

Adatok a hepatitis epidemica prognosishoz

Írta: Keleti Béla dr. orvosalezredes, Pintér Zoltán dr. orvosórnagy,
Válfi Frigyes dr. orvosalezredes.

A hepatitis epidemica (továbbiakban h. e.) hazánkban a legelterjedtebb enterális fertőző betegség. (1, 8) A toxicus hepatitis klinikailag nem különböztethető meg a vírus okozta h. e.-tól; osztályunk 10 éves, több ezer beteget kitevő anyagában egyetlen olyan beteg sem akadt, akinél a toxicus hepatitis diagnózisát biztosan fel tudtuk volna állítani. Pár esetben észleltünk régebben salvarsán kezelés kapcsán hepatitist, ezek mind úgynevezett késői hepatitisek, tehát inoculációs esetek voltak. A bacteriumok okozta hepatitis is igen ritka ma már, csak sepsis részjelenségeként észleljük. A mononucleosis infectiosa kapcsán fellépő hepatitis jól elkülöníthető. Mindezek alapján acut hepatitis eseteinket gyakorlatilag a h. e. vírusa által okozottaknak tekintjük.

A h. e. kóroktani, diagnostikai, therápiás és prognostikai problémái jól ismertek. Ezek közül csak a prognosishoz kívánunk közleményünkben adatokat szolgáltatni.

A h. e. korai prognosisa quoad vitam általában jó, ha az összes betegekre vonatkoztatjuk. A hazai 1% körüli letalitás (1) a betegek nagy abszolút száma miatt (1959-ben 18 449; 1960-ban 16 296) azonban jelentős. A letalitás összefüggeni látszik — többek között — az életkorral. Az 1 éven aluli csecsemők és a 70 éven felüliek letalitása lényegesen magasabb (9,9%, illetve 6,8%). (1, 33) Egyes adatok szerint ugyancsak nagyobb a terhes nők halálozása (2, 3, 4). A posttransfúziós esetek halálózása saját 110 esetet felölelő anyagunkban 6,3% volt (5). Egyes járványok nagy letalitással járhatnak (3, 6, 7).

A h. e. késői prognosishoz alkotott nézetek ma is igen eltérők még. Ennek okait a következőkben foglalhatjuk össze:

a) Az összes h. e. esetek valóságos száma nem ismeretes. Önkéntesen végzett kísérletek, továbbá klinikai és járványtani tapasztalatok alapján az abortív és anictericus esetek száma kb. ugyanannyi (1), mint a felismert és bejelentett icterusos eseteké. Ezért jelentős részük nem is kerül felismerésre és így e lefolyási formáknak a késői következmények létrehozásában játszott szerepét nem ismerjük.

b) Az icterussal járó átlagos és súlyos lefolyású h. e. következményeinek gyakoriságát, azok összefüggését az eredeti h. e.-val csak nem szelektált, ugyanazon vizsgálok által 10—20 éven át követett, valamely terület, járvány, vagy időszak összes betegeinek folyamatos megfigyelésével lehetne megállapítani. Még ilyen nagyigényű feltételek mellett is több hibaforrás és nehézség adódna, a májdiagnostica ismert nehézségein kívül.

c) A h. e. után évek múlva észlelt következményeket más kórok is létrehozhatja, ezért megfelelő controlsoport beállítása is szükséges (9).

d) Kevésbet tudunk a h. e. vírusáról, az immunitási viszonyokról, ezért a vírus közvetlen szerepe a következmények létrehozásában még vitatható; nem tudjuk, nincs-e szerepe az ismeretlen aetiológiájú cirrhosis létrejöttében az „egészséges” virushordozásnak, a fel nem ismert abortív, vagy anictericus h. e.-nak.

e) Nem tudjuk, hogy a per os, illetve inoculációs úton terjedő h. e. korai prognosishoz észlelt különbség megvan-e a késői prognosishoz is.

Mindezen nehézségek tükröződnek a h. e. prognosishoz foglalkozó irodalomban is. A közlemények a II. világháborúig csak szórványos adatokat tartalmaznak az úgynevezett icterus catharralis cirrhosisba való átmeneteléről (9). A II. világháború járványai alatt és főleg az után sok szerző foglalkozott a korai következményekkel. A kérdés nagy fontossága ellenére nagy beteganyag késői prognosishoz tárgyaló közlemény kevés van. Ennek oka nyilvánvalóan a prognosishoz megítélésének fentebb összefoglalt bonyolult voltában, de legalább annyira a megfelelő vizsgálati feltételek (a betegek nagy százalékának

felkutatása, az akut betegség pontos ismerete stb.) megteremtésének feltételeiben rejlik.

A késői prognózis kérdését — ezen belül a legfontosabbat, a posthepatitises cirrhosis gyakoriságát — kórboncnokok és klinikusok vizsgálták. *Magyar és Fischer* (10) monographiájában szereplő (573. oldal) szerzők cirrhosis betegei 0,5—33,0%-ának anamnesisében szerepel hepatitis. Ezen igen eltérő százalékszámokban szerepe lehet annak, hogy a chronicus hepatitis átmenetét cirrhosisba nehéz diagnosztizálni, továbbá annak is, hogy az anamnesisben a h. e. mellett más, cirrhosist okozó kórok (alkohol stb.) is lehetnek. Pl.: *Magyar* (11) 142 cirrhosis betege anamnesisében 17,6%-ban talált h. e.-t egyéb aetiológiai tényezővel együtt, de csupán h. e.-t csak 6,3%-ban. *Baló és mtsai* (30) 57 boncolt cirrhosis esetében 35%-ban szerepelt hepatitis az anamnesisben. Kórházunk 100 cirrhosis esetének anamnesisét átnézve 28 betegnél (= 28,0%) találtunk megelőző h. e.-ra utaló adatot (34).

Hepatitis epidemican átessett és a legnagyobb létszámú beteganyagban, valamint a leghosszabb idő után hazai szerzőink közül *Magyar—Vágó—Dubszky* (12), a külföldiek közül *Kühn és Hitzelberger* (13), *Zieve és mtsai* (9), *Neefe és mtsai* (14) és *Grigorjev* (15) végeztek vizsgálatokat. E szerzők vizsgálatainak egyes adatait az alábbi táblázat mutatja.

Klíma és Rieder (35) 327 beteget vizsgált kb. 7 évvel a hepatitis után. 19%-ban észlelt prolongált lefolyást, 2,8%-ban chronicus hepatitist, utóbbiakból 7 progressív volt. A japán *Ohta* (36) 1080 hepatitisen átessett beteg vizsgálatakor 16,9%-ban talált májdiszfunkciót, 162 megpungált chronicus hepatitis eset közül 33-ban cirrhosis volt a helyes diagnosis. Ebből arra a következtetésre jut, hogy a hepatitist kb. 3%-ban követi cirrhosis kialakulása.

Cullinan és mtsai (16) 1942—43-ban a II. világháború alatt a földközi-tengeri hadszíntéren megbetegedett minden ötödik brit katonát 6—7 évvel a h. e. után megkérdezték, összesen 1184-t (a kiszemelt betegek 91,6%-át). 33 (= 3,2%) volt betegnek nevezhető, de panaszai alapján cirrhosisosnak egy sem. 8,3%-ban fordult elő recidiva a kórházi kezelés után, a 33 betegnek nevezhető közül 5 betegnél. 9 esetben az icterus periodikusan lépett fel. E 9 közül 1957-ben már csak egynék volt időnként enyhe icterusa panaszok nélkül. E szerző átnézte a brit hadseregben 1939—57 között nyugdíjazottak iratait. Ezek között 76 cirrhosis akadt, de csak 4 olyan volt, akinél komplikáció nélküli h. e. okozhatta a cirrhosist.

