

Мельник Д.В.

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

Профілактичні заходи при гастроентерологічній патології в дітей шкільного віку

Резюме. Актуальність. У структурі патології органів травлення на частку виразкової хвороби припадає 1,7–16 %. Поширеність виразкової хвороби серед дитячого населення України становить 0,4–4,3 %. Пік захворюваності припадає на 9–11 років у дівчаток і 12–14 років у хлопчиків. Спадкова схильність при виразковій хворобі відмічається в 45–75 % хворих. **Метою** дослідження є визначення потреби реалізації стратегії зменшення захворюваності з урахуванням факторів ризику виникнення та несприятливого перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей. **Матеріали та методи.** Для розробки цільової програми профілактики виникнення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку на первинному рівні використано методи системного аналізу, порівняння, організаційного експерименту, а також математичного та описового моделювання. **Результати.** Під час дослідження були вивчені основні фактори ризику виникнення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку: стать, вік, група крові, наявність *Helicobacter pylori*, наявність супутньої патології, психоемоційні розлади, нерациональне харчування з порушенням його режиму, обтяжена спадковість, тютюнопаління, самолікування тощо. Інноваційним елементом удосконаленої первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку насамперед стало залучення лікарів загальної практики — сімейних лікарів до своєчасного виявлення факторів ризику та несприятливого перебігу захворювання (зокрема, діагностика *Helicobacter pylori*). Участь лікарів загальної практики — сімейних лікарів набуває особливого значення в системі спостереження за категорією населення з факторами ризику. Саме тут проводиться стратифікація на групи динамічного спостереження за системою ризиків та їх моніторинг, тобто передбачаються розширення та удосконалення завдань профілактики, забезпечуються сучасні тенденції системного підходу щодо запобігання виникненню виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та її негативних наслідків. Важливими на всіх рівнях є розробка, удосконалення та дотримання локальних протоколів ведення хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку. При цьому приділяється окрема увага комплексу заходів первинної профілактики, що включають широкий спектр медико-соціального впливу на популяційному рівні. **Висновки.** Концептуально запропонована модель профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку орієнтована насамперед на виконання лікарем загальної практики — сімейним лікарем при тісній взаємодії з лікарем-гастроентерологом первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, що забезпечує всебічне, холистичне, безперервне та доступне медичне обслуговування дітей і включає пріоритет профілактичних принципів та координацію зусиль усіх зацікавлених сторін у системі охорони здоров'я. **Ключові слова:** виразкова хвороба дванадцятипалої кишки в дітей; первинна профілактика; лікар загальної практики — сімейний лікар

Вступ

Виразкова хвороба — хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується формуванням виразкового дефекту в шлунку і/або дванадцятипалій кишці на тлі запальних змін слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, схильне до прогресування із залученням у патологічний процес інших органів і систем, розвитком ускладнень, що загрожують життю хворого.

У структурі патології органів травлення на частку виразкової хвороби припадає 1,7–16 %. Пошире-

ність виразкової хвороби серед дитячого населення України становить 0,4–4,3 %. Пік захворюваності припадає на 9–11 років у дівчаток і 12–14 років у хлопчиків. Спадкова схильність при виразковій хворобі відмічається в 45–75 % хворих. У переважній більшості випадків у дітей зустрічається виразкова хвороба дванадцятипалої кишки — 82–87 %, шлунка — 11–13 %, поєднана форма — виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки — 4–6 %. При загостренні виразкової хвороби, звичайно, виявляється рецидивуюча виразка (гостра ерозія), найчастіше

асоційована з *Helicobacter pylori* (*Helicobacter pylori* + виразкова хвороба шлунка — 68–70 % випадків, *Helicobacter pylori* + виразкова хвороба дванадцятипалої кишки — 88–98 % випадків). Виявилось, що більшість із них є модифікованими, тому важливою є оцінка впливу факторів ризику на розвиток та перебіг виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Тому вони повинні враховуватися при обґрунтуванні заходів щодо профілактики та вибору тактики організації надання медичної допомоги при зазначених захворюваннях.

Мета дослідження: визначити потребу в реалізації стратегії зменшення захворюваності з урахуванням факторів ризику виникнення та несприятливого перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей, доповнення її ефективними механізмами виявлення патології на ранніх стадіях та впровадження сучасних профілактично-лікувальних технологій з удосконаленням насамперед первинної профілактики.

