

ПЕДІАТРІЯ

УДК 616.33/.342-002-036.12-053.4/.71-036.1 311

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

*Г. В. Бекетова, М. І. Нехаєнко, Ю. В. Сиваченко,
І. П. Горячева, О. В. Солдатова*

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

Вступ. Проблема ранньої діагностики і лікування хронічних гастродуоденітів (ХГД) у підлітків є актуальною у всьому світі, що пов'язано зі значною розповсюдженістю захворювання у цьому віці, його рецидивуючим, прогресивним перебігом, недостатньо ефективними традиційними методами терапії та високою вірогідністю формування в подальшому інвалідності у дорослих. На сьогодні недостатньо вивчені клініко-параклінічні особливості перебігу ХГД у підлітків на тлі хелікобактеріозу і хронічного кандидозу травного тракту. Вказане обґрунтовує необхідність вивчення особливостей перебігу захворювання в сучасних умовах, з урахуванням їх етіології у дітей підліткового віку.

Мета. Провести порівняльний ретроспективний аналіз клініко-параклінічних особливостей перебігу ХГД у дітей підліткового віку з урахуванням етіології захворювання за десятирічний період.

Матеріали і методи. Здійснений порівняльний ретроспективний аналіз даних карт стаціонарних хворих в гастроентерологічному відділенні ДКЛ № 9 м. Києва в 2003 і 2013 роках.

Результати. В сучасних умовах в 3,8 рази збільшилася частка дітей підліткового віку з ХГД (з 8,0 % до 30,1 %). У підлітків незалежно від тривалості захворювання переважають деструктивні ураження СОШ і ДПК, особливо множинних ерозій, частота яких не завжди корелює зі збільшенням тривалості ХГД.

Висновки. Виявлені особливості перебігу ХГД у всіх вікових групах і, зокрема, в підлітковому віці, вимагають з'ясування статистично значущих комбінацій факторів ризику формування уражень гастродуоденальної зони з метою розробки диференційованих підходів до ранньої діагностики та терапії захворювання.

Ключові слова: діти, підлітки, хронічний гастродуоденіт, хелікобактеріоз, кандидоз, клінічні прояви.

Вступ. Особливостями сучасного періоду є соціально-економічні проблеми, погіршення екологічної ситуації, складність забезпечення профілактики захворювань у населення. Вказане впливає на якість життя і є передумовою зростання захворюваності у дітей, в тому числі, і на хвороби травного тракту (ТТ). Серед гастроентерологічних захворювань найпоширенішою є патологія шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), зокрема, хронічні гастродуоденіти. ХГД у підлітків характеризуються великою імовірністю розвитку тяжких ускладнень, толерантністю до загально прийнятих методів терапії з формуванням первинної інвалідності та соціально значимої патології у дорослих [2, 3, 5, 8, 9]. На сьогодні досягнуто значних успіхів у вивченні патогенезу хронічних запальних процесів в слизовій оболонці (СО) шлунку та ДПК, їх діагностиці і лікуванні. Однак, це не знизило їх поширеності у дітей і, особливо, підлітків. В останні десятиріччя педіатри та дитячі гастроентерологи занепокоєні відсутністю тенденції до зниження розповсюдженості захворювання у підлітків, зростанням їх хелікобактер-асоційованих варіантів в комбінації із іншими мікроорганізмами, зокрема грибами роду *Candida*, відсутністю типового клінічного перебігу, збільшенням частоти розповсюджених та деструктивних змін гастродуоденальної зони, розвитком вогнищевої атрофії СО шлунку і ДПК та зростанням частоти гіпоацидних станів [1, 2, 3, 6, 7], що раніше не було притаманним дитячому віку. Не дивлячись на значні успіхи у лікуванні хелікобактер-асоційованих ХГД та розробці ефективних ерадикаційних схем, недостатньо уваги приділено впливу інших інфекційних агентів на перебіг та лікування захворювання у підлітків. На початку 2000-х років [Бекетова Г.В. 2003] в Україні вперше здійснене клініко-експериментальне дослідження щодо ролі хелікобактерно-кандидозних та хелікобактерно-герпетичних асоціацій у формуванні та прогресуванні ХГД у дітей і розробці диференційованих підходів до лікування у дітей. В подальшому вивчення проблеми продовжили інші вчені [Волинець Г.В, 2007, Нелюбин В.Н. 2011]. Проте, досліджень, що стосуються особливостей клініко-параклінічного перебігу хелікобактерних ХГД у дітей різних вікових груп і, зокрема, підлітків з хронічним кандидозом ТТ в сучасних умовах на сьогодні не виявлено. Вказане обґрунтовує необхідність ретроспективного порівняльного з'ясування клініко-параклінічних особливостей перебігу захворювання в залежності від його етіології у дітей всіх вікових груп з урахуванням їх етіології.