Ezen szerzők a cirrhosis szempontjából kedvező adatai mellett azonban minden szerző elismeri, hogy a h. e. — bár ritkán — átmehet közvetlenül, vagy évekkel később cirrhosisba. Többen (13, 17) azt állítják, hogy a posthepatitises cirrhosisok többsége a hepatitist követő 2—3 éven belül lép fel, továbbá (9, 16, 18, 19, 20) az idő múlásával a hepatitisből eredő cirrhosis kialakulásának valószínűsége csökken. Olyan vélemények is vannak azonban (21, 22, 23, 24, 25), hogy a cirrhosist létrehozó okok közül az utóbbi években a h. e. nagyobb szerepet játszik, mint a többi okok. Ennek magyarázata az lehet, hogy a h. e. esetek abszolút száma világszerte az utóbbi 20 év alatt jelentősen megnőtt.

A h. e. prognózisának kutatására jó alkalmat szolgáltattak a hadseregek (5, 9, 14, 26) sajátos viszonyaik miatt. A katonarost a h. e. korai és késői prognosisa nagy háborús jelentősége (27) és a szolgálatképesség megítélése miatt érdekli többek között. Minthogy a külföldi irodalmi adatok nem vihetők át minden további nélkül hazai viszonyainkra, a hazai irodalom pedig kevés adattal rendelkezik, utánvizsgálatokat végeztünk nagyobb beteganyagban a késői prognózis megállapítása céljából.

A beteganyag ismertetése

1951 január és 1954 december között összesen 554, 20—30 év közötti h. e. beteget kezeltünk. Egy meghalt akut májnecrosisban, 8 pedig évekkel később más okból (tüdőtbc. 2, baleset 6). Az életben levő 545 beteg közül külföldre került 36, az elérhető 509 beteg közül 500-at tudtunk 5—9 évvel (átlag 83 hó-

A szerző neve (Közlemény éve)	Betegek száma	Után- vizsgá- lati idő (év)	Betegek életkora	Panaszos betegek száma, illetve %-a	Recidiva, relapsus esetek száma		Persistens hepatitis esetek száma, illetve %-a	Cirrhosis esetek száma, illetve %-a	Puncti)
					?	?			
Kühn és Hitzelberger (1950)	211	6-10	Felnőttek	50	?	?	?	0	Pár eset- ben neg.
	99	2-5	Felnőttek	69	?	?	„Latens hepato- pathia“ 54,7	0	
Zieve és munka- társai (1953)	367	4-6	Átlag 31,1 év	?	26	?	„Gyanús“ 69	0	60-ból 58 norm.
Magyar és munka- társai (1953)****	100	4-5	Felnőttek	81	5	?	„Beteg“ 13	5*	0
	271	4-6	21-43 év Átlag: 30 év	57,9	21	?	1,6** 3,2***	0	11 neg.
Grigorjev (1958)	138	2-5	Többség	?	Chronicus hepatitis		Lassú progressio 13,8%	3,7	0
	46	5-10	40 év alatt		Nem progressiál 23,9%				

* Decomp. cirrh. eset; ebből 2 ascitesel.

** „Májartalomra erősen gyanús a panaszok alapján.”

*** „Májartalomra erősen gyanús a tünetek alapján.”

**** Selectált beteganyag.

nappal) a betegség után újra megvizsgálni. A 9 nem vizsgált beteg közül ötről tudjuk, hogy panaszmentes és dolgozik, egynek fekélybetegsége van, három beteget nem tudunk felkutatni. Tehát egész beteganyagunk 91,7%-a, az elérhető betegek 98,2%-a került utánvizsgálatra.

Vizsgálatainkat a következő kérdések tisztázása céljából végeztük:

1. milyen panaszok, tünetek, labor. eltérések észlelhetők és milyen gyakorisággal?

2. milyen a tünetek és labor. eltérések összefüggése a betegek panaszos, vagy panaszmentes voltával?

3. a) van-e különbség az utánvizsgálati állapot szempontjából az epid. és inoc. eredetű, az ictericus és anictericus lefolyású esetek között?

b) milyen gyakori a h. e. alatt, vagy után fellépő recidiva, a betegség elhúzódó lefolyása, milyen ezen betegek utánvizsgálati állapota, összehasonlítva a szövödménymentesen lezajlott esetekkel?

c) milyen az alkoholisták és nehéz fizikai munkások utánvizsgálati állapota?

4. hány beteg tekinthető klinikailag gyógyultnak, illetve betegnek, utóbbiak milyen posthepatitises kórképbe sorolhatók?

A panaszokat több szerző a gyakoriság szerint említi, mások májbetegségre jellegzetes és nem jellegzetes panaszok alapján csoportosítják anyagukat. Utóbbi módon jártunk el mi is. Typusos panaszos csoportba soroltuk azon betegeinket, akiknek a májtájra localisalt fájdalma, nyomó, feszülő, szűrő, vagy húzó érzése volt. „görcs”-ről számoltak be, valamint mindazokat, akik zsír- és alkoholintoleranciában szenvedtek egyszerre. Az atypusos panaszos csoport tagjai csak valamelyik intoleranciáról, emellett legtöbbször gastrointestinalis panaszokról, vegetatív panaszokról stb., vagy csak utóbbiakról számoltak be. A typusos csoportban — a fenti tünetek mellett — természetesen számos betegnek volt gyomor-bélrendszeri, vegetatív, vagy egyéb panasza is.

A panaszok ilyen módon való csoportosítása természetesen vitatható. Abból indultunk ki, hogy az egész beteganyagban a májfájdalom, a zsír- és alkoholintolerancia volt a 3 leggyakoribb panasz. A májtáji fájdalom bármely foka elismerten leginkább májbetegségre, vagy epeútbetegségre utal, a zsír- és alkoholintolerancia az irodalom adatai szerint igen gyakori panasz a h. e. után. Az izolált intolerancia és a többi panaszok legtöbbször általában nem májbetegségre jellemzőek, de elég gyakran találhatók májbetegnél is.

A fizikális vizsgálatoknál különös tekintettel voltunk a h. e. utáni különböző kórformák tüneteire. Megmértük a betegek testűlyát, általános fizikális vizsgálatot végeztünk, a máj nagyságát a jobb bordaív alatt harántujjal mért tapinthatósága alapján regisztráltuk, megfigyeltük a máj consistentiáját és érzékenységét.

A labor vizsgálatok közül az összes se. bi., thymol turb., aranyosol., vizelet, összfehérje és A/G., valamint 192 betegnél brómsulfalein retentio (45 perc 5 mg/kg) vizsgálatát végeztük el. Egyes esetekben kvalitatív se. bi., se. papírelektrophoresis, alkalikus phosphatase, a se. glutaminsav-pyroszólósv transaminase és se. cholesterin vizsgálat is történt.

Az egyes klinikai és labor. vizsgálati módszerek eredményeinek kiértékeléséhez controll-csoportok beállítása lett volna helyes (9). A máj tapinthatóságának controlljaként 2 adatra támaszkodhatunk. Kórházunk egyik munkacsoportja egy nagy ipari üzemben végzett más irányú szűrővizsgálatai alkalmával 535. betegeinkkel azonos korú férfinál 2,9%-ban talált tapintható májat, ezek közül 2 ujjnyinál nagyobbat 2 esetben, érzékeny májat 4 esetben, nagyobb lépet 1 esetben. A másik adat Palmer (28) vizsgálataiból adódik, aki 1000. májbetegségen át nem esett katonát vizsgált meg. A máj szélét a rectus izom széle mellett mély belégzésnél és relaxált hasizmok mellett a linea semilunarisban tapintotta. A 26—30 év közötti 172 katonánál 172 katonánál nem volt tapintható a máj 63,8%-ban, a bordaszélt elérte 6,3%-ban, 1 cm-re haladta 7,5%-ban, 2 cm-re 15,5%-ban, 3 cm-rel 5,2%-ban, 4—5 cm-rel 1,7%-ban. E két adat is arra utal, hogy a vizsgálat célja biztosan befolyásolja az egyes eredményeket.

