

Н.А. Васильєва, О.Л. Івахів, А.І. Когутич, А.О. Кириченко

## ГЕПАТИТ А У ДОРОСЛИХ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
Ужгородський державний університет

*Клінічні спостереження свідчать про різноманітність симптоматики ГА у дорослих, часто з тяжким перебігом. Діагноз ГА у дорослих завжди потребує поглибленої диференційної діагностики з іншими хворобами печінки, що перебігають із жовтяницею, розширеного маркерного дослідження; повинен бути обґрунтований епідеміологічно і клінічно. Лабораторним підтвердженням може слугувати лише виявлення анти-HAV IgM у сироватці крові або ДНК HAV у випорожненнях.*

**Ключові слова:** гепатит А, дорослі, маркерна діагностика.

Гепатит А (ГА) – хвороба, найчастіше, дитячого віку, проте за останні роки збільшилась кількість випадків цього захворювання серед дорослих. У світі щороку реєструється близько півтора мільйони випадків ГА. Як відомо, поширенню хвороби сприяють безпосередній контакт з хворим, несприятливі гігієнічні умови, туризм. Враховуючи зниження інфікованості дітей і підлітків у країнах Центральної Європи, зростає кількість населення, яка в найближчому майбутньому буде наражатися на ризик розвитку гепатиту А [1]. Перебіг хвороби зазвичай сприятливий [2], проте є дані про тяжкий перебіг гепатиту А на фоні хронічної інфекції вірусом гепатиту В і наявності інших (невірусних) хронічних захворювань печінки (зложивання алкоголем, наркоманія, цироз печінки) [1].

В Україні захворюваність на ГА зберігає періодичність, в останні роки відзначається саме період зростання. Так, у 2014 році відзначене зростання на 42,3 %, інтенсивний показник становив 9,5 на 100 тис. населення. Перевищували середні по Україні показники захворюваності у Закарпатській області (103,0 на 100 тис. населення), Волинській (21,5), Дніпропетровській (29,6), Житомирській (16,1), Херсонській (13,8) областях та м. Києві (11,7). Частка дітей складала 37,6 % (20,2 на 100 тис. населення). Вище середнього показник дитячої захворюваності відзначено в областях: у Волинській – 48,5, Дніпропетровській – 48,2, Закарпатській – 253,3, Херсонській – 24,3 [3]. У Тернопільській області динаміка захворюваності на ГА з 2010 по 2015 роки була такою:

серед усього населення послідовно 6,26–3,56–2,23–1,86 (найнижча у 2013 році)–13,92–27,37; серед дітей – 4,65–4,92–2,40–2,42–39,12–79,79 на 100 тис. відповідного населення. Під час періодичного підвищення захворюваності суттєво зростає відсоток дітей з 14,7 до 55,5.

### Пацієнти і методи

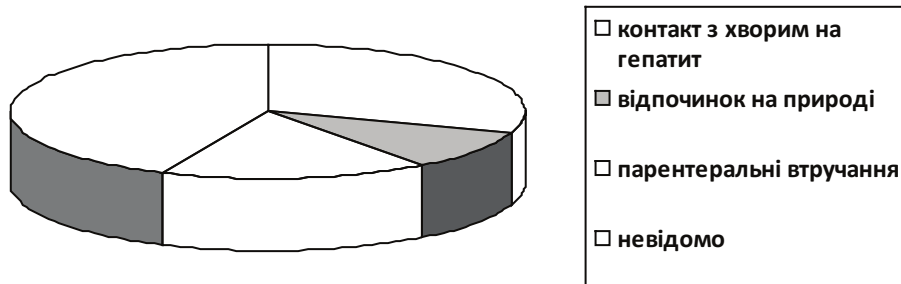
У 2010-2015 рр. в інфекційному відділенні ТМКЛШД при госпіталізації діагноз ГА встановлено 49 хворим, з яких чоловіків було 27, жінок 22. Хворі були віком від 18 до 54 років, з них 21 – старше 30 років. Серед госпіталізованих було 4 пацієнти із 2 сімейних осередків. Лабораторне обстеження передбачало стандартний біохімічний аналіз крові, визначення маркерів гепатиту А – IgM та IgG до HAV або сумарних антитіл, а також маркерів HBV, HCV.

### Результати досліджень та їх обговорення

Жовтяничну форму хвороби зареєстровано у 47 хворих, безжовтяничну – у 2. Легкий перебіг недуги відзначали у 3 (6,1 %) пацієнтів, середньотяжкий – у 16 (32,6 %), тяжкий – у 30 (61,3 %). В 1 пацієнта захворювання перебігало на тлі хронічного гепатиту С, в 1 – хронічного В.

