

УДК 616.242-002.44-053.2:2:575]-085

DOI: 10.22141/2306-2436.7.4.2018.148359

Мельник Д. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Проблеми виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей шкільного віку

For cite: Zdorov'a suspil'stva. 2018;7(4):171-175. doi: 10.22141/2306-2436.7.4.2018.148359

Резюме. Актуальність. У даній статті висвітлено ситуацію, що складається на сьогодні, із захворюваннями органів травлення. На даний час, ця патологія посідає друге місце як серед дорослого, так і дитячого населення. Ситуацію, що склалась, можливо пов'язати не лише з економічною нестабільністю, а також із поширеністю шкідливих звичок серед дітей, нехтування здоровим способом життя тощо. У подальшому ці фактори можуть впливати не лише на загальний стан здоров'я, а також на скорочення тривалості життя. **Мета:** вивчити стан захворювань органів травлення у дітей шкільного віку, у першу чергу – виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК). **Матеріали та методи.** Використовувався метод семантичної оцінки наукових документів та метод системного і процесного аналізу. **Результати.** Проаналізувавши наукові роботи українських та іноземних авторів визначено, що виразкова хвороба дванадцятипалої кишки зустрічається в 4-13 разів частіше за виразкову хворобу шлунку. Згідно програми дослідження проаналізовано поширеність виразкової хвороби дванадцятипалої кишки серед дітей. Результати наукових досліджень щодо механізмів виникнення і розвитку ВХ ДПК, як найбільш виразної моделі психосоматичних співвідношень, свідчать, що ВХ ДПК розглядають не як суму місцевих порушень, що розвинулися внаслідок ацидопептичної агресії і впливу Н. pylori, а як системне захворювання, у формуванні якого беруть участь спадкові, психосоматичні, нейровегетативні та інші фактори. Незважаючи на провідну роль Н. pylori-інфекції в етіології ВХ ДПК, цю патологію розглядають як багатофакторне за етіопатогенезом органічне захворювання, у виникненні, перебігу і наслідках якого разом зі спадковою схильністю (15–40 %) та впливом різноманітних чинників зовнішнього середовища важливу роль відіграють психогенні фактори. Визначення факторів ризику, доведення їх ролі у порушенні здоров'я людини, а також кількісна характеристика залежностей шкідливих ефектів від рівнів впливу конкретних факторів дозволяє оцінити реальну загрозу здоров'ю населення, що проживає на певних територіях, і дає об'єктивні підстави для впровадження профілактичних заходів. **Висновки.** У сучасній медичній літературі немає достатніх досліджень комплексного показника стану здоров'я дітей шкільного віку. У зв'язку з цим пропонується підхід, сутність якого полягає у тому, що діти шкільного віку представляють специфічну категорію населення, яка повинна мати досить високий рівень здоров'я, а значить і високий рівень працездатності. Що стосується рівня працездатності, то в наших дослідженнях буде запропоновано раціональний підхід до його кількісного визначення.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки; фактори ризику; первинна медична допомога; діти шкільного віку; працездатність

Вступ

У зв'язку із соціально-економічними проблемами останніх років динаміка стану здоров'я дитячого населення в Україні набула негативних тенденцій, передусім за рахунок збільшення кількості дітей з хронічною патологією. Серед хронічних захворювань хвороби органів травлення посідають друге місце як серед дорослого, так і серед дитячого населення [1].

Незважаючи на значні успіхи в сучасній гастроентерології, неухильно зростає рівень поширеності хвороб органів травлення, особливо серед дитячого населення – з 60–80 % до 140–200 % [2,3]. За результатами дослідження (Сокольник С. О., 2004),

близько 2 млн дітей в Україні страждають на захворювання травної системи, причому з роками зростає рівень поширеності гастроентерологічних захворювань.

Незважаючи на значні успіхи у вивченні етіопатогенетичних механізмів формування, удосконалення діагностики та лікування, а також на розробку комплексу профілактичних заходів щодо ВХ ДПК, ця нозологія викликає практичну та наукову зацікавленість серед дитячих гастроентерологів і ЛЗП-СЛ, оскільки частота патології не зменшується, а навпаки, щорічно зростає кількість тяжких ускладнень захворювання.

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2018

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2018

Для кореспонденції: Мельник Дарина Вячеславівна, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожичська, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: daryna.mel@gmail.com

For correspondence: Darina Melnyk, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorogozhytska st., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: daryna.mel@gmail.com

Мета: вивчити стан захворювань органів травлення у дітей шкільного віку, в першу чергу - виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи

Використовувався метод семантичної оцінки наукових документів та метод системного і процесного аналізу.

