616:36—002.2:356.33

PŘÍSPĚVEK K PROBLÉMU CHRONICKÉ HEPATITIDY U VOJÁKŮ

Pplk. MUDr. Jan CHAROUSEK, plk. MUDr. Čestmír ČÍHALÍK
Vnitřní oddělení vojenské nemocnice v Olomouci (náčelník plk. MUDr. Čestmír Číhalík)

Onemocnění akutní virovou hepatitidou se u většiny postižených vyhojí v krátké době ad integrum, avšak v 5—10 % případů zanechává chronické následky (10, 14, 17, 23, 36). Uvážíme-li, že se v posledních letech udával výskyt virové hepatitidy na území ČSSR na 30 000 až 40 000 hospitalizovaných osob ročně (19) a že řada dalších onemocnění proběhla latentně bez ikteru, musí se vleklé následky této choroby projevit i v armádě.

Na vnitřním oddělení se proto poměrně často setkáváme s nemocnými, kteří udávají začátek svých potíží od proběhlé virové hepatitidy nebo jsou odesíláni k vyšetření pro náhodně zjištěnou hepatomegalii, případně pozitivitu jaterních testů, ale sami se cítí zdrávi. Často jde o benigní, funkční poruchy, které nejsou podmíněny organickou jaterní lézí — intermitentní hyperbilirubinémii nebo o posthepatitický syndrom, který zahrnuje převážně subjektivní potíže, jako je gastrointestinální dyspeptický syndrom, dyskinéza žlučových cest, neurovegetativní stesky. Nezřídka je však příčinou potíží vleklé organické onemocnění jater, které je prognosticky závažnější — chronická hepatitis nebo vzácně i cirhóza jater. Projevy jaterní cirhózy jsou v klinické praxi známy již dlouhou dobu, pojem chronické hepatitidy se však začíná uplatňovat teprve v posledních letech, hlavně díky morfologickým vyšetřovacím metodám — laparoskopii a biopsii jater. Proto bychom se chtěli v tomto příspěvku věnovat této problematice.

Charakteristika a rozdělení chronické hepatitidy

Klasifikace chronické hepatitidy nebyla dosud zcela ujednocena a názory na ni se rozcházejí, zvláště mezi německými a anglosaskými autory (13, 21, 24, 26). Významnějšího pokroku ve sjednocení názorů na pojem a klasifikaci chronické hepatitidy bylo dosaženo na 8. mezinárodním gastroenterologickém kongresu v Praze v červenci 1968 při diskusi na toto téma za účasti předních světových odborníků a konečně v Curychu v témže roce (4).

Chronická hepatitis není samostatná, vyhraněná choroba, ale spíše chorobný proces, který může být téměř jistě různé etiologie. Virová hepatitida pravděpodobně uvádí chorobu u některých nemocných, ale není ji možno prokázat anamnesticky u všech postižených. U řady případů je mezi touto chorobou a zjištěním chronické hepatitidy i několik roků trvající období latence bez klinických projevů, takže kauzální souvislost mezi oběma stavy je pak nejistá.

Diagnózu chronické hepatitidy je možno stanovit syntézou projevů klinických, laboratorních a hlavně pak na podkladě morfologických kritérií, která jsou rozhodující. Klinický i laboratorní obraz je nejednotný a většinou neodliší chronickou hepatitis jak od benigních poruch jaterní funkce, tak od cirhózy jater.

I. Morfologická kritéria

Při prvotním vyšetření nemocného s podezřením na chronickou jaterní chorobu je třeba použít obou morfologických vyšetřovacích metod, tj. laparoskopie i biopsie jater, protože samy o sobě mohou v určitém procentu případů vést k nesprávným závěrům (9).

a) Histologický nález z jaterní biopsie

Všeobecně je nejcharakterističtějším nálezem rozšíření periportálních polí, ve kterých je různě intenzívní zánětlivý, převážně mononukleár-

ní infiltrát a současně fibróza, která může zasahovat i mezi jaterní lalůčky. Někdy dochází i ke zmnožení žlučových pakanálků. Méně vyznačeny bývají změny parenchymových jaterních buněk, jako hydropická degenerace, drobnokapénková steatóza, někdy i mírná intracelulární cholestáza. Dále je možno zjistit aktivaci Kupfferových buněk. Nekrózy parenchymových buněk se nacházejí jen zřídka — obyčejně jen monocelulární, nejvýše drobnoložiskové; bývají pak výrazem závažnějšího procesu (2, 31).

