

8. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей. М., Медицина, 1982.—9. Носов С. Д. Педиатрия, 1979, 4.—10. Ткачева М. Н., Лобанова Е. А., Атакян Р. В. ЖМЭИ, 1981, 9.—11. Шестакова Е. Е. Педиатрия, 1981, 7.

Поступила 1 марта 1983 г.

УДК 616.36—002.14—053.2—08:615.357.453

## ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ У ДЕТЕЙ

А. И. Шиленок, Т. В. Павлова, В. В. Краснов,  
М. В. Животовский, Л. А. Живнина

Кафедра детских инфекций (зав.—проф. Н. Н. Фаерман) Горьковского медицинского института, детский гепатитный центр г. Горького (главрач—В. В. Зайцева)

Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению детей, больных вирусным гепатитом (ВГ), вопрос этот еще полностью не решен. Ряд авторов рекомендуют наряду с базисной терапией применение глюкокортикостероидов [1, 6, 7]. Основанием для их назначения служит свойственное им противовоспалительное, противоаллергическое действие, способность стабилизировать клеточные мембраны и стимулировать белково-синтетическую функцию печени [7], положительно влиять на жировой обмен [9] и на состояние РЭС печени [8], нормализовать окислительно-восстановительные процессы [3].

В то же время установлено, что глюкокортикостероиды обладают иммунодепрессивным эффектом и их назначение может повлечь за собой ослабление защитных реакций организма [10]. На фоне лечения глюкокортикостероидами происходит снижение уровня Т- и В-лимфоцитов и иммуноглобулинов, подавление макрофагальной и лимфоцитарной активности [4], снижение уровня лизоцима в крови [2], нарушение формирования полноценного иммунного ответа на внедрение вируса [3]. Кроме того, при гормональной терапии возникают такие побочные явления, как стероидные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, остеопороз, задержка роста, обострение бактериальной инфекции, лунообразное лицо [5]. Это ограничивает показания к назначению глюкокортикостероидов.

С целью уточнения целесообразности применения глюкокортикостероидов при ВГ у детей, а также выбора оптимальной продолжительности курса на протяжении 1979—1981 гг. мы провели наблюдения за 364 детьми в возрасте от 1 мес до 14 лет. Из них вирусный гепатит А (ВГА) был диагностирован у 328 детей, вирусный гепатит В (ВГВ) — у 36. Наряду с общепринятой терапией 105 детей получали глюкокортикостероиды. Контрольную группу составили 259 больных со среднетяжелой формой ВГА, которым гормоны не назначали. По возрасту, сезону года и срокам госпитализации группы были идентичны. Для больных тяжелыми формами ВГА и ВГВ контрольную группу подобрать не удалось, так как при этих формах заболевания, как правило, лечили глюкокортикостероидами.

Показаниями для назначения глюкокортикостероидов были выраженные желтуха и интоксикация либо отсутствие эффекта от проводимой общепринятой терапии. Часть детей получала гормоны в связи с обострением заболевания. Об эффективности гормональной терапии судили по улучшению самочувствия, появлению аппетита, прекращению рвоты, уменьшению желтухи. Различия в непосредственном эффекте гормонов при ВГА и ВГВ не установлено.

Обострения заболевания наблюдались одинаково часто в обеих группах. При выписке у детей исследуемой группы чаще обнаруживались остаточные явления в виде

Таблица 1

Клинико-биохимические показатели у больных среднетяжелой формой вирусного гепатита при различной длительности гормонотерапии

Длительность курса, дней	Длительность (день болезни)		Сроки нормализации (день болезни)			Обострения, %	Средний койко-день
	интоксикации	желтухи	билирубин	АлАТ	тимоловая проба		
5—13 . . . . .	13±2	21±8	33±11	25±10	32±8	—	41±10
16—21 . . . . .	14±2	18±6	28±5	20±5	43±10	—	33±7
23—67 . . . . .	13±3	20±6	38±20	31±7	30±14	20	46±18
						$P < 0,05$	

незначительного ( $20,7 \pm 1,7$  ммоль/л) повышения уровня билирубина (у 18% против 3,5% в контрольной группе). При катамнестическом обследовании через 1 и 6 мес у детей, получавших глюкокортикостероиды, достоверно чаще регистрировались остаточные явления: увеличение размеров печени, повышение показателей тимоловой пробы, реже — увеличение уровня билирубина.

