

ния и приводит к быстрому снижению функциональных показателей почек.

Поэтому в распознавании уролитиаза важным следует признать не только факт установления наличия, локализации, размеров и конфигурации камня, но и выявление причины камнеобразования, а также предрасполагающих к нему и рецидивам условий.

Литература:

1. Ramello, A. / Epidemiology of nephrolithiasis // A. Ramello, C. Vitale, M. Marangella // J. Nephrol. – 2000. – Vol. 13. – Suppl. 3. – P. 45-50.
2. Вощула, В.И. Мочекаменная болезнь: этиопатогенез, диагностика, лечение и метафилактика / В.И. Вощула // Минск – 2010. – С. 6-15.
3. Борисов, В.В. Мочекаменная болезнь. Терапия больных камнями почек и мочеточников / В.В. Борисов, Н.К. Дзеранов // Москва – 2011. – 88с., ил.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА В КРОВИ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Гук Г.В*., Байгот С.И.**

**УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,*

***УО «Гродненский государственный медицинский университет»,*

1-я кафедра детских болезней

Заболеваемость верхних отделов пищеварительного тракта у детей в настоящее время является одной из актуальных проблем педиатрии, так как в последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост хронической гастродуоденальной патологии у детей [2].

Функциональная незрелость защитных и компенсаторных механизмов желудочно-кишечного тракта ребёнка предрасполагает к распространению процесса внутри пищеварительной системы, поражению содружественных органов и определяет одну из характерных особенностей гастроэнтерологических заболеваний - сочетанный характер патологического процесса [4, 5]. Объяснением тенденции к генерализации поражений пищеварительного тракта являются анатомо-физиологические особенности детского возраста, общность кровоснабжения, нейроэндокринной регуляции [4]. Это может приводить не только к вовлечению в патологический процесс билиарной системы, но и к нарушению инкреторной функции поджелудочной железы, в частности, изменению уровня инсулина в крови [1].

Цель исследования – изучить изменение иммунореактивного инсулина в крови у детей с сочетанным поражением гепатобилиарной системы и гастродуоденальной зоны у детей.

Материалы и методы исследований. В условиях гастроэнтерологического отделения Гродненской областной детской клинической больницы обследован 241 ребенок в возрасте 5-15 лет с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди обследованных функциональная диспепсия диагностирована у 23 детей, хронический гастрит – у 124, хронический гастродуоденит - у 77 и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - у 17 пациентов.

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. Диагностика поражений гепатобилиарной системы проводилась на основании клинических, лабораторных и эхографических данных, а так же показателя двигательной функции желчного пузыря (ПДФ) [3]. Все пациенты с хронической гастродуоденальной патологией были разделены на три группы: дети без поражения гепатобилиарной системы, с функциональным расстройством желчного пузыря или дисфункцией желчного пузыря и с хроническим холецистохолангитом.

Поражение билиарной системы было выявлено у 33,6% пациентов с хронической гастродуоденальной патологией. Из них - у 33,3% с хроническим гастритом, у 36,8% с хроническим гастродуоденитом и 33,5% с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Как показывают наблюдения, нарушения двигательной функции желчевыделительной системы часто сочетаются с воспалительными изменениями желчного пузыря.

Наиболее информативным и в то же время малоинвазивным методом является ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее определить форму, размер желчного пузыря, выявить деформации, врожденные аномалии развития, воспалительные изменения, конкременты в желчном пузыре и желчных протоках, уточнить вид функциональных расстройств [3].

Ультразвуковое исследование холедохопанкреатической зоны было проведено у 241 ребенка. Оценивалось положение, форма, размеры, эхогенность паренхимы и морфофункциональное состояние печени, желчного пузыря (таблица 1).

Таблица 1 - Результаты эхографического исследования гепатобилиарной системы у детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП)

Показатели УЗИ	ХГДП	
	n	%
<u>Печень</u>		
Нормальная эхогенность	241	100,0
<u>Желчный пузырь</u>		
Деформация:		
-шейки	50	20,7
-тела	6	2,5
Утолщение стенок более 2 мм	25	10,4
Дивертикул дна	5	2,1

Деформация желчного пузыря в виде перегибов была выявлена более чем у 1/4 обследованных. Среди анатомических изменений строения желчного пузыря отмечались деформации, стойкие его перегибы и перетяжки у 47 (18,9%) пациентов. Морфологическое состояние желчного пузыря было представлено: перегибами в области тела (2,5%), в области шейки (20,7%), S-образные деформации (9,5%), которые оказывали влияние на сократительную функцию желчного пузыря и в последующем обуславливали развитие дисфункциональных расстройств билиарного тракта. Установлено, что деформации желчного пузыря могут встречаться и у здоровых детей [3]. По данным литературы, такие изменения быстро приводят к нарушению опорожнения пузыря, холестазу, воспалению [4, 5].