Na rozdíl od jaterní cirhózy zůstává u chronické hepatitidy lalůčková struktura jater zachována, nedochází k uzlové přestavbě parenchymu. Jde o proces reverzibilní, s možným vyhojením ad integrum nebo s defektem, může však také po čase progredovat až do cirhózy.

Nověji se chronická hepatitida dělí na dvě základní skupiny podle histologického vzhledu, který má snad i různý prognostický význam (4, 26, 27, 33):

1. Chronická persistující hepatitis

Je charakterizována chronickou zánětlivou infiltrací většinou v periportálních polích, která nepřesahuje hranice okolního parenchymu. Architektura jaterních lalůčků je zachována, tvorba vaziva v periportálních polích není žádná, nebo jen velmi malá. K nekrózám jaterních parenchymových buněk nedochází, nebo jen ojediněle.

2. Chronická agresívní hepatitis (synonymum — chronická aktivní hepatitis)

V histologickém obraze se projevuje chronickou zánětlivou infiltrací, která se šíří z periportálních polí do okolního parenchymu. Periportální pole jsou rovněž postižena výraznou fibrózou, která se šíří ve formě vazivových sept do okolních lalůčků. Časté jsou ložiskové nekrózy jaterních parenchymových buněk, tzv. peacemeal nekrózy. Jaterní architektura je porušena, není však ještě patrná uzlová přestavba.

Hranice mezi oběma skupinami však není ostrá, je snad možný i přechod z první formy do druhé (35).

b) Laparoskopické vyšetření

Je pro stanovení diagnózy chronické hepatitidy rovněž nezbytné. Laparoskopická kritéria vzhledu jater při chronické hepatitidě byla stanovena Kalkem (13) a potvrzena řadou dalších autorů (11, 29, 34, 37). V poslední době se více zdůrazňuje posuzování detailních změn jaterního povrchu, který je možno pozorovat v několikanásobném zvětšení moderní optikou s tzv. studeným světlem (1, 12).

Při chronické hepatitidě jsou játra nejčastěji zvětšena, jejich okraj je tupý nebo nepravidelně členěný. Jaterní povrch je matný, poněkud nerovný, což se projevuje v nepravidelnosti světelného reflexu žárovky přístroje. Často je patrné ztluštění a bělavé zkalení serózního pouzdra jater, které může být difúzní nebo síťovitě uspořádáno. Někdy vynikají zvětšené, světlečervené lalůčky nepravidelně uspořádáné ve formě záhonů mezi bělavými pruhy ztluštělé serózy. Při tangenciálním pohledu může být povrch více nebo méně zrnitý, kdy nad jeho niveau plasticky prominují jednotlivé lalůčky.

Podle stupně rozvoje a závažnosti změn se laparoskopický nález klasifikuje zhruba do tří skupin:

a) Velká bílá játra — tupý jaterní okraj, matný, difúzně nebo síťovitě bělavě zkalený povrch podmíněný hlavně zánětlivou reakcí jaterního pouzdra.

b) Velká pestrá játra — mezi pruhy ztluštělé serózy prominují červené okrsky jaterní tkáně.

c) Zrnitá játra — povrch při tangenciálním pohledu zrnitý, mezi proužky vaziva prominují drobné hrbolky parenchymu. Tato forma je považována za předstupeň jaterní cirhózy.

Stupeň aktivity zánětlivého procesu nelze posuzovat podle laparoskopického nálezu, pro jeho hodnocení je směrodatný výsledek histologického vyšetření jaterní biopsie.

II. Klinické projevy

Subjektivní stesky velmi často neodpovídají stupni rozvoje morfologických změn; mohou být minimální i při výrazném morfologickém nálezu a naopak (6, 7, 26, 27). Většinou bývají obdobné jako u posthepatitického syndromu nebo hyperbilirubinémie. V popředí stojí bolesti v pravém podžebří, únavnost, různé dyspeptické potíže, nesnášenlivost tuků, neuropsychický syndrom, méně často hubnutí, zvracení, průjmy, subfebrilie.

