УДК 616.33/.342-002.2-053.2

©І. Р. Сагаль, О. Р. Боярчук, Т. В. Гаріян

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ. У 45 дітей з хронічним гастродуоденітом віком від 7 до 17 років вивчали чинники розвитку захворювання. Показано, що крім обтяженої спадковості по патології гастродуоденальної зони, до факторів ризику хронічного гастродуоденіту у дітей слід віднести ряд медико-соціальних чинників, зокрема, аліментарний фактор; перинатальну патологію та її наслідки (гестози, анемію вагітних, малу масу при народженні); раннє штучне вигодовування; несприятливий психологічний мікроклімат у сім'ї; хронічні вогнища інфекції та часті ГРВІ в анамнезі.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ. У 45 детей с хроническим гастродуоденитом в возрасте от 7 до 17 лет изучали факторы развития заболевания. Показано, что кроме отягощенной наследственности по патологии гастродуоденальной зоны, к факторам риска хронического гастродуоденита у детей следует отнести ряд медико-социальных факторов, в частности, алиментарный фактор; перинатальную патологию и ее последствия (гестозы, анемию беременных, малую массу при рождении); раннее искусственное вскармливание; неблагоприятный психологический микроклимат в семье; хронические очаги инфекции и частые ОРВИ в анамнезе.

SOCIAL AND MEDICAL RISK FACTORS OF CHRONIC GASTRODUODENITIS. 45 children aged 7 to 17 years with chronic gastroduodenitis were observed for risk factors. It is shown that in addition to family history in gastroduodenal pathology, the risk factors of chronic gastroduodenitis in children should include a number of medical and social factors: nutritional factors, perinatal pathology and its consequences (gestosis, anemia during pregnancy, low birth weight), early artificial feeding, adverse psychological climate in the family, chronic foci of infection and frequent respiratory viral infections in history.

Ключові слова: медико-соціальні чинники, хронічний гастродуоденіт, діти.

Ключевые слова: медико-социальные факторы, хронический гастродуоденит, дети.

Key words: medical and social factors, chronic gastroduodenitis, children.

ВСТУП. Хвороби органів травлення посідають одне з провідних місць у структурі соматичної патології [1,2]. В останні роки спостерігається зростання захворюваності на гастроентерологічну патологію серед дітей [3,4]. За поширенням захворювання органів травлення займають друге місце після патології органів дихання. В структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважають хвороби органів гастродуоденальної зони: частота хронічного гастриту і гастродуоденіту (ХГД) в Україні становить 31,09 % [4]. Не зважаючи на провідну роль Helicobacter pylori у розвитку ХГД [5], важливе значення у широкій поширеності зазначеної патології має поєднаний вплив таких несприятливих чинників, як погіршення екології, нераціональне харчування, необгрунтоване використання фармакологічних препаратів. Застосування генних технологій у сільському господарстві та нових методів консервування призвело до погіршення харчових характеристик продуктів – зменшення вітамінного складу, вмісту макро- та мікро- елементів [6]. Також має значення формування неправильних харчових звичок, які зумовлюють недостатнє потрапляння харчових інгредієнтів, вживання газових напоїв.

Метою нашої роботи було визначити медико-соціальні фактори розвитку хронічного гастродуоденіту у дітей для розробки заходів профілактики захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням було 45 дітей з верифікованим діагнозом ХГД відповідно до критеріїв, передбачених наказом МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. [7]. При госпіталізації всі хворі підлягали ретельному загальноклінічному обстеженню.

За спеціально розробленою схемою вивчали анамнестичні дані, суб'єктивні і об'єктивні характеристики. В дану схему входила наступна інформація: перебіг вагітності і пологів, маса тіла при народженні, тривалість грудного вигодовування, захворювання, перенесені дитиною, тривалість ХГД у дитини, частота загострень, обтяженість спадковості по захворюваннях травного тракту, характер харчування, конституція, параметри фізичного розвитку. Для оцінки клінічного перебігу захворювання вивчалась симптоматика в динаміці хвороби з урахуванням фізикальних даних, результатів загального аналізу крові сечі, біохімічного дослідження крові, електрокардіографії, сонографії органів черевної порожнини. Оцінку стану органів гастродуоденальної зони проводили за допомогою фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС), інтрагастральної pH-метрії. Визначення Helicobacter pylori проводили за допомогою уреазного тесту.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Проаналізовано клінічний перебіг ХГД у 45 хворих віком від 7 до 17 років. Дівчаток було 26 (57,8 %) хлопчиків 19 (42,2 %). За віком діти були розприділені наступним чином: 7 років – 1 (2,2 %) дитина, 8 років – 1 (2,2 %) дитина, 9 років – 3 (6,6 %) дітей, 10 років – 2 (4,4 %) дітей, 11 років – 8 (17,8 %) дітей, 12 років – 2 (4,4) дітей, 13 років – 7 (15,6 %) дітей, 14 років – 8 (17,8 %) дітей, 15 років – 3 (6,7 %) дітей, 16 років – 6 (13,3 %) дітей, 17 років – 4 (8,9 %) дітей.

