Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ім. О.О. Богомольця

**ПОДГОРНА**

**НАТАЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА**

УДК 616.33+616.342]-053.2-003.96

**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З**

**ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

14.01.10 – педіатрія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ- 2009

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано на кафедрі педіатрії №1 Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця МОЗ України, м. Київ

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор,

 **ТЯЖКА ОЛЕКСАНДРА ВАСИЛІВНА**

 Національний медичний університет

 ім. О.О.Богомольця МОЗ України,

 завідувач кафедри педіатрії №1

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор,

 **КВАШНІНА ЛЮДМИЛА ВІКТОРІВНА**

ДУ «ІПАГ АМНУ», завідуюча відділенням

 медичних проблем здорової дитини

та преморбідних станів

доктор медичних наук, професор

 **МАРУШКО ЮРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ**

 Національний медичний університет

 ім. О.О.Богомольця МОЗ України,

 завідувач кафедри педіатрії №3

Захист відбудеться «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 року о \_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.26.003.04 при Національному медичному університеті ім. О.О.Богомольця МОЗ України (адреса: 01004, м. Київ, вул. Толстого, 10).

 З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця (адреса: 01057, м. Київ, вул. Зоологічна, 3).

Автореферат розісланий «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук, професор А.Я.Кузьменко

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Незважаючи на багаточисельність наукових досліджень, присвячених вивченню причин і механізмів розвитку гастродуоденальної патології, створення великої кількості нових фармакологічних препаратів, які діють на різні ланки патогенезу, кількість хворих дітей на дану патологію продовжує збільшуватись (Ю.В.Білоусов, 2003; В.Г.Майданник, 2006). Захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки найбільш поширені серед хвороб органів травлення у дітей і підлітків та складають 58-65% в структурі дитячої гастроентерологічної патології (Волосянко А.Б., Лембрик І.С, 2006).

Можливою причиною збільшення кількості хворих на гастродуоденальну патологію може бути недостатнє вивчення загальних процесів, на тлі яких відбувається формування захворювань шлунково-кишкового тракту. Загальновідомо, що процеси регенерації слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, порушення яких створює передумови для формування хронічної гастродуоденальної патології, значною мірою залежать від низки чинників, зокрема від загальної неспецифічної резистентності. Загальна резистентність визначає як захворюваність, так і важкість перебігу хвороби у кожного хворого і пов’язана із формуванням адаптаційних процесів ( Гаркаві Л.Х., Квакіна О.Б., Кузьменко Т.С., 1998). Можливість керування резистентністю за принципом зворотнього зв’язку з організмом дитини, яка базується на закономірностях розвитку адаптаційних процесів, відкриває перспективу для використання антистресорних адаптаційних реакцій в дитячій гастроентерології.

Саме з позиції адаптації організму вважається доцільним вирішувати головні задачі педіатрії: прогнозування ризиків виникнення захворювань, превентивну терапію, профілактику, оздоровлення і лікування дітей (Урсова Н.І., 2005). Вивчення механізмів адаптації та адаптативної норми у дітей визначено як один із перспективних напрямків наукових досліджень в галузі клінічної педіатрії в Україні на найближчі роки (В.Г.Майданник, 2002).

Вирішення цих питань складає безумовний теоретичний та практичний інтерес, що й зумовило вибір теми дослідження.

**Зв’язок роботи з планом науково-дослідних робіт.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри педіатрії №1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, є фрагментом комплексної державної бюджетної теми «Стан реактивності, резистентності та загально-адаптивних і компенсаторних реакцій у дітей з діатезами, недиференційованою дисплазією сполучної тканини на донозологічному стані та маніфестації при найбільш поширених інфекційних та алергічних захворюваннях» (номер держреєстрації 0104V000170).

**Мета дослідження:** підвищити ефективність лікування дітей з гастродуоденальною патологією шляхом включення до комплексної терапії індивідуалізованого призначення неспецифічних адаптогенів на основі вивчення особливостей загальних неспецифічних адаптаційних процесів.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити стан адаптаційних реакцій за допомогою лейкограми у дітей із гастродуоденальною патологією.
2. Визначити преморбідний фон та структуру захворювань верхнього відділу травного каналу у дітей.
3. Вивчити особливості клінічного перебігу гастродуоденальної патології у дітей в залежності від віку, морфо-функціонального стану шлунка, ступеню інфікування Н. pylori, наявності у дітей супутніх алергічних захворювань.
4. Вивчити характер гістопатологічних і цитологічних змін слизової оболонки шлунку при різній ендоскопічній картині виявленої патології.
5. Вивчити вплив загальноприйнятих схем лікування дітей із хронічною гастродуоденальною патологією, зокрема ерадикаційної терапії, на стан адаптаційних реакцій. Дати оцінку ефективності використання активаційної терапії у дітей з гастродуоденальною патологією з урахуванням змін адаптаційних реакцій в організмі дитини.

**Об’єкт дослідження** : гастродуоденальна патологія у дітей та підлітків.

**Предмет дослідження:** особливості преморбідного фону, клінічні прояви, ендоскопічна та цитологічна картина слизової оболонки антрального відділу шлунка, загальні неспецифічні адаптаційні реакції.

**Методи дослідження:** клінічний, лабораторний, ендоскопічний, цитологічний, гістологічний, інструментальний, гематологічний, математично-статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** При виконанні поставлених завдань в роботі вивчені загальні неспецифічні адаптаційні реакції дітей із функціональним та запальним характером ураження гастродуоденальної зони, в тому числі і у дітей із алергічними захворюваннями.

Встановлено наявність значного бактеріального обсіменіння слизової оболонки антрального відділу шлунка різноманітною коково-бацилярною і грибковою флорою у дітей із гастродуоденальною патологією при збереженні секретоутворюючої та кислотоутворюючої здатності слизової оболонки шлунка.

Доведено наявність зв’язку між ступенем бактеріального ураження слизової оболонки шлунка і морфологічною формою гастриту.

Вперше досліджено вплив загальноприйнятих схем лікування дітей із гастродоуденальною патологією на стан адаптаційних процесів.

На підставі дослідження клініко-гематологічних паралелей обґрунтовано можливість використання показників загального аналізу крові для удосконалення загальноприйнятих схем лікування дітей із хронічною гастродуоденальною патологією.

Обґрунтовано і розроблено рекомендації для диференційованого призначення препаратів активаційної терапії (на прикладі метилурацилу та екстракту елеутерококу) дітям із хронічною гастродуоденальною патологією.

**Практичне значення одержаних результатів.** Рекомендовано використання результатів гемограми для оцінки впливу призначеного лікування на адаптаційні процеси і, відповідно, загальну неспецифічну резистентність дітей, із захворюваннями органів гастродуоденальної зони.

