

УДК 616.33/.34-053.2-056.3+616.36-002

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИ ИЗМЕНЁННОЙ РЕАКТИВНОСТЬЮ ОРГАНИЗМА, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А

Л.С. Калагина¹, Ч.С. Павлов², Ю.А. Фомин³,¹ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,²ГБОУ ВПО «Первый Московский медицинский университет им. И.И. Сеченова»,³ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», г. Санкт Петербург*Калагина Людмила Сергеевна – e-mail: Kalaginal@mail.ru*

Гепатит А оказывает существенное влияние на развитие патологии пищеварительной системы у детей с аллергически изменённой реактивностью организма: у всех реконвалесцентов отмечается гастродуоденальная патология в стадии обострения, в основном с повышенной кислотной функцией желудка, у большинства сочетающаяся с поражениями желчевыводящих путей, главным образом, дискинетического характера. Дети с аллергически изменённой реактивностью организма, перенесшие гепатит А, нуждаются в диспансерном наблюдении инфекционистом совместно с гастроэнтерологом.

Ключевые слова: гепатит А, гастродуодениты, дети, дискинезия желчевыводящих путей.

Hepatitis A exerts a significant influence on the digestive system pathologic behavior with children having an allergically modified responsiveness of the organism: all convalescents have gastroduodenal pathology in exacerbation stage, essentially with an excessive acid function of the stomach, accompanied, for the majority of patients, by bile passages affection of dyskinetic type mainly. Children with an allergically modified responsiveness of the organism, suffered hepatitis A, need dispensary observation by an infectiologist jointly with a gastroenterologist.

Key words: hepatitis A, gastroduodenitis, children, bile passages dyskinesia.

Введение

По данным официальной статистики в структуре соматической патологии детей одно из ведущих мест занимают болезни органов пищеварения [1, 2, 3]. Среди причин их формирования, наряду с дефектами питания и наследственной предрасположенностью, рассматриваются вирусные гепатиты [4]. Несмотря на успехи в изучении

вирусных гепатитов, в последние годы констатируется увеличение заболеваемости детей гепатитом А (ГА) и его утяжеление [5, 6, 7]. Из года в год увеличивается заболеваемость детей аллергическими болезнями, среди которых лидирует пищевая аллергия (ПА). У большинства детей с ПА при комплексном инструментальном обследовании отмечается патология пищеварительной системы.

Наследственность, отягощённая аллергическими заболеваниями, относящаяся к факторам риска развития атопии, регистрируется у каждого третьего ребёнка [8, 9]. Особую значимость в развитии заболеваний органов желудочно-кишечного тракта вирусные гепатиты могут иметь у детей с аллергически изменённой реактивностью организма.

Цель исследования: изучить состояние органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей с аллергически изменённой реактивностью, перенесших ГА.

Материалы и методы

Результаты работы основываются на данных обследования, лечения и наблюдения 384 детей в возрасте от 3 до 15 лет, перенесших ГА. Половина из них были мальчики (51,04%). Диагноз ГА ставился на основании клинических и лабораторных данных по стандарту, подтверждаясь результатами иммуноферментного анализа (ИФА): положительными к ГА – анти-HAV IgM и отрицательными результатами к ГВ (HBsAg, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc IgM и анти-HBc суммарные, анти-HBs), ГС (анти-HCV суммарные) и ГД (анти-HDV IgM и анти-HDV IgG) в острый период болезни с интервалом 10–14 дней (2–3 раза) и при каждом диспансерном осмотре ребёнка в течение шести месяцев с тест-системами («Диагностические системы», г. Нижний Новгород). Безжелтушная форма ГА имела место у 77 детей (20,05%); желтушные формы (лёгкая и среднетяжёлая) – у 307 детей (79,95%). Давность перенесённого заболевания составляла от шести до десяти месяцев.

По данным аллергологического анамнеза дети были разделены на две группы. В первую группу вошли 300 детей. Большинство из них имели ПА (197), реже – факторы риска развития атопии – 103 ребёнка (наследственность, отягощённую аллергическими заболеваниями или реакцию организма на введение докорма и прикорма, а также их сочетание).

