

ПЕДІАТРІЯ

Выводы. Установлено, что у детей 12-36 мес., которые болели ГСЛТ, нарушен адекватный иммунный ответ на патологический процесс, который заключается в угнетении Т и В-клеточных звеньев иммунитета.

Ключевые слова: дети, острый стенозирующий ларинготрахеит (круп), клеточный иммунитет.

O. I.Hladchenko, O.B.Nadraga, O.I.Grushka, I. Y.Kril

Cell-mediated immunity in children with croup

Lviv National Medical University

Background. Acute stenotic laryngotracheitis (croup) is the one of the most severe complications of acute respiratory infections in young children. The relationship between cellular immunity and symptoms of croup, croup severity, disease sequel, despite numerous studies is still unclear.

Aim. To investigate cellular immunity in children with acute stenosing laryngotracheitis (croup).

Materials and Methods. 52 children aged 12 - 36 months with acute laryngotracheitis during 2013-2015 y. were under observe at the Lviv Regional Infectious Diseases Hospital. We studied level of CD 3+, CD 4+, CD8 +, CD16 +, CD22 + lymphocytes. The Chan croup severity score were used .

Results. In the pathogenesis of croup important role played by cellular immunity. Imbalance between Th1 / Th2 levels influences on the immune response and determine the severity of the pathological process. Decrease the number of CD3 + and CD4 + cells and increase the number of non-specific protection were showed in patients with croup.

Conclusions. We found that children in age 12-36 mo., suffering from croup have compromised immune response because of depressing T- and B-cell immunity.

Key words: children, croup, cell immunity.

Відомості про авторів:

Гладченко О.І. – аспірант кафедри дитячих інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету.

Надрага Олександр Богданович – д.м.н, проф., зав. каф. дитячих інфекційних хвороб Львівського національного медичного університету.

УДК 616.329-007.271-053.2-036

© І.С. ІВАНЦІВ-ГРИГА, 2016

І.С. Іванців-Грига

АХАЛАЗІЯ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ: ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, м. Львів

Вступ. Ахалазія стравоходу - первинне захворювання, якому притаманне порушення моторної функції, що характеризується підвищеним тиском у ділянці нижнього стравохідного сфінктера, порушенням його рефлексорного розслаблення та пригніченням перистальтики стравоходу.

Мета. Поліпшення ранньої діагностики та результатів лікування ахалазії стравоходу у дітей.

Матеріали і методи. Клінічне спостереження, лабораторно-інструментальне обстеження десятирічної дитини з ахалазією стравоходу.

Результати. Проведено аналіз результатів клінічних даних та лабораторно-інструментальних методів обстеження, які підтвердили діагноз ахалазії стравоходу у 10-ти річного хлопчика.

Висновки. Наведений клінічний випадок дав змогу ретельно проаналізувати клінічні аспекти діагностики та лікування даної патології. Ахалазія стравоходу є патологією, яка у дитячому віці спостерігається рідко, має нетипову клінічну картину, тому лікарям первинної ланки необхідно більш детально ознайомитися з цією патологією та докласти чимало зусиль для своєчасної діагностики даного захворювання.

Ключові слова: ахалазія кардії, діти, дисфагія, регургітація.

Вступ. Ахалазія стравоходу - первинне захворювання, якому притаманне порушення моторної функції, що характеризується підвищеним тиском у ділянці нижнього стравохідного сфінктера, порушенням його рефлексорного розслаблення та пригніченням перистальтики стравоходу. Етіологія захворювання невідома, але є дані щодо асоціації ахалазії кардії з трисомією 21 хромосоми, синдромом AAA (Allgrove), синдромом Чагаса (американський трипаносомоз), еозинофільним езофагітом [2, 17]. У 1674 році сер Thomas Willis описав ще на той час невідому патологію у пацієнта з дисфагією. Термін "ахалазія" запропонував Hurst A. у 1927 році [19]. А перший випадок ахалазії кардії у дітей описав King у 1953 році [8]. Захворювання у дітей зустрічається рідше, ніж у дорослих. Середній вік дітей з ахалазією 8,8 рік. Дуже рідко (4-5%) симптоми ахалазії проявляються до 15 років [15,18]. Відповідно на стаціонарне лікування потрапляють діти після 10 років. Середня тривалість симптоматики до встановлення діагнозу становить 23 місяці. Проте, інколи перші симптоми можуть спостерігатися і у грудному віці [15,12].