Результати проведених досліджень показали доцільність введення в схеми обстеження дітей із гастродуоденальною патологією методів щодо визначення бактеріального спектру СО антрального відділу шлунка для обгрунтування призначення антибактеріальної терапії.

Розроблені рекомендації для диференційованого призначення препаратів активаційної терапії (метилурацилу, екстракту елеутерококу) дітям із хронічною гастродуоденальною патологією.

Практичні рекомендації згідно з результатами дослідження впроваджено в практику роботи «Центру матері і дитини» в м. Вінниці, дорожньої клінічної лікарні №1, станція Київ, дитячої клінічної лікарні №4, м. Київ.

**Особистий внесок дисертанта.** Дисертаційна робота є самостійною працею автора. В процесі виконання наукової роботи автором особисто відібрана та проаналізована наукова література, проведені клінічні спостереження. Автором особисто проводилось ендоскопічне дослідження слизової оболонки верхніх відділів травного каналу, забір матеріалу для цитологічного, морфологічного дослідження. Проведений аналіз отриманих результатів та їх статистична обробка, оформлено дисертаційний матеріал, розроблені принципи прогнозування перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей з гастродуоденальною патологією за даними гемограми та рекомендації щодо диференційованого лікування дітей із хронічними гастродуоденальними захворюваннями з використанням препаратів активаційної терапії (на прикладі метилурацилу та екстракту елеутерокока).

**Апробація результатів дисертації.** Апробація роботи проведена на ІV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання педіатрії», присвяченій пам'яті члена кореспондента НАН, АМН України, РАМН, професора В.М.Сідельнікова, яка проходила в Києві у 2002 році, VІІ Всеукраїнській науково-практичній конференції «Питання імунології в педіатрії», присвяченої 15-ти річчю кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячій імунології НМАПО ім. П.Л.Щупика у 2007 році в м. Києві, Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні наукові досягнення - 2008» в м. Миколаєві, щорічній науково-практичній конференції педіатрів Південно-західної залізниці «Актуальні питання педіатрії», яка проходила у м. Києві у 2009 році, VІ Конгресі педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» в м. Києві у 2009 році.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 5 наукових статей, з них 3 статті у провідних виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 статті –у збірнику наукових праць.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається з вступу, огляду літератури, шести розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій та списку літератури, що містить 171 джерело (48 вітчизняних авторів і 123 іноземних). Дисертація ілюстрована 24 таблицями та 2 рисунками. Робота викладена на 171 сторінці друкованого тексту, бібліографічний опис джерел літератури, ілюстрації розміщені на 20 сторінках.

**Зміст роботи**

**Матеріал і методи дослідження.** В дослідження були включені 156 дітей віком від 5 до 16 років: 120 дітей із гастродуоденальною патологією і 36 здорових дітей, які склали групу контролю. Головними критеріями включення дітей в основну групу були клінічно та інструментально підтверджена патологія шлунка та/або дванадцятипалої кишки та вік дітей від 5 до 16 років включно.

Для з'ясування характеру ураження верхніх відділів травного каналу застосовували клініко-анамнестичний метод, результати фіброгастродуоденоскопії (ФГДС), гістологічного, цитологічного та лабораторних методів дослідження. Остаточний клінічний діагноз формулювали згідно визначення і класифікації функціональної диспепсії (Римські критерії ІІ, 2004, та Римські критерії ІІІ, 2006) та у відповідності із загальноприйнятою класифікацією хронічних гастритів, дуоденітів у дітей, затвердженою VII Конгресом педіатрів Росії та країн СНД (2000).

Макроскопічну картину слизової оболонки стравоходу, шлунка і 12-палої кишки оцінювали за допомогою гнучких волоконних гастроінтестінофіброскопів “Olympus GIF-XPE”, ”Olympus GIF-XQ30”. Результати огляду верхніх відділів ШКТ оцінювали у відповідності до «Мінімальної стандартної термінології в ендоскопії». Під час проведення ФГДС проводили забір гастро-біоптатів з найбільш уражених ділянок; цитологічною щіткою брали мазок із антрального відділу шлунка. Особлива увага приділялась вивченню бактеріального спектру (особливо виявленню Н.pylori), диференціації клітинного складу вільних лейкоцитів.

Кислотоутворюючу функцію шлунка виявляли методом інтрагастральної експрес-рН-метрії (ацидограф АГ-1рНЕ-V1). УЗД органів черевної порожнини проводили апаратами “Sіеmens Sonoline SL1” та “Kranzbuller Sonoscope 3”. Всім спостережуваним дітям проводили загально-клінічні лабораторні обстеження – загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, виявлення діастази в сечі, амілази в крові, копроцитограму, бактеріологічні дослідження калу.

 Для характеристики адаптаційних процесів у досліджуваних дітей використовували методику Гаркаві Л.Х., Квакіної О.Б., Кузьменко Т.С. (1998), яка передбачає визначення загальних неспецифічних адаптаційних реакцій на підставі оцінки процентного співвідношення клітин у лейкоформулі. Тип адаптаційної реакції визначали за процентною кількістю лімфоцитів в лейкоформулі в залежності від віку дитини (таб. 1).

*Таблиця 1*

**Критерії адаптаційних реакцій за відсотковим вмістом лімфоцитів лейкоформули у дітей різного віку**

|  |  |
| --- | --- |
| Вік,років | Адаптаційні реакції |
| Стрес | Тренування | Спокійна активація | Підвищена активація | Пере­активація |
| 3-5 | <29,5 | 29,5-37,5 | 38,0-45,0 | 45,5-57,0 | >57,0 |
| 6-9 | <25,0 | 25,0-32,0 | 32,5-40,0 | 40,5-51,0 | >51,0 |
| 10-13 | <23,0 | 23,0-30,0 | 30,5-38,0 | 38,5-48,5 | >48,5 |
| 14-16 | <20,5 | 20,5-28,5 | 29,0-36,0 | 36,5-46,5 | >46,5 |
| Дорослі | <20,0 | 20,0-27,5 | 28,0-34,0 | 34,5-44,0 | >44,0 |

Співвідношення решти елементів лейкоформули, відповідно методики, вказувало на рівень реактивності: високий (показники лейкограми в межах норми, або незначні відхилення від норми окремих елементів), середній (помірні відхилення від норми) та низький (виражені зміни елементів лейкоформули).

