

Гепатит А

Клиника.

Гепатиту А свойственно острое циклическое течение. Инкубационный период составляет чаще всего 15-30 дней с возможными колебаниями от 7 до 50 дней.

Преджелтушный (продромальный) период начинается обычно остро, сопровождается повышением температуры тела до 38-39°C, головной болью, общим недомоганием, слабостью, ломотой в мышцах, костях (иногда и суставах). Снижается аппетит, появляется тошнота, рвота, горечь во рту, чувство тяжести в правом подреберье и эпигастрии. Стул может быть учащенным, но чаще отмечается запор. Через несколько дней от начала болезни увеличивается и становится чувствительной при пальпации печень; иногда увеличивается и селезенка. В гемограмме у большей части больных отмечается склонность к лейкопении, СОЭ нормальная. Активность аминотрансфераз (АлАТ и АсАТ) в сыворотке крови повышается в 8-10 раз по сравнению с нормой. К концу преджелтушного периода, продолжительность которого составляет в большинстве случаев 5-7 дней (с колебаниями от 2 до 14 дней) моча становится темной (цвет пива), в ней повышается количество уробилина, и появляются желчные пигменты; кал нередко обесцвечивается. Присоединяется желтушность склер, свидетельствуя о наступлении следующего — желтушного периода. В 2-5% случаев желтуха является первым симптомом ГА.

Желтушный период. Обычно с появлением желтухи самочувствие больных улучшается, нормализуется температура тела, проходит головная боль, прекращается рвота и т.д. Чуть медленнее восстанавливается аппетит, проходят слабость и ощущение тяжести в правом подреберье. Интенсивность желтухи нарастает в течение 2-5 дней, в последующие 4-5 дней сохраняется на том же уровне, а затем уменьшается. Средняя продолжительность желтушного периода 7-10 дней, редко превышает 2 недели. При осмотре больных выявляется увеличение печени, ее уплотнение, чувствительность при пальпации. Увеличение селезенки отмечается в 10-15% случаев. На высоте желтухи характерна брадикардия. В гемограмме регистрируется лейкопения или нормоцитоз; изредка лейкоцитоз. Характерен лимфоцитоз. В сыворотке крови определяется умеренная гипербилирубинемия за счет, в основном, связанной фракции билирубина. Сохраняется повышение активности аминотрансфераз (гиперферментемия), при этом коэффициент де Ритиса меньше 1. Характерно значительное повышение показателя тимоловой пробы. В фазу обратного развития желтухи светлеет моча, кал приобретает нормальную окраску, исчезает желтушное окрашивание кожи.

Изредка ГА протекает с холестатическим синдромом, гипербилирубинемией, повышением уровня холестерина и щелочной фосфатазы, умеренным повышением активности АсАТ и АлАТ.

У лиц с хронической алкогольной интоксикацией и/или наркоманией в желтушном периоде самочувствие иногда не только не улучшается, но даже ухудшается — нарастает слабость, анорексия вплоть до отвращения к пище, рвота, беспокоят боли в верхней половине живота, сохраняется лихорадка.

Желтушный вариант ГА может протекать как в лёгкой форме (чаще всего), так и в среднетяжёлой (менее 30%). Тяжёлая форма встречается не более чем у одного процента больных, преимущественно у лиц старше 40 лет или у пациентов с хронической инфекцией вирусами гепатита В и/или С.

Как и при других ОВГ, основным показателем тяжести ГА является выраженность печеночной интоксикации. В исключительно редких случаях развития острой печеночной недостаточности с энцефалопатией (фульминантная форма) диагноз формулируется как острый гепатит А с печёночной комой.

Период реконвалесценции характеризуется быстрым исчезновением клинических и биохимических признаков гепатита. У переболевших ГА возможна утомляемость после физической нагрузки, неприятные ощущения, тяжесть в правом подреберье после еды, иногда сохраняется незначительное увеличение печени. В течение нескольких месяцев может оставаться повышенным показатель тимоловой пробы.

Безжелтушный вариант характеризуется теми же клиническими (кроме желтухи) и биохимическими (кроме гипербилирубинемии) признаками, что и желтушным, однако выраженность их обычно меньше. Общая продолжительность болезни 1-2 недели. У взрослых этот вариант встречается значительно реже, чем у детей. Протекает в лёгкой форме.

Стертый вариант проявляется минимальными и быстро проходящими клиническими симптомами (в том числе желтухой) в сочетании с незначительной гиперферментемией и повышенным показателем тимоловой пробы.

Субклинический (инаппарантный) вариант, в отличие от безжелтушного и стёртого, не сопровождается ни нарушением самочувствия, ни увеличением печени, ни появлением желтухи. Выявляется в эпидемических очагах по повышению активности АлАТ и АсАТ и наличию специфических маркёров ГА в сыворотке крови.

Диагноз.

