

УДК 616.36 – 002.14:578.891] – 053,3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

В.С. Васильев, профессор, д.м.н.; Н.В.Пронько, доцент, к.м.н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В работе изучена структура, эпидемиологические и клиничко-биохимические особенности течения и исходов гепатитов В и С у детей, а также факторов риска, способствующих развитию хронизации процесса.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, хронический гепатит В, хронический гепатит С, печень.

In current investigation we have studied the structure, epidemiological and clinicobiochemical features of clinical course and outcomes of viral hepatitis B and C in children, as well as risk factors, which promote chronization of the process.

Key words: viral hepatitis, chronic hepatitis B, chronic hepatitis C, liver.

Проблема гепатитов В и С (ГВ и ГС) у детей в последние годы приобрела особую актуальность в связи с возросшей инфицированностью вирусами гепатита В и С и частотой развития хронических форм заболевания.

Мнения авторов о тяжести течения и исходах весьма противоречивы. По мнению одних [2, 3], хронический гепатит В (ХГВ) и хронический гепатит С (ХГС) с большой частотой (20-60%) переходят в цирроз печени, другие констатируют более благоприятное течение [1, 4]. Вместе с тем анализ материала последних лет может стать оправданным для оценки эффективности активной профилактики гепатита В [5, 8, 11].

Целью исследования явилось изучение эпидемиологических и клиничко-биохимических особенностей течения гепатитов В и С у детей при различных степенях активности патологического процесса, а также факторов риска, способствующих развитию хронизации процесса.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 143 ребёнка с ГВ и ГС в возрасте от 1 года до 14 лет: 90 детей с ГВ, 53 – с ГС. Острый ГВ выявлен у 17 больных, ХГВ – у 73, (в том числе - хронический гепатит с исходом в цирроз – у 12, цирроз печени – у 5), острый ГС – у 4, ХГС – у 49 больных.

Этиологическая диагностика осуществлялась методом ИФА с определением серологических маркеров ГВ (HbsAg, анти-HBc IgM), ГС (анти-HCV IgM). В динамике заболевания определяли уровень билирубина и его фракции, активность гепатоцеллюлярных ферментов (АлАТ и АсАТ), протромбиновый индекс, а также белковые фракции. При необходимости осуществлялось ультразвуковое сканирование печени и желчевыводящих путей. Одновременно обследовались родители.

Результаты и обсуждение

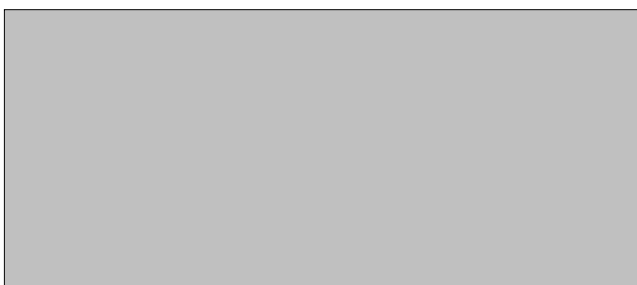
Все наблюдаемые больные находились на стационарном лечении в Гродненской инфекционной больнице с 1996 по 2004 гг. Летальных исходов среди наблюдаемых больных не было.

Установлено, что 16,7% детей были госпитализированы в клинику с предварительным диагно-

зом «хронический гепатит». У остальных детей фигурировали различные диагнозы: холецистит, дискинезия желчевыводящих путей, острый гепатит и др. Среди больных незначительно преобладали жители города (74,8%) и мальчики (52,5%). Чаще ХГ болели дети 11-14 лет (35,6%) и 7 - 10 лет (24,7%). Почти у половины больных (49,7%) ХГ развивался после перенесенного гепатита В, ХГС протекал на фоне тяжелых соматических заболеваний (хронический гломерулонефрит, хронический декомпенсированный тонзиллит, оперативное лечение). У 23,8% детей не было указаний о перенесенном ранее гепатите, однако подробный сбор эпиданамнеза позволил установить контакт в семье с родителями - носителями HBsAg. Остальным детям по разным причинам проводились множественные инъекции или переливали препараты крови в сроки, соответствующие инкубационному периоду. По нашим наблюдениям, ХГ у 27,5% детей развился достаточно рано – через год после перенесенного острого гепатита, у 16,7% – спустя два года. У остальных ХГ верифицирован в более поздние сроки. Вероятно, течение острого гепатита оказывает решающую роль в формировании хронического гепатита и цирроза печени [7, 10].

