

# КЛІНІКО-ГЕНЕАЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Г.Б. Боднар

Буковинський державний медичний університет

**Резюме.** Проведено клінічне обстеження 637 дітей з гастродуоденальною патологією. Встановлено відмінності клінічних проявів залежно від тяжкості та тривалості захворювання. Вивчено особливості успадкування захворювань гастродуоденальної ділянки у дітей.

**Ключові слова:** діти, гастродуоденальна патологія, особливості.

## Вступ

Дослідження останніх років вказує, що 40–60% всіх випадків формування виразкових та ерозивних процесів слизової оболонки пілородуоденальної ділянки припадає на дитячий вік. Аналіз джерел літератури свідчить про пізню діагностику, хоча клінічна картина у розпізнаванні уражень гастродуоденальної ділянки має важливе значення поряд з іншими методами дослідження. Малосимптомний та поступовий початок захворювання, відсутність настороженості батьків та лікарів призводить до того, що до часу встановлення діагнозу проходить досить багато часу.

Дитячий організм характеризується особливим динамізмом розвитку, навіть у межах однієї патології можна виділити дуже специфічні ознаки залежно від віку дитини [2].

Хронічні запальні захворювання гастродуоденальної ділянки на даний час є найбільш частою патологією як у дітей, так і дорослих. Частота захворювання за останні 3 роки зросла з 100 до 140 на 1000 дитячого населення. Гастродуоденальній патології (ГДП) у структурі захворювань дитячого віку належить основне місце за поширеністю і тяжкістю клінічних проявів. У зв'язку з цим цілком обґрунтована увага до патології гастродуоденальної ділянки у дітей: виділяються пріоритетні напрямки досліджень, розробляються рекомендації щодо діагностики та лікування [5]. Пізня діагностика хронічної ГДП (63%) здебільшого пояснюється малоінформативним початком хвороби, частим поєднанням з патологією інших органів травлення, недостатнім ознайомленням лікарів із клінічними проявами захворювання та складністю інструментального обстеження дитини.

Клінічні спостереження свідчать, що за останні 10 років у дітей реєструється збільшення частоти тяжких форм гастритів та гастродуоденітів, які призводять до розвитку ВХ та ерозій [1,4], субатрофій та атрофій гастродуоденальної слизової оболонки [3]. Дослідженнями останніх років встановлено, що 40–60% всіх випадків виразкової хвороби (ВХ) припадає на дитячий вік [4]. Хронічні захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) частіше починаються у дошкільному та шкільному віці.

Виразкова хвороба набуває нового значення у педіатричній практиці, оскільки дана патологія значно «помолодшала», пік захворюваності припадає на 9–11 років; у структурі патології органів травлення їй належить 1,7–16%. Привертає увагу і та обставина, що збільшилася частка «німих» виразок, коли захворювання діагностується на висоті ускладнень, зокрема кровотечі.

**Мета** дослідження: обґрунтувати клінічні особливості перебігу гастродуоденальної патології у дітей з метою її раннього виявлення та своєчасного лікування.

Вивчити особливості успадкування гастродуоденальної патології.

## Матеріал і методи дослідження

Проведено комплексне клінічне обстеження 637 дітей з ГДП віком від 4 до 18 років: (середній вік — 12,4±2,1 року): збір анамнезу, схильність до розвитку захворювання — спадковий анамнез, преморбідний фон, порушення режиму та особливості харчування, наявність стресових ситуацій, фізичний розвиток, ендоскопічне, ультразвукове дослідження, внутрішньошлункова рН-метрія, ІФА аналіз концентрації антигену *Helicobacter pylori* в калі.

Діти були розподілені на групи за статтю та віком (табл.1).

