

можливості до навчання та соціалізації. Саме тому необхідно проводити інформування медичних працівників щодо особливостей дітей з РАС - при огляді дитини з РАС слід враховувати сенсорні та поведінкові особливості, а також прицільно обстежувати травну систему та виявляти алергічні проблеми.

Слід пам'ятати, що негативна поведінка у людей з РАС (агресія, аутоагресія, дизсомнія, тривожність тощо) часто може мати соматичне походження, ідентифіковане в ході обстеження, і піддається лікуванню або може бути керованим за допомогою відповідної медичної допомоги. Діти не виростають з РАС, але є позитивні зміни в процесі росту та розвитку дитини, проведення корекційних втручань, відсутності /корекції соматичних проблем дитини.

АУТОІМУННИЙ ГЕПАТИТ У ДІТЕЙ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Перова М.Б.

Науковий керівник: проф. Гончар М.О., Сенаторова Г.С., Романюк І. Є.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Актуальність проблеми. Аутоімунний гепатит вважається рідкісним захворюванням. Його поширеність становить 16–18 випадків на 100 000 жителів Європи (EASL Journal of Hepatology 2015). Наразі встановлено, що хвороба характеризується значною гетерогенністю клінічних, лабораторних та гістологічних проявів. З діагностичної точки зору, АІГ – це хронічне захворювання печінки, що не проходить без лікування, вражає в основному жінок. Характерні гіпергаммаглобулінемія (навіть при відсутності цирозу), зв'язок з лейкоцитарними антигенами людини (HLA) DR3 та DR4, перипортальний гепатит за даними гістологічного дослідження та сприятлива відповідь на імуносупресію (EASL Journal of Hepatology 2015).

Мета роботи. Встановити особливості діагностики та перебігу аутоімунного гепатиту на основі клінічного спостереження.

Матеріали та методи. Дівчинка К., 13 років, госпіталізована до КНП ХОР Обласна дитяча клінічна лікарня №1 у відділення анестезіології та інтенсивної терапії з клінічними проявами диспепсичного, набряково-асцитичного, інтоксикаційного синдромів, клінікою печінкової недостатності (привалювали метаболічні розлади, мала місце коагулопатія).

Результати дослідження. Дитина від 1 вагітності, пологи 1, в 38 тижнів сг, пологи фізіологічні, вага 3250 гр. Спадковий анамнез не обтяжений. Перенесені захворювання: ГРВІ, вітряна віспа. Стан дитини тяжкий. В свідомості, порушене самопочуття, апетит. На питання відповідає адекватно. Вага 57кг, зріст 161см. Т__36,9__ЧД_18__ЧСС_90 АТ 135/80мм.рт.ст.

Шкірні покриви звичайного кольору та вологості, на шкірі верхньої частини спини - телеангіоектазії; "печінкові долоні"; на обличчі - акне. Ангуліт. Видимі слизові оболонки рожеві, вологі, чисті. Субіктеричність склер. набряки обличчя, кінцівок., тулуба. Аускультативно в легенях везикулярне дихання, проводиться у всі відділи, але праворуч дещо послаблене, хрипів немає. Тони серця гучні, ритмічні. Живіт збільшений в розмірах, позитивний симптом флюктуації, при пальпації не болючий. Печінка, селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання не порушене, сеча жовта. Випорожнення 1 раз на добу, кашкоподібні. КАК: еритроцитопенія 2.6, (норма 3.6-5.1 кл.л) зниження рівня гемоглобіну 74 г.л, (норма 115-150 г.л.) тромбоцитопенія 50 (норма 160-360 кл.л). Гострофазові показники: сіромукоїди 4.3; гаптоглобін 0.6; - СРБ 17.7; Біохімічні показники крові: АЛТ-49.5 (N-10-40 од/л.), та АСТ-81 (N-16-61 од/л.), тимолової проби-12 (N-0-5 од.), показник лужної фосфатази -3330 (норма-0-5 од.л). Коагулограма: МНВ- 2.95; -(0,85-1,5), ПІ- протромбіновий індекс 27.3%(75-105%), Концентрація фібриногену 88.8/ 2.2. Час згортання крові: 11хв.25с. Тромбоеластографія: гіпокоагуляція з гіперактивацією первинного фібринолізу. За інтегральними показниками система гемостазу субкомпенсована з резервом. УЗД органів черевної порожнини: асцит 700мл. УЗД ОЧП з доплерографією: печінка, селезінка не збільшені; УЗД ознаки фіброзу печінки, потовщення стінок жовчного міхура. Зниження пульсації печінкових вен Тенденція до розвитку портальної гіпертензії (швидкість кровотоку в воротній вені $V_{max} 20 \text{ см/с}$). Фіброелестографія печінки – F3 METAVIR . МРТ – холангіопанкреатографія: ознаки змін в паренхімі печінки за ретикулярним та нодулярним патерном, ймовірно, обумовлені, фіброзом печінки. Дитина консультована зі спеціалістами та отримала лікування протягом 1 місяця: кріопреципітат №3, р-н альбуміну №2; АБТ, геп трал, глутаргін, преднізолон в/в, верошпірон, фуросемід, лактулоза, Урсофальк, омепразол, азатиоприн. На тлі лікування стан стабілізовано. Пацієнт має статус паліативного хворого. Стан при виписці з позитивною динамікою – скарг немає, самопочуття, апетит не порушено. набрякового синдрому немає. Встановлено діагноз: аутоімунний гепатит 1 тип, з високим ступенем активності, тяжкий перебіг.

Висновок. Особливістю даного спостереження є пізніше встановлення діагнозу, пов'язане зі складнощами діагностики. Аутоімунний гепатит проявлявся набряково-асцитичним, інтоксикаційним синдромами, печінковою недостатністю. В результаті терапії отримана декотра позитивна динаміка.