

ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

У.У. Сулайманов, Абдылда к. А., А.М. Балабасова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе приведены результаты ретроспективного анализа 115 историй болезни детей, больных тяжелой формой вирусного гепатита А (ВГА) с отечно-асцитическим синдромом. Все больные лечились в Республиканской клинической инфекционной больнице в период 2010-2014 гг. В возрастной структуре больных ВГА преобладали дети старше 4х лет (78,4%), наиболее остро ($P<0.05$) развивалось заболевание среди детей от 4х до 7 лет. В основном (93,9%), больные ВГА дети поступили в желтушном периоде с отечно-асцитическим синдромом, не характерным для традиционного течения ВГА. В большинстве случаев наличие асцита выявляли при УЗИ, особенно при незначительном и умеренном выпоте жидкости в брюшной полости (91,3%), лишь в 8,7% случаев был выраженный асцит, который легко обнаруживали при объективном обследовании. У больных с тяжелой формой ВГА наблюдали также развитие ДВС синдрома в 3,5% случаев, который способствовал неблагоприятному исходу болезни.

Ключевые слова: ВГА, тяжелая форма, отечно-асцитический синдром, ДВС синдром, исход болезни.

БАЛДАРДАГЫ А ВИРУСТУК ГЕПАТИТ ИЛДЕТИНИН ООР ТҮРЛӨРҮ

У.У. Сулайманов, Абдылда к. А., А.М. Балабасова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
балдар жугуштуу оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Шишик-асцит синдрому менен коштолгон А вирустук гепатиттин оор түрү менен ооруган 115 баланын бейтап баяны ретроспективдүү изилденген. Бейтаптар Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында 2010-2014 жылдары дарыланышкан. А вирустук гепатит илдети көбүнчө 4 жаштан (78,4%) улуу балдар арасында кездешкен, ошол эле убакытта 4-7жашка чейинки бейтаптарда ($P<0,05$) курч мүнөздө башталган. А вирустук гепатит менен ооруган (93,9%) бейтаптар саргарган убагында шишик-асцит синдрому менен бейтапканага жаткырылган, бул А вирустук гепатитке тийиштуу эмес болуп эсептелген. 91,3%-ичеги карын арасында аз жана орточо көлөмдө суунун бар экендиги УДИ изилдөө менен тастыкталган, 8,7% – көп көлөмдөгү суу объективдүү оңой эле табылган. А вирустук гепатит оор түрү менен жабыркаган бейтаптардын арасында 3,5% де ДВС-синдрому кездешип, терс жыйынтыкка алып келген.

Негизги сөздөр: АВГ, оор түрү, шишик-асцит синдрому, ДВС синдрому, оорунун бутушу.

SEVERE FORMS OF HEPATITIS A VIRUS INFECTION IN CHILDREN

U.U. Sulaimanov, Abdylida k. A., A.M. Balabasova

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Chair of children infectious disease
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The results of a retrospective analysis of 115 stories of disease in children with severe form of Hepatitis A Virus (HAV) infection with edema-ascites syndrome. All patients were treated in Republic clinical infectious disease hospital in the period 2010-2014. The age structure of patients was dominated by children older than 4 years. Mostly acute form of disease were developed among children from 4 to 7 years ($P<0,05$). Mainly patients with HAV infection hospitalized in the icteric period of disease with edema-ascites syndrome, which is not typical in clinical picture. In most cases (91,3%) ascites syndrome was detected by ultrasound. Only in 8,7% of cases ascites syndrome was detected by physical examination. In 3,5% of cases was development of disseminated intravascular coagulation (DIC) syndrome, which contributed to the adverse outcome.

Key words: HAV, severe form, edema-ascites syndrome, DIC syndrome, outcome.

Введение. Вирусные гепатиты у детей остаются одной из важных проблем современности, так как заболеваемость среди детского населения

продолжает оставаться на высоком уровне и по своей социально-экономической значимости сохраняет свою актуальность. По данным ВОЗ,

ежегодно в мире регистрируется до 2 млн летальных исходов гепатитов включая цирроз и гепатоцеллюлярную карциному [1,4]. По числу регистрируемых случаев ВГА занимает третье место после ОРВИ и острых кишечных инфекций. По данным ВОЗ ежегодно в мире заражается и болеет вирусным гепатитом «А» (ВГА) около 1,5 млн. человек.

При оценке критериев тяжести гепатита, учитывают степень выраженности интоксикации, желтухи, размеры печени, развитие геморрагического синдрома, а также отечно-асцитического синдрома. Существует мнение [3, 4], что преобладает острое начала болезни в среднетяжелой форме болезни и регистрация тяжелых форм ВГА. Так тяжелые формы ВГА у детей в структуре острой печеночной энцефалопатии составляют 5,0%. Имеются данные, о положительной корреляции частоты тяжелых форм ВГА с частотой подъема заболеваемости этой инфекцией [2, 3].

Цель работы: провести ретроспективный анализ течения тяжелой формы вирусного гепатита

А у детей от 1 года до 14 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ).