Мета. Поліпшення ранньої діагностики та результатів лікування ахалазії стравоходу у дітей.

Матеріали та методи. Спостереження за пацієнтом проводилося на базі міського дитячого гастроентерологічного центру КМДКЛ м. Львова. Використано широкий спектр лабораторних (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, копроскопія, кал на приховану кров), інструментальних (УЗД, ЕКГ, фіброезофагогастроуденоскопія, рН-метрія), патогістологічного дослідження, а також консультації вузьких спеціалістів, які дали змогу підтвердити діагноз. Прізвище, ім'я, по-батькові дитини та МКСХ номер не надаються, згідно із статтею №0-2 та п. "г" ст.78 Закону України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я».

Результати та їх обговорення. Хлопчик 3., 10 років, поступив зі скаргами на утруднене ковтання, відрижку кислим, болі у животі, знижений апетит, втрату маси тіла, покашлювання та загальну слабкість. З анамнезу захворювання відомо, що захворювання почалося поступово впродовж 6 місяців. Мати неодноразово зверталася до лікарів за місцем проживання, проте призначена терапія мала непостійний та тимчасовий ефект. Вказані вище скарги стали інтенсивнішими, і мати звернулася за допомогою у міський дитячий гастроентерологічний центр. Діагноз при направленні – гастроєзофагальна рефлюксна хвороба? Недостатність кардії?

Хлопчик від другої вагітності, яка не мала ускладнень, других фізіологічних пологів. Маса при народженні 3650 г, ріст 52 см. У неонатальному та грудному періоді спостерігалися часті зригування. Алергологічний, спадковий, епідеміологічний анамнези не обтяжені. При фізикальному обстеженні патологічних змін не виявлено.

ПЕДІАТРІЯ

Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові та аналіз калу в межах вікової норми. Кал на приховану кров – від'ємний. Проведено фіброезофагогастродуоденоскопію з рН-метрією. Прилад вільно введено у стравохід. Феномен «фелінізації» слизової дистального сегменту н/грудного сегмента стравоходу. Хіатус зімкнутий нещільно в інверсії. Шлунок містить велику кількість слизу. Дифузна гіперемія слизової фундуса, субкардії та верхньої третини з множинними ерозіями різного діаметру по передній та задній стінках, частково вкриті гемосидериновим налетом. Складки високі, застійні, при інсуфляції розправляються частково. Воротар зяє. Цибулина дванадцятипалої кишки з домішками жовчі. Слизова вогнищево гіперемована, помірно застійна. При дослідженні мазка-відбитка *Helicobacter ruoi* не виявлено. При УЗД внутрішніх органів та на ЕКГ патології не виявлено. Патогістологічне дослідження трьох зразків біоптатів стравоходу - патоморфологічні зміни відповідають вказаному нижче діагнозу. Хлопчик був оглянутий хірургом та урологом, які не виявили патології, ендокринологом – дефіцит маси тіла та неврологом, який встановив астено-невротичний синдром. На другий день перебування дитини у стаціонарі виставлений клінічний діагноз: гастроєзофагальна рефлюксна хвороба. Пептичний рефлюкс-езофагіт (1ст). Дифузна гастродуоденопатія з множинними ерозіями фундуса, субкардії та верхньої третини стравоходу. Базальна селективна виражена гіперацидність. Астено-невротичний синдром. Призначена терапія згідно із наказом № 59 від 29 січня 2013 року «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» [1]. Проте, на фоні тижневого лікування, стан дитини не покращувався. Утримувалися дисфагія та регургітація, покашлювання та періодичні болі у животі. Це наштовхнуло на думку доцільності проведення рентгеноскопичного та рентгенографічного обстеження. Легені рівномірно прозорі. Корені структурні, синуси вільні. Конфігурація серця не змінена. Склепіння діафрагми чіткі, симетрично рухомі. У боковій проекції візуалізується стравохід, вивпнений залишками вчорашньої їжі. При контрастуванні барієм стравохід розширений, спазмований у кардіальному відділі. Евакуація практично відсутня. Подовжений, звужений кардіальний відділ стравоходу. Заключення – ахалазія кардії (рис.).