Статистична обробка отриманих результатів проведена загальноприйнятими методами параметричної та непараметричної статистики (Власов В.В., Мінцер О.П., 2003). Для порівняння середніх даних застосовували критерій Стьюдента. Оцінку різниці величин, які виражені у відсотках, проводили за допомогою метода кутового перетворення Фішера. Різницю між параметричними або непараметричними показниками вважали статистично достовірною якщо р < 0,05. Достовірність відмінностей між декількома емпіричними частотами була оцінена за допомогою критерію Пірсона χ2. В роботі користувались програмою Exсel.

**Результати досліджень та їх обговорення.** За результатами проведеного обстеження були сформовані наступні клінічні групи: І група – діти із проявами функціональної диспепсії (70 дітей); ІІ група – діти, хворі на хронічний гастрит/дуоденіт (50 дітей).

Маніфестація клінічних проявів ураження шлунка і дванадцятипалої кишки у дітей із ФД відбувалась в більш ранньому віці (8,5± 2,6 роки), ніж у дітей із запальними процесами в шлунку і 12-палій кишці (10,3±1,7; р<0,05). Аналіз анамнестичних даних виявив фактори ризику, щодо формування у дітей гастродуоденальної патології: обтяжений перебіг перинатального періоду ( у 31,4% дітей із ФД і у 34% дітей із хронічним гастритом/дуоденітом; р>0,05), несприятлива спадковість по хронічних захворюваннях органів травлення (34,3% дітей із ФД та 55% дітей із хронічними гастритом/дуоденітом; р<0,05).

Ураження супутніх органів травного каналу супроводжували захворювання шлунка та 12-палої кишки у 85% дітей. Найбільш часто ми відмічали дискінезію біліарної системи (47,2% у дітей із ФД та 56% у хворих на ХГД; р>0,05), хронічні локусні інфекції у вигляді патології ЛОР-органів (в 52% і 15,4% випадків відповідно; р<0,05); симптоми вегето-судинної дистонії (у 34,3% дітей із ФД і у 26% дітей із ХГД; р>0,05); алергічні захворювання (44,3% серед дітей із ФД і 24% у дітей із ХГД; р<0,05).

Клінічна картина патології верхніх відділів травного каналу була представлена больовим синдромом (82,9% у дітей із ФД та 96% у дітей із ХГД; р>0,05), диспепсичним (55,7% у дітей із ФД та 48% у дітей із ХГД; р>0,05) та астено-невротичним (34,4% у дітей із ФД та 44% у дітей із ХГД; р>0,05). Особливістю больових відчуттів дітей, виявлених під час пальпації передньої черевної порожнини, було наявність болю не тільки в епігастральній області, але й поширеність болю на інші ділянки, що свідчить про залучання в патологічний процес супутніх органів травного каналу (жовчо-вивідних шляхів, підшлункової залози). Серед проявів диспепсичного синдрому найбільш часто зустрічались нудота (47,1% у дітей із ФД та 40% у хворих на ХГД; р>0,05), блювання (15,7% та 12% відповідно; р> 0,05), відрижка кислим або гірким (32,9% та 18% відповідно; р<0,05). Патологічний характер випорожнень у вигляді закрепів, проносів, чергування закрепів та проносів ми спостерігали у 15,7% дітей із ФД та у 16% дітей із гастритом/дуоденітом (р>0,05). Астено-невротичний синдром був представлений наступними симптомами: головний біль, підвищена втомлюваність, емоційна лабільність, блідість шкіряних покривів та/або «синці» під очима.

Аналіз даних ФГДС, показав, що в групі дітей із функціональними розладами у 51,4% пацієнтів слизова оболонка шлунка та 12-палої кишки була без патологічних змін, у решти пацієнтів із ФД (48,6%) ми виявляли прояви вогнищевої еритематозної гастро/дуоденопатії. У дітей, хворих на гастрит/дуоденіт ми спостерігали наступні морфологічні варіанти патології шлунка: дифузну еритематозну гастро/дуоденопатію (36%), гіпертрофічну гастро/дуоденопатію (34%), ерозивну гастро/дуоденопатію (30%). В групі пацієнтів із запальними процесами ВВТК переважали пацієнти із поєднаним ураженням шлунка і 12-палої кишки – гастродуоденітом (64%), що достовірно більше, ніж серед дітей із функціональним характером ураження (21,4%; р<0,05.) Серед особливостей ендоскопічної картини слизової оболонки ВВТК у дітей із алергічними захворюваннями слід виділити ізольоване ураження шлунка (60%); поверхневий (еритематозний) характер ураження (34,9%); моторні розлади (37,2%); геморагічний компонент у дітей із ерозивним гастритом/дуоденітом.

Моторні розлади (дуодено-гастральний, гастроезофагеальний рефлюкси, рефлюкс-езофагіт) часто супроводжували як функціональні розлади ВВТК (41,4%), так і запальні процеси в шлунку та 12-палій кишці (40%).

Аналіз кислотоутворюючої функції шлунка показав, що у 38,6% дітей із ФД і у 60% хворих на гастродуоденіт був зареєстрований стан гіперацидності (р<0,05). Нормацидність виявлена у 52,8% дітей із ФД і у 36% дітей із ХГД (р<0,05). Стан гіпоацидності ми відмічали у 8,6% дітей із функціональними розладами і у 4% хворих на гастрит/дуоденіт.

Цитологічне обстеження антрального відділу шлунка, яке проведено 42 дітям із гастродуоденальною патологією, виявило наявність різноманітної флори у 85,7% обстежених дітей, серед них Н. pylori ми спостерігали у 47,6% дітей. Крім Н.рylori, присутність якого пов’язують із розвитком хронічної гастродуоденальної патології переважна більшість гастроентерологів, шлунок містить в великій кількості коково-бацилярну флору, гриби, кисломолочні бактерії та ін. Активність коково-бацилярної флори в умовах середовища шлунка підтверджена виявленням колоній даних мікроорганізмів. Слизова оболонка не лишалася інтактною і реагувала на бактеріальне обсіменіння, про що свідчило наявність клітин-маркерів запального процесу (нейтрофілів, лімфоцитів). Найбільша кількість коково-бацилярної флори із утворенням колоній відмічалась у 75% дітей із гіпертрофічним гастритом. У 56,5% дітей із ендоскопічними проявами еритематозної гастропатії ми також відмічали наявність коково-бацилярної флори, але ступінь обсіменіння був невеликим. Виявлення поверхневого (еритематозного) гастриту корелювало із середнім та низьким ступенем обсіменіння Н.рylori. Найменшу кількість бактерій та клітин запального характеру ми спостерігали у дітей з проявами дуодено-гастрального рефлюксу. У дітей із гастродуоденальною патологією на тлі алергії вірогідно рідше зустрічалося поширене бактеріальне обсіменіння, що, можливо, пов’язано як із станом гіперреактивності імунної системи, так і переважанням моторних порушень у даної категорії хворих.