Группу больных ХГВ с выраженной степенью активности составили 18 детей в возрасте от 3 до 14 лет. В момент поступления отмечались следующие жалобы: на слабость у 13 (72,2%); головную боль, головокружение у 2 (11,1%); снижение аппетита у 10 (55,6%); тошноту и рвоту у 4 (22,2%) больных; горечь во рту у 3 (16,7%); кровотечение из носа у 2 (11,1%) больных. Родители заметили увеличение живота у 4 (22,2%) детей. Субъиктеричность кожи и склер отмечена у 11 (61,1%) детей; пальмарная эритема у 6 (33,3%); телеангиоэктазии у 7 (38,9%). Расширение венозной сети в области

живота выявлено у 4 больных, геморрагические элементы на коже у 6 детей. Пальпаторно боли в правом подреберье и области печени отмечались у 13 (72,2%) больных. Гепатомегалия выявлена у 16 (88,9%), при этом печень плотной консистенции с заостренным краем. Увеличение селезенки было у 7 больных, что составило 38,9% от числа обследованных детей данной группы. При биохимическом исследовании наблюдалось: повышение активности АЛТ (85,6%), тимоловой пробы (48,8%); повышение концентрации билирубина у 6 детей, в основном за счёт прямой фракции. Ультразвуковое исследование печени у всех больных этой группы установило диффузное уплотнение паренхимы печени, увеличение границ печени и селезенки, у 8 детей мелкоочаговую зернистость и у 2-х пациентов наличие очагов фиброза.



Группу больных ХГВ с минимальной степенью активности составили 39 детей в возрасте от 1 года до 14 лет. В клинических проявлениях отмечены: слабость у 21 (53,8 %); общее недомогание у 12 (30,7%); головная боль и головокружение у 10 (25,6%); боли в правом подреберье у 22 (56,4%); вокруг пупка у 17 (43,6%); боли в животе без определенной локализации у 15 (38,4%), диспептические явления в виде снижения аппетита у 32 (82,1%); тошноты у 7 (17,9%); рвоты у 2 (5,1%); неустойчивого стула у 3-х (7,6%) больных. Пальпаторно увеличение печени выявлено у 36 (92,3%) детей, преимущественно за счёт правой доли, болезненность в области печени выявлена у 31 (79,4%) ребёнка. Биохимическое исследование определило: повышение активности АЛТ и АСТ в 1,5-2 раза, тимоловой пробы у 16 (41,0%). При ультразвуковом исследовании печени у 32 (82,1%) больных зарегистрировано диффузное изменение эхоструктуры паренхимы печени. По данным комплексного клинико-биохимического исследования, было установлено, что у детей, больных ХГВ с минимальной активностью патологического процесса наблюдается относительно лёгкое течение заболевания. Дети не отставали в физическом и психомоторном развитии, обострения заболевания относительно редки и проявлялись преимущественно в виде астено-вегетативного синдрома, умеренной гепатомегалии, чаще на фоне наслоения ОРВИ. У больных данной группы в половине случаев основной патологический процесс сочетается с дискинезией желчевыводящих путей и гастродуоденитом. Группу больных ХГВ с трансформацией в цирроз

печени составили 12 детей в возрасте от 2 до 15 лет. При поступлении в стационар у 7 из них отмечали слабость; головную боль и головокружение - у 5; боли в правом подреберье в области печени - у 8; кровотечения из носа - у 4. При осмотре у 8 больных зарегистрирована бледность кожных покровов, у 7 - иктеричность кожи и склер. Выраженная иктеричность кожных покровов наблюдалась у 4 детей; внепечёночные знаки в виде пальмарной эритемы - у 9; телеангиоэктазии - у 10; расширенные венозные сети в области живота и грудной клетки - у 6; проявление геморрагического синдрома - у 6. Увеличение размеров живота за счёт гепатомегалии и спленомегалии выявлено у 10 больных. Пальпаторно увеличение размеров печени определялось у 7 детей, преимущественно за счёт правой доли. Выраженная спленомегалия выявлена у 10, асцит у 3 детей.