За нашими даними найчастіше захворювання спостерігалось в 11–16 років, тобто, у пре- та підлітковому віці. У віці 7–11 років захворювання з однаковою частотою зустрічалось у хлопчиків і дівчаток, від 11 до 14 років частіше хворіли дівчатка, серед хлопців найчастіше захворювання спостерігалось в віці 14 років. Виявлені вікові особливості, очевидно, пов'язані з гормональною перебудовою організму в даному віці і лабільністю емоційної сфери. Більш раннє підвищення захворюваності у дівчаток порівняно з хлопчиками свідчить про швидке статеве дозрівання у дівчаток, яке починається у віці 10–12 років, а у хлопчиків пізніше – у віці 14–15 років. У 14 (31,1 %) дітей діагноз ХГД було встановлено вперше, у 31 (68,9 %) дітей мало місце рецидивне загострення ХГД. У 21 (46,7 %) дітей тривалість захворювання становила понад 5 років.

Проведений аналіз анамнезу хвороби засвідчив, що у 23 (51,1 %) дітей спадковість щодо захворювань органів травлення була обтяжена. Це були переважно діти з тривалістю ХГД понад 5 років. Хронічний гастрит спостерігався у 10 (22,2 %) родичів, виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки – у 3 (6,7 %), у решти – інші захворювання органів травлення. Ми однаково часто спостерігали ХГД у хлопчиків і дівчаток, незалежно від наявності патології у батька чи у матері.

У 41 (91,1%) хворих мало місце порушення харчування. Найчастіше спостерігали нерегулярність прийому їжі (у 27 – 45,0 %), причому частина дітей не снідала, або сніданок обмежувався легким бутербродом. Основний прийом їжі у частини дітей, переважно підліткового віку, припадав на другу половину дня. У третини дітей в раціоні були відсутні рідкі страви, вони перевагу надавали сухоїдінню. Більша частина дітей (53,3 %) мали триразове харчування, яке недостатнє в дитячому віці; ще 9 % дітей приймали їжу менше 3-х разів. Надавали перевагу смаженій їжі 15,6 % дітей, гострій їжі – 11,1 % хворих, зловживали солодощами – 6,7 % дітей. Періодично харчувались у закладах швидкого харчування 11,1 % дітей. У 24,4 % батьки не надавали належної уваги дотриманню дієти або не були здатні забезпечувати дітей повноцінним харчуванням.

Таким чином, роль аліментарного чинника у розвитку ХГД залишається актуальною до сьогодні. Навчання дітей у другу зміну, коли вони снідають і обідають самостійно, неможливість обслуговування усіх школярів за короткі перерви, велика кількість малозабезпечених сімей, низька якість продуктів харчування, їх перевантаження трансгенними речовинами, твердими жирами, несприятливе екологічне довкілля призводять до розвитку патології органів травлення, у тому числі ХГД у дітей. В даному ключі є дуже своєчасним рішення щодо забезпечення теплими сніданками школярів усіх класів.

Аналіз анамнезу життя обстежених пацієнтів виявив, що більшість дітей (23 – 51,1 %) від першої вагітності, 18 (40,0 %) – від другої, 3 (6,7 %) – від третьої та 1 (2,2 %) – від четвертої вагітності. У 20 (44,4 %) дітей спостерігали патологію у матері під час вагітності: гестоз (у 20,0 %), анемію вагітних (у 24,4 %), загрозу переривання вагітності (у 8,9 %), перебіг вагітності на фоні хронічних TORCH – інфекцій (у 13,3 %). Наведені дані свідчать про роль особливостей перебігу вагітності на подальший розвиток дитини і формування хронічної патології.

