

СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ АУТОХТОННОГО ГЕПАТИТА Е У ПОЖИЛОГО МУЖЧИНЫ

С.В. Барамзина¹, О.Н. Любезнова¹, А.В. Протасов², Е.О. Утенкова¹, А.А. Осокина²

¹ Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

² Кировская инфекционная клиническая больница, Киров, Россия

Heavy flow autochthonic case of hepatitis E in elderly men

S.V. Baramzina¹, O.N. Lyubeznova¹, A.V. Protasov², E.O. Utenkova¹, A.A. Osokina²

¹ Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia

² Kirov Infectious Diseases Hospital, Kirov, Russia

Резюме

В статье представлен анализ первого клинического случая аутохтонного острого гепатита Е на территории Кировской области. HEV-инфекция была диагностирована у 76-летнего мужчины, не выезжавшего за пределы области и страны в течение длительного времени, употреблявшего много свежих фруктов. Особенностью течения гепатита Е в пожилом возрасте, с развитием клиники острой печёночной недостаточности и энцефалопатии, наличие выраженного синдрома цитолиза, холестаза, печёочно-клеточной недостаточности.

Своевременное обращение больного за медицинской помощью, отсутствие тяжёлых соматических заболеваний, хронической патологии печени и адекватная патогенетическая терапия позволили сохранить жизнь больного. При расшифровке негифференцированных острых гепатитов у пожилых необходимо включать в схему обследования определение HEVRNA и a/HEV IgM и G.

Ключевые слова: острый аутохтонный гепатит Е у пожилых, острая печёночная энцефалопатия.

Abstract

The article presents an analysis of the first clinical cases of acute hepatitis E autochthonic on the territory of the Kirov region. HEV-infection was diagnosed in 76 year old male, not to travel outside the region and the country for a long time, eat a lot of fresh fruit. A feature of the disease in non-endemic region was: severe course of hepatitis E in the elderly, with the development of clinic of acute liver failure and encephalopathy, the presence of the expressed syndrome cytolysis, cholestasis, hepatic-cell failure.

Timely treatment of a patient for medical care, the lack of severe somatic diseases, chronic liver disease and adequate pathogenetic therapy helped to keep the patient's life. In deciphering undifferentiated acute hepatitis in the elderly should be included in the scheme of examination and determination HEV RNA, a/HEV IgM and G.

Key words: acute autochthonous hepatitis E in the elderly, acute hepatic encephalopathy.

Впервые существование нового вирусного гепатита (гепатита Е) в опыте с самозаражением доказал советский учёный М.С. Балаян в 1983 г. Ежегодно в мире насчитывается более 20 млн случаев инфицирования HEV, около 3 млн эпизодов острого гепатита и 56 600 случаев смерти, вызванных вирусом [1]. Заболевание регистрируется по всему миру, но гиперэндемичными регионами являются страны Юго-Восточной Азии, всё чаще случаи заболевания фиксируются в Европе [1, 2]. В настоящее время накоплено много новых данных, которые меняют представление о гепатите Е (ГЕ) как об экзотическом заболевании для России [2, 3].

Официальная регистрация ГЕ в стране началась с 2013 г. За 2013–2015 гг. в РФ острый ГЕ был диагностирован у 91, 110 и 96 человек, а заболеваемость составила 0,06; 0,08 и 0,07/00000 нас. соответственно. На территории РФ в настоящее время выявлены также эндемичные регионы по данной

инфекции, так называемые анклавы заболевания [2]. В Кировской области до настоящего времени встречались единичные завозные случаи HEV-инфекции, поэтому первый случай аутохтонного гепатита Е на севере Волго-Вятского региона представляет практический интерес.

Больной М, 1939 года рождения (76 лет), житель г. Кирова. Поступил в Кировскую инфекционную клиническую больницу (КИКБ) 20 февраля 2016 г. с жалобами на слабость, изжогу, желтуху кожи и склер.

