



УДК: 616.34-009.74-053.3-07-085

## КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ПРЕЗЕНТАЦІЯ КИШКОВИХ КОЛЬОК У ДІТЕЙ

**Горленко О.М., Дубініна У.Г.**

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

### **Вступ**

Кишкові кольки – одна з найбільш частих причин хвилювань батьків щодо здоров'я їхніх малюків. Термін «колька» походить від грецького слова «colicos», що означає біль в товстому кишківнику. В клінічну практику поняття «дитяча кишкова колька» увійшло як «правило трьох», під яким мається на увазі напад неспокою, збудження, подразливості, хникання або плачу у дітей віком трьох тижнів тривалістю три або більше годин на день протягом трьох і більше днів на тиждень упродовж хоча б трьох тижнів (1, 2, 3, 4). Проте в повсякденній практиці не завжди простежується така чітка закономірність. Кишкові кольки спостерігаються у немовлят вже на першому тижні життя і можуть тривати декілька місяців. Згідно з результатами різних досліджень, частота звернень за медичною допомогою, пов'язаних з дитячими кольками, становить від 70 до 90% [5, 6, 7].

### **Мета дослідження**

Вивчити параметри імунно-запальної реакції дитячого організму при кишкових кольках у дітей раннього віку.

### **Матеріали і методи**

Нами було відібрано 66 дітей віком від 6 до 66 днів, середній вік становив  $33,52 \pm 3,85$  дня, які поступали на стаціонарне лікування в Івано-Франківську обласну дитячу клінічну лікарню з діагнозом кишкові кольки. У ряді випадків був присутній супутній діагноз ГРВІ ( $18,18 \pm 4,78\%$ ), пієлонефрит ( $6,06 \pm 2,46\%$ ), пневмонія ( $9,09 \pm 3,57\%$ ) синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості ( $10,61 \pm 3,82\%$ ), білково-енергетична недостатність ( $13,64 \pm 4,26\%$ ), atopічний дерматит ( $9,09 \pm 3,57\%$ ), синдром мальабсорбції

( $3,03 \pm 2,13\%$ ), анемія 1 ст ( $3,03 \pm 2,13\%$ ), бульозний дерматит ( $4,55 \pm 2,58\%$ ), жовтяниця ( $4,55 \pm 2,58$ ), кривошия ( $3,03 \pm 2,13\%$ ), перинатальна інфекція ( $3,03 \pm 2,13\%$ ).

На кожного хворого було заведено карту обстеження, в якій зазначено: прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, місце проживання, скарги на час поступлення, анамнез захворювання, дані об'єктивного обстеження та лабораторно-інструментальні показники.

Аналіз та обробка отриманих результатів обстеження хворих здійснювалися за допомогою комп'ютерної системи Microsoft Excel 7.0, статистичного пакета програми Statistica 6.0. Розподіл параметричних критеріїв у групах оцінювався на нормальність розподілу кількісних показників за допомогою критерію Шапіро-Вілкса. У випадку нормального розподілу описова статистика включала визначення середнього значення та його похибки. Порівняння двох незалежних груп по одній ознаці здійснювалося з використанням t-критерія (Ст'юдента) для незалежних вибірок. Відносні величини в межах груп оцінювалися з визначенням  $\omega$  –функції за таблицями Мак-Немара та Йетса.

### **Результати досліджень**

У дослідній групі налічувалися 32 хлопчики ( $48,48 \pm 6,20$ ) і 34 дівчаток ( $51,52 \pm 6,20$ ). Мешканців села і міста було порівну – по 33 дітей. Маса тіла при народженні дітей складала  $3214, 50 \pm 84, 57$  г, на момент огляду –  $3785,24 \pm 151, 94$ . На момент огляду стан дітей оцінювався таким чином: відносно задовільний – 2 ( $3,03 \pm 2,13\%$ ), середньо-важкий – 37 ( $56,06 \pm 6,16\%$ ), важкий – 27 ( $40,91 \pm 6,10\%$ ). Огляд коморбідної патології у дітей представлений в таблиці 1.