Для визначення стану адаптаційних процесів оброблено і проаналізовано гемограми 36 здорових дітей, 120 дітей, хворих на гастродуоденальну патологію, з них 70 дітей із функціональною диспепсією і 50 дітей, хворих на гастрит/дуоденіт.

Загальні неспецифічні адаптаційні реакції дітей контрольної групи (здорові діти) представлені в таблиці 2.

*Таблиця 2*

**Розподіл дітей контрольної групи за типом адаптаційної реакції та рівнем реактивності (n=36).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Реакція адаптації | Рівень реактивності | Всього |
| Високий | Середній | Низький |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Підвищена активація | 2 | 5,6 | 3 | 8,3 | 2 | 5,6 | 7 | 19,5 |
| Спокійна активація | 4 | 11,1 | 9 | 25 | 5 | 13,9 | 18 | 50 |
| Тренування | 3 | 8,3 | 3 | 8,3 | 2 | 5,6 | 8 | 22,2 |
| Переактивація | - | - | 1 | 2,8 | 1 | 2,8 | 2 | 5,5 |
| Стрес (гострий) | - | - | 1 | 2,8 | - | - | 1 | 2,8 |
| Всього | 9 | 25 | 17 | 47,1 | 10 | 27,9 | 36 | 100 |

У 69,5% здорових дітей ми встановили реакцію активації. Згідно теорії адаптаційних реакцій, саме цей тип адаптаційних реакцій є фізіологічним та забезпечує генетичну програму зростання дитячого організму і відповідає стану здоров’я (Гаркаві Л.Х. із співав., 1998). Розлади адаптаційних процесів у вигляді реакцій тренування, стресу та переактивації встановлені у 31,5% обстежених дітей. Аналіз рівня реактивності пацієнтів даної групи показує, що у більшості практично здорових дітей (47,1%) спостерігався середній рівень реактивності, тобто в роботі головних регуляторних систем спостерігається помірна дискоординація. У 27,9% здорових дітей відмічався низький рівень реактивності, що вказує на наявність розбалансованості в роботі окремих підсистем організму цих дітей.

Результати проведеного обстеження здорових дітей показали, що оцінка стану здоров’я за допомогою теорії загальних адаптаційних реакцій дозволяє виявити дітей із зміненими адаптаційними процесами. Для виявлення причин і наслідків цих змін у дітей, які вважаються здоровими, необхідні додаткові дослідження.

Серед дітей із функціональною диспепсією (табл. 3) реакція активації виявлена у 61,3% обстежених: 24,2% дітей мали реакцію підвищеної активації і 37,1% - спокійної активації. Реакція тренування встановлена у 20% дітей, стрес – у 7,1%, переактивація - у 11,6%. Проведений статистичний аналіз за критерієм Пірсона χ2 показав відсутність різниці в розподілі дітей за типом адаптаційної реакції між групою здорових дітей і дітей із ФД – χ2 фактичного 5,98< χ20,05 (4)=9,48 (р>0,05). Розподіл дітей із ФД за рівнем реактивності виявив зростання частки пацієнтів із низьким рівнем реактивності (54,4%), що достовірно більше, ніж серед здорових дітей (27,9%; р<0,05). Обробка даних за критерієм Пірсона підтвердила достовірність різниці в розподілі дітей

*Таблиця 3*

**Характеристика адаптаційних процесів у дітей із функціональною диспепсією (n=70).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Реакція адаптації | Рівень реактивності | Всього |
| Високий | Середній | Низький |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Підвищена активація | 1 | 1,4 | 8 | 11,4 | 8 | 11,4 | 17 | 24,2 |
| Спокійна активація | 1 | 1,4 | 11 | 15,7 | 14 | 20 | 26 | 37,1 |
| Тренування | 1 | 1,4 | 3 | 4,3 | 10 | 14,3 | 14 | 20 |
| Переактивація | 1 | 1,4 | 4 | 5,8 | 3 | 4,3 | 8 | 11,6 |
| Стрес | - | - | 2 | 2,8 | 3 | 4,3 | 5 | 7,1 |
| Всього | 4 | 5,6 | 28 | 40 | 38 | 54,4 | 70 | 100 |

за рівнем реактивності між групою здорових дітей та дітей із функціональними проявами - χ2 фактичного 11,23>χ20,05 (2)=5,99 (р<0,05). Таким чином, ми встановили кореляційний зв'язок між

рівнем адаптаційної реактивності та наявністю або відсутністю функціональних розладів в верхніх відділах травного каналу.

Як було вказано вище, ендоскопічна картина дітей із ФД була представлена 2 варіантами: нормальною макроскопічною картиною та вогнещевою еритематозною гастро/дуоденопатією. Статистичний аналіз показав відсутність відмінностей в типах адаптаційних реакцій дітей із різними ендоскопічними варіантами функціональної диспепсії - χ2 фактичного 2,84< χ20,05 (4)=9,48 (р>0,05).

Серед дітей із запальними процесами в шлунку/12-палій кишці (табл.4) фізіологічна реакція

активації виявлена у 42% хворих, що менше, ніж у дітей із функціональною диспепсією (61,3%; р<0,05) і у здорових дітей (69,5%; р<0,05), натомість серед дітей із ХГД ми достовірно частіше зустрічали пацієнтів із реакцією тренування ніж в групі дітей із ФД (34% проти 20%; р<0,05). Кількість дітей із низьким рівнем реактивності в даній групі була вірогідно (р<0,05) більшою, ніж серед пацієнтів із функціональними розладами (54,4%) і здоровими дітьми (27,9%). Отже, формування хронічного гастриту/ дуоденіту у більшості дітей відбувається на тлі погіршення адаптаційних можливостей: у 58% дітей ми спостерігали «зповзання» адаптаційних реакцій по шкалі у бік патологічних для дитячого віку реакцій (тренування, переактивації та стресу), а у 74% хворих на ХГД - низький рівень реактивності.

