

**КЛІНІЧНО-АНАМНЕСТИЧНА ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО
ГАСТРИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ДУОДЕНІТУ У ПІДЛІТКІВ З
ХАРЧОВОЮ ГІПЕРЧУТЛИВІСТЮ**

Киян Тетяна Анатоліївна

к.мед.н.

асистент кафедри педіатрії №1

Березенко Валентина Сергіївна

д.мед.н.

професор кафедри педіатрії №1

НМУ імені О.О. Богомольця

Вороніна Світлана Степанівна

к.мед.н.

зав. відділенням ДКЛІ №9

м. Київ, Україна

Анотація: У статті досліджено особливості клініко-анамнестичного перебігу хронічного гастриту та хронічного дуоденіту у підлітків з харчовою гіперчутливістю. Для цього було обстежено 103 підлітки віком від 12 до 17 років із попередньо верифікованим хронічним гастритом та хронічним дуоденітом. Всі пацієнти були розподілені на II групи: I група (n=65, 63,0%) – діти з хронічним гастритом і хронічним дуоденітом та харчовою гіперчутливістю; II група порівняння (n=38, 37,0%) – діти з хронічним гастритом і хронічним дуоденітом без харчової гіперчутливості. Авторами було визначено особливості перебігу хронічного гастриту та хронічного дуоденіту у підлітків з харчовою гіперчутливістю.

Ключові слова: хронічний гастрит, хронічний дуоденіт, підлітки, харчова гіперчутливість, атопічний дерматит, гастродуоденальна зона, анамнез, пацієнти.

Згідно літературних даних у структурі гастроентерологічної патології дітей переважають захворювання органів гастродуоденальної зони: хронічний гастрит – 10-15% та хронічний гастрит та дуоденіт – 58-74%, виразкова хвороба – 1,7-16%. Розповсюдженість виразкової хвороби серед дитячого населення України складає 0,4-4,3% [1, с. 51]. До розвитку захворювань гастродуоденальної зони призводять цілий ряд ендогенних та екзогенних факторів. До ендогенних причин належать спадковий фактор, гастроінтестинальна гіперреактивність у дітей, деякі ендокринологічні захворювання, захворювання обміну речовин. До екзогенних факторів належить аліментарний, інфікування *H.pylori*, нервово-психічні розлади, ульцерогенна дія ліків, шкідливі звички [2, с. 59; 3, с.19].

Відомо, що алергічні ураження органів травлення зустрічаються так само часто, як і алергічні дерматити, але діагностуються рідко [4, с. 3]. Дія біологічно активних речовин, медіаторів алергії, сприяє розвитку запалення слизових оболонок шлунково-кишкового тракту [5, с. 24]. Тому для дітей з алергічними захворюваннями характерна гіперреактивність верхніх відділів травного каналу, яка проявляється яскравою клінічною симптоматикою у переддошкільному та шкільному періодах, а в більш старшому віці значно частіше розвиваються ерозивно-виразкові ураження органів гастродуоденальної зони [6, с.127; 7, с. 36].

За результатами оцінки тривалості перебігу хронічного гастриту та дуоденіту визначено, що 31,0% (n=20) пацієнтів I групи хворіли більше 6 років в той час, як в II групі таких пацієнтів було 13,0% (n=5) ($\chi^2=3,15$; $p=0,04$).

Встановлено, що пацієнти I групи достовірно частіше мали обтяжену спадковість щодо хронічних захворювань гастродуоденальної зони у найближчих родичів - 80,0% (n=52), порівняно з хворими II групи - 61,0% (n=23) ($\chi^2=4,6$; $p=0,04$; OR = 2,6; 95% CI 1,07- 6,35).