Единого мнения о наиболее рациональной длительности курса гормонотерапии при ВГ нет. Для решения этого вопроса мы проанализировали клинико-биохимические показатели у 105 детей. У 61 ребенка заболевание протекало в среднетяжелой (табл. 1), у 44 — в тяжелой форме (табл. 2). Были сопоставлены по эффективности курсы лечения — короткий (1—2 нед), средней продолжительности (2—3 нед) и длительный (4—8 нед). При назначении глюкокортикостероидов более чем на 3 нед снижение дозы и их отмену проводили под контролем биохимических показателей.

Как видно из табл. 1, длительность курса гормонотерапии не оказала существенного влияния на сроки интоксикации, желтухи, биохимических отклонений. Однако у 20% детей, получавших гормоны более 3 нед, наблюдались обострения ВГ. При тяжелых формах ВГ (см. табл. 2) достоверно затягивались сроки нормализации би-

Таблица 2

**Клинико-биохимические показатели у больных тяжелой формой вирусного гепатита при различной длительности гормонотерапии**

Длительность курса, дней	Длительность (день болезни)		Сроки нормализации (день болезни)			Обострения, %	Интеркуррентные инфекции	Средний койко-день
	интоксикации	желтухи	билирубин	АЛТ	тимоловая проба			
5—8 . . . . .	$10 \pm 2$	$22 \pm 6$	$34 \pm 11$	$26 \pm 10$	$31 \pm 15$	—	14,3	$37 \pm 8$
23—73 . . . . .	$14 \pm 3$	$29 \pm 15$	$49 \pm 21$	$44 \pm 23$	$35 \pm 21$	37,5	62,5	$56 \pm 19$
			$P < 0,05$	$P < 0,02$		$P < 0,02$	$P < 0,02$	$P < 0,01$

лирубина, чаще присоединялись интеркуррентные инфекции, возникали обострения, удлинялось время пребывания больного в стационаре. Независимо от тяжести гепатита при катамнестическом обследовании остаточные явления чаще регистрировались у детей, получавших глюкокортикостероиды более 3 нед.

Среди наблюдавшихся нами 364 больных у 48 (13%) отмечалось обострение ВГ, которое у 11 из них развилось на фоне гормонотерапии, продолжавшейся у 10 пациентов более 3 нед. Двум из этих больных лечение гормонами было продолжено до 45 и 67 дней, что, однако, не предотвратило появления второго обострения. Синдром Иценко—Кушинга был отмечен у 4 (3,7%) больных, из них 3 ребенка получали гормоны в течение 37, 49 и 55 дней.

Таким образом, по нашим наблюдениям было установлено, что назначение глюкокортикостероидов при среднетяжелой форме ВГА не оказывает существенного положительного влияния на клинико-биохимические показатели, наоборот, в этих случаях чаще возникают остаточные явления при выписке и катамнестическом наблюдении. При длительности курса гормонотерапии более 3 нед увеличивается вероятность развития обострений болезни, присоединения интеркуррентных инфекций, появления осложнений гормонотерапии, кроме того, удлиняются сроки нормализации клинико-биохимических показателей и время пребывания больного в стационаре, особенно при тяжелой форме ВГ.

**ВЫВОДЫ**

1. Показаниями к назначению глюкокортикостероидов при ВГ у детей следует считать выраженную желтуху, тяжелую интоксикацию и отсутствие эффекта от общепринятой терапии.
2. Применение глюкокортикостероидов при среднетяжелых формах ВГА нецелесообразно.
3. Назначение гормонов не предупреждает возникновения обострений ВГ.
4. Лучшие результаты получены при гормонотерапии длительностью не более 3 нед.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бондаренко В. А. Врач. дело, 1977, 8.—2. Бублий В. П., Богданова В. И., Панченко Л. А. Клин. мед., 1973, 2.—3. Васильев В. С., Юшкевич С. Б., Васильева А. Н. В кн.: I Всесоюзный съезд инфекционистов (Тезисы докладов), Киев, 1979.—4. Махмудов О. С., Мухамедов Д. Б. Педиатрия, 1981, 7.—5. Неженцев М. В. Там же, 1980, 2.—6. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф., Федотов В. В., Новокшенов А. А. Вопр. охр. мат., 1976, 3.—7. Учайкин В. Ф., Молева Т. П., Левина Э. И. и др. В кн.: I Всесоюзный

