

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Г.Б. Боднар

Буковинський державний медичний університет

Резюме. Проведено клінічне обстеження 637 дітей з гастродуоденальною патологією. Встановлені відмінності клінічних проявів залежно від тяжкості та тривалості захворювання. Вивчені морфофункціональні особливості захворювань гастродуоденальної ділянки у дітей.

Ключові слова: діти, гастродуоденальна патологія, особливості.

Вступ

Ураження органів травлення займають провідне місце у структурі дитячої соматичної захворюваності в усьому світі, у тому числі й у високорозвинених країнах. На Україні вони посідають друге місце і складають 106,1 на 1000 [1,2]. За даними різних дослідників [3,4,6], біля 33–40% пацієнтів, що звертаються до гастроентеролога, мають абдомінальний синдром, пов'язаний з органічними ураженнями гастродуоденальної зони, серед яких найчастіше (49,1%) зустрічаються хронічний гастрит (ХГ) та гастродуоденіт (ХГД) [1]. Щорічно на Україні реєструється близько 50 тис. дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт, та 1 тис. дітей, хворих на виразкову хворобу ДПК [1]. У 70% дітей патологія верхніх відділів ШКТ починається ще в дошкільному віці, а діагностується пізніше [4,6].

Останніми роками в дитячій гастроентерології особливе значення надається питанням розробки методів профілактики загострень ХГ та ХГД, оскільки це може бути засобом попередження ускладнень та прогресування деструктивних захворювань у подальшому. Дослідження, виконані у дорослих, свідчать про певну залежність морфологічних змін при ХГ і ХГД від етіологічних чинників та загальну тенденцію запального процесу до атрофії епітеліальних клітин. У дітей, з їх фізіологічно високими темпами регенерації слизової оболонки та віковими особливостями будови, морфологічні зміни вивчені ще недостатньо, а опубліковані роботи стосуються переважно періоду загострення захворювань і трактуються неоднозначно [2,4]. Знання морфологічних особливостей перебі-

гу періоду репарації можуть суттєво вплинути на оптимізацію вторинної профілактики ХГ та ХГД.

Мета дослідження: вивчити морфофункціональні особливості перебігу гастродуоденальної патології у дітей залежно від віку, важкості перебігу, тривалості захворювання.

Матеріал і метод дослідження

Проведено комплексне обстеження 637 дітей з ГДП віком від 4 до 18 років (середній вік – 12,4±2,1 рокк): 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. Статтєво-вікова структура хворих наведена у таблиці 1.

Результати дослідження та їх обговорення

Езофагодуоденоскопія проведена 637 обстеженим дітям основної групи. Ендоскопічні варіанти порушення слизової оболонки (СО) гастродуоденальної ділянки наведені у таблиці 2.

Переважає ендоскопічним варіантом змін слизової оболонки був поверхневий гастрит – у 410 (64,4%) дітей, у 397 дітей він носив поширений характер (пангастрит). У 27 дітей спостерігався ерозивний гастрит: у 10 дітей ерозії локалізувалися в антральному відділі, у 17 – в ділянці тіла шлунка. Інші форми ураження шлунка зустрічалися рідко: змішаний у 13 дітей, гіпертрофічний у 26 дітей.

Таблиця 1

Розподіл хворих на гастродуоденальну патологію дітей за віком і статтю

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

Таблиця 2

Локалізація ураження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки при ендоскопічному обстеженні

| Патологія ШКТ | Локалізація ураження | | | | n=637 (100%) |
|--------------------------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------------------------|--------------|
| | шлунок | | дванадцятипала кишка | | |
| | тіло | антрум | цибулина | цибулина та постбульбарний відділ | |
| Виразкова хвороба | – | – | 114 (17,9%) | 45 (7,0) | 159 (24,9) |
| Ерозивний гастродуоденіт | 17 (2,7%) | 10 (1,7%) | 76 (11,9%) | 63 (9,8%) | 166 (26,1%) |
| Гастродуоденіт | 312 (49,0%) | | | | 312 (49,0%) |

Таблиця 3

Залежність розміру дефекту слизової оболонки гастродуоденальної ділянки від тривалості захворювання

| Патологія ШКТ | Локалізація ураження | | | | n=637 (100%) |
|--------------------------|----------------------|-----------|----------------------|-----------------------------------|--------------|
| | шлунок | | дванадцятипала кишка | | |
| | тіло | антрум | цибулина | цибулина та постбульбарний відділ | |
| Виразкова хвороба | – | – | 114 (17,9%) | 45 (7,0) | 159 (24,9) |
| Ерозивний гастродуоденіт | 17 (2,7%) | 10 (1,7%) | 76 (11,9%) | 63 (9,8%) | 166 (26,1%) |
| Гастродуоденіт | 312 (49,0%) | | | | 312 (49,0%) |

