

Clinica de boli contagioase din Tirgu Mureş (cond.: prof. L. Kelemen)

CONSIDERAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU DISPENSARIZAREA FOȘTILOR BOLNAVI DE HEPATITA EPIDEMICĂ

V. Szegő, P. Székely

Frecvența stărilor morbide ce pot fi considerate pe drept sechele posthepatice, crește în mod impresionant în ultimele decenii, remarcându-se un raport direct între numărul formelor cronice și creșterea morbidității, aspect epidemiologic caracteristic pentru hepatita virotică.

Delimitarea sechelelor hepatitei epidemice este în general greu de stabilit, din cauza multiplicității formelor clinice și lipsei unor probe specifice de laborator.

Aceste sechele se întîlnesc la 10—20% din foștii bolnavi de hepatită (*Bruckner, Kalk, Markoff, Neeffe, Lupu și Runcan*). În cadrul acestora, deosebit stări patologice cu sau fără alterări morfologice în parenchimul hepatic, forme de boală care regresează clinic, urmate de vindecare și în sfîrșit procese morbide, care evoluează incontestabil spre ciroză. Sindromul posthepatitic, cadru nosologic vag conturat dar existent, nu este însoțit de schimbări manifeste în morfologia hepatică și în majoritatea cazurilor se vindecă complet în interval de 6 luni pînă la 2 ani, de la debutul bolii. Uneori însă el poate fi sursa unui proces de cronicizare. O vindecare defectuoasă poate fi urmată de fibroza ficatului, stare morbidă benignă, insuficient clarificată clinic, care însă poate evolua spre hepatită cronică sau ciroză.

Dintre stările patologice posthepatitice, hepatopatiile cronice, hepatita cronică și ciroza sînt de cea mai mare importanță, pentru că produc modificări radicale, deseori ireversibile în morfologia ficatului.

Kalk, efectuînd nenumărate punctii-biopsii hepatice și laparoscopii, a dovedit în mod științific posibilitatea evoluției hepatitei infecțioase spre ciroză. Această constatare este confirmată și de observații clinice. Astăzi hepatita epidemică ocupă rolul cel mai important în etiologia cirozelor.

Ciroza postnecrotică a fost observată la bolnavii de hepatită în 1—6% a cazurilor (*Brunckner, Lupu, Runcan, Siede și Tareev*). La bolnavii de ciroză *Kalk, Miasnicov, Bruckner, Tareev* au descoperit hepatită epidemică în antecedente în 25,50% a cazurilor.

Hepatita epidemică este de fapt o boală benignă ce se vindecă în 72—90% (*Kalk*), dar chiar vindecarea formelor necomplicate necesită un timp de 4—6 luni. Dat fiind că externarea din spital a bolnavilor nu coincide în timp cu vindecarea lor clinică, supravegherea medicală și îndrumarea în convalescență sînt absolut necesare, cu atît mai mult cu cît procentul de cronicizare poate fi determinat de mai mulți factori, dintre care mai importanți sînt: nerespectarea regimului de odihnă și alimentar, infecțiile intercurrente și administrarea de medicamente hepato-toxice.

Supravegherea bolnavilor trebuie să cuprindă o perioadă îndelungată de timp, chiar ani de zile, pentru că hepatita cronică și ciroza pot fi urmări tardive ale hepatitei epidemice. În unele cazuri însă ele se pot instala și în continuare, după forma acută a bolii. În aprecierea acestor stări morbide, care prezintă un tablou clinic caracteristic, este de o importanță fundamentală analiza activității procesului pe baza datelor clinice, a investigațiilor de laborator și a examenului morfologic al ficatului. Este cunoscut că un tratament aplicat la timp și de durată poate produce stabilizarea histologică și regresioni clinice chiar în formele evolutive. Modalitatea supravegherii foștilor bolnavi de hepatită vîrotică este dispensarizarea lor. Pentru a fi eficace, dispensarizarea trebuie să cuprindă totalitatea bolnavilor de hepatită și să fie efectuată în limita posibilităților de instituția unde s-a tratat bolnavul în faza acută a afecțiunii.

Începînd din anul 1961, în dispensarul nou înființat în cadrul Clinicii noastre, au fost dispensarizați 460 de convalescenți de hepatită. Noua secție constă dintr-o sală de consultații și două saloane, atît pentru bolnavii care au nevoie de un examen mai amănunțit, cît și pentru internarea acelor care necesită tratament.

