

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕЗА И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Куличков В. И., Мальцева А. В.

ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет,
кафедра факультетской педиатрии
г. Челябинск

Ключевые слова: функциональные нарушения поджелудочной железы.

Резюме: среди всех заболеваний поджелудочной железы, у детей в 40-86% случаев наблюдаются функциональные изменения. Целью научной работы было определение особенности клинического течения функциональных нарушений поджелудочной железы у детей и его лабораторные и инструментальные маркеры, определение групп риска по развитию данной патологии и своевременная её диагностика и коррекция.

Resume: among all the diseases of the pancreas, in 40-86% of cases there are functional changes. The purpose of the scientific work was to determine the clinical course of functional disorders of the pancreas in children and its laboratory and instrumental markers, the definition of groups at risk of developing this disease and its timely diagnostics and correction.

Актуальность. Поджелудочная железа является важнейшим экзокринным органом, обеспечивающим адекватное течение пищеварительных процессов. Экзокринная функция поджелудочной железы состоит в выработке ферментов и бикарбонатов. Экзосекреторный аппарат железы включает ацинарные клетки, образующие ацинусы, и протоки. Ацинарные клетки синтезируют и выделяют в полость ацинуса белковый секрет, 98% которого составляют ферменты. Ацинусы секретируют и электролиты (Na^+ , Cl^-), но в небольшом количестве. Вода и электролиты, преимущественно гидрокарбонаты, секретируются дуктулоцитами, выстилающими главные, междольковые и внутридольковые протоки, и центральными ациноцитами, образующими стенку вставочного отдела протока. Дуктулярный секрет содержит главным образом гидрокарбонат натрия, за счет которого секрет имеет основную реакцию ($\text{pH} = 7,5-8,8$). Функции неферментной части панкреатического секрета состоят в ощелачивании кислого желудочного содержимого, поступающего в двенадцатиперстную кишку, и, как следствие, инактивации пепсина, подавлении желудочного и стимуляции кишечного пищеварения, в обеспечении оптимального pH для гидролиза нутриентов в полости тонкой кишки, повышении активности панкреатических и кишечных гидролаз, которые гидролизуют практически все макронутриенты [1]. Экзокринная дисфункция поджелудочной железы встречается при различных заболеваниях и может быть следствием снижения выработки ферментов поджелудочной железой. Нередко ферментная недостаточность обусловлена нарушением их активации в тонком кишечнике. Вследствие нарушения функции экзокринного аппарата поджелудочной железы, приводящей к мальдигестии, часто развивается нарушение всасывания пищевых веществ (мальабсорбция) [2]. Функциональные нарушения

поджелудочной железы (ФНПЖ) - это состояния, сопровождающиеся изменениями панкреатической секреции при отсутствии морфологических изменений в органе. ФНПЖ могут характеризоваться повышением экзокринной функции поджелудочной железы с увеличением объема секрета, синтеза бикарбонатов и ферментов - "гиперпанкреатизм", снижением ее секреторной активности - "гипопанкреатизм". Но поджелудочная железа вырабатывает разнообразные ферменты, и в большинстве случаев наблюдается нарушение выработки некоторых из них при нормальном или повышенном уровне других, что получило название "диспанкреатизм" [3]. По статистике, у детей значительно чаще наблюдаются функциональные изменения поджелудочной железы (в 40-86%), гораздо реже — собственно панкреатиты (острый панкреатит с частотой 10-15 на 100 000 обследованных, хронический панкреатит - частота от 1,3 до 25%) [4]. Согласно Национальному руководству по гастроэнтерологии хронический панкреатит определяется как заболевание поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, характеризующееся прогрессирующими очаговыми, сегментарными, диффузно-дегенеративными либо деструктивными изменениями ее экзокринной части, атрофией железистых элементов и замещением их соединительной тканью, проявляющееся изменениями в протоковой системе органа с образованием кист и конкрементов, различной степенью нарушения экзокринной функции [5]. Адекватная коррекция внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы приобрела особую актуальность в связи с широким распространением хронического панкреатита, заболеваемость которым колеблется в пределах от 49,5 до 73,4 случая на 100 тыс. населения в год, а летальность достигает 11,9% [6].

