

Балабасова А.М.

**БАЛДАРДЫН ГЕПАТИТ «А» ООРУСУНУН ООР ТҮРҮНҮН КЛИНИКАЛЫК
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Балабасова А.М.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА
«А» У ДЕТЕЙ**

A.M.Balabasova

CLINICAL MANIFESTATION OF SEVERE FORM HEPATITIS «A» IN CHILDREN

УДК:616/55.113

Бул илимий эмгекте Республикалык жугуштуу оруулар бейтапканасына жаткырылган 112 баланын «А» гепатитинин оор тьрнн баяны

Негизки сөздөр: *оор мүнөздөгү вирустук гепатит А, балдар, клиникалык өзгөчүлүктөрү, аныктоо, дарылоо.*

Представлены эпидемиологические и клинические особенности тяжелых форм вирусного гепатита А у 112 детей, госпитализированных в РКИБ

Ключевые слова: *вирусный гепатит «А», дети, клинические симптомы, диагностика, лечение.*

At this article was done analysis 112 of medical reports of childrens who has acute viral hepatitis «A». These children were treated in Republik clinical infections hospital.

Key words: *severe form viral hepatitis A, children, clinical manifestation, diagnostics, treatment.*

Вирусные гепатиты у детей остаются одной из актуальных проблем детских инфекционных болезней. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется около 1,5 млн новых случаев вирусного гепатита А (ВГА).

Заболеваемость ВГА встречается повсеместно, хотя отмечается тенденция снижения уровня заболеваемости в Европейском регионе. В то же время страны Африки, Юго-Восточной и Центральной Азии относятся к региону высокой эндемичности территориями [1,7].

На территории Кыргызстана заболеваемость ВГА колеблется в широком диапазоне, наиболее высокий показатель (560,2 на 100 тыс. населения) был отмечен в 1997 году. По данным ДГСЭН КР в 2012 г. увеличилась заболеваемость вирусными гепатитами в 1,7 раза, число заболевших составило 17801 случай (322,8) против 10656 случаев (193,2) за 11 месяцев 2011 г. Из них 95,8% составляет вирусный гепатит «А». При этом наибольшее число случаев ВГА регистрировалось в крупных городах Ош и Бишкек, где интенсивный показатель составил в 2008г.– 235,9 соответственно 159,4; 2009г. – 279,4 и 134,6; 2010г.– 226,5 и 114,5; 2011г. – 209,9 и 103,2; 2012г. – 375,6 и 310,1; 2013г. -313,9 и 278,7.

Несмотря на то, что долгие годы вирусный гепатит А считали нетяжелым, доброкачественным

инфекционным заболеванием [2,6,7], у детей в последние годы появились данные, свидетельствующие о увеличении тяжелых форм болезни, диктующих пересмотра прежних установок в диагностике и лечении. Так, в США ежегодно регистрируют более 400 летальных исходов, связанных с ВГА. Частота фульминантных форм ВГА составляет 0,1% - 0,5%. [2,3,4,5].

В связи с изменением клинических проявлений ВГА назрела необходимость изменения подхода в определении показаний к госпитализации, так как укоренилось мнение среди врачей, что детей с ВГА надо лечить только в домашних условиях. На первое место при госпитализации стали выделять эпидемиологические показания, а клинические проявления потеряли значимость. Однако, по нашим наблюдениям в структуре тяжести проявлений ВГА тяжелые формы болезни занимают от 10% до 17% среди госпитализированных детей в инфекционный стационар.

Основной целью работы является анализ течения ВГА у 112 детей с тяжелой формой болезни для определения факторов риска тяжести болезни и снижения неблагоприятного исхода.