Palmer számadatai biztosan nagyobbak, mint amit mi Magyarországon orvosi gyakorlatunkban általában tapasztalunk. Kórházunk munkacsoportjának eredményei viszont túl alacsonynak tűnnek fel, a beteganyagunkkal azonos korú férfibetegeknél a máj tapinthatósága reálisan 5⁰/₀ körül lehet.

A se. bi., a májfunctiók próbák és a vizelet vizsgálat controllja céljából külön vizsgálatokat nem végeztünk.

A beteganyag csoportosítása

A betegek eredeti kórlapja és az utánvizsgálati jegyzőkönyvek alapján betegeinket a következőképpen tudtuk csoportosítani:

Epidemiás eredetű	380	beteg = 76 ⁰ / ₀
Inoculatiós eredetű	120	„ = 24 ⁰ / ₀
Ictericus lefolyású	399	„ = 80 ⁰ / ₀
Anictericus lefolyású	101	„ = 20 ⁰ / ₀
Panasza van	327	„ = 65,4 ⁰ / ₀
Panaszmentes	173	„ = 34,6 ⁰ / ₀
Szövődménymentes lefolyású	393	„ = 78,6 ⁰ / ₀
Szövődményes lefolyású összesen	107	„ = 21,4 ⁰ / ₀
— elhúzódó (relapsus)	40	} „ = 44 (8,8 ⁰ / ₀)
— elhúzódó és alkoholista	4	
— recidiváló	35	} „ = 39 (7,8 ⁰ / ₀)
— recidiváló és alkoholista	4	
— alkoholista	24	
Nehéz testimunkás	153	„ = 30,6 ⁰ / ₀

Epidemiásnak azt a beteget tekintettük, akinél contactusra utaló adat volt, vagy nem találtunk inoculatiós adatot. Az inoculatiós eseteknél 45—180 napos incubatiós időt vettünk figyelembe. Az anictericus betegeknél nem volt látható icterusa és se. bi.-ja nem haladta meg a 2,5 mg⁰/₀-ot. Elhúzódó lefolyásúnak minősítettük azon betegeket, akiknek klinikai tünetei a hepatitis kezdete után 6 hét—4 hónap után is még észlelhetők voltak. Relapsus alatt a 6 hónapon belüli, recidiva alatt pedig a klinikai tünetek 6 hónapon túli kiújulását értettük. Az alkoholista betegek legalább napi 1 liter bornak megfelelő szeszt fogyasztottak rendszeresen. Nehéz testi munkának minősítettük a földműves, a bányász, a rakodómunkás, hómunkás és hasonló foglalkozásokat.

Eredmények

A panaszokat, azok gyakoriságát és az egyes panaszos csoportokban való előfordulását mutatja a 2. sz. tábla.

Feltűnő, hogy a betegek 65,4⁰/₀-ának voltak még ilyen hosszú idő után is panaszai. A leggyakoribb panaszok a májtáji fájdalom, a zsír- és alkoholintolerantia és az étvágytalanság. Az émelygés, hányás és urticaria kivételével a többi panasz is jelentékeny számban fordul elő. *Kühn és Hitzelberger* (13) 54,7⁰/₀-ban találtak „latens hepatopathiára” utaló panaszt, „jellegtelen” panaszt 24⁰/₀-ban. *Neeffe és munkatársai* (14) a panaszok alapján „májártalom”-ra gyanúnak minősítették betegeik 57,9⁰/₀-át, gastrointestinalis panasz volt 62,6⁰/₀-nak. *Grigorjev* (16) májfájdalmat 40,3⁰/₀-ban, zsírundort 24,2⁰/₀-ban, étvágytalanságot 20,3⁰/₀-ban, gyengeséget 20,3⁰/₀-ban, meteorismust 10,4⁰/₀-ban észlelt. *Magyar és mtsai* (11) 100 betegből álló szelektált anyagában puffadás 41, gyomornyomás és zsírintolerantia 40, májtáji fájdalom 52, székzavar 24, gyengeség 7 esetben fordult elő. *Zieve és mtsai* (9) a panaszokat értékelhetetlennek tartotta. A fenti 4 idézett szerző adatait összevetve saját adatainkkal, azt látjuk, hogy a panaszos betegek számaránya elég jól egyezik, a májfájdalom,

PANASZOK GYAKORISÁGA

Panaszok	Typusos		Atypusos		Összes panaszos betegek		500 beteg százalékos megoszlása
	panaszos betegek				szá- ma	% -a	
	szá- ma	% -a	szá- ma	% -a			
Májtáji fájdalom	219	43,8	108	21,6	327	65,4	
Zsírintolerantia	163	74,4	0	0	163	49,8	32,6
Alkoholintol.	158	72,1	52	48,1	210	64,2	42,0
Etvágytalanság	137	62,5	23	21,3	160	48,	32,0
Etvágytalanság	78	35,6	23	26,8	107	33,0	21,4
Fáradékonyosság, gyengeség	70	31,9	16	14,8	86	23,2	17,2
Teltség, puffadás	69	31,5	13	12,0	82	25,0	16,4
Veget. panaszok	39	17,8	19	17,6	58	17,7	11,7
Gyomorfájdalom	43	19,6	15	13,8	58	17,7	11,7
Gyomorégés	26	11,8	30	27,7	56	17,1	11,1
Székletzavar	60	27,3	6	5,5	66	20,1	13,2
Emelygés, hányás	21	9,6	9	8,3	30	9,1	6,0
Urticaria	3	1,3		3,8	7	2,1	1,4

étvágytalanság, fáradékonyosság, székletzavar és emelygés gyakorisága is közel áll adatainkhoz.

Ugyancsak a 2. sz. táblán tüntettük fel a panaszok előfordulásának gyakoriságát az egyes panaszos csoportokban, e csoportok jellemzése céljából. A májtáji fájdalom, a zsír- és alkoholintolerantia együttes előfordulása kritériuma volt a tipusos csoportba való sorolásnak. A zsír-, valamint alkoholintolerantia 48,1, illetve 21,3%-ban fordult elő az atypusos panaszos csoportban. Az étvágytalanság 35,6, illetve 26,8%-ban a két panaszos csoportban. A fáradékonyosság és a teltség-puffadásérzés kétszer annyi a tipusos csoportban, mint az atypusosban. Érdekes, hogy a vegetatív panasz majdnem azonos százalékban fordult elő a két panaszos csoportban. Úgy látszik, hogy a vegetatív panaszok függetlenek a májtáji fájdalomtól. A gyomorfájdalom magas számát a tipusos csoportban az magyarázza, hogy e csoportban 13 ulcusos beteg is szerepel, ezeket levonva a gyomorfájdalom arányszáma 13,2%-ra, az atypusos csoportban szereplő 2 ulcusos levonása után pedig 12,0%-ra csökken, azaz kb. azonos mértékre.

A tünetek és kóros labor. leletek gyakoriságát az egész beteganyagban, valamint az egyes panaszos és panaszmentes csoportokban a 3. sz. tábla mutatja.