Таблиця 1

## Супутні діагнози у досліджуваного контингенту

Параметри	Показники
	Абс (%), М±m, (n=66)
ГРВІ	12 (18,18±4,78)
Пієлонефрит	4 (6,06±2,46)
Жовтяниця	3 (4,55±2,58)
Пневмонія	6 (9,09±3,57)
Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості	7 (10,61±3,82)
Білково-енергетична недостатність	9 (13,64±4,26)
Атопічний дерматит	6 (9,09±3,57)
Перинатальна інфекція	2 (3,03±2,13)
Кривошия	2 (3,03±2,13)
Синдром мальабсорбції	2 (3,03±2,13)
Анемія 1 ст	3 (4,55±2,58)
Бульозний дерматит	3 (4,55±2,58)
Синдром рухових розладів	3 (4,55±2,58)

За даними таблиці переважала така супутня патологія у дітей з кольками: ГРВІ – 2 (18,18±4,78), білково-енергетична недостатність – 9 (13,64±4,26), пневмонія – 6

(9,09±3,57), атопічний дерматит – 6 (9,09±3,57). Характеристика клінічної презентації симптомів представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

## Клінічні параметри кишечних кольок у дітей

Параметри	Абс, %, М±m, (n=66)
Неспокій	66 (100)
Різкий крик	4 (6,06±2,46)
Слабкість	7 (10,61±3,82)
Часті зригування	59 (89,39±3,82)
Період блювота	4 (6,06±2,46)
Метеоризм	66 (100)
Підвищення температури	2 (3,03±2,13)
Блювота	3 (4,55±2,58)
Відмова від грудей	2 (3,03±2,13)
Кольки	2 (3,03±2,13)
Утруднене дихання	12 (18,18±4,78)
Діарея	2 (3,03±2,13)



Усі діти поступали на стаціонарне лікування зі скаргами на виражений неспокій та метеоризм (100%). У 59 дітей (89,39±3,82%) відзначалися часті зригування. Крім того були скарги на різкий крик у 4 (6,06±2,46%) дітей, в'ялість у 7 (10,61±3,82%) дітей, періодична блювота у 4 (6,06±2,46%) дітей, підвищення температури тіла у 2 (3,03±2,13%) дітей, відмова від грудей у 2 (3,03±2,13%) дітей, утруднене дихання у 12 (18,18±4,78%) дітей (усі діти з проявами ГРВІ) та діарея у 2 (3,03±2,13%) дітей. За результатами лабораторних методів дослідження анемія легкого ступеня спостерігалася у 2 (3,03±2,13%) дітей.

Загальний аналіз сечі у 62 дітей (95,45±2,58) був в межах норми. У 3 дітей (4,55±2,58 %) спостерігались помірна лейкоцитурія (8-10 лейкоцитів в полі зору), сліди білка в сечі. Дослідження групи крові проводилося у 48 дітей: у 21 (43,75±7,24%) дитини - I (0) група крові, у 11 (22,92±6,13%) дітей - II (A) група крові, 9 (18,75±5,69%) дітей мали III (B) групу крові і 7 (14,58±5,15%) дітей мали IV(AB) групу крові. Всі діти з досліджених (n=66) були серопозитивними за резус-фактором - Rh (+). Було проведено аналіз мінерального обміну у дітей з діагнозом кишечні кольки (табл. 3)

Таблиця 3

**Мінеральний обмін у дітей з кишечними кольками**

Параметри	Досліджувана група, M±m (n=48)	Контрольна група, M±m (n=26)
Калій (ммоль/л)	5,12±0,18	4,42±0,33
Натрій (ммоль/л)	136,82±0,51	138,82±0,51
Хлор (ммоль/л)	99,65±1,09	94,40±0,4
Кальцій(ммоль/л)	2,32±0,11	2,25±0,12
Фосфор (ммоль/л)	52,33±6,02	50,21±5,16