Результати та обговорення

У структурі патології органів травлення 1,7-16 % приходить на виразкову хворобу. Розповсюдженість виразкової хвороби серед дитячого населення України складає 0,4 - 4,3 %. Частіше хворіють дівчата у віці 9-11 років, а хлопчики - 12-14 років. У переважній більшості випадків серед дітей зустрічається ВХ ДПК - 82-87 %, ВХШ - 11-13 %, сполучена форма - ВХШ і ДПК - 4-6 %. При загостренні ВХ звичайно виявляється рецидивуюча виразка (гостра ерозія), найчастіше асоційована з *Helicobacter Pylori* (НР+ ВХШ - 68-70 % випадків, НР+ ВХ ДПК - 88-98 % випадків). Спадкова схильність при виразковій хворобі має місце у 45-75 % хворих [4].

На тлі скорочення чисельності дитячого населення (8186,3 тис. дітей у 2009 р., 7990,4 тис. у 2013 р. і 7204,8 тис. у 2016 р.) рівні захворюваності й поширеності хвороб залишаються високими [4], що свідчить про негативну тенденцію. Частота ВХ ДПК становить $1,6 \pm 0,1$ на 1000 дітей [1].

Наукові публікації останніх років свідчать про чисельні спроби аналізу тих чи інших умов виникнення ВХ ДПК у дітей, однак практично немає робіт, в яких наведено детальний перелік чинників ризику розвитку захворювання та шляхи їх первинної профілактики [5,7,6].

Тому вивчення формування хвороб органів травлення серед дітей (і насамперед ВХ ДПК) у центральних регіонах України дасть змогу уточнити не тільки поширеність окремих форм клінічної патології, відмінності в закономірностях розвитку і прогресування, але й оптимізувати шляхи первинної профілактики цих форм.

Отримані результати дослідження Logan R.P. та Walker M.M. (2000 рік) щодо *Helicobacter pylori* свідчать, що первинне зараження відбувається в ранньому дитинстві. У розвинених країнах щорічно інфікується *Helicobacter pylori* близько 0,3-0,7 % населення, в країнах, що розвиваються, - 6-14 % (жінки хворіють на ВХ в 2-7 разів менше за чоловіків) [8, 9, 10, 11, 12].

При ВХ ДПК характерними симптомами є біль, печія, нерідко блювання кислим шлунковим вмістом незабаром після їди на висоті болю. У період загострення спостерігається щоденний біль, що виникає натщесерце, а після їди тимчасово зменшується або зникає та з'являється знову (при виразці ДПК через 1,5-2,5 год.). При ВХ ДПК частими є нічний, «голдний» біль, що супроводжується закрепами [14].

При ВХ ДПК можуть виникати такі ускладнення: кровотеча, перфорація, деформації і стенози, переродження виразки в рак, вегетативно-судинна дистонія, хронічний холецистит, панкреатит. Прогноз

при ВХ ДПК відносно сприятливий, за винятком випадків, коли виникають ускладнення. Наведені дані стосуються *H. pylori*-асоційованих форм ВХ ДПК. Для *H. pylori*-негативних форм сезонність і частота загострень менш характерні [13,14,15].

За результатами дослідження Торгалов В. В., Казначеева Л. Ф., Фастова С. К. (2006 рік), інтенсивний біль натще відмічався у 58,8 % дітей. Водночас у 21,2 % дітей біль спостерігався відразу після вживання їжі або через 15-20 хв після їди. 18,2 % дітей скаржилися на біль, не пов'язаний зі вживанням їжі. Поряд з цим, у частини дітей виразкова хвороба дванадцятипалої кишки протікає латентно або атипово з переважанням диспептичного синдрому [16,17].

Серед особливостей перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей найбільш значущими є значне «омолодження» патології (нерідко виразкова хвороба дванадцятипалої кишки маніфестує у 7-9 років), збільшення кількості рецидивів, тривале збереження гостроти запально-деструктивних процесів, нівелювання сезонності загострень, нетипові клінічні прояви (олігосимптомний перебіг, безбольовий варіант спостерігається майже в 50 % хворих), збільшення кількості ускладнень (кровотечі супроводжують загострення в 20-25 % випадків) і як результат: відсутність бажаного ефекту від лікування або стійкість до лікувальних заходів, що проводяться [18].

