

УДК 616-071+616.37+613.95

© Лембрик І.С., Ерстенюк А.М., 2012

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПАНКРЕАТИТУ В РАНЬОМУ ДИТЯЧОМУ ВІЦІ Лембрик І.С., Ерстенюк А.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Численні наукові публікації останніх років та багаторічні спостереження клініцистів засвідчують тенденцію до омолодження панкреатобіліарної патології, чому, не в останню чергу, сприяють погіршення соціально-економічних умов життя, проблеми довкілля, незадовільний стан харчування в дошкільних та загальноосвітніх закладах [1, 2, 5, 6, 8].

Ранню оцінку функціонального стану підшлункової залози в дошкільному та молодшому шкільному віці, з наступним розмежуванням характеру виявлених змін, суттєво ускладнює відсутність чітких критеріїв діагностики.

Мета дослідження. Розробити критерії діагностики панкреатиту в дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Матеріал та методи. Для реалізації поставлених завдань роботу було розподілено на два етапи. На першому етапі нами ретельно проаналізовано дані медичної документації 165-ти дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, що лікувалися в ОДКЛ м. Івано-Франківська (головний лікар – Котурбаш Р.Й.), Київській міській дитячій клінічній лікарні №2 (головний лікар – П'янкova О.В.), гастроентерологічному відділенні ДУ „Інститут педіатрії, акушерства та гінекології” АМН України (зав. відділенням проф. Денисова М.Ф.) протягом останніх 5-10 років. На другому етапі обстежено 122 дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із аналогічним діагнозом, які лікувалися в ОДКЛ м. Івано – Франківська та Київському міському гастроентерологічному центрі (МДКЛ №9) впродовж 2009-2011-х років.

Верифікацію клінічного діагнозу хронічного панкреатиту ми здійснювали відповідно до наказу МОЗ України № 438 від 26.05.2010 року „Про впровадження Протоколів лікування дітей за спеціальністю „Дитяча гастроентерологія”.

Пальпація підшлункової залози проводилася за методом Грота у модифікації Ж.П.Гудзенко. Всім пацієнтам було проведено визначення рівня ферментів підшлункової залози (амілази та трипсину сироватки крові, діастази сечі, фекальної еластази-1), а також ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Для оцінки інкреторної функції підшлункової залози 30-ти підліткам було проведено визначення рівня С-пептиду в сироватці крові. Вміст вторинних продуктів ПОЛ–дієнових кон'югат (ДК) в плазмі крові проводили за методом, запропонованим В.Б. Гавриловим, А.Р. Гавриловою, Й.Ф. Хмарою [3]. Визначення рівня ТБК-активних продуктів ми здійснювали з використанням тесту з тіобарбітуровою кислотою за методом Е.Н. Коробейнікової [7]. Вміст продуктів пероксидації білків (ОМБ) визначали за методом Дубініної О.Ю. [4].

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених у віці до 6-ти років переважали дівчатка (53,3 %). Порушення функції підшлунко-

вої залози у цій віковій групі перебігало по типу реактивного панкреатиту, переважно на тлі ацетонемічного синдрому (75,2 %). До найбільш частих клінічних проявів захворювання ми віднесли: розлитий біль у животі (67,3 %), виснажливу блювоту (82,3 %), проноси (88,2%) та ознаки інтоксикаційного синдрому (100%), зумовлені характером основного захворювання. Дані фізикального обстеження дітей цієї вікової групи засвідчили перевагу розлитого болю в животі без чіткої локалізації (89,4 %), болючисть у зоні Шоффара (80,0%), а також наявність симптому Мейо-Робсона (74,1 %). Серед симптомів подразнення очеревини у цій групі хворих достовірно частіше зустрічався лише слабо позитивний молоточковий симптом Менделя (58,0 %).

У молодшому шкільному віці діагноз реактивного панкреатиту було встановлено у 69,6 % випадків, а хронічного – у 31,4 % хворих відповідно. Реактивний панкреатит у цій віковій групі перебігав на фоні аллодинії (77,5 %), тобто мала місце невідповідність клініки та фізикальних даних. Серед диспепсичних проявів частіше відмічено нудоту натще (70,0 %), періодичну блювоту їжею з домішками жовчі та шлункового соку (65,0 %), проноси (50,0 %), субфебрилітет (25,0 %).

