

# ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІТЕЙ

*В.І. Боброва, А.О. Кошова, Ю.І. Воробієнко*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета:** дослідити особливості клінічного перебігу хронічної гастродуоденальної патології (ХГДП) у дітей різного віку.

**Пацієнти та методи.** Під нашим спостереженням було 115 дітей віком 8–16 років з ХГДП у стадії загострення. Залежно від віку хворі розподілені на три групи спостереження: I група — 33 (28,7±4,2%) дитини віком 8–10 років, II група — 36 (31,3±4,3%) дітей віком 11–13 років, III група — 46 (40,0±4,6%) дітей віком 14–16 років. Усі хворі підлягали загальноклінічному обстеженню, для верифікації діагнозу проводили фіброзогастродуоденоскопію верхніх відділів травного каналу, внутрішньошлункову рН-метрію.

**Результати.** При вивченні анамнезу в групі дітей віком 8–10 років частіше (66,6±8,2%) були прояви харчової алергії. У більшості (63,0±7,1%) дітей віком 14–16 років спостерігалися порушення в режимі харчування, 45,7±7,3% підлітків палили та 30,4±6,8% вживали алкогольні напої. Провідною скаргою у хворих віком 8–10 і 14–16 років був нападодібний характер болю в епігастральній ділянці. У половини дітей віком 11–13 років був ниючий характер абдомінального болю з локалізацією у лівому підребер'ї. Серед дітей віком 8–10 років частіше відмічалися такі симптоми, як неприємний запах з рота і закреп. У групі дітей віком 11–13 років половина хворих скаржилась на прояви метеоризму. Ерозивні зміни слизовій оболонці шлунка (СОШ) і дванадцятипалої кишки (ДПК) частіше відмічалися серед підлітків 11–13 років, виразкова хвороба ДПК діагностувалася у більшості пацієнтів 14–16 років. Дуоденогастральний рефлюкс відіграв провідну роль у перебігу ХГДП у дітей віком 8–10 років, а гастроєзофагеальний рефлюкс — у дітей 14–16 років. Серед пацієнтів усіх вікових категорій частіше спостерігалася нормаацидність. Гіпоацидність діагностувалася в пацієнтів віком 8–10 і 14–16 років.

**Висновки.** Встановлені нами екзогенні передумови формування ХГДП у більшості хворих можна розглядати як несприятливий фактор формування хронічного запалення в кожній віковій групі. Такі вікові особливості ХГДП необхідно враховувати при розробці лікувальних і профілактичних заходів у дітей різного віку.

**Ключові слова:** діти, хронічна гастродуоденальна патологія, вік.

## Вступ

Захворювання органів травлення посідають одне з перших місць у структурі дитячої соматичної патології. Їх поширеність серед дитячого населення України постійно зростає. У 2011 р. вона становила понад 112%, а її частота перевищувала 100 на 1000 дітей, при цьому хронічні ураження органів гастродуоденальної зони (ГДЗ) дорівнювали 75,0% [2, 7]. Біологічне і медико-соціальне значення цієї проблеми визначається тим, що у більшості випадків хронічна гастродуоденальна патологія (ХГДП) починає розвиватися в дитячому та юнацькому віці, що призводить до інвалідизації значної частини населення [1]. Серйозною проблемою є зростання важких форм ХГДП із розвитком виразкової хвороби (ВХ), яку зареєстровано у 1,8–2,2% дитячого населення України, частота її рецидивів за останнє десятиріччя збільшилася з 50% до 75% [3].

