

УДК 616-053.2 (075.8)- 078

БАГАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ПОЄДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ**Горленко О.М., Мальованик Н.Г., Губіш О.В., Маляр М.М., Попадинець В.В.***Ужгородський національний університет, кафедра дитячих хвороб; Міська дитяча лікарня, м. Ужгород***Ключові слова:** діти, гастродуоденіт, дуодено-гастральний рефлюкс, патогенез, багатофакторний аналіз

Вступ. Патогенетичні механізми розвитку гастродуоденіту залишаються до кінця не з'ясованими. Детально вивчені процеси формування патологічного вогнища під впливом інфекційного фактору, механічного ушкодження слизової оболонки.

Важливим фактором, ініціюючим розвиток хронічного гастриту є на думку багатьох авторів [1, 2] і дуодено-гастральний рефлюкс, який є особливо актуальним у дітей в зв'язку з наявністю явищ вегетативної дисфункції, внаслідок притаманної дітям лабільності нервової регуляції діяльності внутрішніх органів. Враховуючи дані ланки патогенезу процесу можна запобігти хронізації процесу та зростанню гастроентерологічної захворюваності як у дітей, так і у дорослих.

Мета дослідження. Вивчити та проаналізувати фактори, сприяючі розвитку гастродуоденіту (ГД) в поєднанні з дискінезією жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), виділити провідну роль окремих моментів формування патологічного процесу.

Задачі дослідження. 1) Провести аналіз захворюваності поєднаною патологією верхніх відділів травного тракту, зокрема ГД у фазі загострення, з підвищеною секреторною функцією шлунку, дуодено-гастральним рефлюксом у дітей 10-14 років на основі розгляду 44 історій хвороб дітей, пролікованих у 1-му відділенні МДЛ м. Ужгорода.

2) Розглянути та оцінити всі складові клінічної та лабораторно-інструментальної картини досліджуваної патології верхнього відділу травного тракту.

Провести багатофакторний аналіз та визначити провідні моменти формування захворювання.

Матеріали і методи. Проведено аналіз історій хвороб 44 хворих з поєднанням патології верхнього відділу травного тракту віком 10-14 років, пролікованих у відділенні №1 МДЛ м. Ужгород у 2001 році. Дані порівнювалися з результатами обстеження дітей з ізольованою ДЖВШ (n=36) того ж віку.

Досліджуваному контингенту проводилися

загальноклінічне обстеження, біохімічний аналіз крові, визначення ферментотворюючої активності шлунку (ФАШ), ультразвукове дослідження (УЗД), фіброгастродуоденоскопія (ФГДС).

Верифікація діагнозу здійснювалася згідно з діагностичними критеріями, розробленими ведучими кафедрами педіатрії та НДІ педіатрії, акушерства і гінекології. Статистична обробка здійснювалася на персональному комп'ютері, програмне забезпечення – Microsoft Excell.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежені хворі (n=44) надходили на стаціонарне лікування з клінічною картиною, яка вкладалася в три кардинальні синдроми: больовий (гастралгічний) 76,25±3,70%; диспепсичний (верхній) – 64,30±3,16%; нижній – 35,70±2,07%; астено-вегетативний – 72,93 ± 4,62%.

При дослідженні загального аналізу периферійної крові (табл.1) значних відхилень від нормативних показників не було виявлено. Цифрове значення рівня лімфоцитів відповідає верхній границі норми (41,2±1,45%).

У 9,10±0,48% дітей спостерігалася загальна гіпербілірубінемія, у 18,19±0,64% – гіпопротейнемія, у 26,43±0,72% – гіпер-γ-глобулінемія (табл.3), що не позначилося на середньостатистичних показниках, хоча спостерігається тенденція до гіпер-γ-глобулінемії (19,82±0,75%).

При дослідженні функціонального стану шлунку, підшлункової залози, жовчно-вивідної системи (ФАШ) були отримані наступні дані: кислотоутворююча функція шлунку - підвищена у всього досліджуваного контингенту; кислотонейтралізуюча:

- компенсована – 71,43±3,96%,
- некомпенсована – 14,29±1,05%,
- середнього ступеню компенсації – 14,28±0,96 %.

Евакуаторна функція:

- знижена – 71,43±4,15%,
- підвищена – 28,57%±3,04.

Дослідження загального аналізу периферійної крові у дітей з хронічним гастроуденітом

Показник	M±m
Гемоглобін	132±1,88 (г\л)
Еритроцити	3,86 ± 0,08 (1012 \л)
Лейкоцити	5,59 ± 0,2 (109 \л)
ШОЕ	5,9 ± 0,47 (мм\год)
Палички	1,69 ± 0,23 (%)
Сегментоядерні	47,65 ± 1,7 (%)
Еозинофіли	3,52 ± 0,41 (%)
Лімфоцити	41,2 ± 1,45 (%)
Моноцити	5,06 ± 0,38 (%)
Тромбоцити	223,3 ± 11,79 (109 \л)
Кольоровий показник	1,03±0,01

Проаналізовано також спектр біохімічних титрів венозної крові (табл.2).

