

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ШКОЛЬНИКОВ

Якубова Д. М.

Кафедра: Госпитальная педиатрия № 1 с нетрадиционными основами медицины, клиническая аллергология, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

Ключевые слова: дети школьного возраста, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Резюме: Целью исследования было изучение клинико-инструментальную характеристику гастродуоденальной патологии у школьников. Было обследовано 1080 детей в возрасте от 6 до 16 лет в условиях школы. Возрастные группы обследованных больных детей были представлены следующим образом: 6-10 лет и 11-16 лет

Resume: The aim of study was to investigate the clinical and instrumental characteristics of gastroduodenal pathology in schoolchildren. The study involved 1080 children aged 6 to 16 years in the school. Age groups of patients examined children were presented as follows: 6-10 years and 11-16 years

Актуальность. Болезни органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре соматической патологии у детей. Обращает на себя внимание тот факт, что болезни пищеварительной системы начинаются еще в дошкольном возрасте, часто рецидивируют, значительно влияют на качество жизни и могут приводить к ранней инвалидизации детей[1]. Получены данные о том, что в генезе гастродуоденальной патологии играет важную роль состояние психоэмоционального статуса ребенка, напряжённость которых особенно выражена у детей школьного возраста. Установлено, что основными школьно-обусловленными факторами риска формирования здоровья учащихся являются высокий объем учебных нагрузок, приводящие к развитию психоэмоционального напряжения, снижение двигательной активности, ухудшение питания в школах[2,3].

Цель исследования. Изучить клинико-инструментальную характеристику гастродуоденальной патологии у школьников.

Задачи исследования. 1. Выявить частоту встречаемости гастродуоденальной патологии у обследуемых школьников. 2. Установить структуру гастродуоденальной патологии у обследуемых школьников. 3. Определить факторы риска развития гастродуоденальной патологии у выявленных больных. 4. Изучить клинические проявления гастродуоденальной патологии и предложить пути профилактики.

Материалы и методы исследований. Для решения поставленных задач обследовано 1080 школьников в возрасте от 6 до 16

1. Анкетирование школьников. 2. Анализ ф.№112 и ф.№26.

3. Генеалогический анализ родословных (беседа и анкетирование родителей)

4. Клинический осмотр школьников. 5. Эзофагогастродуоденоскопия.

Результаты и их обсуждение. Обследовано 1080 школьников в возрасте от 6 до 16 Из них выделены 140 школьников у которых имеется повышенный риск заболеваемости гастродуоденальной патологии. Обследуемые, в зависимости от возраста были разделены на две группы: 6-10 лет и 11-16 лет. Нами выявлены

следующие факторы риска, приводящие к гастродуоденальной патологии: у 75% детей родители страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Нами выявлены следующие факторы риска, приводящие к гастродуоденальной патологии: у 75% детей родители страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В 35,2% семей генеалогический анамнез был отягощен только по линии матери, патология ЖКТ по линии отца была установлена в 46,7% случаев, у 18,1% детей анамнез был отягощен со стороны обоих родителей. В структуре заболеваний родственников детей несколько чаще отмечался хронический гастрит-30,4% случаев, хронический гастродуоденит у 23,8%, язвенной болезнью страдали 18,2% родителей и хронический холецистит был диагностирован у 15,2% родственников, а хронический энтероколит у 12,4%.

Заслуживает внимание, что большинство детей 73 (52,2%) вне зависимости от характера гастроэнтерологических заболеваний в младенчестве лишь непродолжительное время находились на грудном вскармливании, 30 (21,4%) дети находилось смешанном вскармливании, а некоторые дети 37 (26,4%) с первых недель жизни начинали получать молочные смеси.

Другим фактором, способствующим развитию гастроэнтерологических заболеваний у детей является высокая степень психоэмоциональных нагрузок на организм у некоторых детей. В группе 6-10 лет у 25(41,7%) детей выявлены отклонения в психоэмоциональном состоянии. Из них: обусловленные учебной перегрузкой – 15 (25,02%), неудовлетворительной социальной адаптацией к школе- 6(10%), конфликтной ситуацией в семье- 2(3,3%), плохими бытовыми условиями- 2(3,3%). Как видно из рисунка, в группе детей 11-16 лет было определено, что 42 (52,5%) школьника постоянно находятся под повышенной психоэмоциональной нагрузкой. Из них: обусловленные учебной перегрузкой 30 (37,5%), неудовлетворительной социальной адаптацией к школе 4 (5%), конфликтной ситуацией в семье- 6 (7,5%), плохими бытовыми условиями- 2 (3,3%).

Нами определены что у 69(49,3%) обследуемых школьников были сопутствующие заболевания. В частности это хронические тонзиллиты – у 44 (33,4%), частые ОРВИ (24,2%),анемия (19,5%), кариозные зубы (4,6%), миопия (2,8%), аллергические ринит(8,5%), хронические пиелонефрит– у 5 (6,6%).

В ходе работы нами изучалось нарушение гигиены питания. Установлено, что среди обследованных школьников у 82 (58,6%) отмечалось нерациональное питание. Основная масса детей 65(46,5%) употребляет газированные напитки не регулярно, ежедневно принимают газированные напитки 12(8,6%;) и совсем их не употребляют 26 человек (18,6%). По опросу о вредных привычках, подавляющее большинство 136(97%) детей ответили, что не курят, только 4(3%) детей курили сигареты. Это учащиеся основном 8-9 классов.