Матеріали та методи

Для розробки цільової програми профілактики виникнення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку на первинному рівні використано методи системного аналізу, порівняння, організаційного експерименту, а також математичного та описового моделювання.

Результати та обговорення

Відповідно до проведених епідеміологічних досліджень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку встановлено, що показник поширеності хвороб органів травлення скоротився на 24,1 на 1000 дітей віком 0–14 років і становив 103,77. Відмічається статистично вірогідна різниця даного показника в регіонах України. Різниця становить 3,99 раза ($p \geq 0,05$): від 56,29 в Запорізькій до 224,49 в Полтавській області. Зокрема, встановлено, що поширеність хвороб органів травлення серед дітей віком 0–14 років в м. Києві та Київській області становить 172,59 та 137,84 на 1000 дітей відповідно.

Установлено, що показник поширеності хвороб органів травлення серед підлітків віком 15–17 років за роки дослідження має хвильоподібну характеристику із зниженням на 8,06 на 1000 дітей відповідного віку при найвищому показнику у 2013 р. — 204,18. Показник має вірогідні відмінності в розрізі регіонів: від 78,07 у Запорізькій області до 449,03 в м. Києві. Гранична різниця становить 5,75 раза ($p \geq 0,01$). За період дослідження зареєстровано збільшення показника поширеності хвороб органів травлення на території 14 (56 %) регіонів, а його зменшення — на території 11 (44 %) регіонів. Зокрема, встановлено, що поширеність хвороб органів травлення серед підлітків віком 15–17 років у м. Києві та Київській області становить 4490,3 та 3317,2 на 10 тис. дітей відповідно.

Щодо поширеності виразкової хвороби дванадцятипалої кишки серед дітей віком 0–14 років встановлено, що у 2015 р. від неї страждали 1574 дитини. За роки дослідження показник поширеності виразкової хвороби дванадцятипалої кишки скоротився на 0,09 на 1000 дітей відповідного віку і становив 0,24. Найвищі показники поширеності виразкової хвороби дванадцятипалої кишки серед дітей даної вікової категорії у 2015 р. зареєстровані на території Рівненської (0,77), Черкаської (0,70) та Київської (0,49) областей, найнижчі — Чернівецької (0,09), Луганської, Одеської (по 0,10), Львівської й Івано-Франківської (по 0,13) областей. Різниця граничного показника становить 8,55 раза ($p \geq 0,01$). У структурі поширеності хвороб органів травлення виразкова хвороба дванадцятипалої кишки серед дітей даної вікової категорії займає 0,23 %. Зокрема, встановлено, що її поширеність серед дітей віком 0–14 років у м. Києві та Київській області становить 0,22 та 0,49 на 1000 дітей відповідно.

За період дослідження відмічалось зниження показника поширеності виразкової хвороби дванадцятипалої кишки серед підлітків віком 15–17 років. Рівень зниження становив 0,6 на 1000 дітей відповідного віку при показнику 2,97 у 2015 р. Граничні значення даного показника в розрізі регіонів України у 2015 р. є статистично вірогідними і коливаються в 3,07 раза ($p \geq 0,05$). У структурі поширеності хвороб органів травлення виразкова хвороба дванадцятипалої кишки серед дітей даної вікової категорії займає 1,56 %. Зокрема, встановлено, що її поширеність серед підлітків віком 15–17 років у м. Києві та Київській області становить 37,5 та 38,9 на 10 тис. дітей відповідно.

За результатами ретроспективного аналізу встановлено, що відмічаються підвищення рівня захворюваності, погіршення фізичного та нерво-психічного розвитку, зниження рівня фізичної підготовленості школярів різних вікових груп, що необхідно враховувати при організації лікувально-профілактичної роботи в школах. Більша частина сучасних дітей у середньому шкільному віці з функціональними порушеннями формує групу дітей із хронічними захворюваннями, у то же час більша частина їх однолітків із цієї когорти переходила до групи здорових дітей, що є підтвердженням негативних тенденцій у стані здоров'я дітей на сучасному етапі. Зокрема, встановлено, що поширеність хвороб, що можуть спричинити розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки серед дітей віком 15–17 років у м. Києві та Київській області, така: хронічного гастриту та дуоденіту — 1187,3 та 1039,4, функціональних розладів шлунка — 41,3 та 11,9, хвороб підшлункової залози — 170,4 та 144,9 на 10 тис. дітей відповідно.