За даними алергологічного анамнезу у 75,0% (n=49) дітей I групи мав місце atopічний дерматит, який в подальшому трансформувався в ряд алергічних захворювань: алергічний риніт у 39,0% (n=25) підлітків,

бронхіальну астму у 9,0% (n=6) дітей. У 29,0% (n=19) дітей atopічний дерматит мав рецидивуючий перебіг і його прояви зберігались в підлітковому віці. У 8,0% (n=5) обстежених I групи мала місце хронічна кропив'янка, у 12,0% (n=8) – рецидивуючий ангіоневротичний набряк на вживання певних харчових продуктів. Медикаментозна алергія діагностована у 28,0% (n=18), а інсектна – у 5,0% (n=3) підлітків. Варто зазначити, що у 46,0% (n=30) підлітків мало місце поєднання декількох алергічних захворювань (найчастіше – atopічний дерматит поєднаний з алергічним ринітом).

За результатами фізикального обстеження встановлено, що 29% (n=19) пацієнтів I групи мали висипання на шкірі, як прояви atopічного дерматиту. За тяжкістю висипань по системі SCORAD легкий ступінь тяжкості atopічного дерматиту спостерігався у 4,0% (n=1), середній – у 9,0% (n=6) дітей, а тяжкий – у 18,0% (n=12) обстежених. «Географічний» малянок поверхні язика достовірно частіше мали 26,0% (n=17) підлітків I групи спостереження, в той час як у пацієнтів другої групи цей симптом відмічався лише у 3,0% (n=1) ($\chi^2=9,8$; $p<0,05$; OR = 8,38 95% CI 1,04 - 67,24).

При пальпаторному дослідженні живота болючість була виявлена у всіх дітей і локалізувалась переважно в епігастральній ділянці (78,0%, n=80), в пілородуоденальній зоні (58,0%, n=60), в правому підребер'ї (56,0%, n=58), та в лівому підребер'ї (23,0%, n=24). Болючість під час пальпації у навколопупкової ділянці спостерігалась у 11,0% (n=11) обстежених дітей. При пальпації печінки патологічного її збільшення не спостерігалось. У всіх пацієнтів край печінки був м'якої та еластичної консистенції. Позитивний симптом Менделя визначався у 93,0% (n=96) пацієнтів. Міхурові симптоми (Кера, Ортнера, Мерфі) були позитивними у 51,0% (n=53) підлітків обох груп.

Оцінка клінічного перебігу хронічного гастриту та хронічного дуоденіту в I та II групах спостереження показала, що больовий абдомінальний синдром мав місце у (95,0%, n=62) підлітків I групи та у (100,0%, n=38) пацієнтів II групи. Виразність та інтенсивність больового синдрому у підлітків обох груп

діагностувались від сильного нападаподібного до неінтенсивного ниючого (таб.1).

Таблиця 1

Характеристика абдомінального больового синдрому при ХЗ ГДЗ у дітей I та II групи, абс.ч. (%)

Складові абдомінального больового синдрому		Групи спостереження (n=100)	
		I група (n=62)	II група (n=38)
Характер абдомінального болю	Нападаподібний	20 (32)	21 (55)*
	Ниючий	42 (68)*	17 (45)
Інтенсивність абдомінального болю	Інтенсивний	19 (31)	16 (42)
	Неінтенсивний	46 (74)	22 (58)
Локалізація абдомінального болю	Епігастрій	55 (89)*	14 (47)
	Пілородуоденальна зона	7 (11)	24 (53)*
	Праве підребер'я	39 (63)	19 (50)
	Ліве підребер'я	10 (16)	10 (26)
Примітка. *- відмінність достовірна між I та II групами за характеристиками абдомінального больового синдрому ($p < 0,05$)			

У 68,0% (n=42) підлітків I групи мав місце переважно ниючий, неінтенсивний біль, який локалізувався в епігастральній ділянці, в той час як 45,0% (n=17) пацієнтів II групи скаржились на нападаподібний біль, не пов'язаний з прийомом їжі, переважно в гастродуоденальній зоні ($\chi^2=5,15; p < 0,05$).

Диспепсичний синдром у вигляді нудоти, відрижки, метеоризму спостерігався у 89,0% (n=58) підлітків I групи на відміну від 40,0% (n=15) дітей II групи ($\chi^2=28,7; p < 0,05$), (таб.2).