Материалы и методы исследования

Проведен анализ историй болезни 115 больных вирусным гепатитом А (ВГА) детей в возрасте от 1 года до 14 лет, госпитализированных в 2010-2014 гг. в РКИБ. Диагноз «ВГА тяжелой формы» устанавливали на основании клинко-эпидемиологических данных, результатов биохимических методов исследования, ИФА. Результаты наблюдения статистически обработаны с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждения

Под нашим наблюдением было 115 больных ВГА детей, у которых заболевание протекало в тяжелой форме. Из них у 108 (93,9%) детей диагностировался отечно-асцитический синдромом, который до настоящего времени не был описан, как характерный для ВГА признак тяжести. Возрастная структура распределилась таким образом; дети от 1 года до 3-х лет – 25 (21,6%), от 4-х до 6 лет – 45 (39,2%) детей и в возрасте от 7 до 14 лет 45 (39,2%), т. е. преобладали дети дошкольного и школьного возраста

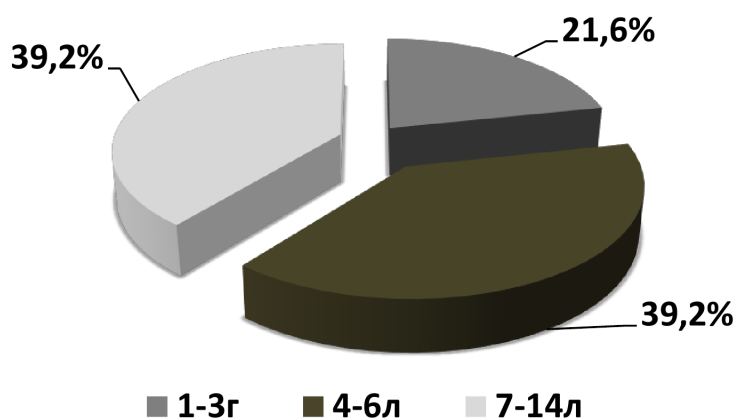


Рис. 1. Возрастная структура детей с тяжелой формой ВГА.

Каждый второй ребенок был из организованного коллектива, родители не работали, так как не имели постоянной работы. Городских жителей было 51,3%. Из перенесенных заболеваний в анамнезе жизни у всех больных ВГА отмечали ОРИ, ОКИ в 43,5% случаев, пневмонию (7,8%),

реже анемию (7,0%). При выяснении эпидемиологического анамнеза у каждого третьего ребенка удалось выявить контакт с больным ВГА (32,2%), дети чаще поступали в летне-осенний период года (Рис. 2).

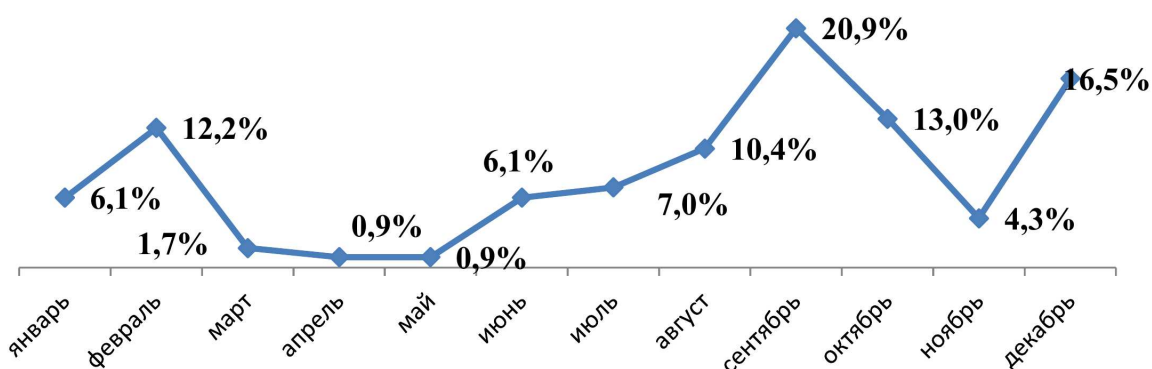


Рис. 2. Сезонность болезни у детей с тяжелой формой ВГА.

По направлению из ЦСМ поступили 42,6% больных, без направления – 47,0%, из других стационаров республики поступили 10,4% детей. Сразу в РИТ по тяжести состояния поступили 2 детей, а 4 детей были переведены в РИТ из гепатитных отделений после ухудшения состояния.

В преджелтушном периоде болезни поступили 7,0% детей, в желтушном периоде поступили 93,0% детей. До поступления в стационар 20,0% детей обращались в другие лечебные учреждения, где в 17,3% случаев были пролечены желчегонными препаратами с первых дней желтухи, что является ошибкой в ведении больного с ВГ. Заболевание начиналось остро с симптомами интоксикации, которые проявлялись умеренно в 33,3% случаев и резко выраженная интоксикация выявлена в 66,7% случаев. Повышение температуры тела выявлено у 64,3±4,4% детей, где у каждого третьего ребенка отмечался подъем температуры тела до 39°C выше, у 32,2±4,3% больных – носовые кровотечения. Почти все родители,