*Таблиця 4*

**Характеристика адаптаційних процесів дітей із хронічним гастритом/дуоденітом (n=50).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Реакція адаптації | Рівень реактивності | Всього |
| Високий | Середній | Низький |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Підвищена активація | - | - | 3 | 6 | 8 | 16 | 11 | 22 |
| Спокійна активація | - | - | 1 | 2 | 9 | 18 | 10 | 20 |
| Тренування | - | - | 3 | 6 | 14 | 28 | 17 | 34 |
| Пере активація | - | - | 3 | 6 | 2 | 4 | 5 | 10 |
| Стрес | - | - | 3 | 6 | 4 | 8 | 7 | 14 |
| Всього | - | - | 13 | 26 | 37 | 74 | 50 | 100 |

Ми встановили залежність адаптаційних процесів від строку захворювання дитини на гастрит/дуоденіт. При тривалості захворювання до 1 року у 73,3% дітей відмічалась реакція активації, у 6,7% – реакція тренування, у 13,3% – переактивація, і у 6,7%– стрес. Якщо строк захворювання був від 1 до 3 років, реакція активації залишалась у 45% пацієнтів, тренування - у 30%, переактивація - у 10%, стрес – у 15% дітей. Реакцію активації у дітей, які хворіли на хронічну гастродуоденальну патологію більше 3 років ми спостерігали лише у 6,6% пацієнтів, 66,7% дітей мали реакцію тренування, 6,7% – переактивацію і 20% – стрес (χ2 фактичного 14,79> χ20,05 (6)=12,59; р<0,05). Достовірною була залежність і рівня реактивності від періоду захворювання на гастродуоденальну патологію: якщо у пацієнтів, термін захворювання яких був менше 1 року, низький рівень реактивності ми спостерігали у 46,7% дітей, то вже через 1-2 роки таких дітей було 80%, а серед хворих із терміном захворювання більше 3 років - 86,7% дітей (χ2 фактичного 17,57>χ20,01 (2)=9,210; р<0,05). Отже, із збільшенням строку хвороби на хронічну гастродуоденальну патологію відмічено “зповзання” типу адаптаційної реакції по шкалі адаптаційних реакцій (переактивація → активація → тренування → стрес) і зниження рівня реактивності.

Співставлення адаптаційних реакцій дітей із різними морфологічними варіантами ураження шлунка показало, що найбільш виражені розлади адаптаційних процесів спостерігались у дітей із гіпертрофічною формою гастриту/дуоденіту: реакція активації зустрічалась лише у 18,8% обстежених дітей, реакції тренування – у 56,2% дітей, стрес – 25% дітей. Рівень реактивності даної групи хворих, як і дітей із еритематозним характером ураження, характеризувався переважанням низького рівня (68,7%). Отже, гіпертрофічний гастрит у обстежених дітей частіше супроводжувався реакцією тренування і стресу низького рівня реактивності. Саме такий морфологічний тип гастриту характеризувався найбільшим ступенем обсіменіння Н.рylori і різноманітною коково-бацілярною флорою, що підтверджує низький рівень антибактеріальної резистентності цих дітей. Натомість, найкращі показники адаптаційних процесів встановлені у дітей із дуодено-гастральним рефлюксом: 69,2% дітей мали реакцію активації.

Найбільш характерним для хронічної гастродуоденальної патології виявилось зниження кількості моноцитів. Якщо у дітей із функціональною диспепсією середня кількість моноцитів становила 4,0±2,6, то серед хворих на хронічний гастрит/дуоденіт цей показник дорівнював 2,9±2,8.

Порівняльний аналіз типів адаптаційних реакцій дітей з гастродуоденальною патологією інфікованих Н.рylori. і дітей, у яких не виявлений Н.рylori, не показав статистично достовірної відмінності. Однак, оцінка адаптаційних процесів дітей із рясним коково-бацилярним та грибковим обсіменінням слизової оболонки шлунка показала, що 57,2% дітей мали реакцію тренування, в той же час більшість пацієнтів із незначним ступенем інфікування слизової шлунка (56,2%) мали фізіологічну для дитячого віку реакцію активації.

Нами відмічена кореляція між типом адаптаційної реакції та клінічним перебігом захворювання. Так, у хворих дітей на тлі реакції активації больовий синдром зникав в середньому на 6,7±2,4 добу від початку лікування, а у пацієнтів, які мали реакцію тренування – на 14,4±3,5 добу (р<0,05). Відповідно, відмічалось і достовірне збільшення кількості ліжко-днів у дітей із реакцією тренування - 20,6±5,1 в порівнянні із 15,2±5,3 у дітей із реакцію активації (р<0,05).

Адаптаційні реакції дітей, хворих на ерозивний гастрит/дуоденіт суттєво не відрізнялись від реакцій дітей із еритематозним варіантом ураженнями: активація у 53%, тренування у 23,4%, переактивація у 11,8% і стрес у 11,87% хворих. Високий рівень реактивності в даній групі спостереження ми нe відмічали, середній зареєстрували у 23,6%, низький – у 76,4% (р<0,05).

У дітей із хронічною гастродуоденальною патологією на тлі алергічних захворювань реакцію активації ми спостерігали у 75% дітей, переактивації - у 16,7%, стрес у - 8,3% хворих; частка дітей із середнім рівнем реактивності складала 25%, а низьким – 75%. Слід відмітити, що у дітей із алергічними захворюваннями середня кількість лімфоцитів була достовірно більшою (39,1±7,9), ніж у дітей без алергії (31,2±9,1; р<0,05). Отже, ми спостерігали зміщення типів адаптаційних процесів у дітей із алергією у протилежному напрямку по шкалі адаптаційних реакцій (переактивація→активація→тренування→стрес) в порівнянні із адаптаційними реакціями дітей із гіпертрофічною формою гастриту/дуоденіту без АЗ. Характерним для дітей із проявами алергічного процесу є зміни в моноцитарній ланці лейкограми. Середня кількість моноцитів у дітей із проявами алергії і хронічною гастродуоденальною патологією була 3,7±2,5, а у дітей без алергічних ознак – 2,1±2,5 (р<0,05).

Всі діти, хворі на гастрит/дуоденіт, отримували лікування згідно програм, рекомендованих провідними дитячими гастроентерологами. Наше дослідження передбачало аналіз показників загального аналізу крові до лікування та через 3-10 днів після призначення лікування. Зміна адаптаційних реакцій під впливом лікування була встановлена у 71,2% дітей. Серед них у 68,5% ми зареєстрували зміну типу адаптаційної реакції, у 27,1% - рівня реактивності.

Серед дітей із хронічним гастритом/дуоденітом у 51,4% на тлі медикаментозного лікування ми спостерігали зниження активності адаптаційних процесів по шкалі адаптаційних реакцій: у 17,2% ми виявили перехід підвищеної активації в спокійну, у 28,6% - реакцію активації в реакцію тренування, у 2,8% - тренування в стрес, і у 2,8% - зрив переактивації в стрес. У 17,2% на тлі лікування виявлено підвищення адаптаційних процесів: у 8,6% – середньої активації в підвищену, у 5,8% - реакції тренування у реакцію активації, у 2,8% дітей перехід стресу в реакцію активації, що, відповідно теорії, покращує репаративні процеси і сприяє одужанню. Проведене лікування не вплинуло на характер адаптаційних реакцій 31,4% дітей, але у 14,3% дітей такою реакцією була реакція тренування, наявність якої, згідно теорії адаптаційних реакцій, створює умови для хронізації запального процесу.