Незважаючи на успіхи в діагностиці, вивченні етіології та патогенезу розвитку хронічних запальних процесів у слизовій оболонці шлунка (СОШ) і слизовій оболонці дванадцятипалої кишки (СО ДПК), наявності відповідних схем лікування, поширеність ХГДП серед дітей все ще немає тенденції до зниження [4, 5]. Останніми роками відмічається значне «омолодження» ХГДП у дітей, збільшення частоти деструктивних, атрофічних процесів з рецидивним перебігом, ускладненнями, швидким прогресуванням морфологічних змін. Відомо, що у дітей ризик виникнення захворювання органів травлення вищий, ніж у дорослих, а хвороба прогресує швидше і з дедалі частішими і тривалішими рецидивами [6]. Клінічні прояви ХГДП часто є неспецифічними, особливо серед дітей дошкільного віку, які не завжди можуть охарактеризувати больові відчуття. На наш погляд, одним із важливих і не вирішених питань дитячої гастроентерології залишається вивчення факторів, які впливають на характер перебігу ХГДП. На сьогодні немає порівняльних даних про перебіг цих захворювань у різних вікових групах дітей при різних формах ХГДП, що, на наш погляд, є важливим з огляду на

те, що секреторна функція шлунка в онтогенезі розвитку дитини має певні фізіологічні зміни, саме в дитячому віці кислотозалежність пов'язана не стільки з гіперацидністю, скільки з порушенням цитопротекторної функції шлунка. Ефективне вивчення цих питань може сприяти більш ґрунтовній діагностиці ХГДП у дітей та оптимізувати підходи до їх лікування.

**Мета роботи** — дослідити особливості клінічного перебігу ХГДП у дітей різного віку.

## Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням було 115 дітей віком 8–16 років з ХГДП у стадії загострення, які надійшли на стаціонарне лікування у дитячу клінічну лікарню №9 м. Києва. Залежно від віку хворі були розподілені на три групи спостереження: I група — 33 (28,7±4,2%) дитини віком 8–10 років, II група — 36 (31,3±4,3%) дітей віком 11–13 років, III група — 46 (40±4,6%) дітей віком 14–16 років.

При госпіталізації до стаціонару всі хворі підлягали ретельному загальноклінічному обстеженню, яке включало детальний аналіз скарг, анамнезу захворювання, спадкового анамнезу, наявності супутніх захворювань, шкідливих звичок, вживання лікарських препаратів, даних об'єктивного обстеження; також вивчалася медична документація та заповнювалися спеціальні картки на кожного хворого, розроблені на кафедрі педіатрії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Для верифікації діагнозу всім дітям проведено фіброзогастродуоденоскопію (ФЕГДС) верхніх відділів травного каналу, внутрішньошлункову рН-метрію. При проведенні ФЕГДС звертали увагу на наявність набряку, гіперемії, деструктивних змін СОШ і СО ДПК, а також на тонус кардіального сфінктера, воротаря, на наявність гастроєзофагеального (ГЕР) і дуоденогастрального (ДГР) рефлюксів. Усім дітям для виявлення супутньої патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) проводили ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини.

**Розподіл дітей за екзогенними чинниками формування хронічної гастродуоденальної патології (n=115), (M±m,%)**

Екзогенні чинники	Вік дітей (роки)					
	8–10 (n=33)		11–13 (n=36)		14–16 (n=46)	
	абс.	M±m,%	абс.	M±m,%	абс.	M±m,%
Порушення в харчуванні	14	42,4±8,6	16	44,4±8,3	29	63,7±7,1*
Вживання алкогольних напоїв	-	-	-	-	14	30,4±6,8*
Паління	-	-	9	25±7,2	21	45,7±7,3*
Вітряна віспа	20	60,6±8,5	23	63,9±8,0	36	78,2±6,1
Краснуха	3	9,1±5,0	10	27,8±7,5	6	13±5,0
Кір	3	9,1±5,0	6	16,7±6,2	5	10,9±4,6
Бронхіальна астма	-	-	2	5,6±3,8	1	2,2±2,2
Харчова алергія	22	66,6±8,2*	13	36,1±8,0	8	17,4±5,6
Обтяжена спадковість	21	63,6±8,4	22	61,1±8,1	26	56,5±7,3
ГРВІ	11	33,3±8,2	21	58,3±8,2*	16	34,8±7,0

Примітка. — p<0,05 між групами хворих залежно від віку.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням стандартних пакетів програм Microsoft Excel.

