

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ СОЦІОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ЗА ДАНИМИ СОЦІОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ – Обстежено 90 дітей з хронічною гастродуоденальною патологією. Визначено частоту інфікування дітей *H. pylori* в різних вікових підгрупах. Виявлено певні особливості анамнезу, клінічного перебігу хронічної гастродуоденальної патології залежно від наявності *H. pylori* у різних вікових підгрупах.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ СОЦЕОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ – Обследовано 90 детей с хронической гастродуоденальной патологией. Определена частота инфицирования детей *H. pylori* в разных возрастных подгруппах. Выявлены определенные особенности анамнеза, клинического течения хронической гастродуоденальной патологии в зависимости от наличия *H. pylori* в разных возрастных подгруппах.

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN ACCORDING TO SOCIOMETRIC RESEARCH – 90 children with chronic gastroduodenal pathology were examined. It was determined the frequency of infection in children with *H. pylori* in different age subgroups. There were revealed certain specific features of anamnesis, clinical course of chronic gastroduodenal pathology depending on the availability of *H. pylori* in different age subgroups.

Ключові слова: хронічна гастродуоденальна патологія, діти.

Ключевые слова: хроническая гастродуоденальная патология, дети.

Key words: chronic gastroduodenal pathology, children.

ВСТУП Результати аналізу поширення захворювань органів гастродуоденальної зони серед дітей в Україні свідчать про зростання їхньої частоти, насамперед за рахунок виявлених уперше в житті випадків захворювань. Таких випадків у 2008 р. зареєстровано 435 397 (52,30 %), у 2005 р. – 374 367 (53,60 %) [2].

Першочергове значення у розвитку хронічної гастродуоденальної (ХГД) патології надається специфічному інфекційному агенту – *H. pylori* [3].

На сьогодні *H. pylori* зустрічається в 52,0–55,0 % дітей з хронічним гастритом та гастродуоденітом, а при ерозивно-виразкових процесах – у 82,0–98,0 % [4–6].

Важливим епідеміологічним фактором гелікобактеріозу є соціально-економічний статус населення: чим він нижчий, тим вища інфікованість. Частота інфікованості дітей шкільного віку гелікобактерною інфекцією постійно збільшується (близько 10 % у рік) і досягає максимуму в дорослого населення, що дозволяє вважати гелікобактеріоз найбільш поширеною інфекцією людства [1].

Гастроентерологічні захворювання, в тому числі й хронічна патологія верхніх відділів травного тракту, зумовлюють серйозну медико-соціальну проблему, яка незважаючи на значний “прорив”, не вичерпує себе протягом останніх десятиріч.

Водночас, з ХГД-патологією, асоційованою з *H. pylori*, в клінічній практиці зустрічається чимало випадків захворювань без інфікованості цим патогеном. Визначення

особливостей анамнестичних даних, клінічного перебігу ХГД-патології на тлі інфікування *H. pylori* та без неї у різних вікових підгрупах стало метою нашої роботи.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 90 дітей з хронічною гастродуоденальною патологією, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в спеціалізованому відділенні Тернопільської обласної клінічної лікарні. Усіх дітей було поділено на дві основні групи залежно від інфікованості *H. pylori*. Інфікованість останнім визначали виявленням сумарних антитіл до *H. pylori* імуноферментним аналізом.

Хворих обстежено в період загострення згідно з наказом МОЗ України № 438 від 26.05.2010 р. “Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення”.

Обстеження включало деталізацію скарг, особливостей анамнезу захворювання та життя, харчового анамнезу. В ході об’єктивного дослідження проводили комплексну оцінку загального стану дитини. Обстеженим виконували соціометричне дослідження, в якому брали участь діти та їх батьки.