Таблиця 2

Спектр біохімічних титрів венозної крові дітей з хронічним гастроуденітом

Параметри	M±m
Білірубін	
Загальний	14,27±0,98 (мкмоль\л)
Прямий	3,44±0,38 (мкмоль\л)
Непрямий	12,38±0,82 (мкмоль\л)
Сулемова проба	2,0±0,03 мл
Тимолова проба	0,09±0,01 од.
АЛТ	0,07±0,01 (мкмоль\л)
Холестерин	4,28±0,2 (мкмоль\л)
Сечовина	4,02±0,19 (ммоль\л)
Креатинін	61,18±3,34 (мкмоль\л)

Таблиця 3

Протеїнограма дітей з хронічним гастроуденітом

Параметри	M±m
Загальний білок	65,87±0,9 (г\л)
Альбуміни	48,71±1,22 (%)
Глобуліни	49,87±1,18 (%)
α1-глобуліни	7,38±0,32 (%)
α2-глобуліни	10,49±0,34 (%)
β-глобуліни	12,1±0,49 (%)
γ-глобуліни	19,82±0,75 (%)
Коефіцієнт АГ	1±0,05

Ферментовидільна функція підшлункової залози

- знижена - 12,50±0,98%,

була:

- розцінена як варіант норми - 25,00±1,94%.

- підвищена - 62,50±5,07%,

При аналізі стану функціонування складових

біліарної системи було отримано:

- підвищення скоротливої функції жовчного міхура - $55,56 \pm 3,70\%$,
- зниження - $22,31 \pm 1,96\%$,
- нормальний стан - $22,13 \pm 1,24\%$.

Отже, спостерігається переважання гіпертонусу жовчного міхура.

Оцінка тону сфінктера Одді також виявила переважання підвищення тону у $67,30 \pm 3,16\%$ хворих,

- зниження - $22,80 \pm 1,86\%$,
- у межах норми - $9,99 \pm 0,67\%$.

При інструментальному дослідженні дітей з гастродуоденітом були отримані наступні дані:

Дуодено-гастральний рефлюкс спостерігався у $45,44 \pm 3,16\%$,

- недостатність кардії - $18,21 \pm 2,16\%$,
- спазм воротаря - $9,10 \pm 0,86\%$,
- контактна кровоточивість слизової - $18,21 \pm 2,16\%$.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини виявило анатомічні проблеми жовчного міхура - перегин у області шийки $29,17 \pm 2,18\%$; у $12,50 \pm 0,84\%$ спостерігалось потовщення та ущільнення стінки жовчного міхура; гіпоехогенність жовчі - у $54,16 \pm 3,81\%$, мікрохолелітаз у

$16,67 \pm 0,72\%$; реактивні зміни підшлункової залози спостерігалися у $12,50 \pm 0,68\%$.

Змін у показниках розмірів печінки, селезінки, жовчного міхура, підшлункової залози не було виявлено.

Висновки. При аналізі отриманих даних обстеження дітей з патологією верхніх відділів травної системи, зокрема при поєднанні ГД з ДЖВШ були виділені провідні фактори клініко-лабораторної картини захворювання. З найбільшим ступенем достовірності ($p < 0,001$) були відмічені розбіжності за наступними параметрами: значення ШОЕ, рівень пула сегментоядерних лейкоцитів. Достовірними ($p < 0,005$) виявилися порушення білірубінового обміну та білкового обміну.

Важливими патогенетичними моментами формування досліджуваної патології, за даними наших досліджень, є: зниження евакуаторної функції шлунку, наявність дуодено-гастрального рефлюксу, підвищення ферментовидільної функції підшлункової залози, переважання гіпертонусу жовчного міхура на фоні підвищення тону сфінктера Одді, що призводило до ущільнення стінок жовчного міхура та гіпоехогенності жовчі (за даними УЗД).

ЛІТЕРАТУРА

1. Майданик В.Г. Педиатрія.- Київ.: "А.С.К.", 1999. - 832с.
2. Сміян І.С. Педиатрія (цикл лекцій).- Тернопіль: "Укрмедкнига", 1999. - 712 с.

SUMMARY

THE MULTIFACTORIAL ANALYSIS OF THE ASSOCIATED PATHOLOGY OF THE UPPER DEPARTMENTS OF AN ALIMENTARY SYSTEM

Gorlenco O.M., Malevanic N.G., Gubish O.V, Maljar M.M., Popadinec V.V.

After examination of 80 children with a pathology of the upper departments of an alimentary system were selected the relevant factors of forming of an investigated pathology: a decrease evacuatory function of a ventriculus, reflux gastroduodenale, increase of a function of a pancreas, dominance of hypertension of bile bladder on a background of increase of tone of a sphincter Oddi.

Key words: children, gastroduodenitis, reflux gastroduodenale, multifactorial analisis, patogenesis