Таблиця 4

Дефекти слизової оболонки при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки та ерозивному гастродуоденіті

| Тривалість захворювання | Ерозії шлунка та ДПК (розмір, см) | | | Виразка ДПК (розмір, см) | | | Всього |
|-------------------------|-----------------------------------|---------|------|--------------------------|---------|------|--------|
| | 0,1–0,3 | 0,3–0,5 | <0,5 | 0,1–0,3 | 0,3–0,5 | <0,5 | |
| До 1 року | 49 | 8 | 1 | 9 | 12 | 5 | 84 |
| 1–3 роки | 58 | 12 | 3 | 11 | 31 | 10 | 125 |
| більше 4 років | 11 | 16 | 8 | 9 | 44 | 28 | 116 |
| Всього | 118 | 36 | 12 | 29 | 87 | 43 | 325 |

Гіпертрофічний варіант дуоденіту виявили у 78 дітей, поверхневий варіант змін – у 387 (60,7%) дітей, ерозивний дуоденіт (ерозії локалізувались в цибулині ДПК у 76 дітей; у 63 в цибулині та постбульбарному відділі ДПК). Множинні ерозії траплялись у 98 дітей у 49 – поодинокі. Ерозії СО шлунка та ДПК ендоскопічно являли собою поверхнево плоскі поліморфні (крапкові, лінійні) утворення, вкриті фібрином, що були розцінені нами як гострі банальні ерозії. Субатрофій СО ДПК не виявлено, а змішана форма дуоденіту була у 1 дитини. Свіжі виразки ДПК виявлені нами у 159 дітей. Домінуючою локалізацією виявлялася задня стінка (53,4%) та передня стінка (36,6%), поєднані дефекти спостерігалися значно рідше (10,0%). Виразковий дефект поєднувався з множинними ерозіями у 21 дитини.

Свіжа виразка характеризувалась округлою або овальною формою дефекту СО з набряклими, гіперемованими краями, вкритою фібрином, а також виразки зі стихаючими запальними явищами та початком епітелізації чи часткового загоєння. До неактивних виразок відносили дефекти СО з грануляційною тканиною.

Аналіз виразкового дефекту СО (табл. 3) дозволив зробити висновок, що при хронічному ерозивному гастродуоденіті у більшості випадків обстежених хворих мали малі розміри. Дефекти до 0,3 см переважали у 71,1% пацієнтів, до 0,5 см – у 21,7% хворих.

З метою встановлення залежності розміру дефекту від тривалості захворювання проаналізували ендоскопічні прояви залежно від часу, який пройшов з моменту перших проявів захворювання (зі слів хворих) до встановлення діагнозу (табл.4).

З незначною перевагою (38,5%) основна частина діагнозів встановлена впродовж 1–3 років від перших симптомів. Дефекти СО пілородуоденальної ділянки розміром понад 0,5 см діагностувались переважно через 4 роки після початку захворювання (35,6%). Слід зазначити, що 6 дітей, яким діагностовано ГДП впродовж 1 року від перших проявів захворювання з дефектом СО більше 0,5 см, належали до групи дітей з обтяженою спадковістю.

Ендоскопічними критеріями активності виразкового дефекту є не тільки вищезазвані дефекти СО, але й ступінь запальних проявів в СО шлунка та ДПК – набряк, вогнищева чи дифузна гіперемія, легка вразливість СО. Ці прояви відмічені у всіх дітей з активною виразкою.

Здебільшого вони стосуються цибулини ДПК (бульбіт). При неактивній виразці неспецифічне запалення СО зменшувалось, але не до кінця. Множинні виразки відмічені нами тільки в одному випадку.

Передня та задня стінки цибулини ДПК уражались майже однаково часто. У 21 (13,2%) обстеженої дитини виявили деформацію цибулини ДПК за рахунок рецидивів виразкової хвороби. В одному випадку пілорус стенозувався.

При огляді дистальних відділів стравоходу та кардинального сфінктеру у 9 (16,07%) обстежених дітей з ГДП виявлений катаральний езофагіт. Порушення моторної функції гастродуоденальної ділянки – гастродуоденний рефлюкс – виявлене у 68 дітей. Дуоденогастральний рефлюкс виявлений у 45 дітей.