Z objektivního nálezu bývá nejčastější subikterus sklér, dále zvětšení jater o 1—2 prsty; při palpaci jsou játra často citlivá, poněkud tužší. Slezina bývá zvětšená jen málokdy.

III. Laboratorní nálezy

Laboratorní vyšetření jaterní funkce slouží hlavně ke sledování průběhu choroby (6, 7, 9, 28). Všeobecně jsou závislé na aktivitě procesu, v klidovém údobí se mohou vracet k normálním hodnotám. Neexistuje však přímá korelace mezi histologickou aktivitou chronické hepatitidy a pozitivitou laboratorních testů. V mnoha případech zůstávají i při výrazném histologickém nálezu normální nebo jen nevýrazně pozitivní.

Pro vyšetření chronické hepatitidy a sledování jejího vývoje jsou vhodné hlavně tyto laboratorní metody: bromsulfaleinový test, aktivita sérových transamináz GOT a GPT, hladina bilirubinu v séru, elektroforéza krevních bílkovin. Dnes je již zbytečné provádět vyšetření tzv. flokulačních testů, protože elektroforetické stanovení hladiny krevních bílkovin je přesnější.

Z uvedených metod je nejcitlivější bromsulfaleinový test. Retence bromsulfaleinu bývá vyšší i v klidovém stadiu choroby, při vzplanutí zánětlivého procesu se zvyšuje výrazněji (32). U klidových nebo mírně aktivních stadií choroby nebývá aktivita sérových transamináz zvýše-

na vůbec nebo jen nepatrně. Při aktivních procesech je většinou výrazněji zvýšená aktivita transaminázy GOT než GPT (36).

Bilirubin v séru se zvyšuje u chronické hepatitidy jen nevýrazně. Trvale vyšší hodnoty jsou pozdním příznakem a svědčí spíše pro jaterní cirhózu.

Zvýšení hodnot gama-globulinu v elektroforéze krevních bílkovin nasvědčuje pro mezenchymální zánětlivou aktivitu procesu, tento nález však nebývá u chronické hepatitidy pravidlem.

Vztah k akutní virové hepatitidě

Z tohoto hlediska se dělí chronická hepatitida na dvě formy:

1. Sekundární chronická hepatitida, která navazuje na akutní virovou hepatitidu přes subakutní fázi. Za dolní časovou hranici se všeobecně považuje uplynutí nejméně jednoho roku od akutního onemocnění (2, 5). Horní časová hranice není zatím vůbec omezena — jsou popsány případy chronické hepatitidy zjištěné řadu let až desítiletí po virové hepatitidě. V těchto případech je však kauzální vztah k akutnímu onemocnění mnohdy sporný.

2. Primární chronická hepatitida, kdy není možno akutní virovou hepatitidu v anemnéze prokázat. V těchto případech není jasné, byla-li příčinou latentně proběhlá virová hepatitida nebo jiná noxa.

Etiologie chronické hepatitidy

Příčina chronicity zánětlivého procesu v játrech není dosud známa. Z mnoha teorií se nejčastěji uvažuje o dvou: (6)

1. Autoimunizační mechanismy. Podle této teorie játra poškozená virem nebo jinou noxou nabývají antigenních vlastností a podněcují tvorbu protilátek. Protilátky se pak zpětně váží na jaterní tkáň a chronicky ji poškozují.

2. Setrvávání viru hepatitidy v játrech s následným chronickým poškozením jaterní tkáně tímto virem. Protože se však zatím virus hepatitidy nepodařilo izolovat a kultivovat, nemohl být vyvinut ani specifický test na předpokládanou virovou infekci.

Žádnou z těchto teorií nelze zatím ani jednoznačně potvrdit ani zamítnout.

Vývoj a prognóza chronické hepatitidy

S dlouhodobým vývojem chronické hepatitidy nejsou dosud ani ve světové literatuře velké zkušenosti. Sledované skupiny nemocných jsou poměrně malé a pozorování se omezují jen na několik let (7, 14, 16, 26, 27, 35).

