позитивні; на HBeAg, анти-HAV IgM, анти-HCV, анти-HDV – негативні. Хворому виставлений діагноз: гострий гепатит В, жовтянична форма, середній ступінь тяжкості. Призначено інфузійно-дезінтоксикаційну терапію.

Через 2 тиж. відзначалася виражена позитивна динаміка, скарг не було, жовтяниця зникла, сеча посвітліла, розміри печінки зменшилися (за Курловим 12x10x9 см), селезінка не пальпувалась, показники АсАТ, γ -ГТП, лужної фосфатази, а також протромбіновий індекс повернулися до норми, активність АлАТ залишалася підвищеною в 10 разів, показник тимолової проби – у 1,5 разу.

Біопсія печінки: портальні ходи розширені за рахунок розростання перипортальної сполучної тканини з формуванням повних і неповних порто-портальних і порто-центральных септ. У портальних трактах збільшена кількість тонкостінних судин. Помірна лімфоїдна інфільтрація більшості портальних ходів. Внутрішня пригранична платівка частини портальних ходів зруйнована, визначаються мостоподібні некрози. Внутрішньочасточкові і перичентральні лімфоїдні інфільтрати. Тільця Каунсильмена. У цитоплазмі гепатоцитів – зерна ліпофусцину. Висновок – хронічний гепатит з помірною активністю патологічного процесу (ІГА=9) і тяжким фіброзом.

Кінцевий діагноз – хронічний гепатит В (HBsAg +) у стадії клінічного загострення, фаза реплікації (ДНК HBV +), з помірною активністю і тяжким фіброзом. Через 2 міс. настала повна клініко-лабораторна ремісія. У процесі спостереження через 1 міс. результати дослідження крові на ДНК HBV, HBsAg – негативні при збереженні ремісії.

Наведений клінічний приклад дає підставу припустити, що гостра фаза гепатиту В у хворого перебігала безсимптомно і задовго до маніфестації (з огляду на результати гістологічного дослідження). При цьому пацієнт скарг не мав. Це загострення спочатку було розцінено як прояв гострого гепатиту В з наявністю переджовтяничного періоду, синдромів загальної інтоксикації, порушення пігментного обміну, гепатолієнального, вираженого цитолітичного. Важливо відзначити, що тільки результати біопсії печінки дозволили встановити кінцевий діагноз. Привертає увагу настання після маніфестного загострення клініко-лабораторної ремісії з елімінацією HBsAg.

Хворий Г., 21 рік. Ушпиталений в інфекційне відділення на 5-й день хвороби. 3 роки тому епізодично внутрішньовенно вводив наркотичні засоби. Раніше на вірусний гепатит не хворів. Занедужав гостро, коли з'явилася загальна слабкість, нудота, пропав апетит. На 3-й день хвороби потемніла сеча, а на 4-й день хвороби стала помітною іктеричність склер. При огляді відзначалася жовтяниця шкіри і склер, край печінки виступав з-під реберної дуги на 1 см, злегка болючий при пальпації, розміри печінки за Курловим 13x11x10 см, пальпувався нижній полюс селезінки. Вміст білірубину перевищував норму в 6 разів, активність АлАТ – у 40 разів, АсАТ – у 5 разів, γ -ГТП – у 2 рази, лужної фосфатази – у 1,5 разу, показник тимолової проби – у 2 рази. Протромбіновий індекс і вміст білкових фракцій у нормі, за винятком незначного підвищення γ -глобулінів (24 %). Результати дослідження крові на анти-HCV, анти-HCVcore IgM, анти-HCVns4, РНК HCV – позитивні; на анти-HAV IgM, HBsAg, анти-HBc загальні – негативні. Хворому виставлений діагноз: гострий гепатит С, жовтянична форма, середній ступінь тяжкості. Призначено інфузійно-дезінтоксикаційну терапію.

Через тиждень відзначалася виражена позитивна динаміка, скарг не було, жовтяниця зникла, сеча посвітліла, розміри печінки зменшилися (за Курловим 11x9x8 см), селезінка не пальпувалась, показники білірубину, АсАТ, γ -ГТП, лужної фосфатази нормалізувалися, активність АлАТ залишалася підвищеною в 7 разів, показник тимолової проби – у 1,5 разу. Була зроблена пункційна біопсія печінки.

Біопсія печінки: балкова і часточкова будова печінки збережена. Портальні ходи розширені за рахунок розростання перипортальної сполучної тканини з утворенням порто-портальних септ, лімфо-плазмоцитарної інфільтрації з формуванням структур, подібних до лімфоїдних фолікулів, і проліферації жовчних протоків. Внутрішня пригранична платівка зруйнована. Внутрішньочасточкові лімфоїдні інфільтрати. Тільця Каунсильмена. Вакуолізація цитоплазми гепатоцитів. У цитоплазмі деяких гепатоцитів зерна золотаво-жовтого пігменту. Висновок – хронічний гепатит зі слабкою активністю патологічного процесу (ІГА=5) і помірним фіброзом.