**Результати досліджень та їх обговорення**

Серед обстежених дітей було 56 хлопчиків (48,7±4,7%) і 59 дівчаток (51,3±4,7%). Отже, гендерної різниці не встановлено. Зважаючи на високий відсоток серед обстежених хворих дітей віком 8–10 років з верифікованою ХГДП, є очевидною необхідність розробки алгоритму ранньої діагностики і профілактики ХГДП серед дітей молодшого шкільного віку. Водночас, дітям до 10 років рідко призначають ФЕГДС з огляду на невеликий вік дитини і тим самим не діагностують процесів ранньої маніфестації запальних змін з боку органів ГДЗ.

При вивченні тривалості гастроентерологічного анамнезу виявлено, що у більшості (76 (66,1±4,4%)) дітей спостерігався рецидивний перебіг ХГДП, а вперше діагностувалося дане захворювання у 39 (33,9±4,4%) дітей. При цьому маніфестація ХГДП відмічалася у більшості дітей 8–10 років, тривалість захворювання зростала відповідно до віку дітей. Відносно високий відсоток дітей з ранньою маніфестацією ХГДП зумовив необхідність проаналізувати передумови формування захворювань, обтяженість їх сімейного анамнезу.

При вивченні факторів ризику розвитку ХГДП встановлено таке: патологія вагітності у вигляді загрози переривання, ранніх і пізніх токсикозів, супутньої екстрагенітальної патології не мала статистично значущої відмінності (p<0,05) у всіх групах спостереження (39,4±8,5%, 30,6±7,7% і 47,8±7,4% відповідно I, II і III групи); оцінка характеру вигодовування дітей на першому році життя засвідчила, що лише у 37 (32,1±4,4%) випадках грудне вигодовування тривало більше року, 59 (51,3±4,7%) дітей переведені на раннє штучне вигодовування, а 19 дітей (16,5±3,5%) взагалі не були на грудному вигодовуванні. Аналіз отриманих даних у групах спостереження показав, що серед дітей 8–10 років статистично достовірно (p<0,05) вищим був показник тривалості грудного вигодовування (60,6±8,5%, 30,6±7,7%, 13,0±5,0% відповідно I, II і III групи). Серед пацієнтів II і III групи спостереження було більше дітей, які знаходилися на штучному вигодовуванні, (36,4±8,4%, 61,1±8,1%, 54,3±7,3% відповідно I, II і III групи). Відсутність грудного вигодовування в анамнезі, як фактора ризику виникнення порушень функції ШКТ, відмічалася переважно у хворих старшої вікової групи (3,0±3,0%, 8,3±4,6%, 32,6±6,9% відповідно I, II і III групи), як правило, це були хворі з рецидивним перебігом захворювання.

Аналіз анамнестичних даних показав, що у 59 (51,3±4,7%) дітей спостерігалися порушення в режимі та якості харчування (не часті вживання їжі, їжа «всухом'ятку», відсутність у раціоні перших страв, вживання «Fast food» і напоїв із концентратів). Високий інфекційний індекс був у більшості пацієнтів. Серед інфекційних хвороб в анамнезі переважали гостра респіраторно-вірусна інфекція та вітряна віспа. Нерідко в обстежуваних дітей відмічалися шкідливі звички: у 30 (26,1±4,1%) дітей — паління тютюну, у 14 (12,2±3,0%) — вживання алкогольних напоїв. Вивчення даних спадковості показало, що спадковість по захворюваннях органів травлення була обтяженою у 69 (60±4,6%) дітей, що майже однаково в групах спостережуваних хворих.

При аналізі анамнестичних даних виявлено екзогенні чинники, характерні для певних вікових груп (табл. 1).