Из анамнеза болезни: считает себя больным с 14.02.2016 г., когда появился дискомфорт в эпигастрии, изжога, сухость во рту, температура тела не повышалась. Самостоятельно принимал «Гастал», заметил улучшение — изжога купировалась. Примерно с 18 февраля стал отмечать темную мочу, окружающие заметили желтушность кожи и склер. Обратился за медицинской помощью 20.02.

в поликлинику по месту жительства. Был осмотрен терапевтом, заподозрен вирусный гепатит А.

В биохимическом анализе крови выявлено повышение общего билирубина до 330 мкмоль/л, повышение активности АЛТ до 2665 Ед/л (66,6N), АСТ — до 1959 Ед/л. (49N). Направлен в КИКБ для госпитализации.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными отрицает, в семье случаев вирусного гепатита не зафиксировано, сам пациент ранее вирусными гепатитами не болел. Проживает в благоустроенной квартире, воду пьет только кипяченую, личную гигиену соблюдает, домашних животных не имеет. Больной отмечает, что употребляет много фруктов, моет их водой из-под крана. Дачного участка нет, за пределы области и страны давно не выезжал. Парентеральные вмешательства и гемотрансфузии в последние годы отрицает, донором не был. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективно: состояние пациента тяжёлое. Больной повышенного питания, ИМТ=26. Кожные покровы желтушные, сыпи, геморрагий нет. Склеры иктеричные. В ротоглотке без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс — 72 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 15—16—13 см, +6—8 см из-под края рёберной дуги; плотная, умеренно болезненная при пальпации. Селезенка не определяется. Стул оформленный, ахолия, моча «цвета пива».

При лабораторном исследовании: ОАК от 20.02.16: Нб — 158 г/л, эр — $4,5-10^9$ /л, лейкоциты — $7,7-10^6$ /л, тромбоциты — $237-10^9$ /л, ПЯ — 2%, СЯ — 48%, э — 0%, баз — 0%, лимфоциты — 32%, моноциты — 18%, СОЭ — 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: АЛТ — 2911 ед/л (72N), АСТ — 1863 (46,5N) ед/л, билирубин общий — 415,1 мкмоль/л (прямой — 225,2 мкмоль/л), тимоловая проба — 27,24 ед SH (6N); ГГТП — 174,8 ед/л, ЩФ — 322,7 ед/л, протромбин — 59,8%, МНО — 1,3. Общий белок — 57,6 г/л, альбумины — 48,3% (27,8 г/л).

У больного отмечается выраженный синдром цитолиза, гипербилирубинемия с повышением обеих фракций, высокая тимоловая проба, значительное снижение белково-синтезирующей функции печени.

УЗИ органов брюшной полости: признаки гепатомегалии, диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Неравномерное утолщение стенок желчного пузыря (на фоне воспалительного процесса). Билиарный осадок в полости желчного пузыря. Повышенное газообразование в кишечнике.

Учитывая диспепсический вариант преджелтушного периода, частое употребление фруктов, отсутствие ближайшего парентерального анамнеза и выезда за пределы области был выставлен

предварительный диагноз: гепатит А, желтушная форма, тяжёлая степень тяжести.

22 февраля (2-й день стационарного лечения) состояние тяжелое, предъявляет жалобы на прерывистый сон, общее недомогание, слабость. В общении адекватен, полностью ориентирован в месте и пространстве. Желтуха кожных покровов выросла. Геморрагий на коже нет. Край печени на 2—3 см выступает из-под края реберной дуги плотный, умеренно болезненный. Моча темная.

24 февраля (4-й день стационарного лечения) сохраняется тяжелое состояние больного и прежние жалобы. Край печени по краю реберной дуги, плотный. В биохимическом анализе крови зарегистрировано снижение цитолиза (АЛТ — 928,8 ед/л, АСТ — 237,5 ед/л) на фоне повышения содержания билирубина (512,7 мкмоль/л, прямой — 227,6 мкмоль/л). Белково-синтетическая функция печени по-прежнему значительно снижена (протромбин — 59,2%, МНО — 1,39, общий белок — 57,6 г/л).