Мета. Провести порівняльний ретроспективний аналіз клініко-параклінічного перебігу ХГД у дітей всіх вікових груп за десятирічний період залежно від віку, статі та тривалості захворювання.

Матеріали і методи. Здійснений ретроспективний аналіз даних 1777 карт стаціонарних хворих, які знаходилися на лікуванні в гастро-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

ентерологічному відділенні ДКЛ № 9 м. Києва в 2003 і 2013 роках. У віковому та гендерному аспектах проаналізована частота виявлення ХГД, їх ендоскопічних форм, тривалість захворювання. В 2003 році на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні ДКЛ № 9 м. Києва знаходилось 909 хворих. З них підтверджений діагноз ХГД мали 868 (95,5 %) пацієнтів, які увійшли в групу I (група порівняння). В 2013 році було проліковано 882 пацієнти, з них діагноз ХГД верифікований у 808 (91,6 %) хворих, які склали групу II (основна група). Для вивчення вікового аспекту в обох групах здійснений розподіл пацієнтів на підгрупи за віком: підгрупа А (вік до 10 років), підгрупа Б (11–14 років) і підгрупа В (15–17 років). Проаналізована частота виявлення деструктивних і розповсюджених форм ХГД залежно від віку, статі та тривалості захворювання.

Результати. Результати ретроспективного аналізу свідчать про те, що протягом 10 років в структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважає ХГД і по частоті виявлення достовірно не відрізняється в обох групах ($p > 0,05$). В підгрупі IA було 274 (31,6 %) пацієнтів, в підгрупі IB — 524 (68,4 %), в підгрупі IB — 70 (8,0 %). В підгрупі IIA — 227 (28,1 %), IIB — 338 (41,8 %), IIB — 243 (30,1 %) відповідно.

Розподіл пацієнтів з ХГД обох груп за віком наведено в таблиці 1 та на рисунку 1.

Таблиця 1

Віковий розподіл пацієнтів з ХГД в 2003 і 2013 роках

Вік, роки	Група I (n=868)		Група II (n=808)	
	Абс. чис.	%	Абс. чис.	%
Підгрупа А (до 10 років)	274	31,6	227	28,1
Підгрупа Б (11–14 років)	524	60,4*	338	41,8
Підгрупа В (15–18 років)	70	8,0*	243	30,1
Всього	868	100,0	808	100,0

Примітка: * — різниця достовірна ($p < 0,05$) між показниками в I та II групах

Розподіл пацієнтів обох груп за віком наданий на рис. 1.

Як видно з таблиці 1 та рис.1, в 2003 році найчастіше (60,4 %) ХГД виявляли у віці 11–14 років проти 41,8 % в 2013 році ($p < 0,05$), в той час, як через десять років достовірно збільшилась частка дітей підліткового віку з 8,0 % до 30,1 % ($p < 0,05$). Можливо проведення диспансеризації при передачі дітей 15-річного віку під нагляд підліт-

кового лікаря, обумовлювала ранню діагностику ХГД у даній віковій групі в 2003 році. Однак, введення обов'язкового спостереження за дітьми до 18 років педіатром та збереження спадкоємності супроводжувалось більш частотою виявленню ХГД у підлітків.