Среди госпитализированных в клинику больных за наблюдаемый период отмечается постепенное увеличение количества больных гепатитом С. Изучение клинической картины ГС показывает, что классические признаки заболевания выражены умеренно или отсутствуют. Хроническая HCV-инфекция у половины больных протекала латентно без яркой клинической картины, характеризовалась гепатомегалией, которая часто сочеталась со спленомегалией, наличием внепечёночных знаков. У 34,4% больных наряду с печёночными проявлениями отмечалась артралгия, анемия, геморрагический васкулит, телеангиоэктазии, холецистит и холецистохолангит, которые часто выступали на первый план в клинической картине заболевания. При поступлении в стационар жалобы предъявляли 12 (30%) пациентов, - это тяжесть в правом подреберье (9 больных), слабость (3), снижение аппетита (4), тошноту и рвоту (1), артралгии (2), нарушение сна (1). Гепатомегалия регистрировалась у большинства (92,5%) больных, спленомегалия отмечалась редко (5%). Внепечёночные признаки хронизации имелись у (42,5%) пациентов: расширенная венозная сеть (15%), телеангиоэктазии на коже (5%). Биохимическая активность ХГС была следующей: высокая у 4% пациентов, умеренная у 26%, низкая у 56%, без активности - 13,7%. При УЗИ у больных ХГС выявлялись изменения в виде неоднородности эхоструктуры, повышения эхоплотности печени, утолщения и уплотнения стенок сосудов, желчных ходов и пузыря, которые являлись следствием воспалительного процесса, а в более поздние периоды болезни - развития фиброза печени.

К особенностям ХГС у детей следует отнести наличие внепечёночных поражений. В наших многочисленных наблюдениях внепечёночными проявлениями при ХГС были холецистит и холецистохолангит, поражение сосудистой системы в виде телеангиоэктазий. Таким образом, при ХГС у детей имеет место системный характер поражения различных органов, характеризующийся преимущественным поражением желчевыводящей

системы и в меньшей степени сосудистой системы. По мнению ряда авторов [9], одним из ведущих механизмов развития внепеченочной патологии при ХГС можно считать внепеченочную персистенцию HCV с возможной репликацией вируса на фоне повреждения функционального состояния мононуклеарных фагоцитов [12]. При ХГС отмечается длительная гиперферментемия с минимально выраженными симптомами. Основные жалобы больных касаются утомляемости и периодического ухудшения самочувствия. Ведущим является гепатолиенальный синдром.

ХГС свойственно медленное течение с тенденцией к прогрессированию патологического процесса вплоть до цирроза печени [9, 10]. Однако не исключается благоприятное течение у незначительного числа больных, в том числе установление стойкой клинической ремиссии [6].

ХГС с исходом в цирроз печени характеризовался более манифестными клинико-лабораторными данными у всех больных. Интоксикация разной степени выраженности и субфебрилитет отмечались у всех больных, геморрагический синдром в виде петехиальной сыпи и носовых кровотечений – у 16,2%, сухость и зуд кожи – у 88,6% детей. Значительное увеличение печени до 6-8 см, выраженная ее плотность и умеренная болезненность у 16,5%, как правило, в сочетании со спленомегалией. У всех детей отмечали дисфункцию кишечника в виде вздутия (21,9%), увеличение объема живота (45,7%), неустойчивого стула (12,5%) и асцита (8,%). Гипербилирубинемия за счет прямой фракции отмечена у всех больных, равно как и повышение трансаминаз (более чем в 10 раз). У всех детей с формирующимся циррозом печени отмечалось снижение общего белка (до 42 г/л), гипоальбуминемия, диспротеинемия преимущественно за счет γ -глобулинемии и снижение протромбинового индекса до 60% и ниже.

В периферической крови у больных ХГВ и ХГС отмечалась анемия (46,4%), лейкопения (95,2%), лимфоцитоз (85,3%).

