

©Т. В. Сорокман, С. В. Сокольник, Д. Р. Андрійчук, О. В. Макарова
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

НАЙБІЛЬШ ЗНАЧИМІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

НАЙБІЛЬШ ЗНАЧИМІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ – Проводилося багатопланове анкетування дітей із виразковою хворобою. Розвиток виразкової хвороби зумовлений комплексним впливом низки негативних чинників, які накопичуються впродовж життя дитини і включають: спадкові (наявність виразкової хвороби у батьків, сибсів та родичів II ступеня спорідненості), перинатальні (патологічний перебіг вагітності, пологи шляхом кесаревого розтину, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи), аліментарні (штучне вигодовування, порушення режиму та якості харчування), урбаністичні (емоційне та розумове перенавантаження, психотравматична ситуація в сім'ї та школі) чинники.

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ – Проводилось многоплановое анкетирование детей с язвенной болезнью. Развитие язвенной болезни обусловлено комплексным воздействием ряда негативных факторов, которые накапливаются в течение жизни ребенка и включают: наследственные (наличие язвенной болезни у родителей, сибсов и родственников II степени родства), перинатальные (патологическое течение беременности, роды путем кесарева сечения, гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы), алиментарные (искусственное вскармливание, нарушение режима и качества питания), урбанистические (эмоциональное и умственное перенапряжение, психотравмирующие ситуации в семье и школе) факторы.

THE MOST SIGNIFICANT FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN – Multifaceted survey was conducted in children with peptic ulcer. The development of ulcer caused by a number of complex effects of negative factors that accumulate over the life of the child and include: hereditary (presence of peptic ulcer in parents and sibs relatives II-degree relatives), perinatal (abnormal pregnancy birth by cesarean section, hypoxic-ischemic central nervous system of affection), alimentary (artificial feeding, violations of the money supply), urban (emotional and mental overload, psychotramatic situation in the family and school) factors.

Ключові слова: діти, виразкова хвороба, ймовірні чинники.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь, вероятные факторы.

Key words: children, peptic ulcer, likely factors.

ВСТУП Виразкова хвороба (ВХ) у дітей залишається важливою соціально-економічною проблемою за рахунок збільшення кількості випадків із тяжким та атипичним перебігом, тривалим збереженням гострої запально-деструктивної ділянки [1, 4]. Втримується тенденція до зростання числа ускладнень, що загрожують життю пацієнта, та потребують невідкладного хірургічного втручання [5]. Як нозологічну форму, ВХ сьогодні розглядають як мультифакторне захворювання, що є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних, генетичних та соціальних процесів [3]. Оцінці відносної значимості кожного з чинників приділяють надзвичайно мало уваги [6]. Метою дослідження стало встановити найбільш значимі чинники розвитку виразкової хвороби в дітей.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Детальне клінічно-генеалогічне та лабораторно-інструментальне обстеження проведено 118 дітям, хворим на ВХ шлунка та/або дванадцятипалої кишки (ДПК), віком 8–18 років, які становили основну групу дослідження. Група порівняння включала 102 практично здорових дітей відповідного віку. Проводилося багатопланове анкетування з уточненням анамнестичних соціальних, побутових, екологічних, спадкових та інших особливостей дітей. Зверталась увага на спосіб життя дитини та сім'ї в цілому, наявність стресових ситуацій у сім'ї. Проводилось опитування дитини з метою оцінки характеру харчування (склад їжі, споживання гострої, жирної, смаженої їжі, регулярності та режиму харчування), користування шкільною їдальнею, а також режиму дня (тривалість перебування на свіжому повітрі, час виконання уроків, фізична активність). Велике значення приділялось наявності спадкових та хронічних захворювань у родині. З цією метою проводилося клінічно-генеалогічне дослідження, яке включало складання та вивчення родоводів дітей основної групи та групи порівняння. Обов'язково всім дітям проводилося загальноприйняте об'єктивне обстеження всіх органів і систем та загальноклінічні аналізи. Для твердження про вірогідність різниці враховувалася загальноприйнята в медикобіологічних дослідженнях величина ймовірності (p) – $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У 76 дітей (64,4 %) основної групи встановлено наявність обтяженого за ВХ спадкового анамнезу. Частота обтяжених батьківських ліній становила 57,9 % (44 особи), материнських – 34,2 % (26 осіб), обох ліній – 7,9 % (6 осіб). У 42 дітей (35,6 %) спадковий анамнез щодо захворювань шлунково-кишкового тракту неотражений. Обтяжену спадковість встановлено у 253 (10,8 %) родичів дітей, хворих на ВХ, та 100 (7,4 %) родичів дітей групи порівняння.

