

УДК: 616.33-002-053.2

БАГАТОФАКТОРНИЙ АНАЛІЗ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ**Пушкаренко О.А.***Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра дитячих хвороб, м. Ужгород; обласна дитяча лікарня, м. Мукачево***Ключові слова:** діти, диспепсія, синдром, дуодено-гастральний рефлюкс, багатофакторний аналіз

Вступ. На сьогоднішній день проведена переоцінка цінностей у гастроентерології привела до появи нових понять, зокрема – функціональної диспепсії (невиразкової диспепсії). Але до цих пір залишається недостатньо вивченим питання етіології і патогенезу невиразкової диспепсії. Більшість авторів визначну роль у розвитку невиразкової диспепсії відводять порушенням моторики верхніх відділів травного тракту, які у дітей проявляються дискоординацією гастродуоденального комплексу у вигляді рефлюксів, недостатності сфінктерного апарату, різного поєднання гіпо-, гіперкінетичних і тонічних дискінезій [1]. Таким чином, виявлення порушення моторики – хороший привід для подальшого назначення препаратів, що нормалізують рухову активність шлунку і кишківника.

Мета дослідження. Вивчити та проаналізувати фактори, що сприяють розвитку диспепсії, яка виступає як у ролі хвороби, так і у ролі синдрому. Завданням дослідження є: 1. Провести аналіз захворюваності патології верхніх відділів травного тракту, зокрема поверхневого гастриту у фазі загострення у дітей віком 7-16 рр. На основі розгляду 110 історій хвороб дітей, що проліковані в гастроентерологічному відділенні ОДЛ м. Мукачево за 2003 рік.

2. Розглянути та оцінити всі складові клінічної

та лабораторно-інструментальної картини досліджуваної патології.

3. Провести багатофакторний аналіз та визначити провідні моменти формування захворювання.

Матеріали та методи. Проаналізовано клініко-інструментальні та лабораторні дані 110 хворих з патологією верхнього відділу травного тракту віком 7-16 рр., що знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні ОДЛ м. Мукачево у 2003 році. Здійснювалося загальноклінічне обстеження, загальний аналіз крові, біохімічне обстеження крові, загальний аналіз сечі, копрологія, аналіз калу на дисбактеріоз, фібrogastroдуоденоскопія (Pentax FB – 24p), ультразвукове дослідження (ALOKA – SSD – 500, Scanner – 200, Pie medical), імуноферментний аналіз визначення антитіл до *Helicobacter pylori* (діагностична ферментна тест-система “ХелікоБест – антитіла”).

Результати досліджень та їх обговорення. Для оцінки захворюваності патологією верхніх відділів травного тракту, нами вибрано контингент, у якого був основний діагноз морфологічний – “Поверхневий тотальний або антральний гастрит”. Даний діагноз зустрічався без супутньої патології у 31,8±4,44% досліджуваного контингенту і за діагностичними критеріями відповідає нововведеному клінічному діагнозу “Невиразкова диспеп-

сія" (НД). У 68,2±4,44% основний діагноз супроводжувався супутньою патологією, де диспепсичні явища свідчать лише про диспепсичний синдром, а

не про окреме захворювання. Детальний аналіз супутньої патології наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Супутня патологія у дітей (n=110) із морфологічним діагнозом "Поверхневий гастрит"

	Супутня патологія	М±м
1	Дискінезія жовчовидільних шляхів по гіпокінетичному типу	24,55±4,10%
2	Дискінезія жовчовидільних шляхів по гіперкінетичному типу	2,73±1,55%
3	Холецистит, латентний перебіг	10±2,86%
4	Реактивний панкреатит: латентний перебіг загострення Диспанкреатизм	17,27±3,59% 1,82±1,27% 10±2,86%
5	Синдром подразливого кишківника	0,91±0,91%
6	Рефлюкс-езофагіт	0,91±0,91%
7	Лямбліоз	10±2,86%
8	Аскаридоз	7,27±2,48%
9	Ентеробіоз	1,82±1,27%
10	Дисбактеріоз	6,36±2,33%

Серед супутньої патології переважали дискінезія жовчовидільних шляхів по гіпокінетичному типу (24,55±4,10%), реактивний панкреатит (17,27±3,59%).

У пацієнтів із невиразковою диспепсією при суб'єктивному обстеженні виділялися такі варіанти протікання хвороби: виразково-подібний варі-

ант (17,14±6,37%), дисмоторний варіант (25,71±1,42%), змішаний варіант (57,14±8,365%). Незалежно від переваги того чи іншого варіанта, характерним є наявність астено-вегетативного синдрому (82,86±6,37%).