Пищевая аллергия у детей была документирована результатами обследования в соответствии со стандартами аллергологического стационара и кабинета последующих наблюдений до заболевания вирусными гепатитами. У всех детей ПА была манифестирована кожными проявлениями (100%), сочетающимися в единичных случаях с бронхиальной астмой (1,23%). Наиболее часто ПА у детей, больных вирусными гепатитами, была диагностирована на употребление сладкого, яйца и молока, реже – рыбы. У всех детей (100%) отмечалась сенсibilизация одновременно к двум или трём пищевым продуктам.

Среди детей с факторами риска развития атопии (103 ребёнка) у каждого третьего ребёнка имела место наследственность, отягощённая аллергическими заболеваниями (33,00%), у 2/3 детей (78,64%), со слов матерей, отмечалась реакция организма на введение докорма и прикорма – небольшая гиперемия кожи лица с шелушением, не зарегистрированная в амбулаторной карте ребёнка, вероятно, в связи с её кратковременностью и незначительностью проявления и не подтверждённая результатами обследования у аллерголога.

В первой группе у 60 детей (20,00%) была безжелтушная форма ГА, желтушные (лёгкая и среднетяжёлая) – у 240 детей (80,00%). Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (гастрит, гастродуоденит, воспалительные

и дискинетические поражения желчевыводящих путей) до ГА у этих детей регистрировались редко (6,66%).

Вторую группу (контрольную) представили 84 ребёнка. Из них у 17 детей (20,24%) была безжелтушная форма болезни, желтушные (лёгкая и среднетяжёлая) – у 67 детей (79,76%). Сопутствующие заболевания ЖКТ в этой группе отмечались у одного ребёнка (1,20%).

Группы были идентичны по клиническим формам перенесённого заболевания, возрасту и полу детей.

Все дети при ГА получали терапию по стандарту (базисная терапия: диета и режим; витамины per os; при желтушных формах болезни – спазмолитики, после нормализации окраски кала и мочи – желчегонные препараты; при среднетяжёлой форме заболевания базисная терапия дополнялась дезинтоксикационной – инфузионной терапией).

У всех детей с ПА из питания исключались продукты, обозначенные аллергологом в амбулаторной карте ребёнка как причинно-значимые аллергены.

Выписка детей из стационара и последующее наблюдение проводились в соответствии со стандартами. Дети наблюдались шесть месяцев после выписки из стационара. Первоначальный осмотр реконвалесцентов проводился через месяц после выписки из стационара, затем – ежеквартально.

В работе были применены стандартные для вирусных гепатитов клинические и лабораторные методы исследования.

Анкетирование – сбор данных аллергологического анамнеза – проводилось по схеме НИИАЛ РАМН, модифицированной применительно к детскому возрасту НИИ педиатрии РАМН.

Инструментальные методы обследования включали: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек – УЗИ (аппарат «АЛОКА SSD-plus»), эзофагогастродуоденоскопию – ЭГДС (эндоскоп «PENTAX»), морфологическое исследование биоптатов слизистых оболочек антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки и определение *Helicobacter pylori* (метод L. Waiters, 1986). Функциональное состояние желудка оценивалось с помощью фракционного желудочного зондирования, многоканальной внутрижелудочной pH-метрии (аппарат «Гастроскан-5»). Фракционное дуоденальное зондирование проводили по методу А.М. Ногаллера. Ряд обследований (ЭГДС, исследование секреторной функции желудка) с осмотром гастроэнтеролога дети проходили, в основном, в детском диагностическом центре на базе детской областной поликлиники г. Нижнего Новгорода.

