

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ**

*Лазебник О.А.; Кучменко Н.О., магістрант  
Науковий керівник - д. м. н., проф. Сміян О.І.  
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти*

Захворювання органів травлення широко розповсюджені у дітей і по частоті займають друге місце після респіраторних інфекцій. Захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки є значно поширеними серед всіх захворювань органів травлення і складає 58 – 65 % в структурі дитячої гастроентерологічної патології, частота хронічного гастродуоденіту збільшується з віком. Тільки у 10 – 15 % дітей зустрічається ізольоване враження шлунка чи дванадцятипалої кишки, у інших 85 – 90 % - поєднане враження цих органів. В дитячому віці частіше зустрічається первинний гастродуоденіт, який з'являється самостійно при первинному враженні дванадцятипалої кишки і антрального відділу шлунка. В останні роки відмічається більш тяжкий перебіг хронічного гастродуоденіта у дітей, який частіше перебігає з розвитком ерозивних змін і частіше перетворюється в виразкову хворобу.

Мета роботи – визначити схильність до хронічного гастродуоденіту у дітей.

Проаналізовано 100 історій хвороб дітей з хронічним гастродуоденітом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні Сумської міської дитячої клінічної лікарні у 2007р. Діти віком від 4 до 17 років, середній вік 11,9 років. Дівчаток – 57 %, хлопчиків – 43 %. Була виявлена обтяжена спадковість у 37 % дітей, у 9 % захворювання гастродуоденальної зони було у батька, у 8 % - у матері, у 20 % - у дідусів чи бабусь. 25 % дітей виховуються в неповній сім'ї. На штучному вигодовуванні з народження знаходились 16 % дітей, менше 6 місяців на грудному вигодовуванні знаходились 50 %, до одного року – 23 %, більше одного року – лише 11% дітей. При фіброгастродуоденоскопії виявлено поверхневий гастродуоденіт у 91 %, поверхневий гастрит і ерозивний бульбіт – у 3%, ерозивний гастрит і поверхневий бульбіт – у 3 %, гіпертрофічний гастродуоденіт – у 2 %, гіпертрофічний гастрит і поверхневий дуоденіт – 1 % дітей. У 100 % дітей при рН – метрії виявлено базальну гіперацидність. Серед супутньої патології виявлено: вегето-судинну дистонію ( 20 % ), аномалії прикусу ( 12 % ), карієс ( 4 % ), хронічний періодонтит ( 19 % ), диспанкреатизм ( 13 % ) дискінезія жовчно-вивідних шляхів ( 9 % ), постійний перегин жовчного міхура ( 9 % ), синдром Жильбера ( 2 % ), дуодено-гастральний рефлюкс ( 9 % ), езофагіт ( 5 % ), аномально розташована хорда лівого шлуночка ( 7 % ), пролапс мітрального клапана ( 5 % ), дифузний зоб ( 9 % ), хронічний панкреатит ( 2 % ), хронічний холецистит ( 1 % ), дисметаболічна нефропатія ( 5 % ), афтозний стоматит ( 1 % ), поліп антрального відділу шлунка ( 1 % ), доліхосігма ( 1 % ), юнацький остеохондроз ( 1 % ), сколіоз ( 4 % ), анемія ( 1 % ), ожиріння ( 2 % ), лейкоплакія щік ( 1 % ), ентеробіоз ( 1 % ), пульпіт ( 1 % ), гінгівіт ( 1 % ).

Таким чином, хронічний гастродуоденіт розпочинається в дошкільному віці, дівчата хворіють частіше ніж хлопці, спадковість і неповна сім'я є фактором ризику розвитку хвороби, грудне вигодовування сприяє зменшенню гастродуоденальної патології, більшість дітей не вигодовувались природньо на першому році життя. Хронічний гастродуоденіт у дітей часто супроводжувався стоматологічною патологією, патологією інших органів травної системи (диспанкреатизм, дуодено-гастральний рефлюкс, дискінезія жовчно-вивідних шляхів, езофагіт).