За наведеними даними, у групі дітей 8–10 років частіше виявлявся обтяжений алергічний анамнез за рахунок наявності у 22 (66,6±8,2%) дітей харчової алергії. Аналіз анамнестичних даних показав, що у більшості дітей 14–16 років (29 (63±7,1%)) були порушення в режимі та якості харчування, значна кількість підлітків цього віку палили — 21 (45,7±7,3%) та вживали алкогольні напої — 14 (30,4±6,8%). Серед пацієнтів віком 11–13 років статистично достовірно (p<0,05) вищим був показник захворювання на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), що, імовірно, свідчить про можливий вплив нестероїдних протизапальних препаратів, які часто застосовуються при цьому захворюванні, на формування запалення СОШ.

Таким чином, встановлені нами екзогенні передумови у більшості хворих можна розглядати як несприятливий фактор формування хронічного запалення в кожній віковій категорії дітей.

При вивченні клінічних особливостей обстежуваних хворих часто виявляли супутню патологію ШКТ, яка, очевидно, була фоном формування хронічного перебігу ХГДП. Аналіз отриманих даних показав, що незалежно від віку із супутньої патології переважали функціональні порушення жовчного міхура (36,3±8,4%, 36,1±8,0%, 37,0±7,1% відповідно I, II і III групи). При збільшенні віку хворих статистично достовірно вищими були показники, які характеризували запальні процеси в жовчному міхурі, — 12,1±5,7%, 16,7±6,2%, 43,5±7,3% відповідно до I, II і III групи спостережуваних. Ці дані вказали на несприятливий фон, що може негативно впливати на перебіг ХГДП.

Клінічні прояви захворювання в періоді загострення характеризувались поліморфізмом як суб'єктивних про-

Таблиця 2

**Розподіл дітей за характером абдомінального больового синдрому при хронічному гастродуоденіті залежно від віку (n=115), (M±m,%)**

Тривалість захворювання	Характер абдомінального болю							Локалізація абдомінального болю			
	нападоподібний	ниючий	голодний	ранній	пізній	нічний	не пов'язаний з вживанням їжі	епігастрій	пілородуоденальна зона	праве підбер'я	ліве підбер'я
8–10 років (n=33)	72,7±7,8*	27,3±7,8	21,2±7,1	9,1±5,0	27,3±7,8	12,1±5,7	9,1±5,0	87,9±5,7	9,1±5,0	18,2±6,7	15,2±6,2
11–13 років (n=36)	50±8,3	50±8,3*	30,6±7,7	16,7±6,2	11,1±5,2	11,1±5,2	8,3±4,6	75±7,2	13,9±5,8	33,3±7,9	41,7±8,2*
14–16 років (n=46)	69,6±6,8*	30,4±6,8	8,7±4,2	28,3±6,6	13±5,0	2,2±2,2	45,7±7,3*	76,1±6,3	8,7±4,2	28,3±6,6	28,3±6,6

Примітка. — p<0,05 між групами хворих залежно від віку.

Таблиця 3

**Розподіл дітей за симптомами шлункової диспепсії залежно від віку (n=115), (M±m,%)**

Симптоми диспепсії	Вік дитини (роки)					
	8–10 (n=33)		11–13 (n=36)		14–16 (n=46)	
	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %
Нудота	22	66,7±8,2	21	58,3±8,2	28	60,9±7,9
Блювання	5	15,2±6,2	8	22,2±6,9	5	10,9±4,6
Відрижка	15	45,5±8,7	17	47,2±8,3	23	50±7,4
Зниження апетиту	19	57,6±8,7	19	52,8±8,3	17	37±7,1
Неприємний запах з рота	18	54,5±8,7*	9	25±7,2	16	34,8±7,0
Печія	7	21,2±7,1	14	38,9±8,1	13	28,3±6,6
Метеоризм	8	24,2±7,5	18	50±8,3*	10	21,7±6,1
Закреп	13	39,4±8,5*	6	16,7±6,2	6	13±5,0
Нестійкі випорожнення	5	15,2±6,2	9	25±7,2	17	37±7,1

Примітка. — p<0,05 між групами хворих залежно від віку.

явів — скарг, так і даних об'єктивного дослідження. При госпіталізації до стаціонару усі хворі скаржилися на біль у животі, виразність і інтенсивність його була від короткочасного нападоподібного до неінтенсивного ниючого (табл. 2).

