

СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Байгом С.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
1-я кафедра детских болезней*

Введение. Болезни органов пищеварения широко распространены. В последние годы отмечается тенденция к росту хронической патологии органов пищеварения у детей. Гастродуоденальная патология является наиболее часто встречаемой среди хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта [1].

Анатомо-топографические особенности поджелудочной железы (общность крово- и лимфообращения, нейрогуморальной регуляции) способствуют неизбежному вовлечению ее в патологический процесс при хронических гастродуоденальных заболеваниях у детей. Это может приводить к поражению не только экзокринной, но и эндокринной части поджелудочной железы, в частности, изменению уровня инсулина в крови [2, 4].

Цель исследования – изучить состояние поджелудочной железы и ее инкреторной функции у детей с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследований. Обследован 241 ребенок в возрасте 5-15 лет (девочек - 184, мальчиков – 57) с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди обследованных у 23 детей диагностирована функциональная диспепсия, у 124 – хронический гастрит, у 77 – хронический гастродуоденит и у 17 пациентов - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В группу сравнения вошел 101 здоровый ребёнок.

Клинико-инструментальное обследование проводилось по общепринятым в профилированных гастроэнтерологических отделениях методам. Наряду с общеклиническими и лабораторными обследованиями, у всех детей проводили инструментальные исследования: фиброгастродуоденоскопию с прицельной биопсией слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Определение иммунореактивного инсулина в сыворотке крови осуществляли радиоиммунным методом с использованием стандартных наборов.

Результаты и их обсуждение. До настоящего времени вопросы диагностики болезней поджелудочной железы у детей относятся к наиболее сложному разделу гастроэнтерологии. При физикальном исследовании пациентов с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) были выявлены признаки общей интоксикации и проявления полигиповитаминоза: бледность, цианоз носогубного треугольника, «тени» у глаз, отставание в

физическом развитии по массе тела, признаки вегетативного дисбаланса с преобладанием парасимпатикотонии. На передний план выступала гастроэнтерологическая симптоматика, которая достаточно разнообразна и сходна с таковой при других заболеваниях органов пищеварения, но, тем не менее, может быть сгруппирована в ряд синдромов, выраженность которых варьирует. Для хронического панкреатита (ХП) было характерно упорство болевого синдрома, диспепсические расстройства: нарушение аппетита, отрыжка, тошнота, метеоризм, повышенное слюноотделение, при обострении заболевания отмечалась рвота. Характерными признаками являлись склонность к запорам, чередование запоров с поносом.

Симптомы поражения pancreas были диагностированы у 16,2% детей с хроническими гастродуоденальными заболеваниями. Функциональные нарушения поджелудочной железы были выявлены у 44% этих пациентов. У детей с панкреатической дисфункцией отмечались «панкреатические» абдоминальные боли, при отсутствии повышения амилазы в крови и диастазы в моче.

Хронический панкреатит был выявлен у 22 (9,2%) обследованных с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Изменения поджелудочной железы в этой группе пациентов не всегда сопровождалась клиническими жалобами. Иногда они являлись просто находкой при эхографическом исследовании, что согласуется с литературными данными [2, 5].

Поскольку клиническая симптоматика хронического панкреатита разнообразна и сходна с таковой при других заболеваниях органов пищеварения, решающее значение в постановке диагноза имеют результаты комплексного функционального и инструментального методов исследования.

Наиболее информативным и в то же время малоинвазивным методом является ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее определить форму, размер поджелудочной железы, выявить врожденные аномалии развития, воспалительные изменения [3].

Эхографическое исследование холедохопанкреатической зоны было проведено у 241 ребенка. Оценивалось положение, форма, размеры, эхогенность паренхимы и морфофункциональное состояние поджелудочной железы (таблица 1).

Таблица 1 - Результаты эхографического исследования поджелудочной железы у детей с хронической гастродуоденальной патологией

Показатели УЗИ поджелудочной железы	ХГДП	
	n	%
Нормальная эхогенность	202	83,8
Повышенная эхогенность	17	7,1
Увеличение в размерах	17	7,1
Участки уплотнения в паренхиме	5	2,1

Ультразвуковые изменения поджелудочной железы были выявлены у 16,2% пациентов, у 7,1% отмечено повышение эхогенности, у 7,1% - увеличение в размерах и у 2,1% детей - участки уплотнения в паренхиме поджелудочной железы, что совпадает с данными литературы [3]. Определение диастазы в моче и амилазы крови при данной патологии показали их повышение. При копрологическом исследовании был обнаружен нейтральный жир, крахмал, что с учетом клинических проявлений позволило диагностировать у этих детей хронический панкреатит с различной степенью активности процесса.

Эхографические изменения поджелудочной железы в виде умеренного увеличения головки либо хвостовой части, незначительные изменения экзокринной функции железы, отсутствие характерных клинических проявлений были расценены, как панкреатическая дисфункция у детей с гастродуоденальной патологией (17 пациентов – 7,1%), что согласуется с данными литературы [2, 5].

У детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны в сочетании с различными изменениями поджелудочной железы был определен уровень иммунореактивного инсулина в крови (таблица 2). Как видно из представленной таблицы, наиболее низкая концентрация иммунореактивного инсулина в сыворотке крови была у пациентов с хроническим панкреатитом в стадию ремиссии, что достоверно ниже, чем у детей с хроническим панкреатитом в стадию обострения, при панкреатической дисфункции и без поражения поджелудочной железы, а так же по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$).

Следует отметить, что высокое (более 20 мкЕд/мл) и низкое (менее 10 мкЕд/мл) содержание иммунореактивного инсулина в крови было выявлено у 39% детей с хронической гастродуоденальной патологией, а патология поджелудочной железы диагностирована с помощью клинко-лабораторных и инструментальных методов лишь у 16,2% обследованных ($p < 0,01$). Это свидетельствует о более частом вовлечении поджелудочной железы в патологический процесс при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Таблица 2 - Уровень иммунореактивного инсулина в крови у детей с хронической гастродуоденальной патологией с поражением и без поражения поджелудочной железы и группе сравнения

Группы детей	№ группы	Количество обследованных (n)	Иммуно-реактив инсулин (мкед/мл)
Группа сравнения	1	101	15,1±0,9*
Основная:			
ХП, ст. обострения	2	14	16,0±1,8*
ХП, ст. ремиссии	3	8	9,3±1,1
Панкреатическая дисфункция	4	17	14,9±1,9*
Без поражения поджелудочной железы	5	202	14,3±0,9*

Примечание: * - $p < 0,05$ по отношению к больным с ХП, стадия ремиссии.

Уровень гликемии у пациентов с хронической гастродуоденальной патологией в сочетании с хроническим панкреатитом в стадию обострения имел тенденцию к снижению: $4,3 \pm 0,2$ ммоль/л, при хроническом панкреатите в стадию ремиссии – $4,7 \pm 0,08$ ммоль/л, при панкреатической дисфункции – $4,6 \pm 0,1$ ммоль/л, без поражения поджелудочной железы – $4,7 \pm 0,04$ ммоль/л, в группе сравнения – $4,7 \pm 0,09$ ммоль/л, $p > 0,05$. Это может быть связано с нарушением всасывания глюкозы в кишечнике [2] и более высоким содержанием инсулина в крови. Кроме того, вероятно, гиперреактивность бета-клеток обусловлена истощением функциональной активности ингибирующих механизмов, в частности глюкагона [2]. Гиперинсулинемия является информативным и более ранним признаком нарушения углеводного обмена и свидетельствует о напряжении функции инсулярного аппарата [4].

Таким образом, радиоиммунное определение инсулина крови у больных является достаточно чувствительным тестом, позволяющим выявить изменения инсулиносекреции поджелудочной железой при отсутствии клинических и лабораторных данных.

Заключение. При хронической гастродуоденальной патологии у 16,2% детей в патологический процесс была вовлечена поджелудочная железа. Определение иммунореактивного инсулина в крови у детей с хронической гастродуоденальной патологией является достаточно чувствительным тестом, позволяющим диагностировать нарушение инкреторной функции поджелудочной железы при отсутствии изменений клинических и лабораторных данных (39%). Это позволит, как можно раньше выявить больных с нарушением инкреторной функции поджелудочной железы, угрожаемых в плане развития сахарного диабета, и на ранних этапах начать профилактику этого заболевания.

Литература:

1. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002 – Т. 1, № 1. – С. 12-14.
2. Булатов, В.П. Состояние поджелудочной железы у детей с гастродуоденальной патологией: учебно-методическое пособие / В.П. Булатов [и др.]. – Казань, 2007. – 47 с.
3. Иванов, В.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны / В.А. Иванов, В.И. Молярчук. – М.: Камерон, 2004. – 136 с.
4. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.1. – 1024 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Косенкова Е.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. На фоне ухудшения демографических показателей, возникших на рубеже XXI века: снижения рождаемости, старения населения и преобладания смертности над рождаемостью, возникла проблема воспроизводства здорового населения. Поэтому основной задачей органов здравоохранения является снижение младенческой смертности и инвалидности детей.

Целью данного исследования явилось определение перспектив выхаживания недоношенных детей с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой (ЭНМТ) тела при рождении.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни педиатрического отделения для недоношенных детей учреждения здравоохранения «Витебская детская областная клиническая больница» (ВДОКБ). Данные обработаны статистически с помощью программы "Statistica 6.0".

Результаты и обсуждение. Стабилизации и значительного улучшения показателей младенческой смертности в области удалось добиться благодаря успехам в работе службы реанимации и интенсивной терапии, а также успешной деятельности реанимационно-консультативного центра (РКЦ) ВОДКБ. Однако, несмотря на явные позитивные тенденции в плане улучшения показателей младенческой смертности, явно прослеживаются определенные отрицательные моменты данного прогресса. Вызывает тревогу тот факт, что успехи в выхаживании детей с ОНМТ и ЭНМТ, имеют