

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАТЯЖНУЮ КОНЪЮГАЦИОННУЮ ЖЕЛТУХУ

Кафедра педиатрии №1 ФГБОУ ВО

«Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел.: 89183358178; e-mail: ole-pervishko@yandex.ru

РЕЗЮМЕ

Цель. Провести анализ катамнестических данных детей перенесших длительную конъюгационную желтуху в раннем возрасте.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации, по данным (формы-112) амбулаторно-поликлинического звена, 87 детей, из них 41 мальчик и 46 девочек. Все пациенты в первые три месяца жизни имели клинические и лабораторно подтвержденные показатели длительной конъюгационной желтухи. Все обследуемые были разделены на 4 основные клинические группы по периодам детства: 1 группа (от 1 до 3-х лет) – 21 ребенок; 2 группа (от 4-х до 6 лет) – 23 ребенка; 3 группа (от 7 до 11 лет) – 21 ребенок; 4 группа (от 12 до 17 лет) – 22 обследуемых. Всем пациентам проводили клинические, лабораторно-инструментальные обследования, сонографическое исследование органов брюшной полости в динамическом наблюдении, эзофагогастроуденоскопия (ЭФГДС).

Результаты. Пациенты, которые имели в раннем возрасте признаки нарушения конъюгации билирубина, составляют группу риска по развитию патологии гастро-билиарной системы. Наличие анатомических особенностей строения желчного пузыря и желчевыводящих путей приводят к появлению клинических проявлений уже в возрасте 4 лет и старше.

Особое внимание врачей педиатров и гастроэнтерологов должно быть направлено на пациентов школьного возраста, где отмечается болевой синдром характеризующийся стойким, регулярным присутствием, на фоне признаков нарушения оттока желчи, наличия возможного инфицирования *H. pylori*, и провоцированного дефектами питания. В данный период можно наблюдать появление и прогрессирование психо-неврологической симптоматики, что часто сопровождается патологией желудочно-кишечного тракта.

Заключение. При проведении анализа катамнестических данных детей, имевших затяжную конъюгационную желтуху в первые месяцы жизни, выявлено, что все наблюдаемые в разные возрастные периоды имели признаки нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, потребовавшие постоянного длительного динамического наблюдения гастроэнтеролога и врача-педиатра.

Ключевые слова: дети, гипербилирубинемия, исходы

Для цитирования: Первишко О.В., Баум Т.Г., Шашель В.А., Лупаш Н.Г. Катамнез детей, перенесших затяжную конъюгационную желтуху. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017;24(4):105-108. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-4-105-108.

For citation: Pervishko O.V., Baum T.G., Shashel V.A., Lupash N.G. Catamnesis of children with chronic conjugated jaundice. *Kubanskiy nauchnyy medicinskiy vestnik*. 2017;24(4):105-108. (In Russian). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2017-24-4-105-108.

O. V. PERVISHKO, T. G. BAUM, V. A. SHASHEL, N. G. LUPASH

CATAMNESIS OF CHILDREN WITH CHRONIC CONJUGATED JAUNDICE

*Department of Pediatrics №1 FSBEI HE Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
4 Sedina Street, Krasnodar 350063, Russia; tel.: 89183358178; e-mail: ole-pervishko@yandex.ru*

SUMMARY

Aim. Was the analysis prospective follow-up data of children undergoing long conjugational jaundice at an early age.

Materials and methods. The analysis of medical documentation data (the form-112) outpatient care, 87 children, 41 of them a boy and 46 girls. All patients in the first three months of life had a clinical and laboratory-confirmed indicators of long conjugational jaundice. All the examinees were divided into 4 main clinical groups according to the periods of childhood: group 1 (1 to 3 years) – 21 children; group 2 (from 4 to 6 years) – 23 of the child; 3 group (7 to 11 years) – 21 children; 4 group (12 to 17 years) – 22 subject. All patients underwent clinical, laboratory and instrumental examinations, sonographic examination of the abdominal cavity in dynamic monitoring, esophagogastroduodenoscopy (EFGDS).

Results. Patients who had at an early age the signs of impaired conjugation of bilirubin, are at risk for the development

of the pathology of the gastro-biliary system. The presence of anatomical peculiarities of structure of gall bladder and biliary tract lead to the appearance of clinical manifestations at the age of 4 years and older. Special attention pediatricians and gastroenterologists should be focused on patients of school age where there is a pain syndrome characterized by persistent, regular presence, amid signs violations of the outflow of bile, presence of possible infection with *H. pylori*, and provoked by defects in the supply. In this period you can observe the appearance and progression of neurological symptoms, often accompanied by pathology of the gastro-biliary system.