При хронічному панкреатиті, натомість, домінував спастичний біль з частотою загострень 2-3 рази на рік, який чітко локалізувався у лівому підреб'ї та погано знімався традиційними засобами (100,0%). Під час нападу болю 60,0 % дітей цього віку із хронічним панкреатитом займало вимушене положення тіла.

Об'єктивно визначено пальпаторну болючисть в епігастральній ділянці та лівому підреб'ї (90,3 %), напруження м'язів передньої черевної стінки за рахунок больового синдрому (83,8 %). Також домінували позитивний симптом Мейо-Робсона (90,0 %), болючисть в зонах Шоффара - Рув'є (87,1 %) та Губергріца-Скульської (74,2 %), у точці Дежардена (71,0 %). Рідше відмічались позитивний симптом Кача та Воскресенського (45,0% та 25,0 % відповідно). У пацієнтів цього ж віку із реактивними змінами з боку підшлункової залози напруження м'язів передньої черевної стінки не спостерігалось.

Функціональний стан підшлункової залози також різнився у дітей обох груп (табл.1).

Аналіз даних, поданих у таблиці 3, вказує на те, що зміни функціонального стану підшлункової залози відмічено лише при хронічному панкреатиті. Натомість, нормальний рівень органоспецифічного ферменту – фекальної еластази-1, а також С-пептиду при реактивному панкреатиті засвідчує збережений функціональний стан підшлункової залози .

Результати дослідження перекисного окислення ліпідів у дітей молодшого шкільного віку подано нижче (табл.2).

Таблиця 1. Характеристика функціонального стану підшлункової залози у дітей із функціональною та органічною патологією підшлункової залози, n=122

Показник функціонального стану підшлункової залози	Реактивний панкреатит, n=79	Хронічний панкреатит, n=43	Достовірність різниці
Короткочасне підвищення активності амілази (г/год·л) сироватки крові	58 (89,2 %)	20 (46,5 %)	p<0,05
Тривале підвищення активності амілази (г/год·л)	7 (10,8 %)	23 (53,5 %)	p<0,05
Короткочасне підвищення активності діастази сечі (г/год·л)	55 (69,6 %)	15 (34,9 %)	p<0,05
Тривале підвищення активності діастази сечі (г/год·л)	15 (21,4 %)	28 (65,1 %)	p<0,05
Нормальний рівень фекальної еластази-1, мкг/г	10 (66,7 %)*	5 (16,7 %)	p<0,05
Помірне зниження рівня фекальної еластази-1, мкг/г	5 (16,7 %)	10 (66,7 %)	p<0,05
Нормальний рівень С-пептиду, нг/мл	6 (20,0 %)	—	—
Помірне зниження С-пептиду, нг/мл	—	24 (80,0 %)	—

Примітка. * –дані перераховані на 30 дітей, достовірність різниці p<0,05

Таблиця 2. Показник перекисного окиснення ліпідів у дітей молодшого шкільного віку із патологією підшлункової залози, n=40

Показник	Реактивний панкреатит, n=22	Норма	Хронічний панкреатит, n=18	Норма
Рівень ДК (Д ₂₃₂ /0,1 мл плазми)	2,95±0,6*	1,45±0,7 p<0,05	5,25±0,7**	1,45±0,7 p<0,05
Рівень ТБК-активних продуктів, мкмоль/л	5,23±0,13*	3,69±0,14 p<0,05	5,32±0,11**	3,69±0,14 p<0,05

Як бачимо із наведених результатів, у дітей із функціональними захворюваннями підшлункової залози спостерігається більш істотне підвищення рівня вторинних та кінцевих продуктів ПОЛ, аніж у дітей із реактивними змінами з боку підшлункової залози. Це може вказувати на незбалансованість про-та антиоксидантної системи організму хворої дитини.

При цьому не встановлено чіткого зв'язку між рівнем ПОЛ та вираженістю клінічних симптомів реактивного панкреатиту: появою абдомінального болювого синдрому по типу аллодинії (80,0 %), неодноразовою блювотою (68,2 %),

відриганням кислим (63,6 %), схильністю до проносів (50,0 %), субфебрилітетом (27,5 %) тощо.

