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

ДУ «Iнститут педiатрiї, акушерства І гiнекологiї

Академії Медичних наук України»

**ІГНАТКО ЛЮДМИЛА ВАСИЛІВНА**

УДК 616. 33/. 342-085-053. 2:616-08-0. 39. 71

**КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРІОДУ РЕМІСІЇ ХРОНІЧНИХ ГАСТРИТІВ І ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЇХ РЕЦИДИВІВ**

14. 01. 10 – педіатрія

Автореферат

на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2008

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на кафедрі охорони материнства та дитинства факультету післядипломної освіти державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» Міністерства освіти і науки України

**Наукові керівники:** доктор медичних наук, ст.науковий спіробітник

**Шадрін Олег Геннадійович,**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України»(м.Київ), завідувач відділенням проблем харчування

та соматичних захворювань дітей раннього віку

доктор медичних наук, професор

**Задорожна Тамара Данилівна**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України»(м.Київ), завідуюча лабораторією патоморфології

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

**Крючко Тетяна Олександрівна**

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія

завідуюча кафедри госпітальної педіатрії

та дитячих інфекційних хвороб

доктор медичних наук, професор,

**Марушко** **Юрій Володимирович**

Національний медичний університет

ім.акад. О.О.Богомольця МОЗ України (м.Київ),

завідувач кафедри педіатрії №3

Захист дисертації відбудеться «12» лютого 2008 року о 13.00 годині

на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.553.01 по захисту дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора наук за спеціальностями «Педіатрія», «Акушерство та гінекологія» при ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» (04050 м. Київ, вул. Мануїльського, 8).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Iнститут педiатрiї, акушерства і гiнекологiї АМН України» (04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 8)

Автореферат розісланий “10” січня 2008 року

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Л. В. Квашніна

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Ураження органів травлення займають провідне місце в структурі дитячої соматичної захворюваності в усьому світі, в тому числі й у високорозвинених країнах. На Україні вони посідають друге місце і складають 106,1 на 1000 (Ю.В.Бєлоусов, 2003). За даними різних дослідників (В.Г.Майданник, 2004, О.Д. Мороз, 2004) біля 33-40% пацієнтів, що звертаються до гастроентеролога, мають абдомінальний синдром, пов’язаний з органічними ураженнями гастродуоденальної зони, серед яких найчастіше (49,1%) зустрічаються хронічний гастрит (ХГ) та гастродуоденіт (ХГД) (М.Ф.Денисова, 2005). Щорічно на Україні реєструється близько 50 тисяч дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт, та 1 тисячі дітей, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (Ю.В.Бєлоусов, 2004). У 70% дітей патологія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту починається ще в дошкільному віці, а діагностується пізніше (Т.О.Крючко, 2005).

В останні роки в дитячій гастроентерології особливого значення надається питанням розробки методів профілактики загострень ХГ та ХГД, оскільки це може бути засобом попередження ускладнень та прогресування деструктивних захворювань у подальшому. Дослідження, виконані у дорослих, свідчать про певну залежність морфологічних змін при ХГ і ХГД від етіологічних чинників та загальну тенденцію запального процесу до атрофії епітеліальних клітин. У дітей, з їх фізіологічно високими темпами регенерації слизової оболонки та віковими особливостями будови, морфологічні зміни вивчені ще недостатньо, а опубліковані роботи стосуються переважно періоду загострення захворювань і трактуються неоднозначно (С.Л.Няньковський, 2005, О.С.Івахненко, 2005; Ю.Б.Чайковський, Г.В.Салтикова, 2004). Знання морфологічних особливостей перебігу періоду репарації можуть суттєво вплинути на оптимізацію вторинної профілактики хронічних гастритів та гастродуоденітів.

Проблема ХГ та ХГД у дітей, як складової частини захворювань травного каналу, набуває особливої актуальності ще і у в зв’язку з відсутністю єдиних терапевтичних підходів до цієї патології. Зважаючи на погіршення екологічної ситуації довкілля та високий рівень розповсюдженості хронічних захворювань органів травлення у дитячій гастроентерології перевагу надають природним засобам лікування. Саме тому обґрунтоване використання питних мінеральних, переважно гідрокарбонатно-натрієвих вод (В.М.Степаненко,2000, О.В.Русановська, 2003, І.С.Сміян, 2006). При ХГ та ХГД у дорослих останнім часом доведена висока ефективність та безпечність застосування слабосульфідних мінеральних вод (О.А.Дуло, А.П. Ротаєнко, М.В.Швардак, 2006). Однак у дітей методики їх вживання ще не розроблені, не визначено і їх місце серед комплексу лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів. Вивчення бальнеотерапевтичних властивостей однієї з найбільш розповсюджених мінеральних вод (МВ) цього типу, її вплив на перебіг захворювань гастродуоденальної зони у дітей, в тому числі на шлункову секрецію, інфікованість Helicobacter рylori (HР), процеси репарації слизової оболонки (СО) шлунку сприятиме підвищенню ефективності лікувально-профілактичних заходів і, як наслідок, суттєво впливати на показники гастроентерологічної захворюваності.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана в межах наукової програми факультету післядипломної підготовки лікарів Ужгородського національного університету: "Вивчення структурно-функціональних основ та механізмів компенсаторних реакцій гастродуоденальної системи серед населення Закарпаття в цілому та в окремих популяціях, а також при ішемічній хворобі серця" (№ держреєстраціі 0196U003256).

**Мета дослідження::** Підвищити ефективність профілактики рецидивів хронічних гастритів та гастродуоденітів у дітей шляхом вивчення особливостей клініко-морфологічного перебігу та удосконалення комплексу лікувально-оздоровчих заходів із застосуванням маломінералізованої слабосульфідної води джерела „Синяк”.

**Задачі дослідження:**

1. Вивчити клініко-параклінічні особливості перебігу періоду неповної та повної клінічної ремісії у дітей з хронічними гастирами та гастродуоденітами в залежності від інфікованості Heliсobaсter pуlori та функціонального стану шлунку.

2. Дослідити морфологічні особливості шлунку у НР-позитивних та НР-негативних дітей з ХГ та ХГД у періоді неповної клінічної ремісії.