Conclusion. When analysing follow-up data of children who had a protracted conjugational jaundice in the first months of life, it is revealed that everything observed in the different age periods had evidence of violations of the gastrointestinal tract, require continuous long-term dynamic monitoring of a gastroenterologist and pediatrician.

Keywords: children, hyper-bilirubinemia, outcome

Введение

В структуре общей заболеваемости подростков одну из лидирующих позиций занимает патология желудочно-кишечного тракта [1, 2]. В последнее время отмечается тенденция к более длительному, затяжному течению (более 1 месяца) конъюгационной желтухи у практически здоровых детей. Согласно прогнозам, наметившийся в последнее время рост этой патологии будет сохраняться. Многофакторность патологии желчевыводящих путей затрудняет выявление детей группы риска [2], впервые возникшая патология желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев приобретает непрерывно рецидивирующее и хроническое течение, а также склонность к прогрессированию и сочетанному поражению органов пищеварения [3].

Изучение патологии детей раннего возраста позволит определить факторы риска у пациентов старших возрастных групп. Недооценка динамики развития патологического процесса при выраженной гипербилирубинемии, запоздалое медицинское вмешательство могут привести к развитию хронической гастродуоденальной патологии.

Однако наблюдение за данным контингентом детей должно продолжаться достаточный длительный период с определением критических периодов по развитию дисфункции билиарного тракта, синдрома холестаза, гастро-дуоденальной патологии.

Цель исследования: анализ катamnестических данных детей перенесших длительную конъюгационную желтуху в раннем возрасте.

Материалы и методы

Проведен анализ медицинской документации, по данным (формы-112) амбулаторно-поликлинического звена, 87 детей, из них 41 мальчик и 46 девочек. Все пациенты в первые три месяца жизни имели клинические и лабораторно подтвержденные показатели длительной конъюгационной желтухи.

Обследование на оппортунистические инфекции не проводилось, в связи с отсутствием лабораторных обследований по месту жительства на момент первичного осмотра (первые три месяца жизни). Все обследуемые пациенты имели отрицательные результаты на гепатиты (иммуно-фер-

ментный анализ (ИФА) HAV IgG, IgM, HBs Ag, ИФА HCV IgG, IgM).

Все пациенты были разделены на 4 основные клинические группы по периодам детства: 1 группа (от 1 до 3-х лет) – 21 ребенок; 2 группа (от 4-х до 6 лет) – 23 ребенка; 3 группа (от 7 до 11 лет) – 21 ребенок; 4 группа (от 12 до 17 лет) – 22 обследуемых. Всем пациентам проводили клинические, лабораторно-инструментальные обследования.

В каждый возрастной период оценивались совокупные жалобы пациентов на заболевания желудочно-кишечного тракта, наличие изменений основных показателей биохимического обследования: концентрация общего белка (г/л), общего, непрямого и прямого билирубина (мкмоль/л), активность аланинаминотрансферазы (АлАТ, МЕ/л), аспартатаминотрансферазы (АсАТ, МЕ/л), щелочной фосфатазы (ЩФ, МЕ/л). Биохимические исследования проводились с помощью стандартных наборов реагентов на анализаторе фирмы «Beckman Coulter, Inc» (США).

Все пациенты, вошедшие в исследования, регулярно наблюдались у врача педиатра и гастроэнтеролога, с последующим проведением сонографического исследования органов брюшной полости в динамическом наблюдении, а при наличии показаний назначалась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).

Для оценки достоверности различий выборок, не подчиняющихся критерию нормального распределения, использовали критерий Манна-Уитни; для относительных величин – критерий χ^2 . Полученные результаты подвергли статистической обработке с помощью t-критерия Стьюдента при вероятности безошибочного прогноза 95% ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение

В процессе анализа катamnестических данных нами было установлено, что в первые три года жизни большинство жалоб было связано с признаками функционального нарушения пищеварения, в частности, срыгивания, рвоты, признаки метеоризма, нарушения стула со склонностью к запорам, появление аллергических кожных проявлений (табл.1). По данным литературных источников отмечено, что дети, страдающие в первые два года жизни патологическими срыгиваниями, рвотами составляют группу риска по развитию

хронического гастродуоденита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, формированию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, а также пищевода Барретта и/или эзофагеальной аденокарциномы в более старшем возрасте [4, 5].