Диагноз ГА устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Учитывается: возраст больных (преимущественно молодой), эпидемический сезон (осень), указания на контакт с больными желтухой за 7-50 дней до начала заболевания, употребление сырой воды из случайных источников, немывтых овощей и фруктов, острое начало болезни с высокой температурой тела и диспептическими явлениями, присоединение через несколько дней желтухи и улучшение на этом фоне самочувствия: увеличение печени и селезенки, гипербилирубинемия, умеренная гиперферментемия с коэффициентом де Ритиса меньше 1, высокий показатель тимоловой пробы.

Специфическим маркером ГА являются антитела (иммуноглобулины) к вирусу гепатита А класса М (анти-HAV IgM или анти-ВГА IgM), выявляемые с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке крови с первых дней болезни и далее в течение 3-6 мес. Анти-ВГА IgM вырабатываются у всех больных ГА независимо от клинического варианта и формы тяжести. Обнаружение их — ранний надежный тест, позволяющий не только подтвердить клинический диагноз, но и выявить стертый и субклинический варианты ГА, диагностировать ГА в преджелтушном периоде.

Госпитализация. Больные гепатитом А подлежат госпитализации и лечению в инфекционных больницах или отделениях.

Выписка реконвалесцентов осуществляется по клиническим показаниям: хорошее самочувствие, исчезновение желтухи, уменьшение печени до нормальных размеров или четко выраженная тенденция к таковому, отсутствие желчных пигментов в моче, нормализация уровня билирубина в сыворотке крови. Допускается выписка при повышении активности аминотрансфераз в 2-3 раза по сравнению с нормой. Разрешается выписка реконвалесцентов с увеличением размеров печени на 1-2 см. При выписке реконвалесценту дается памятка с указанием рекомендуемого режима и диеты.

Исходы и диспансеризация.

Выздоровление в подавляющем большинстве случаев наступает через 1-1,5 мес. от начала клинических проявлений заболевания.

Затянувшаяся реконвалесценция наблюдается у 7-10% больных, характеризуется умеренной гиперферментемией, иногда сочетающейся с незначительной гипербилирубинемией, повышением тимоловой пробы, небольшим увеличением печени. В течение 1-3 мес. эти явления проходят.

Развитие обострений, протекающих с желтухой, интоксикацией, или без таковых, гиперферментемией возможно в 0,5-1,5% случаев. Прогноз и в этих случаях благоприятный, наступает выздоровление. От обострений, связанных с инфекцией ВГА, необходимо отличать заболевания, обусловленные инфицированием возбудителями других вирусных гепатитов (ГВ, ГС), что требует проведения дополнительных серологических исследований.

Самостоятельно вирус гепатита А никогда не вызывает хронического гепатита. При наличии клинических и биохимических показателей хронического гепатита у лиц, перенесших ОГА, следует иметь в виду возможность предшествующего, не выявленного ранее хронического поражения печени, обусловленного различными гепатотропными факторами (вирусы гепатита В и С, наркомания, алкоголизм, профессиональные вредности, медикаменты и т. д.). В этих случаях для уточнения диагноза и проведения квалифицированного клинико-лабораторного обследования показана повторная госпитализация.

В некоторых случаях в периоде реконвалесценции ГА наблюдается манифестация синдрома Жильбера. После перенесенного ГА возможно поражение желчевыводящих путей дискинетического или воспалительного характера.

У лиц с генетической предрасположенностью к аутоиммунным реакциям после ГА может развиваться аутоиммунный гепатит 1 типа, клиническими проявлениями которого являются лихорадка, полиартралгии, высыпания на коже и другие внепеченочные проявления. Точная диагностика возможна после комплексного обследования с определением аутоантител.

Диспансерное наблюдение за переболевшими ГА осуществляется инфекционистами территориальных поликлиник. Осмотр проводится не позднее чем через 1 мес. после выписки из стационара. В случаях, когда больной был выписан со значительно повышенными (более чем в 3 раза) показателями активности аминотрансфераз, осмотр проводится через 10-14 дней после выписки. Реконвалесценты ГА снимаются с учета через 3 мес. от начала заболевания при условии отсутствия жалоб, нормализации размеров печени и функциональных печеночных проб.

Режим и трудоустройство. После выписки из стационара реконвалесценты ГА нуждаются в освобождении от работы на 2 недели. При затянувшейся реконвалесценции сроки нетрудоспособности соответственно увеличиваются. Все реконвалесценты в течение 3-6 мес. нуждаются в освобождении от тяжелой физической

работы, а учащиеся от занятий спортом (по заключению МСЭК).

В течение 6 мес. после выписки из стационара противопоказаны профилактические прививки, кроме (при наличии показаний) столбнячного анатоксина и антирабической вакцины. Нежелательно проведение плановых операций, противопоказано применение гепатотоксических медикаментов. Алкоголь должен быть исключен в любых дозах и в любом виде.