Кількість дітей по віковим групам, які пройшли лікування в гастроентерологічному відділенні (всього та з діагнозом ХГД)

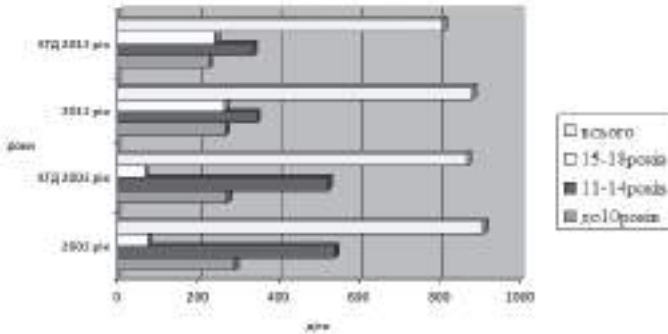


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з ХГД за віком

Дані щодо розподілу пацієнтів з ХГД, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні в 2003 і 2013 роках залежно від віку та статі надані в таблиці 2 та на рисунку 2.

Таблиця 2

Гендерний та віковий розподіл пацієнтів з ХГД в 2003 і 2013 роках

Вік, роки	2003 рік група I (n=868)				2013 рік група II (n=808)			
	Дівчатка		Хлопчики		Дівчатка		Хлопчики	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
до 10	133	48,5	141	51,5	109	48,0	118	52,0
11–14	267	51,0	257	49,0	168	49,7	170	50,3
15–18	25	35,7*	45	64,3*	130	53,5*	113	46,5*
Всього	425	48,9	443	51,1	407	50,4	401	49,6

Примітка: * — різниця достовірна ($p < 0,05$) між показниками в I та II групах.

Як видно з даних таблиці 2, в 2003 році за гендерними ознаками в групі I було 425 (48,9 %) дівчаток та 470 (51,1 %) хлопчиків ($p > 0,05$), а в 2013 році — дівчаток було 407 (50,4 %) і хлопчиків 401 (49,6 %)

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

($p > 0,05$) відповідно. Отже, протягом останніх десяти років серед хворих на ХГД за статтю достовірної різниці не виявлено. Однак, аналізуючи дані, що стосуються розподілу дітей з ХГД у вікових підгрупах, то у 2003 році серед пацієнтів до 10 років було 133 (48,5 %) дівчинки і 141 (51,5 %) хлопчик ($p > 0,05$), в 11–14 років — 267 (51,0 %) дівчаток і 257 (49,0 %) хлопчиків ($p > 0,05$), в той час, як серед хворих 15–18 років — дівчаток було достовірно менше — 25 (35,7 %), ніж хлопчиків 45 (64,3 %) ($p < 0,05$). Серед пацієнтів у віковій групі до 10 років, які лікувались у гастроентерологічному відділенні в 2013 році було 109 (48,0 %) дівчаток і 118 (52,0 %) хлопчиків ($p > 0,05$), у хворих 11–14 років — 168 (49,7 %) і 170 (50,3 %) відповідно ($p > 0,05$), та у підлітків 15–18 років було 130 (53,5 %) дівчаток і 113 (46,5 %) хлопчиків ($p < 0,05$). Таким чином, протягом десяти років зберігається однакова частота виявлення ХГД у дівчаток і хлопчиків віком до 15 років, в той час як у підлітків в 2003 році частіше хворіли хлопчики, а в 2013 році формується тенденція до збільшення кількості дівчаток (рис.2.). Вказане, можливо, могло бути пов'язане з відміною проведення диспансеризації юнаків, яка проводилась десять років тому з 14 років призовною комісією воєнних комісаріатів, що давало більші можливості для раннього виявлення захворювання у юнаків.

Розподіл пацієнтів з ХГД у вікових групах за статтю наданий на рис. 2.

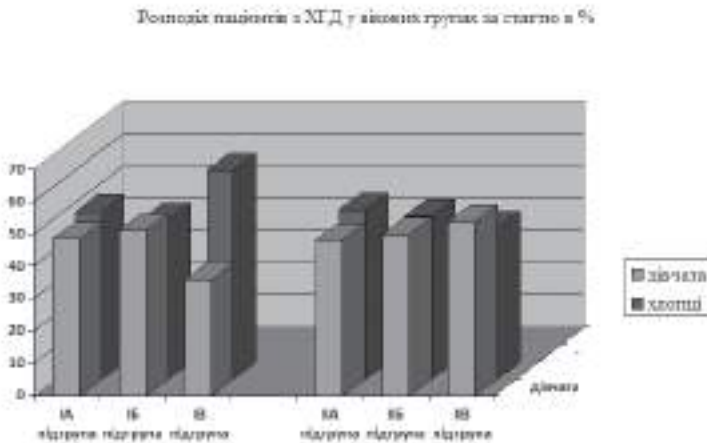


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з ХГД у вікових групах за статтю в %

