

УДК: 616.37-07-053.2

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*В.А.Дігтяр, Е.Г.Садовенко, С.А Щудро, А.М. Барсук,
М.О. Камінська, В.Г.Валов*

ДІАГНОСТИКА АБЕРАНТНОЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

КП « Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

Вступ. Аберантна підшлункова залоза (АПЗ) – рідкісна вада розвитку. Запропонована ендоскопічна тактика при АПЗ у дітей дозволяє своєчасно діагностувати дану патологію.

Мета. Вивчити особливості діагностики АПЗ у дітей та підвищити якість її ендоскопічної діагностики.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз ендоскопічної діагностики АПЗ у 58 пацієнтів, госпіталізованих в хірургічне відділення КП «ДОДКЛ» ДОР» і оглянутих амбулаторно за направленням гастроентерологів, педіатрів.

Результати. Обстеження дітей з аномаліями підшлункової залози проводилося за прийнятим в клініці стандартом. У діагностичному алгоритмі верифікації АПЗ провідне місце займає ФЕГДС. Ендоскопічна картина АПЗ базується на ряді типових макроскопічних ознак характерних для даної вади розвитку. Настороженість при ФЕГДС формується на підставі знання ряду макроскопічних ознак АПЗ у дітей, що дозволяє встановити з високим ступенем достовірності діагноз. Рання діагностика АПЗ у дітей базується на впровадженні в клінічну практику ФЕГДС незалежно від віку дитини, при якій пильну увагу потрібно приділяти антральному відділу шлунка, особливо великій кривизні на відстані до 3-6 см від ворота.

Ключові слова: ендоскопічна діагностика, аберантна підшлункова залоза, діти.

ВСТУП

Аномалії розвитку підшлункової залози у дітей зустрічаються досить часто. Вони можуть бути ізольованими дефектами органу або частиною складних аномалій. Велика їх частина виявляється випадково при ендоскопічному обстеженні дітей з приводу різних захворювань шлунково-кишкового тракту. Аберантна підшлункова залоза (АПЗ) – найчастіша вада розвитку залози, полягає в тому, що розвиваються утворення з нормальної тканини ПЗ в інших органах без зв'язку з основною залозою (стінці шлунка, дванадцятипалій кишці, різних відділах кишечника та інших). АПЗ є одним із проявів дизонтогенетичної гетеротипії і в ряді випадків поєднується з іншими вадами розвитку. Механізм виникнення ектопічної або аберантної ПЗ пов'язаний з порушенням диференціювання ентодермальних стовбурових клітин, адгезією ембріональних панкреатичних клітин. Актуальність своєчасної діагностики АПЗ у дітей має велике медико-соціальне значення. Захворювання органів травлення у дітей через їх широку поширеність, особливостей клінічного перебігу, високого ризику ранньої маніфестації та подальшої інвалідизації представляють серйозну проблему.

Перші симптоми даної патології зазвичай проявляються в дитячому віці, проте рідкість захворювання і відсутність патогномічних симптомів не дозволяє своєчасно встановити правильний діагноз. Запропонована

ПЕДІАТРІЯ

ендоскопічна діагностична тактика АПЗ у дітей здійснює своєчасну діагностику даної патології.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз ендоскопічного дослідження 58 пацієнтів у віці від 1 року до 18 років, оглянутих в кабінеті ендоскопічної діагностики КП «ДОДКЛ» ДОР » за період 2008 -2014 роки.

Ендоскопічне дослідження верхніх відділів шлунково -кишкового тракту здійснювали різними за діаметром фіброгастроскопами, залежно від віку дитини. Фіброгастроскопи: OLYMPUS GIFXPE , PENTAX FG - 24 V діаметром - 7,9 мм , фіброгастроскоп : OLYMPUS GIF E , PENTAX FG - 29 , діаметром 9,8 мм.