Отримані зміни, однак, корелювали з більш тяжчим перебігом органічного захворювання підшлункової залози: частими загостреннями болю у животі по спастичному типу (98,0 %), виснажливим блюванням (75,0 %), підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр (65,0 %) (r=0, 67).

Характер змін окисних модифікацій білків ми визначали у всіх обстежених дітей молодшого шкільного віку (табл.3).

Таблиця 3. Окисні модифікації білків у дітей молодшого шкільного віку із патологією підшлункової залози, n=40

Довжина хвилі, нм	Реактивний панкреатит, n=19	Норма	Хронічний панкреатит, n=21	Норма
356	0,65±0,2* p<0,05	1,33±0,01	0,77±0,2* p<0,05	1,33±0,01
370	0,55±0,1 p<0,05	1,31±0,01	0,79±0,1 p<0,05	1,31±0,01
430	2,35±0,7 p<0,05	0,71±0,05	2,01±0,6 p<0,05	0,71±0,05
530	2,38±0,2 p<0,05	0,03±0,002	1,17±0,7 p<0,05	0,03±0,002

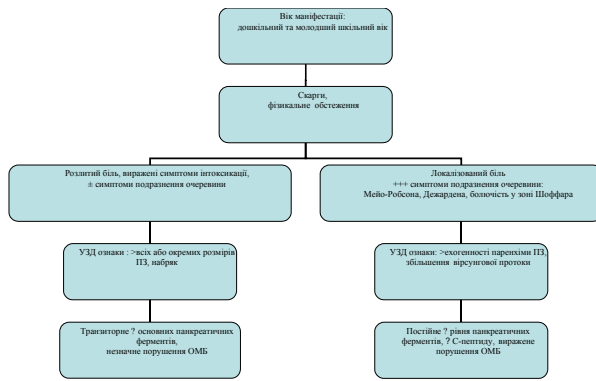
Примітка. - достовірність різниці між показниками хворих та здорових дітей

При аналізі отриманих даних нами було встановлено, що найбільш раннім діагностичним критерієм ураження підшлункової залози є підвищення рівня ОМБ при довжині хвилі 430 та 530 нм.

За даними ультразвукової діагностики органів черевної порожнини встановлено, що для дітей із хронічним панкреатитом характерні наступні: часткове або дифузне підвищення ехо-

генності паренхіми (73,1 %), метеоризм (68,3%), рідше – гіперехогенні включення у паренхімі підшлункової залози (48,8 %).

При реактивному панкреатиті встановлено збільшення усіх розмірів підшлункової залози, що розцінювалося як ехографічна ознака набряку (44,3 %), а також збільшення лімфовузлів у воротах ПЗ як ознака перенесеної раніше вірусної інфекції (31,6 %).



Мал. 1. Алгоритм діагностики панкреатиту в дошкільному та молодшому шкільному віці

Висновки:

1. До клінічних критеріїв хронічного панкреатиту в дошкільному віці належать: розлитий біль у животі, блювота, що не приносить полегшення, а в молодшому шкільному віці – більш локалізований нападopodobний біль, із рецидивами до 2-3 разів на рік, виразні симптоми інтоксикації.
2. Фізикальне обстеження при хронічному

панкреатиті засвідчує напруження м'язів передньої черевної стінки через інтенсивний біль, а також патогномонічні для панкреатиту симптоми – позитивні симптоми Мейо-Робсона, болючість в зонах Шоффара, Губергріца-Скульської, точці Дежардена. При функціональній патології підшлункової залози пальпаторно зустрічається розлита болючість без втягнення в процес очеревини.

3. При параклінічному обстеженні у дітей із хронічним панкреатитом відмічаються помірні ознаки секреторної недостатності підшлункової залози, а також зміни ехоструктури паренхіми. У дітей із хронічним панкреатитом встановлено помірну секреторну недостатність підшлункової залози, підвищення ехогенності органу.

4. Найбільш раннім діагностичним критерієм ураження підшлункової залози є підвищення рівня продуктів окислювальних модифікацій білків при функціональній патології підшлункової залози.