УЗИ печени у детей, больных ХГВ, обнаружило повышение эхогенности ткани печени, неоднородность паренхимы за счет множественных мелкоочаговых уплотнений, эхопризнаки уплотнения по прослойкам глиссоновой капсулы, склерозирующий холангит и утолщение стенки желчного пузыря у 38,6% обследованных детей.

ХГВ протекал волнообразно с периодами обострения у 68% больных; 85,7% детей с ХГВ были выписаны в удовлетворительном состоянии в стадии ремиссии.

Заключение

По нашему мнению, среди факторов риска и причин, способствующих хронизации процесса, на первом месте стоит преждевременная выписка из стационара больных острыми гепатитами, в частности ГС, без проведения курса интерферонотерапии, при отсутствии полной нормализации клини-

ко-биохимических показателей (14,5%), а также нарушение режима и диеты у 12,1% детей. Основная масса детей, переносивших ХГ, имела неблагоприятный преморбидный фон (частые ОРВИ, астматические бронхиты, ангины, наличие очагов хронической инфекции, недифференцированная лимфаденопатия, оперативные вмешательства). Родители 12,8% детей страдали различными заболеваниями гепатобилиарной системы, включая алкольные поражения печени, или были «носителями» HBsAg.

Вышеизложенное диктует необходимость разработки более точных методов оценки активности и стадии патологического процесса в печени, эффективных методов лечения этой категории больных с целью снижения хронизации гепатитов у детей.

Литература

1. Вирусные гепатиты у детей первого года жизни / И.А.Московская, Е.А.Григорьева, Г.Е. Холодник и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. - № 1. – С. 32-34.
2. Клинико-патогенетическое значение внепеченочной персистенции HCV при хроническом гепатите у детей / Е.А.Меркулова, Ф.С.Харламова, Т.В.Чердниченко и др. // Педиатрия. – 2000. - №4. – С. 8-11.
3. Куперштейн А.П., Ким А.А. Течение и исходы хронических гепатитов В и Д у детей// Педиатрия. - 2000. - № 4. - С. 4-8.
4. Ларионова Л.Г. Хронические вирусные гепатиты у детей // Мед. Новости. – 2001. - № 5-6. – С. 9-17.
5. Ларионова Л.Г., Казаченко М.Г., Легковская Т.А. Клинико-лабораторные и морфологические изменения у детей с криптогенным гепатитом // Здоровоохранение. -2001. - № 9. – С. 4-5.
6. Логинов А.С., Блок Ю.Н. Хронические гепатиты и цирроз печени. -М., 1987. - 272 с.
7. МатейкоГ.В., Макось Р.П., Дикий Б.Н. Некоторые особенности вирусных гепатитов А и В у подростков с патологией щитовидной железы // Тер. Архив. – 1988. - № 11. – С. 47-49.
8. Некоторые аспекты этиотропной терапии хронической HCV инфекции Е.Н.Яговдик, Карпов И.А., Баран В.М. и др. // Рецепт.-2002.-№1.-С. 36-38.
9. Подымова С.Д. Болезни печени. - М., 1993. 540 с.
10. Показатели активности процесса при хроническом гепатите у детей Е.А.Меркулова, Ф.С.Харламова, Т.В. Чердниченко и др. // Педиатрия. – 2000. – Т. 72. - № 2. – С. 17-18.
- 11.Пронько Н.В., Зверинский И.В. Корреляция фолиевой кислотой гидроксиллирующей функции печени у детей вирусным гепатитом В // Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи. Сбор. Статей. – Киев. – 2001. – С. 301-304.
- 12.Учайкин В.Ф., Чердниченко Т.В. Хронические вирусные гепатиты у детей. - М., 1992. - 32с.

Resume

FEATURES OF CHRONIC HEPATITIS PROCESS IN CHILDREN V.S. Vasiliev, N.V.Pronko

EI «Grodno State Medical University»

Children's chronic hepatitis had undulating course with periods of exacerbation and remission. Among causes, contributing to chronization of the process foremost there is an early discharge from the hospital in the absence of complete normalization of clinicobiochemical rates. Most of children, recovered from chronic hepatitis had negative premorbid background. Children, discharged from the hospital before the appointed time, frequently didn't follow the regimen and diet. The foregoing makes necessary elaboration of more effective treatment methods with the purpose of decreasing children's chronic hepatitis.