

К ВОПРОСУ О КАРДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТОМ

*Кафедра детских болезней,
Адыгейского филиала Кубанского государственного медицинского университета*

Введение

Патология желчевыводительной системы у детей в структуре болезней органов пищеварения представляет собой одну из актуальных проблем современной педиатрии. Рост заболеваемости холециститом у взрослых, безусловно, имеет свои истоки в детском возрасте. В настоящее время нередко большие трудности представляют своевременная диагностика хронического холецистохолангита у детей, оценка тяжести, характера течения патологического процесса и эффективности проводимой терапии [1, 2].

Многочисленные клинические и экспериментальные данные свидетельствуют, что на современном этапе хронический холецистохолангит имеет вялое, латентное течение, отличается полиморфизмом клинической симптоматики, недостаточным эффектом терапии, проводимой в условиях стационара [5].

Между тем клинически холецистохолангит является системным заболеванием организма с вовлечением в патологический процесс не только органов желудочно-кишечного тракта, но и других жизненно важных органов и систем. Клинические наблюдения свидетельствуют о частом поражении сердечно-сосудистой системы при заболеваниях желчных путей как у взрослых, так и у детей [7].

Многообразие клинических проявлений хронического холецистохолангита, особенно «замаскированных» вариантов течения, служит причиной частых диагностических ошибок [3, 6].

Как известно, единственными проявлениями кардиальной формы хронического холецистохолангита у детей являются функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, которые при длительном течении болезни могут стать органическими [4].

В настоящее время доказано, что выявление заболеваний желчевыводящей системы на ранних стадиях болезни предупреждает хронизацию процесса, а также не требует длительного лечения, в то время как дети с выраженной давностью патологического процесса нуждаются в длительном этапном лечении (стационар, поликлиника, санаторий).

Поэтому изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы при хронических холецистохолангитах у детей способствует улучшению диагностики скрыто протекающих вариантов заболевания.

К настоящему времени в литературе достаточно глубоко и разносторонне отражено функциональное состояние сердечно-сосудистой системы при хронических холецистохолангитах у взрослых. В доступной нам литературе мы не обнаружили работ, посвященных исследованию функционального состояния сердца и сосудов при хронических холецистохолангитах у детей на этапах реабилитации.

Цель исследования – повысить качество диагностики и эффективность лечения детей, больных хроническим холецистохолангитом, путем изучения функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Методика исследования

Нами были проведены исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы у 106 детей в возрасте 5–14 лет, больных хроническим холецистохолангитом, получавших лечение на разных этапах реабилитации: все наблюдаемые больные получили лечение в детской клинике, из них 48 больных через 5–6 месяцев после выписки из стационара были направлены на санаторно-бальнеологическое лечение на курорт Горячий Ключ. Контрольную группу составили 30 условно-здоровых детей того же возраста.

При поступлении детей, больных хроническим холецистохолангитом, в стационар нами определялись различные симптомы заболевания: обложенный язык (96,2%), болезненность при пальпации живота (100%), в том числе в правом подреберье (40,6%), в правом подреберье и эпигастрии (36,8%), в эпигастрии (21,7%), в области пупка (0,9%), увеличение печени (25,5%), положительные пузырьные симптомы (98,1%), тошнота (87,7%), рвота (56,6%), запоры (58,5%).

Диагноз хронического холецистохолангита ставился на основании эпидемиологических, клинических данных и результатов лабораторно-инструментального обследования.

Анализ результатов обследования больных хроническим холецистохолангитом показал, что функциональные изменения сердечно-сосудистой системы отмечаются у 88,7% детей. Так, у больных хроническим холецистохолангитом в момент поступления в детскую клинику (период обострения заболевания) отмечены следующие жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: боль и неприятные ощущения в сердце (60,6%), боль за грудиной (8,5%), сердцебиение (50,0%), перебои (8,5%), одышка (1,1%), обморочное состояние (27,7%). Аускультативные изменения у наблюдаемых детей представлены приглушенностью сердечных тонов (93,6%), отчетливым систолическим шумом (88,3%), III тоном (57,5%), акцентом II тона над легочной артерией (41,5%). Изменения частоты пульса в виде тахикардии (43,6%), брадикардии (25,5%), артериального давления: систолическое повышено (11,7%), понижено (44,7%), диастолическое повышено (12,8%), понижено (40,4%). Дисрегуляторная реакция пробы Шалкова выявлена у 38 больных (40,4%), условно-неблагоприятная – у 11 (11,7%).

Элетрокардиографические исследования позволили установить, что у детей, больных хроническим

холецистохолангитом, нарушается функция автоматизма, возбудимости и несколько реже – проводимости. На ФКГ у 95,4% больных выявлены те или иные изменения, свидетельствующие о поражении сердечно-сосудистой системы.

Проведенное эхокардиографическое обследование детей, больных хроническим холецистохолангитом, позволило исключить органическую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы.