Všeobecně probíhá chronická hepatitida ve vlnách, kdy se po čase střídají období klidu s obdobími akutního vzplanutí zánětlivého procesu.

Benignější forma, chronická persistující hepatitida, se vyskytuje převážně u mladších a středních věkových skupin. Nemá tendenci k progresi a tvorbě vaziva. Často doutná řadu roků, ale konečně se pravděpodobně zahojí. U těchto případů tedy snad nehrozí nebezpečí rozvoje jaterní cirhózy. Diagnózu persistující chronické hepatitidy však není možno odpovědně stanovit na podkladě jediného vyšetření. Potvrdit, že proces skutečně neprogreduje, je možno až po opakovaném vyšetření s odstupem alespoň jednoho a více let.

Prognosticky závažnější formou je chronická agresívní hepatitida, která se vyskytuje častěji u vyšších věkových skupin nemocných nad 50 let. Průměrně u jedné třetiny postižených se proces po letech zastaví a vyhojí, u další třetiny přetrvává zánětlivá aktivita dlouhodobě a asi u jedné třetiny progreduje do cirhózy.

Podle některých autorů (7, 14, 35) však není možno prognózu jednoznačně předpovědět ani u benignější formy, persistující chronické hepatitidy, protože u některých nemocných s touto formou onemocnění nebylo možno ani po mnohaletém pozorování definitivně potvrdit vyhojení. Jsou dokonce popsány i případy přechodu persistentní do agresívní chronické hepatitidy.

Vlastní zkušenosti

Materiál a metodika

V období od roku 1956 do konce r. 1967, tj. za 12 let, jsme vyšetřili 252 příslušníků armády — mužů — pro potíže po proběhlé virové hepatitidě nebo pro hepatomegalii, případně náhodně zjištěnou pozitivitu jaterních testů. Všichni byli vyšetřeni klinicky, laboratorně a laparoskopicky současně s cílenou biopsií jater. Do souboru jsme nezařadili osoby, u nichž bylo zjištěno organické onemocnění gastrointestinálního traktu, žlučových cest nebo těžší systémová choroba, kdy mohlo jít o tzv. nespecifickou reaktivní hepatitidu.

Vzhledem k tomu, že největší část tvoří mladí muži, převážně vojáci v základní službě, rozdělili jsme celý soubor na 2 skupiny. V 1. skupině, ve věku od 16 do 25 let, je 198 mužů, druhá skupina je podstatně menší i méně homogenní — tvoří ji 54 mužů ve věku od 26 do 50 let. Tuto druhou skupinu uvádíme ve výsledcích jen pro úplnost, ze srovnání se skupinou první nelze dělat žádné statisticky hodnotitelné závěry.

Výsledky vyšetření a diskuse

Souhrnné výsledky vyšetření jsou uvedeny v tabulce 1. Vyplývá z nich závažné zjištění, že se chronická hepatitida vyskytuje v našem souboru u poměrně velkého počtu mladých mužů — u 32,3 % ze všech vyšetřených. Relativně ještě častěji byla chronická hepatitida diagnostikována ve vyšších věkových kategoriích — u 61 % vyšetřených. Tuto diferenci by snad bylo možno vysvětlit jednak častou vegetativní labilitou u mladých lidí a tím častějším výskytem posthepatitického syndromu v této skupině, na druhé

straně všeobecně častějším výskytem chronických organických onemocnění u starších osob (3, 14). Posthepatitickou cirhózu jsme zjistili jen u jednoho nemocného — 42letého důstojníka. V tomto případě se cirhóza vyvíjela rychle přímo z těžké protrahované virové hepatitidy a byla zjištěna již 8 měsíců od počátku akutního onemocnění. Nešlo tedy o přechod chronické hepatitidy do cirhózy. V dalších výsledcích jej proto neuvádíme.