Таблиця 1

**Розподіл хворих на гастродуоденальну патологію дітей за віком і статтю**

Вік	Стать				Всього	
	Дівчатка		Хлопчики			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
4–6 років	2	0,3	3	0,5	5	0,8
7–11 років	158	24,8	86	13,5	244	38,3
12–14 років	245	32,4	78	12,2	323	50,7
15–17 років	43	6,8	22	3,5	65	10,2
Всього	448	64,3	189	29,7	637	100

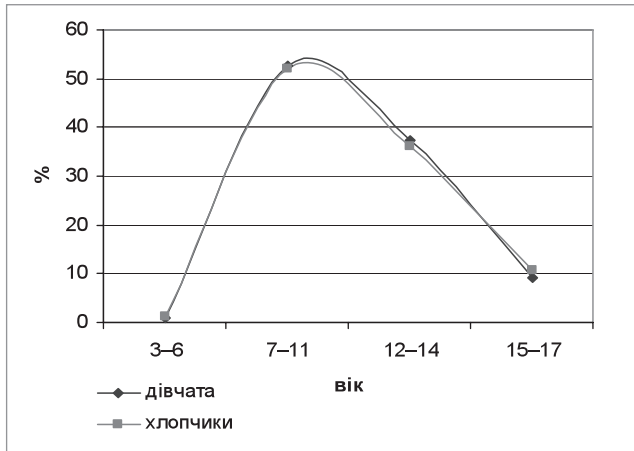
## Результати досліджень та їх обговорення

З 637 обстежених нами дітей неодноразово перебували на стаціонарному лікуванні з приводу захворювання гастродуоденальної ділянки 264 (41,4%) дитини, вперше госпіталізовані 373 (58,6%) дитини, з них в ургентному порядку 104: з підозрою на гострий апендицит — 68 (18,2%) дітей, ниркову кольку — 15 (4,0%), холецистит — 12 (3,2%), гастродуоденіт та ВХ — 9 (2,45) дітей.

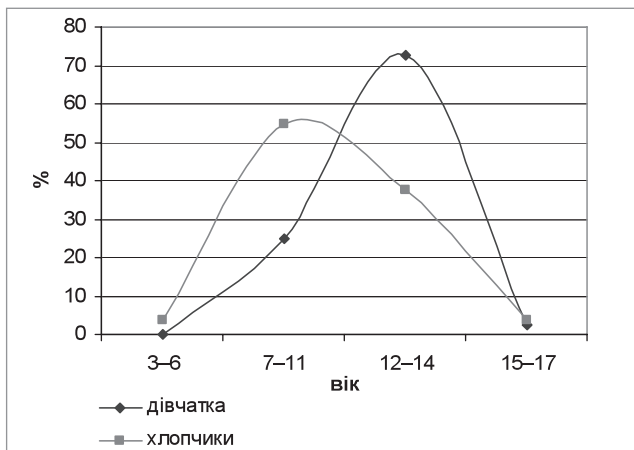
З планово госпіталізованих 264 дітей із загостренням ГДП у 16 (6,1%) дітей, які лікувались попередні рази з приводу хронічного гастродуоденіту, виявлений ерозивний гастродуоденіт, у 13 (4,9%) — ВХ ДПК, у 17 (6,4%), які лікувались з приводу ерозивного гастродуоденіту — ВХ ДПК.

Аналіз рецидивування ГДП дитячого віку виявив певні закономірності: основна частина (58,3%) рецидивів припадала на вік 12–14 років, значно більшу частину пацієнтів з рецидивами склали хлопчики (68,4%).

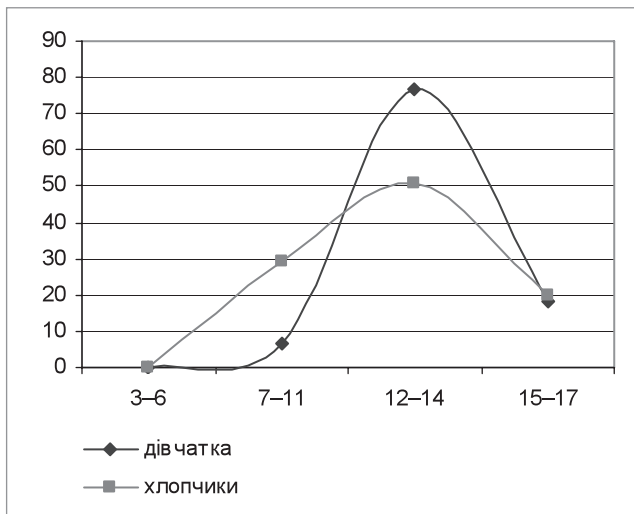
Середній вік виникнення ГДП у обстежених дітей склав 12,4±2,1 року. Аналіз віку виникнення ГДП залежно від генеалогічного анамнезу показав, що у дітей із обтяженою спадковістю середній вік виникнення ГДП становить 10,8±1,5 року, у дітей з необтяженою спадковістю — 14,6±1,3 року. Слід зазначити, що обстежені нами 5 дітей віком 5–6 років з ГДП належали до сімей з