Дослідження електролітів крові проводилося у 48 дітей, з них у 1 (4,1%) дитини відзначалася гіперкаліємія, та у 2 (8,3%) дітей - понижений рівень хлору. У решти дітей рівень електролітів крові був у межах норми. При інтерпретації біохімічного аналізу крові вміст загального білку в усіх дітей був у межах референтних величин. У 44 (80,33%) дітей від-

значалася гіпербілірубінемія. Рівень АЛТ був підвищений у 26 дітей, що становило 41%, у 28 (50%) дітей був підвищений рівень АСТ. У 6 (4,16%) дітей спостерігався підвищений рівень сечовини в крові. У 12 дітей, що становило 21,33% від усіх обстежуваних, відзначався знижений рівень глюкози крові. Ми також досліджували імунологічний статус у дітей.

Таблиця 4

**Імунний статус у дітей із кишечними кольками**

Параметри	Досліджувана група (n=56) M±m	Контрольна група (n=30) M±m
Ig A (0,7-4 g/l)	0,45±0,05*	2,12±0,23
Ig G (7-16 g/l)	10,98±0,02*	6,60±0,17
Ig M (0,4-2,4 g/l)	0,54±0,05	0,76±0,05
Комплемент "С3"(0,9-2,7МО)	0,71±0,07	1,64±0,18
Антитрипсин (1,1-2,3 г/л)	1,51±0,10	1,82±0,1
ІЛ-4 (0-4МО)	1,25±0,24	1,25±0,17
ІЛ-8 (0-10МО)	34,87±5,47**	7,18±0,38
ФНП-α (0-5,9 пг/мл) МО)	18,68±1,42**	4,96±0,28
АТ до еластази(1-10 г/л)	56,07±7,94**	7,16±0,39

Примітка: \*P<0,01, \*\*P<0,001,



Імунологічне дослідження крові проводилося у 56 дітей, з них у 48 (85,71%) дітей спостерігався знижений рівень IgA. Рівень IgG у 40 (71,42%) дітей був у межах норми, у 8 (14,28%) дітей – підвищений і у 8 (14,28%) дітей – знижений. Рівень Ig M був знижений у 20 (35,71%) дітей, у решти – нормальний. Зниження рівня комплементу C3 відзначалося у 36 (64,29%) дітей. У 56 дітей було проведено дослідження інтерлейкінів 4 та 8. У більшості дітей ІЛ4 був у межах норми, лише у 4 дітей, що становило 7,14%, рівень ІЛ4 був підвищений. Рівень ІЛ8 був підвищений у 40 дітей, що становило 71,42% досліджуваних. Фактор некрозу пухлин був знижений у 4 (7,14%) дітей, у решти – в межах норми. Також дітям проводилося визначення рівня антитрипсину крові та рівня антитіл до еластази (n=56). Рівень антитрипсину був знижений у 12 (21,43%) дітей, тоді як рівень антитіл до еластази був різко підвищений у всіх 56 (100%) дітей.

#### Висновки

У дітей з діагнозом кишкові кольки переважала така супутня патологія: ГРВІ – 2

(18,18±4,78), білково-енергетична недостатність – 9(13,64±4,26), пневмонія – 6 (9,09±3,57), atopічний дерматит – 6 (9,09±3,57). Усі діти поступали на стаціонарне лікування зі скаргами на виражений неспокій та метеоризм (100%). У 59 дітей (89,39±3,82%) відзначалися часті зригування. Крім того, були скарги на різкий крик у 4 (6,06±2,46%) дітей, в'ялість у 7 (10,61±3,82%) дітей, періодична блювота у 4 (6,06±2,46%) дітей, підвищення температури тіла у 2 (3,03±2,13%) дітей, відмова від грудей у 2 (3,03±2,13%) дітей, утруднене дихання у 12 (18,18±4,78%) дітей (усі діти з проявами ГРВІ) та діарея у 2 (3,03±2,13%) дітей. При інтерпретації біохімічного аналізу крові рівень загального білку в усіх дітей був у межах референтних величин, у 44 (33,33%) дітей спостерігалася гіпербілірубінемія. Рівень АЛТ був підвищений у 26 дітей, що становило 41%, у 28 (50%) дітей був підвищений рівень АСТ. У 6 (4,16%) дітей відзначався підвищений рівень сечовини в крові. Рівень антитрипсину був знижений у 12 (21,43%) дітей, тоді як рівень антитіл до еластази був різко підвищений у всіх 56 (100%) дітей.