Кінцевий діагноз – хронічний гепатит С (РНК HCV +) у стадії клінічного загострення, зі слабкою активністю і помірним фіброзом. Хворий виписаний на 40-й день хвороби. При виписці всі клінічні симптоми зникли, лабораторні показники нормалізувалися. Рекомендовано диспансерне спостереження. Результат дослідження крові на РНК HCV негативний

Описаний випадок також дає підставу припустити, що гостра фаза гепатиту С у хворого перебігала безсимптомно і задовго до маніфестації. При цьому пацієнт скарг не мав. Дане загострення (за аналогією з попереднім клінічним прикладом) спочатку було розцінено як прояв гострого гепатиту С з наявністю короткого переджовтяничного періоду, синдромів загальної інтоксикації, порушення пігментного обміну, гепатолієнального, вираженого цитолітичного. При цьому тільки результати біопсії печінки дозволили встановити кінцевий діагноз. При-

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

вертає увагу настання після маніфестного загострення клініко-лабораторної ремісії, що зберігалася через 1 рік спостереження.

У висновку слід ще раз відзначити, що в результаті комплексного обстеження хворих на жовтяничні форми гепатиту В або С у більшості з них був діагностований хронічний гепатит. З одного боку, це послужило підставою розцінити даний стан як загострення (реактивацію) хронічного інфекційного процесу. При цьому клінічна маніфестація захворювання у вигляді «симптомокомплексу гострого гепатиту» у частини хворих виявилася сприятливим чинником щодо прогнозу подальшого перебігу і наслідків інфекції. З іншого боку, отримані дані наводять на думку, що гостра фаза у значно більшому числі випадків, ніж було прийнято вважати колись, перебігає безсимптомно, а кількість хворих, що переносять інфекцію в латентній формі, суттєво вища, ніж передбачалося раніше. Проте недостатня кількість спостережень не дозволяє категорично стверджувати, що такий перебіг інфекційного процесу є справжнім. Крім того, необхідно підкреслити, що тільки результати морфологічного дослідження допомогли встановити кінцевий діагноз. У будь-якому випадку, доцільним є подальше вивчення жовтяничних форм гепатитів В і С, особливо в процесі динамічного спостереження з обов'язковим дослідженням тканини печінки.

Література

1. Гусев Д.А. Клинико-лабораторная и морфологическая характеристика манифестных форм микст-гепатита В+С у

лиць молодого віксту: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 2001. – 22 с.

2. Жданов К.В. Латентные формы вирусных гепатитов В и С у лиц молодого возраста: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2000. – 44 с.

3. Мукомолов С.Л. Вирусный гепатит С. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная характеристика: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1994. – 36 с.

4. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. – СПб: ТЕЗА, 1998. – 306 с.

5. Блюгер А.Ф., Новицкий И.Н. Вирусные гепатиты. – Рига: Звайгзне, 1988. – 414 с.

6. Виноградова Е.Н. Вирусные гепатиты В и С (проблемы диагностики и терапии): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – СПб, 1997. – 40 с.

7. Афанасьев А.Ю. Клиническое значение оценки спектра и содержания анти-НСV при вирусном гепатите С острого и хронического течения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб, 1998. – 22 с.

8. Тареев Е.М. Эволюция учения о сывороточном гепатите // Сов. медицина. – 1975. – № 5. – С. 27-37.

9. Апросина З.Г., Крель П.Е., Лопаткина Т.Н. и др. Клиническая характеристика, течение и распознавание хронических прогрессирующих поражений печени у больных с наличием в анамнезе острого вирусного гепатита // Терапевт. архив. – 1985. – № 6. – С. 113-118.

© Панкратов С.М., Кулініч М.А., Котік Г.В., 2005
УДК 616.322-002.2-06

С.М. Панкратов, М.А. Кулініч, Г.В. Котік

ТОНЗИЛІТЯКМАНІФЕСТНИЙСИНДРОМДЕЯКИХСИСТЕМНИХ ХВОРОБ

Обласна інфекційна лікарня ім. Г.І. Горбачевського,
Відділкова лікарня станції, м. Херсон

З початку епідемії дифтерії у 90-х роках минулого століття почалась обов'язкова превентивна госпіталізація хворих на гострі тонзиліти. Серед них, крім дифтерії та інфекційного мононуклеозу, нам траплявся ряд системних захворювань, при яких ангіна була маніфестним синдромом на основний діагноз.

Ангіна (гострий тонзиліт) – це гостре запальне захворювання лімфатичного апарату глотки. За походженням хвороба поліетіологічна. Частіше гострий тонзиліт є самостійним захворюванням, але інколи може бути первинно виявленим синдромом таких хвороб, як туберкульоз, сифіліс та ін.

Нами були вивчені 7 випадків гострих тонзилітів у хворих на сифіліс і 2 випадки у хворих на туберкульоз, які були направлені до інфекційної лікарні у 2000-2002 рр. з первинним діагнозом «ангіна».

Всі хворі на сифіліс були жінками віком з 16 до 35 років. У 5 з них сифіліс був у періоді вторинного раннього, а у 2 – вторинного рецидивного.

У хворих на вторинний ранній сифіліс клінічні прояви ангіни не мали специфічних ознак і не викликали сумнівів у інфекціоністів й отоларингологів. Детальне епідрозслідування не проводилось, тому діагноз «сифіліс» був встановлений тільки після результатів серологічних досліджень.