Дані загального аналізу крові представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Показники загального аналізу крові (n=110) у дітей із диспепсією

Показник	М±м
Гемоглобін	120,61±0,90 (г/л)
Еритроцити	3,595±0,04 (10 ¹² /л)
Лейкоцити	5,79±0,15 (10 ⁹ /л)
ШОЕ	3,92±0,12 (мм/год)
Тромбоцити	317,63±4,13 (10 ⁹ /л)
Сегментоядерні	54,91± 1,24 (%)
Еозинофіли	3,91 ±0,26(%)
Лімфоцити	32,88 ±1,13 (%)
Моноцити	4,45± 0,2 0(%)

В загальному аналізі крові значних відхилень від нормативних показників не було, за винятком рівня еозинофілів (3,91±2,12%).

Таблиця 3

Біохімічні тести венозної крові (n=110) у дітей із диспепсією

Показник	М±м
Загальний білірубін:	14,5± 0,40 (ммоль/л)
прямий	2,44± 0,25 (ммоль/л)
непрямий	10,06± 0,74 (ммоль/л)
Загальний білок	68,71± 0,57 (г/л)
Сечовина	5,1± 0,08 (ммоль/л)

Креатинін	68,33± 0,71 (ммоль/л)
Тимолова проба	3,26± 0,12 од.
АлАТ	0,46± 0,01 (ммоль/л)
АсАТ	0,26 ±0,01 (ммоль/л)
Холестерин	4,83± 0,12 (ммоль/л)
В-ліпопротеїди	43,94 ±0,94 од
Лужна фосфатаза	3182,35± 93,81 (нмоль/(с.л.))

Спектр біохімічних титрів венозної крові у дітей, як видно з таблиці 3, не показує яких-небудь відхилень.

Усім хворим проводився імуноферментний аналіз на виявлення в сировотці Ig M, A, G до антигенів *Helicobacter pylori* (таблиця 4).

Таблиця 4

Титр антитіл до антигенів *Helicobacter pylori* (n=110)

Титр антитіл до антигенів <i>Helicobacter pylori</i>	M±m
Від'ємний (менше 1 : 10)	59,09 ±4,92%
Сумнівний (1 : 10)	10,91 ±2,97%
Слабо позитивний (1 : 20)	10± 2,86%
Позитивний (1 : 40)	10± 2,86%
Сильно позитивний (1 : 80, 1 : 160, 1 : 320)	10± 2,86%

У 40,91±4,92% досліджуваного контингенту титр антитіл був позитивний у різному ступені вираженості.

Бактеріологічне дослідження калу на дисбактеріоз відображено в таблиці 5 .

Таблиця 5

Бактеріологічне дослідження калу на дисбактеріоз (n=110) у дітей із диспепсією

Параметри	M±m
Патогенна мікрофлора	Не виявлена
Біфідобактерії	Відсутні у 2,73± 1,55%
Лактобацили	3,64± 1,79%
Загальна кількість кишкової палички	20,91± 4,21%
Кишкова паличка лактозонегативна	2,73± 1,55%
Гемолізуюча кишкова паличка	0,91±0,91%
Умовно-патогенна флора	0,91±0,91%
Грибки роду кандида	1,82±1,27%

Бактеріологічне дослідження калу на дисбактеріоз показує, що дисбаланс мікрофлори кишківника присутній у 6,36± 2,33%.

Про характер і ступінь враженості порушень травної функції шлунково-кишкового тракту, а також про топіку ураження можна опосередковано судити за даними копрології. Наявність зерен крохмалу (0,91±0,91%) свідчить про порушення травлення в тонкому кишківнику, наявність перетравленої клітковини (у малій кількості – 17,27±3,59%, у великій кількості – 2,73±1,55%), йодофільної флори (1,82±1,27%) – про порушення травлення в проксимальному відділі товстого кишківника, виявлений слиз (у малій кількості – 28,18± 4,29%, у великій кількості – 3,64±1,79%), поодинокі лейкоцити (47,27± 4,76%) та поодинокі еритроцити (10±2,86%) вказують на патологію дистального

відділу товстого кишківника. Нейтральний жир (в невеликій кількості – 27,27±4,25%, у великій кількості – 9,09±2,74%), зерна крохмалу (0,91±0,91%) є ознаками вторинної панкреатичної недостатності. Крім того, екзокринна функція підшлункової залози оцінювалася іншими лабораторними показниками:

- аналіз калу на активність трипсину позитивний у 10,91±2,97%;

- рівень альфа-амілази крові вище норми у 0,91± 0,91% та сечі – у 2,73± 1,55%.

При оцінці ендокринної функції підшлункової залози виявлено цукор крові – 3,94±0,05%, що відповідає нормі.

Інструментальне обстеження з допомогою фіброгастроудоденоскопа дало можливість отримати наступні дані:

- дуодено-гастральний рефлюкс знайдено у 30±4,37%;

- ;тотальна гіперемія слизової, набряк, слиз – 60,91±4,65%;

- гіперемія слизової, набряк, слиз антрального відділу шлунку – 39,09±4,65%;

- секреторна рідина із слизом – 35,45±4,55%;

- секреторна рідина із слизом і жовчу – 17,27±3,58%;

- гіперемія слизової 12 п.к. – 6,36±2,33%.