Статистичну обробку даних проводили з використанням пакета прикладних програм (MS Excel, SPSS).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Усіх дітей було поділено на дві основні групи залежно від інфікованості *H. pylori*. До першої групи ввійшло 40 (44,44 %) дітей з ХГД-патологією, асоційованою з *H. pylori*, до другої – 50 (55,56 %) обстежуваних з ХГД, неасоційованою з *H. pylori*. Пацієнти були віком від 5 до 17 років, що дало змогу поділити їх на 3 підгрупи. До молодшої вікової підгрупи ввійшло 5 (5,56 %) дітей віком від 5 до 9 років, з них 2,5 % асоційовані з *H. pylori*. До середньої вікової підгрупи – 21 (23,33 %) дитина віком 10–13 років, 25 % з яких інфіковані *H. pylori*. Старша вікова підгрупа складала 64 (71,11 %) пацієнти віком 14–17 років, з яких 70,00 % були інфіковані. Такий розподіл свідчить про збільшення інфікованості прямо пропорційно до збільшення віку обстежуваних.

За віковою структурою переважали діти 14–17 років (71,11 %). Достовірної різниці розподілу дітей за статтю не виявлено, проте відмічається незначне переважання дівчат у другій групі за рахунок середньої та старшої вікових підгруп.

Згідно з опитуванням, ми з’ясували тривалість клінічного перебігу основного захворювання. Так, стало зрозуміло, що у дітей молодшої вікової підгрупи максимальна тривалість хронічної гастродуоденальної патології складає 1 рік. У середній віковій підгрупі – 3 роки, проте в середньому вона перебігає протягом 2,1 року. В старшій віковій підгрупі захворювання максимально тривало 10 років, хоча середній перебіг основного захворювання складав 3,1 року (рис. 1).

Тривалість основного захворювання в обох обстежуваних групах зростає разом із віком дітей, проте

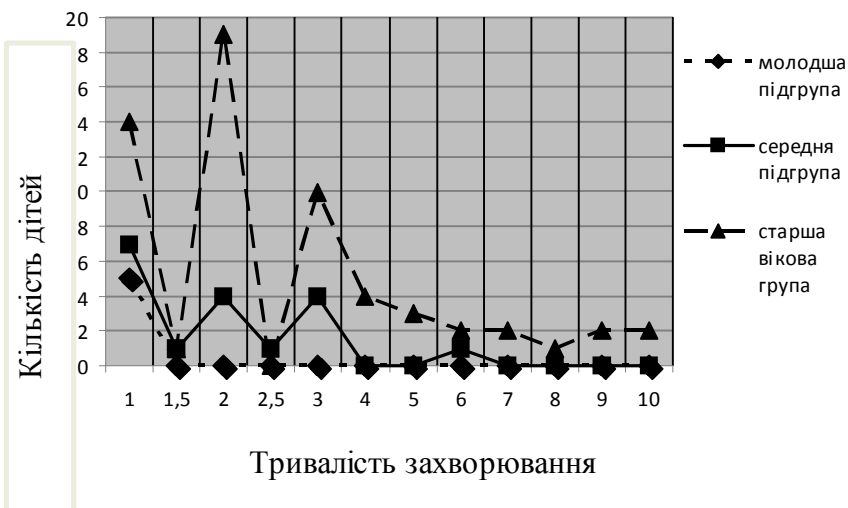


Рис. 1. Тривалість основного захворювання залежно від вікових груп.

відмічено більш тривалий перебіг у другій групі старшої підгрупи.

Також було з'ясовано кількість загострень захворювання протягом останнього року. В молодшій віковій підгрупі вони виникали, як правило, один раз на рік, в середній віковій підгрупі – 2–3 рази, у старшій – від 2 до 4 разів на рік, при чому в двох останніх підгрупах загострення виникали не лише в осінньо-весняний період, тобто не пов'язані з сезонністю. Варто також відмітити, що частота загострень у другій групі переважала порівняно з першою (рис. 2).

При детальному розборі анамнезу захворювання було відмічено, що діти зверталися за медичною допомогою у різний час після початку останнього загострення. Так, дітей молодшої вікової підгрупи госпіталізували у стаціонар в межах 3 тижнів після появи перших симптомів захворювання, тоді як обстежені середньої вікової групи – в межах 2 тижнів, старшої вікової групи – дещо більше 5 тижнів. Також було з'ясовано, що лише 7,78 % пацієнтів госпіталізовано в перші дні хвороби.