Az 1. oszlop adataiból kitűnik, hogy a betegek 60,2%-ának nagyobb volt a mája. Ezek közül azonban csak 1 ujjnyi volt 77,5%-ban, 2 ujjnyi 17,2%-ban és 3 ujjnyi 5,3%-ban. Ezek a nagy számok biztosan messze meghaladják a hepatitisen át nem esett, egészséges fiatal egyéneknél szerzett tapasztalatainkat. Ugyancsak jelentősnek kell tekinteni azt, hogy 32 betegnek tömött tapintatú mája volt, ezek közül csak 4 volt érzékeny. Érzékeny májat összesen csak 13 betegnél találtunk, ezek közül 9 puha volt. A lép 8%-ban volt tapintható és 3 eset kivételével egyúttal a máj is nagyobb volt. Icterust a sclera 13 betegnél, a bőrön egynél sem találtunk. Megjegyezzük, hogy az érzékeny máj

nagysága 4 esetben 1 ujjnyi, 9 esetben 2—3 ujjnyi volt. Viszont a tömött tapintatú 32 máj közül 1 ujjnyi 24, 2—3 ujjnyi 8 volt.

A labor. vizsgálatok közül a fokozott ubg. reactio volt a leggyakoribb, de ezek — 1 eset kivételével — mind csak enyhén fokozott reactiót adtak. A 29 emelkedett se. bi.-nal járó eset közül, csak 13 betegnél volt látható icterus. Az észlelt legmagasabb se. bi. 3,42 mg⁰/₀ volt. A thymol turb. 4⁰/₀-ban volt positiv (20 eset), ezek közül 15 esetben csak 6—7 E, a maximalis érték 12 E volt.

3. sz. tábla.

A TŰNETEK ÉS KÓROS LABOR. LELETEK GYAKORISÁGA
A PANASZOS ÉS PANASZMENTES CSOPORTOKBAN

T ű n e t e k Labor. leletek	Összes betegek		Typusos panaszos betegek		Atypusos panaszos betegek		Panaszmentes betegek	
	száma	%-a	száma	%-a	száma	%-a	száma	%-a
	1		2		3		4	
Ö s s z e s e n :	500	100	219	43,3	108	21,6	173	34,6
Icterus	13	2,6	10	4,5	1	1,0	2	2,3
Nagyobb máj	301	60,2	171	78,0	61	56,4	69	39,8
1 ujjal	233	77,5	116	67,8	53	86,9	64	92,7
2 ujjal	52	17,2	40	23,4	8	13,1	4	5,8
3 ujjal	16	5,3	15	8,8	0	0	1	1,5
puha, nem érzékeny	261	86,7	150	87,7	55	90,2	56	81,2
puha, érzékeny	9	2,9	6	3,5	2	3,3	1	1,4
tömött, nem érzékeny	28	9,3	14	8,2	4	6,5	10	14,5
tömött, érzékeny	4	1,3	3	1,8	0	0	1	1,4
Lép nagyobb	40	8,0	27	12,3	7	6,1	6	8,6
Se. bi. > 1,1 mg %	29	5,8	14	6,4	5	4,6	10	5,7
ubg. fok	44	8,8	21	9,5	11	10,1	12	6,9
Thymol turb. > = 6—12 E	20	4,0	5	2,2	7	6,4	8	4,6
Aranysol > = 2	4	0,8	1	0,4	2	1,8	1	0,5
BSP. vizsg. sz.	192	38,4	93	42,4	44	40,7	55	31,7
BSP. > 5%	2	1,0	1	1,7	0	0	1	1,8

A 3. sz. tábla 2., 3. és 4. oszlopa tartalmazza a tünetek és labor. eltérések gyakoriságát a panaszos és panaszmentes csoportokban. Ezen adatokból az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

a) minthogy a tipusos panaszos csoportban a leggyakoribb az icterus, a májnagyobbodás, főleg a 2—3 ujjnyi, és a lépnagyobbodás, ilyen panaszok esetén várható leginkább fizikális eltérés és talán chronicus májkárosodás is;

b) a máj consistentiája és érzékenysége, valamint a labor. vizsgálati eredmények nem alakultak párhuzamosan a beteg panaszainak típusával, illetve a panaszmentességgel;

c) a panaszmentes betegeknel is nagy számban található nagyobb máj (39,8%), tömött tapintatú máj, emelkedett se. bi. és fokozott ubg.-ürítés.

A leggyakoribb tünetnek, a májnagyobbodásnak összefüggését az icterusszal, a nagyobb léppel és pos. labor. leletekkel a 4. számú táblán tüntettük fel.

4. sz. tábla.

A TŰNETEK ÉS KÓROS LABOR. LELETEK GYAKORISÁGA
A NAGYOBB, ILLETVE NORM. NAGYSÁGÚ MÁJÚ BETEGEKEN

T ű n e t e k Labor. leletek		Máj norm. nagyságú		Máj nagyobb	
		száma	%	száma	%
	Összesen	199	39,8	301	50,2
Interus	13	4	2,0	9	2,9
Lép nagyobb	40	3	1,5	37	12,2
Se. bi. > 1,1 mg.	29	7	3,5	22	7,3
Ubg. fok.	44	12	6,0	32	10,6
Thymol \cong 6—12E.	20	10	5,0	10	3,3
Aranysol \cong 2	4	1	0,5	3	1,0
BSP. vizsg.	192	71	35,6	121	40,1
BSP. > $\frac{1}{10}$	2	0	0	2	1,6

A nagyobb májű betegeken nyolcszor gyakoribb a lépnagyobbodás, kétszer gyakoribb az emelkedett se. bi., gyakoribb az ubg.-uria is, viszont nagyobb számban találtunk pos. thymol turb. reactiót a májnagyobbodás nélküli betegeken.

A panaszok, a legfontosabb tünetek és labor. leletek gyakoriságának összehasonlítása céljából táblázaton tüntettük fel a nagy anyagot vizsgáló szerzők és saját vizsgálataink eredményeit. (5. sz. tábla.)

A panaszos betegek százalékos aránya két szerzőnél közel áll a mienkhez, *Magyar és munkatársai* (12) szelektált anyagot vizsgáltak, nyilván ezért találtak több panaszos beteget. A májnagyság százalékszámái közül saját adataink a legmagasabbak, meghaladják Magyar és munkatársai szelektált anyagának adatait. A külföldi szerzők adatai lényegesen kisebbek. A lép nagyságára, az emelkedett se. bi.-ra, ubg.-uriára, a thymol és bromsulfalein vizsgálatra vonatkozó eredmények jelentősen eltérnek egymástól. E táblázatból is látható, hogy — mint említettük — a külföldi adatok nem alkalmazhatók itthon fenntartás nélkül, továbbá az, hogy a betegek száma, szelektált volta, életkora, a vizsgálati módszerek különbözősége és egyéb tényezők is befolyásolhatják az egyes adatokat, nem is beszélve arról, hogy a h. e. óta eltelt idő alatt átveszelt egyéb betegségek is okozhatnak májártalmat, vagy maradványtüneteket.

A 6. sz. táblán tüntettük fel az epid. és inoc. eredetű, az ictericus és anictericus lefolyású, szövődménymentes esetekben a panaszcsoportok, a tünetek és kóros labor. leletek gyakoriságát. Megállapíthattuk, hogy lényeges különbség az epid. és inoc. esetek utánvizsgálati állapota között nincs. Megemlíthetjük, hogy icterus és pos. bromsulfalein retentio csak az epid. esetekben volt, viszont

a pos. thymol és aránysol reactio, valamint a lépnyagobbodás gyakoribb volt az inoc. csoportban. Az icterusszal és anélkül lefolyó esetek összehasonlításakor kitűnt, hogy mindkét csoportban egyenlő a szövődménymentes esetek és a panaszcsoportok aránya. Az ictericus lefolyású esetekben gyakoribb az icterus, a lépnyagobbodás, az ubg.-uria, a pos. thymol és aránysol próba, viszont az anictericus esetekben találtunk gyakrabban nagyobb májat és emelkedett Se. bi.-t.

5. sz. tábla.