Як результат, можна констатувати статистично вірогідне підвищення показників поширеності виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей із підвищенням віку.

Разом із цим під час дослідження були вивчені основні фактори ризику виникнення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку з урахуванням таких показників: стать, вік, група крові, наявність *Helicobacter pylori*, наявність супутньої патології, психоемоційні розлади, нерациональне харчування з порушенням його режиму, обтяжена спадковість, тютюнопаління, самолікування тощо [1–4].

Стратегічними напрямками запропонованої первинної профілактики цієї хвороби в дітей шкільного віку визначено запобігання зростанню захворюваності, поширеності виразкової хвороби, надання первинної медичної допомоги, а також проведення адекватних лікувально-профілактичних планових оздоровчих заходів, підвищення медичної активності та обізнаності населення, запобігання соціально-медичним наслідкам.

Головні напрями стратегії спрямовані на повноцінність реалізації заходів первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку, що передбачають персоналізований підхід до вибору оптимальної тактики нагляду за пацієнтом. Це забезпечить доступність медичної профілактичної допомоги дітям із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки з метою запобігання розвитку її ускладнень, тимчасовій непрацездатності та зростанню госпіталізацій, що стало можливим переважно завдяки функціонально-організаційній оптимізації існуючих положень профілактичної роботи.

Інноваційним елементом удосконаленої первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку насамперед стало залучення лікарів загальної практики — сімейних лікарів до своєчасного виявлення факторів ризику та несприятливого перебігу захворювання (зокрема, діагностика *Helicobacter pylori*).

Участь лікарів загальної практики — сімейних лікарів набуває особливого значення в системі спостереження за категорією населення з факторами ризику. Саме тут проводиться стратифікація на групи динамічного спостереження за системою ризиків та їх моніторинг, тобто передбачаються розширення та удосконалення завдань профілактики, забезпечуються сучасні тенденції системного підходу щодо запобігання виникненню виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та її негативних наслідків.

Важливими на всіх рівнях є розробка, удосконалення та дотримання локальних протоколів ведення хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку. При цьому приділяється окрема увага комплексу заходів первинної профілактики, що включають широкий спектр медико-соціального впливу на популяційному рівні.

Удосконалення професійної діяльності лікарів загальної практики — сімейних лікарів, молодшого персоналу з медичною освітою, об'єднання зусиль спеціалістів різних видів медичної допомоги дозво-

лять досягти успіхів у профілактиці виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку завдяки:

- комплексності та цілеспрямованості підходів до організації заходів запобігання розвитку та прогресуванню виразкової хвороби дванадцятипалої кишки;

- наступності та безперервності профілактичного нагляду за дитиною як результату чіткого розподілу функцій між первинною медичною допомогою та іншими видами медичної допомоги щодо запобігання прогресуванню виразкової хвороби дванадцятипалої кишки;

- економічності внаслідок зменшення витрат охорони здоров'я з огляду на оптимізацію використання наявних ресурсів за рахунок невикористання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, а також збереження життя та його якості.

Суб'єктами управління первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, у повноваження яких входить організація профілактичної діяльності закладів на різних рівнях системи охорони здоров'я, визначені: МОЗ України, департамент/управління охорони здоров'я обласних (міських, районних) державних адміністрацій, центри первинної медичної допомоги (амбулаторії сімейної медицини та ін.).

Об'єктами управління первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки визначені: населення (діти), громада і громадські організації, лікарі загальної практики — сімейні лікарі та вузькі спеціалісти, які безпосередньо надають медичну допомогу, у т.ч. профілактичні рекомендації пацієнтам в амбулаторно-поліклінічних умовах та в умовах денного стаціонару.

Важливим завданням первинної профілактики є підвищення інформованості зареєстрованого населення (дітей) щодо суті захворювання на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, небезпеки її розвитку та прогресування, необхідності профілактики, контролю за дотриманням порад лікаря загальної практики — сімейного лікаря з модифікації способу життя, харчування та інших порад із нівелювання наявних індивідуальних керованих факторів ризику розвитку цього захворювання.