Tab. 1

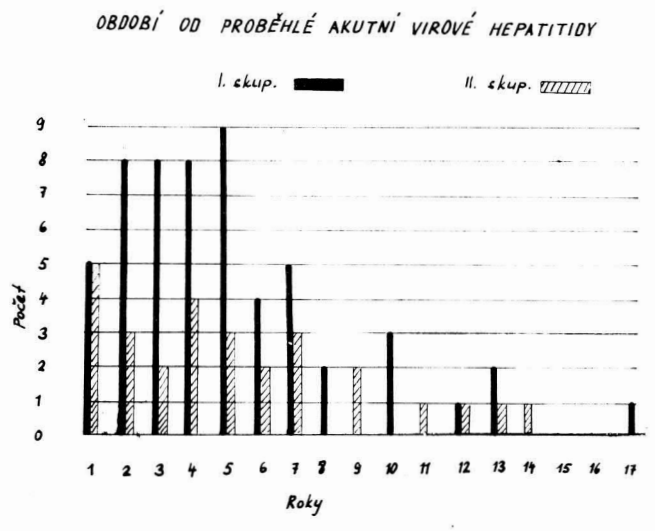
Souhrnné výsledky vyšetření

Diagnóza	Skupina I		Skupina II	
	počet	%	počet	%
Posthepatitický syndrom	134	67,7	20	37
Chronická hepatitida	64	32,3	33	61
Cirhóza jater	0	0	1	2
Celkem	198		54	

Skupina I — muži od 16 do 25 let
Skupina II — muži od 26 do 50 let

Z grafu 1, znázorňujícího různě dlouhé časové údobí, které uplynulo u jednotlivých nemocných od onemocnění akutní virovou hepatitidou do vyšetření, je patrné, že největší výskyt chronické hepatitidy jsme pozorovali v prvních několika letech. Není však výjimkou ani mnohaletý časový odstup, jak dokazují případy mezi 11 až 17 lety od akutního onemocnění, i když jsou jen jednotlivé. Je těžko se vyjádřit, zda u těchto nemocných šlo o akutní vzplanutí až dosud klidového procesu nebo o permanentně, ale klinicky latentně probíhající chorobu. Možné jsou asi obě eventuality. U některých nemocných totiž docházelo opakovaně ke zhoršení potíží i objektivního nálezu již po tělesné námaze nebo dietní chybě, u jiných došlo k prvním projevům až po horečnatém onemocnění (virovém kataru horních cest dýchacích, angíně apod.). Souvislost s akutní virovou hepatitidou je nepochybná alespoň u jednoho z těchto nemocných. U tohoto muže proběhla 13 let před vyšetřením těžká protrahovaná virová hepatitida komplikovaná jaterním kómatem, potvrzená tehdy i biopticky. Od té doby přetrvávala u něho hepatomegalie a docházelo k opakovaným exacerbacím potíží i pozitivitě laboratorních nálezů po větší námaze nebo dietní chybě.

Graf 1



Významné je v této souvislosti zjištění, že jsme ve skupině mladých mužů neprokázali ani v jednom případě cirhózu jater, i když mnohdy šlo o dlouhodobý proces s opakovanými exacerbacemi. Progresi chronické hepatitidy do jaterní cirhózy pozorovali na podkladě série bioptických vyšetření jater u některých nemocných němečtí autoři (26, 35). Na druhé straně však, podle údajů z anglosaské literatury (24, 25), je zjišťován buď přímý vývoj jaterní cirhózy z akutní hepatitidy během několika měsíců nebo chronická hepatitida, která neměla ani v jednom případě tendenci k progresi do cirhózy (14, 18). Výsledky našich pozorování by tedy svědčily spíše pro nálezy těchto autorů. Je pravděpodobné, že chronická hepatitida je většinou poměrně benigní proces, zvláště u mladších jedinců, a snad nemá tendenci k přechodu do jaterní cirhózy. Konečné závěry však není možno dělat z jednorázového vyšetření. Dynamiku vývoje chronické hepatitidy budeme moci odpovědněji zhodnotit až po ukončení kontrolních vyšetření, která provádíme v současné době u těchto nemocných s odstupem 5 až 10 let od prvotního vyšetření.