**Рис.1.** Статевікова характеристика хворих на гастроентерит дітей



**Рис.2.** Статевікова характеристика хворих на ерозивний гастроентерит дітей



**Рис.3.** Статевікова характеристика хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки дітей

обтяженою спадковістю і по материнській, і по батьківській ліній. Аналіз періоду виникнення ГДП у дітей з обтяженою спадковістю показав, що у дітей захворювання виникає на 5–6 років раніше, ніж виникло у їхніх батьків.

Спостерігаються деякі відмінності у віці та статі хворих на ГДП дітей залежно від нозологій. Так, у хворих на

гастроентерити не спостерігали різниці у віковій та статевій приналежності хворих (рис. 1).

У хлопчиків і дівчаток частота виникнення гастроентериту поступово зростала починаючи з 3–5 років, пік захворюваності припадає на  $10,6 \pm 1,1$  року. На відміну від гастроентериту, виникнення ерозивних уражень гастроентеральної ділянки у дітей припадає у хлопчиків на  $10,3 \pm 3,8$  року у дівчаток – на  $13,8 \pm 3,4$  року (рис.2).

У двох випадках ерозивний гастроентерит спостерігався у хлопчиків 5 і 6 років. У дівчаток мало місце поступове зростання частоти ерозивних уражень гастроентеральної ділянки, найбільше значення якої виявили у віковій групі 12–14 років, на відміну від хлопчиків, у яких спостерігали різке зростання частоти виникнення ерозивного гастроентериту, найвище значення якої виявили у віковій групі 7–11 років.

Найбільшу частоту ВХ ДПК, як у дівчаток та і у хлопчиків, спостерігали у віковій групі 12–14 років, середній вік виникнення майже не відрізнявся і склав  $13,5 \pm 3,6$  та  $13,9 \pm 3,4$  року відповідно, але у дітей чоловічої статі спостерігали поступове зростання частоти ВХ ДПК починаючи з 7 річного віку, на відміну від дівчаток, у яких спостерігали різке зростання частоти ВХ ДПК у віці 12–14 років (рис. 3).

За результатами проведених досліджень, часто звернення за кваліфікованою медичною допомогою є дещо запізненим. Так, лише у 37,4% дітей діагноз встановлений на першому році захворювання, у 21,2% дітей симптоми захворювання відмічалися впродовж 1–3 років, 108 (16,9%) дітей відмічали симптоми захворювання впродовж 4–5 років, 156 осіб (24,5%) – понад 4 роки.

Аналізуючи час з моменту виникнення до встановлення діагнозу слід зазначити, що у термін до 3 років частіше встановлювали діагноз гастроентериту (86,6%), значно рідше – ерозивний гастроентерит (13,5%) та ВХ ДПК – 10,3%. Що стосується встановлення діагнозу понад 4 роки з моменту перших проявів захворювання, то ситуація суттєво змінювалась: гастроентерит діагностували лише у 7,6% випадків, ерозивний гастроентерит – 45,5%, ВХ ДПК – 46,9%. Тобто з часом ГДП набуває значно тяжчого перебігу, що вимагає удосконалення діагностики гастроентеральної патології.

Наші дані вказують на те, що 313 (49,1%) дітей, хворих на ГДП, були рано переведені на штучне вигодовування, 135 (21,2%) дітей знаходилися на змішаному, а 189 (29,7%) – на риродному.

Більшість дітей (505 осіб, або 86,3%) мали в анамнезі такі «дитячі» інфекційні захворювання, як епідемічний паротит, краснуха, кір, вітряна віспа. Гострі респіраторні захворювання виявлені в анамнезі у 594 (93,2%) дітей, гостра пневмонія – у 86 (13,5%). Майже половина дітей – 286 (44,9%) – перенесли кишкові інфекції.