При проведенні порівняння за тривалістю захворювання залежно від віку та статі, в 2003 році із усіх пацієнтів з ХГД тривалість захво-

рювання до 1 року відмічалась у 248 (28,6 %) дітей, у 2013 році у 289 (35,9 %) пацієнтів ($p < 0,05$), до 3 років — у 326 (37,5 %) проти 318 (39,3 %) дітей ($p > 0,05$) і 5 та більше — у 294 (33,9 %) та 201 (24,9 %) хворих відповідно ($p < 0,05$). Збільшення частки пацієнтів з тривалістю захворювання до 1 року та зменшення долі хворих з його тривалістю 5 років і більше може свідчити про більш ранню діагностику ХГД у 2013 році. Дана закономірність простежується і в усіх вікових групах.

У віковій підгрупі до 10 років у 2003 році тривалість захворювання до 1 року виявлено у 100 (36,5 %) дітей, а у 2013 році у 106 (46,7 %) хворих ($p < 0,05$), частка пацієнтів з тривалістю до 3 років у I групі — 110 (40,1 %), у 2013 році у 94 (41,4 %) ($p > 0,05$), 5 років і більше у 2003 році — у 64 (23,4 %) дітей, у 2013 році — у 27 (11,9 %) відповідно ($p < 0,05$).

В IB підгрупі тривалість захворювання до 1 року виявлено у 137 (26,1 %), в IIB підгрупі — у 124 (36,7 %) дітей ($p < 0,05$), до 3 років — 193 (36,8 %) проти 142 (42,0 %) дітей відповідно, тривалість 5 років і більше — у 194 (37,0 %) дитини, у 2013 році у 72 (21,3 %) дітей ($p < 0,05$).

У віковій підгрупі 15–18 років тривалість ХГД до 1 року в I групі була у 11 (15,7 %) дітей, у II групі — 59 (24,3 %) дітей ($p < 0,05$), до 3 років — 23 (32,8 %) і 82 (33,7 %) хворих відповідно, 5 років і більше у 2003 році у 36 (51,4 %) дітей у 2013 році у 102 (42 %) ($p < 0,05$) дитини. Покращення діагностики, раннє звернення, охоплення первиною диспансеризацією можливо вплинули на збільшення долі ХГД тривалістю до 1 року та зменшення кількості дітей, які хворіють 5 і більше років.

За гендерними ознаками в 2003 році тривалість захворювання до 1 року відмічалася у 131 (52,3 %) дівчаток і 117 (47,2 %) хлопчиків, а в 2013 році відповідно 149 (51,6 %) дівчаток і 140 (48,4 %) хлопчиків ($p > 0,05$). До 3 років — у 155 (47,5 %) дівчаток і 171 (52,5 %) хлопчиків проти 161 (50,6 %) дівчаток і 157 (49,4 %) хлопчиків ($p > 0,05$). Тривалість ХГД понад 5 років відмічалася в 2003 році у 139 (47,3 %) дівчаток і 155 (52,7 %) хлопчиків, а в 2013 році відповідно у 95 (47,7 %) дівчаток і в 104 (52,3 %) хлопчиків ($p > 0,05$). Отже, протягом останніх десяти років серед хворих на ХГД за статтю достовірної різниці не виявлено. Однак, аналізуючи дані, що стосуються розподілу дітей з ХГД у вікових підгрупах, то у 2003 році серед пацієнтів 15–18 років з тривалістю захворювання до 3 років, дівчаток було достовірно менше — 4 (17,4 %), ніж хлопчиків 19 (82,6 %) ($p < 0,5$).

Дані щодо розподілу пацієнтів з деструктивною і недеструктивною формою ХГД в 2003 і 2013 роках залежно від тривалості захворювання та віку пацієнтів надані на рисунку 3.