Tab. 2

Vztah k proběhlé akutní virové hepatitidě

Skupina vyšetřených	Sekundární forma		Primární forma	
	počet	%	počet	%
Skup. I (16—25 r.)	56	87,5	8	12,5
Skup. II (26—50 r.)	28	84,8	5	15,2

Z tabulky 2 uvádějící výskyt akutní virové hepatitidy v anamnéze u jednotlivých nemocných je zřejmé, že v našem souboru je velmi málo případů tzv. primární chronické hepatitidy — 12 — 15 %. Naše výsledky se v tomto směru výrazně liší od zjištění některých autorů, kteří uvádějí až několikanásobně častější výskyt primární formy, tj. bez manifestně proběhlé virové hepatitidy v anamnéze (15, 20).

Tab. 3

Subjektivní stesky nemocných (procentuální výsledky)

Druh potíží	Skup. I	Skup. II
Bolesti v pravém podžebří	92	91
Nechutenství	36	36
Zvracení	33	9
Únavnost	22	36
Úbytek na váze	8	18

Ze subjektivních potíží, které uvádí tabulka 3, je nejčastějším steskem tupá bolest pod pravým žeberním obloukem, která se někdy zhoršuje po fyzické námaze, při otřesech nebo po těžším jídle. Tento údaj i ostatní potíže jsou asi stejně časté u posthepatitického syndromu a nejsou tedy charakteristické pro chronickou hepatitidu.

Tab. 4

Objektivní nálezy (procentuální výsledky)

Patologický nález	Skup. I	Skup. II
Hepatomegalie	75	76
Splenomegalie	20	39
Hyperbilirubinémie	47	67
Thymol. zákal. reakce	12	24
Transaminázy	39	50
Retence bromsulfaleinu	75	83

Z objektivního nálezu je nejčastější hepatomegalie, jak je patrno z tab. 4. Játra byla většinou jen nevýrazně zvětšená, poněkud tužší a palpačně citlivá. Zvětšení sleziny není pro diagnózu vodítkem, protože bylo zjištěno jen u jedné pětiny mladších nemocných.

Z laboratorních hodnot je nejcitlivější bromsulfaleinový test, jehož retence v séru byla za ¾ hodiny kolem 10 %. Aktivita transamináz v séru byla nevýrazně zvýšena jen u necelé poloviny nemocných. Výsledky potvrzují všeobecnou zkušenost, že dosud nemáme spolehlivou laboratorní metodu, která by stoprocentně diagnostikovala poškození jater.

Tab. 5

Výsledky morfologických vyšetření (procentuální srovnání)

Nález	Laparoskopie		Biopsie	
	skup. I	skup. II	skup. I	skup. II
Charakteristický	96,8	96,9	62,2	60,0
Z toho persistující forma	—	—	51,1	55,0
agresívní forma	—	—	11,1	5,0
Netypický nález	3,2	3,1	37,8	40,0

Srovnání výsledků morfologických vyšetření v tabulce 5 ukazuje, že jsme se v diagnostice chronické hepatitidy opírali více o laparoskopický nález na játrech než o výsledky jaterní biopsie. Játra měla netypický vzhled v laparoskopu při charakteristickém výsledku histologického vyšetření jen u 3 % nemocných. Bioptický nález nebyl zdaleka tak jednotný: Charakteristické projevy chronické hepatitidy byly histologicky prokázány jen u 60—62 % případů s jinak typickým laparoskopickým nálezem na játrech. V ostatních případech byla nejčastější různě rozsáhlá fibróza periportálních polí, zasahující někdy i intralobulárně, provázená někdy degenerativními změnami parenchymových buněk, ale bez zřetelnějšího buněčného zánětlivého infiltrátu v periportálních polích. Tyto nálezy jsme si dovolili zařadit do skupiny chronické hepatitidy v těch případech, svědčily-li pro diagnózu chronické hepatitidy i klinické a laboratorní nálezy (zvýšení aktivity transamináz, retence bromsulfaleinu apod.). V souhlase s literárními údaji (8, 12, 30, 33) jsme také laparoskopicky pozorovali často nestejnoměrné rozložení patologických změn na játrech při chronické hepatitidě. Malý bioptický vzorek tkáně vyňatý z jednoho místa proto nemusí reprezentovat strukturu celých jater. Tuto zkušenost potvrzuje i jeden z případů chronické hepatitidy námi pozorovaných, který byl vyšetřen opakovaně. Diagnóza byla prokázána při prvotním vyšetření laparoskopicky i histologicky. Po roce došlo u téhož nemocného k typické akutní exacerbaci procesu klinicky i laboratorně, avšak histologický nález z opakované slepé biopsie jater byl přitom necharakteristický.