УДК 616.36—002.12/.14—079.4:616.155.194.115

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ НА ПОЧВЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ

М. С. Фаткуллов

*Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, инфекционная больница № 2 г. Казани (главврач — Л. С. Домрачева)*

Правильная и своевременная дифференциальная диагностика вирусных гепатитов от механических желтух, особенно на почве новообразований, до настоящего времени является актуальной проблемой.

Диагноз «вирусный гепатит» не подтверждается у 30—40% взрослых, поступивших в различные инфекционные стационары. В связи с этим понятно, насколько важно точно установить тип желтухи, от которого зависят тактика лечения и проведение противоэпидемических мероприятий.

По нашим данным, за последние 6 лет из всех госпитализированных по поводу вирусных гепатитов число больных подпеченочной желтухой на почве новообразований составило 4%. За этот же период под нашим наблюдением находилось 152 больных, страдающих желтухой на почве новообразований, и 324 больных вирусными гепатитами. 80 из 152 пациентов с механической желтухой подверглись оперативному вмешательству в различных стационарах города. Диагноз и локализация опухоли у них подтвердились на операционном столе.

В условиях инфекционного стационара дифференциальная диагностика желтух проводилась на основании данных анамнеза, клиники и лабораторных исследований. В редких случаях мы прибегали к релаксационной дуоденографии с зондом и к инструментальному обследованию в условиях хирургического стационара.

Среди больных вирусными гепатитами мужчин было 174 (53,7%), женщин — 150 (46,3%); в возрасте старше 50 лет — 123 (38%) человека. У 208 (64,2%) больных заболевание протекало в легкой форме, у 116 (35,8%) — в среднетяжелой и тяжелой формах.

Пациентов с механической желтухой на почве новообразований старше 50 лет было 126 (83%). У подавляющего числа больных (71,2%) рак головки поджелудочной железы наблюдался одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Среди новообразований гепато-панкреато-дуоденальной зоны рак желчного пузыря занимал второе место (13,7%) и почти в 3 раза чаще встречался у женщин. Рак внепеченочных желчных протоков (10%) и фатерова соска (5,1%) чаще диагностирован у мужчин.

82% больных с новообразованиями поступило в стационар в течение первых 2 мес от начала заболевания, из них 86% — в первые 20 дней со дня появления желтухи, 14% — позднее. Как правило, поводом для госпитализации служило появление желтухи.

У 52% больных длительность преджелтушного периода не превышала 20 дней, у остальных она колебалась от 20 дней

Таблица 1

**Частота симптомов при острых вирусных гепатитах и новообразованиях в желтушном периоде**

Симптомы болезни	Число больных, %	
	острыми вирусными гепатитами (324)	с новообразованиями (152)
Инттоксикация:		
отсутствовала . . . . .	15	57
незначительная . . . . .	60	26
выраженная . . . . .	25	17
Слабость . . . . .	84	70
Плохой аппетит . . . . .	82	54
Тошнота . . . . .	38	15
Рвота . . . . .	10	14
Повышение температуры	3	25
Зуд кожи . . . . .	16	76
Похудание . . . . .	5	42
Увеличение печени:		
до 2 см . . . . .	41	35
до 4 см . . . . .	49	54
более 4 см . . . . .	10	11
Увеличение селезенки	19	2
Симптом Курвуазье . . . . .	не выявлен	64
Асцит . . . . .	не выявлен	4
Боли в животе:		
отсутствовали . . . . .	70	58
слабые . . . . .	29	27
умеренные или сильные	1	15