За даними епіданамнезу, на контакт з хворим на вірусний гепатит вказували лише 16 людей, захворіли після відпочинку на морі або природі – 5. У той же час 9 пацієнтів в анамнезі мали не типові для ГА вказівки на парентеральні втручання (2 з них – немедичного характеру), у тому числі 4 особи зазначали як контакт з хворим на вірусний гепатит, так і парентеральні втручання в межах можливого інкубаційного періоду; решта 23 особи своє захворювання ні з чим не пов'язували (мал. 1).

Хворі госпіталізовані з 1-го по 15-й день від початку хвороби, у середньому на (4,50±0,58)-й день, практично всі – вже після появи жовтяниці. Таким чином, переджовтяничний період тривав від 1 до 14 діб. Відзначено, що при тяжкому перебігу ГА продром виявився коротшим, ніж при середньотяжкому – (2,67±0,41) проти (4,80±0,88) діб,  $p < 0,05$ . Першими проявами хвороби були загальна слабкість (100 %), диспепсичний синдром – нудота (53,1 %), блювання (53,1 %), зниження апетиту (43,7 %), тяжкість або біль у животі (25,0 %), здуття



Мал. 1. Епіданамнез спостережуваних хворих.

живота (9,4 %), гіркота і сухість у роті (6,3 %), пронос (3,1 %), спрага (3,1 %). У 21,9 % хворих були скарги на біль голови, у 18,7 % – артралгії, у 21,9 % – свербіж шкіри, у 3,1 % – міалгії. Ще до появи жовтяниці протягом перших 1-7 днів недуги 75,0 % хворих відмітили коричневий колір сечі.

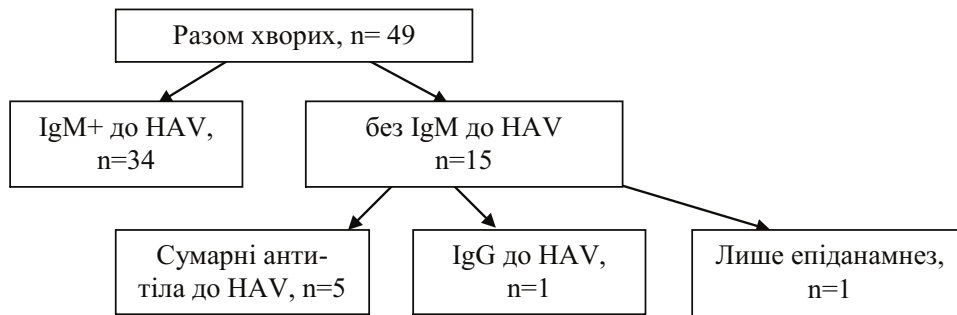
У розпалі хвороби у 47 (95,9 %) хворих констатовано пожовтіння склер і шкіри, коричневий колір сечі – у 44 (89,8 %), світло-жовтий кал – у 22 (44,9 %). Розміри печінки були збільшені в усіх пацієнтів (на 0,5-7 см нижче реберної дуги), за винятком 2 осіб з безжовтяничною формою. Рівень білірубину в середньому при тяжкому перебігу хвороби складав ( $224,45 \pm 16,52$ ) (коливання від 87 до 610), при середньотяжкому – ( $123,60 \pm 10,28$ ) (18,1-193,0), при легкому – ( $25,12 \pm 4,70$ ) (18,0-36,0) мкмоль/л ( $p < 0,001$ ). У всіх хворих була підвищена активність АлАТ

і показник тимолової проби – без суттєвої різниці при середньотяжкому і тяжкому перебігу недуги, відповідно ( $1,69 \pm 0,22$ ) і ( $1,61 \pm 0,06$ ) ммоль/(л×год) та ( $13,45 \pm 1,13$ ) і ( $12,94 \pm 1,62$ ) од.

Виписано після повного клінічного і біохімічного одужання 12 (24,5 %) пацієнтів, в інших біохімічні показники не нормалізувались, зокрема утримувалась гіпербілірубінемія (від 21 до 99 мкмоль/л). Вміст білірубину на момент виписки зі стаціонару у середньому складав ( $28,0 \pm 2,37$ ) і ( $35,44 \pm 2,54$ ) мкмоль/л відповідно до ступеня тяжкості хвороби ( $p < 0,05$ ).