Таблиця 2

Характеристика диспепсичного синдрому у дітей I та II групи, абс.ч. (%)

Симптоми диспепсії	Групи спостереження (n=103)	
	I група (n=65)	II група (n=38)
Нудота	58 (89)*	15 (40)
Блювота	12 (19)	8 (21)
Відрижка	62 (95)*	17 (45)
Халітоз	23 (35)	15 (39)
Печія	22 (34)	17 (45)
Метеоризм	56 (86)*	18 (47)
Закреп	30 (46)	11 (29)
Нестійкі випорожнення	5 (8)	2 (5)
Примітка. *- відмінність достовірна між I та II групами хворих ($p < 0,05$)		

Аналіз наведених даних показав, що у 89,0% (n=58) підлітків з харчовою гіперчутливістю достовірно частіше зустрічалась нудота на відміну від 40,0% (n=15) дітей II групи ($\chi^2=28,7$; $p < 0,05$; OR = 8,3 95% CI 4,6 - 35,2). За нашими даними у 95,0% (n=62) пацієнтів I групи на відміну від 45,0% (n=17) підлітків II групи частіше відмічалась відрижка ($\chi^2=34,4$; $p < 0,05$; OR = 25,53 6,8 - 95,89). Метеоризм спостерігався у 86,0% (n=56) дітей I групи по відношенню до 47,0% (n=18) пацієнтів II групи ($\chi^2=17,8$; $p < 0,05$; OR = 6,91; 95% CI 2,68 - 17,86).

Прояви хронічної неспецифічної інтоксикації були у всіх хворих та не мали істотних відмінностей між досліджуваними групами і характеризувались слабкістю (89,0%, n=92), підвищеною втомлюваністю (72,0%, n=74) та головним болем (44,0%, n=45).

Отже, харчова гіперчутливість є важливим фактором в погіршенні перебігу хронічного гастриту та дуоденіту у дітей. У підлітків з харчовою гіперчутливістю достовірно частіше зустрічався обтяжений анамнез як по алергічним хворобам, так і по хронічним захворюванням гастродуоденальної зони. Доведено, що у 68% підлітків з харчовою гіперчутливістю, на відміну від

40,0% хворих без харчової гіперчутливості, проявами больового абдомінального синдрому був, переважно, ниючий, неінтенсивний біль, який локалізувався в епігастральній ділянці. Диспепсичний синдром також частіше діагностувався у дітей з харчовою гіперчутливістю.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Боброва В.І., Кошова А. О., Воробієнко Ю. І. Клініко-морфологічні аспекти перебігу хронічного гастродуоденіту у дітей різного віку. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2014. № 1. С. 51-53.

2. Шептулин А.А. Основные положения Киотского согласительного совещания по проблеме гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori*. Российский журнал гастроэнт., гепатол., колопроктол. (РЖГГК). 2016. Т. 26, №1. С.59–64.

3. Репецкая М.Н., О.М. Бурдина Современные особенности течения хронического гастродуоденита у детей. Пермский медицинский журнал. 2017. Т. 34, №3. С.19-24.

4. Недельская С.Н. Пищевая гиперчувствительность у детей: современные стандарты диагностики и особенности ведения. Педіатрія. 2018 Т .45, №2 . С.3-6

5. Боткина А.С. Пищевая аллергия у детей: современный взгляд на проблему. Лечащий врач. 2012. № 6. С. 24-26.

6. Боброва В.І., Богданова Т.А. Гастроінтестинальна гіперреактивність та її значення у формуванні хронічного алергічного гастриту у дітей. Современная педиатрия. 2016. Т 73, №1. С.127-130.

7. Балаболкин И.И. Пищевая аллергия у детей: современные аспекты патогенеза и подходы к терапии и профилактике. Иммунопатология, Аллергология, Инфектология. 2013. N°3. С.36-46.