Хронічні вогнища інфекції виявлені у 216 (33,9%) дітей, хронічний тонзиліт, аденоїдит – у 145 (22,8%), карієс зубів – у 194 (30,5%).

Вивчення характеру харчування дітей з ГДП показує, що звичку вживати сухі харчі мали 313 (49,1%) дітей. Більшість дітей віддавали перевагу м'ясним – 351 (55,1%), смаженим – 184 (28,8%) або гострим стравам – 162 (25,4%). У підлітковому віці значну роль відіграє тютюнокуріння (18 хлопчиків та 6 дівчаток). Під впливом тривалих стресових (психотравмуючих) ситуацій у сім'ї та школі перебувало 220 (34,5%) дітей.

При вивченні факторів, з якими хворі та їхні батьки пов'язували початок захворювання, виявлено, що

Таблиця 1

**Розподіл хворих на гастродуоденальну патологію дітей за віком і статтю**

Характеристика больового синдрому	ГД (n=312)	ЕГД (n=166)	ВХ ДПК (n=159)	Всього (n=637)
Відсутній	9	5	2	16 (2,5%)
<i>Зв'язок з прийомом їжі</i>				
натще	11	32	43	86 (13,5%)
через 20–30 хв після їжі	31	13	28	72 (11,3%)
через 1–2 год після їжі	15	42	51	108 (16,9%)
нічний	5	21	114	140 (22,0%)
не пов'язані з прийомом їжі	35	54	59	148 (23,2%)
<i>Після</i>				
гострої їжі	71	60	69	200 (31,4%)
смаженої та жирної їжі	38	49	54	141 (22,1%)
фізичного навантаження	45	32	58	135 (21,2%)
психоемоційного навантаження	26	101	91	218 (34,2%)
<i>Періодичність</i>				
сезонний біль	62	120	129	311 (48,8%)
<i>Тривалість</i>				
нетривалий	313	42	20	375 (58,9%)
тривалий	25	31	89	145 (22,8%)
постійний	–	34	51	85 (13,3%)
<i>Локалізація</i>				
епігастральна ділянка	106	99	–	205 (32,2%)
пілородуоденальна ділянка	66	83	142	297 (46,6%)
праве підреб'я	74	81	50	205 (32,2%)
ліве підреб'я	23	9	11	43 (6,8%)
пупкова ділянка	165	82	71	318 (50,0%)
<i>Характер болю</i>				
ниючий	195	25	7	227 (35,6%)
колючий	22	35	46	103 (16,2%)
тупий	36	30	15	81 (12,7%)
гострий нападopodobний	2	42	102	146 (22,7%)

Таблиця 3

**Характеристика диспептичного синдрому у дітей, хворих на гастродуоденальну патологію**

Характеристика диспептичного синдрому	ГД (n=312)	ЕГД (n=166)	ВХ ДПК (n=159)	Всього (n=637)
Нудота	70	12	102	184(28,9%)
Бльовання	13	51	95	159 (25,0%)
Печія	7	56	98	161 (24,3%)
<i>Відрижка:</i>				
— кислим	57	31	51	149 (23,4%)
— повітрям	56	18	10	84 (13,2%)
Закрепи	52	97	107	256 (41,6%)
Нестійкі випорожнення	30	45	17	92 (14,4%)
Метеоризм	63	45	39	147 (23,1%)
<i>Апетит:</i>				
— збережений	201	75	63	339 (53,2%)
— знижений	78	21	31	130 (20,4%)
— підвищений	33	70	65	168 (26,4%)

242 (37,9%) дитини пов'язували їх з порушенням режиму харчування, 112 (17,6%) – зі стресовим навантаженням, 14 (2,2%) – з перенесеними інфекційними хворобами, 270 (42,4%) вказувала на безпричинний початок.