Стационарне лікування при тяжкому перебігу ГА тривало ( $25,27 \pm 0,17$ ), при середньотяжкому – ( $21,25 \pm 2,43$ ) ( $p > 0,05$ ), при легкому – ( $11,50 \pm 1,41$ ) ліжко-днів.

Хворим проведено специфічну лабораторну (маркерну) діагностику гепатиту А (мал. 2).



Мал. 2. Специфічна лабораторна діагностика гепатиту А.

Антитіла класу IgM до HAV виявили у 34 (69,4 %) хворих, що підтвердило діагноз ГА. Із 15 пацієнтів, в яких не виявлено антитіл класу IgM до HAV, 5 осіб були з епідосередків, що могло би свідчити на користь наявності у них ГА. У 5 хворих виявлено сумарні антитіла до HAV, ще в 1 – лише IgG до HAV.

При одночасному обстеженні на наявність маркерів гепатитів В і С цієї групи пацієнтів у 3 виявлено HBsAg, що стало підґрунтям для зміни діагнозу на гепатит В.

Маркери парентеральних вірусних гепатитів було також знайдено у 2 пацієнтів з підтвердженим гепатитом

А (в 1 – сумарні антитіла до HBsAg, ще в 1 – антитіла класу IgM до HCV та IgG до антигенів core, NS3, NS4, NS5 HCV, що дозволило констатувати наявність двох збудників вірусних гепатитів одночасно і пояснити тяжкий перебіг гепатиту А на тлі вже скомпрометованої печінки).

Слід зазначити, що у 8 (16,3 %) із 49 хворих, медичні карти яких аналізували, госпіталізованих з діагнозом ГА (дорослих!), взагалі не визначали наявність IgM до HAV, а лабораторне обстеження обмежили лише вилученням відомих парентеральних гепатитів В і С.

Після проведеного клініко-лабораторного обстеження у 7 пацієнтів діагноз, з яким їх було скеровано в стаціонар, було змінено на гепатит В (у 3 випадках), хронічний гепатит (у 2), вірусний гепатит нез'ясованого генезу і гострий токсичний гепатит (по 1 випадку).

Проведений ретельний аналіз медичних карт стаціонарних хворих дозволяє стверджувати, що, на нашу думку, некоректно діагностувати ГА лише за детекції у хворого IgG до HAV чи сумарних специфічних антитіл, або й зовсім за умови відсутності маркерів вірусів гепатитів В і С. Наявність анти-HAV IgG у людини (можливе у 30-60 % у здорового населення, у більшості країн Європи і Америки – до 80 %) свідчить про перенесене раніше захворювання і сформований імунітет (ретроспективна діагностика) [4, 5].

#### Висновки

1. Клінічні спостереження свідчать про різноманітність симптоматики ГА у дорослих, яка часом нагадує парентеральні гепатити.

2. ГА у дорослих є значно тяжчим порівняно з дітьми – у 2/3 випадків відзначено тяжкий перебіг.

3. У частини лікарів відсутня настороженість щодо можливості захворювання дорослих на ГА, у зв'язку з чим протиепідемічні заходи, навіть у сімейних осередках, недостатні.

4. Діагноз ГА у дорослих завжди повинен бути обґрунтований епідеміологічно, клінічно; лабораторним підтвердженням слугує виявлення анти-HAV IgM у сироватці крові або ДНК HAV у випорожненнях.

#### Література

1. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита / К.-П. Майер: пер. с нем. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 720 с.
2. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М.А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, 2007. – 500 с.
3. <http://www.ses.gov.ua/articles/1/111/pro-stan-zahvoryuvannost-ta-laboratorno-d-agnostiki-v-rusnih-hepatit-v-a-c-d-ta-e-v-ukrain-u-2014-r/>
4. Подымова С.Д. Болезни печени / С.Д. Подымова. – М.: Медицина, 1998. – 704 с.
5. Аитов К.А. Методы диагностики и лечения вирусных гепатитов / К.А. Аитов, И.В. Малов, Ю.К. Плотникова. – Иркутск, 2008. – 180 с.

#### HEPATITIS A IN ADULTS

N.A. Vasylyeva, O.L. Ivakhiv, A.I. Kohutych, A.O. Kyrychenko

*SUMMARY. Clinical data show that symptoms of HA in adults are differ, especially with severe course of disease. HA in adult needs a deep differential diagnosis with other diseases of the liver, jaundice, marker research; diagnos must be justified epidemiologically and clinically. Confirmation of disease by detecting of laboratory test – anti-HAV IgM in serum or DNA HAV in faeces.*

**Key words:** hepatitis A, adults, marker diagnostics.

Отримано 25.05.2016 р.