Полученные нами данные при исследовании сердечно-сосудистой системы у детей, больных хроническим холецистохолангитом, указывают на снижение сократительной способности сердечной мышцы.

После проведенной комплексной терапии в стационаре на фоне стихания активности патологического процесса и исчезновения большинства клинических симптомов заболевания к моменту выписки мы наблюдали положительную динамику со стороны функционального состояния сердечно-сосудистой системы, однако полной нормализации кардиальных изменений не наступило.

У наблюдаемых детей сохранялась стойкость систолического шума на верхушке и в V точке, отмечались небольшие положительные сдвиги в частоте пульса, а артериальное давление, электрофонокардиографические показатели изменялись значительно медленнее.

Результаты исследования

Полученные результаты показали, что у детей хронический холецистохолангит вызывает значительные нарушения функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Комплексная терапия, проводимая в детской клинике, не способствует полному восстановлению функции сердца и сосудов, о чем свидетельствует сохранение кардиальных изменений у значительной части больных при выписке из стационара.

Результаты клинических наблюдений и исследований свидетельствуют, что функциональные показатели сердечно-сосудистой системы у детей, больных хроническим холецистохолангитом, могут отражать активность патологического процесса и, следовательно, могут быть использованы для оценки эффективности проводимой терапии. Исследования функционального состояния сердечно-сосудистой системы позволяют наметить пути дальнейшей реабилитации детей, больных хроническим холецистохолангитом.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что цитохимические показатели отражают активность воспалительного процесса в билиарной системе у детей, больных хроническим холецистохолангитом, и могут служить критерием его активности. У больных происходило значительное нарушение внутрилейкоцитарной координации энзиматических и неферментных систем, что является благоприятным фоном для рецидивирования болезни. Цитохимические методы исследования позволяют оценить эффективность проводимой терапии и наметить пути дальнейшей реабилитации этих больных.

После выписки из детской клиники 48 детей, больных хроническим холецистохолангитом (период полной клинической ремиссии), были направлены в санаторий «Звездочка» курорта Горячий Ключ, основными лечебными факторами которого являются

гидросульфидные минеральные воды, используемые для ванн, и гидрокарбонатно-хлоридно-натриевые минеральные воды, используемые для питьевого лечения. На курорт дети поступали в удовлетворительном состоянии с минимальной активностью патологического процесса.

Под влиянием отдельных гидросульфидных ванн происходили характерные изменения. Установлено, что во время приема отдельной гидросульфидной ванны у большинства детей отмечалось учащение пульса, понижение кровяного давления. В 75,0% случаев под влиянием курса ванн наблюдалось урежение пульса, повышение артериального давления, т. е. все показатели нормализовались. При выписке из санатория на фоне улучшения общего состояния детей и исчезновения основных клинических проявлений хронического холецистохолангита происходила нормализация функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

К моменту выписки из санатория наряду с исчезновением жалоб и основных клинических симптомов заболевания происходила нормализация цитохимических показателей, что указывает на высокую эффективность санаторно-бальнеологического лечения у детей, больных хроническим холецистохолангитом, и на необходимость его обязательного включения в систему реабилитационных мероприятий у детей с патологией билиарной системы.

Важно отметить, что у детей, больных хроническим холецистохолангитом, получивших санаторно-бальнеологическое лечение, на протяжении всего периода наблюдения в течение 3 лет обострения заболевания практически не отмечались (всего два случая), в то время как у детей, не получивших санаторно-бальнеологического лечения, обострения патологического процесса наблюдались у 21 больного.

Обсуждение

Таким образом, после санаторно-бальнеологической терапии происходила нормализация всех изучаемых параметров функционального состояния сердечно-сосудистой системы, что указывает на высокую эффективность санаторно-курортного лечения детей, больных хроническим холецистохолангитом, и на необходимость его обязательного включения в систему реабилитационных мероприятий у детей с патологией желчевыводящих путей.

Поступила 28.09.2006

ЛИТЕРАТУРА

1. Запруднов А. М., Григорьев К. И. Гастроэнтерологическая патология в клинике детских болезней // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1998. Т. 38, № 4. С. 25–29.
2. Ивашкин В. Т. с соавт. Болезни печени и желчевыводящих путей. М.: ООО «Издат. дом «М-Вести». 2002. 416 с.
3. Коровина Н. А. с соавт. Дифференциальная диагностика заболеваний желчного пузыря у детей // Педиатрия. 1991. № 9. С. 41–45.
4. Панфилов Б. К. Билиарно-кардиальный синдром – холециститное сердце. М.: Изд-во ун-та Дружбы народов, 1996. 241 с.
5. Чамокова Е. Ф., Корнаева М. М. Профилактика заболеваний желчной системы у детей и их лечение минеральными водами Северной Осетии. Орджоникидзе: Ир, 1980. 87 с.
6. Шияев Р. П. с соавт. Болезни детей старшего возраста. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.