Данные сонографического обследования органов брюшной полости у детей 1 группы выявили у 80,9% детей наличие функционального загиба желчного пузыря и у 2 (9,5%) аномалий форм желчного пузыря, у всех обследуемых отмечались признаки выраженного метеоризма, что могло затруднять визуализацию.

типу «капюшона», у 13,4 % выявлялись признаки дисхолии.

При проведении ЭФГДС у пациентов 3 и 4 групп выявляли: у 46,5% детей – хронический поверхностный гастродуоденит; у 12 (27,9%) – хронический гастродуоденит, ассоциированным с *H.pylori*, 5 (11,6%) – дуоденогастральный рефлюкс, у 2 (4,6%) хронический колит.

Результаты биохимического обследования показывали достоверное ($p \leq 0,05$) увеличение АсАТ в сочетании с высоким показателем ЩФ у наблюдаемых 2 клинической группы (табл.2). При прове-

Таблица 1

Частота выявления жалоб и клинических проявлений у детей различных возрастных групп (в %)

Жалобы	1 группа (21ребенок)	2 группа (23 ребенка)	3 группа (21ребенок)	4 группа (22 ребенка)
<i>Боли в околопупочной области (2 и более эпизодом в течение 1 месяца)</i>	6 (28,6%)	7 (30,4%)	11 (52,4%)	18 (81,8%)
<i>Длительность болевого синдрома более 3-х месяцев</i>	17 (80,9%)	4 (17,3%)	17 (80,6%)	19 (86,4%)
<i>Рвота (2 и более эпизодом в течение 1 месяца)</i>	20 (95,2%)	10 (43,5%)	7 (33,3%)	2 (9%)
<i>Изжога</i>	-	-	17 (80,6%)	17 (77,2%)
<i>Отрыжка</i>	9 (42,7%)	14 (60,8%)	8 (38,1%)	15 (68,2%)
<i>Чувство тяжести после еды</i>	-	-	9 (42,6%)	20 (90,9%)
<i>Нарушения стула</i>	20 (95,2%)	20 (86,9%)	16 (76,1%)	18 (81,8%)
<i>Метеоризм</i>	20 (95,2%)	17 (73,9%)	17 (80,6%)	18 (81,8%)
<i>Дерматит аллергического характера</i>	17 (80,9%)	16 (69,5%)	11 (52,4%)	4 (18,1%)
<i>Психоневротические нарушения (чувство тревоги и страха, депрессия, истерические реакции, навязчивые состояния)</i>	—	21 (91,3%)	19 (90,5%)	21 (95,5%)

В возрасте от 4 до 6 лет (2 группа) преобладали жалобы на нарушение пищеварения (в виде изменения стула, отрыжки, метеоризма), сочетающиеся с признаками дерматита аллергического характера и психоневрологическими реакциями (синдром навязчивых движений, тики) (табл.1).

Пациенты 3 и 4 групп предъявляли жалобы на длительный болевой синдром, вероятнее всего связанный с признаками протекающего гастродуоденита.

Данная симптоматика сопровождалась психоневрологическими проблемами (табл. 1.), что по данным литературы, в школьном возрасте эти дети значительно чаще, чем в общей популяции, проявляют приступы гнева, раздражения, плохого настроения, впоследствии приводящие к снижению общего и вербального коэффициента интеллектуального развития [6].

По данным сонографического обследования органов брюшной полости у детей 7 лет и старше (3 и 4 группы) определяли в 56,3% наличие аномалии желчного пузыря в виде перетяжек, загиба, по-

дении эзофагогастродуоденоскопии у 18 (78,6%) выявлялись хронические поверхностные гастродуодениты, у 21,4% – хронические гастродуодениты, ассоциированный с *H.pylori*.

Сонографическое обследование органов брюшной полости детей 2 группы определило у 18 (78,3%) наблюдаемых увеличение печени, диффузные изменения в поджелудочной железе, у 11 (47,8%) детей определялись аномалии формы желчного пузыря, признаки мезаденита у 3 (13%) обследуемых.

Заключение

В результате нашего исследования было установлено, что пациенты с признаками нарушения конъюгации билирубина в раннем возрасте, составляют группу риска по развитию патологии гастро-билиарной системы. Наличие анатомических особенностей строения желчного пузыря и желчевыводящих путей приводят к появлению клинических проявлений уже в возрасте 4 лет и старше.