Под нашим наблюдением находились 112 детей с тяжелой формой ВГА от 1 года до 14 лет, которые получали стационарное лечение в условиях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за период с 2010-2013гг. Возрастная структура распределилась следующим образом: от 1 до –3-х лет –24, от 4-6 лет-32 и от 7-14 лет- 56 детей, т.е. преобладали дети дошкольного возраста и школьники. Из них 29,% посещали детские дошкольные учреждения, каждый второй (46%) был иногородним из близлежащих районов. Поступление этих детей из районов обусловлено более тяжелым состоянием ребенка и осторожностью родителей в отношении исхода болезни, так как течение болезни не укладывалось в обычное течение ВГА. Эпидемиологической особенностью этой группы детей был факт поступления не только в летне-осенний, но и в осенне-зимний период.

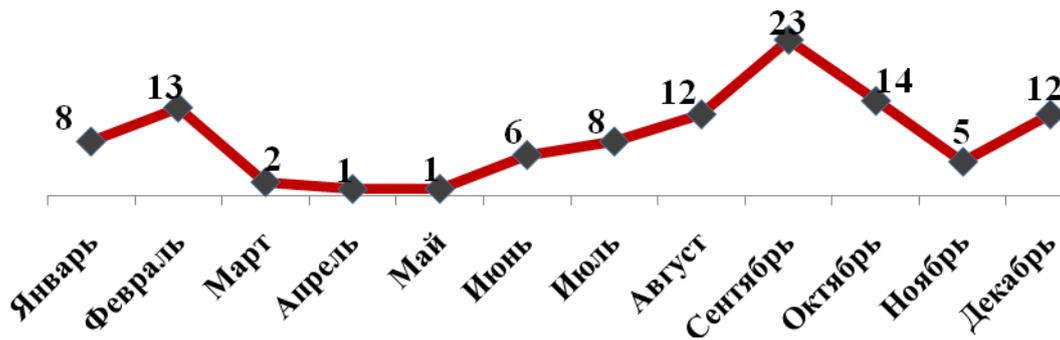


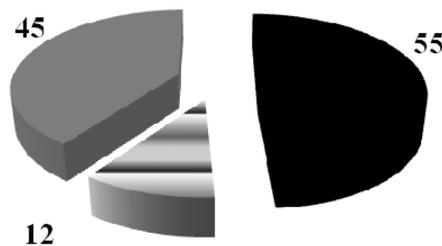
Рис.1. Сезонность тяжелых форм ВГА у детей.

Данную особенность такой сезонности болезни, объясняется тем, что некоторые больные имели волнообразное и затянувшееся течение болезни. При выяснении эпидемиологического анамнеза удалось выявить контакт с больными гепатитами в 30% случаев.

Анамнез жизни не отличался от группы детей не заболевших ВГА, т.е. они ранее болели ОРИ, ОКИ, некоторые пневмонии и другие детские

инфекции.

Почти все больные (96%) поступили в желтушном периоде болезни, из них 5% детей из-за тяжести состояния были переведены из других стационаров, каждый второй ребенок был направлен в стационар врачами до госпитального уровня, причем 11% детей были направлены в стационар после безуспешного лечения в амбулаторных условиях.



■ Без направления ■ Из других стационаров ■ Направлены ЦСМ

Рис.2. Поступление детей, больных ВГА в стационар.

В преджелтушном периоде 6 детей получали антибиотики из-за наличия температуры и неуточненного диагноза. Анализ клинических симптомов свидетельствует, что преимущественно преджелтушный период протекал по смешанному варианту (43,8%), затем преобладали диспепсические явления (33%) и катаральные симптомы (23,2%).

Следует отметить, что 3 из 112 детей по тяжести состояния госпитализированы в отделение интенсивной терапии (ОИТ).

Болевой синдром (боли в животе) были в 92,0% случаев ВГА и начинался в преджелтушном периоде, а мы наблюдали его продолжительность в желтушном периоде от 2 до 10 дней, в среднем $4,9 \pm 1,5$ дней.

Симптомы интоксикации проявлялись повышением температуры (64,3%), слабостью, нарушением сна у 41,1% в течение $2,6 \pm 0,5$, рвотой у большинства больных (87,5%) $2,6 \pm 0,7$ дней, у каждого третьего больного (31,1%) с тяжелой формой ВГА отмечали носовые кровотечения.