наблюдаемых детей (99,1%) отмечали нарушение общего самочувствия, дискомфорт ребенка, вялость, боли в животе, которые сохранялись в течение 5±2 дней. Рвота отмечалась у 88,7±2,9% детей, и начиналась еще до поступления в стационар. Сравнительная характеристика частоты симптомов болезни у детей различных возрастных групп ВГА выявило достоверное ($P < 0,05$) различие только частоты и выраженности лихорадки с первых дней болезни у детей в группе 4-7 лет. У всех больных тяжелой формой ВГА было желтушное окрашивание склер, слизистых ротовой полости и кожных покровов, где в 7% случаев выявлена интенсивная желтуха. У 11,3% больных жаловались на зуд кожных покровов, что вероятно было связано с действием желчных кислот на рецепторы кожи. Длительность желтухи в возрастном аспекте не имело достоверных ($P > 0,05$) отличий (10,9±3,6; 11,6±3,8; 10,4±3,4), (Рис. 2).

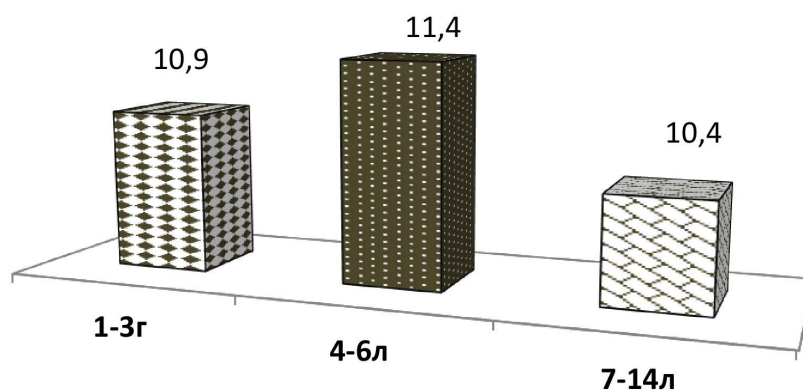


Рис. 3. Длительность желтушного периода у детей различных возрастных групп (дни).

Увеличение размеров печени отмечалось у 97,4±1,4% детей. При анализе размеров печени незначительное увеличение до 2 см было у 66,9% детей, умеренное увеличение до 3 см - у 16,6% и у 2,6% больных было до 4см ниже реберной дуги. Умеренная плотность печени определялась у 69,6% наблюдаемых детей, спленомегалия – у 8,7% больных.

Особенностью этой группы больных было наличие отечно-асцитического синдрома (93,9%), не характерного для традиционного течения ВГА. В большинстве случаев наличие асцита определяли при УЗИ, особенно при незначительном и умеренном выпоте жидкости в брюшной полости (91,3%), лишь в 8,7% случаев был выраженный асцит, который легко обнаруживали при объективном обследовании. При выраженном асците у больных одновременно определяли наличие жидкости в плевральной полости, при которой требовалось вмешательство хирургов (плевральная пункция), а также периферические отеки (на ногах, пастозность лица, рук). В 3,5% случаев наблюдали развитие ДВС синдрома, который способствовал летальному исходу в 1 случае.

При анализе показателей лабораторных исследований выявлено увеличение билирубина в среднем до 122,3±33,4 мкмоль/л за счет повышения непрямой фракции билирубина – 46,8±12,4 мкмоль/л, снижение ПТИ до 68,5±9,8% и протромбинового времени (27,1±4,1 сек.). Один из лабораторных показателей критериев тяжести ВГА - ПТИ имел отрицательную корреляционную связь ($r=-0,3$) с выраженностью интоксикации. Все больные с тяжелой формой болезни на фоне базисной терапии ВГА получали внутривенно дезинтоксикационную терапию, выписаны с рекомендацией повторного осмотра через 3-6 месяцев.

Выводы:

1. Сравнительный анализ частоты и выраженности симптомов болезни у детей различных возрастных групп ВГА позволило выявить достоверное ($P<0,05$) различие только частоты и выраженности лихорадки у детей в группе 4-7 лет.
2. Критерием тяжести ВГА следует считать не только синдром интоксикации, выраженность желтухи, размеры печени, ДВС синдром, но также отечно-асцитический синдром, который в прежние года не был характерен для течения ВГА.
3. Необходимо изменить показания к госпитализации больных ВГА, а также сроки диспансерного наблюдения.

Литература.

1. Васильев, К.Г. Современная эпидемиология и парадоксы гепатита А. [Текст] / К.Г. Васильев, Е.В. Козишкурт // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. - №3. – С. 12-17.
2. Игнатов, О.А. Гепатит А: эпидемиология и профилактика [Текст] / О.А. Игнатов, Г.В. Ющенко, А.Н. Каира и др. // Санитарный врач. – 2011. - №10. – С. 22 – 34.
3. Кареткина, Г.Н., Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики [Текст] / Г. Н. Кареткина // Лечащий врач. - 2010. - №4. - С. 21-24.
4. Либерова, Р.Н. Анализ заболеваемости вирусным гепатитом А 1999-2003 [Текст] / Р.Н. Либерова, В.И. Резник, А.Ю. Савина // Дальневосточный Журнал инфекционной патологии. - 2004. - №5. - С. 16-20.