У деяких пацієнтів перші клінічні ознаки у вигляді диспептичних симптомів з'являються на тлі актуальних психосоціальних стресових факторів. Так, клінічна картина психопатологічних розладів маскує класичні соматичні симптоми ВХ ДПК.

На розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки впливають численні патогенетичні фактори, серед яких умовно виділяють загальні і місцеві. До загальних факторів відносять ті або інші порушення нервової та гормональної регуляції діяльності гастроуденальної системи, до місцевих - дестабілізацію динамічної рівноваги між механізмами кислотно-пептичної агресії і слизокарбонатного захисту слизових оболонок [17].

Здоров'я дитини шкільного віку визначається складною взаємодією ряду факторів: спадковість, соціально-економічне та психологічне благополуччя, доступність та якість медичного обслуговування, спосіб життя і наявність шкідливих звичок, умови життєдіяльності та якість навколишнього природного середовища. Визначення точного внеску окремих факторів у розвиток захворювання є складним завданням, яке ускладнюється значною кількістю обумовлених ними ефектів, багато з яких, до того ж, можуть зустрічатися серед населення і без впливу цих факторів [19,20,21].

Водночас шляхом проведення належним чином спланованих епідеміологічних досліджень можна виявити та кількісно оцінити ризик розвитку захворювань для відносно великих груп населення і насамперед - для дітей шкільного віку, при дії на організм різних поєднань несприятливих чинників зовнішнього середовища відбувається зрив механізмів саморегу-

ляції з порушенням секреторної і моторної діяльності верхнього поверху шлунково-кишкового тракту, що створює певні умови для маніфестації виразкової хвороби дванадцятипалої кишки [22].

Таким чином, за сучасними уявленнями, багато з перерахованих вище факторів агресії та захисту є генетично детермінованими, а рівновагу між ними підтримує узгоджена взаємодія нейроендокринної системи. Додатковими факторами є порушення режиму харчування, зловживання гострою, грубою та подразнювальною їжею, поспішна їда, вживання міцних спиртних напоїв та їх сурогатів, куріння. В інших роботах показано, що в клініці хворих на ВХ ДПК, які мають спадкову схильність, разом із соматичними проявами (больовим, диспептичним, астено-вегетативним синдромом) відмічаються психоемоційні порушення з переважанням тривожно-депресивних і астено-невротичних розладів, що слід враховувати при лікуванні та профілактиці [23,24,25].

На сьогодні одним із найбільш ефективних сучасних підходів є методологія оцінки ризику, яка визначає вибір оптимальних шляхів усунення або зменшення ризику і складається з трьох взаємопов'язаних елементів: оцінка ризику; управління ризиком; інформування про ризик. Саме їх сукупність дає змогу не лише виявити існуючі проблеми, розробити шляхи їх вирішення, але й створити умови для практичної реалізації цих рішень на рівні первинної профілактики [26]. Використання сучасних схем лікування не призвело до зниження частоти загострень і ускладнень при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки. Тому на перший план виходить не тільки своєчасна, а й максимально рання діагностика захворювання, його адекватне лікування, а також повний комплекс заходів первинної профілактики, направлений на запобігання виразкової хвороби дванадцятипалої кишки і попередження загострень і формування ускладнень [27,28,29].

Визначення факторів ризику, доведення їх ролі у порушенні здоров'я людини, а також кількісна характеристика залежностей шкідливих ефектів від рівнів впливу конкретних факторів дозволяє оцінити реальну загрозу здоров'ю населення, що проживає на певних територіях, і дає об'єктивні підстави для впровадження профілактичних заходів. Отже, сучасна методологія оцінки ризиків для здоров'я та управління ними у разі впровадження її у практику діяльності лікаря загальної практики — сімейного лікаря, дозволяє вирішити як традиційні, так і нові задачі профілактичної медицини.

Аналіз різних методик досліджень показав перспективність робіт Л.Ф. Яблонської (1980), О. Г. Шекери (2009) в яких були використані методи математичного моделювання.

Сьогодні дітям з ВХ ДПК і ВХШ рекомендується перебувати під поглибленим медичним спостереженням протягом 5 років при гострій ерозії, постійно - при рецидивуючій виразці. Огляд лікаря загальної практики — сімейної медицини або педіатра — 2 рази на рік, дитячого гастроентеролога - 2 рази на рік. При необхідності, за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР,

стоматолог, невролог та ін.) — 1 раз на рік. Протирецидивне лікування: проводиться при відсутності скарг і від'ємних результатах дихального тесту 2 рази на рік (наприкінці зими та восени) і має профілактичну загальноукріплюючу направленість. При сприятливому перебігу ВХ — проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару). На сьогодні ендоскопічний контроль здійснюється 1 раз на рік (або за необхідністю). ЕДГС контроль проводиться при наявності скарг, а також при позитивних результатах калу на приховану кров або дихального тесту на *H. pylori* [4].

