

УДК 616.72 - 002 - 053.2:616.36/37

В.М. Савво, К.О. Яновська, Л.П. Кисельова

## СТАН ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Дана робота є фрагментом наукової теми “Роль системи сполучної тканини у патогенезі специфічних та неспецифічних захворювань”, номер держреєстрації 0108U002122.

**Вступ.** До числа найбільш актуальних проблем ревматології входять реактивні артрити (РеА) в дитячому віці, що обумовлено як зростанням захворюваності, так і більш значним поширенням рецидивуючих варіантів перебігу хвороби, складністю диференційної діагностики з іншими ревматичними захворюваннями, які протікають з суставним синдромом [3,5].

На даний час під РеА розуміють негнійне запальне захворювання суглобів, яке виникає внаслідок імунних порушень після будь-якої певної інфекції або разом з нею, але при цьому ні сам інфекційний агент, ні його антигени в порожнині суглоба не визначаються [3,5]. З удосконаленням цитологічних і серологічних методів дослідження поняття «стерильності» синовіального випоту при РеА стає відносним. Підтверджена здатність хламідій розвиватись у хрящовій тканині та хондроцитах. При класичному ієрсиніозному артриті життєздатні збудники виявляються в порожнині суглоба.

Порожнина суглоба не є стерильною середою. У здорових волонтерів та пацієнтів з остеоартрозом у синовіальній рідині знаходять ДНК *Chl.Trachomatis*. Синовіа може бути колонізована бактеріями з навколишнього середовища та ендогенною флорою. *Chl. Trachomatis* виживає у порожнині суглоба завдяки придушенню експресії мембранного антигену, при цьому подовжуючи синтезувати білок теплового шоку (імуномодуючий), частіше у незалежності від проведення антибіотикотерапії. Мікроби уникають імунної системи хазяїна персистуючи поза лимфоїдних клітин, знаходяться у моноцитах-макрофагах, використовуючи їх як резервуар та «транспортери» з екстраваскулярного простору до суглобу. Список артритогенних збудників подовжує збільшуватись з роком у рік, але підтвердження персистування їх у порожнині суглоба здебільше відсутнє [8].

У сучасній робочій класифікації й номенклатурі ревматичних захворювань РеА розподіляють у залежності від вхідних воріт

інфекції на: 1) постентероколітичні, 2) урогенітальні, 3) після носоглоткової інфекції за МКБ - 10. Але також виділяють РеА після інших інфекцій та поствакцинальні РеА.

Перебіг РеА змушує хворих використовувати не тільки етіотропну терапію, а також і нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) протягом досить тривалого часу, особливо при рецидивуючих та затяжних варіантах, тому у значній кількості хворих спостерігається розвиток різних побічних явищ, у першу чергу, з боку шлунково-кишкового тракту – гастропатії, гепатотоксичність та ін. [2,4].

Незважаючи на безсумнівну клінічну ефективність, НПЗП варто застосовувати раціонально і обґрунтовано, при можливості їх застосування варто обмежувати, так як приблизно у 25% випадків навіть короткотривалий їх прийом приводить до розвитку побічних ефектів [4]. Доведено, що ці препарати викликають гострі ерозивно-виразкові ушкодження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки шляхом зниження гастроцитопротекції (зменшення кількості простагландинів у клітинах слизової оболонки, посилення зворотної дифузії водневих іонів) і спричиняють загострення вже існуючої пептичної виразки [4]. З іншого боку, з кожним роком стає все більш широким спектр мікроорганізмів, що відповідають за розвиток артриту (більш ніж 200 видів), які у свою чергу можуть викликати патологічний процес у шлунково-кишковому тракті та паренхіматозних органів у дітей.

Все вищевикладене є підставою для проведення глибшого дослідження стану гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей з РеА.

**Мета дослідження** полягала у визначенні стану гепатобіліарної системи та підшлункової залози у дітей з реактивними артритами.

**Об'єкт і методи дослідження.** В умовах дитячого кардіоревматологічного відділення МДКЛ № 24 (база кафедри педіатрії ХМА-ПО) було обстежено 22 хворих РеА (13 дівчаток (59,1%), 9 хлопчиків (40,9%) у віці 7-15 років).

