



УДК 616.342-002.2-008-053.2

І. Л. Бабій, Н. В. Мовлянова

КЛІНІЧНІ І ГОМЕОСТАЗИОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ

Одеський державний медичний університет

Проблема патології гастродуоденальної зони є однією з найактуальніших у сучасній гастроентерології. У структурі захворювань органів травлення у дітей і підлітків хронічні гастрити і гастродуоденіти є найбільш розповсюдженою нозологічною формою (понад 60 %). Складність патогенезу, наявність синтропії значно ускладнюють вибір тактики лікування і медичної реабілітації пацієнтів із хронічним гастродуоденітом (ХГД) [1–3; 9; 10]. Неясними залишаються питання ролі оксидативного стресу, імунодепресії, порушень електролітного обміну, мікроелементозів, зниження репаративних можливостей слизових гастродуоденальної зони. Втім, вочевидь, найбільшу клінічну ефективність матимуть методи лікування, спрямовані на корекцію порушень гомеостазу і підвищення загального рівня функціональних резервів організму [4–8].

Тому **метою** дослідження була оцінка особливостей клінічного перебігу й стану гомеостазу у дітей і підлітків із ХГД.

Для досягнення цієї мети були поставлені такі наукові завдання:

— визначити основні клінічні прояви ХГД у дітей і підлітків на сучасному етапі;

— вивчити особливості гомеостазиологічних змін під час загострення ХГД;

— оцінити роль оксидативного стресу в етіопатогенезі ХГД;

— оцінити зміни місцевого імунітету в дітей із ХГД.

Матеріали та методи дослідження

Робота виконана на базі Дитячого центру ім. Б. Я. Резніка Одеси протягом 2005–2007 рр. Загальна чисельність вибірки пацієнтів — 98 осіб. Дослідженню підлягали біохімічні й імунологічні параметри слини дітей і підлітків. Визначали вміст дієнових кон'югат (ДК), малонового діальдегіду (МДА), каталази та лізоциму в слині. Відбір зразків слини проводили натще за допомогою шприца з насадкою. Концентрацію ДК у слині визначали спектрофотометрично за Placer (1968), а МДА — за його реакцією з тіобарбітуровою кислотою [11]. Каталазу слини визначали колориметрично за методом М. А. Каролук та ін. (1988) [12]. Лізоцим слини (у відсотках актив-

ності) визначали бактеріолітичним методом Горина та ін. (1971) у модифікації Левицького і Жигіної [13]. Усі параметри досліджувалися двічі — на початку лікування та наприкінці.

Статистична обробка проводилася методом дисперсійного аналізу з використанням пакета Statistica 6.0 [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Серед хворих на ХГД переважали дівчата — 57 (58,2 %). Середній вік становив $(11,6 \pm 0,3)$ року — від 7 до 16 років. Тривалість захворювання від 1 до 7 років, причому у 22 (22,4 %) хворих діагноз захворювання ХГД був виставлений уперше. У більшості обстежених тривалість захворювання перевищувала 2 роки. При цьому у значної кількості хворих — 37 (37,8 %) — 1–2 рази на рік відбувалися рецидиви загострень ХГД.

Основними скаргами у більшості хворих на початку лікування були болі в епігастрії, втім у 8 (8,2 %) пацієнтів больовий синдром на момент початку лікування був відсутній. У більшості — 92 (91,8 %) хворих біль був розлитий, без чіткої ло-



калізації, хворі зазначали, що він рівномірно розподілявся по всій епігастральній ділянці. Іррадіація болю була нехарактерною, при глибокій пальпації визначалася локальна болісність у проекції дванадцятипалої кишки (ДПК), втім локальний м'язовий дефанс був відсутній. Симптоми Менделя (локальна перкуторна болісність) і Глінчикова (локальне напруження правого прямого м'яза живота) на момент госпіталізації в усіх обстежених також були відсутні. У деяких пацієнтів — 28 (21,2 %) відзначалася шкірна гіперестезія в зонах Захар'їна — Геда (точки Опенховського — Боаса в проекції Th_{x-xii}).

Серед диспептичних симптомів у хворих найчастіше зустрічалася відрижка кислим — 35 (35,7 %) пацієнтів, рідше — гірким — 16 (16,3 %) і повітрям — 13 (13,3 %) пацієнтів. На печію скаржилися 24 (24,5 %), на нудоту — 40 (40,8 %) дітей, що страждають на ХГД. Досить часто ці діти вказували на неприємний смак у роті — 34 (34,7 %) випадки від загальної чисельності вибірки. Значно рідше у них виникав галітоз (неприємний запах із рота) — у 11 (11,4 %) випадках. Заслуговує на увагу досить висока частота в дітей із ХГД запорів — 10 (10,2 %) випадків і гикавки — 6 (6,1 %) випадків від загальної чисельності вибірки. Слід зазначити, що найбільш часто зустрічалися скарги на відсутність апетиту — у 89 (90,8 %) пацієнтів.