Зіставлення даних об'єктивного обстеження у хворих віком 8–10 і 14–16 років показало, що характер скарг у цих групах мав багато спільного. Провідною скаргою в обох групах пацієнтів був нападоподібний характер болю в епігастральній ділянці. У половини дітей віком 11–13 років спостерігався ниючий характер абдомінального болю з локалізацією у лівому підбер'ї. За причиною виникнення абдомінального болю відмічалася характерна особливість лише серед дітей 14–16 років, а саме у 45,7±7,3% пацієнтів біль у животі не пов'язаний з вживанням їжі.

Наступним за частотою та окресленістю клінічних проявів був диспептичний синдром (табл. 3).

Аналізуючи прояви диспептичних симптомів залежно від віку дітей, встановлено, що нудота і відрижка були провідним клінічним симптомом шлункової диспепсії у

всіх обстежених дітей. Серед дітей віком 8–10 років статистично достовірно (p<0,05) частіше відмічалися такі симптоми, як неприємний запах з рота і закреп. У групі дітей віком 11–13 років половина хворих скаржилася на прояви метеоризму. В групі дітей віком 14–16 років не відмічали специфічних диспептичних проявів ХГДП.

Прояви хронічної неспецифічної інтоксикації відзначали всі хворі, вона проявлялась у вигляді стомлюваності, слабкості та головного болю.

При фізикальному обстеженні у 61 (53±4,7%) хворого виявлялася блідість шкірних покривів, у 43 (37,4±4,5%) дітей на язиці був білий наліт, а також мав місце неприємний запах з рота. Збільшення мигдаликів з ознаками запалення спостерігалось у 42 (36,5±4,5%) хворих. З боку легень перкуторних і аускультативних змін не виявлено. Перкуторно межі відносної серцевої тупості у всіх хворих відповідали віковій нормі, а при аускультатії тони серця були гучними, ритмічними у дітей усіх трьох груп. За результатами об'єктивного дослідження органів черевної порожнини, болісність при пальпації в епігастрії відмічалася у 91 (79,1±3,8%) хворого. Пальпація в правому підре-

Таблиця 4

**Розподіл дітей за ендоскопічними змінами слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки у дітей залежно від віку (n=115) (M±m,%)**

Ендоскопічні зміни	Вік дитини (років)					
	8–10 (n=33)		11–13 (n=36)		14–16 (n=46)	
	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %	абс.	M±m, %
ЕГД	15	45,5±8,7	18	50±8,3	20	43,5±7,3
ГГ+ЕД	6	18,2±6,7	9	25±7,2	8	17,4±5,6
ЕрГ+ ЕД	-	-	1	2,8±2,7	4	8,7±4,2
ЕрД+ЕГ	2	6,1±4,2	11	30,6±7,7*	4	8,7±4,2
ВХ ДПК+ЕГ	-	-	3	8,3±4,6	14	30,4±6,8*

Примітка. — p<0,05 між групами хворих залежно від віку.

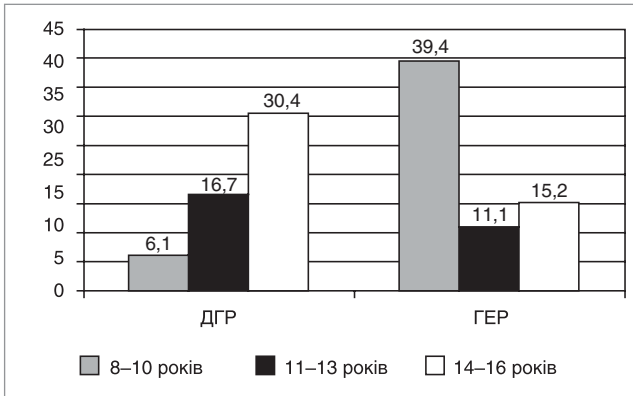


Рис. 1. Розподіл дітей за частотою порушень сфінктерного апарату залежно від віку