Біопсію слизової шлунка виконували щипцями фірми, які входять в стандартний набір. Для оцінки результатів дослідження використовували стандартні вимоги для опису ендоскопічної картини: наявність, локалізація виявленого утворення, його розміри, форму, особливі ознаки, а так само враховували зміни супра- і парополіпозної слизової шлунка. З метою уточнення гістологічної картини проводилася біопсія виявленого утворення.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні прояви АПЗ у дітей варіабельні. Виявлення початкових симптомів АПЗ представляє певні труднощі. Клінічна картина АПЗ не специфічна і залежить від локалізації, розміру ектопії, розвитку ускладнень, таких як запалення, некроз, склероз підслизового і м'язового шарів з розвитком ерозивно-виразкових дефектів, перфорації шлункової або кишкової стінки або інші ускладнення. При відсутності ускладнень це захворювання у дітей може клінічно не проявлятися. Малігнізація АПЗ у дітей відбувається вкрай рідко.

АПЗ часто клінічно не проявляється, цей діагноз у дітей встановлюють випадково, при скринінгових обстеженнях при зверненні пацієнтів з приводу інших захворювань шлунково-кишкового тракту. Діагностика АПЗ при її локалізації в шлунку, дванадцятипалій кишці зазвичай виявляється при ендоскопічному дослідженні, коли виявляються округлі острівці тканини АПЗ, що зазвичай мають вигляд поліпа на широкій основі або кратероподібних поглиблень. Можливо також виявлення утворення в стінці порожнього органу при комп'ютерній томографії (КТ) органів черевної порожнини. Однак остаточний діагноз АПЗ підтверджується тільки при гістологічному дослідженні біоптату.

Серед обстежених нами дітей більшу частину складали хлопчики - 39 (67%) і дівчата -19 (33%).

Діти до 6 років не могли чітко охарактеризувати свої скарги, 11 дітей (18,97%).

Болі в животі - найбільш характерна скарга у дітей з АПЗ, яку пред'являли 47 пацієнтів (81,03%) у віці від 6 до 18 років. Характер болю у дітей був різний, переважали періодичні, колючі болі в епігастральній області, які відзначалися у 29 пацієнтів (61,7%). Однак у 10 дітей (17,2%) відзначалися постійні болі, достатньої тривалості і інтенсивності.

Больовий синдром з однаковою частотою зустрічався як після прийому їжі, так були відзначені і «голодні» болі.

18 дітей (31%) не могли чітко охарактеризувати характер болю. Найбільш типово біль локалізувався в епігастральній ділянці, що встановлено у 28 дітей (48,3%). У деяких випадках діти вказували атипову локалізацію болю,

16 пацієнтів (27,6%): у навколо пупкової ділянці (5), в правому підребер'ї (5), в лівому підребер'ї (6). Нелокалізований характер болю відзначили 14 дітей (24,1%).

У більшості випадків, у 24 (41,4 %) дитини, дослідження проводилося при хронічному гастриті і гастродуоденіті, у випадках неефективного консервативного лікування або при загостренні захворювання. У 8 дітей (13,8%) ФЕГДС виконувалась з метою диференціальної діагностики при підозрі на гострий апендицит. 5 дітей (8,6 %) були у віці до 5 років. З них 3 дитини до 1 року, у яких діагностовано пілоростеноз. 2 дитини - оперовані в періоді новонародженості з приводу атрезії стравоходу. 21 дитина (36,2 %) обстежувався ендоскопічно з приводу постійного або періодичного болю у животі, яким діагноз не був встановлений.

Аналіз скарг і клінічних симптомів у дітей з АПЗ показує, що в більшості випадків клінічна картина обумовлена розвитком запальних змін у слизовій шлунка та ДПК, які приховують анатомо-функціональну присутність АПЗ. Однак при наявності АПЗ клінічна симптоматика відрізняється завзятістю, тривалістю, а також неефективністю консервативних методів лікування, що повинно послужити показанням для виконання ретельного ендоскопічного обстеження дитини будь-якого віку.

Дітям ФЕГДС виконувалося у зв'язку зі скаргами на болі в епігастральній ділянці, періодичну печію і відрижку, що відзначали у 31 дитини (53,4%).