Останнє погіршення стану здоров'я в 65,56 % (59) обстежених пов'язували з погіршеннями у харчуванні,

в 4,44 % – з перенесеними попередніми гострими респіраторними захворюваннями, у 3,33 % – з стресовими ситуаціями, в решті (26,67 %) – не могли пояснити причини виникнення загострення захворювання.

В анкетах дітям поставили запитання щодо харчування. Серед улюблених страв 47 (52,2 %) пацієнтів назвали піцу, смажену картоплю, кури гриль, чипси, сухарики, причому найбільшу частку серед них становили діти найстаршої вікової групи. Варто зазначити, що саме ця група (37,7 %) полюбляє їсти в "сухом'ятку" та займати горизонтальне положення після їди (34). Четверта частина опитаних улюбленими фруктами назвала цитрусові, банани, яблука, ківі.

Генеалогічний аналіз анкет виявив найбільшу частоту захворювань травної системи у родичів I покоління: 15 (16,67 %) випадків ХГД-патологія спостерігалася у матері, 10 (11,11 %) – у бабусі або дідуся як з материнської, так і з батьківської лінії, 7 (7,78 %) – у батька та у 6 (6,67 %) – в кровних братів та сестер.

Вивчаючи скарги та об'єктивні дані дітей при прийомі в стаціонар, були виділені три провідні синдроми: больовий (94,45 %), диспепсичний (88,89 %) та інтоксикаційний (54,45 %). ХГД-патологія у 61 (67,78 %)

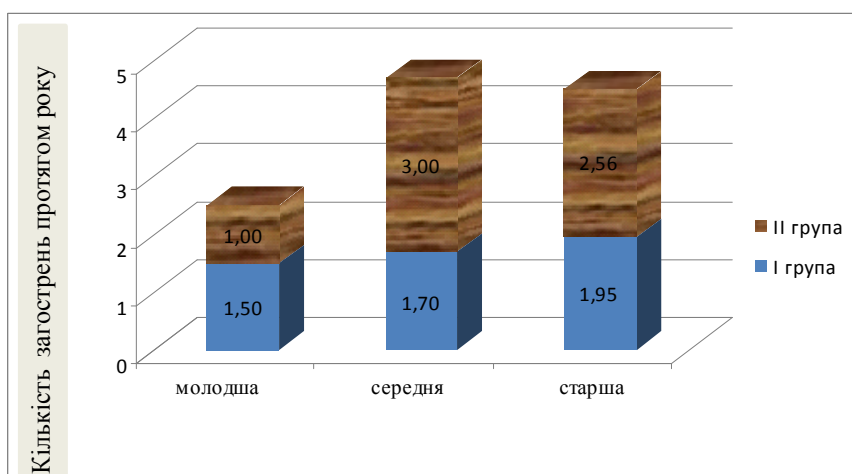


Рис. 2. Динаміка частоти загострень протягом року в різні вікові періоди.

хворого обох груп супроводжувалася скаргами на біль у ділянці шлунка, проте така локалізація у другій групі старшої вікової підгрупи зустрічалася достовірно ($p < 0,05$) частіше порівняно з першою. Характеризуючи больовий синдром, у більшості він ніякого характеру і лише в 4 частини обстежуваних спостерігається інтенсивний біль, що достовірно більше ($p < 0,05$) у другій групі старшої вікової підгрупи. Також діти скаржилися на біль іншої локалізації (праве та/або ліве підребер'я).

Прояви диспепсичного синдрому в двох основних групах відрізнявся. Обстежуваних другої групи диспепсичний синдром турбував достовірно ($p < 0,05$) частіше, порівняно з першою групою, за рахунок відчуття гіркоти, печії, нудоти, відрижки, зниженого апетиту (табл. 1).

Мінімальні та помірні прояви диспепсичного синдрому виявлялися у молодшій та середній вікових групах відповідно, максимально – в старшій віковій підгрупі.