У сучасній медичній літературі немає достатніх досліджень комплексного показника стану здоров'я дітей шкільного віку. У зв'язку з цим пропонується підхід, сутність якого полягає в тому, що діти шкільного віку становлять специфічну категорію населення, яка повинна мати досить високий рівень здоров'я, а значить — і високий рівень працездатності, оскільки навчання потребує значних фізичних і розумових затрат. Щодо рівня працездатності дітей шкільного віку Шекера О. Г., Яблонський П.М. (2009) пропонують сучасні підходи до його кількісного визначення.

Світова практика показує, що для удосконалення системи профілактики різних захворювань слід впроваджувати передові методи (технології), ефективність яких достовірно доведена. У заключення необхідно відмітити, що світова практика показує, що для удосконалення системи профілактики різних захворювань слід впроваджувати передові методи (технології), ефективність яких достовірно доведена [28,29].

Висновки

Таким чином, враховуючи недостатню вивченість комплексного показника стану здоров'я дітей шкільного віку з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки цілому, неоднозначність наявних відомостей, є актуальним проведення комплексного дослідження, присвяченого вивченню первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки дітей шкільного віку та запропонувати можливий підхід до кількісного визначення рівня працездатності цієї категорії дітей.

Аналіз літературних джерел свідчить про зростання рівня поширеності захворювань ШКТ серед дітей шкільного віку і гетерогенність клінічного перебігу таких захворювань. Значні статистичні розбіжності в поширеності хвороб ШКТ у різних країнах, поодинокі статистичні дані щодо показників у дитячому віці є наслідком відсутності єдиної універсальної тактики в їх діагностиці, спрямованості в лікуванні, прогнозуванні та профілактиці на ранніх стадіях розвитку захворювання, що, своєю чергою, потребує поглибленого наукового аналізу. ФР виникнення ВХ ДПК у дітей шкільного віку, пошуку нових ефективних методів прогнозування, профілактики та лікування з метою їх запровадження в закладах ПМД.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Безус Е.В. Иммуногенетические параметры и коррекция иммунных нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Е.В. Безус. — Оренбург, 2008. — 19 с.
2. Значимость факторов риска в ранней диагностике и первичной профилактике язвенной болезни / А.Н. Ржанникова, Н. И. Ржанникова, Т. В. Болотнова // Вестн. Тюмен. гос. ун-та. Экология и природопользование. — 2013. — № 6. — С. 118–123.
3. Zulfiqar U. Relation of High Heart Rate Variability to Healthy Longevity / U. Zulfiqar, D. Jurivich, W. Gao // American Journal of Cardiology. — 2010. — Vol. 105, №8. — P. 1181–1185.
4. Полунина Т. Е. Новый взгляд на болезнь язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Т. Е. Полунина // Мед. совет. — 2008. — № 9/10. — С. 54–60.
5. Полунина Т. Е. Новый взгляд на болезнь язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Т. Е. Полунина // Мед. совет. — 2008. — № 9/10. — С. 54–60.
6. Психосоциальные факторы и язвенная болезнь / О.А. Кураמיшина, Ю.А. Кофанова, Л.В. Габбасова, А.Я. Крюкова // Фундам. исследования. — 2011. — № 10. — С. 302–304.
7. Медико-соціальні аспекти виразкової хвороби у дітей / Т. В. Сорокман, С. В. Сокольник, Н. О. Попелюк, О. В. Макарова // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. — 2013. — № 2. — С. 54–56.
8. Молекулярно-генетические аспекты язвенной болезни / Э. Х. Шаймарданова, А. Х. Нургадиева, Д.Д. Надьришина, Э. К. Хуснутдинова // Мед. генетика. — 2014. — № 11. — С. 3–14.
9. Шарикова О.А. Нейровегетативные нарушения у детей с язвенной болезнью и методы их коррекции / О.А. Шарикова, Р.Т. Пусов // Язвенная болезнь — актуальная медицинская проблема: науч.-практ. конф., 2006: матер. — М., 2006. — С. 123.