3. Визначити морфологічний стан та темпи репарації слизової оболонки шлунку у дітей з ХГ та ХГД при різних формах захворювання.

4. В умовах клініко-фізіологічних досліджень у дітей з гастродуоденальною патологією провести оцінку одноразової дії слабосульфідної води на функціональний стан шлунку та обґрунтувати основні принципи методики її питного застосування.

5. Розробити схему застосування сульфідної бальнеотерапії на постгоспітальному етапі та вивчити ефективність удосконалених профілактичних заходів.

**Об’єкт дослідження:** хронічний гастрит та гастродуоденіт у дітей .

**Предмет дослідження:** морфофункціональний стану шлунку та дванадцятипалої кишки в періоді неповної клінічної ремісії, клінічні особливості перебігу захворювань, слабосульфідна маломінералізована води у вторинній профілактиці.

**Наукова новизна отриманих результатів:**

Вперше вивчено перебіг періоду неповної та повної клінічної ремісії ХГ та ХГД у дітей в залежності від клініко-ендоскопічної форми захворювання, інфікування НР та залежність деструктивних варіантів патології від віку.

Вперше наведена оцінка морфо-функціонального стану шлунку у дітей в періоді неповної клінічної ремісії, який характеризується порушенням кислотопродукції, кислотонейтралізуючої функції шлунку, збереженням запальної інфільтрації та дистрофічно-альтеративних змін епітелію та власної пластини слизової оболонки шлунку, ступінь та інтенсивність яких залежить від клініко-ендоскопічної форми захворювання.

Доведено, що клініко-морфологічні форми ХГ та ХГД у дітей є фазами єдиного процесу, морфогенез яких характеризується поступовим наростанням дистрофічних і некробіотичних змін, прогресуючим склерозом та гіпотрофією епітелію.

Вперше на основі клініко-фізіологічних досліджень одноразової дії слабосульфідної маломінералізованої води на функціональний стан шлунку розроблена методика її питного застосування.

Удосконалена система вторинної профілактики загострень ХГ та ХГД у дітей шляхом включення питного використання слабосульфідної маломінералізованої води в реабілітаційний курс, ефективність якого підтверджена позитивною динамікою клінічних проявів хвороби, покращенням кислотопродукції та кислотонейтралізації, зменшенням запальних та дистрофічних змін у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки, зниженням рівня антитіл до НР. Вперше в педіатричній практиці обгрунтована доцільність питного використання слабосульфідної мінеральної води при лікуванні ХГ та ХГД за запропонованою методикою.

**Практичне значення одержаних результатів.**

При довготривалому збереженні симптомів неповної клінічної ремісії (періодичного абдомінального болю або диспептичних розладів) обґрунтована необхідність проведення ендоскопічного дослідження у дітей для діагностики прогресування або відсутності дистрофічних змін слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки для визначення необхідності подальшого диференційованого застосування заходів профілактики загострень захворювань і прогресування більш важких деструктивних форм ХГД.

Розроблена методика питного застосування слабосульфідної маломінералізованої води у дітей з ХГ та ХГД.

**Впровадження результатів досліджень в практику**. Результати досліджень впроваджені у практику діагностичного відділення Ужгородської міської дитячої клінічної лікарні, дитячого відділення відділкової клінічної лікарні станції „Ужгород”, обласної дитячої лікарні м. Мукачево, санаторію „Синяк”, а також використовуються в лікувально-профілактичній діяльності лікарів поліклініки ОКЛ, лабораторії імуноферментної діагностики Закарпатської області. Матеріали дисертації застосовуються в лекційному курсі та на практичних заняттях співробітниками кафедр факультету післядипломної підготовки лікарів Ужгородського національного університету, на внутрі- та міжсанаторних заняттях об’єднання „Закарпаткурорт”.

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно відібрана і проаналізована наукова література за темою дисертації, зроблено вибір напрямку, обсягу та методів дослідження, визначена мета і сформульовані завдання. Самостійно проведено клініко-анамнестичне обстеження дітей. Розроблена карта первинної документації, анкета для опитування гастроентерологічних хворих, котрі поступали на санаторне лікування.

Автором особисто проведена статистична обробка результатів, проаналізовані отримані дані і зроблені науково-практичні висновки, написані та оформлені всі розділи дисертації, розроблені практичні рекомендації, підготовлені наукові матеріали до друку, виступи.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали дисертації доповідались та обговорювались: на міжнародній науково-практичній конференції „Проблеми післядипломної освіти у класичному університеті України та актуальні питання сімейної медицини” (м. Ужгород, 18-20 вересня 2001 р. ), ювілейній підсумковій науковій конференції студентів і молодих вчених ОдМУ (м. Одеса, 20-21 квітня 2000 р.), міжнародній науково-практичній конференції „Первинна медико-санітарна допомога та страхова медицина” (м. Ужгород, 2002), на підсумкових науково-практичних конференціях професорсько-викладацького складу Ужгородського національного університету протягом 2000 - 2007 років, науково-практичній конференції „Медико-соціальні проблеми дитячого віку” (м. Тернопіль, 2007).

**Публікації.** За результатами дослідження опубліковано 8 наукових праць, з них 6 статeй у журналах, 2 - тези доповідей наукових конференцій.

**Обсяг і структура дисертації**. Робота викладена на 173 сторінках тексту і включає: вступ, огляд літератури, чотири розділи власних досліджень, аналіз та узагальнення результатів досліджень, висновки, практичні рекомендації. Роботу ілюстровано 34 таблицями, 15 рисунками. Перелік літературних джерел налічує 234 найменуваннь, що займає 23 сторінки.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали і методи дослідження**.

Для вирішення поставлених завдань було проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 166 дітей на базі санаторію „Синяк” в Закарпатській області та відділенні патоморфології ДУ «Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України». Серед обстежених хворих віком від 8 до 16 років було 124 дитини з хронічною патологією гастродуоденальної зони та 42 практично здорових дітей. Перед вступом до санаторію всі діти пройшли повне клініко – інструментальне обстеження в стаціонарних умовах.