Для визначення індивідуального ризику виникнення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки враховують наявність модифікованих і немодифікованих факторів ризику. Серед немодифікованих факторів доведений вплив мають: стать, вік, обтяжена спадковість, група крові O(I) Rh+. Доведена наявність ризику розвитку цієї хвороби в дітей зі схильністю передачі спадковості по чоловічій лінії та в осіб з O(I) Rh+ групою крові. Тому цей факт мотивує необхідність підсилення уваги лікарів до такого контингенту.

Серед модифікованих факторів ризику визначальною є наявність інфекції *Helicobacter pylori* як предиктора посилення агресивності. Населення, лі-

карі повинні усвідомлювати, що саме успішні заходи, спрямовані на усунення інфікування на ранній стадії, можуть забезпечити найкращі результати.

У разі підозри на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (за умови високого індивідуального ризику розвитку захворювання, безуспішного нівелювання керованих факторів ризику) лікар загальної практики — сімейний лікар повинен направити таких осіб на консультацію до лікаря-гастроентеролога.

Таким чином, на етапі первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки комплекс заходів включає:

— забезпечення доступною та оперативною інформацією населення, насамперед дітей, щодо переваг дотримання правил здорового способу життя, значення гігієнічної культури та дотримання основ раціонального харчування, практичними порадами стосовно продовження активного довголіття, підвищення фізичної активності, навчання батьків принципам фізичного виховання і загартовування дітей, упорядкування їх харчування, рекомендаціями та схемами раціонального харчування для запобігання виникненню ризиків для здоров'я, обізнаності з основними з них, необхідності дотримання комплексу профілактичних заходів із запобігання виникненню виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей;

— дотримання виконання наказу Міністерства охорони здоров'я щодо диспансеризації населення, яким передбачено проводити періодичні медичні огляди з максимальним охопленням прикріплених дітей, під час яких виявляються вірогідні фактори ризику розвитку захворювання, формується настороженість серед батьків та дітей щодо його ознак виникнення;

— роботу з нівелювання керованих факторів ризику з урахуванням індивідуальних особливостей дитини шкільного віку (наприклад, відмова від шкідливих звичок, підвищення фізичної активності, упорядкування харчування, його регулярності, звичок та раціону тощо), їх моніторингу та визначенням індивідуального ризику розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Така робота проводиться з активним залученням родини, без участі якої подолати самотужки дитині шкільного віку наявні фактори ризику розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (пов'язані з особливостями способу життя, харчування, проведення вільного часу з родиною) досить складно;

— розробку програм профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, до яких входять індивідуалізовані заходи, складені на основі даних персоніфіковано визначених особливостей стану здоров'я та способу життя, а також характеру перебігу захворювання, його патогенезу, наприклад проведення аналізу на *Helicobacter pylori* з кратністю, визначеною в затвердженому локальному протоколі.

На рівні вторинної профілактики, безпосередньою метою якої є запобігання розвитку ускладнень

та загострень, разом із лікарем-гастроентерологом повинен залучатися лікар загальної практики — сімейний лікар, який використовує всі можливі джерела інформації на громадському, сімейному та індивідуальному рівнях для сприяння виконання пацієнтом лікарських призначень та рекомендацій, нівелювання керованих факторів ризику несприятливого перебігу захворювання.

Під час *вторинної профілактики* виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей забезпечуються: виявлення, боротьба з факторами ризику та несприятливого перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки; сприяння ранній діагностиці із залученням консультацій суміжних спеціалістів, моніторингом дотримання призначень і рекомендацій, формуванням комплайенсу, мотивації до нівелювання факторів ризику несприятливого перебігу захворювання, про що має бути обов'язково проінформована родина дитини; призначення лікувально-оздоровчих заходів та профілактичного лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах (згідно із затвердженими локальними протоколами) при активній взаємодії лікарів загальної практики — сімейних лікарів та лікарів-гастроентерологів, у тому числі в умовах перебування дитини в денному стаціонарі, та контроль за дотриманням їх рекомендацій; моніторинг обсягів, кратності та повноти диспансерного нагляду за дітьми з встановленим діагнозом виразкової хвороби дванадцятипалої кишки.