В 2003 і 2013 роках достовірної різниці між частотою виявлення неерозивних та ерозивних форм ХГД не було — 260 (94,9 %) дітей IA підгрупи проти 218 (96,0 %) пацієнтів в IIA підгрупі ($p > 0,05$). У підгрупі

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Б в 2003 році було 444 (84,7 %) хворих, в 2013 році відповідно 297 (87,9 %) дітей ($p>0,05$). У підгрупі В у 2003 році було 46 (65,7 %) пацієнтів, а в 2013 році відповідно 190 (78,2 %) дітей ($p<0,05$). Ерозивних форм ХГД в 2003 році в підгрупі А було 14 (5,1 %) дітей, в 2013 році відповідно 9 (4,0 %) дітей ($p>0,05$), у підгрупі Б — 80 (15,3 %) та відповідно 41 (12,1 %) ($p>0,05$). У підгрупі В — 24 (34,3 %) та відповідно 53 (21,8 %) дітей ($p<0,05$).

Форми ХГД по віковим групам, в залежності від тривалості захворювання у пацієнтів, які лікувалися в гастроентерологічному відділенні в 2003 і 2013 роках (%)

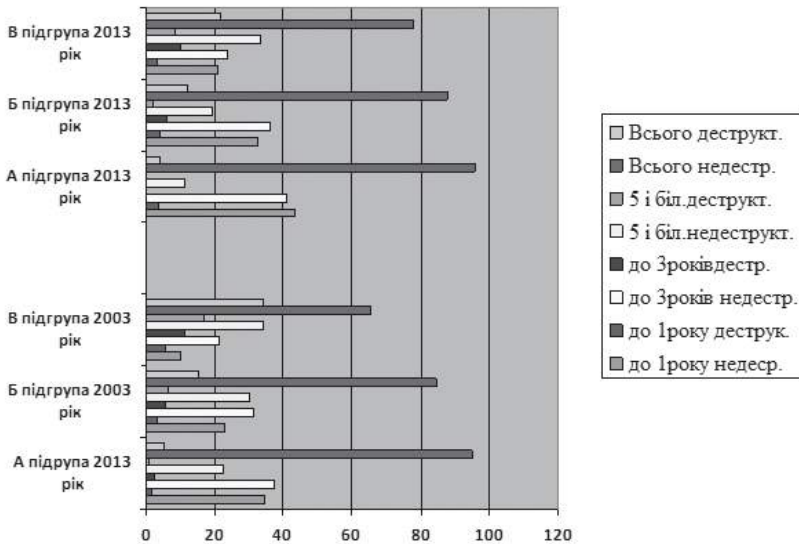


Рис. 3. Форми ХГД по віковим групам, в залежності від тривалості захворювання у пацієнтів в 2003 і 2013 роках

В 2003 році неерозивних форм ХГД при тривалості захворювання до 1 року у ІА підгрупі було 95 (34,7 %), у ІБ — 120 (22,9 %) дітей, у ІВ підгрупі — 7 (10,0 %) пацієнтів. У 2013 році відповідно в ІІА підгрупі — 99 (43,6 %) дітей, в ІІБ підгрупі 11 (32,5 %), в ІІВ підгрупі 51 (21,0 %) хворих. В 2003 році при тривалості захворювання до 1 року не деструктивні ХГД були у 222 (25,6 %), а в в 2013 році — 260 (32,2 %) дітей ($p<0,05$), при тривалості до 3 років — в 2003 році було 283 (32,6 %) хворих, в 2013 році — 273 (33,8 %) дітей ($p>0,05$).