Родичі дітей основної групи вірогідно частіше хворіють на ВХ, ніж родичі дітей групи порівняння, що відповідно становить $(6,0 \pm 1,2) \%$ та $(1,4 \pm 0,9) \%$, $p < 0,05$. На другому місці за частотою в родичів, хворих на ВХ дітей, знаходилися хронічний гастродуоденіт (2,7 %) та пухлина шлунка (0,8 %), серед родичів здорових осіб вірогідно частіше реєстрували хронічний панкреатит, хронічний холецистит ($p < 0,05$) та однаково часто хронічний гепатит. У родичів II ступеня споріднення частота обтяженої спадковості у хворих пробандів становила 31,9 %, а серед здорових осіб – 10,7 %, $p < 0,05$.

Аналіз поширення споріднення показав, що на друге місце після батьків за частотою виникнення захворювання у хворих пробандів займають родичі II ступеня споріднення – 31,9 %, причому переважно по материнській лінії. Серед родичів здорових пробандів за частотою захворювання на першому місці знаходяться родичі II ступеня споріднення – 41,1 %, на другому місці після них сибси – 33,2 %, а потім батьки – 24,7 %.

сібсів пробандів, які хворіють на ВХ, захворювання зустрічалось у (18,1±1,2) %. Значно частіше хворіють сибсові здорових пробандів – (31,2±2,7) % ($\varphi=2,68$, $p<0,05$). Варто також відзначити, що у здорових пробандів-хлопчиків частіше хворіють сестри, у здорових пробандів-дівчаток – однаковою мірою брати та сестри. ВХ серед батьків із різними типами спадковості хворих пробандів траплялася частіше, ніж у сибсів та родичів II ступеня споріднення. Отже, наявність ВХ не лише у батьків, але й у сибсів та родичів II ступеня споріднення впливає на розвиток захворювання. Аналіз типу обтяження серед родичів II ступеня споріднення хворих пробандів залежно від типу успадкування показав переважання хворих родичів II ступеня споріднення по материнській лінії, ніж по батьківській (66,8±3,1) та (33,2±1,7) % відповідно, $\varphi=3,65$, $p<0,01$). Серед родичів II ступеня здорових пробандів відзначають таку ж закономірність ((67,7±3,8) та (32,3±2,4) % відповідно, $\varphi=2,88$, $p<0,05$).

Встановлено, що 39 дітей основної групи (33,1 % осіб) та 15 дітей групи порівняння (14,7 % осіб) проживають у неповних родинях ($\varphi=2,98$, $p<0,05$). Наявність психотравмальної ситуації у матерів, яка передувала виникненню захворювання в дітей, відзначають у 51,7 % хворих дітей та 17,6 % дітей групи порівняння ($\varphi=5,46$, $p<0,01$). У пацієнтів із ВХ у 2,5 рази частіше матері під час вагітності навчалися у вищих або середніх навчальних закладах ((38,6±3,3) проти (15,2±1,7) %, $\varphi=4,18$, $p<0,01$).

Крім того, жінки, чий діти в подальшому мали ерозивні пошкодження СО, у 3 рази частіше хворіли під час вагітності на різноманітні уrogenітальні інфекції, мали анемію, гестози I або II половини вагітності, екстрагенітальну патологію, загрозу викидня, обтяжений акушерський анамнез, передчасні пологи, гіпоксично-ішемічне ураження плода (ГУ ЦНС) (рис. 1). Аналізуючи ці фактори, ми дійшли висновку, що саме вони могли сприяти формуванню в гастроуденальній клітині із обмеженими захисними можливостями. Це твердження висловлювали й інші автори [2]. Патологія перинатального періоду призводить до гіпоксії плода, в тому числі й до гіпоксії шлунка.

У дітей раннього віку, які мали перинатальну патологію або негаразди при пологах, у значній кількості випадків виявляються симптоми внутрішньочерепної гіпертензії та електрофізіологічні ознаки патології глибоких структур мозку [1, 5]. В результаті може формуватися сукупна дисфункція моторно-евакуаторного та секреторного процесів у верхніх відділах ШКТ, а в подальшому – розвиток дисбалансу факторів агресії та захисних можливостей на рівні СО [3].