Враховуючи діагностовану патологію, хлопчик був консультований хірургом та, з діагнозом Ахалазія кардії (МКХ-10 К.22.0), переведений для подальшого лікування у хірургічне відділення цього ж стаціонару. Проведена езофагокардіоміотомія за Heller з гастродуплікацією. Післяопераційний період був без ускладнень, з 2-ї доби розпочато ентеральне харчування. У задовільному стані хлопчик виписаний із стаціонару. Через 7 місяців після оперативного втручання стан дитини задовільний. Ковтання вільне, відрижки немає, апетит добрий. Шкіра блідо-рожева, видимі слизові рожеві, чисті. Над легенями везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, звучні. Живіт м'який, неболючий. Випорожнення без патологічних домішок. Автор висловлює щиру подяку зав. кафедрою педіатрії та неонатології ФПДО професору Коржинському Ю. С., лікарю-рентгенологу Шадріну О. Я., хірургам Курило Г. В. та Грицаку Д. І. за допомогу у проведенні лікувально-діагностичного процесу.



Рис. Дитина 3., 10 років, №2060. Рентгенографія стравоходу з барієм, пряма проекція. Ахалазія стравоходу

Висновки. Підсумовуючи вказане вище, слід відзначити, що наведений клінічний випадок та питання, які подані у статті, дали змогу ретельно проаналізувати клінічні аспекти діагностики та лікування даної патології. Беручи до уваги те, що ахалазія стравоходу є патологією, яка у дитячому віці спостерігається рідко, має нетипову клінічну картину (дисфагія, регургітація, покашлювання, відставання у фізичному розвитку та болі у животі зустрічаються у педіатричній практиці часто при інших патологіях), лікарям первинної ланки (сімейним лікарям та педіатрам) необхідно більш детально ознайомитися з цією патологією та докласти чимало зусиль для своєчасної діагностики даного захворювання. Окрім того, ахалазія кардії є причиною бронхолегеневих ускладнень, тому рентгенографія органів грудної клітки є обов'язковим методом обстеження. Діагноз був встановлений на підставі рентгенографічного обстеження. Найефективніше лікування – хірургічне.

Література

1. Standardized clinical protocol of medical assistance for children with GERD// On ratification of standardized clinical protocols of medical assistance for children with gastrointestinal disorders: Instruction No.59 of January 29, 2013, the city of Kyiv. – Kyiv, 2013. – P. 5-22. Ukrainian: Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із гастроезофагальною рефлексною хворобою// Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям

із захворюваннями органів травлення: Наказ № 59 від 29 січня 2013 року, м.Київ. - К., 2013.- С 5-22.

2. Ashanti L Franclin, Mikael Petrosyan, Timothy D Kane. Childhood achalasia: A comprehensive review of disease, diagnosis and therapeutic management. // *World J. Gastrointest Endosc.* – 2014. -№ 16 6(4). – P. 105-111.

3. Eckardt A.J., Eckardt V.F. Current clinical approach to achalasia. // *World J. Gastroenterol.* – 2009. - №15. – P.3969-75.

4. Clinical, radiological and manometric profile in 145 patients with untreated achalasia. / Fisichella P.M., Raz D., Palazzo F., et al // *World Journal of Surgery.* – 2008. - № 32. – P.1974-9.

5. Achalasia – if surgical treatment fails: Analysis of remedial surgery. / Gockel I., Timm S., Sqourakis G.G., Musholt T.J., Rink A.D., Lang H. // *J. Gastrointest Surg.* – 2010. - № 14. – P.46-6.

6. Ho K.Y., Tay H.H., Kang J.Y. A prospective study of the clinical features, manometric findings, incidence and prevalence of achalasia in Singapore. // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 1999. - № 14. – P.791-95.

7. Jackson C.A., Liu D.C. Achalasia. In: Guandalini S editor. *Textbook of pediatric gastroenterology and nutrition.*-London and New York: Taylor&Francis, 2004.-P. 61-72.

8. King R. Surgical correction of achalasia of the esophagus in infants. // *J. Med. Assoc. Ga.* – 1953. - № 42. – P. 466-8.

9. Structural and functional abnormalities in lungs in patient with achalasia. / Makharia G.K., Seith A., Sharma S.K., Sinha A., Goswami P., Aggarwal A. et al. // *Neurogastroenterol Motil.* – 2009. - № 21. – P. 603-8.

10. UK incidence of achalasia: an 11-year national epidemiological study. / Marlais M., Fishman J.R., Fell J.M.E., et al. // *Arch. Dis. Child.* – 2011. - № 96. – P.192-194.

11. Pastor A.C., Mills J., Marcon M.A., Himidan S., Kim P.C. Single centre 26-years experience with treatment of esophageal achalasia: Is there an optimal method? // *J. Pediatr. Surg.* – 2009. - №44. – P.1349-54.

