

К. А. Калашнікова, І. Л. Бабій, Г. С. Попік, І. М. Федчук,
Н. О. Нікітіна, В. І. Величко, О. В. Федоренко

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ОРГАНІВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ І ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ ЗОН ПРИ ОБМЕЖЕНІЙ СКЛЕРОДЕРМІЇ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Одеський державний медичний університет

Останніми роками серед дітей зростає кількість хворих із різними формами склеродермії (СД). Хронічний прогресуючий перебіг, полівісцерити, рання інвалідизація потребують подальшого вивчення цієї проблеми [1; 2].

Головна роль у механізмі розвитку СД — захворювання, яке вирізняється прогресуючим склерозом сполучної тканини і стінок судин, — належить автоімунним процесам, генералізованій прогресуючій дезорганізації сполучної тканини, розповсюдженій судинній патології. Вісцеральна патологія свідчить про системність захворювання і поряд із тяжкими ураженнями шкіри, м'язів, локомоторного апарату, які призводять до контрактур, проявляється прогресуючими фіброзно-дегенеративними змінами у шлунково-кишковому тракті (ШКТ), серцево-судинній системі, легенях, нирках та інших органах, що робить прогноз надзвичайно серйозним [3–7].

Ураження ШКТ у дорослих хворих на СД сягає 50–80 % і настільки ускладнює перебіг, що часто стає причиною смерті. Патологія ШКТ у хворих на СД вивчена недостатньо. В літературі трапляються поодинокі роботи, що підтверджують ураження органів травлення при СД у дітей та підлітків [8–10].

Мета дослідження — вивчити частоту, вираженість та особливості патологічних змін гастроудоденальної (ГДЗ) і ге-

патобіліарної (ГБЗ) зон при обмеженій склеродермії (ОСД) у дітей.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 66 хворих на ОСД дітей у вікових межах від 2 до 15 років. Здебільшого (48 хворих — 72,7 %) була констатована бляшкова форма захворювання. Рідше діагностували лінійну форму за типом «шабельного удару» (4 хворих — 6,1 %), геміатрофію обличчя Ромберга (4 хворих — 6,1 %), склероатрофічний ліхен Цумбуша (2 хворих — 3,0 %).

У роботі використовували традиційні та спеціальні методи обстеження у динаміці: ультразвукове дослідження (УЗД) органів ГБЗ, езофагогастроудоденоскопію (ЕФГДС), інтрагастральну комп'ютерну рН-метрію. Під час УЗД органів ГБЗ вивчали структурні особливості паренхіми печінки, стан жовчного міхура та жовчних проток за допомогою апарата Aloka-280 (Японія).

Для вивчення стану слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки застосовували ЕФГДС із гнучким ендоскопом GIF-P 20 японської фірми "Olympus".

Кислотоутворювальну та злужувальну функції шлунка та інтенсивність кислотоутворення досліджували методом інтрагастральної рН-метрії за методикою Ю. Я. Лея. У шлунок вводили двооливковий рН-

зонд Лінара, який підключали до комп'ютера із закладеною програмою аналізу кислотоутворювальної функції. За допомогою калібрувальної кривої визначали справжні показники приладу і будували ацидограму. Залежно від рН шлункового соку вводили подразник: при сильно- і помірнокислому рН — через зонд розчин 0,5 г соди в 30 мл теплої води, а при середньо- і слабокислому рН підшкірно 0,1%-й розчин гістаміну.

Результати дослідження та їх обговорення

Патологія органів ГДЗ і ГБЗ вивчена у 66 хворих на ОСД.

Виявлено, що 24,24 % хворих на ОСД дітей скаржилися на болі у животі, найчастіше у підгрудді та в правому підбер'ї — як пов'язані, так і не пов'язані з прийманням їжі та її складом. Диспептичний синдром у хворих на ОСД виявлявся вдвічі рідше, ніж болювий. Скарги на прояви диспептичного синдрому відмічались у 12,12 % хворих, із них зниження апетиту — у 9,09 %, нудота після їди та запори реєструвалися у 3,03 % дітей. Зі скарг загального характеру, виявлених у 33,33 % хворих, найчастіше відзначалися підвищена втомлюваність (12,12 %), посилена пітливість (9,09 %), часті головні болі (6,06 %). У 30,3 % хворих на ОСД в анамнезі були алергічні прояви, у тому



числі медикаментозна алергія — у 15,15 %, харчова алергія — у 15,15 %, а у 3,03 % дітей — алергія на укуси комах (бджіл, комарів).