Желтуха в основном (94,8%) была умеренной, интенсивной отмечалась у 5,2% больных, продолжи-

тельность желтухи превышала две недели и у 10,7% отмечался зуд кожи. У всех больных выявлено умеренное увеличение печени (2-3 см ниже реберной дуги), болезненность сохранялась и в желтушном периоде, а увеличение селезенки выявлялось реже (8,9%). При пальпации печени наблюдали умеренную плотность, гладкая поверхность.

Особенностью этой группы больных было наличие отечно-асцитического синдрома, не характерного для традиционного течения ВГА. В большинстве случаев наличие асцита определяли при УЗИ, особенно при незначительном и умеренном выпоте жидкости в брюшной полости (96,4%), лишь в 3,6% случаев был выраженный асцит, который обнаруживали при объективном обследовании. При выраженном асците у больных одновременно обнаруживали жидкость в плевральной полости, при которой требовалось вмешательство хирургов (плевральная пункция), а также отеки на ногах, пастозность лица.

При анализе показателей лабораторных исследований выявлено увеличение билирубина в среднем до 122 ± 28 , непрямого билирубин – $46,7 \pm 12,0$,

тимоловая проба $17,2 \pm 5,2$, ПТИ $69,4 \pm 8,2$, протромбиновое время $27,3 \pm 3,1$, общий белок $69,7 \pm 7,5$, альбумин $36,7 \pm 3,9$. Со стороны картины периферической крови изменений не выявлено.

У всех детей из-за наличия асцита был постельный режим, диета, инфузионная дезинтоксикационная терапия в течение $4,8 \pm 1,5$ дней. Применяли глюкозо-солевые растворы, кровезаменители, белковые препараты; альбумин в 10,7% случаев, инфузол у 6,3% детей. Из-за наличия микст инфекции в (10%) ОРИ, сопутствующих заболеваний пневмонии 5%, плеврита 1,8% в 28,6% применяли антибактериальную терапию.

Среднее пребывание на койке составило 8,7 дней, так как больные по мере улучшения состояния переводились на лечение в домашних условиях с повторным осмотром и обследованием через 10 дней. Все больные были выписаны с улучшением в одном случае был неблагоприятный исход.

Таким образом, на современном этапе изменилась клиническая картина течения вирусного гепатита А в сторону увеличения числа больных с более тяжелыми формами болезни, а также с отечно-асцитическим синдромом, при котором объем жидкости в брюшной полости колебался от незначительного количества до умеренного, реже в значительном количестве. Эти данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода в решении вопроса о госпитализации, а

наличие больных с затянувшимся течением (более 1 месяца) диктуют удлинение сроков диспансеризации больных с ВГА до 6 месяцев

Литература

1. Горбаков В.В. Острые вирусные гепатиты. Практикующий врач.- №17.- 1-2000.- С.6-10.
2. Кареткина Г.Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики. Ж. Лечащий врач.-2009.- № 4.-С. 10-12.
3. Цыремпилова Л.В., Горячева Л.Г., Шилова И.В. Клинико-патогенетические аспекты современного течения гепатита А у детей. Ж. Современные наукоемкие технологии №5, 2012.
4. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. чл.-корр. РАМН Ю. В. Лобзина. СПб: Фолиант.- 2000. - 932с.
5. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чередниченко Т.В. Вирусные гепатиты от А до ТТV. – М.: Новая волна.- 2003. – 432с.
6. Чуланов В.П, Пименов Н.Н, Карандашова И.В., Комарова С.В. Современные особенности эпидемического процесса гепатита А в России и странах Европы, определяющие стратегии его профилактики.-Ж. Эпидемиология и инфекционные болезни, №3, 2012.
7. Way Seah Lee, Patrick McKiernan, Deirdre Anne Kelly. Etiology, out come and prognostic indicators of childhood fulminate hepatic failure in the United Kingdom. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 40:575–581 May 2005 Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Рецензент: д.м.н. Жолдошбеков Э.Ж.