

## **НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ РЕАКТИВНЫЙ ГЕПАТИТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

**Волкова М.П.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Неспецифический реактивный гепатит – вторичный гепатит, отражающий реакцию печеночной ткани на внепеченочное заболевание или очаговое заболевание печени.

Это вторичный гепатит, наблюдающийся при большом числе заболеваний, имеющий синдромное значение, характеризующийся тождественными морфологическими изменениями печени при различных заболеваниях.

Термин неспецифический реактивный гепатит был предложен в 50-х годах F. Schaffner и H. Popper, которые описали воспалительные изменения печени при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Неспецифический реактивный гепатит может выявляться как начальная клинико-морфологическая стадия поражения печени под влиянием экзогенных повреждающих факторов.

Неспецифический реактивный гепатит вызывается рядом эндогенных и экзогенных факторов и представляет собой одно из распространенных повреждений печени. Реактивный гепатит выявляют при заболеваниях желудочно-кишечного тракта – язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, демпинг-синдроме и других пострезекционных синдромах, раке желудка, заболеваниях желчного пузыря, неспецифическом язвенном колите, панкреатите, а также при таких общих заболеваниях, как СКВ, острая ревматическая лихорадка, ревматоидный артрит, узелковый периартериит, синдром Шегрена, склеродермия, дерматомиозит, гемолитические анемии. Наблюдается также при болезнях эндокринных желез – тиреотоксикозе, сахарном диабете.

Реактивные изменения печени могут возникать при острых и хронических инфекционных заболеваниях, вызываемых

бактериями, вирусами, риккетсиями, лептоспирами, гельминтами, при токсических повреждениях, ожогах, после операций, при гранулематозах [1, 2].

В патогенезе развития неспецифического реактивного гепатита, вероятно, имеет значение непосредственное действие этиологического фактора (гепатотоксического агента) на печеночную паренхиму, что вызывает дистрофию, некробиоз печеночных клеток и реактивную пролиферацию мезенхимы, а также специфические иммунологические нарушения.

Имеет значение нарушение обезвреживающей функции печени по отношению к разнообразным антигенам и токсинам, поступающим с током крови через воротную вену или печеночную артерию.

Клиническое течение неспецифического реактивного гепатита [2] у большинства больных бессимптомное. Иногда отмечаются слабость, тяжесть и нерезкая боль в правом подреберье. Наблюдаются умеренное увеличение печени, в ряде случаев болезненность при пальпации. Функциональные пробы чаще не изменены; возможны незначительная гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, нерезкая диспротеинемия.

С учетом биохимических анализов крови выделяют активность хронического гепатита:

- минимальная: АЛТ до 3-х норм
- слабовыраженная: АЛТ до 5 норм
- умеренно-выраженная: АЛТ до 5-10 норм
- выраженная: выше 10 норм

Диагностика заболевания представляет определенные трудности, учитывая необходимость в исключении хронических гепатитов различной этиологии.

**Целью** нашего исследования явилось выявление клинических особенностей реактивного гепатита у детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Диагноз неспецифического реактивного гепатита ставился на основании клинических и параклинических методов исследования, с учетом жалоб, анамнеза заболевания, перенесенных заболеваний, полученной накануне медикаментозной терапии.

Специфический симптомокомплекс для данного заболевания выявлен у 43 из 3900 детей (1,1%) пролеченных в клинике по поводу заболеваний органов пищеварения. Среди группы обследованных мальчики составили 30,2% (13 человек), девочки – 69,8% (30 человек). В возрасте от 3 до 6 лет было 8 детей (18,6%), 7-11 лет – 18 детей (41,9%), 12-17 лет – 17 детей (39,5%).

По нозологическим формам основного заболевания дети распределились следующим образом: язвенная болезнь 12-перстной кишки – 4 ребенка (9%), эрозивный гастродуоденит – 3 человека (7%), хронический гастродуоденит – 16 детей (37%), хронический панкреатит – 6 детей (14%), хронический холецистохолангит – 8 детей (19%), пищевая аллергия – 5 человек (12%), целиакия – 1 ребенок (2%).

У 40% детей наблюдалось сочетание основного заболевания с дискинезией желчевыводящих путей.

Дети предъявляли жалобы на нарушение аппетита (78%), тошноту (70%), рвоту (65%), нарушение сна (50%), потливость (48%), неустойчивый стул (36%). У 30% детей отмечалась болезненность в правом подреберье, у 12% – небольшая иктеричность кожи и склер.

При клиническом и ультразвуковом исследовании увеличение размеров печени выявлено у 63% детей, увеличение размеров поджелудочной железы – у 16%.

Маркеры вирусного гепатита у детей наблюдаемой группы не были выявлены.

Для индикации цитолиза, печеночно-клеточных повреждений, холестаза и нарушения синтетической функции печени всем детям проводили неоднократное исследование аминотрансфераз сыворотки крови (АсАТ и АлАТ), щелочной фосфатазы, белков сыворотки крови, общего билирубина и билирубиновых фракций, подсчитывали коэффициент де Ритиса (соотношение АсАТ/АлАТ).

Установлено, что у детей исследуемой группы отклонений в показателях билирубина, щелочной фосфатазы и белков сыворотки крови не выявлено.

У 81,4% детей отмечалось повышение АлАТ в 1,8 раза, у 76,7% – повышение АсАТ в 1,9 раза, причем у 54% детей было

выявлено повышение как АлАТ, так и АсАТ. Коэффициент де Ритиса составил в среднем  $1,06 \pm 0,08$ , при норме 1,33 ( $p < 0,05$ ).

Лечение пациентов с неспецифическим реактивным гепатитом (с учетом активности трансаминаз крови) включало:

1. Соблюдение режима с исключением физических нагрузок.

2. Соблюдение гипоаллергенной диеты (преимущественно отварная, полноценная пища), с учетом индивидуальных привычек, переносимости пищевых продуктов, сопутствующих заболеваний.

3. Проведение медикаментозной терапии:

- исключались гепатотоксические лекарства
- энтеросорбенты (внутрь) с учетом показаний и противопоказаний
- нивелирование дисбиоза толстой кишки
- гепатопротекторы
- витамины (С, В, Е).

4. Дифференцированное использование медикаментозной и иной терапии с учетом выраженности заболевания (заболеваний) органов пищеварения и т.д.

К моменту клинической ремиссии на 14-15-е сутки уровни аминотрансфераз возвращались к норме, исчезали жалобы, размеры печени возвращались к норме.

Таким образом, неспецифический реактивный гепатит встречается у 1,1% детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта, вдвое чаще отмечается у девочек, в 80% случаев у детей старше 7 лет, протекает с нерезкими изменениями клинических и лабораторных показателей, имеет доброкачественное течение.

### **Литература**

1. Ивашкин, В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Издат. дом "М-Вести", 2005. – 536 с.
2. Подымова, С. Д. Болезни печени. М.: Медицина, 1998. – 704 с.