10. Blecker U. Different Pattern of Helicobacter pylori Adherence to Gastric Mucosa Cells in Children and Adults. An Ultrastructural Study / U. Blecker // S. Afr. Ved. J. — 2009. — Vol. 90, №6. — P. 570–576.
11. Furuta T. Genomic-sequence comparison of two unrelated isolates of the human gastric pathogen Helicobacter pylori / T. Furuta, T. Kaneko, E. Suzuki // American Society of Microbiology. — 2010. — №34. — P. 2425
12. Furuta T. Polymorphism of interleukin-1beta affects the eradication rates of Helicobacter pylori by triple therapy / T. Furuta, N. Shirai, F. Xiao // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2011. — Vol. 2, №1. — P. 22–30.
13. Горячева О. А. Особенности течения язвенной болезни у детей на современном этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 / Горячева Ольга Александровна; Рос. гос. мед. ун-т Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию. — М., 2009. — 25 с.
14. Детская гастроэнтерология : руководство для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : МЕДпресс-информ, 2013. — 757 с.
15. Маев И. В. Диагностическая значимость дыхательных тестов в диагностике инфекции Helicobacter pylori / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Р. А. Айвазова [и др.] // Саратов. науч.-мед. журнал. — 2013. — № 1. — С. 57–64.
16. Конь И. Я. Диетотерапия гастродуоденитов и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей: современные подходы / И. Я. Конь, С. Б. Вольфсон, В.В. Кирдяшкина // Вопросы детской диетологии. — 2008. — № 1. — С. 44–48.
17. О качестве медицинской помощи детям, страдающим язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Л.Н. Цветкова, Н. В. Полунина, О. А. Горячева [и др.] // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 2010. — № 1. — С. 55–58.
18. Психосоциальные факторы и язвенная болезнь / О.А. Кураמיшина, Ю. А. Кофанова, Л. В. Габбасова, А.Я. Крюкова // Фундам. исследования. — 2011. — № 10. — С. 302–304.
19. Барановский А. Ю. Неблагоприятные варианты течения язвенной болезни: учеб. пособие / А.Ю. Барановский, Л. И. Назаренко. — 2-е изд., доп. — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2011. — 126 с.
20. Белоусов Ю. В. Гастроэнтерология детского возраста : учебник / Ю. В. Белоусов. — Харьков : Консум, 2000. — 527 с.
21. Макаренко Е. В. Генетические факторы патогенности Helicobacter pylori / Е. В. Макаренко // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2004. — № 3. — С. 78–83.
22. Макаренко Е. В. Диагностика эрадикации по уровню антител IgG к Helicobacter pylori у больных дуоденальной язвой / Е. В. Макаренко // Вестн. Витебск. гос. мед. университета. — 2009. — № 1. — С. 23–38.
23. Дискинетическая концепция ульцерогенеза в оптимизации лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / В. А. Карпин, А. В. Бурмасова, Н.В. Кузьмина [и др.] // Вестник СурГУ. Медицина. — 2012. — №3. — С. 104–109.
24. студентів при дуоденальній виразці з супутньою функціональною кардіопатією і їх корекція: автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.01.02 / Опарін Олексій Анатолійович; Харк. держ. мед. ун-т. — Харків, 2007. — 35 с.
25. Омарова З. М. Особенности состояния органов пищеварения у детей, проживающих в зоне загрязнения пестицидами / З. М. Омарова, И. М. Османов // Детская больница. — 2011. — № 4. — С. 31–38. 83.
26. Павлович И. М. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки / И. М. Павлович, А.В. Гордиенко // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. — 2015. — № 1. — С. 72–77.
27. Молекулярно-генетические аспекты язвенной болезни / Э. Х. Шаймарданова, А. Х. Нургадиева, Д.Д. Надьришина, Э. К. Хуснутдинова // Мед. генетика. — 2014. — № 11. — С. 3–14.
28. Найбільш значимі чинники розвитку виразкової хвороби у дітей / Т. В. Сорокман, С. В. Сокольник, Д.Р. Андрійчук, О. В. Макарова // Вісн. наук. досліджень. — 2014. — № 2. — С. 29–31.
29. Нетяженко В. З. Доказовая медицина. Кому та що потрібно доводити / В. З. Нетяженко // Мистецтво лікування. — 2007. — № 5 — С.14.

Отримано 01.09.2018 ■

Мельник Д. В.

