

## АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ І ДАНИХ ПАРАКЛІНІЧНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

### АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ І ДАНИХ ПАРАКЛІНІЧНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

– Проведено поглиблений аналіз клінічних симптомів і даних параклінічних методів обстеження у 82 дітей з хронічною патологією гепатобіліарної системи, котрі перебували на стаціонарному лікуванні в Тернопільській міській дитячій лікарні протягом 1999 р. У 8 дітей зі стійкою гіпербілірубінемією, підвищенням рівня трансаміназ, холепатією виявлено маркери інфікування вірусами гепатиту В (ГВ) або гепатиту С (ГС), в 4 осіб – HbSAg, в 2 – антиHbC Ig M, у 2 – антиHCV).

Анализ клинических симптомов и данных параклинических методов обследования детей с хронической патологией гепатобилиарной системы – Проведено глибокий аналіз клінічних симптомів і даних параклінічних методів обстеження 82 дітей з хронічною патологією гепатобіліарної системи, котрі були на стаціонарному лікуванні в Тернопільській міській дитячій лікарні протягом 1999 року. У 8 дітей зі стійкою гіпербілірубінемією, підвищенням рівня трансаміназ, холепатією, виявлено маркери інфікування вірусами гепатиту В (ГВ) або гепатиту С (ГС), в 4 осіб – HbSAg, в 2 – антиHbC IgM, в 2 – анти HCV

analysis of the clinical symptoms and paraclinical datas of the examination in children with chronic hepatobiliary pathology – The detailed analysis of the clinical symptoms and paraclinical datas of the examination were conducted in 82 children with chronic hepatobiliary pathology. Viruses hepatitis B or hepatitis C markers were revealed in 8 children with proof hyperbilirubinemia, increase transaminas' level, cholepatia (in 4 faces - HbSAg, in 2 - антиHbC Ig M, in 2 - anti-HCV).

**Ключові слова:** діти, хронічна патологія гепатобіліарної системи, маркери вірусних гепатитів, гепатит В, гепатит С.

**Ключові слова:** дети, хроническая патология гепатобилиарной системы, маркеры вирусных гепатитов, гепатит В, гепатит С.

**Key words:** childrens, хронічна патологія гепатобіліарної системи, маркери viral hepatitis, hepatitis B, hepatitis C.

За своїм соціально-економічним значенням вірусні гепатити (ВГ) в Україні посідають друге місце після гострих респіраторних захворювань [5, 6]. Це зумовлено досить високим рівнем інфікування дорослого і дитячого населення, нерідко з тяжким перебігом, можливістю хронізації процесу, вислідом якого є розвиток серйозних ускладнень, таких як некроз та цироз печінки, хронічний гепатит і гепатокарцинома.

Захворюваність на ВГ серед дітей разом з цирозом печінки зараз становить 2,2-2,8 % [6, 9]. На думку ряду авторів, ВГ є однією з найпоширеніших хвороб у дітей [3, 8]. Особливої уваги заслуговують затяжні, малосимптомні і хронічні форми гепатитів, оскільки вони іноді перебігають без чітких клінічних проявів [2, 6].

На сьогодні розрізняють сім видів ВГ: А, В, С, D, E, F, G. Особливе місце серед них займають ГВ і ГС, оскільки вони є одними з найпоширеніших у наших умовах і супроводжуються хронізацією процесу відповідно у 10-15 % та 40-80 % [1, 4, 7]. Тому виникає необхідність якомога раннього виявлення маркерів інфікування вірусами ГВ і ГС у хворих з хронічною патологією гепатобіліарної системи (ГБС).

Метою дослідження було визначення глибини ураження ГБС та інформативності рутинних методів (клінічне обстеження, біохімічний аналіз крові, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопія, ЕКГ, ехокардіоскопія) а також маркерної діагностики. Для цього проведено поглиблений аналіз медичних карт стаціонарних хворих 82 дітей у віці 9-15 років, які протягом 1999 р. перебували на стаціонарному лікуванні в Тернопільській міській дитячій лікарні з приводу хронічної патології ГБС. Серед обстежених переважали дівчатка (53,7 %). 80 (97,6 %) пацієнтів перенесли гепатит А (ГА), решта 2 (2,4 %) – ГВ. У всіх дітей діагностовано дискінезію жовчовивідних шляхів, у 62 (75,6 %) – хронічний холецистохолангіт. Ці захворювання у 45 (54,9 %) осіб поєднувалися з хронічним гастродуоденітом, у 6 (7,3 %) – з диспанкреатизмом.