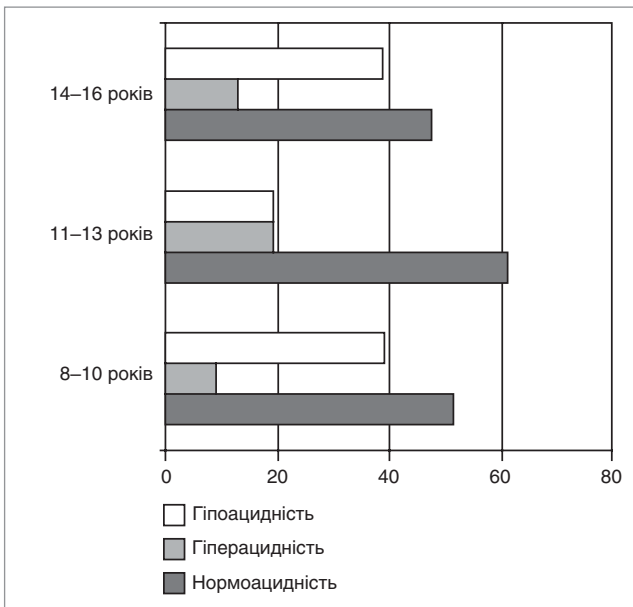


Рис. 2. Рівень базальної кислотності залежно від віку

бер'ї супроводжувалася больовими відчуттями у 31 (27±4,1%) хворого, причому це не завжди співпадало зі скаргами на біль у правому підребер'ї.

З огляду на отримані результати можна виділити клінічні прояви захворювання, які специфічні в кожній віковій категорії та певною мірою характеризують процес формування ХГДП.

Усім хворим, за згодою батьків дитини, проведено ФЕГДС з прицільною біопсією СО фундального і антрального відділу шлунка і СО ДПК для подальшого морфологічного, імуногістохімічного дослідження.

За результатами ФЕГДС виявлено такі форми ХГДП: запальні – еритематозний гастродуоденіт (ЕГД), гіпертрофічний гастрит (ГГ), еритематозний гастрит (ЕГ), еритематозний дуоденіт (ЕД) і деструктивні – ерозивний гастрит (ЕрГ), ерозивний дуоденіт (ЕрД), ВХ ДПК. У результаті проведеного ендоскопічного обстеження встановлено, що у переважної більшості – 83 (72,2±4,2%) дітей спостерігалися запальні зміни шлунка і ДПК.

Нами проведено оцінку структурних змін СОШ та СО ДПК залежно від віку дітей. Результати ФЕГДС наведено в табл. 4.

За отриманими даними, ерозивні зміни СОШ і СО ДПК частіше відмічалися серед підлітків 11–13 років. ВХ ДПК діагностувалася у більшості пацієнтів 14–16 років.

Під час ендоскопічного дослідження у 46 (40±4,6%) дітей реєструвалися супутні порушення моторно-евакуаторної функції стравоходу, шлунка та ДПК у вигляді ДГР і ГЕР, при цьому в 22 (47,8±7,4%) дітей виявлявся ГЕР, у 24 (52,2±7,4%) дітей – ДГР.

Характер моторно-евакуаторних порушень залежно від віку наведено на рис. 1.

Співставлення частоти порушень сфінктерного апарату відносно віку дітей показало, що ДГР відігравав провідну роль у перебігу ХГДП у дітей віком 8–10 років, а ГЕР – у дітей 14–16 років.

Усім 115 дітям за допомогою інтрагастральної рН-метрії проведено оцінку рівня базальної кислотності. Отримані результати показали, що переважна більшість дітей – 61 (53±4,7%) – мали нормальну кислотопродукцію, 16 (13,9±3,2%) дітей – підвищену кислотоутворюючу функцію (КУФ) шлунка, 38 (33±4,4%) – понижену КУФ шлунка. За отриманими результатами встановлено, що кислотно-пептичний фактор не впливав на формування ХГДП, адже у більшості дітей незалежно від віку переважав нормоацидний стан шлункової секреції. У всіх дітей проведено оцінку кислотної нейтралізуючої функції (КНФ) шлунка. Отримані результати показали, що у всіх обстежених дітей була декомпенсована КНФ шлунка, що вказало на знижену здатність антрального відділу шлунка нейтралізувати кислоту.