Проведені дослідження показали, що (64,4±4,2) % дітей із ВХ народжені шляхом кесаревого розтину, накладанням акушерських щипців, введенням стимулювальних препаратів у пологову діяльність. У групі порівняння кількість дітей, народжених при патологічному перебігу пологів, вірогідно менша – (36,6±4,2) % ($\varphi=2,78$, $p<0,05$). Решта пацієнтів народилася при фізіологічному перебігу пологів. Враховуючи важливу роль харчування у розвитку хронічних захворювань органів травлення, а саме, ВХ шлунка та ДПК, ми провели аналіз і цього анамнестичного фактора. Виявилось, що тільки у невеликій кількості дітей основної групи (20,3 %) мало місце природне вигодовування (рис. 2). У решти дітей (79,7 %) штучне вигодовування було з перших місяців життя. Вважають, що штучне вигодовування може призвести не тільки до розвитку дисбактеріозу, алергічних реакцій та зниження захисних сил організму, а й порушує тілесний і психологічний контакт матері та дитини, що виникає при безпосередньому грудному годуванні й закріплюється на все життя.

Відсутність такого спілкування призводить до появи певних фобій та дискомфорту, а в подальшому – порушень у функціонуванні лімбічної системи [4]. Крім того, було виявлено, що 83,1 % дітей основної групи та 48,1 % осіб групи порівняння харчувались не регулярно ($\varphi=5,64$, $p<0,01$). У структурі харчування вірогідної різниці при споживанні основних продуктів між групами дітей, що порівнюються, не виявлено ($p>0,05$). Так, у харчовому раціоні дітей в ранньому та старшому віці відмічали зниження споживання овочів, фруктів, молочних продуктів (за винятком дітей гірської зони), м'яса, риби при постійному надлишку

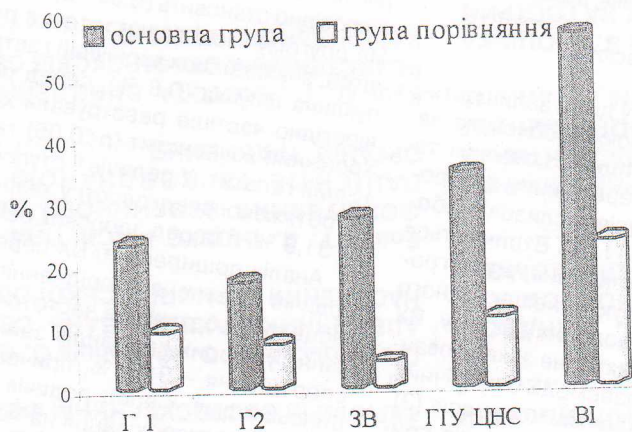


Рис. 1. Співвідношення негативних перинатальних факторів у дітей із виразковою хворобою.
Примітки: 1) Г1 – гестози першої половини вагітності;
2) Г2 – гестози другої половини вагітності;
3) ЗВ – загроза викидня;
4) ГУ ЦНС – гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС;
5) ВІ – вірусні інфекції.

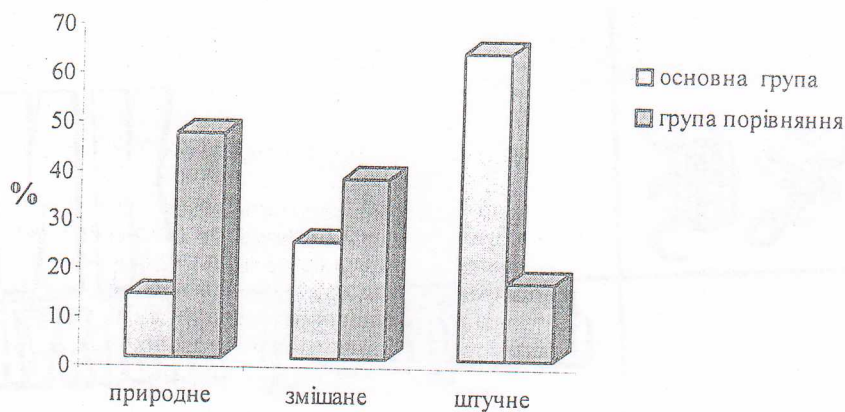


Рис. 2. Поділ дітей за видом вигодовування на першому році життя.