Вивчення анамнезу захворювання виявило сезонність загострення: у 311 (48,8%) дітей – вересень-листопад, але 326 (51,2%) дітей вказували на відсутність періодичності загострення. Слід зазначити, що серед дітей, які вказували на наявність періодичності загострень, основну частину склали діти з ерозивним ураженням слизової оболонки гастродуоденальної ділянки (41,5%) та хворі на ВХ ДПК (38,6%). Аналізуючи вік дітей, хворих на ГДП, з виявленою нами сезонністю, слід зазначити, що більшість з них (223 дитини) належали до вікової групи 12–14 років, тобто рецидив захворювання може бути пов'язаний з початком навчального року, що значно збільшує кількість чинників, які провокують загострення.

Основними суб'єктивними симптомами ГДП є біль у животі. Частіше біль спостерігався після їжі: ранній – у 72 (11,3%) дітей, пізній – у 108 (16,9%); 140 (22,0%) хворих не пов'язували виникнення больового синдрому з їжею. Нерідко посилення больового синдрому було спровоковане характером харчування. У 200 (31,36%) дітей біль посилювався після вживання гострих страв, рідше – після прийому смаженої та жирної їжі. Підсилення болю після фізичного навантаження спостерігали у 135 (21,2%) дітей. Нічний біль частіше виявлявся у хворих на ВХ ДПК – 114 (81,4%) дітей. У таблиці 2 наведена характеристика больового синдрому обстежених хворих залежно від ураження гастродуоденальної ділянки.

Виявлено 6 дітей, у яких біль не виникав впродовж дня і виявлявся лише при пальпації пілородуоденальної ділянки, двом з них встановлений діагноз ерозивного гастродуоденіту, одному – ВХ ДПК, у решти – гастродуоденіт.

Таблиця 4

Дані об'єктивного обстеження дітей, хворих на гастродуоденальну патологію

Об'єктивний огляд	ГД (n=312)	ЕГД (n=166)	ВХ ДПК (n=159)	Всього (n=637)
Харчування:				
— знижене	104	119	101	324 (50,9%)
— нормальне	199	28	37	264 (41,4%)
— підвищене	9	19	21	49 (7,7%)
Шкіра:				
— бліда	51	112	107	275 (43,2%)
— суха	63	87	98	248 (38,9%)
Язик обкладений	290	142	135	567 (88,9%)
Довільна м'язова напруга:				
— в епігастрії	215	59	50	324 (50,9%)
— в правому під ребер'ї	32	20	24	76 (11,9%)
Болючість при пальпації:				
— в епігастрії	296	142	147	585 (91,8%)
— в правому підребер'ї	4	101	110	215 (33,8%)
— в лівому підребер'ї	45	17	19	81 (12,7%)
— в пілородуоденальній ділянці	44	49	111	204 (32,0%)
— без певної локалізації	—	4	18	22 (3,5%)
Збільшення розмірів печінки	6	10	12	28 (4,4%)

Таблиця 5

Частота різних типів обтяженої спадковості у дітей, хворих на гастродуоденальну патологію