На підставі даних анкетування, поглибленого огляду дітей при поступленні до санаторію „Синяк” та проведеного клініко-інструментального обстеження було сформовано 2 групи дітей. Основну групу складали 78 дітей із ХГ та ХГД, інфікованими НР-інфекцією, групу порівняння становили 46 дітей з клініко-ендоскопічними ознаками ХГ та ХГД, які не були інфіковані НР-інфекцією.

Критеріями постановки діагнозу служили клініко-анамнестичні дані, результати фізикального обстеження, а також дані лабораторно-інструментальних методів дослідження, в тому числі фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС), яка проводилась за згодою батьків, за допомогою фіброгастроскопа фірми „Olympus”(Японія). В процесі ФЕГДС встановлювалися морфологічні зміни слизової оболонки гастродуоденальної зони (згідно вимог ендоскопічного розділу Сіднейської класифікації гастритів 1990 р.), а також здійснювалась прицільна біопсія з ділянок середньої третини передньої стінки тіла та антрального відділів шлунку для створення мазків-відбитків біоптатів за методикою Л.І.Аруїна (1993) із фарбуванням за Грамом та Романовським-Гімзе з подальшою їх бактеріоскопією і цитологічним дослідженням мазків. Парафінові зрізи гастробіоптатів забарвлювали гематоксилін-еозином та пікрофуксином за Ван-Гізоном.

Гістологічна оцінка та встановлення інфікованості НР проводилась на основі дослідження біоптатів слизової оболонки шлунку (бактеріоскопії мазків відбитків біоптатів) з оцінкою ступеню засіву мікроорганізмами. Кількісна оцінка обсіменіння слизової оболонки шлунку проводилась за 3-ма ступенями: І ступінь – до 20 мікробних тіл у полі зору, ІІ ступінь- від 21 до 50, ІІІ ступінь – понад 50 мікробних тіл у полі зору. В процесі дослідження ознаки запалення оцінювались по вираженості інфільтрації власної пластини лімфоцитами та плазмоцитами (лімфоїдно-плазматична інфільтрація), що вказує на хронізацію процесу.

Для експрес діагностики НР проводились імуноферментні дослідження на предмет наявності та визначення титру специфічних антигелікобактерних IgG з використанням тест-системи „ImmunoComb ІІ” (Ізраїль), для контролю за віддаленими результатами ерадикаційної терапії проводився річний моніторинг антигелікобактерних IgG. Зниження рівнів антигелікобактерних антитіл на 50% від вихідного рівня вважали достовірним критерієм елімінації бактерій при динамічному спостереженні за рівнем специфічних IgG протягом року (A. Fradkin et al., 1997; G.Oderda et al., 1998; П.О. Колесник, 2002).

Для вивчення механізму одноразової дії маломінералізованої слабосульфідної води та визначення оптимального режиму її прийому, проведена оцінка ефектів різних доз мінеральної води (МВ) на функціональний стан шлунку у дітей з різним вихідним станом кислотоутворюючої функції шлунку з використанням інтрагастральної двохканальної рН-метрії, в базальний період секреції та після прийому мінеральної води у 59 дітей. Використання даного методу в дорослій гастроентерології, запропонованого Смирновим-Каменським Е.А., за останні роки одержало визнання, як найбільш доступного і об’єктивного при вивченні механізму дії МВ та обґрунтування методик їх застосування.

Мінеральна вода призначалась за загальноприйнятими схемами (І.С.Сміян, 1999) у дозі 1 та 3 мл/кг. Для оцінки впливу МВ використовували межі коливань базального рН, тривалість (хв.) та глибину (рН) олужнення, відсоток відновлення нейтралізації та кислотного поштовху, час максимальної секреції (хв.).

Для визначення терапевтичної ефективності курсового лікування діти були розділені на групи: 35 хворих, котрі отримували у курсовому лікуванні базову терапію та слабосульфідну мінеральну воду, із них -20 дітей, котрі мали ХГ або ХГД, НР-позитивний склали І групу; 15 дітей, НР-негативних - ІІ групу. Групами порівняння були 37 хворих, які отримували тільки базову терапію (ІІІ група-18 дітей, НР-позитивні; та ІV група- 19 дітей, НР-негативні). Усі діти проходили курс лікування за єдиною базовою програмою, яка охоплювала щадний режим або ЛФК, лікувальне харчування, вітамінні препарати. Дітям першої та другої групи в комплекс базової програми лікування призначалась вода за розробленою методикою, представленою на рис. 1.

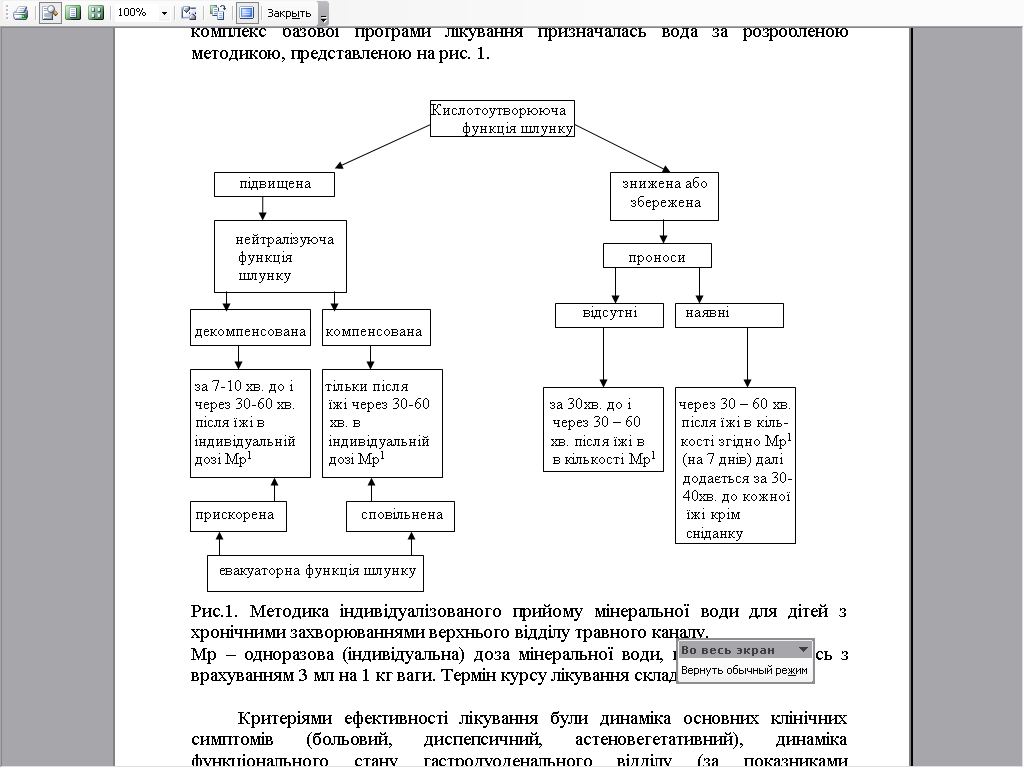


Рис.1. Методика індивідуалізованого прийому мінеральної води для дітей з хронічними захворюваннями верхнього відділу травного каналу.

