



УДК: 616.053.2085.355+615.355

## ВТОРИННА ПАНКРЕАТИЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ, ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ

*О. М. Горленко, Г. Б. Коссей, І. Г. Рошко, І. А. Туряниця, О. В. Губиш,  
В. В. Кучерук*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,  
кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями,  
міська дитяча клінічна лікарня м. Ужгород*

### Вступ

Підшлункова залоза часто залучається до патологічних процесів при захворюваннях шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура та жовчних протоків, що пов'язано з її функціональним зв'язком з органами травної системи [2]. За даними літератури, вторинна панкреатична недостатність трапляється у 41,8–42,2% дітей з гастродуоденальною та гепатобілярною патологією [1, 3].

### Мета дослідження

Вивчення ефективності препарату Мікразим для корекції вторинної панкреатичної недостатності у дітей із захворюваннями гастродуоденальної зони та гепатобілярної системи.

### Матеріали і методи

Обстежуваний контингент включав 20 дітей віком від 5 до 15 років (8 хлопчиків та 12 дівчат) із хронічною гастродуоденальною та гепатобілярною патологією, які мали ознаки вторинної панкреатичної недостатності (на фоні функціональної диспепсії – 3, хронічного поверхневого гастриту – 5, хронічного поверхневого гастродуоденіту – 3, хронічного ерозивного гастриту – 2, функціонального розладу жовчного міхура по гіпотонічному типу – 5, хронічного холециститу – 2) та знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні старшого дитинства МДКЛ м. Ужгород. У 12 (60,0%) обстежених дітей була діагностована хронічна патологія травного тракту, у 8 (40,0%) – функціональна.

Діагнози були встановлені на основі клінічних, лабораторних даних та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, відповідно до діючих протоколів МОЗ України.

Обстеження включало збір скарг, анамнезу захворювання та життя, загальний аналіз

крові та сечі з визначенням рівня діастази; біохімічний аналіз крові з визначенням білірубину та його фракцій, АЛТ, тимолової проби, лужної фосфатази,  $\alpha$ -амілази, загального білка, креатиніну, сечовини; визначення рівня глюкози крові; фіброезофагогастро-дуоденоскопії (при наявності скарг на болі в епігастральній ділянці); ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки), визначення рівня  $\alpha$ -1 антитрипсину та С3-фракції комплементу в сироватці крові апаратом Turbex.

Всім дітям як доповнення до лікування основного захворювання був призначений мікразим 10000 (фірми AVVA RUS) по 1 капсулі 3 рази в день, під час прийому їжі, протягом 14 днів. Мікразим є ферментним препаратом, активним компонентом якого є мінімікросферичний панкреатин, що містить ферменти підшлункової залози (ліпазу, амілазу, протеазу).

### Результати досліджень

Серед основних скарг, які висловлювали діти, були: больовий синдром – 20 дітей (100%), з них 13 дітей (65,0 %) скаржилися на біль в епігастрії, 7 (35,0 %) дітей – в правому підребер'ї; здуття живота – у 10 (50,0 %) дітей, нудота – 6 (30%), відрижка – 12 (60,0 %) дітей, зміни випорожнень у вигляді чергування закрепів із проносами – 8 (40,0 %) дітей.

Показники загального аналізу крові та загального аналізу сечі у всіх випадках знаходилися в межах референтних величин. З боку біохімічного аналізу крові (білірубін та його фракції, АЛТ, тимолова проба, лужна фосфатаза,  $\alpha$ -амілаза, загальний білок, креатинін, сечовина), рівня глюкози крові відхилень виявлено не було.

В копрограмі були виявлені зміни, які вказують на недостатність шлункового трав-

лення та секреторної функції підшлункової залози: м'язові волокна перетравлені – у 14 дітей (+ або ++), нейтральний жир – у 18 дітей (+ або ++), жирні кислоти – у 14 дітей (+ або ++), крохмаль – у 12 дітей (+ або ++), перетравлена рослинна клітковина – у 10 дітей (+ або ++); слиз, епітеліальні клітини – в невеликій кількості, лейкоцити – поодинокі в препараті, що відповідає референтним величинам.