хліба, макаронно-круп'яних виробів та солодошів, у результаті чого поряд із енергетичною та вітамінною недостатністю проявлявся і дефіцит білка, в тому числі тваринного. Серед улюблених страв 52,2 % пацієнтів назвали піцу, смажену картоплю, кури-гриль, чипси, сухарики, причому найбільшу частку серед них становили діти віком 13–18 років. Варто зазначити, що 34,7 % дітей любляє їсти всухом'ятку та займати горизонтальне положення після їжі, що, ймовірно, сприяє розвитку рефлюксів. Четверта частина хворих дітей улюбленими фруктами назвала цитрусові, банани, ківі. Майже половина дітей не любить овочів (окрім картоплі). Оцінка режиму дня дітей як основної групи, так і групи порівняння показала, що його дотримуються лише 22,1 та 24,5 % дітей відповідно ($\phi=0,44$, $p>0,05$). На щоденне перебування на свіжому повітрі більше трьох годин вказали 26,3 % хворих дітей, причому в основному це були діти сільської місцевості. Лише невелика кількість школярів могли відзначити цікаве для них використання вільного від шкільних занять часу (спортивні секції, театр тощо). У більшості дітей вільний час означав перегляд телепередач, комп'ютерні ігри, іноді по декілька годин. Анкетування дітей дозволило встановити, що хворі на ВХ діти мають вірогідно більше навантаження в сучасному житті ($p<0,05$), ніж їхні однолітки з групи порівняння. 38,1 % пацієнтів із ВХ та 26,5 % з групи порівняння відвідують гімназії та ліцеї з додатковим програмним навантаженням. Крім того, більше половини хворих (55,1 \pm 4,4) % на ВХ ГДД, що вірогідно більше ніж серед дітей групи порівняння ($\phi=2,91$, $p<0,05$), де таких дітей зафіксовано лише (9,1 \pm 1,0) %, займається вивченням іноземних мов, музикою, танцями, професійним спортом, значний час проводять біля комп'ютера чи телевізора. Як відомо, накопичення перевтоми супроводжується порушенням інформаційного, енергетичного та метаболічного гомеостазу [3]. Психотравмувальні ситуації в сім'ї спостерігалися у (74,5 \pm 9,2) % дітей, хворих на ВХ, конфліктні відношення між батьками в сім'ї відзначено в (35,5 \pm 3,3) % хворих дітей, розлучення батьків і виховання в умовах неповної сім'ї – у (30,5 \pm 3,1) %, смерть і тяжкі хвороби рідних – у (27,1 \pm 3,3) %, незадовільні побутові умови – в (40,6 \pm 3,2) %, сильний страх пережили (26,2 \pm 2,5) % дітей. Більшість дітей,

хворих на ВХ (83,1 \pm 11,2) %, перебувала в умовах неадекватного виховання: частіше – за типом підвищених вимог, рівною мірою визначалися гіпер- чи гіпоопіка, рідше траплялася зміна типів виховання, суперечливе виховання, що призводило до зниження адаптаційних можливостей дитячого організму, перш за все емоційної сфери.

Таким чином, ВХ виникає в дітей, які мають значне навантаження в сучасному житті, тобто хронічний стрес.

ВИСНОВОК Розвиток ВХ, зумовлений комплексним впливом низки негативних чинників, що накопичуються впродовж життя дитини і включають: спадкові (наявність ВХ у батьків, сибсів та родичів II ступеня спорідненості), перинатальні (патологічний перебіг вагітності, пологи шляхом кесаревого розтину, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи), аліментарні (штучне вигодовування, порушення режиму та якості харчування), урбаністичні (емоційне та розумове перенавантаження, психотравмувальна ситуація в сім'ї та школі) чинники.

Перспективи подальших досліджень У подальшому необхідно дослідити ймовірні чинники, що впливають на тяжкість перебігу виразкової хвороби у дітей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусов Ю. В. Хроническая гастродуоденальная патология у детей / Ю. В. Белоусов // Вопросы современной гастроэнтерологии. – 2009. – № 2. – С. 45.
2. Букацелло Р. Г. Особенности этиологии и патофизиологии хронической ишемии органов пищеварения / Р. Г. Букацелло, В. С. Аракелян // Сердечно-сосудистая хирургия. – 2012. – № 1. – С. 13–17.
3. Горячева О. А. Особенности течения язвенной болезни у детей на современном этапе : автореф. дисс. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.09 – педиатрия / О. А. Горячева. – М., 2009. – 20 с.
4. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей / В. І. Боброва, О. В. П'янова, Н. І. Надточій, В. В. Замула // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 2 (52). – С. 33–36.
5. Жаафар А. Стан мікроциркуляції слизової оболонки шлунка у хворих різних вікових груп з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки / А. Жаафар // Здобутки клін. і експеримент. медицини. – 2013. – № 1. – С. 36–39.
6. Сучасні погляди на етіопатогенез виразкової хвороби в дітей / Т. В. Сорокман, Д. Р. Андрійчук, С. В. Сокольник [та ін.] // Здоровье ребенка. – 2009. – № 2 (17). – С. 85–88.

Отримано 17.03.14