Мр – одноразова (індивідуальна) доза мінеральної води, котра призначалась з врахуванням 3 мл на 1 кг ваги. Термін курсу лікування складав 14 днів.

Критеріями ефективності лікування були динаміка основних клінічних симптомів (больовий, диспепсичний, астеновегетативний), динаміка функціонального стану гастродуоденального відділу (за показниками кислотоутворюючої та кислотонейтралізуючої функції шлунка), відновлення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки (за даними цитологічного та гістологічного досліджень). Катамнестичні спостереження проводились протягом року після проведеного лікування.

Статистичну обробку даних здійснювали з використанням персонального комп’ютера IBM PT/АТ та програмного пакету Quatro Pro для Windows (Borland International, (1995), версія 5,0). Рівень вірогідності усіх цифрових показників (р) визначався за допомогою параметричного критерію t Стьюдента (Н.С.Мисюк, А.С.Мастыкин, Г.П.Кузнецов, 1975).

Для оцінки різниць відносних величин застосовували непараметричний критерій кутового перетворення (q) Фішера.

**Результати особистих досліджень та їх обговорення.**

Згідно з отриманими результатами, на ХГ та ХГД переважно хворіють діти від 11-13 та 14-16 років. У віці від 11 до 13 років переважали дівчатка, що можливо пов’язано з віковими особливостями у них препубертатного та пубертатного періодів, котрий характеризується ростовим скачком із притаманною йому деякою дисгармонією та нестійкістю вегетативної регуляції. У хлопчиків дані процеси виникають на 1-2 роки пізніше, що зумовлює зростання кількості захворювань у хлопчиків у віці від 14 до 16 років.

Серед хворих з ХГ та ХГД переважали діти з тривалістю анамнезу більше трьох років, і чим більш виражені деструктивні зміни, тим довготриваліший анамнез захворювання. Кількість загострень у році в середньому складало 2-3 рази на рік. Основними причинами загострень достовірно частіше були порушення якості та кількості їжі, потім загострення супутніх гастроентерологічних захворювань. У 36,3% випадків причину виникнення загострення, за даними анкетування, виявити не вдалось.

Встановлено, що достовірно частіше у основній групі (84,6%) присутній обтяжений сімейний анамнез щодо наявності захворювань органів травлення (в групі порівняння - 47,8%), (p<0,05). Ці дані можна пояснити можливою сімейною інфікованістю НР.

Згідно з даними проведеного анкетування, перебіг періоду загострення у всіх дітей характеризувався наявністю больового, диспепсичного та астеновегетативного синдромів і супроводжувався загостренням супутньої гастроентерологічної патології. Дані клінічного обстеження свідчать про переважання у дітей поєднаної патології шлунково-кишкового каналу. Найчастіше, у третини дітей - 33,1% (41 дитина), відмічалось супутнє ураження гепатобіліарної системи – причому у групі НР-позитивних дітей кількість хронічних холецистохолангітів та дискінезій жовчного міхура зустрічається достовірно частіше (р<0,05). Отримані результати досліджень співпадають з роботами С.С.Казак (2003р), Ю.В.Бєлоусова (2003р.) щодо залучення до патологічного процесу у дітей з ураженням гастродуоденальної зони суміжних органів травлення та виникнення поліорганних уражень.

Методом анкетування виявлено, що із 124 обстежених дітей, при поступленні на санаторне лікування тільки 45 дітей (36, 3%) не пред’являли скарг, що дозволило константувати в них період повної клінічної ремісії захворювання Більше половини дітей скаржилась на періодичний абдомінальний біль або диспептичні явища поряд з проявами астеновегетативного синдрому. Вищевказані синдроми спостерігались ізольовано один від одного, хоча у 23 дітей (29%) больовий або диспептичний синдроми спостерігались у комбінації з астеновегетативним. Наявність певної симптоматики, при відсутності її систематичності та характерних для ХГ та ХГД об’єктивних ознак, згідно з класифікацією А.В.Мазуріна (1984рік), розцінювалось як період неповної ремісії захворювання, але тривалість його була значно більша, ніж у вищенаведеній класифікації.

На сьогоднішній день більшість науковців розглядають інфекційний фактор як специфічний фактор у формуванні ХГ та ХГД. У групі НР-позитивних дітей проведений аналіз перебігу захворювань показав достовірне переважання (більше, ніж у 3 рази) кількості дітей з тривалістю анамнезу більше трьох років (48,7%), у порівнянні з кількістю дітей з тривалістю захворювання до одного року 15,3% (р<0,05).

Серед дітей з тривалістю захворювання від 1 до 3 років, в порівнянні з дітьми, котрі хворіють до одного року, кількість інфікованих НР дітей майже у 2,3 рази більше. Серед дітей з більш тривалим перебігом захворювання - більше трьох років, кількість інфікованих збільшується в 3,2 рази (відповідно 3,5% та 55,8%, р<0,05). Дана тенденція чітко визначалась у дітей з хронічним поверхневим, ерозивним гастродуоденітом та гіпертрофічним гастритом.

При аналізі клінічної симптоматики в періоді неповної клінічної ремісії в залежності від інфікування НР достовірно частіше виявлено збереження больового абдомінального синдрому у основній групі (р<0,05). Період неповної клінічної ремісії взагалі характеризується збереженням больового абдомінального синдрому при всіх формах захворювань, від 9,1% при поверхневому антральному гастриті до 42,9% при ерозивному гастродуоденіті.