Получены результаты ИФА на маркеры вирусных гепатитов (материал от 21 февраля): анти-HAV IgM и G — отр., Hbs Ag — отр., анти — HBsAg — отр., анти- HCV — отр., анти-HEV IgM — положительно, анти-HEV IgG — положительно.

Учитывая результаты серодиагностики, выставлен окончательный диагноз: Острый гепатит Е, желтушная форма, тяжелое течение. Острая печёночная недостаточность, прекома I.

Назначено лечение: постельный режим, щадящая диета, инфузионная терапия 2500 л (ремаксол, гептрал, эуфиллин, физиологический раствор 0,9%, глюкоза 5%), преднизолон в/в коротким курсом, дротаверин, лактулоза, смекта, омез.

29 февраля (9-й день стационарного лечения). Пациент отмечает улучшение общего состояния, сон нормализовался. Кожные покровы желтушные. Край печени по определяется по краю реберной дуги, плотный, малоболезненный. В биохимическом анализе крови отмечено уменьшение уровня общего билирубина до 326,9 мкмоль/л и прямого — 141,3 мкмоль/л на фоне снижения активности аминотрансфераз: АЛТ — 253,7 ед/л, АСТ — 70,7 ед/л. Отмечено восстановление белково-синтезирующей функции печени (протромбин увеличился до 73,5%, МНО — 1,2; общий белок — 61,2 г/л).

4 марта (13-й день госпитализации). Отмечается тенденция к снижению интенсивности желтухи. На 18-й день терапии: больной предъявляет жалобы на незначительную слабость, состояние средней степени тяжести. Желтушность кожных покровов значительно уменьшилась. Лабораторно: АЛТ — 71,1 ед/л, АСТ — 48,4 ед/л, билирубин — 116,6 мкмоль/л (прямой — 58,8 мкмоль/л), протромбин — 92,4%, МНО — 1,05.

На 27-й день стационарного лечения пациент выписан в удовлетворительном состоянии на фоне нормализации биохимических показателей крови.

Рекомендовано наблюдение у инфекциониста в поликлинике по месту жительства.

В представленном первом случае аутохтонного гепатита Е на территории Кировской области у пожилого мужчины 76 лет можно отметить тяжёлое течение заболевания с угрозой развития печёночной комы. При тщательном сборе эпидемиологического анамнеза не удалось выявить возможность завоза инфекции из другой страны или региона. Наблюдалось тяжёлое течение гепатита с симптомами острой печёночной недостаточности: выраженной гипербилирубинемией за счёт прямой и непрямой фракций, снижением протромбина, уменьшением размеров печени в динамике, нарушением сна. Только своевременное обращение больного за медицинской помощью, отсутствие тяжёлых соматических заболеваний, хронической патологии печени и адекватная патогенетическая терапия позволили сохранить жизнь больного. О неблагоприятном течении острой HEV-инфекции у пожилых в европейской части России с развитием фульминантных форм сообщалось также и другими авторами [2,3].

Роль гепатита Е в структуре острых вирусных гепатитов может быть недооценена на территории РФ из-за бытующего мнения о HEV как исключительно завозной инфекции [2]. Современные взгляды на течение гепатита Е свидетельствуют о том, что заболевание представляет опасность не только у беременных, но и в других группах больных: у лиц с иммунодефицитами, пожилых, с хроническими заболеваниями печени, больных с онкологической патологией, получающих курсы химиотерапии, после трансплантации паренхиматозных органов [4, 5]. Из-за доказанного низкого риска передачи инфекции среди иммунокомпетентных лиц требуются элементарные противоэпидемические мероприятия: регулярное мытьё рук, овощей, фруктов перед употреблением; кипячение воды [6]. Пожилым или иммунокомпрометированным лицам, больным хроническими заболеваниями печени вирусной и иной природы, необходимо тщательное соблюдение личной гигиены, обязательное кипячение воды перед употреблением, а также вакцинация от HEV-инфекции для профилактики развития острой печёночной энцефалопатии

и хронизации процесса. Поэтому вопрос лицензирования и сертификации вакцины, произведённой в Китае, является актуальным в нашей стране.