Тип обтяженості спадковості		Хворі на ГДП діти (n=637)		Здорові діти (n=99)		Ч	OR (95%CI)	RR (95%CI)
		абс.	%	абс.	%			
Мати		64	10,0	2	2,0	6,43**	5,43 (3,88-9,15)	5,0
Батько		77	12,1	4	4,1	4,65*	3,19 (2,18-6,52)	2,99 (2,11-,12)
Сибси		19	3,0	2	2,0	0,84	1,49 (0,85-1,64)	1,48 (0,89-2,01)
Мати і батько		22	3,5	—	—	3,98*	7,27 (5,21-9,62)	-
Мати і сибси		12	1,9	2	2,0	0,99	0,92 (0,61-0,88)	0,91 (0,95-,69)
Батько і сибси		21	3,3	1	1,0	0,86	3,39 (0,91-5,92)	3,41 (0,79-,96)
Родичі II ступеня споріднення	по материнській лінії	49	7,7	3	3,0	4,17*	2,7 (0,89-6,63)	2,53 (1,2-3,98)
	по батьківській лінії	41	6,4	3	3,0	4,21*	2,2 (0,92-6,58)	2,12 (1,99-,53)
Мати і родичі II ступеня споріднення	по батьківській лінії	15	2,4	1	1,0	0,23	2,41 (0,95-3,56)	2,33 (0,98-,84)
	по материнській лінії	8	1,3	-	-	0,08	3,0 (2,98-5,32)	-
		3	0,5	-	-	0,04	1,1 (0,45-2,02)	-
Батько і родичі II ступеня споріднення	по батьківській лінії	13	2,0	-	-	1,05	4,3 (2,71-6,01)	-
	по материнській лінії	8	1,3	-	-	0,08	3,0 (2,98-5,32)	-
	по обох лініях	3	0,5	-	-	0,04	1,1 (0,45-2,02)	-
Сибси і родичі II ступеня споріднення	по батьківській лінії	3	0,5	-	-	0,04	1,1 (0,45-2,02)	-
	по материнській лінії	7	1,1	1	1,0	1,95	1,08 (0,97-2,61)	1,09 (0,45-,02)
	по обох лініях	4	0,6	-	-	0,03	1,41 (1,4-3,01)	-
Мати, батько, родичі II ступеня споріднення		1	0,2	-	-	1,24	0,23 (0,2-1,32)	-
Мати, батько, сибси родичі II ступеня споріднення		1	0,2	-	-	1,24	0,23 (0,2-1,32)	-
Мати, сибси родичі II ступеня споріднення		1	0,2	-	-	1,24	0,23 (0,2-1,32)	-
Батько, сибси родичі II ступеня споріднення		1	0,5	-	-	1,24	0,23 (0,2-1,32)	-
Всього		374	58,7	19	19,1	19,41***	5,24 (2,11-5,98)	3,06 (0,4-1,85)

Примітка. Різниця вірогідна при: \* – p<0,05, \*\* – p<0,01, \*\*\* – p<0,0000.

У більшості (375 осіб, або 58,9%) дітей больовий синдром був короткочасним, але вираженим. Хворі на гастродуоденіт діти частіше вказували на локалізацією болю у пупковій ділянці — 165 (52,8%) дітей, на відміну від хворих на ВХ ДПК, які відмічали виникнення болю частіше в пілородуоденальній ділянці — 142 (89,3%).

Характер болю значно відрізнявся залежно від характеру ураження СО. Так, при ВХ ДПК хворі скаржились на гострий нападоподібний біль (64,2%), який майже не відмічали в скаргах хворі на гастродуоденіт (0,6%).

Диспептичний синдром дещо відрізнявся залежно від нозології (табл. 3.3). Основними скаргами у хворих на ВХ ДПК були нудота (184 особи, або 28,9%) та печія (161 особа, або 25,3%). Характерним для таких хворих були закрепи, які відмічались у 67,3% випадків. Аналізуючи зміни апетиту, слід зазначити, що 64,4% хворих на гастродуоденіт не відмічали порушення апетиту, на відміну від хворих на ВХ ДПК та ерозивний гастродуоденіт, серед яких підвищення апетиту відмічали 40,9% та 42,2% відповідно.

За даними об'єктивного обстеження (табл. 4) встановлено, що серед хворих на ГДП є діти як з нормальною масою (264; 41,4%), так і зі зниженою (324; 50,9%) та підвищеною (49; 7,7%). Нашарування на слизовій оболонці язика відмічено у 91,5% спостережень. При пальпації живота самовільне напруження черевної стінки в правому під ребер'ї виявлено в 76 (11,9%) дітей, болючість у пілородуоденальній ділянці — у 204 (38,9%) дітей, у правому підребер'ї — у 215 (33,90%), в епігастральній ділянці у — 585 (91,53%). Збільшення печінки спостерігалось у 28 (4,4%) дітей.

Незважаючи на переважання скарг на підвищення апетиту серед дітей, хворих на ВХ ДПК, ми спостерігали збільшення серед них дітей зі зниженою масою тіла — 101 (63,5%), але серед були виявлені і з підвищеною масою тіла — 21 (13,2%) дитина.

Збільшення розмірів печінки виявлено у 7,6% хворих на ВХ ДПК, у 6,0% хворих з ерозивним гастродуоденітом і лише у 1,9% хворих на гастродуоденіт.