Кількість дітей з диспепсичним синдромом у періоді неповної клінічної ремісії в групі НР-позитивних хворих була майже у два рази більша, ніж у групі НР-негативних. В цьому періоді зберігались диспептичні явища при всіх формах ХГ ТА ХГД. З найменшою частотою вони зустрічались при поверхневому антральному гастриті (18,2%), а найчастіше при поверхневому та ерозивному гастродуоденітах (відповідно 37,1 – 57,1%). В основному діти скаржились на зниження апетиту, відбиття повітрям та їжею, порушення випорожнень, переважно у вигляді закрепів. Ці скарги свідчать про сповільнену евакуаторну функцію шлунково-кишкового тракту, порушення відтоку жовчі та секрету підшлункової залози в дуоденум, що порушує процеси травлення та проходження хімусу по травному каналу. В результаті вищевказаних процесів, на нашу думку, посилюється всмоктування в кров неперетравлених залишків їжі, що викликає явища ендогенної інтоксикації, котрі проявляються симптомами астеновегетативного синдрому. Характерним є довготривале збереження астеновегетативного синдрому після загострення захворювання як у НР-позитивних, так і у НР-негативних дітей (відповідно 33,3% та 39,1%).

Аналізуючи перебіг періоду ремісії ХГ та ХГД виявлено, що він залежить як від інфікованості дітей НР, так і від якості проведеної ерадикаційної терапії. Так, у НР-позитивних дітей, котрі пройшли антигелікобактерну терапію за стандартною схемою, рецидив захворювання через 3 місяці виникав у 2,3% випадків, а у дітей, котрі отримали лікування антисекреторними препаратами в поєднанні з антибіотиком або препаратами вісмуту, цей процент практично у 10 разів більший – 28,6% (р<0,05). Кількість загострень через 6 місяців після проведеної антигелікобактерної терапії складав 11,6%, а в групі дітей, котрі не отримали рекомендованого маастрихтською угодою лікування – 34,3% (р<0,05).

В групі НР-негативних, на відміну від НР-позитивних дітей, достовірно частіше рецидиви захворювання виникали в більш пізні терміни - в період між 3 та 6 місяцями після лікування – 45,6% (p<0,05), а через 12 місяців ще у 19,6% випадків. Досить значна і практично однакова загальна кількість рецидивів захворювань як серед НР-позитивних, так і серед НР-негативних хворих, незважаючи на проведену терапію, свідчать про наявність у них загальних ланок патогенезу захворювання і доводить доцільність пошуку патогенетично обґрунтованих методів лікування найбільш поширеної гастроентерологічної патології.

Виявлено, що з віком у дітей зростає кількість більш важких деструктивних форм: якщо в 8-10 років переважає кількість поверхневого антрального гаститу, то у старшому шкільному віці збільшується кількість дифузного та ерозивного гастродуоденітів. Згідно з даними наших обстежень, спостерігалась тенденція до збільшення частоти НР-асоційованих ХГ та ХГД з віком дитини.

За даними результатів досліджень базальної кислотності у дітей з ХГ та ХГД у фазі неповної клінічної ремісії, у кожного третього хворого відмічалось підвищення рівня кислотопродукції (34,6%) та у 65,4% виявлено її нормальні показники.

Проведені дослідження рН шлункового соку показали, що не дивлячись на відсутність періоду загострення, у 15,4% дітей відмічалась декомпенсована кислотонейтралізація і ще у 28% вона субкомпенсована і тільки у 56,4% зберігалась компенсована кислотонейтралізація. Це свідчить про потенціальну нестабільність та значну групу ризику по виникненню розвитку загострення захворювання.

В сучасній гастроентерології поняття хронічий гастрит та гастродуоденіт трактуються як клініко-морфологічні. „Золотим стандартом” у діагностиці хронічних захворювань ВВТК є морфологічне дослідження. Але клініко-ендоскопічні та морфологічні співставлення у частині випадків виявляють невідповідність не тільки за критеріями наявності чи відсутності ХГ або ХГД, але і за характером пошкодження слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки. Слід відмітити, що за даними літератури при діагностиці хронічних гастритів та гастродуоденітів можуть спостерігатись розходження клінічного, ендоскопічного та морфологічного діагнозу, котрі досягають від 10 до 20%.

За даними фіброезофагогастродуоденоскопії структура захворювань у обстежених дітей була представлена поверхневим антральним гастритом - 21 дитина (16,9%), поверхневим дифузним гастритом – 24 (19,4 %), поверхневим гастродуоденітом - 54 дитини (43,5%), гіпертрофічним гастритом – 15 дітей (12,2%), ерозивним гастрдуоденітом – 10 дітей ( 8,1%), тобто найбільш частою клініко-ендоскопічною формою у дітей є хронічний поверхневий гастродуоденіт, що може бути пов’язано з анатомо-фізіологічними особливостями гастродуоденальної зони у дітей (особливостями кровопостачання, закладки у ембріональному періоді, рихлістю тканин, тощо).

Таким чином, після лікування загострення у певної частини дітей зберігались періодичні абдомінальні болі, розлади моторики шлунково-кишкового каналу, що суттєво впливало на якість життя дітей, викликало неспокій у батьків і диктувало необхідність проведення їм повторної ФЕГДС. Для визначення характеру пошкодження слизової оболонки шлунку в періоді неповної клінічної ремісії, за наявності вищевказаних скарг або за наполяганням батьків було проведено ендоскопічне та морфологічне дослідження у 79 дітей. При аналізі проведених досліджень, не дивлячись на відсутність клінічного загострення, морфологічна картина у більшості хворих характеризувалась наявністю хронічних запальних та дистрофічних змін. В цілому ендоскопічні зміни відмічались ізольовано у антральному відділі у 13 дітей, у 36 хворих зміни були як у антральному так і у пілоричному відділах шлунку. Незмінена слизова оболонка виявлялась у 30 дітей (37,9%), незалежно від етіології ХГ або ХГД, хоча ці діти періодично пред’являли скарги на періодичні абдомінальні болі та диспепсичні явища.

