

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±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±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 рецидивиру-

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 омовин, омез, спазмолитики, ферменты. Длительность лечения в стационаре составила 17,0±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±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.