Szerzők	Panaszos betegek % ^a	Ictericosus %	Na- gyobb máj % ^o	Na- gyobb lép % ^o	Se. bi. > % ^o	Ubg.- uria % ^o	Thymol turb.kóros % ^o	BSP > 5 % ^o	NG > 1 % ^o
Kühn és Hitzelberger	50	?	24	1	29	18,?	61	?	?
Zieve és munkatársai	?	?	?	?	4,4	23 h alatt 6,1	5,8	21	?
Magyar és munkatársai +	81	?	54	14	20	49	23	?	?
Neeffe és munkatársai ++	57,9— —39	4— —2,8	23— —32,9	1,6— —0,0	1,8 —1,3	24 h alatt 6,5— —4,2	3,5— —4,3	10,1— —2,9	0— —2,6
Grigorjev	?	?	29,8	7,6	?	?	—	?	?
Saját	65,4 Typ: 43,6 Atyp: 21,6	2,6	60,2	8	5,8	8,8	4	1	0

* 100 selectált betegre vonatkozó adatok.

** Az első adat tábori elhelyezésben, a második harctéren szerzett megbetegedésekre vonatkozik.

A szövődménymentes inoc. esetekben észlelt pos. fehérjepróbák és lépnyagobbodás gyakoribb volta talán azzal magyarázható, hogy az immun válasz ezen esetekben kifejezettebb. Az anictericus lefolyású esetekben a májnyagobbodás és emelkedett se. bi. gyakoribb voltát még helyesen értelmezni nem tudjuk.

Mindezek alapján az ictericus lefolyású h. e. esetek késői következményeit kell jelentősebbnek tartanunk. Amennyire biopsziás vizsgálatok hiányában megítélhető, úgy látszik, hogy az anictericus lefolyású esetekből nem lesz gyakrabban chronicus májkárosodás, mint az ictericus lefolyásúakból.

Arra a fontos kérdésre, hogy a szövődménymentes esetekből lesz-e chronicus májbetegség, a 7. sz. tábla adataiból próbáltunk választ adni.

Szövődményesnek neveztük az elhúzódó lefolyású, a recidiváló, valamint alkoholista betegeinket, összesen 107 egyént (21,4^o). 393 betegünk került a szövődménymentes csoportba. Elhúzódó lefolyású 44, recidiváló 39, s alkoholista 24 betegünk volt. Az elhúzódók és recidiválók között is volt azonban 4—4 alkoholista. A betegek legtöbbször csak egyszer recidivált, 9 beteg pedig 2—5-ször. A tábla adataiból kitűnik, hogy a recidiváló esetek között található a legtöbb típusos panasz, az icterus, a lépnyagobbodás, a se. bi.-emelkedés és fokozott ubg.-ürítés, valamint a pos. thymol reactio is. Az elhúzódó lefolyású betegek

A SZÖVŐDMÉNYMENTES HEPATITIS ESETEK BEN ÉSZLELT PANASZOK
JELLEGÉNEK, A TŰNETEKNEK ES KÖROS LABOR. LELETEKNEK
GYAKORISÁGA

	Össze- sen	Epidem.		Inoc.		Icter.		Anicter.		Szövődm. mon. hep.	
		szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%
Hepatitis összesen	500	380	76,0	120	24,0	399	80,0	101	20,0	393	78,6
Szövődménymentes hepatitis összesen	393	302	79,5	91	23,8	318	79,0	75	19,0	393	100,0
Typusos panasz	219	112	37,1	38	12,2	120	47,8	30	11,3	150	38,2
Atypusos panasz	108	75	24,8	19	6,2	75	23,8	18	5,8	94	23,9
Panaszmentes	173	115	38,1	3	1,0	122	38,4	27	8,0	149	38,9
Icterus	13	7	2,3	0	0,0	6	1,8	1	0,3	7	1,7
Máj nagyobb	301	170	56,2	54	18,0	171	53,7	53	16,0	224	57,0
Lép nagyobb	40	20	6,6	8	2,5	19	5,9	9	2,8	28	7,1
Se. bi. > 1,1 mg	29	15	4,9	4	1,3	12	3,7	7	2,1	19	4,8
Ubg. fok,	44	26	8,6	8	2,5	25	7,8	9	2,8	34	8,6
Thymol turb. \cong 6—12E	20	11	3,6	5	1,5	16	5,0	0	0,0	16	4,1
Aranysol \cong 2	4	2	0,6	2	0,6	4	1,2	0	0,0	4	1,0
BSP. vizsg.	192	115	38,1	32	10,3	126	39,5	19	5,8	147	37,4
BSP. > 5%	2	1	0,86	0	0,0	1	0,79	0	0,0	1	0,67

állapota a recidiválókénál általában enyhébb, bár ezek között is kb. ugyanannyi a typusos panaszos és nagyobb májú beteg. Positiv fehérje próbát nem találtunk az elhúzódó betegeknél, viszont a két pos. BSP-retentio e csoportban található. A szövődménymentes lefolyású betegek utánvizsgálati állapota lényegesen jobb, mint az elhúzódó és recidiváló eseteké. A szövődménymentesen lezajlott hepatitiszes és egyúttal alkoholista betegek állapota nem különbözik lényegesen a szövődménymentesekétől, sőt egyes szempontokból jobb is, talán ezért is mernek e betegek többet inni. Az alkohol — úgy látszik — fiatal betegeink állapotában talán egyelőre még nem okozott klinikai módszerekkel felderíthető elváltozásokat olyan gyakran, mint a hepatitis maga, az elhúzódó és recidiváló esetekben. Ugyanilyen eredményre jutottak az alkohol hatásának vizsgálatakor 6—12 hónappal a betegség után Gardner és munkatársai (29).

Az 500 beteg közül 153 (30,6%) végzett nehéz fizikai munkát a h. e. óta. Az összes betegek 93%-a volt a h. e. után egészségügyi szabadságon, átlag 27,4 napig. 371 betegünk a h. e. után még átlag 17 hónapot szolgált a hadseregben, 59-nek a h. e. után közvetlenül letelt a szolgálati ideje, 6 beteget szereltek le a h. e. miatt felülvizsgálat útján (4 elhúzódó, 1 recidiváló és 1 posthep. hyperbilirubinaemiás esetet), 64 pedig ma is aktív katona. A később ismertető, a h. e. után talált állapotokban, illetve kórformákban mind a nehéz fizikai munkások arányszáma, mind az eu. szabadság átlagos ideje és a h. e. utáni szolgálati idő átlagos tartama lényegében azonos volt.

Mindezekből az irodalom adataival egybehangzóan azt állapíthatjuk meg, hogy leggyakrabban a recidiváló és elhúzódó (relapsusos) lefolyású h. e. esetekben találunk évekkal a betegség után májbetegsége utaló panaszokat, tüneteket, s pos. labor. eltéréseket. Úgy látszik, hogy a III. decenniumban férfiaknál a h. e. után éveken át végzett nehéz fizikai munka, az alkoholfogyasztás, valamint az átlag 4 hetes egészségügyi szabadság utáni átlag 17 hónapos kato-

nai szolgálat nem jelentenek olyan tényezőt, amely döntően befolyásolná a h. e. után kialakult állapotot, vagy kórkép jellegét.

Utolsó és legfontosabb kérdésünkre — a h. e. utáni állapotok, illetve kórképek előfordulására — a 8. sz. tábla adatai adnak feleletet.

7. sz. tábla.