Приведённый клинический случай также демонстрирует необходимость включения в обследование в случаях недифференцированных гепатитов у пожилых HEV RNA и a/HEV IgM и G с целью дифференциальной диагностики вирусных, алкогольных, метаболических, лекарственных поражений печени [2–4].

Литература

1. Гепатит Е // Информационный бюллетень. — 2015. — № 280. — <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs280/ru/>. — Дата доступа: 27.04.16
2. Малинникова, Е.Ю. Клинико-эпидемиологическая характеристика гепатита Е в Российской Федерации : автореф. дисс. докт. мед. наук / Е.Ю. Малинникова. — М., 2014. — 330 с.
3. Малинникова, Е.Ю. Характеристика клинического течения аутохтонного гепатита Е в Центральном регионе России / Е.Ю. Малинникова, В.Г. Коптюг, М.И. Михайлов // Журнал инфектологии. — 2013. — № 5 (3). — С. 56–60.
4. Sclair S.N., Schiff E.R. An update on the hepatitis E virus. // Curr Gastroenterol Rep. 2013;15(2) :304.
5. Pas S.D., de Man R.A., Mulders C. et al. Hepatitis E virus infection among solid organ transplant recipients, the Netherlands. // Emerg Infect Dis. 2012;18(5):869-72.
6. Sarkar S., Rivera E.M., Engle R.E. et al. An epidemiologic investigation of a case of acute hepatitis E. // J Clin Microbiol. 2015;53(11):3547-52.

References

1. Hepatit E. // Informacionnyj bjulleten'; 2015, N280. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs280/ru/> (data dostupa 27.04.16)
2. Malinnikova E.Ju. Kliniko-jepidemiologicheskaja harakteristika gepatita E v Rossijskoj Federacii. // Avtoref. diss. dokt. med. nauk. Moskva, 2014; 330 s.
3. Malinnikova E.Ju., Koptjug V.G., Mihajlov M.I. Harakteristika klinicheskogo techenija avtohtonnogo gepatita E v Central'nom regione Rossii. // Zhurnal infektologii. 2013; 5(3): 56-60.
4. Sclair S.N., Schiff E.R. An update on the hepatitis E virus. // Curr Gastroenterol Rep. 2013;15(2) :304.
5. Pas S.D., de Man R.A., Mulders C. et al. Hepatitis E virus infection among solid organ transplant recipients, the Netherlands. // Emerg Infect Dis. 2012;18(5):869-72.
6. Sarkar S., Rivera E.M., Engle R.E. et al. An epidemiologic investigation of a case of acute hepatitis E. // J Clin Microbiol. 2015;53(11):3547-52.

Авторский коллектив:

Барамзина Светлана Викторовна — доцент кафедры инфекционных болезней Кировской государственной медицинской академии, к.м.н.; тел.: +7-909-144-00-33, e-mail: sw3837@mail.ru

Любезнова Ольга Николаевна — доцент кафедры инфекционных болезней Кировской государственной медицинской академии, к.м.н.; тел.: 8(8332)33-03-98, e-mail: lyubolga@mail.ru

Протасов Алексей Викторович — врач-инфекционист Кировской инфекционной клинической больницы, тел.: 8(8332)33-13-33

Утенкова Елена Олеговна — профессор кафедры инфекционных болезней Кировской государственной медицинской академии, д.м.н.; тел.: 8(8332)33-03-98, e-mail: utelol@mail.ru

Осокина Алла Анатольевна — главный врач Кировской инфекционной клинической больницы; тел.: 8(8332)37-67-99