12. Congenital esophageal stenosis diagnosed in an infant at 9 month of age. / Savino F., Tarasco V., Viola S., Locatelli E., Sorrenti M., Barabino A. // *Ital. J. Pediatr.* – 2015. - №41. – P.72.

13. Sharp N.E., St. Peter S.D. Treatment of idiopathic Achalasia in the Pediatric Population: A Systematic Review. // *Eur. J. Pediatr. Surg.*- 2015. - №.2.

14. Epidemiology of hospitalization for achalasia in the United States. / Sonnenberg A., Massey B.T., McCarty D.J., et al. // *Dig. Dis. Sci.*-1993.-№ 38. –P. 233-44.

15. Souvik Chatterjee, Vishal Gajbhie, Avidip De, Sasanka Nath, Dipak Ghosh, Sukanta Kumar Das . Achalasia Cardia in Infants: Report of Two Cases // *J. JMA.* -2012. - № 44(1). – P. 44-1-9260

16. Sunita Singh, Ashish Wakhlu, Anand Pandey. Retrospective analysis of paediatric achalasiacin India. Single centre experience. // *Pediatric Surgery.* - 2012. - № 2. – P.117-121.

17. Esophageal achalasia of unknown etiology in infants. / Upadgyaya Vijay D., Gangopadhyaya A.N., Gupta D.K., et al. // *World J. Pediatr.* – 2008. - №4. – P.63-5.

18. Zhang Y., Xu C.D., Zaouche A., Cai W. Diagnosis and management of esophageal achalasia in children: Analysis of 13 cases. // *World J. Pediatr.* – 2009. - № 5. – P.56-6.

19. Hurst A. The treatment of achalasia of the cardia: so-called “cardiospasm.” // *Lancet.*- 1927. – P. 25-40.

И.С. Иванцев-Грига

Ахалазия пищевода у детей: описание клинического случая

Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, г. Львов

Введение. Ахалазия пищевода - первичное заболевание, которому присуще нарушение моторной функции, что характеризуется повышенным давлением в области нижнего пищеводного сфинктера, нарушением его рефлексорного расслабления и подавленностью перистальтики пищевода, что, в свою очередь, приводит к функциональной обструкции дистального отдела пищевода.

Цель. Усовершенствование раннего диагностирования и результатов лечения ахалазии пищевода у детей.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, лабораторно-инструментальное обследование 10-и летнего ребенка с ахалазией пищевода.

Результаты. Проведено анализ результатов клинических данных и лабораторно-инструментальных методов исследования, которые подтвердили диагноз ахалазии пищевода у 10-и летнего мальчика.

Выводы. Приведенный клинический случай дал возможность тщательно проанализировать клинические аспекты диагностики и лечения данной патологии. Ахалазия пищевода – это патология, которая в детском возрасте наблюдается редко, имеет нетипичную клиническую картину, поэтому врачам первичного звена необходимо более детально познакомиться с этой патологией и приложить достаточно усилий для своевременной диагностики данного заболевания.

Ключевые слова: ахалазия кардии, дети, дисфагия, регургитация.

I.S.Ivantsiv-Griga

Esophageal achalasia in children – clinical case

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Introduction. Esophageal achalasia is a primary disorder of the motor function characterized by the increased pressure in the lower esophageal sphincter, impairment of its reflex relaxation and inhibited peristalsis of the esophagus which, in turn, leads to functional obstruction of the distal section of the esophagus.

Aim. Improvement of early diagnosis and treatment outcomes of esophageal achalasia in children.

Materials and methods. Clinical observation, laboratory and instrumental examination of a 10 year-old child with esophageal achalasia.

Results. The results of clinical data and laboratory and instrumental examination methods were analyzed and the diagnosis of esophageal achalasia in a 10 year-old male was confirmed.

Conclusions. The described clinical case provided an opportunity for a thorough analysis of the clinical aspects of diagnosis and treatment of the given pathology. Esophageal achalasia is a rare pathology in children and has an atypical clinical manifestation; therefore, primary care physicians should study this disorder in detail and make a great effort to diagnose it in a timely manner.

Key words: achalasia cardiae, children, dysphagia, regurgitation.

Відомості про автора:

Иванцев-Грига Ирина Степанівна - к.мед.н., асистент кафедри педіатрії та неонатології ФПДО м. Львів, тел.: 294-16-24.