**Резюме.** Імунно-запальна відповідь дитячого організму представлена такими параметрами та клінічними характеристиками. У дітей з діагнозом кишкові кольки переважала така супутня патологія: ГРВІ – 2 (18,18±4,78), білково-енергетична недостатність – 9(13,64±4,26), пневмонія – 6 (9,09±3,57), atopічний дерматит – 6 (9,09±3,57). Усі діти поступали на стаціонарне лікування зі скаргами на виражений неспокій та метеоризм (100%). У 59 дітей (89,39±3,82%) спостерігалася часті зригування. У 44 (80,33%) дітей була гіпербілірубінемія. Рівень АЛТ був підвищений у 26 дітей, що становило 41%, у 28 (50%) дітей – підвищений рівень АСТ. Рівень ІЛ8 був підвищений у 40 дітей, що становило 71,42% досліджуваних. Рівень антитіл до еластази був різко підвищений у всіх 56 (100%) дітей.

**Ключові слова:** діти, кишечні кольки, клініко-параклінічні дані

#### Clinical and laboratory presentation of intestinal colic in children

*Horlenko O.M., Dubinina U.G.*

**Summary.** Clinmical fnd Laboratory presentation the child's organism is represented by the following parameters and clinical characteristics. The data of investigated children's contingent with intestinal colic prevailed by following comorbidities: SARS - 2 (18,18 ± 4,78), protein-energy malnutrition - 9 (13,64 ± 4,26), pneumonia-6 (9,09 ± 3 57), atopic dermatitis-6 (9,09 ± 3,57). All children have a next complaints: flatulence (100%), in the 59 children (89,39 ± 3,82%) were identified frequent regurgitation, in the 44 (80.33%) - hyperbilirubinemia. ALT levels were elevated in 26 children( 41%) and 28 (50%) children had increased levels of AST. IL8 level were elevated in the 40 children ( 71.42%) The level of antibodies to elastase was greatly increased in all 56 (100%) children

**Key words:** children, intestinal colic, clinical and paraclinical data

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Анастасевич Л. А. Кишечные колики у детей раннего возраста: причины, диагностика, лечение / Л. А. Анастасевич // Рус. мед. журнал. – 2006. – № 3. – С. 154–156.
2. Белоусов Ю. В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова. – Харьков : ИД «ИНЖЭК», 2005. – 252 с.



3. Белоусова О. Ю. Абдоминальный синдром у детей: принципы диагностики и терапии / О. Ю. Белоусова // Семейна медицина. – 2009. – № 2. – С. 44–47.
4. Бердникова Е. К. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / Е. К. Бердникова, Е. С. Кешишян // Рус. мед. журнал. – 2006. – Т. 14, № 19. – С. 1397–1400.
5. Влияние обогащенной галактоолигосахаридами молочной смеси на кишечную микрофлору и ферментацию у доношенных детей / Бен Сяо Минг, Ю. Жу Сяо, Жао Вей [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – № 5. – С. 25–29.
6. Водилова О. В. Лактазная недостаточность у детей первого года жизни / О. В. Водилова, М. М. Гаппаров, Г. В. Никольская // Вопросы питания. – 2003. – № 1. – С. 10–13.
7. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler / P. E. Hyman, P. J. Milla, M. A. Benninga MA [et al.] // Gastroenterology. – 2006. -- Vol. 130, № 5. – P. 1519–1526.