Інтотоксикаційний синдром виявлявся у вигляді головного болю (22,4 %), загальної слабкості (38,8 %), швидкої стомлюваності (83,7 %), емоційної лабільності (78,6 %), порушень сну (23,5 %), безсоння, невисипання, субфебрильної температури (11,2 %).

Найчастішими були болі в животі — ниючі, тривалі, що виникали вранці натще в 74

(75,5 %) хворих і через 1,5–2 год після прийому їжі (відповідно у 16,3 % пацієнтів). У 81,6 % випадків біль мав гострий, нападаподібний нетривалий характер, при цьому болісні відчуття локалізувалися в епігастрії, правому підребер'ї, навколо пупка. Біль посилювався після прийому їжі та фізичного навантаження. У 22 (22,7 %) пацієнтів поєднувалися голодні, нічні та пізні болі.

При огляді в дітей із ХГД відзначалися блідість шкірних покривів і видимих слизових оболонок, сухість шкіри, «тіні» під очима, періоральна іктеричність, розширення капілярів верхньої частини спини, обкладеність язика. Поява нальоту на язичці у 96,9 % обстежених може пояснюватися дефіцитом есенціальних мікроелементів і вітамінів, ксеростомією, іншими метаболічними порушеннями.

При вивченні анамнестичних даних установлено, що у багатьох пацієнтів на хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту страждали батьки й інші близькі родичі — 88 (89,8 %) випадків. Крім того, практично для всіх пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, були характерні порушення режиму харчування й якісного складу раціону. Так, у 63 (64,3 %) хворих протягом навчального дня не було жодного прийому гарячої їжі, 54 (55,1 %) пацієнти мали між прийомами їжі інтервали більше 6 год, у 40 (40,8 %) — протягом дня було менше трьох прийомів їжі; 68 (68,4 %) дітей харчувалися переважно всухом'ятку, причому для них характерним було зловживання чіпсами, закусочними сухариками, розчинними і газованими безалкогольними напоями. У 33 (33,7 %) хворих відзначалися явища дерматиту харчового генезу.

При більш поглибленому вивченні анамнезу життя дітей, які брали участь у дослідженні,

встановлено, що 82 (83,7 %) із них на першому році життя знаходилися на штучному чи змішаному вигодовуванні. При вивченні анамнестичних даних було виявлено неправильне введення підгодовування в 46 (46,9 %) хворих.

При вивченні фізичного розвитку пацієнтів встановлено, що за даними антропометричних показників у більшості — 56 (57,1 %) відзначалися відхилення від вікових стандартів у вигляді дефіциту маси тіла — 32 (32,7 %) дитини, а також зниження темпів росту в цілому — 24 (24,5 %) дитини. Ці причини зумовили дисгармонійність фізичного розвитку, яка була виявлена при порівнянні різних антропометричних показників.

При огляді істотних відхилень у загальному стані дітей не виявлено. Більшість — 54 (55,1 %) обстежених — мали астеничну конституцію тіла, 32,7 % дітей були зниженого харчування. Кісткові деформації у вигляді сколіотичного скривлення хребта були виявлені в 27 (27,6 %) дітей, плоскостопість — у 22 (22,4 %) обстежених. Блідість шкірних покривів й інші прояви ваготонії, у т. ч. гіпергідроз долонь, були визначені в 62 (63,3 %) хворих.

Слід зазначити, що у частині дітей, які взяли участь у дослідженні, виявлені явища синтропії з різними нозоформами, що характеризуються ураженням інших органів травлення. Найчастіше траплялися дискінезії жовчовивідних шляхів — 60 (61,2 %) пацієнтів, хронічний холецистохолангіт — 32 (32,7 %) випадки, хронічний коліт — 5 (5,1 %) випадків і хронічний холецистит — 7 (7,1 %) випадків, тобто у структурі синтропії превалювали захворювання гепатобіліарної зони.

Результати вивчення інтрагастральної секреції за допомогою комп'ютерної рН-метрії довели, що в усіх 98 пацієнтів, які



Стан гомеостазу в дітей, які страждають на хронічний гастродуоденіт, М±m

Показники	Здорові	Хворі
ДК, мкмоль/л	1,8±0,1*	3,4±0,1*
МДА, мкмоль/л	2,5±0,1*	5,1±0,2*
Каталаза, мкат/л	96,3±2,3*	52,0±4,2*
Каталаза / МДА, абс.	38,4±1,1*	10,2±0,3*
Лізоцим, мкг/мл	59,2±1,2*	46,2±2,8*
slgA, мкг/мл	63,3±1,3*	55,0±2,4*

Примітка. * — розбіжності є вірогідними (P<0,05).