У процесі виконання роботи проведено оцінку рівня базальної кислотності у дітей залежно від віку (рис. 2).

Аналіз отриманих результатів базальної кислотності засвідчив, що серед пацієнтів усіх вікових категорій частіше виявлялася нормоацидність. Гіпоацидність діагностувалася статистично достовірно (p<0,05) у пацієнтів віком 8–10 і 14–16 років. Отже, вказані вікові періоди слід розглядати як критичні щодо стану базальної кислотності та враховувати для диференційованого підходу при призначенні антисекреторних препаратів.

**Висновки**

На основі проведеного дослідження визначено вікові особливості формування та перебігу ХГДП. Встановлені нами екзогенні передумови формування ХГДП у більшості хворих можна розглядати як несприятливий фактор формування хронічного запалення в кожній віковій категорії дітей. На наш погляд, ниючий характер больового синдрому і ступінь виразності диспептичного синдрому зумовлені глибиною ураження СОШ і ДПК та ритмами кислотопродукції. За отриманими даними, кислотно-пептичний фактор, очевидно, не впливає на формування ХГДП, адже у більшості дітей незалежно від віку переважав нормоацидний стан шлункової секреції.

**Перспективи подальшого розвитку**

Враховуючи певні вікові особливості дітей з ХГДП, доцільно розробити і впровадити диференційоване лікування ХГДП та активізувати профілактичні заходи.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Агаджанян Н.А. Нормальная физиология / Н.А. Агаджанян. — М. : ООО «Мед. инф. агентство», 2007. — 520 с.
2. Гайтон А.К. Медицинская физиология / А.К. Гайтон ; пер. с англ. В.И. Кобрин. — М. : Логосфера, 2008. — 1296 с.
3. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / В.Г. Майданник, В.В. Корнейчук, Н.В. Хайтович, Г.В. Салтыкова. — К. : ВБ «Аванпост-Прим», 2008. — 432 с.
4. Наумова Л.А. Клинико-морфологические варианты атрофического поражения слизистой оболочки желудка / Л.А. Наумова, А.И. Пальцев, Я.Ю. Беляева // *Терапевт. арх.* — 2009. — Т. 81, № 2. — С. 17—23.
5. Особливості клінічного перебігу захворювань шлунка й дванадцятипалої кишки в дітей при різних порушеннях шлункової секреції / В.І. Боброва, О.В. П'янькова, Н.І. Надточій [та ін.] // *Здоровье ребенка.* — 2010. — № 4. — С. 7—12.
6. Functional Gastrointestinal Disorders / J. Task, N.J. Talley, M. Camilleri [et al.] // *Gastroenterology.* — 2009. — Vol. 130. — P. 1466—1479.
7. The occupational risk of Helicobacter pylori infection among workers in institutions for people with intellectual disability / A.A. De Schryver, K. Cornelis, M. Van Winkel [et al.] // *Occup. Environ. Med.* — 2008. — Vol. 65. — P. 587—591.

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

*В.И. Боброва, А.О. Кошова, Ю.И. Воробийко*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель:** исследовать особенности клинического течения хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у детей разного возраста.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением было 115 детей в возрасте 8–16 лет с ХГДП в стадии обострения. В зависимости от возраста больные разделены на три группы наблюдения: I группа — 33 (28,7±4,2%) ребенка в возрасте 8–10 лет, II группа — 36 (31,3±4,3%) детей в возрасте 11–13 лет, III группа — 46 (40,0±4,6%) детей в возрасте 14–16 лет. Все больные подлежали общеклиническому обследованию, для верификации диагноза проводили фиброэзогастродуоденоскопию верхних отделов пищеварительного канала, внутрижелудочную pH-метрию.