УДК: 616.12:614.255(07)-002-056.3-053.5-08

# ДІАГНОСТИКА, ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЕОЗИНОФІЛЬНИХ ЕЗОФАГІТІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Няньковський С.Л.<sup>1</sup>, Городиловська М.І.<sup>1</sup>, Іванців В.А.<sup>1</sup>, Бойко О.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;

<sup>2</sup> Львівське обласне патологоанатомічне бюро, м. Львів

## Вступ

Захворювання органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей є поширеною патологією, яка посідає друге місце у структурі загальної захворюваності [1], серед яких переважають захворювання верхніх відділів ШКТ, в тому числі стравоходу [2]. Незважаючи на успіхи діагностики і лікування, спостерігається стала тенденція до збільшення їх поширеності, хронізації та ускладненого перебігу.

За останні роки уявлення про захворювання стравоходу докорінно змінилися. На сьогоднішній день езофагіт розглядається як синдром, що характеризується ураженням слизової оболонки (СО) стравоходу запально-дегенеративного характеру з поступовим залученням у патологічний процес глибших шарів стравоходу. Він може спостерігатися як окреме захворювання, так і при захворюваннях внутрішніх органів та травмах стравоходу [3]. У Міжнародній класифікації хвороб X перегляду езофагіт знаходиться у рубриці К 20, де розміщені гострі, хронічні, інфекційні езофагіти, опіки стравоходу. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) виділена в окрему рубрику К 21 [4].

В останні роки у наукових роботах обговорюється роль інших можливих причин хронічного езофагіту, зокрема таких як алергія та персистуюча вірусна інфекція, медикаментозна та променева ураження, системні захворювання сполучної тканини тощо [5].

Сучасною тенденцією, яка чітко прослідковується в останні роки, є істотне збільшення дітей з гастроінтестинальними ознаками харчової алергії. Захворювання травної системи, які перебігають на фоні або з ознаками харчової алергії вимагають принципово нових підходів до їхнього лікування, із значенням і елімінацією харчових алергенів, використанням антигістамінних, кортикостероїдних, пробіотичних препаратів. Серед

алергічних уражень травної системи у дітей важливе місце займають еозинофільні езофагіти, які є одним із проявів харчової алергії. За нашими даними, які базуються на результатах ендоскопій і обстежень дітей у гастроентерологічному відділенні Львівської міської дитячої клінічної лікарні, частота такої патології має тенденцію до збільшення. На сьогоднішній день не розроблені основні алгоритми діагностики і лікування цієї патології у дітей, відсутні протокольні і методичні рекомендації, які можуть бути застосовані у роботі педіатрів, сімейних лікарів і дитячих гастроентерологів. Потребує уточнення частота алергії на основні харчові продукти при алергічних ураженнях стравоходу, ефективність елімінаційної дієти та застосування пробіотичних препаратів, які довели свою ефективність при лікуванні алергічних захворювань у дітей та мають доведену здатність до відновлення харчової толерантності. До таких препаратів, згідно з рядом клінічних досліджень, відносяться пробіотики, в тому числі пробіотичний штам *Lactobacillus reuteri* [6].

## Мета дослідження

Удосконалити діагностику і диференційну діагностику, покращити ефективність лікування алергічних езофагітів шляхом визначення поширеності алергічних езофагітів у дітей шкільного віку, ролі харчової алергії у їх виникненні, використання пробіотичних штамів *Lactobacillus reuteri* в комплексі лікування.

## Матеріали і методи

Під нашим спостереженням знаходилося 63 дитини віком 6-17 років, які лікувалися у відділенні дитячої гастроентерології міської дитячої клінічної лікарні міста Львова та у яких, за клініко-інструментальними даними, можна було запідозрити алергічний езофа-