Було встановлено, що гострий варіант перебігу зустрічався у 54,5%, рецидивуючий - 27,3%, затяжний - 9%.

Усім хворим проведено, поряд із загальноклінічними обстеженнями, вивчення серомукоїдів, сіалових кислот, С-реактивного білка (СРБ), ревматоїдного фактора, рівня аспартатамінотрансферази (АсТ), аланінаміно-трансферази (АлТ), лужної фосфатази (ЛФ), амілази крові. Було проведено копрологічне обстеження. Усім хворим також проведено УЗД жовчовивідних шляхів та підшлункової залози, за методикою, яку було запропоновано нами [6].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Спосіб діагностики стану жовчовивідних шляхів та підшлункової залози у дітей здійснюється шляхом проведення ультразвукового дослідження натщесерце з визначенням розмірів жовчного міхура, після чого дитина з'їдає один-два сирих жовтків. Через 45 хв. проводиться повторне ультразвукове дослідження жовчовивідних шляхів з визначенням розмірів жовчного міхура, паралельно визначають поперечні розміри голівки, тіла і хвоста підшлункової залози натщесерце, після повторного дослідження жовчовивідних шляхів дитина з'їдає фізіологічний сніданок, який враховує калораж жовтків. Через 1 годину після фізіологічного сніданку по приросту суми лінійних розмірів після їжі в порівнянні з вихідним станом діагностують хронічний панкреатит, якщо розміри

підшлункової залози зменшилися або збільшилися не більше ніж на 5%, діагностують реактивний панкреатит, або диспанкреатизм - при збільшенні розмірів на 6-15%, а при збільшенні більш ніж на 16% - діагностують реакцію підшлункової залози як відповідну нормі [6].

За рахунок того, що ультразвукове дослідження проводиться в період травлення - період максимальної активності органу, спостерігається повноцінна функціональна реакція на прийом їжі, що дозволяє діагностувати порушення функції підшлункової залози на ранніх оборотних стадіях і, відповідно, почати своєчасну терапію, що особливо важливе в педіатрії. Крім того, спосіб дозволяє визначити стан жовчного міхура, паренхіми печінки, жовчовивідних шляхів, що дуже важливо для визначення стану шлунково-кишкового тракту та паренхіматозних органів у дітей. Достовірність отриманих результатів дозволяє скоротити витрати на лікування і уникнути додаткових інструментальних та інвазивних методів дослідження.

Нами було розраховано фізіологічний сніданок для дітей 7-15 років (табл.), використання якого спрощує роботу практикуючого лікаря і батьків при проведенні методики. Сніданок збалансований за жирами, білками та вуглеводами у співвідношенні (1/1/4) та була встановлена відповідна енергетична цінність для дітей віку 7-15 років [1,9].

Таблиця

Фізіологічний сніданок, що рекомендується

Перелік продуктів харчування	Вага,г	Склад продуктів			Енергетична цінність,ккал
		Білки,г	Жири,г	Вуглеводи,г	
2 жовтки	32	4,64	9,36	0,16	100
Манна каша 10%	200	7,5	11,9	33,3	272,8
Чай солодкий	200			14,30	58,5
Хліб пшеничний	50	3,5	0,35	24,9	120,0
Всього	482г	15,64	21,61	72,66	557,3

При проведенні дослідження у дітей було виявлено збільшення лужної фосфатази - 4,5% випадків, зміни АсТ, АлТ та амілази крові не визначено. Незначні зміни у копрограмі у 18,2% дітей. При проведенні УЗД органів черевної порожнини було встановлено наявність гепатомегалії у 9,1%, спленомегалії у 4,5% досліджених. Збільшення ехогенної щільності підшлункової залози спостерігалась у 50%, дифузні зміни печінки у 13,6%. За допомогою УЗД підшлункової залози після харчового навантаження у 30% хворих було встановлено диспанкреатизм. При проведенні УЗД жовчного міхура та жовчовивід-

них шляхів з жовчогінним сніданком було встановлено дисфункція жовчного міхура по гіпокінетичному типу - 31,8%.

**Висновки.** В результаті проведення дослідження нами було встановлено наступні зміни з боку паренхіматозних органів у дітей при РеА - збільшення ехогенної щільності підшлункової залози у 50% обстежених, диспанкреатизм у 30%, дисфункція жовчного міхура по гіпокінетичному типу у 31,8%, дифузні зміни печінки у 13,6%.