Для оценки клинических и лабораторных показателей использовался точный метод Фишера (ТМФ), корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (rs), интегрированные в пакет программ Statistika 6.0. Выполнено определение относительного риска (OR) и атрибутивного риска (AR) изучаемого явления в сравниваемых группах. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$, что принято в медицине.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что через 3–6 месяцев после выписки из стационара каждый второй ребёнок, перенесший ГА,

жаловался на боли в животе (160 детей – 41,67%). Абдоминальный болевой симптом, характеризующийся стабильностью, появился у каждого пятого ребёнка – у 69 детей (17,97%), в основном это были дети I группы (68 детей). То есть, у детей с аллергически изменённой реактивностью (98,55%) он регистрировался значительно чаще, чем у детей контрольной группы (1,45%), $OR=18,89$; $AR=21,47\%$; $p=0,0000$.

Установлена прямая взаимосвязь абдоминального болевого симптома с остаточными явлениями заболевания – затянувшейся реконвалесценцией ($rs=0,31-0,50$; $p=0,0008-0,01$), осложнениями болезни: ферментативными обострениями после выписки из стационара ($rs=0,31-0,56$; $p=0,003-0,02$), дискинетическими поражениями желчевыводящих путей ($rs=0,33-0,35$; $p=0,0001-0,02$) и с обострениями гастродуоденальной патологии, выявленной при ЭГДС ($rs=0,43-0,50$; $p=0,0000-0,03$).

Только у детей I группы наряду с болями в животе появились тошнота – у 89 детей (29,67%) и изжога – у 43 детей (14,33%), статистически значимо отличившие их от II группы (соответственно: $AR=29,67\%$; $p=0,0000$ и $AR=14,33\%$; $p=0,0000$).

По клиническим показаниям (жалобы на боли в животе, тошнота, изжога, болезненность при пальпации живота, сохраняющаяся гепатомегалия и гипербилирубинемия) реконвалесценты ГА, прежде всего, направлялись на УЗИ органов брюшной полости. Оно было выполнено у 117 детей (100%); у каждого второго (55,55%) отмечалась патология желчевыводящих путей (дискинетические и воспалительные поражения).

Фракционное дуоденальное зондирование было выполнено у 37 детей (100%), перенесших ГА. В основном, это были дети, перенесшие желтушные формы болезни (91,89%). По результатам фракционного дуоденального зондирования патология желчевыводящих путей (дискинетические и воспалительные поражения) регистрировалась чаще (75,67%), чем по результатам УЗИ органов брюшной полости (55,55%), $OR=1,38$; $AR=20,12\%$; $p=0,02$. Преобладали дискинетические поражения желчевыводящих путей (64,28%). Согласно результатам фракционного дуоденального зондирования, у реконвалесцентов I группы патология желчевыводящих путей (83,87%) наблюдалась статистически значимо чаще, чем у реконвалесцентов контрольной группы – 33,33% ($OR=2,52$; $AR=50,54\%$; $p=0,02$).

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) была проведена у 33 детей (100%). Большинство из них также перенесли желтушные формы болезни (87,88%). По данным ЭГДС патология слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки (гастриты и гастродуодениты) была констатирована только у детей с аллергически изменённой реактивностью (I группа). У них она отмечалась во всех случаях её проведения, что статистически значимо отличало детей I группы от детей II группы (контрольной), $AR=100\%$; $p=0,0000$.

Согласно данным ЭГДС, у реконвалесцентов ГА с аллергически изменённой реактивностью чаще отмечались сочетанные изменения слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки – гастродуодениты

(92,86%) – в стадии обострения, в основном, с повышенной кислотной функцией желудка (71,43%), реже – с нормальной кислотной функцией желудка (28,57%). Преобладали эритематозные/экссудативные изменения слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки (71,43%), реже диагностировались «узловатые» (25,00%), эрозивные (3,57%) и дуоденогастральный рефлюксы (14,28%). Каждый третий ребёнок с аллергически изменённой реактивностью организма – I группа (35,71%) – был инфицирован *Helicobacter pylori*, что согласуется с данными литературы [10]. У большинства детей I группы обострения гастродуоденальной патологии сочетались с поражениями желчевыводящих путей (82,14%), диагностируемыми при фракционном дуоденальном зондировании.