Национальная медицинская академия последилового образования имени П.А. Шупика, г. Киев, Украина

Проблемы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста

Резюме. Актуальность. В данной статье рассматриваются ситуации, которые сложились на сегодня, с заболеваниями органов пищеварения. В настоящее время эта патология занимает второе место как среди взрослого, так и детского населения. Данную ситуацию можно связать не только с экономической нестабильностью, но и с распространенностью вредных привычек среди детей, пренебрежением здоровым образом жизни и т.п. В дальнейшем эти факторы могут влиять не только на общее состояние здоровья, но и на уменьшение продолжительности жизни. **Цель:** изучить состояние заболеваний органов пищеварения у детей школьного возраста, в первую очередь — язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК). **Материалы и методы.** Использовался метод семантической оценки научных документов, метод системного и процессного анализа. **Результаты.** Проанализировав научные работы украинских и зарубежных авторов установлено, что язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 4-13 раз чаще язвенной болезни желудка. Согласно программе исследования проанализированы распространенность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей. Результаты научных исследований по механизмам возникновения и развития ЯБ ДПК, как наиболее выразительной модели психосоматических соотношений, свидетельствуют, что ЯБ ДПК рассматривают не как сумму местных нарушений, развившихся вследствие ацидопептической агрессии и влияния *H. pylori*, а как системное заболевание, в формировании которого принимают участие наследственные,

психосоматические, нейровегетативные и другие факторы. Несмотря на ведущую роль *H. pylori*-инфекции в этиологии ЯБ ДПК, эту патологию рассматривают как многофакторное по этиопатогенезу органическое заболевание, в возникновении, течении и последствиях которого вместе с наследственной предрасположенностью (15-40%) и влиянием различных факторов внешней среды важную роль играют психогенные факторы. Определение факторов риска, выявление их роли в нарушении здоровья человека, а также количественная характеристика зависимостей вредных эффектов от уровней воздействия конкретных факторов позволяет оценить реальную угрозу здоровью населения, проживающего на определенных территориях, и дает объективные основания для осуществления профилактических мероприятий. **Выводы.** В современной медицинской литературе нет достаточных исследований комплексного показателя состояния здоровья детей школьного возраста. В связи с этим предлагается подход, суть которого заключается в том, что дети школьного возраста представляют специфическую категорию населения, которая должна иметь достаточно высокий уровень здоровья, а значит и высокий уровень работоспособности. Что касается уровня работоспособности, то в наших исследованиях будет предложено рациональный подход к его количественного определения.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; факторы риска; первичная медицинская помощь; дети школьного возраста; работоспособность

D. V. Melnik

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Problems of duodenal ulcer disease in school-age children

Abstract. Background. This article covers the current situation with digestive system diseases. This pathology is the second rate such in adults as in children at present. The current situation may be linked not only with economic instability, but also with the prevalence of harmful habits among children, neglect of a healthy lifestyle, etc. These factors can affect not only the general health, but also the reduction of life expectancy of the population in the future. Purpose: to study the status of digestive organs diseases in school-age children, primarily - of a duodenum ulcer disease. **Materials and methods.** The method of semantic evaluation of scientific documents and the method of system and process analysis were used. **Results.** After the Ukrainian and foreign authors scientific works were analyzed, it is determined that a duodenal ulcer disease is found in 4-13 times more often than a stomach ulcer. According to the study program, the prevalence of a duodenal ulcer disease in children has been analyzed. The results of scientific research on the mechanisms of a duodenal ulcer disease starting and developing, as the most expressive model of psychosomatic relations, indicate that a duodenal ulcer disease is considered not as the sum of local disorders that have developed as a result of acid-peptic aggression and *H. Pylori*'s effects, but as a systemic disease in the formation of which hereditary, psy-

chosomatic, neurovegetative and other factors take participation. Despite the leading role of *H. Pylori* infection in a duodenal ulcer disease etiology, this pathology is considered as a multifactorial etiopathogenesis an organic disease in which the occurrence, development and consequences of which psychogenic factors play an important role, together with the hereditary predisposition (15-40%) and the influence of various environmental factors. Risk factors determining, and proving of their role in violating human health, as well as quantitative characteristics of the dependence of harmful effects on the levels of exposure of specific factors, allows us to assess the real threat to the health of the population living in certain areas and provides objective grounds for the preventive measures introduction. **Conclusions.** There is not enough research on a comprehensive indicator of the school-age children health in modern medical literature. An approach is proposed, the essence of which is that school-age children represent a specific category of population, which a fairly high level of health, and hence a high level of a efficiency should have. Regarding the efficiency level, our research will propose a rational approach to its quantification.

Keywords: a duodenum ulcer disease; risk factors; primary health care; school-age children; efficiency