Цель. Определить особенности клинического течения ФНПЖ и его лабораторные и инструментальные маркеры у детей по данным детского гастроэнтерологического отделения МБУЗ ОТКЗ ГКБ№1 г. Челябинска.

Задачи. 1. Определить критерии постановки диагноза ФНПЖ ;2.Выявить группу риска по развитию экзокринной недостаточности поджелудочной железы;3.Найти методы позволяющие определить ФНПЖ ,которые могут быть использованы в качестве скрининга .

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 64 детей методом поперечного среза за период 2007-2015 год. Из них: девочек- 53%, мальчиков-47%; возраст: 2-6 лет – 11%, 7-11 лет -66%, 12-16 лет -23%. Методы статистической обработки полученных данных: Обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ SPSS (statistics 19.0). Для сравнения качественных данных использовался корреляционный метод: критерий Крамера, метод ранговой корреляции Спирмена, критерий Фишера.

Результаты и их обсуждение. Клинические симптомы: тошнота -33%, отрыжка – 19%, метеоризм 22%, боль в эпигастрии -35%, боль в подреберье -36%, боли в зоне Шоффара -17%, рвота- 30%, диарея -22%, запор – 17%. Данные УЗИ в 97% - в пределах нормы. Фиброгастроскопия: признаки дуоденита 52%. Копрограмма: непостоянная стеаторея - 6.3%, креаторея - 37.5% . Гиперамилаземия

– 87%, амилазурия - 81%. Сопутствующие заболевания: дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – 47%, гастродуоденит - 36%, атопический дерматит – 17%, рецидивирующая крапивница – 20%.

Выводы:1. При интерпретации значений корреляционного метода Спирмена выявлена статистически значимая взаимосвязь: данных УЗИ поджелудочной железы (диффузное повышение эхогенности и плотности паренхимы без увеличения размеров органа) с ФГДС признаками дуоденита - 0,011;2. ДЖВП, хронический гастродуоденит, атопический дерматит и рецидивирующую крапивницу-рассматривать как фактор риска развития ФНПЖ (доказана статистическая взаимосвязь корреляционным методом: критерий Фишера составлял от 0.001 до 0.03 при данных патологиях) ;3. Возрастной пик манифестации заболевания приходится на 11 лет;4. У детей с данными заболеваниями в качестве скрининга необходимо проведение следующих исследований: УЗИ брюшной полости, ФГДС, определение амилазы в крови и моче, копрограмма (ранний признак – наличие нейтрального жира (стеаторея) с последующим появлением переваренных мышечных волокон (креаторея)), йод-липоловый тест .

Литература

1. Бельмер, С.В. Врожденные причины экзокринной недостаточности поджелудочной железы / С.В. Бельмер, А.А. Коваленко // Педиатрия. – 2004. - №16. – С. 984
2. Коровина, Н.А. Эффективность и безопасность Пензитала у детей с нарушениями пищеварения на фоне относительной экзокринной недостаточности поджелудочной железы / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, Л.А. Катаева, Е.В. Захаркина // Педиатрия. – 2004. - №16. – С.989
3. Губергриц, Н.Б., Клиническая панкреатология / Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христич. – Д., 2000. 416 с.
4. Римарчук, Г.В. Заболевания поджелудочной железы / Г.В. Римарчук, Л.А. Щеплягина. – М., 2002. 592 с.
5. Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / В.Т. Ивашкина, Т.Д. Лапиной. – М., 2008. 522-523 с.
6. Маев, И.В. Современные препараты панкреатина в клинической практике / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый. – М., 2009. 32-40 с.