Вплив «потрійної» схеми ерадикаційної терапії (2 антибактеріальні препарати + 1 препарат із групи інгібіторів протонної помпи або блокаторів Н2-рецепторів гістаміну) на стан адаптаційних реакцій проаналізовано у 25 дітей. Через 3-7 днів після початку даної терапії ми спостерігали достовірне збільшення частки дітей із розладами адаптаційних процесів з 28% до 60% (р<0,05).

Діти з низьким рівнем адаптаційних процесів потребують призначення препаратів активаційної терапії для підвищення активності відновних та репаративних процесів, антибактеріальної та неспецифічної резистентності. Серед таких препаратів в дитячій гастроентерології найбільш часто використовують метилурацил та екстракт елеутерококу. Призначення одного з цих препаратів в комплексі із препаратами базової терапії призводило до підвищення типу адаптаційної реакції у 53,9% дітей. Якщо первинний тип адаптаційної реакції був несприятливий для одужання (стрес, тренування), то після призначення даних препаратів ми спостерігали підвищення типу адаптаційної реакції до реакції активації, яка вважається найбільш оптимальною для мобілізації резервних можливостей організму дитини (Гаркаві Л.Х. із співав., 1998). Однак, застосування цих препаратів дітям із первинною реакцією активації (кількість лімфоцитів в межах середньої та верхньої третини вікової норми) у 15,4% дітей призвело до переходу в патологічну реакцію - переактивацію, ще у 7,7% дітей ми відмічали зрив адаптаційних процесів в стрес.

Призначення антигістамінних засобів дітям із загостренням алергічного процесу у 63,2% дітей із алергією призвело до зменшення відсоткового вмісту лімфоцитів в лейкоформулі. Підвищення типу адаптаційної реакції на тлі лікування антигістамінними препаратами ми не спостерігали. У 47,3% обстежених нами дітей загострення алергічного процесу корелювало із підвищенням типу адаптаційної реакції за шкалою - до реакцій підвищеної активації та переактивації (лімфоцитоз). Тому, в більшості випадків, цій категорії хворих потрібно призначення антигістамінних засобів під час лікування гастродуоденальної патології.

Отже, для оптимізації лікування дітей з гастродуоденальною патологією доцільно впроваджувати принципи індивідуального підходу до лікування із урахуванням стану адаптаційних реакції. Впровадження в широку практику лікарів-педіатрів і гастроентерологів методики визначення загальних адаптаційних реакцій дасть можливість не тільки обґрунтовано призначати препарати імунокоригуючого спрямування та контролювати їх ефективність, але й викликати та підтримувати бажану адаптаційну реакцію, яка активізує резервні можливості організму для подолання захворювання та відновлення нормальної функції систем і органів.

**ВИСНОВКИ**

В дисертації на основі вивчення особливостей загальних неспецифічних адаптаційних реакцій у дітей з гастродуоденальною патологією визначено вплив загальноприйнятих схем лікування цієї патології на стан адаптаційних процесів, доведена необхідність індивідуалізованого включення до комплексного лікування препаратів активаційної терапії, що підвищує ефективність лікування даної категорії дітей.

1. Структура захворювань верхніх відділів травного каналу залежить від віку дитини: у пацієнтів із проявами ФД маніфестація клінічних проявів відбувалась раніше (8,5± 2,6 років), ніж у дітей із запальними процесами у шлунку і 12-палій кишці (10,3 ± 1,7 років). У хворих на гастродуоденальну патологію має місце значна частота факторів ризику даної патології (генетична схильність, перинатальні чинники). Хронічна гастродуоденальна патологія у 53,3% дітей перебігала на тлі порушення мікробіоценозу ротової порожнини, порожнини носу, що свідчить про зниження антибактеріальної резистентності у цих дітей.

2. У 47,6% дітей з хронічною гастродуоденальною патологією спостерігається інфікування H. рylori, причому ступінь обсіменіння залежить від морфологічних особливостей слизової оболонки шлунка. При еритематозній формі гастриту/дуоденіту виявляється низький та середній ступінь ураження Н.рylori, при гіпертрофічній – високий ступінь обсіменіння.

 При цитологічному дослідженні слизової оболонки антрального відділу шлунка у дітей із гастродуоденальною патологією, поряд із Н.рylori, відмічено обсіменіння різноманітною коково-бацилярною і грибковою флорою при збереженні кислотоутворюючої функції шлунку. Вираженість обсіменіння залежить від характеру ураження слизової шлунка: найбільший ступінь бактеріального обсіменіння спостерігається у дітей із гіпертрофічною формою гастриту/дуоденіту, найменший - у дітей із дуодено-гастральним рефлюксом.

3. Серед особливостей перебігу гастродуоденальної патології у дітей із алергічними захворюваннями слід відмітити поверхневий (еритематозний) характер запалення слизової оболонки шлунка і 12-палої кишки, розлади моторно-евакуаторної функції шлунка і дванадцятипалої кишки у вигляді дуодено-гастрального і гастроезофагеального рефлюксів, рефлюкс-езофагіту. У дітей із алергічними захворюваннями ерозивний процес в шлунку та 12-палій кишці перебігав із вираженим геморагічним компонентом.

4. Встановлено, що хронічна гастродуоденальна патологія у більшості дітей супроводжувалась погіршенням адаптаційних процесів: у 58% дітей ми спостерігали патологічні для дитячого віку реакції (тренування, переактивацію та стрес), а у 74% хворих на ХГД - низький рівень реактивності. Ступінь порушень адаптаційних реакцій збільшувався по мірі розвитку патології: здорова дитина → функціональна диспепсія → хронічний гастрит/дуоденіт. У дітей із вираженими запальними процесами (гіпертрофічна форма гастриту) в шлунку і 12-палій кишці ми спостерігали тенденцію до лімфопенії, що відповідає адаптаційним реакціям тренування та стресу, а низький рівень реактивності у більшості дітей (68%) із ХГД супроводжувався моноцитопенією.

Тип адаптаційної реакції і рівень реактивності залежав від строку захворювання на дану патологію: із збільшенням терміну захворювання поступово знижувались адаптаційні можливості дитини.