Особое внимание врачей педиатров и гастро-

**Показатели биохимического анализа крови у детей
различных возрастных групп**

Показатели	Возрастные периоды			
	1 группа (21ребенок)	2 группа (23 ребенка)	3 группа (21ребенок)	4 группа (22 ребенка)
концентрация общего белка (г/л)	51,6±2,35	57,±1,98	68,09±3,15	79,02±2,43
непрямого билирубина (мкмоль/л),	19,31±2,12	17,75±3,41	14,11±1,49	18,67±1,21
прямого билирубина (мкмоль/л),	6,76±1,15	6,45±1,88	5,12±2,01	5,95±1,47
АлАТ, МЕ/л	28,6±2,32	23,0±1,76	18,28±2,75	19,97±2,11
АсАТ, МЕ/л	41,23±2,19	42,17±2,31*	31,13±1,76	22,09±3,03
щелочной фосфатазы МЕ/л	321,9±15,2	396,1±17,9*	277,3±21,2	212,0±11,4

Примечание: * $p \leq 0,05$.

энтерологов должно быть направлено на пациентов школьного возраста, где отмечается болевой синдром характеризующийся стойким, регулярным присутствием, на фоне признаков нарушения оттока желчи, наличия возможного инфицирования *H. pylori*, и спровоцированного дефектами питания. В данный период можно наблюдать появление и прогрессирование психо-неврологической симптоматики, что часто сопровождается патологией желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, при проведении анализа ка-тамнестических данных детей, имевших затяжную конъюгационную желтуху в первые месяцы жизни, выявлено, что все наблюдаемые в разные возрастные периоды имели признаки нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, потребовавшие постоянного длительного динамического наблюдения гастроэнтеролога и врача-педиатра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. *Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах: Руководство для врачей*. Москва: Династия, 2004. 168 с.
2. Киясова Л.М., Мороз Т.Б., Менделеев В.Д., Фаизуллина Р.А. Психологические особенности подростков с хроническим гастродуоденитом и различной массой тела. *Практическая медицина*. 2006; 4: 4-5.
3. Семенова О.В. Цитокины и симптомы при заболеваниях билиарного тракта у детей. *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2010; 30:103-107.
4. Gold B.D. Is gastroesophageal reflux disease really a life-long disease: do babies who regurgitate grow up to be adults with GERD complications? *Am J Gastroenterol*. 2006; Mar; 101 (3): 641-644. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00436.
5. Orenstein S.R., Shalaby T.M., Kelsey S.F., Frankel E.

Natural history of infant reflux esophagitis: symptoms and morphometric histology during one year without pharmacotherapy. *Am J Gastroenterol*. 2000; Mar; 101 (3): 628-640. DOI: 10.1111/Дж.1572-0241.2000.02073.

6. Wolke D., Rizzo P., Woods S. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*. 2002; Jun; 109 (6): 1054-1060. DOI:10.1542/Pediatrics.109.6.1054.

REFERENCES

1. Baranov, A.A., Kuchma V.R., Sukhareva L.M. *Oценка zdorov'ya detej i podrostkov pri profilakticheskikh osmotrah: rukovodstvo dlja vrachej*. – Moscow: «Dinastija», 2004. 168. (In Russ.).
2. Kijasova L.M., Moroz T.B., Mendeleev V.D., Faizullina R.A. *Psichologicheskie osobennosti podrostkov s hronicheskim gastrroduodenitom i razlichnoj massoj tela. Prakticheskaja medicina*. 2006; 4: 4-5 (In Russ.).
3. Semenova O.V. *Citokiny i simptomy pri zabojevanijah biliarnogo trakta u detej // Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2010; 4(10): 103-107. (In Russ.).
4. Gold B.D. Is gastroesophageal reflux disease really a life-long disease: do babies who regurgitate grow up to be adults with GERD complications? *Am J Gastroenterol*. 2006; Mar; 101 (3): 641-644. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00436.
5. Orenstein S.R., Shalaby T.M., Kelsey S.F., Frankel E. Natural history of infant reflux esophagitis: symptoms and morphometric histology during one year without pharmacotherapy. *Am J Gastroenterol*. 2000; Mar; 101 (3): 628-640. DOI: 10.1111/Дж.1572-0241.2000.02073.
6. Wolke D., Rizzo P., Woods S. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics*. 2002; Jun; 109 (6): 1054-1060. DOI:10.1542/Pediatrics.109.6.1054

Поступила / Received 04.05.2017

Принята в печать / Accepted 11.06.2017

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: *Первишко Олеся Валерьевна; тел.: 89183358178; e-mail: ole-pervishko@yandex.ru; Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.*

Corresponding author: *Olesya V. Pervishko; tel.: 89183358178; e-mail: ole-pervishko@yandex.ru; 4 Sedina Street, Krasnodar, Russian Federation, 350063.*