Je proto nutné alespoň při prvotním vyšetření nemocných s chronickou jaterní chorobou použít kombinace obou morfologických metod — laparoskopie i biopsie jater — a doplnit je výsledky klinických i laboratorních nálezů.

Rozdělení histologických nálezů na skupinu agresívní a persistující chronické hepatitidy je pouze orientační. Chybí nám dosud potvrzení neměnícího se histologického obrazu s odstupem několika let pro definitivní potvrzení diagnózy persistující formy choroby.

Závěr

Chronická hepatitis je v našem souboru poměrně častým onemocněním nejen u středních, ale i u mladších věkových kategorií mužů. Je třeba na ni myslet při dlouhodobě přetrvávajících potížích po proběhlé virové hepatitidě nebo náhodném zjištění hepatomegalie, případně pozitivity jaterních testů. Pro diagnózu tohoto onemocnění je směrodatný hlavně výsledek laparoskopie a cílené biopsie jater. Klinické vyšetření a laboratorní nálezy celkový obraz jen doplňují, mnohdy mohou být i negativní.

U našich nemocných vznikla chronická hepatitida nejčastěji jako následek akutní virové hepatitidy, primární forma byla daleko méně častá.

Většinou pravděpodobně jde o benigní chorobu, protože jsme ani v jednom případě nepozorovali progresi do cirhózy jater, i když mnohdy šlo o proces probíhající řadu let. Dlouhodobá prognóza však zůstává stále nejistá i vzhledem k často zjišťovaným exacerbacím zánětu po větší tělesné námaze, dietní chybě nebo horečnatém onemocnění. Doporučujeme proto všechny případy onemocnění dlouhodobě dispenzarizovat.

Souhrn

V práci jsme shrnuli nynější znalosti o projevech a diagnostice chronické hepatitidy a uvedli vlastní zkušenosti získané vyšetřením 97 nemocných s touto chorobou. Z tohoto počtu bylo 64 mužů ve věku od 16 do 25 let, dalších 33 ve věku od 26 do 50 let.