$\alpha$ -1 антитрипсин відноситься до білків гострої фази та є інгібітором більшості протеолітичних ферментів, підвищення його рівня характерне, зокрема, для хронічного панкреатиту. Результати показали, що у всіх обстежених нами дітей рівень антитрипсину в сироватці крові знаходився в межах референтних величин та складав у середньому  $1,72 \pm 0,39$  г/л (допустимі коливання 1,1–2,3 г/л), що підтверджує вторинний характер панкреатичної недостатності у обстежуваного контингенту дітей.

На користь вторинних змін з боку підшлункової залози свідчить і показник СЗ-

фракції комплементу, який не мав відхилень від референтних значень і складав  $1,81 \pm 0,31$  г/л (допустимі коливання 0,9–2,1 г/л).

Під час УЗД органів черевної порожнини у 14 дітей (70,0%) діагностовані реактивні зміни підшлункової залози у вигляді неоднорідності ехоструктури (8 дітей – 40,0%), незначного збільшення розмірів органу (5 дітей – 25,0%) та зміни, характерні для основного захворювання (потовщення стінок жовчного міхура – у 2 дітей (10,0%), деформація жовчного міхура у 4 дітей (20,0%).

Після проведеного лікування, яке включало базову терапію основного захворювання (згідно з діючими клінічними протоколами медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення) та корекцію ендокринної недостатності підшлункової залози препаратом мікразим 10000 од. (в дозі 1 капс. 3 рази в день під час прийому їжі, протягом 2 тижнів) були виявлені наступні результати.

Відзначалася позитивна динаміка з боку клінічних проявів захворювання (рис. 1).

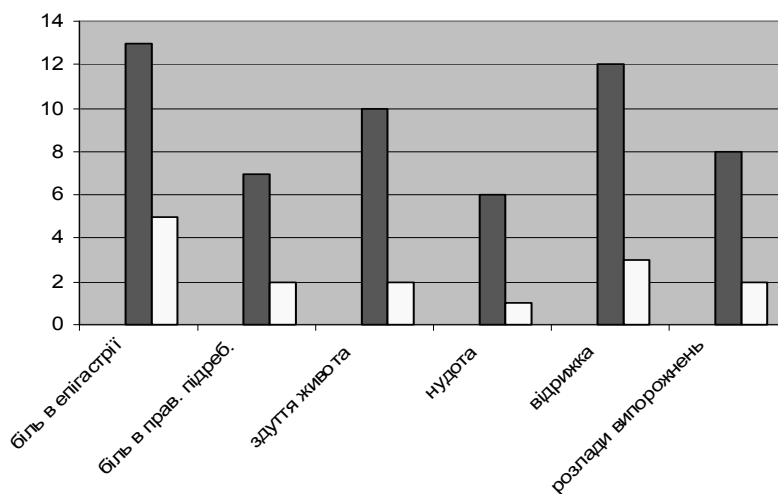


Рис. 1. Динаміка клінічних симптомів при вторинній панкреатичній недостатності

Так, зменшилася вираженість больового синдрому: до лікування на біль в епігастрії скаржилися 13 дітей (65,0 %), після лікування – 5 (25,0 %), на біль в правому підребер'ї – відповідно 7 (35,0 %) та 2 (10,0 %) дітей, зменшилася вираженість диспепсичного синдрому (здуття живота, нудота, відрижка), розлади випорожнень з тенденцією до послабленого стільця після лікування спостерігалися тільки у 2 (10,0 %) хворих замість 7 (35,0%).

Побічної дії, непереносимості препарату мікразим 10000 в жодному випадку зафіксовано не було.

Аналіз копрограми після двотижневого курсу лікування основного захворювання та одночасного прийому препарату мікразим 10000 вказує на покращення секреторної функції підшлункової залози – м'язові волокна перетравлені в калі виявлені тільки у 5 дітей (++) , нейтральний жир – у 3 дітей (+), жирні кислоти – у 3 дітей (+), крохмаль – у жодної дитини, перетравлена рослинна клітковина – у 7 дітей (рис. 2.).