У третини дітей маса при народженні була нижче від адаптивної норми, у 4 (8,9 %) дітей маса при народженні була більша 4000 г. На грудному годуванні лише до 1 місяця було 8,9 % дітей, до 2–4-х місяців – 15,6 %, до 5–6 місяців – 33,3 %, до 7–9 місяців – 15,5 %, до року – 17,8 %, більше року – 4,4 % дітей. Від народження отримували штучне вигодовування 4,4 % хворих. Отже, більша частина дітей (57,8 %) отримувала материнське молоко лише перші 6 місяців. Неповноцінне харчування дитини першого року життя призводить в подальшому до зниження імунологічної толерантності, сприяє розвитку хронічних інфекційних захворювань та може сприяти виникненню ХГД у дітей.

У 26,7 % дітей можна було прослідкувати певні несприятливі соціальні чинники – неповні сім'ї, непрацюючі батьки (один чи двоє), незадовільні побутові умови. Несприятливий психологічний мікроклімат в сім'ї також має велике значення у розвитку патології шлунково-кишкового тракту, що пов'язано з лабільністю і ранимістю емоційної сфери у дітей. Так, у 20,0 % дітей спостерігали емоційну лабільність, дратівливість, розлади сну, невротичне формування особи. Несприятливі психологічні умови не тільки сприяють розвитку хвороби, але й обтяжують її перебіг, а інколи бувають наслідком самої хвороби. Дані обставини необхідно враховувати при виборі тактики лікування і оцінці її ефективності.

Часті гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) в анамнезі спостерігали у 25 (55,6 %) дітей. Хронічні вогнища інфекції виявлено у 17 (37,8 %) дітей, серед яких найчастіше зустрічався карієс (у 20,0 %), рідше – хронічний тонзиліт (у 11,1 %), в одиноких випадках – хронічний фарингіт, хронічний гайморит, хронічний пієлонефрит. Хронічну вогнищеву інфекцію ряд авторів також розглядають як один із факторів розвитку хронічних захворювань гастродуоденальної ділянки [2, 3]. В даному випадку провідне місце мають імунологічні механізми. Запальний процес поза шлунком призводить до розвитку безперервного кислото утворення при нормальній структурі слизової оболонки шлунка – фаза функціональних змін. Протягом певного періоду, який у різних хворих і при різній локалізації запалення різний, у результаті безперервного кислото утворення порушується структура слизової оболонки шлунка – фаза органічних змін. Таким чином, роль хронічних вогнищ інфекції та частих ГРВІ в анамнезі у розвитку ХГД у дітей забезпечується через порушення імунологічної резистентності і підвищення кислото утворюючої функції шлунка.

ВИСНОВКИ. До сприяючих чинників розвитку ХГД у дітей, окрім обтяженої спадковості по патології гастродуоденальної зони, слід віднести ряд медико-соціальних чинників, зокрема, аліментарний фактор; перинатальну патологію та її наслідки (гестози, анемію вагітних, малу масу при народженні); раннє штучне вигодовування; несприятливий психологічний мікро-

клімат у сім'ї; хронічні вогнища інфекції та часті ГРВІ в анамнезі.

Профілактичні заходи повинні бути спрямовані, перш за все, на здоров'я матері, профілактику гіпогалактії, ретельне анамнестичне обстеження для виявлення спадкової схильності, санацію хронічних вогнищ інфекцій та підвищення резистентності організму дитини.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Визначення медико-соціальних чинників розвитку хронічного гастродуоденіту у дітей дозволить розробити заходи первинної та вторинної профілактики захворювання та попередити розвиток тяжких ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / В. Г. Майданник, В. В. Корнейчук, Н. В. Хайтович, Г. В. Салтыкова. – К.: Аванпост-Прим, 2008. – 432 с.

2. Бельмер С. В., Хавкин А. И., Щербаков П. Л. Гастроэнтерология детского возраста. – Изд., 2-е,пер. и доп. М.: Медпрактика. – М., 2010. – 476 с.

3. Тяжка О. В., Боброва В. І., Задорожна Т. Д., Арчакова Т. М. Значення показників клітинного відновлення в патогенезі хронічної гастродуоденальної патології у дітей // Сучасна гастроентерологія. – 2011. – № 2 (58). – С. 39–45.

4. Боброва В. І., П'янкова О. В., Надточій Н. І., Замула В. В. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 2(52). – С. 33–36.

5. Cover T. L. Helicobacter pylori in health and disease / T. L. Cover, M. J. Blaser // Gastroenterol. – 2009. – N 136(6). – P.1863–1873.

6. Андруша А. Б. Роль кальцію у фомуванні остеопенії у хворих на хронічний коліт / А. Б. Андруша, Т. М. Пасієшвілі // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 5 (49). – С. 52–56.

7. Наказ № 59 від 29 січня 2013 року «Протокол медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».

Отримано 27.01.14