Literatura

1. Beck, K., a sp.: Atlas der Laparoskopie. Stuttgart, F. K. Schattauer Verlag 1968.
2. Bednář, B., Hoenig, V., Soušek, O.: Chronická hepatitida. Čs. patologie, 1, 1965, 4:227—233.
3. Blahníková, L., Horký, J.: Příspěvek k depistáži následných stavů po virové hepatitidě. Čs. gastroent. výž., 19, 1965, 8:492—494.
4. De Groote, J., a sp.: A Classification of chronic Hepatitis. Lancet, 2, 1968, 7568:626—628.
5. Hoenig, V.: Choroby jater a žlučových cest v praxi. Praha, SZdN 1966.
6. Hoenig, V.: Aktuální problémy chronických hepatitid. Prakt. lékař, 45, 1965, 19:721-723.
7. Hoenig, V.: Klinický obraz chronickej hepatitídy. Čas. Lék. Čes., 106, 1967, 46:1217—1220.
8. Hoenig, V., Bednář, B., Volek, V., Brodanová, M., Filip, J.: K diagnostice chronické hepatitidy. Prakt. lékař, 45, 1965, 19:724—727.
9. Hoenig, V., Volek, V., Brodanová, M., Filip, J.: Chronická hepatitis a její diagnosa. Čs. gastroent. výž., 19, 1965, 8:489—491.
10. Hofmann, H.: Fragen der Begutachtung der Chronischer posthepatitischer Lebererkrankungen. Dtsch. Zschr. Verdauungs. Stoffwkrkh., 27, 1967, 3—4:97 až 101.
11. Houbal, V.: Laparoskopická diagnostika chronické hepatitidy. Čs. gastroent. výž., 14, 1960, 1—2:59—63.
12. Houbal, V., Ježek, P.: Několik poznámek k laparoskopické diagnostice chronické hepatitidy. Čas. Lék. Čes., 106, 1967, 46:1233—1236.
13. Kalk, H.: Lehrbuch und Atlas der Laparoskopie und Leberpunktion. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1962.
14. Krieg, D., Weigl, E.: Epidemiologische Untersuchungen zur Problem der Posthepatitischen Leberzirrhose. Acta hepato-splen., 16, 1969, 1:25—34.
15. Krüger, H. R., Adolphs, A.: Die Diagnose der Chronischen Hepatitis. Dtsch. Zschr. Verd. Stoffwkrkh., 24, 1964, 1—2:1—16.
16. Kühn, H. A., Loeschke, K.: Zur Frage der chronischen Hepatitis. Dtsch. med. Wschr., 90, 1965, 31:1355—1358.
17. Májek, Š.: Etiologické vzťahy infekčnej hepatitídy k chronickej hepatitídě. Čas. Lék. Čes., 106, 1967, 46: 1227—1233.
18. Nefzger, M. D., Chalmers, T. C.: The Treatment of Acute Infectious Hepatitis. Amer. J. Med., 35, 1963, 3:299 až 309.
19. Niederland, T. R.: Referát na 19. internistickém dnu, Bratislava prosinec 1966.
20. Petera, V.: Novější názory na patogenezi chronické hepatitidy. Čs. gastroent. výž., 20, 1966, 7:490—497.
21. Popper, H., Schaffner, F.: Die Leber, Struktur und Funktion. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1961.
22. Seifert, E., Dittrich, H.: Zur Entwicklungsdauer chronischer posthepatitischer Lebererkrankungen. Acta hepato-splen., 14, 1967, 6:341—348.
23. Seifert, E., Dittrich, H., Hölbel, I.: Zur Prognose der Virushepatitis. Gastroenterol. (Basel), 107, 1967, 5: 294—304.
24. Sherlock, S.: Diseases of the Liver and Biliary System. Oxford, Blackwell scientific Publications 1963.
25. Schaefer, J. W., Schiff, L., Gall, E. A., Okinawa, Y.: Progression of Acute Hepatitis to Postnecrotic Cirrhosis. Amer. J. Med., 42, 1967, 3:348—358.
26. Schmid, M.: Die chronische Hepatitis. Berlin, Springer Verlag 1966.
27. Schmid, M.: Zur Frage der chronischen Hepatitis. Dtsch. med. Wschr., 92, 1967, 6:257—261.
28. Schmid, M.: Laboratoriumsbefunde bei chronischer Hepatitis. Dtsch. med. Wschr., 92, 1967, 7:305—309.
29. Siede, W.: Leitfaden und Atlas der Laparoskopie. München, J. F. Lehmans Verlag 1962.
30. Skaunic, Vl., Bartoš, Vl., Nerad, Vl., Herout, Vl.: Význam jaterní punkční biopsie pro interní klinickou praxi. Vnitř. lék., 9, 1963, 9:869—880.
31. Tomík, F.: Patologická anatómia chronickej hepatitídy. Čas. Lék. Čes., 106, 1967, 46:1220—1224.
32. Vido, I., Wildhirt, E.: Retencia bromsulfaleínu v sére v rôznych obdobiach aktivity chronickej hepatitídy a cirhózy pečene. Čs. gastroent. výž., 22, 1968, 7:433 až 437.
33. Vido, I., Wildhirt, E.: Zur Korrelation von makro- und mikroskopischen Befunden bei chronischen Lebererkrankungen. Zsch. gess. inn. Med., 23, 1968, 8:240 až 242.
34. Wildhirt, E.: Bedeutung und Wert der Laparoskopie und gezielten Leberpunktion. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1964.
35. Wildhirt, E.: Akute und chronische Lebererkrankungen. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1966.
36. Wildhirt, E., Vido, I.: Kriterien der Aktivität der chronischen Hepatitis und Leberzirrhose. Acta hepato-splen., 15, 1968, 2:114—115.
37. Wittman, I.: Peritoneoscopy. Budapest, Akadémiai Kiadó 1966.