A PANASZCSOPORTOKNAK, A TÜNETEKNEK ÉS KÓROS LABOR. LELETEKNEK GYAKORISÁGA AZ ELHÚZÓDÓ LEFOLYÁSÚ, A RECIDIVÁLÓ ÉS AZ ALKOHOLISTA HEPATITISSES BETEGEKNEK, ÖSSZEHASONLÍTVA A SZÖVŐDMÉNYMENTES BETEGEK ADATAIVAL

	Össze- sen	Elhúzódó		Recidi- váló		Alkoho- lista		Szövőd- ményes összesen		Szövőd- mentes hep.	
		szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%
Összesen:	500	44	8,8	39	7,8	24	4,8	107	21,4	393	78,6
Typusos pavasy	219	31	70,4	31	79,5	7	29,0	69	64,5	150	38,2
Atyp. panasö	108	6	13,6	2	5,1	6	25,0	14	13,0	94	23,9
Panaszmentes	173	7	16,0	6	15,4	11	46,0	24	22,4	149	37,9
Icterus	13	2	4,5	4	10,2	0	0	6	5,6	7	1,7
Máj nagyobb	301	34	77,3	32	76,9	11	46,0	77	71,9	224	57,0
Lép nagyobb	40	4	9,0	6	15,4	2	8,3	12	11,2	28	7,1
Se. bi. > 1,1 mg%	29	4	9,0	5	12,8	1	4,1	10	9,3	19	4,8
Ubg. fok.	44	5	11,3	5	12,8	0	0	10	9,3	34	8,6
Thymol turb. \cong 6—12 E	20	0	0	3	7,7	1	4,1	4	3,7	16	4,1
Aranysol \cong 2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1,0
BSP. vizsg.	192	16	36,3	18	46,1	11	45,8	45	42,0	147	37,4
BSP. > 5%	2	1	2,2	0	0	0	0	1	0,93	1	0,67

8. sz. tábla.

HEPATITIS UTÁNI ÁLLAPOTOK

Kórforma	Szövőd- mény- mentes hepatitis összesen		Szövődményes hepatitis								Összesen	
			Elhúzódó		Recid		Alkohol		Összesen			
	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%	szá- ma	%
Posthep. syndr.	75	19,1	6	13,6	3	7,7	6	25,0	15	14,0	90	13,0
Májfibrosis	208	52,9	29	65,9	25	64,1	11	45,9	65	60,8	273	54,6
Hyperbilirubinaemia	17	4,3	3	6,9	3	7,7	1	4,1	7	6,5	24	4,8
Chr. hepat.	6	1,6	2	4,5	5	12,8	0	0	7	6,5	13	2,6
Gyógyult	87	22,1	4	9,1	3	7,7	6	25,0	13	12,2	100	20,0
Összesen:	393	100,0	4	100,0	39	100,0	24	100,0	107	100,0	500	100,0
Utánvizsgálati idő átlag hó	81,4		87,5		85,8		86,6		86,7		83,0	

Betegeink 20⁰/₀-a klinikailag gyógyultnak nevezhető. Májfibrosis — *Magyar I.* (11) értelmezése szerint — 54,6⁰/₀-ban fordult elő. Ez stationer állapotot, defectussal való gyógyulást jelent. A hyperbilirubinaemia 4,8⁰/₀-ban szerepel; erről tudjuk, hogy a bilirubin kiválasztás izolált functionalis zavarát jelenti és az irodalom, valamint saját tapasztalatunk szerint is prognosisa jó. Relatív magas — 18⁰/₀ — a posthepatitises syndromáival rendelkezők száma. E betegekre a panaszok jellemzők, klinikai tünetek és labor. eltérések nélkül. Úgy tudtuk, hogy ez az állapot a h. e. után 1—2 éven belül megszűnik. Adataink arra utalnak, hogy betegeink közel egyötödében ez nem így van.

Chronicus hepatitiseknek minősíthető beteget 2,6⁰/₀-ban (13 beteget) találtunk. Ezeknél — 3 kivételével — tipusos panaszokat, minden esetben fizikális tüneteket és pos. labor. eltéréseket is találtunk. Ez a 13 beteg — egy balesetből megrokkant kivételével — mind munkaképesnek érezte magát és dolgozott. 11 betegnek eredeti hepatitisé ictericus lefolyású volt. Inoc. eredetű és egyúttal anictericus lefolyású eset egy sem szerepel közöttük. A tábla adataiból kitűnik, hogy a szövődménymentes esetek 1,6⁰/₀-a, az elhúzódó (relapsusos) esetek 4,5⁰/₀-a és a recidiváló esetek 12,8⁰/₀-a lett chronicussá, mint az már az eddigiekből is várható volt. A szövődménymentes lefolyású, de alkoholista betegek közül egyetlen chronicus hepatitisest sem találtunk. Megjegyezzük azonban, hogy a 4 recidiváló és egyúttal chronicus alkoholista beteg közül 2 idült hepatitises lett, míg a 4 elhúzódó lefolyású és alkoholista közül egy sem.

Epehólyagbetegségről a h. e. óta eltelt idő alatt 16 betegünk, ulcus betegségről 28 betegünk számolt be. Az előbbinek h. e. utáni előfordulását az irodalom gyakran említi, egyes szerzők igen gyakorinak tartják. A „hepatogen ulcus” fogalma nem megalapozott. Úgy gondoljuk, hogy a h. e. és az ulcus betegség véletlen coincidentájáról lehet szó. Pancreas vizsgálatokat — ambulánsan vizsgálva betegeinket — nem állt módunkban végezni.

Három betegünk a hepatitis óta eltelt időszak alatt az OVSZ. véradója volt. Ezt feltétlen helytelennek tartjuk és a betegeket a véradástól eltiltottuk.

A betegek anamnesisének felvételekor több, mint 100 beteg számolt be arról, hogy a h. e. óta más betegségen is átesett. Minthogy e betegségekről orvosi dokumentáció nem állott rendelkezésünkre, ezen adatokat a betegek utánvizsgálati állapota szempontjából nem értékelhettük.

A betegek testmagasságának és testsúlyának adataiból kiindulva a betegek 77⁰/₀-a átlagosan, vagy átlagon felüli tápláltságú volt.

A katonakorban lezajlott h. e. késői prognosist az irodalom (9, 14, 32) adatai, valamint saját vizsgálataink alapján általában jónak minősíthetjük. Az átlag 83 hónapos utánvizsgálatkor talált 2,6⁰/₀-os chronicus májkárosodás, valamint az, hogy progressiv cirrhosisra utaló tünetekkel rendelkező beteget egyetlen egyet sem találtunk, megalapozottnak tünteti fel ezen véleményünket. Tudjuk, hogy klinikai módszerekkel, biopsia nélkül a latens chronicus hepatitis és cirrhosis biztonságga nem zárható ki. *Zieve és munkatársai* (9) nagy anyagukban 60 olyan utánvizsgált beteget találtak, akinél chronicus májkárosodás gyanúja állott fent és ezeknél biopsiát végeztek. 58 esetben a histológiai kép teljesen normális volt. Azt is tudjuk, hogy a klinikailag inactívnak látszó esetek histológiai képe activ gyulladásra, vagy progressiv cirrhosisra utaló lehet. Ezért anyagunkat átnézve összesen 46 olyan beteget találtunk (a chronicus hepatitis eseteket is beleértve) —, akinél — ismételt klinikai vizsgálat után — a májbiopsiát indokoltnak tartjuk.

A betegek felkutatásában fáradságos munkájukkal nagy segítségünkre volt a budapesti XIII. kerületi Honvéd Kiegészítő Parancsnokság, a B. M. Országos Lakcímnnyilvántartó Szerve és sok vidéki rendőrör. A vizsgálatok elvégzésében komoly segítséget nyújtott a M. N. Központi Kórháza Központi Laboratóriuma és a fertőzőosztály minden dolgozója. Fáradságukért hálás köszönetet mondunk.