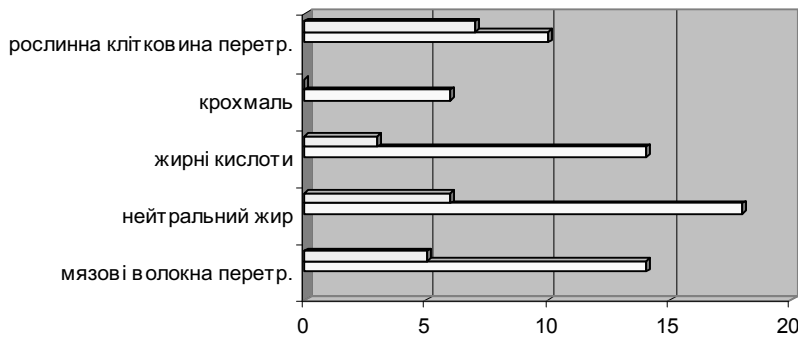


Рис. 2. Динаміка копрологічних змін при вторинній панкреатичній недостатності

Показники  $\alpha$ -1 антитрипсину та С3-фракції мали тенденцію до зниження, але вірогідних змін після завершення лікування виявлено не було (табл. 1).

Таблиця 1

### Зміни рівня $\alpha$ -1 антитрипсину та С3 комплементу під впливом лікування у дітей із вторинною панкреатичною недостатністю

| Показники               | до лікування<br>M $\pm$ m | після лікування<br>M $\pm$ m |
|-------------------------|---------------------------|------------------------------|
| $\alpha$ -1 антитрипсин | 1,72 $\pm$ 0,39           | 1,65 $\pm$ 0,31              |
| С3 комплемент           | 1,81 $\pm$ 0,31           | 1,75 $\pm$ 0,27              |

УЗД дослідження органів черевної порожнини, яке проводилося після лікування, не показало вираженої динаміки: спостерігалася тенденція до нормалізації ехоструктури підшлункової залози (якщо на початку дослідження неоднорідність ехоструктури діагностована у 8 дітей (40,0%), то після завершення лікування – у 5 (25,0%).

#### Висновки

На основі отриманих даних можна зробити висновок про те, що препарат мікразим

10000 є ефективним та безпечним для корекції секреторної функції підшлункової залози при вторинній панкреатичній недостатності, що виникає у дітей із функціональною та органічною патологією травного тракту.

Препарат позитивно впливає на загальний стан дітей за рахунок регресу клінічної симптоматики з боку травного тракту, покращення показників копрологічного дослідження у вигляді зменшення стеатореї, та деякого зниження рівня гострофазових білків.

**Резюме.** В статті подано аналіз результатів клінічного спостереження за дітьми з вторинною панкреатичною недостатністю на фоні патології травного тракту, які в доповнення до базового лікування отримували препарат мікразим 10000. Доведено, що препарат є ефективним для корекції секреторної функції підшлункової залози у даного контингенту хворих.

**Ключові слова:** вторинна панкреатична недостатність, діти, мікразим.

#### Secondary pancreatic insufficiency in children, ways correction

O. M. Horlenko, G. B. Kossey, I. G. Roshko, I. A. Turyanytsa, O. V. Hubysh, V. V. Kucheruk

**Summary.** The article provides the results of clinical observation of children aged 5 to 15 years with secondary pancreatic insufficiency that for 2 weeks in addition to the basic treatment received the enzyme mikrazym 10000. The data obtained confirm the effectiveness of the treatment.

**Key words:** secondary pancreatic insufficiency, children, mikrazym.



#### ЛІТЕРАТУРА

1. Банадига Н.В. Панкреатична недостатність у дітей з патологією травної системи / Н.В. Банадига, О.М. Дутчак, І.О. Рогальський, А.І. Банадига, О.Н. Яцків // Современная педиатрия. – 2011. – №3(37). – С. 115–118.
2. Белоусов Ю. В. Гастроентерологія дитячого віку: Підручник / Ю.В. Белоусов. – Київ, 2007. – 440 с.
3. Марушко Ю.В. Ферментні препарати для корекції екзокринної панкреатичної недостатності у педіатричній практиці / Ю.В. Марушко, Т.В. Гищак // Современная педиатрия. – 2009. – №6(28). – С. 118–122.
4. Тяжка О. В. Оцінка клінічної ефективності системної ензимотерапії при хронічних гастродуоденальних хворобах у дітей / О. В. Тяжка, А. О. Горобець, Н. І. Горобець [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – №3 (41). – С. 30–34.