5. Особливості адаптаційних реакцій у дітей тісно пов’язані з клініко-морфологічною формою гастродуоденальної патології, інфікуванням слизової оболонки шлунка коково-бацилярною флорою, наявністю алергічних захворювань. А саме, еритематозна форма гастриту у 53% дітей перебігала на тлі фізіологічної для дитячого віку реакцій активації, а гіпертрофічний гастрит супроводжувався у більшості хворих несприятливими для одужання реакціями тренування (56,2%) та стресу (25%). Інфікування слизової оболонки шлунка коково-бацилярною флорою у переважної більшості дітей (71,4%) відбувалось на тлі розладів процесів адаптації (реакцій тренування та стресу) та низького рівня реактивності (78,6%). Особливістю адаптаційних реакцій у дітей з хронічною гастродуоденальною патологією на тлі алергічних захворювань було переважання реакцій активації (75%) та переактивації (16,7%) на тлі низького рівня реактивності (75%).

6. Призначення загальноприйнятих схем лікування гастродуоденальної патології у 71,2% дітей призводило до втручання в адаптаційні процеси, ерадикаційна антигелікобактерна терапія викликала зниження адаптаційних можливостей у 32% дітей, що вказує на необхідність включення до комплексного лікування цих дітей препаратів активаційної терапії. Призначення препаратів даної групи (метилурацилу, екстракту елеутерококу) показано дітям, у яких відсотковий вміст лімфоцитів в загальному аналізі крові відповідає нижній межі вікової норми або спостерігається лімфопенія (реакції тренування та стресу). Дітям, у яких за даними гемограми відмічається нормальна кількість лімфоцитів або виявлений лімфоцитоз (реакція активації або переактивація), імунокорекція не показана.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для визначення групи дітей із зниженою та низькою загальною неспецифічною резистентністю під час проведення профілактичних оглядів рекомендовано проводити визначення характеру адаптаційних реакцій на підставі загального аналізу крові.

2. При обстеженні дітей із гастродуоденальною патологією рекомендовано визначати первинний характер адаптаційних процесів за результатами загального аналізу крові, оскільки, за теорією адаптаційних реакцій, адаптаційні процеси відзеркалюють стан загальної неспецифічної резистентності.

3. При призначенні лікувальних заходів необхідно враховувати наступне:

а) найбільш сприятливою для одужання дітей з гастродуоденальною патологією і активізації репаративних процесів в слизовій оболонці шлунка та 12-палої кишці вважається реакція підвищеної активації (відсоткова кількість лімфоцитів в гемограмі в межах верхньої третини вікової норми) високих рівнів реактивності;

б) лікування дітей, хворих на гастрит/дуоденіт на тлі алергічних захворювань рекомендовано проводити на тлі реакції спокійної активації, тобто при наявності кількості лімфоцитів в межах середньої третини вікової норми, що сприяє зменшенню атопічних проявів і створює умови для активних репаративних процесів в гастродуоденальній зоні.

4. Препарати активаційної терапії, в тому числі метилурацил та екстракт елеутерококу, дітям з проявами гастриту/дуоденіту слід призначати із врахуванням показників лейкограми: дані препарати рекомендовано включати в схеми комплексного лікування у випадках, коли відсотковий вміст лімфоцитів гемограми відповідає нижній межі вікової норми (реакція тренування) або спостерігається лімфопенія (стрес). Контроль за станом адаптаційних процесів необхідно здійснювати за допомогою повторної гемограми через 3-10 днів від початку лікування та після його закінчення.

**Список наукових праць, опублікованих з теми дисертації**

1. Стан адаптаційних реакцій у дітей із гастродоуденальною патологією. / О. В. Тяжка, Н. В. Подгорна, Л. В. Бондаренко [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. - №1. – С. 20-23. (Зібрала і систематизувала матеріал, проаналізувала результати дослідження, підготувала статтю до друку).

2. Подгорна Н. В. Характеристика адаптаційних процесів та їх корекція у дітей із гастродуоденальною патологією / Н. В. Подгорна // Современная педиатрия. – 2008. - №5. – С. 117-121.

3. Адаптаційні процеси та методи їх корекції у дітей : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Сучасні наукові досягнення - 2008»], (Миколаїв, 29-30 жовтн. 2008 р.) / М-во освіти і науки, Нац. ун-т кораблебуд.ім. адмірала Макарова. − Миколаїв : Нац.ун-т кораблебуд., 2008. - С. 91-96.

4. Подгорна Н. В. Оптимізація лікування дітей, хворих на гастродуоденальну патологією. / Н..В. Подгорна, О. В. Тяжка, О. В. Родичева // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. - №1. – С. 8-11. (Здобувачем особисто проведено дослідження та аналіз отриманих даних, підготовлена стаття до друку).

5. Особливості адаптаційних процесів у дітей із гастродуоденальною патологією : матеріали VI Конгр. педіатрів. України [«Актуальні проблеми педіатрії − 2009»], (Київ, 14-16 жовт., 2009) / МОЗ України, Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця // Педіатрія, акушерство та гінекологія. − 2009. − № 5. − С.79.

**Анотація**

Подгорна Н.В. Особливості адаптаційних реакцій у дітей з гастродоуденальною патологією. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 12.01.10 – педіатрія. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2009.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності лікування дітей з гастродуоденальною патологією шляхом включення до комплексної терапії індивідуалізованого призначення неспецифічних адаптогенів на основі вивчення особливостей загальних неспецифічних адаптаційних процесів.

Встановлені особливості клінічного перебігу гастродуоденальної патології у дітей в залежності від віку, ступеню інфікування Н. рylori, морфо-функціонального стану шлунка, наявності у дітей супутніх алергічних захворювань. За результатами цитологічного обстеження слизової оболонки антрального відділу шлунка показана присутність в шлунку дітей, поряд із Н. pylori, різноманітної коково-бацилярної та грибкової флори при збереженні секретоутворюючої та кислотоутворючої здатності шлунка. Доведено наявність зв’язку між ступенем бактеріального ураження слизової оболонки шлунка і морфологічною формою гастриту: найбільш рясне коково-бацилярне та Н. pylori обсіменіння виявлено у пацієнтів із гіпертрофічним гастритом.

Вивчені загальні неспецифічні адаптаційні реакції у дітей із гастродуоденальною патологією та проведений аналіз цих реакцій. Встановлено, що у більшості дітей, які мали прояви функціональної диспепсії (61,3%), зберігалась фізіологічна для дитячого віку реакція активації. Характерною особливістю адаптаційних процесів у дітей із хронічним гастритом/дуоденітом виявився низький рівень реактивності (у 74% дітей).