**Результаты.** При изучении анамнеза в группе детей 8–10 лет чаще (66,6±8,2%) были проявления пищевой аллергии. У большинства (63,0±7,1%) детей в возрасте 14–16 лет наблюдались нарушения в режиме питания, 45,7±7,3% подростков курили и 30,4±6,8% употребляли алкогольные напитки. Ведущей жалобой у больных в возрасте 8–10 и 14–16 лет был приступообразный характер боли в эпигастриальной области. У половины детей в возрасте 11–13 лет был ноющий характер абдоминальной боли с локализацией в левом подреберье. Среди детей 8–10 лет чаще отмечались такие симптомы, как неприятный запах изо рта и запор. В группе детей в возрасте 11–13 лет половина больных жаловалась на проявления метеоризма. Эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатипалой кишки (ДПК) чаще отмечались среди подростков 11–13 лет, язвенная болезнь ДПК диагностировалась у большинства пациентов 14–16 лет. Дуоденогастральный рефлюкс играл ведущую роль в ходе ХГДП у детей в возрасте 8–10 лет, а гастроэзофагеальный рефлюкс — у детей 14–16 лет. Среди пациентов всех возрастов чаще наблюдалась нормаацидность. Гипоацидность диагностировалась у пациентов 8–10 и 14–16 лет.

**Выводы.** Установленные нами экзогенные предпосылки формирования ХГДП у большинства больных можно рассматривать как неблагоприятный фактор формирования хронического воспаления в каждой возрастной группе. Эти возрастные особенности ХГДП необходимо учитывать при разработке лечебных и профилактических мероприятий у детей разного возраста.

**Ключевые слова:** дети, хроническая гастродуоденальная патология, возраст.

**AGE FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC GASTRODUODENAL PATHOLOGY IN CHILDREN**

*V.I. Bobrova, A.O. Koshova, Yu.I. Vorobienko*

National Medical University of O.O. Bogomolets, Kyiv, Ukraine

**Objective:** To investigate the clinical course of chronic gastroduodenal pathology children of all ages.

**Patients and methods:** We observed 115 children aged 8 to 16 years with chronic gastroduodenal pathology in the acute stage. Depending on the age of the patients were divided into 3 groups of observation: I group — 8–10 years 33 (28,7±4,2%) children, the second group — 11–13 years 36 (31,3±4,3%) children, III group — 14–16 years 46 (40,0±4,6%) children. All patients were subject to general clinical examination for diagnosis verification conducted fibero-gastroduodenoscopy upper alimentary canal, intragastric pH-metry.

**Results:** In the study of history in a group of children 8–10 years more (66,6±8,2%) were manifestations of food allergy. The majority (63,0±7,1%) children 14–16 years were breaches in the diet, 45,7±7,3% of adolescents smoke and 30,4±6,8% — had been drinking. The leading complaint in patients 8–10 and 14–16 years was paroxysmal nature of pain in the epigastric region. Half of children 11–13 years was aching character abdominal pain localized in the left upper quadrant. Among children 8–10 years frequently noted symptoms such as bad breath and constipation. In group of children 11–13 years half of the patients complained of flatulence manifestations. Erosive changes mucosa of the stomach and duodenum often noted among adolescents 11–13 years, duodenal ulcer has been diagnosed in most patients 14–16 years. Duodenogastric reflux plays a leading role in the course chronic gastroduodenal pathology in children aged 8–10 years, and gastroesophageal reflux — children 14–16 years. Among patients of all ages often found normoacidity. Hypoacidity was diagnosed in patients 8–10 and 14–16 years

**Conclusion.** Bringing us chronic gastroduodenal pathology exogenous conditions forming the majority of patients can be considered as an adverse factor in the formation of chronic inflammation in each age group. Established chronic gastroduodenal pathology age characteristics must be considered when developing treatment and preventive measures for children of all ages.

**Key words:** children, chronic gastroduodenal pathology age.