

Таблица 1. – Количественное распределение пациентов по возрасту, полу и форме заболевания

Заболевание	Возраст			Всего	
	5-8 лет	9-11 лет	12-15 лет	М	Д
ФД	9	5	4	5	13
ХГ	5	49	53	24	83
ХГД	3	22	37	12	50
ЯБДПК	1	1	10	5	7
Всего	18	77	104	46	153

Примечание: ФД – функциональная диспепсия; ХГ – хронический гастрит; ХГД – хронический гастроудоденит; ЯБДПК – язвенная болезнь 12-перстной кишки; М – мальчики, Д – девочки

Был проведен анализ содержания гастрин в сыворотке крови у пациентов с хроническими заболеваниями желудка и 12-перстной кишки в зависимости от пола. Уровень гастрин в крови у детей группы сравнения не зависел от пола ребенка. Содержание гастрин в крови у девочек с хронической гастроудоденальной патологией достоверно было выше, чем у мальчиков ( $49,6 \pm 1,5$  пг/мл и  $44,9 \pm 1,7$  пг/мл,  $p < 0,05$ ), что, вероятно, связано с их более высоким физическим развитием. Среди наблюдаемых нами детей с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки процент девочек со средним и выше среднего уровнем физического развития по массе тела был значительно выше, чем среди мальчиков ( $p < 0,05$ ). Все дети группы сравнения имели средний уровень физического развития.

У детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта установлена положительная корреляционная зависимость между содержанием гастрин в крови и массой тела ( $r = 0,581$ ,  $p < 0,01$ ).

Содержание гастрин в крови было достоверно выше у пациентов с физическим развитием выше среднего по массе тела ( $57,3 \pm 3,9$  пг/мл), чем у детей со средней ( $48,3 \pm 1,3$  пг/мл,  $p < 0,02$ ) и ниже среднего массой тела ( $45,9 \pm 1,1$  пг/мл,  $p < 0,05$ ). При сочетании хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки у детей с ожирением содержание гастрин в крови было существенно выше, чем у пациентов без ожирения (соответственно,  $n = 13$ ,  $58,7 \pm 4,3$  пг/мл и  $n = 186$ ,  $47,9 \pm 1,2$  пг/мл,  $p < 0,05$ ). Не выявлено достоверных различий в уровнях сывороточного гастрин в зависимости от степени ожирения.

Результаты исследования гастринпродуцирующей функции желудка у детей с гастроудоденальной патологией и у детей в группе сравнения в возрастном аспекте представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Содержание гастрин в сыворотке крови у детей с хронической гастроудоденальной патологией и у детей в группе сравнения в зависимости от возраста

Показатели гастрин в группах	Возрастные группы			p
	5-8 лет	9-11 лет	12-15 лет	
Основная группа				
Гастрин (пг/мл)	$43,3 \pm 3,2$	$45,1 \pm 1,6^*$	$51,9 \pm 1,7^*$	$1-3 < 0,05$
				$2-3 < 0,01$
Группа сравнения				
Гастрин (пг/мл)	$49,7 \pm 1,8$	$51,6 \pm 2,1$	$58,9 \pm 1,8$	$1-3 < 0,01$ $2-3 < 0,02$

Примечание: \* – достоверность различий показателей в основной группе и в группе сравнения,  $p < 0,02$

Содержание гастрин в сыворотке крови у детей увеличивалось с возрастом. Уровень гастрин в крови у детей 12-15 лет с хроническими заболеваниями желудка и 12-перстной кишки было достоверно выше, чем у пациентов 5-8 и 9-11 лет, что свидетельствует об увеличении уровня данного гормона с возрастом. Такие же возрастные особенности отмечены в группе сравнения, что связано с повышением активности G-клеток и особенностями нейрогуморальной регуляции в период полового созревания. Однако уровень гастрин в сыворотке крови у пациентов с хроническими заболеваниями желудка и 12-перстной кишки (9-11 и 12-15 лет) был достоверно ниже, чем у детей этого же возраста в группе сравнения. Этот факт, возможно, играет определенную роль в объяснении причин столь частого обострения гастроудоденальных заболеваний у пациентов именно данного возраста.

**Выводы.** Установлены возрастно-половые особенности уровня гастрин в крови у детей с хроническими заболеваниями желудка и 12-перстной кишки. С возрастом у детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, как и у детей в группе сравнения, происходит увеличение продукции гастрин, но у детей с хроническими заболеваниями желудка и 12-перстной кишки его содержание в крови ниже, чем у здоровых детей. Более высокий уровень гастрин в крови выявлен у девочек с хронической гастроудоденальной патологией.

#### Литература

- Зрячкин, Н. И. Хронический гастрит и гастроудоденит у детей дошкольного и школьного возраста (1-я часть) / Н. И. Зрячкин, Г. И. Чеботарева, Т. Н. Бучкова // Вопросы детской диетологии. – 2015. – Т. 13, № 4. – С. 46-51.

УДК 616.37-036.1-053.2

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

М. П. Волкова, В. В. Равская, К. Э. Голенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

## CLINICAL FEATURES OF PANCREATIC DISEASES IN CHILDREN

M. P. Volkova, V. V. Ravskaya, K. E. Golenko

Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

**Введение.** В настоящее время частота панкреатитов у детей с заболеваниями органов пищеварения, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 25% [1]. У детей встречаются разнообразные заболевания поджелудочной железы, для разных возрастных категорий типичны свои особые проблемы. Так, дети раннего возраста нередко страдают от недостаточности функции поджелудочной железы [2, 3]. Умеренная или незначительная панкреатическая недостаточность может сопровождать многие гастроэнтеро-

логические заболевания, например целиакию, может быть симптомом хронического панкреатита и часто выявляется лишь при проведении специального обследования. У детей школьного возраста преобладают воспалительные заболевания поджелудочной железы, не всегда своевременно диагностируемые.