У той же час на рівні *третинної профілактики* лікар загальної практики — сімейний лікар інформує та залучає родичів хворих дітей до сприяння нівелюванню факторів несприятливого перебігу захворювання, систематично проводить моніторинг результатів, допомагає хворим дітям та членам їх родин у взаємодії з іншими спеціалістами для забезпечення відновного лікування за допомогою індивідуально спланованих реабілітаційних заходів з урахуванням реально можливих умов, здійснює контроль за дотриманням призначень та рекомендацій із реабілітації [5–8].

За ознаками прогресування, загострення хвороби лікар загальної практики — сімейний лікар повинен організувати консультацію лікаря-гастроентеролога та інших лікарів-спеціалістів. У той же час лікар загальної практики — сімейний лікар повинен контролювати прийом ліків пацієнтами-дітьми, залучаючи за потреби до цього родичів хворих дітей, доводити необхідність дотримання рекомендацій для стабілізації і запобігання подальшому прогресуванню захворювання, виникненню його ускладнень (кровотечі, перфорації), що потребують надання ургентної, у тому числі хірургічної, допомоги в умовах цілодобового стаціонару.

Таким чином, в основу обґрунтованої, розробленої удосконаленої моделі первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку були покладені сучасні вітчизняні

нормативно-правові та медико-технологічні документи, а також результати, отримані при виконанні дисертаційного дослідження.

Висновки

Концептуально запропонована модель первинної профілактики виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в дітей шкільного віку орієнтована насамперед на виконання лікарем загальної практики — сімейним лікарем при тісній взаємодії з лікарем-гастроентерологом первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, що забезпечує всебічне, холистичне, безперервне та доступне медичне обслуговування дітей і включає пріоритет профілактичних принципів та координацію зусиль усіх зацікавлених сторін в системі охорони здоров'я.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Campbell M.S. *The Experience of Pay for Performance in English Family Practice: A Qualitative Study* / M.S. Campbell, R. McDonald, H. Lester // *Ann. Fam. Med.* — 2008. — № 3. — P. 228-234.
2. *Preventive Services Delivery in Patients With Chronic Illnesses: Parallel Opportunities Rather Than Competing Obligations* / S.M. Ornstein, R.G. Jenkins, C.B. Lityin et al. // *Ann. Fam. Med.* — 2013. — № 11(4). — P. 344-349.

3. Walker A.E. *Many chronic diseases and quality of life: Models that come from a large national sample* / Walker A.E. — Australia, 2007. — 31 p.

4. *The Portuguese National Programme for the Promotion of Healthy Eating: 2012–2015* / P. Graça et al. // *Public Health Panorama.* — 2016. — Vol. 2, № 2. — P. 184-195.

5. Марчук Н.В. *Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики/сімейної медицини: Дис... канд. мед. наук.: 14.02.03* / Н.В. Марчук; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. — Київ, 2007. — 163 с.

6. Москаленко В.Ф. *Профілактична медицина — проблеми та перспективи розвитку* / В.Ф. Москаленко, О.П. Яворівський, І.О. Парпалей // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.* — 2014. — № 1–2. — С. 69-73.

7. Кізлова Н.М. *Медико-соціальне обґрунтування удосконалення моделі профілактики виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки: Дис... канд. мед. наук.: 14.02.03* / Н.М. Кізлова; Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. — Вінниця, 2017. — 185 с.

8. Шекера О.Г. *Обґрунтування системи медичного забезпечення Збройних сил України в умовах впливу соціально-економічних та медико-демографічних чинників: Дис... д-ра мед. наук.: 14.02.03* / О.Г. Шекера; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. — Київ, 2010. — 555 с.

Отримано 30.09.2017 ■

Мельник Д.В.