La ieșirea din spital a bolnavului se întocmește o fișă de control cu datele personale și cele referitoare la boala acută, inclusiv starea la ieșire. La examenul de control urmăm modul de viață, respectarea îndrumărilor date (odihnă, regim, medicație), acuzele subiective și se face examenul clinic. Prin examene de laborator efectuate curent se urmăresc bilirubinemia transaminazele glutam-oxalică și glutam-piruvică, probele de disproteinemie (r. de turb.-timol, r. Takata-Manka-Sommer), urobilinogenuria și pigmentii bi-

hari din urină. În caz de nevoie, examenele de laborator se completează cu profidograma, polarograma serului deproteinizat și cu examenul biopsic al ficatului.

Pe baza coroborării datelor obținute se apreciază starea bolnavului și i se dau recomandări corespunzătoare, fixându-se data examenului următor. La nevoie bolnavul se interzeă pentru completarea examinărilor sau tratament.

Cei 460 de convalescenți dispenzarizați au fost în vîrstă de 6—62 ani, predominînd grupele de 25—40 ani. Repartizarea pe sexe este aproape egală.

Dintre bolnavii dispenzarizați au făcut o formă comună de hepatită epidemică 73%, o formă gravă 12% și forme ușoare 15%. Analizînd datele clinice și rezultatele de laborator am constatat că dintre bolnavii urmăriți prin dispenzarizare după 6 luni de la boala acută, 65% au fost considerați vindecați. 28,8% au prezentat simptome posthepatitice, iar la 6,2% s-a constatat cronicizarea bolii. După 12 luni de la părăsirea spitalului, procentul de bolnavi de hepatită cronică a crescut la 10,7%, iar simptomele posthepatitice au fost prezente încă în 11,8% din cazurile urmărite. Bolnavii de hepatită epidemică cu evoluție cronică prezentau tulburări subiective intermitente, fenomene dispeptice, dureri surde în hipocondrul drept, cu iradiere în epigastru și uneori subscapulare, condiționate de multe ori de alimente colecistokinetice. La examenul obiectiv s-a constatat o hepatomegalie sensibilă, însoțită sau nu de o splenomegalie moderată și de multe ori un subiect al scleroticelor atribuit frecvent nerespectării regimului sau unui efort fizic. Dintre semnele clinice cel mai prețios ni s-a părut hepatomegalia dură și sensibilă, însoțită de splenomegalie. Pe lângă probele de laborator curente, cele care au reflectat mai fidel starea funcțională a ficatului și activitatea procesului morbid au fost: transaminazemia, retenția de bromsulfaleină și polarograma serului deproteinizat. Decelarea urobilinogenuriei crescute în urină în stare de repaus și mai ales după efort are o importanță mare, atît la stabilirea diagnosticului, cît și la aprecierea evoluției bolii. Aprecierea mai exactă a gradului de leziune s-a stabilit cu ajutorul puncției bioptice a ficatului.

În timpul perioadei acute, durata spitalizării acestor bolnavi cu evoluție spre cronicizare a fost în 44,4% peste 50 de zile, în 38,8% din cazuri a variat între 30—50 de zile, și numai în 16,8% sub 30 de zile. La părăsirea spitalului peste 50% dintre bolnavii cu evoluție cronică au prezentat încă simptome dispeptice, hepatomegalie, splenomegalie și 38% au avut încă una sau două din probele funcționale hepatice pozitive. Ca factori favorizanți preexistenți, asociați sau posteriori procesului morbid virotic care au avut un rol important în evoluția bolii spre cronicizare s-au găsit în 50% din cazurile de hepatită cronică angiocolite, litiază biliară, enterocolite, ulcer gastric, tbc. pulmonar, abuz de alcool. Nerespectarea suficientă a repausului și a regimului alimentar a contribuit la cronicizarea hepatitei în majoritatea cazurilor.

Cu ocazia examenelor de control efectuate la foștii bolnavi într-un număr relativ mare întîmpinăm greutăți la aprecierea situației bolnavului. Din cauza frecvenței și diversității semnelor obiective și subiective, a incongruenței lor destul de frecvente cu rezultatele probelor funcționale, atît stabilirea vindecării, cît și etichetarea stării bolnavului sînt de multe ori probleme foarte dificile. Ar fi necesar să se adopte unele criterii unanime referitoare atît la stabilirea vindecării, cît și la delimitarea precisă nosologică a diferitelor sechele posthepatitice.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.
Bibliografia la autori