Ці зміни можуть бути обумовлені системними проявами захворювання, результатом дії системної ендотоксемії, побічною дією

НПЗП, тригерним фактором (а саме збудником), який провокує появу артриту чи супутньою патологією, що потребує проведення диференційної діагностики цих станів.

**Перспективи подальших досліджень** будуть спрямовані на подальше удосконалення діагностики стану гепатобіліарної системи та підшлункової залози. Планується подальше спостереження за станом паренхіматозних органів у дітей з реактивними артритами, використовуючи методику, яка була запропонована нами.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ванханен В.В. Нутриціологія: Підручник / В.В. Ванханен, В.Д. Ванханен, В.І. Ципріяні. - Донецьк: изд-во Донеччина, 2001. - 474 с.
2. Викторов А.П. Побочное действие современных нестероидных противовоспалительных препаратов: проблемы остаются? / А.П. Викторов // Укр. мед. Часопис. - 2003. - №1(33). - С.79-89.
3. Волосовець О.П. Вибрані питання дитячої кардіоревматології / О.П. Волосовець, В.М. Савво, С.П. Кривопуста - Київ, Харків: вид-во ФОП Гайдено, 2006 - 246с.
4. Ждан В.М. Діагностика, профілактика і лікування НПЗП-гастропатій / В.М. Ждан, І.П. Катеренчук, Т.І. Ярмола. - Полтава: ФО Кобзар, 2005-135 с.
5. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология / Е.Л. Насонов. - Москва: изд-во «Гэотар- Медиа», 2008- 264с .
6. Патент України №47290, UA, МПК А61В8100 Спосіб діагностики стану жовчовивідних шляхів та підшлункової залози у дітей / Автори: Яновська К.О., Савво В.М., Філонова Т.О. Патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти - №4200907865; заявлено 27.07.2009, опубліковано 25.01.2010, Бюл.№2, 2010р.
7. Пальмер П.Е.С. Руководство по ультразвуковой диагностике / П.Е.С.Пальмер.-Женева: изд-во «Медицина», 2006. - 334 с.
8. Свинцицкий А.С. Реактивные артриты в клинической практике / А.С.Свинцицкий, О.Г.Пузанова // Врачебная практика. - 2002. - №4. - С.8 - 12.
9. Тутельян В.А. Справочник по диетологии / В.А. Тутельян, М.Т. Самсонов. - Москва: изд-во «Медицина», 2002. - 544 с.

**УДК** 616.72 - 002 - 053.2:616.36/37

#### **СОСТОЯНИЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ**

**Савво В.М., Яновская Е.А., Киселева Л.П.**

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования состояния гепатобиллиарной системы и поджелудочной железы у детей с реактивными артритами. Показано, что у детей отмечалось увеличение эхогенной плотности поджелудочной железы у 50% обследованных, диспанкреатизм у 30%, дисфункция желчного пузыря по гипокинетическому типу у 31,8% детей. Была разработана методика ультразвуковой диагностики желчевыводящих путей и поджелудочной железы с нагрузочным завтраком, которая позволяет выявить изменения поджелудочной железы на ранних, обратимых стадиях.

**Ключевые слова:** реактивный артрит, дети, методика ультразвуковой диагностики, паренхиматозные органы.

**UDC** 616.72 - 002 - 053.2:616.36/37

#### **CONDITION of PARENCHYMATOUS ORGANS at CHILDREN with REACTIVE ARTHRITIS**

**Savvo V.M., Yanovskaya Y.A., Kiseleva L.P.**

**Summary.** Results of research of the condition of hepatobilliar system and pancreas at children with reactive arthritises were presented in the article. It was shown, that at children with reactive arthritises augmentation of echogenic dencity of a pancreas at 50% surveyed, a dyspancreatism at 30%, dysfunction of a cholic bubble by hypokinetic type at 31,8% children became perceptible. The technique of ultrasonic diagnostics bile-excreting ways and pancreas with loading breakfast has been developed. The method allows to tap changes of pancreas at early, reversible stages.

**Key words:** reactive arthritis, technique of ultrasonic diagnostics, parenchymatous organs.

*Стаття надійшла 19.04.2010 р.*