Таблиця 1. Прояви диспепсичного синдрому в обстежуваних дітей залежно від інфікованості *H. pylori*

Характеристика скарг за синдромами	Перша група (n=40)						Друга група (n=50)					
	молодша вікова підгрупа		середня вікова підгрупа		старша вікова підгрупа		молодша вікова підгрупа		середня вікова підгрупа		старша вікова підгрупа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нудота	1	2,5	7	17,5	11	27,5	3	6,0	6	12,0	18	36,0
Блювання	1	2,5	3	7,5	1	2,5	–	–	1	2,0	4	8,0
Відчуття тяжкості в животі	–	–	–	–	4	10,0	–	–	1	2,0	4	8,0
Відчуття гіркоти в роті	1	2,5	2	5,0	9	22,5	1	2,0	2	4,0	17	34,0
Печія	–	–	–	–	4	10,0	1	2,0	–	–	9	18,0
Відрижка	–	–	2	5,0	6	15,0	–	–	2	4,0	7	14,0
Знижений апетит	1	2,5	3	7,5	9	22,5	–	–	5	10,0	19	38,0

Інтоксикаційний синдром зайняв III місце серед провідних синдромів. Даний синдром проявлявся різними скаргами, але найчастіше у всіх вікових групах зустрічалося: загальна слабкість (22,23%), швидка втома (20,00%) та головний біль (18,89%). Інтоксикаційний синдром частіше був у дітей другої групи. При обстеженні хворих суб'єктивні дані були підтверджені об'єктивними.

ВИСНОВКИ Серед обстежуваного контингенту дітей вагома частка (71,11%) припадала на вік від 14 до 17 років (старша вікова підгрупа).

1. Тривалість клінічного перебігу захворювання зростало із збільшенням віку дитини, що свідчить про хронізацію процесу.

2. Старша вікова підгрупа звертається за медичною допомогою в середньому через 5 тижнів після появи перших симптомів загострення, що майже в 2 рази пізніше, ніж діти двох попередніх вікових підгруп.

3. За тривалістю перебігу захворювання на перше місце виходять діти з ХГД-патологією, не асоційованою з *H. pylori*, старшої вікової підгрупи. В цього контингенту дітей найбільша середня кількість загострень хвороби протягом року більше 3 разів, при чому загострення виникали не лише в осінньо-весняний періоди.

4. У всіх вікових групах діагностовано три провідні клінічні синдроми: больовий (94,45%), диспепсичний (88,89%) та інтоксикаційний (54,45%).

5. Частота інфікованості *H. pylori* у дітей зростає з віком і в старшій віковій підгрупі сягає 70,00%.

Гелікобактерна інфекція має незаперечне значення у розвитку патології гастродуоденальної зони. Проте нез'ясованими залишаються причини, що сприяють хронізації та тривалому перебігу ХГД-патології, не асоційованої з *H. pylori* у дітей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Белоусов Ю. В. Гастродуоденальная патология у детей: проблемы и перспективы / Ю. В. Белоусов // Здоров'я України. – 2003. – № 13. – С. 24–25.
- Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей / В. І. Боброва, О. В. П'янова, Н. І. Надточій [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 2. – С. 33–36.
- Лобода В. Ф. Роль *Helicobacter pylori* в розвитку хронічних гастродуоденітів у дітей / В. Ф. Лобода, Ю. І. Бутницький // Вісник наукових досліджень. – 2003. – № 3 (32). – С. 66–68.
- Роль иммунных механизмов в развитии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей / А. Н. Гуреев, С. С. Хромова, Л. Н. Цветкова [и др.] // Педиатрия. – 2006. – № 6. – С. 30–32.
- Сорокман Т. В. Иммунологическая характеристика детей из гастродуоденальным геликобактериозом / Т. В. Сорокман, Н. Е. Коцобіна, О. В. Сокольник // Здоровье ребенка. – 2010. – № 1. – С. 12–15.
- Сучасні погляди на етіопатогенез виразкової хвороби у дітей / Т. В. Сорокман, Д. Р. Андрійчук, О. В. Сокольник [та ін.] // Здоровье ребенка. – 2009. – № 2. – С. 85–88.

Отримано 03.03.13