Детальний аналіз карт показав, що всіх хворих турбував біль у животі різної локалізації. У 73 (89,0 %) дітей максимальний біль локалізувався у правому підребер'ї, у 27 (32,9 %) – в епігастрії, у 4 (4,9 %) – в лівому підребер'ї, у 10 (12,2 %) – біль не мав чіткої локалізації. На другому місці були прояви ендогенної інтоксикації: загальне нездужання – у 48 (58,5 %), біль голови – у 53 (64,6 %). Диспепсичний синдром проявлявся: зниженням апетиту – у 60 (73,2 %), нудотою – у 36 (43,9 %), відрижкою – в 29 (35,4 %), печією – у 5 (6,1 %), гіркотою в роті – у 8 (9,8 %), схильністю до закрепів – у 11 (13,4 %). Тривалість патології ГБС серед обстежених становила від 1 до 11 років: у 3 (3,7 %) – 1 рік, у 5 (6,1 %) – 2 роки, у 2 (2,4 %) – 3 роки, у 4 (4,9 %) – 4 роки, в 11 (13,4 %) – 5 років, у 17 (20,7 %) – 6 років, у 20 (24,4 %) – 7 років, у 14 (17,1 %) – 8 років, у 4 (4,9 %) – 9 років, по 1 (1,2 %) дитині – відповідно 10 і 11 років.

З анамнезу дітей, що перенесли ГА відомо, що у кожного 5-го відзначали сімейні випадки захворювання. У кожного 4-го пацієнта була обтяжена спадковість щодо захворювань травної системи: хронічний холецистохолангіт або хронічний гастродуоденіт або виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки. Діти отримували часті інвазивні методи діагностики і лікування: фіброгастродуоденоскопію, внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції, стоматологічні маніпуляції тощо.

Об'єктивне дослідження дітей виявило: блідість шкіри (74,4 %), тіні під очима (46,3 %), обкладений язик (95,1 %), судинні "зірочки" (22,0 %), капілярна сітка у міжлопатковій ділянці (4,9 %), періоральна сірість (19,5 %), субіктеричність носогубного трикутника (7,3 %). Зазначена симптоматика об'єднувалась синдромом ендогенної інтоксикації.

При пальпації живота біль в ділянці правого підребер'я виявлено у 63 (76,8 %) хворих, чутливість в правому підребер'ї – у 10 (12,2 %), біль в епігастрії – у 30 (36,6 %), в лівому підребер'ї – у 4 (4,9 %), біль без чіткої локалізації – у 4 (4,9 %). При глибокій пальпації найчастіше відзначалась болючість у правому підребер'ї або в епігастральній ділянці, в яку проєктується біль з трьох ділянок травної системи: гепатобіліарної,

гастроудоденальної та панкреатичної. Майже кожен десяту дитину непокоїть біль у лівому підбер'ї. Аналізуючи дані об'єктивного обстеження, можна стверджувати, що при хронічних захворюваннях ГБС в патологічний процес у більшій чи меншій мірі втягаються гастроудоденальна система та підшлункова залоза. Серед загальноновизнаних симптомів найчастіше визначався позитивний симптом Ортнера (62 (75,6 %) осіб). Болючість справа в поперековій ділянці у 29 (35,4 %) хворих розцінювалась як додатковий симптом патології гепатобілярної зони, бо в жодній дитині, у котрої вона виявлена, не було патології сечовидільної системи.

Збільшення розмірів печінки до 1 см виявлено у 16 (19,5 %) обстежених, до 2 см – у 46 (56,1 %), до 3 см – у 18 (22,0 %), до 5 см – у 2 (2,4 %). Повне клінічне обстеження засвідчило зміни з боку деяких внутрішніх органів: гіперплазію щитоподібної залози – у 33 (40,2 %) дітей, пролапс мітрального клапана 1-го ступеня – у 30 (36,6 %). Гіпертрофію мигдаликів – у 3 (3,7 %), функціональні зміни з боку серцево-судинної системи, які проявлялися функціональним систолічним шумом – у 43 (52,4 %), приглушеністю тонів – у 5 (6,1 %). У 38 (46,3 %) дітей діагностовано порушення постави.