Закономірним були прояви астеновегетативного синдрому. Під час загострення скарги на головний біль проявляли 275 (43,2%) дітей, на кволість — 227 (35,6%), запаморочення — 147 (23,1%), дратівливість — 197 (30,9%) дітей.

При ультразвуковому дослідженні виявлено супутню патологію — деформацію та перегинку тіла жовчного міхура у 49 дітей. У чотирьох випадках виявлені зміни підшлункової залози, які розцінені як реактивні. Слід зазначити, що з обстежених дітей у двох хворих на ВХ ДПК в анамнезі відмічались таке ускладнення, як кровотеча, у трьох — рубцева деформація цибулини ДПК.

Таким чином, аналіз анамнезу та клінічного перебігу ГДП у дітей виявив, що ГДП представлена поліетіологічними захворюваннями, які виникають в різні вікові періоди та залежать від спадковості за ГДП. Особливості виникнення, розвитку та перебігу ГДП залежать від генеалогічного анамнезу хворої на ГДП дитини.

Вивчення родоводів 736 дітей (637 дітей — основної групи, 99 — групи порівняння) показало, що в 391 (58,7%) дитини був обтяжений спадковий анамнез по ГДП, з них 208 хлопчиків (53,2%) і 183 дівчинки (46,8%). У 345 (41,3%) дітей спадковий анамнез був необтяжений.

Передача ГДП здійснювалась частіше по батьківській лінії (59,4%), успадкування за материнською лінією ви-

значено у 27,1% випадків. У 13,5% випадків успадкування реєструвалося за обома лініями.

Частота родичів пробандів I–III ступенів споріднення, які мають в анамнезі або на даний час ГДП, склала 32,5%. Ураженість серед родичів I ступеня споріднення у 2,3 разу частіша, ніж серед родичів II ступеня споріднення. Частота ГДП у родичів пробандів знижувалася із зменшенням ступеня спорідненості до пробанда.

Аналіз частоти ГДП серед сибсів залежно від типу шлюбу батьків виявив, що відсоток уражених сибсів при типі шлюбу батьків «хворий–здоровий» в 1,75 разу вищий, ніж при типі «здоровий–здоровий». У сім'ях, де один з батьків був хворий на ГДП, спостерігалось не тільки збільшення частоти хворих дітей, але й наростання тяжкості клінічних проявів ГДП у пробанда.

Аналіз захворюваності родичів пробанда на ГДП залежно від статі виявив, що серед родичів пробандів-хлопчиків хворих чоловіків було більше у 2,5 разу, ніж хворих жіночої статі. Серед родичів пробандів-дівчаток кількість хворих жіночої та чоловічої статі було майже однаковою, а в цілому поширеність ГДП була вищою, ніж серед родичів пробандів-хлопчиків. Отже, при суттєвій схильності до ГДП чоловічої статі відмічається збільшення числа серед родичів пробандів-дівчаток, що може свідчити про наявність порогу, пов'язаного зі статтю.

Коефіцієнт успадкування схильності до ГДП за даними родоводів серед загальної групи родичів I ступеня споріднення становить (рідні сибси + батьки пробанда)  $64,24 \pm 7,12\%$ , серед групи батьків (мати + батько) —  $62,36 \pm 6,21\%$  та серед групи рідних сибсів —  $66,3 \pm 9,28\%$ . Все вищезазначене вказує на високу питому вагу спадковості в розвитку ГДП.

Що стосується родичів II ступеня споріднення, то частота обтяженої спадковості склала 158 (24,8%) випадків, а серед осіб групи порівняння — 8 (8,1%). Аналіз типу обтяженості серед родичів II ступеня споріднення хворих пробандів залежно від лінії успадкування не виявив достовірної різниці між хворими родичами по материнській та батьківській лініях.