Із тривалістю захворювання до 3 років по вікових підгрупах співвідношення деструктивних і недеструктивних форм ХГД достовірно не змінилось. В 2003 році неерозивних форм ХГД у ІА підгрупі було 103 (37,6 %), у ІБ підгрупі — 165 (31,5 %), у ІВ підгрупі — 15 (21,5 %) дітей. У 2013 році відповідно в ІІА підгрупі — 93 (41,1 %) хворих ($p>0,05$), в ІІБ підгрупі — 122 (36,1 %) ($p>0,05$), в ІІВ підгрупі — 58 (23,9 %) дітей ($p>0,05$). ХГД тривалістю 5 і більше років була в 2003 році у 245 (28,2 %) хворих із недеструктивними змінами, в 2013 році — 172 (21,3 %) дітей ($p<0,05$). В 2003 році не ерозивних форм ХГД при тривалості захворювання 5 і більше років у ІА підгрупі було 62 (22,7 %) пацієнтів, в 2013 році частка зменшилась і становила вже 26 (11,4 %) дітей ($p<0,05$). В 2003 році у ІБ підгрупі було 159 (30,3 %) хворих, в 2013 році — 65 (19,2 %) дітей ($p<0,05$). В 2003 році у ІВ підгрупі було 24 (34,3 %) дитини і у 2013 році — 81 (33,3 %) дитина ($p>0,05$). Ерозивні форми ХГД у ІІВ підгрупі при тривалості хвороби 5 і більше років достовірно зменшились. В 2003 році — 12(17,1 %) дітей, а в 2013 році стало 21 (8,6 %) ($p<0,05$).

Отже протягом останніх 10 років достовірно збільшилась частка не ерозивних форм у дітей підліткового віку, та помітно зменшилась доля ерозивних.

Проведено порівняння розподілу пацієнтів з ХГД за розповсюдженням ерозивних змін СО залежно від тривалості захворювання та віку пацієнтів. В 2003 із 118 (13,6 %) дітей із ерозивними змінами при проведенні фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) було виявлено одиничні ерозії у 82 (69,5 %) дітей, у 2013 році із 103 (12,7 %) пацієнтів із ерозивними змінами відповідно 34 (33,0 %) ($p<0,05$). Множинні ерозії при проведенні ФЕГДС в 2003 році були виявлені у 36 (30,5 %) пацієнтів у 2013 році відповідно — 69 (67,0 %) хворих ($p<0,05$).

У вікових підгрупах одиничні ерозії діагностувались у 13 (92,9 %) дітей ІА підгрупи проти 4 (44,4 %) пацієнтів в ІІА підгрупі ($p<0,05$), у підгрупі ІБ була 51 (63,75 %) дитина в 2013 році відповідно 15 (36,6 %) дітей ($p<0,05$), у підгрупі В в 2003 році у 18 (75 %) хворих було виявлено одиничні ерозії і у 2013 році відповідно — 15 (28,3 %) дітей ($p<0,05$). Множинні ерозії в підгрупі ІА мала 1 (7,1 %) дитина, в 2013 році відповідно 5 (55,6 %) пацієнтів ($p<0,05$), у підгрупі ІБ було 29 (36,25 %) дітей, в 2013 році відповідно 26 (63,4 %) хворих ($p<0,05$), у підгрупі ІА було 6 (25 %) дітей, в 2013 році відповідно 38 (71,7 %) дітей ($p<0,05$). У підлітків ІІ (основної) групи, частота виявлення деструктивних уражень СОШ і СО ДПК склала 53 (21,8 %). Серед них було 15(28,3 %) дітей із одиничними ерозіями і 38 (71,7 %) дітей із множинними ерозіями. Тобто, в 2013 році у підлітків збільшилась частота виявлення множинних ерозивних уражень.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