Дослідження периферичної крові обстежуваних виявило залізодефіцитну анемію легкого ступеня у 74 (90,2 %) дітей, яка має вторинний характер. Підвищений вміст білірубину в сироватці крові (до 50 мкмоль/л) відзначали у 35 (42,7 %) пацієнтів, трансаміназ (до 1,5 ммоль/лЧгод) – у 5 (6,1 %), лужної фосфатази (до 8 ммоль/лЧгод) – у 14 (17,1 %), а-амілази (до 36 ммоль/лЧгод) – у 8 (9,8 %). У 15 (18,3 %) дітей встановлено глистну і паразитарну інвазію: лямбліоз (8,7 %), ентеробіоз (5,9 %) і аскаридоз (3,7 %). Дані клінічного дослідження та особливості анамнезу у 22 (26,8 %) хворих зумовили виконання езофагогастроудоденоскопії. У 20 (24,4 %) пацієнтів ендоскопічна картина вкладалась у хронічний гастроудоденіт, у 1 (1,2 %) – в пангастрит, ще у 1 (1,2 %) – у бульбіт. Слід відзначити, що у 13 (15,9 %) дітей діагностовано порушення моторики верхніх відділів травного каналу: дуоденогастральний рефлюкс 1-2-го ступеня (13,4 %) та рефлюкс-езофагіт 1-го ступеня (2,4 %). За допомогою ЕКГ встановлено синусову (дихальну) аритмію, помірні обмінні зміни в міокарді, неповну блокаду однієї з ніжок пучка Гіса або інше порушення внутрішньошлуночкової провідності, перевантаження шлуночків чи передсердь. У 30 (36,6 %) хворих з клінічною картиною пролапсу мітрального клапана проведено ехокардіоскопічне обстеження серця, яке засвідчило систолічний прогин стулок мітрального клапана від 3,0 до 4,4 мм (пролапс 1-го ступеня). Інформативним методом було ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, яке дало змогу оцінити розміри та структуру органів. Так, збільшену в розмірах печінку виявлено у 73 (89,0 %) хворих, паренхіму підвищеної ехогенності – у 3 (3,7 %), зернисту структуру – у 1 (1,2 %), ознаки холангіту – у 62 (75,6 %). Жовчний міхур у 69 (84,1 %) пацієнтів мав різноманітні деформації. У 31 (37,8 %) його стінки були потовщені. У 2 (2,4 %) дітей була збільшена у розмірах підшлункова залоза, у 3 (3,7 %) – підвищення ехогенності її паренхіми, що є доказом втягнення підшлункової залози у патологічний процес при хронічному гепатобілярному захворюванні. Імуноферментний аналіз (визначення HBsAg, антиHBcIg M, анти-HCV) проводився 21 дитині. У 4 (19,1 %) осіб виявлено HBsAg, у 2 (9,5 %) – антиHBcIg M, у 2 (9,5 %) – анти-HCV. Тому можна думати, що 4 дітей з вперше виявленими маркерами інфікування вірусом ГВ можливо мали безжовтяничні форми ГВ, або є вірусноносіями. 2 дітей з антиHCV є інфікованими вірусом ГС внаслідок медичних маніпуляцій.

Враховуючи отримані дані, можна зробити наступні висновки.

1. Для ранньої диференціації діагнозу, своєчасного лікування, правильного диспансерного спостереження дітям з хронічною патологією ГБС, які мають стійку гіпербілірубінемію,

холепатію або підвищення рівня трансаміназ, в анамнезі вказують на часті медичні маніпуляції, доцільно визначати маркери інфікування вірусами гепатитів В і С.

2. При хронічних захворюваннях ГБС в патологічний процес, як правило, втягується гастроудоденальна система, підшлункова залоза, формується єдиний гепато-гастроудоденопанкреатичний синдром.

3. Майже у кожній третій дитині розвинувся пролапс мітрального клапана, що ймовірно пов'язано із загальною гіпотонією м'язової системи, характерної для хронічної патології ГБС.

4. Хронічна патологія ГБС часто супроводжується залізодефіцитною анемією, яка має вторинний характер.

1. Гураль А.Л., Марієвський В.Ф., Шагіян В.Р., Матошко Г.В. Актуальні питання епідеміології та профілактики гепатиту В в Україні // Інфекційні хвороби. – 1996. – № 3. – С. 12-17.

2. Жданов К.В., Лобзин Ю.В. Маркеры активной вирусной репликации у больных скрытопротекающими хроническими формами вирусных гепатитов В и С // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 7(5). – Прил. 4. – С. 145.

3. Журба Т.Б. Проблеми гепатиту В та його специфічної профілактики // Інфекційні хвороби. – 1997. – № 1. – С. 51-55.

4. Гепатит С у дітей. Посібник для лікарів. – М.: Здоров'я, 1999. – 238 с.

5. Лобзин Ю.В., Жданов К.В., Волжанин В.М. Вирусные гепатиты. – С.-Пб.: ИКФ Фолиант, 1999. – 342 с.

6. Мощич П.С., Тришкова А.А., Штырев И.В., Юрков Н.В. Вирусные гепатиты у детей – Киев: Здоров'я, 1991. – 345 с.

7. Татянюк Н.В., Вовк А.Д., Клименко Ж.Б. Клінічна характеристика гепатиту С в аспекті диференціального діагнозу з гепатитом В // Інфекційні хвороби. – 1998. – № 4. – С. 59-60.

8. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чередниченко Т.Ф. Вирусные гепатиты у детей М.: Медицина, 1994. – 340 с.

9. Чистова Л.В. Новая классификация хронических гепатитов (Лос-Анджелес 1994 г.) и основные принципы их патогенетической терапии // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. – 1997. – № 3. – С. 55-61.