Összefoglalás

Szerzők 20—30 éves, hepatitis epidemica miatt kezelt katonabetegeik 91,7⁰/₀-át, 500 beteget vizsgáltak meg ambulanter a betegség után 5—9 évvel (átlag 83 hónappal). A betegek 83,4⁰/₀-ának hepatitise enyhe, vagy átlagos lefolyású, 8,8⁰/₀-ának elhúzódó és 7,8⁰/₀-ának recidiváló volt. 120 inoc. eredetű, 101 anictericus lefolyású eset volt. 32 beteg alkoholista volt, a hepatitis után, 153 pedig nehéz testimunkás.

A betegek 65,4⁰/₀-ának panasza volt. A máj nagyobb volt 60,2⁰/₀-ban, ezek egyötödének 2—3 ujjnyi, négyötödének 1 ujjnyi volt a mája; 32 esetben tömött, 13 esetben érzékeny, 4 esetben tömött és érzékeny volt a máj. Lépnagyobbodás 8⁰/₀-ban, icterus 2,6⁰/₀-ban fordult elő. Se. bi.-emelkedés 5,8⁰/₀-ban, az ubg. fokozott ürítése 8,8⁰/₀-ban, pos. thymol turb. 4⁰/₀-ban, aranyosol: 0,8⁰/₀-ban volt észlelhető. A 192 BSP. retentív vizsgálat közül 2 volt pos.

A fizikális tünetek a typosus panaszos csoportban voltak leggyakoribbak, de a panaszmentes csoportban is jelentős ⁰/₀-ban (39,8) fordult elő májnagyobbodás. A pos. labor. leletek gyakorisága nem függött össze a panaszok típusával, illetve a panaszmentességgel. A nagyobb májú betegeknél lényegesen gyakoribb volt az icterus, a léptumor, a se. bi.-emelkedés és a fokozott ubg.-ürítés, mint a normális nagyságú májjal rendelkező betegeknél.

Az epidemiás, illetve inoculációs eredetű szövődménymentes esetek utánvizsgálati állapota egyforma volt, icterust azonban csak epidemiás esetben észleltek. Az ictericus, illetve anictericus lefolyású szövődménymentes esetek összehasonlításából kitűnt, hogy az ictericus esetekben gyakoribb az icterus, a nagyobb lép, a fokozott ubg.-ürítés, a pos. colloid próbák és a BSP. retentio, az anictericus esetekben azonban a májnagyobbodás és a se. bi.-emelkedés gyakorisága nagyobb.

A szövődményes betegek közül a recidiváló esetekben találtak leggyakrabban tüneteket és labor. eltéréseket. Az elhúzódó esetek állapota valamivel enyhébb volt. Az alkoholista betegek állapota nem különbözött lényegesen a szövődménymentes betegekétől.

Az összes betegek 20⁰/₀-át klinikailag gyógyultnak, 13⁰/₀-át posthepatitises syndromásnak, 4,8⁰/₀-át posthepatitises hyperbilirubinaemiásnak és 54,6⁰/₀-át májfibrosisosnak (stationer defect állapot) minősítették. Chronicus hepatitis 2,6⁰/₀-ban volt megállapítható, progressiv cirrhosist egyet sem találtak.

A hepatitis utáni átlag 4 hetes szabadság, valamint az azt követő átlag 17 hónapos katonai szolgálat és a nehéz testi munka nem látszott döntően befolyásolni az utánvizsgálatkor észlelt állapot, vagy kórkép kialakulását. A szövődménymentes lefolyású esetekben a hepatitis utáni fokozott alkoholfogyasztás nem okoz nagyobb, klinikai eszközökkel kimutatható károsodást, mint maga a szövődménymentes enyhe és átlagos lefolyású hepatitis. A szövődménymentes esetek 1,6⁰/₀-a, az elhúzódó lefolyásúak 4,5⁰/₀-a és a recidiválók 12,8⁰/₀-a lett chronicusá.

A III. decenniumban lezajló komplikációmertes hepatitis epidemica prognosisa általában jó, az elhúzódó és recidiváló esetekben a chronicus májkárosodás esélye 5—9 év alatt 3, illetve 7-szeres.

Negyvenhat esetben tartják a biopsia elvégzését indokoltnak.

IRODALOM

1. Petrilla, A., Solt K., Vedres I.: Orv. Hetil. 1959, 100, 677. — 2. Sherman I. L., Eichenwald H. F.: Ann. Int. Med. 1956, 44, 1049. — 3. Frucht H. L., Metcalfe J.: New England J. Med. 1954, 251, 1094. — 4. Siede W.: Virushepatitis und Folgezustände. II. kiad. J. A. Barth Verlag, Leipzig, 1958. — 5. Keleti B., Pintér Z.: Honvédorvos 1961, 13, 99. — 6. Ahlstedt G.: Amer. J. Med. Sci. 1947, 213, 257. — 7. Salvesen H. A.: Loedoen I.: Acta Med. Scand. 1950, 137, 305. — 8. Solt K.: Orv. Hetil. 1960, 101, 1513. — 9. Zieve L. és mtsai: Gastroenterology 1953, 25, 495. — 10. Magyar J., Fischer A.: A máj és az epeutak. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1956. — 11. Magyar I.: Orv. Hetil. 1954, 95, 1361. — 12. Magyar I., Vágó E., Dubsky M.:

Orv. Hetil. 1953, 94, 488. — 13. Kühn H. A., Hitzelberger A.: Dtsch. med. Wschr. 1952, 77, 1562. — 14. Neeffe I. R. és mtsai: Ann. Int. Med. 1955, 43, 1. — 15. Grigoriev P. R.: Sov. Med. 1958, 22/10, 57. — 16. Cullinan E. R. és mtsai: Brit. Med. J. 1958, 5083, 1315. — 17. Jarceva A. M., Kogoj T. F.: Klin. Med. 1960, 38/4, 30. — 18. Capps R. B.: Gastroenterology 1948, 11, 680. — 19. Stuhler L. G. és mtsai: Gastroenterology 1959, 36, 467. — 20. Barile A. W. és mtsai: Gastroenterology 1951, 19, 755. — 21. Hartmann F., Kotke S.: Münch. Med. Wschr. 1958, 100, 705. — 22. Bansi A. W., Bödicker L.: Wiener med. Wschr. 1955, 105, 445. — 23. Oldershhausen H. F.: Med. Klin. 1957, 22, 961. — 24. Dittrich H.: Wiener med. Wschr. 1958, 108, 249. — 25. Reimer K.: Die Medizinische 1957, I, 454. — 26. Post J. és mtsai: Ann. Int. Med. 1950, 33, 1378. — 27. Farádi L., Garai L.: Honvédorvos 1951, 3, 317. — 28. Palmer E. D.: USAF Med. J. 1958, 9, 1685. — 29. Gardner H. T. és mtsai: Ann. Int. Med. 1949, 30, 1009. — 30. Baló I., Besznyák I., Kendrey G.: Orv. Hetil. 1957, 98, 1290. — 31. Jaszinovszkij M. A.: Ther. Arkhiv. 1950, 22, 20. — 32. Havens jr. W. P.: Amer. J. Gastroenterology 1955, 24, 285. — 33. Patera V.: Ztschr. ges. inn. Med. 1954, 9, 1250. — 34. Valló J.: Személyes közlés. — 35. Klíma R., Rieder H.: Wiener med. Wschr. 1959, 109, 416—419. — 36. Ohta Y.: Exc. Med. VI. 1961 jún. 3268. sz.

Подполковник м/сл. д-р Б. Келети, майор м/сл. д-р Э. Пинтер, подполковник м/сл. д-р Ф. Валфи:

ДАННЫЕ К ПРОГНОЗУ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Авторы исследовали 500 человек в течение 5—9 лет (в среднем 83 месяцев) после перенесенного эпидемического гепатита. Больные были военные, в возрасте 20—30 лет. Течение заболевания в 83,4% случаев нетяжелое, или средней тяжести, в 8,8% затянувшееся и в 7,8% рецидивирующее. Наблюдалось 120 случаев инокуляционного происхождения и 101 без желтухи. 32 больных были после заболевания алкоголиками; 153 занимались тяжелым физическим трудом.

