

ДІАГНОСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ШЛУНКА ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

Логвінова О. В., Васильєва О. Г., ¹⁾ Лазебник О. А., ¹⁾ Кожина Р. К.

Сумський державний університет, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДІ;

¹⁾ КУ "Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди"

З 2000 року в дитячій гастроентерології все частіше почали вживати термін «функціональна диспепсія» або «функціональні розлади шлунка» (ФРШ). Позначати цей термін став симптомокомплекс, яким характеризується і хронічний гастрит чи гастродуоденіт. Але думки фахівців розходяться стосовно клінічного, морфологічного і функціонального відображення даних понять. Більшість вважає, що функціональні розлади шлунка – є діагноз-виключення, який встановлюється при не підтвердженні морфологічних змін слизової оболонки шлунка, наявності генетичних факторів, якими можна пояснити клінічні симптоми, які діагностуються.

Метою нашого дослідження було вивчення розповсюдженості та діагностики ФРШ серед дітей м. Суми та Сумської області.

Останнім часом діагноз ФРШ все частіше встановлюється дітям. Так, в м. Суми та області показник поширеності ФРШ в 2008 році складав – 3,28 %, в 2009 р. – 3,41 %, в 2010 та 2011 роках – 4,41 %, в 2012 р. – 3,85 %, а в 2013 році – 4,79 %, що на майже третину більше, ніж п'ять років тому. Захворюваність на ФРШ теж пропорційно зросла з 2,11:1000 в 2008 р. до 3,48:1000 в 2013 році. Під нашим спостереженням знаходились 146 дітей з діагнозом хронічний гастродуоденіт, 244 хворих на хронічний гастрит в стадії загострення, які знаходились на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні СМДКЛ Св. Зінаїди в 2013 році. Всіх дітей умовно поділили на 2 групи: 1-а – 224 ((57,44 ± 2,51)%) дитини з раніш встановленим діагнозом хронічний гастрит та хронічний гастродуоденіт, 2-а – 166 ((42,56 ± 2,51)%) хворих з ФРШ.

При госпіталізації 100% дітей скаржилися на біль у верхній половині живота різної інтенсивності, у 295 дітей ((75,64 ± 2,18)%) – біль був тупий, ниючий. У більшості хворих виникнення болю було пов'язане з прийомом їжі – у 197 ((50,51 ± 2,53)%) дітей – через 30 хвилин після прийому їжі, у 106 ((27,18 ± 2,26)%) – через годину і більше. У інших – 87 ((22,31 ± 2,11)%) дітей больовий синдром не був пов'язаний з прийомом їжі, був нетривалий і не інтенсивний. Більшість хворих – 320 ((82,05 ± 1,95)%) скаржаться на нудоту, відрижку ((34,36 ± 2,24)%) – як повітрям, так і шлунковим вмістом, печію ((19,49 ± 2,01)%) та розлади стільця ((18,21 ± 1,96)%). Всі хворі без виключення скаржилися на стомлюваність, слабкість, головний біль, зниження працездатності, апетиту, що є проявами хронічної неспецифічної інтоксикації.

Методом верифікації діагнозу є проведення фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) з рН-метрією, які проводились 100 % дітям обох груп. Виходячи з результатів ФЕГДС у дітей першої групи 100 % виявляли гіперемію і набряк слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки – еритематозна гастропатія та гастродуоденопатія. У 5 дітей ((3,01 ± 1,33)%) другої групи слизова ШКТ не була змінена, а у 161 ((96,99 ± 1,33)%) хворого теж діагностували еритематозну гастропатію.

Таким чином, суттєвих змін у клінічній картині та змін при ФЕГДС між функціональними розладами шлунка та хронічними гастритами та гастродуоденітами немає. Рекомендоване проведення біопсії слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки з подальшим морфологічним дослідженням біоптату та верифікацією діагнозу (підтвердження функціональних або органічних змін слизової).