Під час проведення об'єктивного дослідження хворих на ОСД больовий синдром пальпаторно виявлено у третини дітей (36,36 %), 12,12 % з яких на болі в ділянці живота не скаржилися. У 30 % хворих виявлено позитивні міхурові симптоми. У дітей була збільшена на 1,5–2 см печінка, болісна при пальпації.

За допомогою ЕФГДС у 1 (1,51 %) хворого визначено поверхневий катаральний езофагіт. Гіперемія слизової шлунка частіше (12,12 %) була загальною, рідше (9,09 %) — лише в антральному відділі. Набряк слизової оболонки в антральному відділі діагностовано лише у кількох дітей (3,03 %). У частини хворих (3,03 %) складки слизової оболонки були набряклими, ригідними, вкритими слизом, що свідчило про глибину ураження шлунка на всьому протязі або лише в антральному відділі. Гастрит супроводжувався продукцією каламутного слизу. У деяких хворих (6,06 %) у шлунку містилася чимала кількість каламутного секрету зі слизом і жовчю (дуоденогастральний рефлюкс). У частини дітей (3,03 %) з ОСД слизова оболонка бульбуса дванадцятипалої кишки подразнена й гіперемована, у просвіті виявлено слиз і жовч.

Методом комп'ютерної внутрішньошлункової рН-метрії в деяких хворих зареєстровано підвищення кислотоутворювальної функції шлунка.

Ультразвукове дослідження підтвердило ураження ГБЗ більш ніж у половини хворих на ОСД (69,69 %). У 28 (42,42 %) хворих виявлено запальні зміни жовчного міхура та жовчних проток: потовщення, пухкість, неоднорідність стінок. У деяких хворих (15,15 %) відзначалося пристінкове підвищення

ехогенності жовчного міхура. У 6,06 % пацієнтів діагностовано холестаза. Деформації жовчного міхура були досить частими й різноманітними. У 2 (3,03 %) хворих виявлена аномалія розвитку жовчного міхура — веретеноподібний жовчний міхур. Серед деформацій найчастіше траплялися перетяжки в ділянці тіла і шийки, перегин у нижній третині. У третини хворих (27,27 %) був застійний жовчний міхур. У 2 (3,03 %) хворих виявлено збільшення печінки на 1,5–2 см.

Наявність запального процесу в жовчних шляхах підтверджувалася дослідженням дуоденального вмісту, отриманого за допомогою дуоденального зондування. У деяких хворих виявлено підвищення концентрації білірубину в порціях «В» і «С». Моторні розлади органів жовчовиділення були досить частими.

Захворювання, виявлені у хворих на ОСД, подаються у таблиці.

Патологічні зміни органів ШКТ діагностовано у 75,8 % хворих на ОСД, частіше у дітей віком від 11 до 15 років. Виявлено, що органи ГБЗ залучалися у патологічний процес у 2,7 разу частіше, ніж ор-

гани ГДЗ. Запальні захворювання органів ГБЗ траплялися частіше, ніж дискінезії жовчного міхура та жовчних шляхів. Серед запальних захворювань органів ГБЗ домінувало поєднане ураження її органів — хронічний холецистохолангіт, який діагностували у 4,7 разу частіше, ніж хронічний холецистит. Значно рідше виявлявся хронічний холангіт — лише у 3,03 % хворих. Аналізуючи характер дискінезій жовчного міхура та жовчних шляхів, переконалися, що гіпотонічний тип дискінезії є у 6,5 разу частішим, ніж гіпертонічний.

Ураження органів гастродуоденальної зони відмічено у 27,3 % хворих, частіше це були діти з тривалістю хвороби понад 3 роки. Значно частіше різноманітна патологія спостерігалась у дітей віком 11–15 років із давністю хвороби понад 3 роки. Серед уражень органів ГДЗ хронічний гастрит виявлявся трохи частіше, ніж хронічний гастродуоденіт.

Поєднана патологія гастродуоденальної та гепатобіліарної зон діагностувалась у 24,2 % хворих, частіше у дітей старшого віку, які хворіли понад 3 роки.

Таблиця

Частота уражень гастродуоденальної та гепатобіліарної зон у дітей, хворих на обмежену склеродермію, n=66

Нозоформи	Абс. кільк.	%
Усього уражень ГДЗ і ГБЗ	50	75,75
Ураження ГДЗ	18	27,27
Ураження ГБЗ	48	72,72
Поєднане ураження ГДЗ і ГБЗ	16	24,24
Ізольоване ураження ГДЗ	2	3,03
Ізольоване ураження ГБЗ	32	48,48
Хронічний гастрит	10	15,15
Хронічний гастродуоденіт	8	12,12
Захворювання ГБЗ запального типу (всього)	36	54,54
Хронічний холецистит	6	9,09
Хронічний холангіт	2	3,03
Хронічний холецистохолангіт	28	42,42
Дискінезія жовчних шляхів (усього)	30	45,45
Дискінезія жовчних шляхів за гіпотонічним типом	26	39,39
Дискінезія жовчних шляхів за гіпертонічним типом	4	6,06



Висновки

1. У 75,8% дітей, хворих на обмежену склеродермію, виявлені порушення з боку органів гепатобіліарної та гастроудоденальної зон у вигляді хронічного гастриту, хронічного гастроудоденіту, хронічного холецистохолангіту, дискінезій жовчовивідної системи за гіпотонічним та гіпертонічним типами.