Функциональное расстройство желчного пузыря или дисфункция желчного пузыря была диагностирована у 56 (23,2%) детей с хронической гастродуоденальной патологией на основании клинических, эхографических и лабораторных данных, показателя двигательной функции (ПДФ). У 10,4% имело место утолщение стенок желчного пузыря и желчных протоков более 2 мм, что с учетом клинических проявлений и лабораторных данных расценивалось нами, как признак хронического холецистхолангита [3, 6]. Следует отметить, что выявленные изменения желчного пузыря не отражались на состоянии паренхимы печени у всех обследованных.

Был проведен анализ изменений иммунореактивного инсулина в крови у детей с сочетанным поражением гепатобилиарной системы и дуоденогастральной зоны. Изменения иммунореактивного инсулина в крови у детей с ХГДП и сопутствующем поражении гепатобилиарной системы представлены в таблице 2.

У пациентов с функциональным расстройством желчного пузыря уровень иммунореактивного инсулина в крови был достоверно выше, чем при хроническом холецистхолангите и без поражения билиарной зоны. По-видимому, нарушение инкреторной функции поджелудочной железы связано с расстройством нейрогуморальной регуляции, столь характерным

для гастродуоденальной патологии. Снижение содержания инсулина в крови может свидетельствовать о положительной адаптационной перестройке [1, 3].

Не выявлено существенной разницы в содержании глюкозы крови у детей с сочетанным поражением гепатобилиарной системы и гастродуоденальной зоны. Уровень глюкозы в крови при дисфункции желчного пузыря был $4,9 \pm 0,1$ ммоль/л, при хроническом холецистохолангите – $4,7 \pm 0,1$ ммоль/л, без поражения гепатобилиарной системы – $4,7 \pm 0,04$ ммоль/л ($p > 0,05$).

Таблица 2 - Уровень иммунореактивного инсулина в крови детей с хроническими гастродуоденальными заболеваниями и сопутствующей патологией гепатобилиарной системы (ГБН)

Группы детей	№ группы	Количество	Иммунореактивный инсулин (мкЕд/мл)
Без поражения ГБС	1	160	$13,5 \pm 1,0$
Дисфункция желчного пузыря	2	56	$17,3 \pm 1,2$
Хр. холецистохолангит	3	25	$10,8 \pm 1,1$
P			1-2 < 0,05, 2-3 < 0,001

При функциональных изменениях со стороны желчного пузыря содержание иммунореактивного инсулина в крови существенно было выше у детей с гипертоническим типом дисфункции желчного пузыря ($\text{ПДФ} > 0,75$), чем без нарушения функции желчного пузыря ($0,59 < \text{ПДФ} < 0,75$) - соответственно $n=35$, $15,4 \pm 1,9$ мкЕд/мл и $n=11$, $9,8 \pm 1,9$ мкЕд/мл, $p < 0,05$.

Следовательно, самый высокий уровень иммунореактивного инсулина отмечается у детей с дисфункцией желчного пузыря, средний – у больных без поражения гепатобилиарной системы и низкий – при воспалительных заболеваниях желчного пузыря.

Закключение. Таким образом, при хронических заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у детей билиарная система вовлекается в патологический процесс в 33,6% случаев. Наиболее информативным в диагностике поражений билиарной системы является эхографическое исследование. У детей с хронической гастродуоденальной патологией преобладают функциональные расстройства желчного пузыря. Более высокий уровень иммунореактивного инсулина отмечается при дисфункции желчного пузыря у детей с хронической гастродуоденальной патологией. При воспалительном поражении желчного пузыря и желчных протоков с сочетанным

поражением гастродуоденальной зоны наблюдается снижение иммунореактивного инсулина в крови.

Литература:

1. Байгот, С.И. Содержание инсулина и глюкозы в сыворотке крови у детей с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта / С.И. Байгот // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы XV Юбилейного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, 2008. – С. 140-142.
2. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. - 2002. – Т. 1, № 1. – С. 12-14.
3. Иванов, В.А. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны / В.А. Иванов, В.И. Молярчук. – М.: Камерон, 2004. – 136с.
4. Коровина, Н.А. Холепатии у детей и подростков / М.: Медпрактика, 2006. – 75с.
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 1024 с.
6. Суринов, В.А. Новая терминология и классификация функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди у подростков и детей / В.А. Суринов // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: матер. Юбилейного XV Международного конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2008. – С. 397-400.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПЕРЕНЕСШИХ ВРОЖДЕННУЮ ПНЕВМОНИЮ

Гурина Л.Н.

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

Врожденные пневмонии являются одной из важнейших проблем современной перинатологии. Они имеют большое значение в патогенезе многих патологических состояний, формирующихся в последующие годы жизни ребенка. Отмечается дисфункция иммунной, дыхательной систем. Новорожденные, перенесшие врожденную пневмонию, попадают в группу часто длительно болеющих детей [1, 2].

Цель исследования: изучить состояние здоровья младенцев их физическое и нервно-психическое развитие на первом и втором году жизни после перенесенной врожденной пневмонии.