УДК: 070.42:81'271

## ПРОСТІР РЕПРЕСИВНОЇ ЛОГОКРАТІЇ

**А. І. Кугай**

*Північно-Західний інститут управління Російської академії народного господарства та державної служби при Президенті Російської Федерації (Санкт-Петербург, Росія)*

### **Вступ**

Світова наукова думка вже не одне десятиліття живе під знаком вивчення символічної реальності, рушійною силою якої є мова. І це очевидно, оскільки в епоху електронної комунікації на перший план виходить не мова влади, а влада мови – логократія, яка визнає мову влади.

Однак існування і розвиток мови – аж ніяк не нешкідливе явище. Мова не тільки захищає, але і викриває людину. Чому не кажуть: «Мова – мій друг»? Більшість приказок про мову є поганими: «Прикуси язик», «Тримай язик за зубами», «Не базікайте нісенітницею», «З язика зірвалося», «Слово не горобець – вилетить (посадять!?) – не впіймаєш», «Що у тверезого на умі, те у п'яного на язика», інакше, «Язик мій – ворог мій». І, навпаки «Мовчання – золото», оскільки, з одного боку, воно приховує бажання, з іншого, як у відомому афоризмі, – «Краще мовчати і вважатися недоумком, ніж заговорити і розвіяти всі сумніви». І, нарешті, слово є дуже обмеженим у вираженні почуттів, мовчання і рух «говорять» нам набагато більше, адже вони нескінченні в своєму прояві. Можна сказати, що слово створює проблеми, а мовчання їх вирішує: «Багато говорити не буду, а то знову що-небудь скажу» (В. С. Черномирдін).

Цілком очевидним є те, що мова насамперед виражається в її продуктивних властивостях, у здатності протистояти різним проявам несправедливості і насильства у стосунках між людьми. У цьому сенсі, наприклад, кінцевою метою судового засідання є сприяння громадському миру завдяки торжеству мови над насильством. Очевидно і те, що в боротьбі зі світовим злом точкове мислення часто виявляється ефективнішим, ніж точне бомбометання.

### **Мета роботи**

Дослідити тенденції репресивної логократії.

### **Результати досліджень**

Разом із тим, для нас не менший інтерес представляє репресивна логократія. Це обу-

мовлено тим, що, з одного боку, «насильство» – зовсім не прозорий термін. Ми нічого не можемо сказати про насильство, будучи в той же час оточені його множинними репрезентаціями в культурі, найпершим з яких є вербальна мова. З іншого боку, на жаль, «нам як слід не відомі ні фізика, ні діалектика, ні стратегія нашої логосфери, – при тому, що кожен із нас щодня піддається тим чи іншим видам мовного терору» [1, с. 538].

Чим зумовлена ця бойова сила, воля до панування, притаманна дискурсивній системі? Які існують форми репресивних лінгвістичних побудов?

Відомо, що між дискурсивними системами складаються не стільки «родинні» відносини, скільки – відносини, побудовані на силі. Історія класичної філософії свідчить про те, що саме оригінальне мислення було засновано аж ніяк не на любові, а скоріше на ненависті. Зверніться до міркувань Гегеля, Шопенгауера, Маркса, Ніцше, Рассела та інших непересічних представників сильних мовних систем, і ви знайдете в них підтвердження їх радикальної нетерпимості до опонентів, що нерідко доходить до прямої образи. Так само в наших відносинах з оточуючими найчастіше перемогу здобуває не найпрактичніший, а оратор, який вмів захопити людей.

Що собою являє сильна мовна система? Зовнішня експозиція її уподібнюється своєрідному театральному видовищу. Вона маніфестує стійкі аргументи, прийнятні форми захисту і нападу, непорушні формули, типу: «божественне – смертне», «небесне – земне», «базис – надбудова», «збудження – придурення», «структура – функція», «конструкція – деконструкція» і т.д. Форми дискурсу конструюються таким чином, щоб повідомити соціолекту абсолютну щільність, замкнутість і захистити систему, рішуче виганяючи з неї супротивника, або включити іншого в свій дискурс в якості простого об'єкта, щоб тим самим виключити його зі спільноти, що говорять на сильній мові.