При исследовании оказалось, что 65,4% больных имели жалобы. Увеличение печени наблюдалось в 60,2% случаев, из них в 1,5 части на 2—3 поперечных пальцев, в $\frac{4}{5}$ — на 1 палец. Печень была в 32 случаях плотной, в 12 случаях болезненной и в 4 случаях плотной и болезненной. Селезенка была увеличена в 8%-ых. Желтуха наблюдалась в 2,6%. Билирубин в сыворотке был увеличен в 5,8%, уробилиноген в моче увеличен в 8,8%, положительная проба тимолом в 4%, ауросолем 0,8%.

Физикальные изменения наблюдались преимущественно в группе с субъективными жалобами, но и в группе без жалоб наблюдалось увеличение печени в значительном проценте. Частота положительных лабораторных изменений не имела связи с характером жалоб. У больных с увеличением печени наблюдалась чаще желтуха, увеличение селезенки, билирубина в сыворотке и уробилиногена в моче, чем у больных без увеличения печени.

Результаты исследования после эпидемического или инокуляционного гепатита были аналогичными. Желтуха наблюдалась только после эпидемического гепатита. В неосложненных случаях процент больных с жалобами был одинаковым в группе с желтухой или без желтухи, но после желтушных заболеваний наблюдалась чаще желтуха, увеличение селезенки, уробилиногена в моче и положительные коллоидные пробы, а в безжелтушных случаях преобладало увеличение печени и билирубина в сыворотке.

Среди больных с осложнениями наблюдались положительные физикальные и лабораторные симптомы, особенно среди рецидивирующих контингентов. Течение тяжелых форм оказалось менее тяжелым. Больные алкоголики не отличались в значительной степени от неосложненных больных.

20% больных считались клинически выздоровевшими, 18% с постгепатическим синдромом, 4,8% с гипербилирубинемиями после гепатита и 54,6% с фиброзом печени (постоянное дефектное состояние). Хронический гепатит определялся в 2,6%, прогрессирующий цирроз не наблюдался.

После гепатита назначался больным отпуск в среднем на 4 недели, после этого они продолжали военную службу, в среднем, в течение 17 месяцев, но ни это, ни тяжелый физический труд после перенесения гепатита не влияло существенно на состояние здоровья во время вышеуказанного повторного заболевания. В безосложненных случаях злоупотребление спиртными напитками не причиняло поражения чаще, чем сам неосложненный гепатит. Хронический гепатит наблюдался в 1,6% после неосложненных, в 4,5% после тяжелых и 12,6% после рецидивирующих случаев.

Отдаленный прогноз неосложненных эпидемических гепатитов у людей молодого возраста считается хорошим, но при затяжных и рецидивирующих случаях возможность хронического поражения печени увеличивается в три—семь раз. Показание к биопсии ставилось в 46 случаев.

Dr. B. Keleti, Oberstl. d. Med. D., Dr. Z. Pintér, Major d. Med. D., Dr. F. Válfu, Oberstl. d. Med. D.:

BEITRÄGE ZUR PROGNOSE DER HEPATITIS EPIDEMICA

500 männliche Hepatitiskranken, die während ihr wehrpflichtigen Alters (20—30 Jahr) im Spital behandelt waren, sind 5—9 Jahre (im Mittel 83 Monate) nach der Erkrankung ambulant nachuntersucht worden.

Diese Zahl stellt 91,7% der Gesamtzahl von Hepatitiskranken während diesen Zeitraumes dar. 83,4% der Kranken hatte eine Hepatitis milden, oder gewöhnlichen, 8,8% einen verschleppenden Verlauf, während 7,8% rezidierte. 120 Fälle stammten aus Inokulation, 101 Fälle hatten eine anikterische Verlaufsform. 32 Personen wurden nach der Hepatitis Alkoholiker. 153 Schwerarbeiter.

Beschwerden sind bei 65,4% der Kranken beobachtet worden. Leberschwellung kam bei 60,2% (bei $\frac{1}{x}$ war sie von 2—3, bei $\frac{4}{x}$ von 1 fingerbreite); konsistente Leber bei 32 Fällen, Empfindlichkeit der Leber bei 12, Emplindlichkeit und erhöhte Konsistenz bei 4 Fällen vor. Bei 8% war Milzvergrößerung, bei 2,6% Ikterus vorhanden. Erhöhte Serumbilirubinwerte sind bei 5,8%, gesteigerte Urobilinogenausscheidung bei 8,8% positive Thymol-Turbiditätsprobe bei 4%, positive Goldsolreaktion bei 0,8% der Fälle registriert worden. Unter 192 Bromsulphophthalein-Proben sind 2 positiv gefunden.

Physikalische Zeichen wurden am häufigsten bei der Krankengruppe mit typischen Beschwerden beobachtet, doch kam Leberschwellung auch bei erheblichen Prozent der Kranken ohne Beschwerden vor. Frequenz der positiven Laborbefunden hang nicht mit dem Typus der Beschwerden, bzw. mit der Klaglosigkeit zusammen. Ikterus, Milztumor, erhöhte Serumbilirubinwerte und Urobilinogenausscheidung wurden häufiger bei Kranken mit Leberschwellung, als bei denen mit normaler Lebergröße festgestellt worden.

Zwischen den Zuständen der komplikationslosen Fälle von Hepatitis epidemica bzw. Inokulationshepatitis konnte bei der Nachuntersuchung kein Unterschied beobachtet werden. Ikterus kam nur bei den epidemischen Fällen vor. Bei ikterischen bzw. anikterischen komplikationslosen Fällen waren Spätbeschwerden in gleichem Verhältnis vorhanden; Ikterus, Milztumor, erhöhte Urobilinogenausscheidung, positive Kolloidproben und Bromsulphophthaleinretention sind häufiger bei ikterischen Fällen nachzuweisen, während Leberschwellung und Serumbilirubinerhöhung bei den anikterischen öfters vorkommen.

Pathologische Befunde und Laborabweichung sind unter den komplizierten Fällen meist nach Rezidiven gefunden. Zustand der verschleppenden Fällen war etwas milder. Alkoholiker und komplikationslose Fälle hatten weitgehend ähnlichen Zustand.

Zustandsverteilung der Nachgeprüften: 20% wurde klinisch als geheilt, 18% mit posthepatitischem Syndrom, 4,8% mit posthepatitischer Hyperbilirubinämie, während bei 54,6% Leberfibrose (stationärer defekter Zustand) gefunden, Chronische Hepatitis kam bei 2,6%, progressive Zirrhose dagegen überhaupt nicht vor.

Der Erholungsurlaub, der nach der Hepatitis im Durchschnitt 4 Wochen lang dauerte, der mit Mittelwert 17 Monate hältende weitere Militärdienst, oder die darauf folgende Schwerarbeit haben den Nachprüfungsstatus der Kranken nicht beeinflusst. Folgte nach der komplikationslosen Hepatitis Alkoholismus, wurden dadurch keine häufigeren Schädigungen, als durch die komplikationslose Hepatitis selbst erzeugt. In chronische Verlaufsform ging 1,6% der komplikationslosen, 4,5% der verschleppenden und 12,8% der rezidivierenden Hepatitisfälle über. Falls die Hepatitis epidemica komplikationslos im dritten Dezennium verläuft, geht mit einer guten Prognose einher, während die Aussicht einer chronischen Leberschädigung bei verschleppenden und rezidivierenden Fällen dreimal bzw. siebenmal so gross ist.

Az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten, 1961. október 28-án elhangzott előadás nyomán.