



комплексу фізичних вправ. Кількість споживаної білкової їжі при метаболічному синдромі збільшується і призначається з розрахунку 1,2 – 1,3 г/кг нормальної маси тіла (для хлопчиків від 85 до 90 г/добу, для дівчаток від 75 до 80 г/добу); кількість вуглеводів - 4 г/кг нормальної маси тіла (необхідно виключити легкозасвоювані вуглеводи).

Отже, у лікуванні метаболічного синдрому головну роль відіграє дієтотерапія, яка здатна впливати на обмінні процеси та посилювати дію інших видів лікування; дієтичне лікування, як і медикаментозне, повинно бути персоналізоване, максимально адаптоване до характеру патологічних зрушень.

Сокольник С.О.

ВИРАЗКОВІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНІ КРОВОТЕЧІ В ДІТЕЙ (КЛІНІЧНО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ)

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Сьогодні відзначається стійке зростання захворюваності на виразкову хворобу (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки. Поширеність ВХ в дитячій популяції значно коливається в різних країнах світу. Більшість фахівців сходиться на думці, що ВХ з локалізацією виразки в дванадцятипалій кишці виявляється у 81-87% дітей, з локалізацією в шлунку - у 11-13% дітей, а поєднана локалізація у 4-6% дітей. За даними літератури, частка кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в дітей становить 20-25%, із нижніх відділів - 65-75%, не вдається виявити причину шлунково-кишкових кровотеч у 2-5% випадків. Завданням першорядної важливості є своєчасна діагностика, ідентифікація джерела кровотечі, а також проведення комплексу заходів щодо його зупинки і досягнення стабілізації стану хворого.

Метою нашої роботи було охарактеризувати клінічно-параклінічні особливості виразкових гастродуоденальних кровотеч у дітей.

Ретельне клінічно-лабораторне та інструментальне обстеження проведено в 150 дітей віком 7-18 років, хворих на ВХ, із них 20 осіб із ускладненою виразковою гастродуоденальною кровотечею (ВГДК). Ступінь вираженості суб'єктивних ознак оцінювали за візуально-аналоговою шкалою за 4-бальною системою: 0 - немає ознаки, симптому; 1 - слабо виражена ознака, симптом; 2 - помірно виражений; 3 - значно виражений. Ступінь тяжкості кровотечі та його стійкість оцінювали за класифікацією J.A. Forest et al. (1974).

У дітей шкільного віку ВХ траплялася у 7 разів частіше, ніж у дошкільнят (2,7 на 1000 і 0,4 на 1000 відповідно), у міських дітей у 2 рази частіше, ніж у сільських. При цьому за останнє десятиліття частота ВХ у міських школярів зросла у 2,5 рази. Встановлено, що у 86% дітей виразка локалізувалася в дванадцятипалій кишці. Питома вага ускладнених форм ВХ спостерігалася в дітей всіх вікових підгруп із однаковою частотою. У структурі ускладнень переважали кровотечі (80%), рідше спостерігалися стенози (12%) та перфорації (8%). Пенетрації виразки за останні 10 років не зареєстровано.

Серед клінічних симптомів траплялися наступні: кривава блювота (hematemesis) у 18 хворих; домішки незміненої крові в блювотних масах у 3 хворих; чорні дьогтеподібні випорожнення (melena) у 12 хворих; раптова слабкість у 20 осіб; непритомність – у 4 осіб. Зниження артеріального тиску зареєстровано у 6 осіб. У кожного 4-го хворого відзначався симптом Бергмана, коли на висоті кровотечі або відразу після неї живіт ставав доступний пальпації. Можна виділити два основних типи еволюції больового синдрому. У першому випадку, у більшості дітей (80%), відзначалося поступове наростання больової симптоматики. У другому - двоетапна еволюція (20 %): на першому етапі з'явився несильний непостійний нелокалізований біль, який потім різко посилювався, що послугувало приводом для звернення до лікаря.

Характерними були нейро-вегетативні та психоемоційні зміни. Характерологічні особливості дітей із ВГДК в абсолютній більшості випадків виражалися в підвищеній тривожності (30%), збудженості (25%), сенситивності (20%), відлюдності (10%), вразливості (45%), образливості (30%), нерішучості (25%), невпевненості в собі (50%). Характерною особливістю хворих дітей була залежність від оточуючих (25%), потреба в захисті та соціальній підтримці (40%), схильність до песимістичного настрою (50%) та песимістичної оцінки навколишнього світу (30%).

Ендоскопічні ознаки кровотечі при терміновій гастроскопії виявлені тільки у 30% хворих. У порожнині шлунка згустки виявлені у 10%, рідка кров, "тампонада шлунка" у 20%, активна кровотеча у 5%. Дно джерела кровотечі було чистим або покрите фібрином у 75% хворих, гематином - у 5%, було видно судину - у 10%, тромб - у 25%.

Таким чином, перебіг ВГДК у дітей характеризується клінічно-параклінічною гетерогенністю. У структурі ускладнень виразкової хвороби у дітей на першому місці знаходиться гастродуоденальна кровотеча. Серед клінічних симптомів домінували кровава блювота, мелена, раптова слабкість, біль, підвищена тривожність, інтровертованість. Найчастіше у дітей виявлялася гастродуоденальна кровотеча ІІА за класифікацією Forrest.