2. Із прогресуванням склеродермічного процесу частота уражень органів гастроудоденальної зони зростає.

3. Характер і ступінь вираженості змін органів травлення зумовлені розповсюдженістю склеродермії, тривалістю перебігу основного захворювання та віком хворих; поряд із цим зміни органів гепатобіліарної зони діагностували незалежно від терміну тривалості основного захворювання.

4. Ураження органів травлення є малосимптомними і діагностуються, в основному, за допомогою інструменталь-

них і лабораторних методів дослідження. Цим зумовлена необхідність ретельного обстеження шлунково-кишкового тракту в усіх хворих на обмежену склеродермію й адекватного лікування патології, яка визначає прогноз основного захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дука Е. Д., Чергинец В. И. Концепция управления механизмами экологической дезадаптации у детей // Актуальні проблеми і напрямки розвитку педіатрії на сучасному етапі: Матеріали конгресу педіатрів України. — Київ, 7-9 жовтня, 2003. — С. 272-273.

2. Лыскина Г. А. Проблемы системных заболеваний соединительной ткани у детей // Педиатрия. — 2004. — № 2. — С. 46-52.

3. Волков А. В., Старовойтова М. Н., Гусева Н. Г. Особенности клинических проявлений и течения системной склеродермии в зависимости от пола и возраста начала болезни // Терапевт. архив. — 2004. — Т. 76, № 5. — С. 7-11.

4. Клиническое значение определения антител к коллагенам при ювенильной склеродермии / Г. В. Тугаринова, Н. С. Подчерняева, Е. П. Гитель, М. К. Осмина // Клин. лаб.

диагностика. — 2005. — № 9. — С. 16-17.

5. Макарова Н. А. Зміни опорно-рухового апарату у дітей, хворих на склеродермію та дерматомиозит // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2000. — № 2. — С. 64-64.

6. Надашкевич О. М. Про можливі етіопатогенетичні фактори системної склеродермії // Укр. ревматол. журнал. — 2001. — № 3-4 (5-6) — С. 89-90.

7. Systemic sclerosis in children: a national retrospective surgery in Japan / I. Fujita, H. Yamamori, K. Hiyoshi et al. // Acta Paediatrica Japonica. — 1997. — Vol. 39, N 2. — P. 263-267.

8. Богмат Л. Ф., Яковлева І. М. Ендоскопічні та морфологічні аспекти захворювань верхніх відділів травного тракту у підлітків із системною дисплазією сполучної тканини // ПАГ. — 2005. — № 2. — С. 44-48.

9. Ехографічна характеристика гепатобіліарної системи у дітей з дифузними хронічними захворюваннями сполучної тканини / Б. А. Тарасюк, С. О. Бабко, О. П. Клименко та ін. // Перинатологія та педіатрія. — 2004. — № 4. — С. 71-72.

10. Intestinal pseudo-obstruction as an initial presentation of systemic sclerosis in two children / O. Ortiz-Alvarez, D. Cabral, J. S. Prendiville et al. // British J. of Rheumatology. — 1997. — Vol. 36, N 2. — P. 280-284.

УДК 617.735-007.281-06-072.1

О. О. Путієнко

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ВІТРЕАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ, УСКЛАДНЕНОГО РОЗВИНУТИМИ СТАДІЯМИ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ВІТРЕОРЕТИНОПАТІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ РІЗНИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ОЧНОГО ДНА

Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова АМН України, Одеса

Однією з важливих складових успішного проведення хірургічного втручання у хворих із регматогенним відшаруванням сітківки (РВС), ускладненим розвинутими стадіями проліферативної вітреоретинопатії (ПВР), є адекватна

візуалізація структур вітреальної порожнини, особливо її периферичних відділів [3; 4; 6].

Сьогодні застосовуються два основних способи огляду очного дна: стандартний набір контактних лінз, який дозволяє виконати оперативне втру-

чання з максимальним кутом огляду до 50°, і різного типу ширококутові системи (контактні й безконтактні), застосування яких збільшує кут огляду до 120° [2; 3; 5].

С. С. Родін і співавтори запропонували спосіб візуалі-