В 2003 році одиничні ерозії СОШ і ДПК при тривалості захворювання до 1 року у ІА підгрупі виявлені у 4 (28,6 %) дітей, у ІБ підгрупі — 12(15,0 %), у ІВ підгрупі — 4 (16,7 %) хворих. У 2013 році відповідно в ІА підгрупі — 3 (33,3 %), в ІБ підгрупі — 7(17,1 %), в ІВ групі — 3(5,7 %) дітей. При тривалості захворювання до 3 років в 2003 році ХГД із одиничними ерозіями було у ІА підгрупі 7(50,0 %) дітей, у ІБ підгрупі — 20 (25,0 %), у ІВ підгрупі — 5 (20,8 %) хворих. У 2013 році відповідно в ІА підгрупі була 1 (11,1 %) дитина, в ІБ підгрупі 7 (17,1 %), у ІВ підгрупі 5 (9,4 %) дітей. У 2013 році при тривалості захворювання 5 і більше років із одиничними ураженнями у ІА підгрупі було 2 (14,3 %) дітей, ІБ підгрупі — 19 (23,75 %), ІВ підгрупі — 9 (37,5 %) дітей. У 2013 році одиничні ерозії виявлялись значно рідше — у ІБ підгрупі — 1 (2,4 %) дитина, в ІВ підгрупі — зменшилось і становить 7 (13,2 %) дітей ($p<0,05$). Частота множинних ерозій, при тривалості захворювання до року, в підгрупі ІА в 2003 році становила 1(7,1 %) дитина, в 2013 році стало — 5 (55,6 %) дітей відповідно ($p<0,05$). В підгрупі ІБ в 2003 році було 5 (6,25 %) хворих, в 2013 році збільшилась до 7 (17,1 %) дітей ($p<0,05$). В 2003 році у віковій підгрупі ІВ множинні ерозії не було діагностовано, а в 2013 році виявлено у 5 (9,4 %) дітей. При тривалості до 3 років в 2003 році множинні ерозії у підгрупі ІА виявлено у 9 (11,25 %) дітей, в 2013 році стало — 13 (31,7 %) дітей ($p<0,05$). У підгрупі ІБ у 2003 році було 3 (12,5 %) дітей з множинними ерозіями, а в 2013 році їх кількість збільшилась до 19 (35,9 %) дітей ($p<0,05$). У підлітків в 2003 році множинні ерозивні форми виявлені у 3 (12,5 %) пацієнтів, в 2013 році їх частка збільшилась до 14 (26,4 %) дітей.

Висновки. В сучасних умовах в 3,8 разів збільшилась частка дітей підліткового віку з ХГД (з 8,0 % до 30,1 %).

У підлітків незалежно від тривалості захворювання переважають деструктивні ураження СОШ і ДПК, особливо, множинних ерозій, частота яких не завжди корелює із збільшенням тривалості ХГД.

Виявлені особливості перебігу ХГД в усіх вікових групах і, зокрема, в підлітковому віці, потребують з'ясування статистично значимих комбінацій факторів ризику формування уражень гастродуоденальної зони з метою розробки диференційованих підходів до ранньої діагностики та терапії захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабий І. Л., Калашникова Е. А., Федчук І. Н., Величко В. І. К вопросу о терапии кислотозависимых заболеваний органов пищеварения у детей на современном этапе. // Перинатол. и педиатрия. — 2010. — № 1 (41). — С.132.-135.
2. Бекетова Г. В. Хронічний гастродуоденіт у дітей і підлітків: епідеміологія, етіологія, патогенез, діагностика (частина І). // Дитячий лікар. — 2012. — № 6. — С.20–24.

3. Бекетова Г. В. Лікування хронічних гастродуоденітів у дітей і підлітків (частина II). // Дитячий лікар. — 2012. — № 8. — С.13–15.
4. Белоусов Ю. В. Хронический атрофический гастрит у детей. // Здоровье ребенка. — 2011. — № 5 (32). — С.18–20.
5. Бельмер С. В. Перспективы детской гастроэнтерологии. // Перспективы медицины. Практика педиатра. — 2013. — Март-апрель. — С.7–10.
6. Боброва В. І., П'янкova О. В., Надточій Н. І. Вороніна С. С., Замула В. В. Особливості клінічного перебігу захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки у дітей при різних порушеннях шлункової секреції. // Здоровье ребенка. — 2010. — № 4(25). — С.32–34.
7. Губергриц Н. Б. Хронический гастрит: насколько это просто? // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 3 (53). — С.58–69.
8. Денисова М. Ф. Заболевания гастродуоденальной зоны у детей: время диктует нам новые задачи. // ІНФОМЕДІА «Здоров'я України» мед. портал. 27.03.15.
9. Тяжка О. В., Боброва В. І., Кошова А. О. Хронічний гастродуоденіт у дітей: особливості морфогенезу. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2011. — № 5. — С.17–20.
10. Подходы к лечению аутоиммунного гастрита у детей / Вольнец Г. В., Беляев Д. Л., Виноградова Т. В. [и др.]. // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. — 2007. — № 6. — С. 33–39.
11. Нелюбин В. Н. Иммунопатогенетические особенности развития хронического воспаления у больных с гастродуоденальной патологией, обусловленной *Helicobacter pylori* и вирусами герпеса: автореферат дис. докт. мед.наук.—М., 2011.—С.5–6.