На тлі проведення комплексного лікування встановлено погіршення адаптаційних процесів у 51,4% дітей. Проведення ерадикаційної терапії (потрійна схема) дітям-носіям Н. рylori супроводжувалось погіршенням процесів адаптації - питома вага несприятливих адаптаційних реакцій у цих дітей зросла від 28% до 60%. Призначення препаратів активаційної терапії (метилурацилу або екстракту елеутерокока) в комплексі із препаратами базової терапії у дітей із первинно низьким рівнем адаптаційних процесів ( реакції стресу, тренування) призводило до підвищення типу адаптаційної реакції більше, ніж у половини обстежених дітей (53,9%). В той же час призначення даних препаратів дітям із первинно високим відсотковим вмістом лімфоцитів в гемограмі (реакція активації) у 15,4% дітей призводило до переходу в патологічний тип адаптаційних реакцій – переактивацію, ще у 7,7% дітей ми спостерігали перехід адаптаційних процесів в стрес.

Ключові слова: діти, функціональна диспепсія, хронічний гастродуоденіт, загальні неспецифічні адаптаційні реакції.

**Аннотация**

Подгорная Н.В. Особенности адаптационных реакций у детей с гастродуоденальной патологией. - Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 12.01.10 – педиатрия. Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца МОЗ Украины, Киев, 2009.

Диссертация посвящена повышению эффективности лечения детей с гастродуоденальной патологией путем включения в комплексную терапию индивидуального назначения неспецифических адаптогенов на основании изучения особенностей общих неспецифических адаптационных процессов.

Были установлены особенности клинического течения гастродуоденальной патологии у детей в зависимости от возраста, степени инфицирования Н. рylori, морфо-функционального состояния желудка, наличия у детей сопутствующих аллергических заболеваний. По результатам цитологического обследования слизистой оболочки антрального отдела желудка детей с гастродуоденальной патологией показано присутствие, наряду с Н. pylori, разнообразной кокково-бациллярной и грибковой флоры на фоне сохраненной кислотообразующей функции желудка. Доказано наличие связи между степенью бактериального обсеменения слизистой оболочки желудка и морфологической формой гастрита: наиболее обильное кокково-бациллярное и Н. pylori обсеменение выявлено у пациентов с гипертрофической формой гастрита.

Определены общие неспецифические адаптационные реакции и проведен анализ этих реакций у детей с функциональным и воспалительным характером поражения органов гастродуоденальной зоны, в том числе и у детей с аллергическими заболеваниями. Установлено, что у большинства детей, которые имели проявления функциональной диспепсии (61,3%) сохранялась физиологическая для детского возраста реакция активации, но мы наблюдали снижение уровня реактивности: 40% детей имели средний уровень реактивности и 54,4% - низкий. Хронический гастрит/дуоденит у 58% детей протекал на фоне нарушений процессов адаптации: реакций тренировки (34%), переактивации (10%) и стресса (14%) и характеризовался низким уровнем реактивности у 74% детей.

Увеличение длительности заболевания хроническим гастритом/дуоденитом коррелировало со снижением адаптационых возможностей организма ребенка. После 3 лет болезни у 93,4% детей были обнаружены процессы дезадаптации – реакция тренировки (66,7%), переактивация (6,7%) и стресс (20%), а также 86,7% детей имели низкий уровень реактивности. У детей с гипертрофическим характером поражения слизистой оболочки желудка и/или 12-перстной кишки мы выявили наибольшее количество детей (81,2%) с нарушением адаптационных процессов.

На фоне проведения медикаментозного лечения выявлено ухудшение адаптационных процессов у 51,4% детей, улучшение адаптации у 17,2% детей, у 31,4% пациентов назначение медикаментозного лечения не повлияло на адаптационные реакции. Проведение эрадикационной терапии (тройная схема) детям-носителям Н. рylori сопровождалось ухудшением процессов адаптации – удельный вес неблагоприятных адаптационных реакций у этих детей вырос с 28% до 60%.

Применение препаратов активационной терапии на примере метилурацила и экстракта элеутерококка в возрастных дозировках наряду с препаратами базисной терапии у 53,9% детей с первично низким уровнем адаптационных процессов (реакцией стресса, тренировки) приводило к восстановлению физиологических адаптационных процессов. Назначение данных препаратов детям с первично высоким процентным содержанием лимфоцитов в периферической крови (реакция активации) у 15,4% детей привело к переходу в патологический тип адаптационных реакций - переактивацию, а еще у 7,7% детей мы отмечали переход адаптационных процессов в стресс.

Ключевые слова: дети, функциональная диспепсия, хронический гастродуоденит, общие неспецифические адаптационные реакции.

**annotation**

Podgorna N.V. The peculiarities of adaptation reactions of the children with gastro-duodenal pathology. – The manuscript.

The dissertation on receipt for scientific degree of candidate of medical sciences on speciality 14.01.10 – pediatrics. - The O.O. Bogomolets National Medical University, Kiev, 2009.

The dissertation is devoted to therapy efficiency increasing for children with gastro-duodenal pathology by including nonspecific adaptogens into the basic therapy on the ground of general nonspecific adaptation reactions investigation.

The peculiarities of clinical manifestation gastrodudenal pathlogy of children depending on age, Н. рylori contamination, morpho-functional status of stomach, accompanying allergy diseases were found out. A lot of the deferent coccis, bacillis and fungi accompanied by Н. рylori, were fond while cytological examination of stomach mucous membrane, however normal gastric acid production preserved. Correlation between microorganism contamination of stomach mucous membrane and morphological variant of gastritis were proved: the most of the microorganism contamination were found on patients with hypertrophic gastritis.

The general nonspecific adaptation body reactions of children with gastro-duodenal pathology were studied and analyzed. The most of the children with functional dyspepsia (61,3%) had normal physiological reaction of activation. The main peculiarities of adaptation processes of 74% children with chronic gastritis/duodenitis were low reactivity levels. Complex treatment of children with gastroduodenal pathology deteriorated the adaptation non-specific processes in 51,4% patients in comparison with the previous adaptation reactions. Eradicative therapy (triple therapy) deteriorated adaptation reactions too: the number of children with adaptation disorders increased from 28% to 60%. Activation therapy (methyluracil or extract eleuterococci) composed with the basic therapy resulted in adaptation reactions improvement of 53,9% children with previous low level of adaptation reactions (stress, training reaction). However, this therapy prescribed for children with previous high quantity of limphocyties in blood (reaction of activation) induced deteriorating processes of adaptation of 15,4% children.

Key words: general nonspecific adaptation body reactions, reaction activation, gastritis, duodenitis, children.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВВТК – верхні відділи травного каналу

ДГР – дуоденогастральний рефлюкс

ДЖВШ – дискінезія жовчевивідних шляхів

рН – концентрація іонів водню

СОШ – слизова оболонка шлунка

УЗД – ультразвукове дослідження

ФГДС – фіброгастродуоденоскопія

ФД – функціональна диспепсія

ХГ – хронічний гастрит

ХГД – хронічний гастродуоденіт

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

Н. pylori. – Helicobacter pylori

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>