Більш часта локалізація АПЗ на відстані 1 - 3 см від ворота відзначена у 43 дітей (73,6%). Деяко рідше у 15 дітей (26,4%) місце розташування АПЗ на відстані більше 3 см від ворота. При ендоскопічному дослідженні визначали розміри утворення, яке характеризується варіабельністю розмірів - від 0,5 - 0,7 см до 1,5 см в діаметрі.

ВИСНОВКИ

1. Неускладнена АПЗ у дітей протікає безсимптомно .
2. АПЗ частіше діагностується у дітей за наявності патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.
3. Ендоскопічне обстеження дітей з тривалим больовим абдомінальним синдромом, відсутністю ефекту від консервативної терапії має бути алгоритмом в практичній роботі дитячих хірургів, гастроентерологів, педіатрів лікувальних закладів усіх рівнів.
4. Необхідно удосконалювати принципи спадкоємності в діагностиці та лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту.
5. Рання діагностика АПЗ у дітей базується на впровадженні в клінічну практику ранньої ФЕГДС незалежно від віку дитини, при якій пильну увагу потрібно приділяти антральному відділу шлунка, особливо великій кривизні на відстані до 3-6 см від ворота.
6. Для достовірності діагнозу необхідне обов'язкове підтвердження АПЗ виконанням гістологічного дослідження біопсійного матеріалу.

Література

1. Дифференциальная диагностика образований желудка / Винокурова Н.В., Цап Н.А, Трубицына И.А., Киселева Т.С. // Настоящее и будущее детской хирургии: сб. науч. тр.. - Москва, 2002. - С. 320.
2. Морфологическая характеристика эктопированной поджелудочной железы в стенке желудка / Винокурова Н.В., Медведева С.Ю., Беликов Е.С.

[и др.] // Специализированная помощь детям г. Екатеринбурга и области: сб. науч. тр. – Екатеринбург, 2005. - С 142 - 144.

3. Особенности диагностики и определения лечебной тактики при эктопии поджелудочной железы у детей / Винокурова Н.В., Цап Н.А., Дружинин Ю.В., Шовкопляс С. В. [и др.] // Детская хирургия - 2008. - №2. - С. 32-35

4. Эндоскопическая диагностика и лечение новообразований пищевода и желудка у детей / Кожевников В.А., Драчёв В.В., Смирнов А.К., Чуркин И.А. // Материалы выездного пленума РАЭХ: сб. науч. тр.- Барнаул. - 2002.- С. 56-59.

5. Эктопия поджелудочной железы в детском возрасте / Махотин А.А., Супрунов А.Д., Бутко Т.М., Пучков Ю.Б. // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: тез. докл. III Российской конференции - Москва, 2004.- С 144-145.

***В.А.Дегтярь, Е.Г.Садовенко, С.А.Щудро, А.М. Барсуک,
М.О. Каминская, В.Г.Валов***

Диагностика аберрантной поджелудочной железы у детей

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

КП «Днепропетровская областная детская клиническая больница» ДОС»

Вступление. Аберрантная поджелудочная железа (АПЖ) - редкий порок развития. Предложенная эндоскопическая тактика при АПЖ у детей позволяет своевременно диагностировать данную патологию.

Цель. Изучить особенности диагностики АПЖ у детей. Повысить качество эндоскопической диагностики АПЖ у детей.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ эндоскопической диагностики ЭПЖ у 58 пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение КП «ДОДКБ» ОГА и осмотренных амбулаторно по направлению гастроэнтерологов, педиатров.

Результаты. Обследование детей с аномалиями поджелудочной железы проводилось по принятому в клинике стандарту. В диагностическом алгоритме верификации АПЖ ведущее место занимает ФЭГДС. Эндоскопическое описание АПЖ базируется на ряде типичных макроскопических признаков характерных для данного порока развития. Настороженность при ФЭГДС формируется на основании знания ряда макроскопических признаков АПЖ у детей, позволяющих установить с высокой степенью достоверности диагноз. Ранняя диагностика АПЖ у детей базируется на внедрении в клиническую практику ФЭГДС независимо от возраста ребенка, при которой пристальное внимание нужно уделить антральному отделу желудка, особенно большой кривизне на расстоянии до 3-6 см от привратника.