Національна медична академія последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Профилактические мероприятия при гастроэнтерологической патологии у детей школьного возраста

Резюме. Актуальность. В структуре патологии органов пищеварения на долю язвенной болезни приходится 1,7–16 %. Распространенность язвенной болезни среди детского населения Украины составляет 0,4–4,3 %. Пик заболеваемости приходится на 9–11 лет у девочек и 12–14 лет у мальчиков. Наследственная предрасположенность при язвенной болезни отмечается у 45–75 % больных. **Целью** исследования является определение потребности реализации стратегии уменьшения заболеваемости с учетом факторов риска возникновения и неблагоприятного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей. **Материалы и методы.** Для разработки целевой программы профилактики возникновения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста на первичном уровне использованы методы системного анализа, сравнения, организационного эксперимента, а также математического и описательного моделирования. **Результаты.** В ходе исследования были изучены основные факторы риска возникновения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста: пол, возраст, группа крови, наличие *Helicobacter pylori*, наличие сопутствующей патологии, психоэмоциональные расстройства, нерациональное питание с нарушением его режима, отягощенная наследственность, табакокурение, самолечение и т.п. Инновационным элементом усовершенствованной первичной профилактики

язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста в первую очередь стало привлечение врачей общей практики — семейных врачей к своевременному выявлению факторов риска и неблагоприятного течения заболевания (в частности, диагностика *Helicobacter pylori*). Участие врачей общей практики — семейных врачей приобретает особое значение в системе наблюдения за категорией населения с факторами риска. Именно здесь проводится стратификация на группы динамического наблюдения за системой рисков и их мониторинг, то есть предполагаются расширение и усовершенствование задач профилактики, обеспечиваются современные тенденции системного подхода по предупреждению возникновения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее негативных последствий. Важными на всех уровнях являются разработка, совершенствование и соблюдение локальных протоколов ведения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста. При этом уделяется особое внимание комплексу мероприятий первичной профилактики, включающих широкий спектр медико-социального влияния на популяционном уровне. **Выводы.** Концептуально предложенная модель профилактики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей школьного возраста ориентирована в первую очередь на выполнение врачом общей практики — семейным врачом

при тесном взаимодействии с врачом-гастроэнтерологом первичной медицинской помощи на принципах семейной медицины, что обеспечивает всестороннее, холистическое, непрерывное и доступное медицинское обслуживание детей и включает приоритет профилактических принципов и

координацию усилий всех заинтересованных сторон в системе здравоохранения.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей; первичная профилактика; врач общей практики — семейный врач

D.V. Melnyk

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Preventive measures in school-age children with gastroenterological pathology

Abstract. Background. The prevalence of peptic ulcer is 1.7–16 % in the structure of the digestive pathology. The prevalence of peptic ulcer among the children in Ukraine is 0.4–4.3 %. The peak time of morbidity is 9–11 years of age for girls and 12–14 years for boys. A hereditary predisposition for peptic ulcer occurs in 45–75 % of patients. The purpose of the study is to determine the need to implement a reduced morbidity strategy, taking into account the occurrence of risk factors and adverse course of duodenal ulcer in children. **Materials and methods.** The methods of systemic analysis, comparison, organizational experiment, mathematical and descriptive modeling were used to develop a targeted program for the prevention of duodenal ulcer disease in school-age children at the primary health care level. **Results.** The study investigated the main risk factors for duodenal ulcer in school-age children, namely: sex, age, blood type, *Helicobacter pylori* presence; concomitant pathology; psychoemotional disorders; inefficient nutrition with a regime violation; burdened heredity; tobacco smoking; self-treatment, etc. The innovative elements of improved primary prevention of duodenal ulcer in school-age children, first of all, were: the involvement of general practitioners — family doctors to timely identify risk factors and adverse course of the disease (in particular, diagnosis of *Helico-*

bacter pylori). General practitioners — family doctors involvement acquires special significance in the surveillance system of the population with risk factors. Stratification is carried out to the groups of dynamic monitoring of the risks system and their monitoring, that is, the expansion and improvement of prevention tasks is envisaged, and modern trends in the systemic approach for preventing duodenal ulcer and its negative consequences are provided. Development, improvement and compliance with local protocols for managing school-age children with a duodenal ulcer are important at all levels. At the same time, the special attention is paid to the set of primary prevention measures, including a wide range of medical and social influence at the population level. **Conclusions.** The conceptually proposed model for the prevention of duodenal ulcer in school-age children is focused, first of all, on the practice of a general practitioner — family doctor, in close cooperation with gastroenterologist, primary care physician on the principles of family medicine, provides a comprehensive, holistic, continuous and accessible medical care for children, and includes the priority of preventive principles and coordination of efforts of all the concerned parties in the health care system.

Keywords: duodenal ulcer in children; primary prevention; general practitioner — family doctor