Таким образом, дети с аллергически изменённой реактивностью: с ПА и с факторами риска развития атопии (с наследственностью, отягощённой аллергическими заболеваниями или реакцией организма на введение докорма и прикорма, а также их сочетанием), перенесшие ГА, нуждаются в диспансерном наблюдении инфекциониста совместно с гастроэнтерологом, что позволит своевременно диагностировать и лечить развивающуюся патологию органов верхнего отдела пищеварительной системы у данной категории реконвалесцентов, то есть, увеличивать долю здоровых детей.

Выводы

1. Гепатит А оказывает существенное влияние на развитие патологии органов верхнего отдела пищеварительной системы у детей с аллергически изменённой реактивностью организма. При комплексном инструментальном обследовании детей, перенесших гепатит А, заболевания органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта выявляются у всех реконвалесцентов с аллергически изменённой реактивностью.

2. Патология органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей с аллергически изменённой реактивностью, перенесших гепатит А, характеризуется преимущественно сочетанными изменениями слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки – гастродуоденитами (92,86%) в стадии обострения с одновременным поражением желчевыводящих путей у большинства из них (84,14%), в основном, дискинетического характера (64,28%).

3. Эндоскопические изменения слизистых оболочек верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, выявляемые у всех реконвалесцентов гепатита А с аллергически изменённой реактивностью, характеризуются преобладанием поверхностных изменений слизистых оболочек (71,43%), реже регистрируются «узловатые» (25,00%) и эрозивные (3,57%), чаще с повышенной кислотной функцией желудка (71,43%), реже – с нормальной кислотной функцией желудка (28,57%). У каждого шестого ребёнка констатируется дуоденогастральный рефлюкс (14,28%), у каждого третьего – *Helicobacter pylori* (35,71%).

4. Дети с аллергически изменённой реактивностью, перенесшие гепатит А, нуждаются в диспансерном наблюдении инфекциониста совместно с гастроэнтерологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щербakov П.Л. Современные проблемы подростковой гастроэнтерологии. Педиатрия. 2010. Т. 89. № 2. С. 6-11.
2. Ахмедов М.Н., Ахмедова И.М., Айхаджаева М.Б. и др. Характер панкреатобилиарной патологии у детей школьного возраста. Вопр. дет. диетол. 2010. Т. 8. № 2. С. 70-71.
3. Сичинава И.В. Клинико-морфологические аспекты хронических гастродуоденитов у детей. Вопр. дет. диетол. 2010. Т. 8. № 1. С. 31-40.
4. Созинов А.С., Аниховская И.А., Баязитова Л.Т. и др. Кишечная микрофлора и сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта у больных хроническими вирусными гепатитами В и С. Микробиол. 2002. № 1. С. 61-64.
5. Рейзис А.Р. Современные подходы к диагностике и лечению гепатита А. Справ. врача общей практ. 2006. № 9. С. 20-24.
6. Лобзин Ю.В., Скрипченко Н.В., Бехтерева М.К. и др. Проблемы детских инфекций на современном этапе. Инфекцион. бол. 2009. Т. 7. № 2. С. 7-12.
7. Михайлов М.И. Энтеральные и парэнтеральные вирусные гепатиты: актуальные проблемы изучения. Рос. мед. вести. 2007. Т. 12. № 4. С. 56-59.
8. Балаболкин И.И., Терлецкая Р.Н., Дыбунова Е.Л. Влияние экологических факторов на аллергическую заболеваемость детского населения Российской Федерации. Сиб. мед. обозрение. 2008. № 6. С. 64-67.
9. Ревякина В.А., Сурков А.Г., Шарапова К.Н. Пищевая аллергия у детей. Актуальная проблема современности. Вопр. практ. педиатрии. 2009. Т. 4. № 1. С. 55-65.
10. Урсова Н.И. Хеликобактерная инфекция у детей: проблема, анализ обобщенных данных. Лечащий врач. 2009. № 6. С. 14-17.