Анализ жалоб показывает, что дети младшей возрастной группы 6-10 лет чаще жаловались на боли в животе, 11-16 лет на диспепсические явления и астеновегетативного характера жалобы. Всего 72 обследуемые дети предъявляли на боли в области живота. Из них:6-10 лет 22 (36,6%),11-16 лет 50 (62,5%). Болевой синдром разной интенсивности отмечался в 100 % случаев, в виде приступов длительностью 5-10 минут: слабо выраженный – 10,6 %, средней – 64,3 %, сильной

степени – 25,1%. На боли после стрессовой ситуации (неудовлетворительная оценка, конфликт с учителями, с одноклассниками, с родителями и т.п.) жаловались только 12 (8,6%). Чаще всего наблюдалась боль, возникающая на голодный желудок у 35 (25%) детей, у 19 (13,5%) детей боли отмечалось через 1-1,5 часа после приема пищи, у 18 (12,85%) детей боли возникали через 30-40 мин после еды. У обследуемых детей характер и локализация болей были разнообразными. У 33,3% из них боли локализовались в пилородуоденальной зоне и с иррадиацией в правое подреберье.

Согласно проведенному анкетированию, у большинство детей 65 (45%) после приема пищи не наблюдается каких-либо неприятных ощущений в желудке. Диспепсический синдром проявлялся отрыжкой отмечался у 85 (60,71%), изжога у 25 (17,9%) детей. Тошнота присутствовала у 48 (34,3%), детей, эпизоды рвоты – у 18 (12,86%) больных. Нарушения аппетита отмечались у 72 (51,4%) обследуемых детей. У 45 (32,1%) аппетит был снижен. Язык был покрыт белым или желтоватым налетом у 52 (37,14%) детей. Также 25 (18%) дети жаловались на неприятный запах изо рта.

Регулярно опорожняется кишечник у 60 (42,86%) детей. Через день у 50 (35,71%) детей, один раз в 2-3 дня отхождение стула бывает у 10 (7,14%) детей, у 15 (10,71%) - случаи жидкого стула чередуются с запорами и 5 (3,6%) отметили, что у них довольно часто наблюдается понос и диарея. На метеоризм жаловались 57 (40,71%) детей. Проявления полигиповитаминоза отмечены у 84 (61,4%) детей. Астеновегетативный синдром чаще наблюдалось у школьников 11-16 лет и проявлялся повышенной утомляемостью у 36 (45%), головными болями – 22 (27,5%), раздражительностью, эмоциональной лабильностью – 46 (57,5%) детей. Параллельно определялись симптомы вегетативной дисфункции у 18 (22,5%) детей в возрасте от 11 до 16 лет.

Изучение морфо-функциональных особенностей изменений слизистой оболочки желудка и ДПК у детей осуществлялась с помощью ЭГДС. Нами проведено ЭФГДС исследование у 30 школьников. Клинически этим детям был поставлен диагноз гастродуоденита. Эзофагогастродуоденоскопию проводили под местным обезболиванием гибким волоконным фиброэндоскопом «Olympus CV 260» (Япония). На основании проведенных нами эндоскопических исследований, было отмечено, что наиболее часто у детей встречался гастрит с преимущественным поражением антрального отдела желудка (32,1%) и распространенный гастрит (24,3%), в то время как изолированное поражение тела и свода желудка имелось лишь у 18,6%. У 1 (3,3%) обследуемого больного отмечались изменения в пищеводе: гиперемия слизистой в терминальном отделе с единичными эрозиями. У 7 (25%) детей отмечается изменения в луковице 12 п. кишки. Слизистая луковицы отечная, гиперемированная. На основании проведенных исследований была установлена структура гастродуоденальной патологии у обследуемых школьников.

При распределении детей с хроническими заболеваниями пищеварительного тракта на возрастные группы было отмечено, что самую большую группу составляют подростки 11-16 лет – 23 (57,2%). У детей 6-10 лет отмечается высокая встречаемость функционального расстройства желудка (ФРЖ) – 42,8%. Структура

гастродуоденальной патологии в возрастном аспекте, показано, что у детей младших классов преобладают ФРЖ, а с возрастом происходит их трансформация в органическую патологию.

Выводы:

1. Частота встречаемости гастродуоденальной патологии у школьников по результатам первичного анкетирования составила 13%.

2. Установлено что, в структуре в гастродуоденальной патологии у школьников начальных классов преобладают функциональные расстройства желудка-42,8%, в старших классах увеличивается удельный вес больных с хронической патологией-57,2%.

3. Факторами риска гастродуоденальной патологии у школьников являются наследственная предрасположенность (46,7%), искусственное вскармливание в раннем детском возрасте (26,4%), нарушение режима питания (62,5%), наличие сопутствующих хронических заболеваний (31,4%) и психоэмоциональные перегрузки (37,5%).

4. Клиническими проявлениями гастродуоденальной патологии в начальных классах является преимущественно диспепсический синдром (19,3%), в старших классах возрастает значимость астеновегетативного (37,14%) и болевого (35,7%) синдромов.

Литература

1. Апенченко Ю.С., Иванова И.И., Гнусаев С.Ф. Проявления соединительнотканной дисплазии у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Педиатрия. 2006; 6: 33–36.

2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова–Баранова Л.С. и др. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М., 2010: 9 с.

3. Белоусов Ю.В, міждисциплінарні проблеми. Здоровья України. №5, 2010г 76-77стр.