Перспективи подальших досліджень. Удосконалити лікувально-профілактичний комплекс при панкреатиті з врахуванням виявлених змін.

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Афанасьєв С.В.** Регіональні особливості вільнорадикального окиснення ліпідів та антиоксидантної системи у хворих на хронічний панкреатит / С.В.Афанасьєв, О.А. Лихолат // Мед. хімія. – 2005. –Т. 7, № 1. – С. 33-36.
2. **Банадига Н.В.** Місце панкреатопатії у дітей на тлі хронічної патології органів травлення /Н.В.Банадига, О.М.Дугчак // Сучасні досягнення в гастроентерології.-К.: Прапор, 2006.-С.30-32.
3. **Гаврилов В.Б.** Вимірювання дієнових кон'югатів в плазмі крові по ІФ-поглинанню гептанових і ізопропанольних екстрактів /В.Б. Гаврилов, А.Р.Гаврилова, Й.Ф. Хмара// Лабораторное дело. - 1998. - №2. – С.60-63.
4. **Дубініна О.Ю.** Окиснювальний стрес і окислювальна модифікація білків /О.Ю. Дубініна // Мед. Хімія. -2001, Т.3, №2.-С.5-12.
5. **Євграфова Н.Б.** Діагностика ранніх порушень
- екзокринної функції підшлункової залози дітей шкільного віку /Н.Б.Євграфова, Л.В.Квашніна, В.П.Родіонов //Перинатология и педиатрия.-2006.- №2(26).-С.119-121.
6. **Зайчикова А.А.** Трудности диагностики хронического панкреатита у детей [Электронный ресурс] /А.А.Зайчикова, Е.А.Корниенко, С.А.Фадина //Рус.мед.журнал.-2006.-Т.14, №6.-Режим доступа к журналу: http://www.rmj.ru/articles_4198.htm
7. **Коробейникова Е.Н.** Модифікація визначення продуктів перекисного окислення ліпідів у реакції з тіобарбітуровою кислотою / Е.Н. Коробейникова //Лабораторное дело. - 1989. - №7. - С.8-10.
8. **Манцеров М.П.** Реактивный панкреатит после эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке/М.П.Манцеров, Е.В.Мороз // Рос.журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 2007.-№3.-С.14-23.

Лембрик І.С., Ерстенюк А.М. Алгоритм діагностики панкреатиту в ранньому дитячому віці // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 1. – С. 77-79.

У статті представлені критерії ранньої діагностики панкреатиту, розроблені на підставі вивчення історій хвороби 165-ти дітей дошкільного і молодшого шкільного віку. Комплексно обстежено 122 дітей хворих цього ж віку, хворих на реактивний і хронічний панкреатит. Розроблений алгоритм діагностики, що дозволяє на ранньому етапі визначити функціональні і органічні зміни в структурі підшлункової залози з метою вибору подальшої терапевтичної тактики.

Ключові слова: діти, хронічний панкреатит, критерії діагностики.

Лембик І.С., Ерстенюк А.М. Алгоритм диагностики панкреатита в раннем детском возрасте // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 1. – С. 77-79.

В статье представлены критерии ранней диагностики панкреатита, разработанные на основании изучения историй болезни 165-ти детей дошкольного и младшего школьного возраста. Комплексно обследовано 122 детей больных этого же возраста, больных реактивным и хроническим панкреатитом. Разработан алгоритм диагностики, позволяющий на раннем этапе определить функциональные и органические изменения в структуре поджелудочной железы с целью выбора дальнейшей терапевтической тактики.

Ключевые слова: дети, хронический панкреатит, критерии диагностики.

Lembik I.S., Erstenuk A.M. Algorithm of diagnostics of pancreatitis in early children's age // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 1. – С. 77-79.

In the article diagnostics of early pancreatitis based on analysis of case histories of 165 preschoolers and children of young school age are represented. 122 children of the same age with reactive and chronic pancreatitis were inspected thoroughly. Algorithm of early diagnostics from verification of functional and organic changes in parenchyma of pancreas with purpose to chose further therapy was created.

Key words: children, chronic pancreatitis, criteria of diagnostics.

Надійшла 12.11.2012 р.
Рецензент: проф. В.В.Сімок