**Цель исследования** – изучить клинические особенности, тактику обследования и лечения детей с заболеваниями поджелудочной железы, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ».

**Материалы и методы исследования.** Изучены анамнез, особенности клинической картины, диагностика и лечение детей с заболеваниями поджелудочной железы, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» за последние 5 лет.

**Результаты.** Под наблюдением находились 239 детей в возрасте от 3 до 17 лет, у которых выявлены заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит – 23, хронический панкреатит – 43, реактивный панкреатит – 22, диспанкреатизм – 151 ребенок, соответственно). В возрасте 3-6 лет было 56 детей, 7-14 лет – 119 детей, 15-17 лет – 64 ребенка. Девочек было 137 (57%), мальчиков – 102 (43%). Дети с острым панкреатитом были госпитализированы в хирургическое отделение, остальные пациенты находились на стационарном лечении в педиатрическом отделении.

Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза заболевания и жизни, физикальное исследование, общие анализы крови и мочи, копрограмму, диастазу мочи, биохимический анализ крови с определением уровня общего белка, амилазы, глюкозы, АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, ЩФ, билирубина, ионограммы, УЗИ органов брюшной полости.

Вне зависимости от формы заболевания все дети предъявляли жалобы на боли в животе, что является самой частой жалобой при заболеваниях желудочно-кишечного тракта [4]. При пальпации боли в животе были выявлены у 92% детей. Острый панкреатит чаще встречался у детей в возрасте 7-14 лет (67%). Дети предъявляли жалобы на интенсивные боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, мучительную тошноту и рвоту, снижение аппетита, послабление или задержку стула. Длительность болей в животе была от 1-2 дней до 1 месяца. Диагноз верифицирован по выраженному увеличению уровня амилазы, диастазы и УЗИ-размеров поджелудочной железы (45%). Дети получали диетическую терапию, инфузионную терапию, спазмолитики, ингибиторы протеолиза, ферменты, по показаниям – антибиотики. Длительность лечения в стационаре составила  $20,0 \pm 5,0$  койко-дней.

Реактивный панкреатит диагностирован как острое вторичное заболевание поджелудочной железы для детей в возрасте 3-14 лет (67%) на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, пищевая аллергия). Дети получали лечение, соответствующее основному диагнозу, а также по показаниям – ингибиторы протеолиза, спазмолитики, ферментные препараты. Длительность лечения в стационаре составила  $12,0 \pm 5,0$  койко-дней.

Хронический панкреатит, характеризующийся фиброзом поджелудочной железы, в 79% случаев выявлен у детей в возрасте 12-17 лет. Дети предъявляли жалобы на рецидиви-

рующие боли в животе, тошноту, периодически рвоту, снижение аппетита, недостаточную прибавку в массе тела. Диагноз верифицирован по стойкому увеличению уровня амилазы, диастазы, УЗИ-размеров и экзогенности поджелудочной железы (53%). В подавляющем большинстве случаев у этих пациентов ранее не диагностирован острый панкреатит, хотя эпизоды болей в животе отмечались на протяжении 2-4 лет. Длительность последнего эпизода болевого абдоминального синдрома была от нескольких дней до 2 месяцев. Дети получали овомин, омез, спазмолитики, ферменты. Длительность лечения в стационаре составила  $17,0 \pm 2,5$  койко-дней.

Диспанкреатизм (код по МКБ-10 K 86.9 – болезнь поджелудочной железы неуточненная), по нашим наблюдениям, был характерен для детей в возрасте 7-14 лет и составил 72%. Заболевание развивается на фоне других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Длительность болей в животе была от нескольких дней до 1 месяца. Диагноз верифицирован по жалобам на снижение аппетита, болевым ощущениям в верхней зоне живота, которые обычно имеют тянущий или ноющий характер, изменениям характера стула, болезненности при пальпации в точках поджелудочной железы, близким к норме показателям амилазы и диастазы и по УЗИ-признакам незначительного нестойкого увеличения размеров поджелудочной железы за счет отека, без изменений экзогенности. Дети получали гипоаллергенную диету, спазмолитики, ферментные препараты. Длительность лечения в стационаре составила в среднем  $17,0 \pm 3,0$  койко-дней.

#### Выводы

1. Заболевания поджелудочной железы у детей встречаются чаще (76,5%) в школьном возрасте.
2. В большинстве случаев (63%) поражение поджелудочной железы у детей носит функциональный характер.
3. Диагностика хронического панкреатита у детей представляет определенные трудности, необходимо при рецидивирующем абдоминальном болевом синдроме проводить углубленное клиническое обследование для своевременной диагностики.

#### Литература

1. Гасилина, Т. В. Панкреатиты у детей / Т. В. Гасилина, С. В. Бельмер // Лечащий врач. – 2009. – №1. – с. 28-31.
2. Бельмер, С. В. Пищеварительная недостаточность поджелудочной железы у детей. Дифференцированный подход / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина // Гастро News Лайн. – 2008. – № 3. – с. 7–11.
3. Экзокринная панкреатическая недостаточность у детей: современные пути диагностики и коррекции / Бельмер С. В. [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 6. – с. 38–41.
4. Волкова, М. П. Рецидивирующий абдоминальный болевой синдром у детей и подростков / М. П. Волкова, К. Э. Голенко // Актуальные вопросы педиатрии: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, Пермь, 06.04.2016. – Пермь, 2016. – С. 32–36.