Інструментальні дані показують розповсюдженість запальних процесів частіше в шлунку (тотальне ураження переважає над антральним), ніж в 12 п.к. Наявність дуодено-гастрального рефлюксу (30±4,37%) свідчить про значну роль порушень моторики шлунку і 12 п.к. у розвитку захворювання.

Ультразвукове обстеження черевної порожнини показало патологічні зміни з боку підшлункової залози, жовчного міхура, печінки. При огляді підшлункової залози лінійні гіперехогенні включення спостерігалися у 10±2,86%, підвищена загальна ехогенність – у 17,27±3,59%, збільшення підшлункової залози – у 30±4,37%, потовщена капсула – 0,91±0,91%.

Збільшення підшлункової залози у 30±4,37% не завжди свідчить про патологію. Даний показник треба розглядати у сукупності з іншими порушеннями.

Анатомічні проблеми жовчного міхура (перегин в області шийки і, рідше, в області хвоста) спостерігалися у 8,18±2,61%, потовщення та ущільнення стінки жовчного міхура – 15,45±3,45%, розширення жовчного міхура – 3,64±1,70%, ознаки застою жовчі – 19,09±3,51%, підвищення скоротливої функції – 2,73±1,55%.

З боку печінки частіше зустрічалися зміни по типу інтоксикації – 7,27±2,48%, збільшення переднь-заднього розміру – 4,55±1,99%, підвищена

ехогенність – 4,55±1,99%, ущільнення капсули – 1,82±1,27%.

Висновки. Проаналізувавши отримані дані обстеження дітей (n=110) віком 7-16 рр., було виділено ряд можливих причини розвитку невиразкової диспепсії: аліментарні погрішності, гостра стресова ситуація (здійснює в основному гальмівний вплив на моторику шлунку і дванадцятипалої кишки), порушення моторики шлунку і дванадцятипалої кишки (сповільнення випорожнення шлунку, наявність дуодено-гастрального рефлюксу), інфікування *Helicobacter pylori* (даний мікроорганізм частіше зустрічається при виразковоподібному варіанті НД, рідше – при дискінетичному),

Визначено провідні моменти розвитку синдрому диспепсії: інфікування *Helicobacter pylori*, дисбаланс мікрофлори кишківника, порушення екзокринної функції підшлункової залози і процесів травлення в тонкому та товстому кишківнику, наявність дуодено-гастрального рефлюксу, переважання гіпотонусу та анатомічних проблем жовчного міхура.

Визначення характеру зв'язку між певними параметрами проводилося шляхом розрахунку коефіцієнта кореляції. Встановлено сильний, прямий кореляційний зв'язок між такими показниками:

- частота дуодено-гастрального рефлюкса і частота виявлення астрального гастриту (коефіцієнт кореляції становить +0,81);

- частота дуодено-гастрального рефлюкса і частота виявлення невиразкової диспепсії (коефіцієнт кореляції становить +0,96);

- частота виявлення невиразкової диспепсії і інфікування *Helicobacter pylori* (коефіцієнт кореляції становить +0,82).

Отже, за даними нашого дослідження, порушення моторики шлунку і дванадцятипалої кишки та інфікування *Helicobacter pylori* домінують у патогенезі невиразкової диспепсії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Губергріц Н.Б. Функціональна диспепсія: "старий" синдром і "нове" захворювання// Сучасна гастроентерологія і гепатологія. Український науково-практичний журнал.- 2000. – №1. – С. 36-39.
2. Римарчук Г.В., Полякова С.І. Невиразкова диспепсія у дітей// Російський медичний журнал. – 2001. – Т.9, №3-4. – С. 40-44.
3. Шептулін А.А. Диференційна діагностика при диспепсії// "Consilium medicum". – 2001. – Т. 04, №9.
4. Oralia V. Bazaldua, Pharm.D., and F. David Schneider. Evaluation and management of dyspepsia// American Family Physician. – 1999. – Vol. 15. – P.135-140.
5. Talley N, Silverstein M, Agreus L et al.Evaluation of dyspepsia//Gastroenterology – 1998. – Vol. 11. – P. 582-95.
6. Vantrappen G. Gastrointestinal motility// Wold Gastroenterology.- 1999. – Vol. 4. – P.11-4.

SUMMARY

THE MULTIFACTORIAL ANALYSIS OF THE DYSPEPSIA IN THE CHILDREN

Pushkarenko O.A.

After examination of 110 children with a dyspepsia were selected the relevant factors of forming of an investigated pathology: influence of *Helicobacter pylori*, reflux gastroduodenale, increase of a function of a pancreas, dominance of hypotension of bladder.

Key words: children, dyspepsia, reflux gastroduodenale, multifactorial analysis