При дослідженні ми виявили відмінності у генеалогічному анамнезі залежно від нозології. Так, при гастродуоденіті (312 дітей) встановлена спадкова схильність серед родичів I ступеня споріднення у 31,0%, з них передача здійснювалась, як по материнській, так і по батьківській лінії, майже з однаковою частотою (48,2% та 51,2% відповідно), але частіше, ніж у інших, спостерігалось в сім'ї хворі сибси (38,6%). При ерозивному гастродуоденіті (166 дітей) ми виявили збільшення частоти спадкової схильності серед родичів першого ступеня споріднення порівняно з хворими на гастродуоденіт (68,9%), з них виявили переважно успадкування по батьківській лінії, при якому майже в 35,9% випадків у батька в анамнезі була ВХ ДПК. Також при ерозивному гастродуоденіті ми виявили успадкування за обома лініями, яке виявлено нами в 10,4%. Серед дітей, які знаходилися під нашим спостереженням, слід виділити групу кількістю 159 (21,6%) осіб, у яких було діагностовано ВХ ДПК, при цьому у 93,2% випадків встановлена спадкова схильність серед родичів I ступеня споріднення. В той самий час серед дітей групи порівняння не встановлено жодного випадку ВХ серед родичів I ступеня споріднення.

**Висновки**

1. Захворювання гастродуоденальної ділянки можна віднести до генетично обумовлених (коефіцієнт успадкування схильності — 66,30±9,28%) захворювань мультифакторної природи.

2. Обтяжена спадковість більш виражена при ВХ ДПК.

3. У хворих на ГДП з обтяженою спадковістю захворювання виникає у більш ранньому віці (середній вік 10,8±1,5 року), ніж у дітей з необтяженою спадковістю (середній вік 14,6±1,3 року).

4. Сприятливими факторами розвитку ГДП у дітей є порушення режиму та характеру харчування, стресові стани, хронічні вогнища інфекції.

5. У хворих на хронічну гастродуоденальну патологію дітей больовий синдром на сучасному етапі характеризується різною інтенсивністю та локалізацією, зменшенням залежності від характеру їжі, втратою часових, сезонних залежностей. Нами також виявлені випадки перебігу ГДП без больового синдрому.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей / Воронина Т. А., Шоркина Е. И., Глебова Л. П. [и др.] // Материалы VII научн. конф. — М., 2000. — С. 102—103.
2. Бельмер С. В. Гастроэнтерология детского возраста / Бельмер С. В., Хавки А. И. — М. : ИД Медпрактика, 2003. — 360 с.
3. Волков А. И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей / А. И. Волков // Рос. педиатр. журн. — 1999. — Т. 7, № 4. — С. 21—25.
4. Галлеев Р. Т. Клинико-лабораторные аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей на современном этапе / Р. Т. Галлеев, В. И. Струков, Е. Б. Шурыгин // Рос. педиатр. журн. — 2005. — № 6. — С. 47—49.
5. Корсунський А. А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей / А. А. Корсунський, П. Л. Щербаков, В. А. Саков. — М. : ИД Медпрактика, 2002. — 168 с.
6. Establishment favoring the gastro-oral route in the transmission of Helikobakter pylori infection in children [In Process Citation] / Lizza F. Mancuso M., Imeneo M. [et al.] // Eur. J. Gastroenterol Hepatol. — 2000. — Vol. 12, № 6. — P. 623—627.
7. Rudnicka W. Inflammation and host responce / W. Rudnicka, L. P. Andersen // Current Opinion in Gastroenterology. — 1999. — Vol. 15 (Suppl.1). — P. 17—22.

**КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКИЕ  
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ**

*А.Б. Боднар*

**Резюме.** Проведено клиническое обследование 637 детей с гастродуоденальной патологией. Установлены отличия клинического течения в зависимости от тяжести и продолжительности заболевания. Изучены особенности наследования заболеваний гастродуоденальной области у детей.

**Ключевые слова:** дети, гастродуоденальна патология, особенности.

**CLINIKO-GENEALOGICAL AND MORPHFUNCTIONAL  
FEATURES OF A CURRENT  
OF DISEASES GASTRODUODENAL  
AREAS AT CHILDREN**

*A.B. Bodnar*

**Summary.** Is spent clinical inspection of 637 children with gastroduodenal a pathology. Differences of a clinical current are established, is dependent on weight and duration of disease. Features of inheritance of diseases gastroduodenal areas at children are studied.

**Key words:** children, gastroduodenum a pathology, features.