I. D. KUANOVA, F. CH. BAGIKIROVA

TO THE QUESTION OF CARDIAL LESIONS IN CHILDREN WITH CHRONIC CHOLECYSTOCHOLANGEITIS

The aim of the work is to upgrade diagnostics and effectiveness of treatment of the children with chronic cholecystocholangeitis by studying functional state of the cardiovascular system.

The results of clinical observations and investigations show that the functional parameters of cardiovascular system in children with cholecystocholangeitis can reflect the pathological process activity and, therefore, can be used to evaluate the providing treatment. Investigations of the functional state of the cardiovascular system can outline the way of the further rehabilitation of the children with chronic cholecystocholangeitis.

Keywords: Cardiovascular system, chronic cholecystocholangeitis.

Г. М. МОГИЛЬНАЯ, В. Н. ЯРЕМЕНКО, Е. И. НЕВЕНЧЕНАЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНОВЛЕНИЯ ЗАЩИТНОГО БАРЬЕРА ДПК РАСТИТЕЛЬНОЯДНЫХ И ПЛОТЯДНЫХ МЛЕКОПИТАЮЩИХ В ОНТОГЕНЕЗЕ

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии КГМУ

Введение

Как известно, углеводсодержащие биополимеры (УСБ), секретлируемые эпителиоцитами желудочно-кишечного тракта, имеют отношение к формированию его защитного барьера [1, 3, 4, 5, 6]. Для млекопитающих с различным типом питания показана зависимость между химическим составом защитного барьера желудка и генетически детерминированным типом питания [4, 5]. Вместе с тем защитный барьер двенадцатиперстной кишки (ДПК) изучен недостаточно.

Настоящая работа посвящена выявлению зависимости гистохимических особенностей становления защитного барьера ДПК в онтогенезе у животных с различным типом питания.

Материалы и методы

Объектом исследования послужила слизистая оболочка ДПК взрослых плотоядных (кошка, собака) и растительноядных (кролик, морская свинка, мышь, хомяк) животных, а также зародышей в ранний и поздний пренатальный периоды, в период новорожденности и в постнатальный период (ранний – молочного и поздний – смешанного питания). Всего изучен материал от 306 особей: 28 – взрослые животные, 130 – эмбрионы и плоды в различные сроки пренатального онтогенеза и 148 – животные в постнатальном периоде развития (табл. 1).

Животные были взяты из вивария Кубанской медицинской академии. Здесь же производилось оплодотворение, там же эмбрионы и плоды выращивались до определенного возраста. Эвтаназию животных, за исключением собак, кошек и кроликов, производили путем передозировки (в 2–3 раза) эфира. Собак и кошек забивали электрическим током, кроликов – с помощью воздушной эмболии через вены уха. Материал фиксировали в 10%-ном нейтральном формалине, а также в жидкости Гамперля, фиксацию производили при температуре 4°C. Материал заливали в парафин, готовили срезы толщиной 5–7 мкм. Изучение общеморфологи-

ческой картины стенки ДПК и измерение основных параметров слизистой оболочки проводились на срезах, окрашенных гематоксилином-эозином [10]. Для изучения распределения УСБ использован комплекс гистохимических методов (ШИК-реакция, альциановый синий при pH 2,7, альциановый синий и основной коричневый при pH 1,0) в сочетании с ферментными обработками, что позволило провести идентификацию выявляемых веществ [2]. С этой целью использовали схему, разработанную М. Г. Шубичем и Г. М. Могильной [7]. Кроме того, была проведена количественная оценка распределения ШИК-реактивных и альцианофильных БГ в зоне ворсинок и крипт, а также дана оценка в баллах содержания УСБ в микроструктурах слизистой оболочки ДПК. В каждом препарате подсчитывали число БГ в 5–10 случайно выбранных ворсинках или, соответственно, криптах, после чего определяли среднее количество бокаловидных glanduloцитов (БГ). По формуле [9] вычисляли средний цитохимический коэффициент (СЦК). Для оценки секреторной активности БГ использовали показатель муцинпродуцирующей активности (МПА), вычисленный по формуле: $MPA = SCK \bar{x}$, где \bar{x} – среднее количество БГ, рассчитанное на одну ворсинку или крипту.

Количественный материал обрабатывали методом вариационной статистики по Стьюденту. Расчеты выполняли на компьютере по оригинальной программе, разработанной на кафедре гистологии, цитологии и эмбриологии КГМУ.

Результаты исследования и их обсуждение

Морфологическое исследование ДПК показало, что рельеф слизистой оболочки у плотоядных животных формируется в раннем плодовом периоде (35–40 суток) онтогенеза. В то время как у растительноядных – в различные сроки: у морской свинки (45-е сутки) и кролика (18-е сутки) – в раннем, а у мыши (22-е сутки) и хомяка (10-е сутки) – в позднем плодовом периоде.

Дифференцировка секреторных клеток дуоденальных желез также происходит в различные периоды