Ключевые слова: эндоскопическая диагностика, аберрантная поджелудочная железа, дети.

***V.A. Digtyar., E.G. Sadovenko, S.O. Scyudro, A.M. Barsuk,
M.O. Kaminskaya, V.G. Valov***

Diagnosing aberrant pancreas in children

SI "Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine",

Dnipropetrovsk Regional Children's Clinical Hospital

Introduction. Aberrant pancreas (AP) is a rare malformation. The suggested endoscopic management at AP in children enables timely diagnose this pathology.

Purpose. To study the diagnosis features of AP in children. To improve the quality of endoscopic diagnosis of AP in children.

Material and methods. It was performed the retrospective analysis of the endoscopic diagnosis of AP in 58 patients admitted to the surgical department of Dnipropetrovsk Regional Children's Clinical Hospital and ambulatory examined being the referrals from gastroenterologists and pediatricians .

Results. The children with the abnormal pancreas were examined according to the standard accepted in the clinic. Esophagogastroduodenoscopy is of great value for the diagnosis verification algorithm of AP. AP endoscopic description is based on a number of typical macroscopic features specific to this malformation. The alertness when doing esophagogastroduodenoscopy is formed on the basis of the knowledge of a number of macroscopic AP symptoms in children, that enables to make a definite diagnosis. The early diagnosis of AP in children is based on the implementation of esophagogastroduodenoscopy regardless of the age of a child; the antrum should be paid much attention, especially the greater curvature at a distance of 3-6 cm from the pylorus.

Key words: endoscopic diagnosis , aberrant pancreas , children.

Відомості про авторів:

Дігтяр Валерій Андрійович - д.м.н., професор, зав. кафедрою дитячої хірургії ДЗ «ДМА». Адреса: Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9, тел.: (056) 713-63-11.

Камінська Маріанна Олегівна - к.м.н., доцент кафедри дитячої хірургії ДЗ «ДМА». Адреса: Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.

УДК 616-053.2

© О.О. ДРЕВІЦЬКА, 2014

О.О. Древіцька

ІНТЕЛЕКТ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОГРАНИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ. Зростає частота пограничних психічних розладів (ППР) у дітей молодшого шкільного віку. При цьому недостатньо досліджено роль інтелекту в патогенезі різних ППР.

Мета. Вивчити показники інтелекту при різних ППР у дітей молодшого шкільного віку для розробки відповідних заходів психологічної корекції та психопрофілактики.

Матеріал і методи. Обстежено 168 пацієнтів 7-10 років з різними ППР, з них 42 дитини з невротичними розладами, 46 - з неврозподібними, 45 - з емоційно-поведінковими і 34 дитини з порушеннями розвитку шкільних навичок. Інтегративні показники інтелекту дитини (вербального і невербального) за тестом Векслера (WISC) надали можливість провести диференціацію ряду клінічних проявів ППР. Для статистичної обробки отриманих даних використовувалося χ^2 - розподіл.

Результати. Понад половини з числа досліджених (53,0%) мали вербальний інтелект від 70 до 85 балів за тестом Векслера (вербальний пограничний когнітивний дефіцит – ВПКД), ще 23,8% дітей з ППР мали вербальний і невербальний інтелект в межах від 70 до 85 балів (загальний пограничний когнітивний дефіцит – ЗПКД). Тільки у 23,2% (39) дітей 7-10 років з ППР вербальний і невербальний інтелект були вищі за 85 балів, ці діти частіше були амбулаторними пацієнтами, рідко виникала необхідність їх перебування в стаціонарі: 9,7% пацієнтів стаціонару і 44,6 % амбулаторних з числа обстеження