За допомогою гістологічного дослідження була проведена оцінка ступеню запалення, активності гастриту та розвитку дистрофічно-альтеративних змін при різних формах ХГ та ХГД.

Згідно з отриманими даними, виражених запальних змін на етапах реабілітації не було, запальні зміни зберігались на рівні слабких та помірних (табл.1). Істотно частіше слабкі запальні зміни зберігаються у НР-позитивних дітей (відповідно – 69,4% та 26,6%, р<0,05). В основі фовеолярного шару виявлялась лімфоїдно-плазмоцитарна інфільтрація з поодинокими макрофагами, еозинофілами, іноді сегментоядерними лейкоцитами, плазматичними клітинами, мононуклеарами. Помірні запальні зміни спостерігалась 8,2% у НР- позитивних дітей у періоді неповної ремісії тільки при поверхневому та ерозивному гастродуоденіті. Відсутність активності запального процесу спостерігалась у 22,4% НР-позитивних дітей і 66,6% НР-негативних дітей. Таким чином, на відміну від НР-негативних дітей, у НР-позитивних достовірно частіше зберігаються більш виражені прояви хронічного запального процесу в періоді неповної клініічної ремісії захворювання.

За даними морфологічного дослідження дистрофічно-альтеративні зміни поверхневого епітелію зберігались у 60,7% випадків (48 дітей). У поверхнево-ямочному епітелії виявлені дистрофічні зміни: епітелій був дещо сплощеним, іноді потовщеним, ядра епітеліоцитів мали різну форму та забарвлення. Найбільш змінені клітини розташовуються ближче до базальної мембрани, тобто визначалися серед малодиференційованих клітин. Відмічалась вакуолізація ядер, багато „оголених” ядер, спостерігались клітини з двоядерним поліморфізмом та поодинокі двоядерні клітини. Дані гістологічного обстеження виявили поряд з цим у 45,5% дітей ознаки гіпотрофічних процесів у слизовій оболонці. Так, для дітей з НР- асоційованими ХГ та ХГД в періоді ремісії характерним був у майже половині (42,9%) випадків поверхневий гастрит без гіпотрофічних проявів (неатрофічний гастрит ), у 48,9% випадків відмічається початкова або слаба гіпотрофія (І ступінь), і тільки у 8,2% випадків – помірний гіпотрофічний процес (ІІ ступінь). У групі НР-негативних дітей виявлено тільки слабкі гіпотрофічні процеси у 26,6% випадків, у інших дітей гіпотрофічних процесів не виявлено. Отже, найчастіше хронічні гастрити та гастродуоденіти були з початковими гіпотрофічними змінами і достовірно переважали над поверхевими гастритами та гастродуоденітами з помірною гіпотрофією (р<0,05).

Таблиця 1.

Характеристика вираженості запальних та гіпотрофічних процесів   
у слизовій оболонці шлунку при хронічних гастритах та гастродуоденітах   
у періоді неповної клінічної ремісії

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Клініко-ендоскопічна форма (кількість НР+/НР- дітей)** | **Запальні зміни** | | | | | | **Гіпотрофічні процеси** | | | | | |
| **% помірних (ІІст.)** | | **% слабких (Іст. )** | | **% відсутніх** | | **% помірних** | | **% слабких** | | **% відсутніх** | |
| **НР+** | **НР-** | **НР+** | **НР-** | **НР+** | **НР-** | **НР+** | **НР-** | **НР+** | **НР-** | **НР+** | **НР-** |
| Поверхневий антральний гастрит (8/5) | - | - | 75,0 | 40,0 | 25,0 | 60,0 | - | - | 12,5 | - | 97,5 | 100,0 |
| Поверхневий дифузний гастрит (11/7) |  | 14,3 | 72, 7 | 0 | 27,2 | 85,7 | - | - | 66,6 | 66,6 | 22,2 | 33,4 |
| Гіпертрофічний гастрит  (7/6) | - | - | 42,8 | 16,6 | 57,1 | 83,3 | - | - | - | - | 100 | 100 |
| Хронічний гастродуоденіт (18/8) | 16,6 | 12,5 | 77,7 | 37,5 | 5,5 | 50,0 | 12,5 | - | 62,5 | 33,3 | 25,0 | 66,6 |
| Ерозивний гастродуоденіт (5/4) | 20,0 |  | 60,0 | 50,0 | 20,0 | 50,0 | 20,0 | - | 80,0 | 25,0 | - | 75,0 |
| Всього  (49/30) | 48,2 | 6,6 | 69,4\* | 26,6 | 22,4\* | 66,6 | 8,2 | - | 48,9 | 26,6\*\* | 42,9 | 76,7 |

Примітки: \*–достовірність різниці запальних змін у порівнянні з НР-негативними формами ХГ та ХГД ( р<0,05).

\*\* – достовірність різниці наявності слабких гіпотрофічних процесів у порівнянні відсутністю у групі НР-негативних ХГ та ХГД (р<0,05).

Аналізуючи гіпотрофічні процеси при різних формах ХГ та ХГД ми виявили, що гіпотрофічні процеси відсутні у всіх випадках при гіпертрофічному гастриті і НР-негативному поверхневому антральному гастриті. А найчастіше помірні та слабкі гіпотрофічні явища відмічались у дітей з розповсюдженими формами гастритів: поверхневим дифузним гастритом, поверхневим та ерозивним гастродуоденітами. В цілому гіпотрофічні зміни СО шлунку різного ступеню достовірно частіше були відсутні у НР-негативних дітей (р<0,05).

Для НР-позитивних захворювань характерні більш глибокі враження СОШ, про що свідчать достовірно більш часті гіпотрофічні процеси при хронічних розповсюджених поверхневих та ерозивних гастродуоденітах. Так, із 23 дітей з хронічним поверхневим та ерозивним хелікобактерасоційованим гастродуоденітом 82,6% дітей мають гіпотрофічні процеси різного ступеню, а із 12 НР-негативних дітей тільки 25,0% (р<0,05). Отже, у дітей з хелікобактерасоційованими ХГ та ХГД ми спостерігали більш глибоке враження СО шлунку та дванадцятипалої кишки в порівнянні з НР-негативними захворюваннями. Явища помірної та слабкої гіпотрофії у всіх НР-позитивних дітей з ерозивними гастродуоденітами зустрічались також достовірно більш часто, ніж у НР-негативних (р<0,05). Крім того, при наявності ХГД запалення в більшості випадків - 74,3%, не обмежувалось СО цибулини, а й виявлялось на всьому протязі дванадцятипалої кишки, а при НР-негативній формі захворювання переважала обмежена форма дуоденіту - 63,6% (р<0,05).