Середнє значення рН тіла шлунка в умовах базальної секреції не виходило за межі рН 1,6–2,0. Але в дітей з ВХ ДПК та ерозивними гастродуоденітами відмічалась гіперацидність (зниження рН до 1,23±0,21). В умовах стимульованої секреції не було відмічено зниження рН тіла шлунка нижче 1,5 (середній показник – 1,7±0,16). В умовах базальної секреції компенсований стан виявлено у 114 дітей, субкомпенсований – у 273 дитини, декомпенсований – у 148 дітей. При дослідженні кислотонейтралізуючої функції в умовах стимульованої секреції компенсований стан виявлено у 68 дітей, субкомпенсований – у 182 дітей, декомпенсований – у 114 дітей. Отже, зміни кислототвірної та секреторної функції шлунка виявленні переважно в базальній фазі.

Аналіз стану кислототвірної функції показав, що найчастіше підвищена кислотність спостерігалася у хворих на ВХ ДПК (48,7%), децю рідше при ерозивному гастродуоденіті (35,2%) та гастродуоденіті (16,1%).

Висновки

1. Морфологічні зміни з боку СО при ГДП у дітей переважно характеризуються малими розмірами дефектів (<0,5 см), супроводжуються поширеним запальним процесом та призводять до значних ускладнень, таких як деформації цибулини ДПК та стенозування пілоруса.

2. Величина дефектів СО залежить від тривалості ГДП та спадкової схильності.

3. Зміни кислототвірної та секреторної функції шлунка при ГДП у дітей виявлені переважно в базальній фазі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. В. Гастродуоденальная патология у детей: проблемы и перспективы / Ю. В. Белоусов // Здоров'я України. — 2003. — № 13 (74). — С. 24—25.
2. Бельмер С. В., Гасилина Т. В. Функциональные нарушения пищеварительной системы у детей / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина // Акт. пробл. абд. патологии у детей : сб. матер. 7-й конф.. — М., 2000. — С. 69—75.
3. Няньковский С. Л. Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики хелікобактеріозу у дітей з урахуванням сімейного характеру інфекції / С. Л. Няньковский, О. С. Іваненко // Суч. гастроентерол. — 2002. — № 1 (7). — С. 19—23.
4. Няньковский С. Л. Особливості діагностики, перебігу та лікування хелікобактеріозу у дітей / С. Л. Няньковский, М. Ф. Денисова, О. С. Іваненко // Суч. гастроентерол. — 2005. — № 1. — С. 65—71.
5. Особенности секреторной функции желудка у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с хеликобактериозом / Касыбекова Л. М., Шарипова М. Н., Машкеев А. К. [и др.] // Педиатрия. — 2004. — № 2. — С. 8—10.
6. Presence of gastric autoantibodies impairs gastric secretory function in patients with Helicobacter pylori — positive duodenal ulcer / Parente F., Negrini R., Imbesi V. [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. — 2001. — Vol. 36. — P. 474—478.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

А.В. Боднар

Резюме. Проведено клінічне обстеження 637 дітей з гастродуоденальною патологією. Вивчені морфофункціональні особливості течення захворювань гастродуоденальної області у дітей різних вікових груп.

Ключевые слова: дети, гастродуоденальная патология, морфофункциональные особенности.

MORPHFUNCTIONAL FEATURES OF A CURRENT OF DISEASES GASTRODUODENAL AREAS AT CHILDREN

A.V. Bodnar

Summary. Is spent clinical inspection of 637 children with gastroduodenal a pathology. Are studied morphfunctional features of a current of diseases gastroduodenal areas at children of various age groups.

Key words: children, gastroduodenum a pathology, features.

НОВОСТИ

Детская худоба приводит к раку молочной железы

Худые девочки находятся в зоне высокого риска для развития рака молочной железы. Ученые показали связь между худобой в семилетнем возрасте и вероятностью развития онкологического заболевания в будущем.

Джингмей Ли работала совместно командой ученые из Каролинского института (Швеция), изучая соотношение между размерами тела в детстве и особенностями опухолей среди 2.818 пациенток с раком молочной железы и 3.111 женщиной из контрольной группы. По ее словам: «Крупное тело в семилетнем возрасте связано со снижением риска рака в период после менопаузы. Хотя риск также связан с другими известными факторами риска, такими как возраст первой менструации, индекс массы тела и плотность груди, но объемы тела остаются существенным защитным фактором».

Объем тела также влиял на особенности опухоли и статус рецептора эстрогена, отмечает medstream.ru. Например, чем крупнее была девочка, тем ниже оказывалась вероятность опухолей с отрицательным рецептором, которые трудно лечить. Ученые создали классификацию размеров тела от одного до девяти. Женщины оценивали себя в семилетнем возрасте самостоятельно.

Ранее считалось, что большой вес при рождении и высокий индекс массы тела повышают вероятность заболеваний. Ученые так и не раскрыли причину этого защитного эффекта. Однако собираются использовать детские фотографии для прогнозирования развития рака у женщин.

Источник: <http://medexpert.org.ua>