Ретроспективный анализ особенностей течения хронического гастродуоденита у детей и подростков

***Г. В. Бекетова, М. В. Нехаенко, Ю. В. Сиваченко,
И. П. Горячева, О. В. Солдатова***

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

Вступлення. Проблема ранней диагностики и лечения хронических гастродуоденитов (ХГД) у подростков является актуальной во всем мире, что связано со значительной распространенностью заболевания в этом возрасте, его рецидивизирующим, прогрессирующим течением, недостаточно эффективными традиционными методами терапии и высокой вероятностью формирования в дальнейшем инвалидности у взрослых. На сегодня недостаточно изучены клиничко-параклинические особенности течения ХГД у подростков на фоне хеликобактериозу и хронического кандидоза пищеварительного тракта. Указанное обосновывает необходимость изучения особенностей течения заболевания в современных условиях, с учетом их этиологии у детей подросткового возраста.

Цель. Провести сравнительный ретроспективный анализ клиничко-параклинических особенностей течения ХГД у детей подросткового возраста с учетом этиологии заболевания за десятилетний период.

Методи. Осуществлен сравнительный ретроспективный анализ данных карт стационарных больных в гастроэнтерологическом отделении ДКБ № 9 г. Киева в 2003 и 2013 годах.

Результаты. В современных условиях в 3,8 раза увеличилась доля детей подросткового возраста с ХГД (с 8,0 % до 30,1 %). У подростков независимо от продолжительности заболевания преобладают деструктивные поражения СОЖ и ДПК, особенно множественных эрозий, частота которых не всегда коррелирует с увеличением продолжительности ХГД.

Выводы. Выявленные особенности течения ХГД во всех возрастных группах и, в частности, в подростковом возрасте, требуют выяснения статистически значимых комбинаций факторов риска формирования поражений гастродуоденальной зоны с целью разработки дифференцированных подходов к ранней диагностике и терапии заболевания.

Ключевые слова: дети, подростки, хронический гастродуоденит, хеликобактериоз, кандидоз, клинические проявления.

Retrospective analysis of features chronic gastroduodenitis in children and adolescents

*G. Beketova, M. Nekhaienko, I. Goryacheva,
O. Soldatova, U. Syvachenko*

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. The problem of the early diagnosis and treatment of chronic gastroduodenitis (CGD) in children and especially adolescents is of current concern all over the world, which is related to the significant prevalence of the disease in this age group, its recurrent, progressive course, ineffective traditional therapies and high probability of future disability in adults. Nowadays, clinical and paraclinical peculiarities of CGD in adolescents against the background of helicobacteriosis and chronic candidiasis of the digestive tract, have been understudied. The above mentioned justifies the need for the development of differentiated approaches to an early diagnosis and treatment of disease with the peculiarities of clinical course in modern terms, the etiology and pathogenesis of the pathological process in adolescents.

Purpose. To conduct a retrospective analysis of clinical and paraclinical features of CGD in adolescents for ten years.

Materials and methods. A retrospective analysis of case histories of children who were treated at the department of gastroenterology CST No 9 city of Kyiv in 2003 and 2013.

Results. In the current conditions the number of adolescents with CGD has been increased by 3.8 times (from 8.0 % to 30.1 %). In adolescents, regardless of disease duration, destructive lesions of

the gastric mucosa and duodenum especially multiple erosions are predominant. The frequency does not always correlate with the increased duration of CGD.

Conclusions. The revealed features of CGD progress in all age groups and particularly during adolescence, need clarification of statistically significant combinations of risk factors of the formation of the gastroduodenal lesions in order to develop differentiated approaches to an early diagnosis and treatment of the disease.

Key words: children, adolescents, chronic gastroduodenal, helicobacteriosis, candidiasis, clinical manifestations.

Відомості про авторів:

Бекетова Галина Володимирівна — доктор медичних наук, професор, завідувача кафедрою дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Нехаснко Марія Іванівна — асистент кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Сиваченко Юлія Володимирівна — аспірант кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Горячева Ірина Павлівна — кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Солдатова Оксана Володимирівна — кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.