Результати гістологічного дослідження свідчать, що морфологічна структура ХГ та ХГД в періоді неповної клінічної ремісії неоднорідна. Основу її складають неатрофічні поверхневі процеси. Атрофічних змін слизової оболонки, на відміну від дорослих, у яких, за даними літератури, хронічні процеси супроводжуються атрофією слизової оболонки, нами не виявлено.

При аналізі результатів морфологічних досліджень виявлено, що при хронічних захворюваннях гастродуоденальної зони, починаючи з поверхневого антрального гастриту і до ерозивного гастродуоденіту, зміни у слизовій оболонці шлунку характеризуються поступовим наростанням дистрофічних і некробіотичних змін, прогресуючим склерозом та гіпотрофією епітелію. Фактично форми хронічного гастриту та гастродуоденіту по суті є стадіями або фазами єдиного процесу і відображають морфогенез цієї патології. Зміни в слизовій оболонці при хронізації процесу характеризуються порушенням процесів регенерації, перш за все диференціації та дозрівання клітин.

Згідно з отриманими даними, при ХГ та ХГД запальні процеси зникають швидше, ніж дистрофічні. Проведена порівняльна цитологічна та гістологічна діагностика в цей період показала можливість використання цитологічних методів дослідження для характеристики запального інфільтрату, дистрофічних змін, що робить можливим диференційований підхід до застосування профілактичних заходів у цих дітей.

Отримані результати про перебіг періоду ремісії, клінічну та морфологічну картину ХГ та ХГД у дітей показали дуже повільну тенденцію до виздоровлення, яка не співпадає з клінічним одужанням. Особливо це стосується поверхневих та ерозивних гастродуоденітів.

Вищевказане обґрунтувало доцільність удосконалення комплексу профілактичних заходів з включенням в лікувальний комплекс мінеральної води, що має особливе значення у дитячому віці, коли є значний потенціал власних сил та пристосувальних механізмів. Оскільки у дітей період ремісії протікає найчастіше на фоні збереженої кислотоутворюючої функції шлунку, то обгрунтованим є призначення мінеральної води, котра володіє м’якою антацидною, олужнюючою дією, має рефлекторну дію на функціональний стан суміжних органів.

Результати проведеного дослідження одноразової дії різних доз та температур слабосульфідної мінеральної води, отримані нами методом внутрішлункової рН-метрії, свідчать, що олужнюючий ефект спостерігався зразу після однократного прийому теплої МВ при температуті 370С у дозі 3 мл/кг маси тіла дитини, що дозволило даний режим вважати оптимальним для прийому при гіперацидному стані (табл.2). При використанні холодної МВ (120С) у дітей спостерігався «кислотний поштовх», котрий тривав в середньому від 12,3 до 23,6 хвилин, що є ефективним при необхідності стимуляції кислотоутворення. Отже, при гіпоацидних станах ефективнм є прийом холодної (120С) мінеральної води у дозі 3 мл на 1 кг ваги.

Вивчення впливу МВ на функціональний стан шлунку показало, що її дія залежить як від вибору дози та температури МВ так і вихідного функціонального стану шлунка. Так, чим вища кислотність, тим коротші як олужнюючий ефект, так і латентний період кислотостимулюючої дії. Ці показники практично враховуються при виборі часу прийому МВ по відношенню до їжі. При підвищеній кислотоутворюючій функції шлунку з компенсованою кислотонейтралізацією ефективним є призначення теплої МВ тільки після їжі через 30-60 хв; при декомпенсованій кислотонейтралізації – за 7-10 хв до та через 30-60 хв після їжі. При збереженій кислотоутворюючій функції шлунку при наявності нестійких випорожнень найбільш ефективним є використання даного типу води через 30-60 хвилин після їжі, до нормалізації стільця, а при відсутніх проносів за 30 хв до та через 30-60 хв після їжі.

Таблиця 2

Показники рН при різних режимах прийому маломінералізованої   
слабосульфідної МВ джерела „Синяк”

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показники** | **Режим прийому** | | | |
| **Доза мінеральної води** | **Холодна, 120С**  **1мл/кг**  **(n=14)** | **Холодна 120С**  **3мл/кг**  **(n=15)** | **Тепла, 370С**  **1мл/кг**  **(n=14)** | **Тепла, 370С**  **3мл/кг**  **(n=14)** |
| Базальний рН  (межі коливань) | 1,9±0,1  (1,7-2, 8) | 2,1±0,3  (1, 9-3,0) | 1,5±0,1  (1, 0-2, 8) | 1,40±0,2  (1,2-2, 6) |
| Максимальний рівень рН | 2,8±0, 3 | 3,2±0, 1 | 3,7±0,3 | 4,4±0,6 |
| Різниця між максимальним і і базальним рН | 1,90±,2 | 1,2±0,2 | 2,4±0,2 | 3, 0±0,2 |
| Час початку відповіді, хв | 1,0±0,3 | 1,4±0,5 | 2,3±0,8 | 2,5±0,6 |
| Тривалість олужнення(хв. ) | 5,4±0,8\* | 6,8±0,4 | 17,5±0,7 | 21,3±0,2 |
| Кислотний поштовх, % | 64,3±11,3 | 78,5±11,8\* | - | 14,3±7,8 |
| Тривалість кислотного поштовху, хв | 12,3±0,3 | 23, 6±0,2\* | - | 8,5±0, 2 |

Примітка: \*-достовірність різниці у порівнянні з прийомом теплої мінеральної води у дозі 3мл/кг, (р<0, 05).