взяли участь у дослідженні, показник рН базальної фази секреції коливався у широких межах — 0,9–2,5. У фазу стимульованої гістаміном секреції кислотність шлункового соку дещо збільшилася — до 0,7–2,1. При цьому у більшості — 86 (84,3 %) обстежених дітей відзначався гіперацидний тип секреції, для якого характерне значення рН 1,5 і нижче у фазу базальної секреції і менше 1,2 — в умовах стимульованої секреції.

Водночас у невеликої кількості дітей, які страждають на ХГД, виявлена знижена — 3 (2,3 %) випадки і нормальна — 17 (12,9 %) випадків кислотопродукція, що може свідчити про наявність певних розбіжностей у патогенезі захворювань гастродуоденальної зони, а також про необхідність індивідуального підходу до ведення таких хворих. Кількість дітей із хелікобактернегативними формами ХГД становила 58,2 %.

При первинному ендоскопічному обстеженні всіх клінічних груп у 67 (68,4 %), тобто у значної частини хворих на ХГД, виявлявся антральний гастрит. Найчастішими формами при ендоскопії були поверхневий і ерозивний ХГД (відповідно 63,3 і 36,7 %). Випадків гіпертрофічного, геморагічного і субатрофічного гастриту не виявлено.

При цьому вміст основних метаболітів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) у дітей із ХГД був у 1,9–2,2 рази вищим, ніж у здорових однолітків, а співвідношення каталаза/МДА — менше в 3,5 рази (таблиця). Натомість секреція лізоциму і секреторного slgA у дітей, хворих на ХГД, знижувалася на 15–20 %.

Отже, за характером загострення ХГД перебігали в обстежених дітей стереотипно, а виявлені особливості показників гомеостазу (активація ПОЛ, функціональна недостатність

місцевих захисних механізмів, зокрема імунологічних) свідчать про необхідність їхньої корекції шляхом зниження інтенсивності оксидативного стресу і забезпечення нормальної роботи антиоксидантної системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гастроентерологія дитячого віку / за заг. ред. Є. В. Прохорова, О. П. Волосочя. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. — 160 с.
2. Гастроентерологія детского возраста (избранные вопросы) / под ред. С. С. Казак. — К. : Экспресс, 2006. — 260 с.
3. Белоусов Ю. В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей : монография / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова. — Х. : ИД ИНЖЭК, 2005. — 256 с.
4. Белоусов Ю. В. Гастроентерология — актуальна загальнопедіатрична проблема / Ю. В. Белоусов, М. Ф. Денисов // Современная педиатрия. — 2006. — № 3 (12). — С. 121-122.
5. Боднар Г. Б. Прогнозування виникнення, розвиток та прогресування гастродуоденальної патології дитячого віку / Г. Б. Боднар // Хірургія дитячого віку. — 2006. — Т. III, № 4. — С. 35-42.
6. Боднар Г. Б. Особливості симптомокомплексу гастродуоденальної патології на сучасному етапі / Г. Б. Боднар // Клінічна та експериментальна патологія. — 2007. — Т. 6, № 1. — С. 15-17.
7. Лукьянова Е. М. Гастроэнтерология детского возраста — проблемы и перспективы / Е. М. Лукьянова, Ю. В. Белоусов, М. Ф. Денисова // Проблемы медицинской науки та освіти. — 2002. — № 3. — С. 5-7.
8. Мазурин А. В. Современные представления о патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей / А. В. Мазурин, В. И. Филин, Л. Н. Цвекова // Педиатрия. — 1997. — № 1. — С. 5-7.
9. Рациональне лікування дітей з захворюваннями гастродуоденальної

зони / Н. В. Нагорна, О. В. Бордюгова, Г. В. Дубова [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2007. — № 1. — С. 23-27.

10. Слободян Л. М. Клінічні, ендоскопічні і цитологічні особливості сучасного перебігу хронічних гастродуоденітів у дітей / Л. М. Слободян, В. Ф. Лобода // Вісник наукових досліджень. — 1999. — № 2. — С. 56-58.

11. Современные методы биохимических исследований / под ред. М. И. Прохоровой. — Л. : Изд-во ЛГУ, 1982. — 272 с.

12. Метод определения активности каталазы / М. А. Карольюк, Л. И. Иванова, Н. Т. Майрова, К. Е. Токарев // Лабораторное дело. — 1988. — № 1. — С. 16-18.

13. Левицкий А. П. Лизоцим вместо антибиотиков / А. П. Левицкий. — Одесса : КП ОГТ, 2005. — 74 с.

14. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М. : МедиаСфера, 2002. — 312 с.