Розроблена нами методика питного прийому маломінералізованої сульфідної МВ була запропонована при курсовому призначенні у дітей з ХГ та ХГД. Групи дітей були однотипними за віком, статтю та супутньою патологією. Клінічна ефективність лікування на основі аналізу зникнення основних симптомів свідчать про те, що найбільш виражений ефект спостерігався у І та ІІ групах, як за відсотком зникнення основних синдромів неповної ремісії, так і за достовірно швидшим терміном їх зникнення - на 5,3±0,98 день у І групі, на 5,13±1,1 день у ІІ групі, на 8,5±1,56 у ІІІ групі, та 9,0±1,22 у ІV групі. Встановлено корегуючий вплив на функціональний стан шлунку при використанні лікувального курсу за індивідуалізованою методикою методикою призначення сульфідної МВ джерела „Синяк”. Так, у обстежених дітей спостерігалося зниження показників кислотоутворення при підвищеній кислотопродукції та підвищення нейтралізуючої функції шлунка (перехід її з де- і субкомпенсованого стану у компенсований) з 39,13% до прийому МВ до 82,6% після прийому у І та ІІ групах (р<0, 05), та 57,14% та 61,9% дітей ІІІ та ІV групи відповідно.

Цитологічне дослідження мазків, проведене у 16 дітей після включення слабосульфідної маломінералізованої води, свідчить, що після проведеного курсу лікування відмічається зниження щільності запального інфільтрату у власній пластині слизової оболонки шлунку. У порівнянні із мазками до лікування значно зменшилась кількість нейтрофілів (відповідно 13,7±0,04 та 6,71±0,18) лімфоцитів (відповідно 6,24±0,18 та 2,14±0,0006), гістіоцитів (відповідно 3,12±0,009 та 2,7±0,011), макрофагів відповідно 0,85±0,002 та 0,28±0,001).

При проведенні порівняльного аналізу рівня специфічних антигелікобактерних Іg G до та після курсового прийому МВ достовірного падіння Іg G за середніми даними по групах виявлено не було (І група - 63,33±19,2 та 34,66±13,68; ІІІ група - 62,35±13,01 та 52,51±10,93). Однак, спостерігається достовірне їх зниження через 6 місяців після лікування в групі дітей, котрі у курсовому лікуванні застосовували МВ (І група - 25,0±7,5, ІІІ група - 46,66±8,88), (р<0, 05), що свідчить про позитивний вплив сульфідної МВ на елімінацію НР з організму людини. У групі пратично здорових дітей при поступленні до санаторного лікування було проведено визначення специфічних антигелікобактерних Іg G, які становили 11,9% (5 дітей), що співпадає з літературними даними (В.Г. Майданник), що обсеменіння «здорових» дітей у різних регіонах країни становить від 0 до 27%.

Результати катамнестичних спостережень у 66 дітей з ХГ та ХГД показали, що включення в комплекс лікування слабосульфідної МВ забезпечує відсутність рецидиву захворювання у всіх дітей протягом 6 місяців, та у більшої половини випадків (57,5%) протягом року, що значно менше, ніж у дітей із загальноприйнятою протирецидивною терапією. Поряд з цим через 3 місяці після використання МВ в біоптатах слизової оболонки шлунку зменшились вогнища лімфоцитарної інфільтрації та склероз строми. Позитивна динаміка відмічалась також через 6 та 12 місяців після лікування і виражалась у зменшенні та зникненні лімфоцитарної інфільтрації строми, дистрофічних змін у епітелії залозистих структур та поверхневого епітелію, а також відмічались виразні регенераторні процеси. Отже, спостереження протягом 12 місяців свідчать про ефективність включення бальнеотерапії маломінералізованою слабосульфідною водою до комплексу профілактичного лікування ХГ та ХГД у дітей. Індивідуалізована методика спрямована на відновлення порушень фізіологічних процесів травлення шляхом корекції секреторних, евакуаторномоторних функцій та дистрофічних змін слизової оболонки шлунку, відновлення слизової оболонки та стимуляції регенерації.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації наведено теоретичне обґрунтування та нове вирішення актуальної наукової задачі сучасної педіатрії: підвищення ефективності профілактики рецидивів хронічних гастритів та гастродуоденітів у дітей шляхом вивчення клініко-морфологічних особливостей перебігу періоду ремісії захворювання та розробки індивідуалізованих методик питного використання маломінералізованої слабосульфідної води джерела ”Синяк”

1. На основі проведених клініко-параклінічних обстежень встановлено, що в структурі хронічних гастритів та гастродуоденітів у дітей віком від 11 до 16 років переважає хронічний гастродуоденіт 43,5% (поверхневий антральний гастрит - 16,9%, поверхневий дифузний гастрит –19,4%, гіпертрофічний гастрит – 12,2%, ерозивний гастрдуоденіт – 8,1%). З віком зростає кількість важчих деструктивних захворювань: у дітей молодшого шкільного віку переважає поверхневий антральний гастрит, а у 14-16 років – поверхневий та ерозивний гастродуоденіт.

2. Загальноприйняті методи лікування дозволяють досягти повної клінічної ремісії захворювання через 3 місяці у 36,3% дітей. У 63,7% дітей відмічається тривалий період неповної клінічної ремісії, що проявляється періодичним абдомінальним болем при всіх формах ХГ та ХГД, диспептичними явищами, найбільш вираженими при поверхневому та ерозивному гастродуоденітах та проявами астеновегетативного синдрому і з часом переходить не у період ремісії, а набуває ознак загострення. Перебіг захворювання в цей період характеризується підвищеною кислотопродукцією у 34,6% випадків, субкомпенсованою у 28,2% випадків та декомпенсованою у 15,3% випадків кислотонейтралізацією, що свідчить про потенційну нестабільність та значну групу ризику по виникненню розвитку загострення захворювання.

3. На збільшення тривалості перебігу періоду неповної клінічної ремісії у дітей з ХГ та ХГД впливає наявність гастроентерологічних захворювань у батьків та інфікованість Helicobacter pylori у сім’ях.

4. За даними анкетування та динамічного спостереження рецидиви захворювання ХГ та ХГД розвиваються частіше у НР-позитивних хворих та залежать від якості проведеної ерадикаційної терапії. У дітей, які отримали потрійну або квадротерапію рецидив захворювання через 3 місяці розвивається у 2,3% хворих, а у дітей, котрі отримали лікування антисекреторними препаратами у поєднанні з одним антибактеріальним засобом або препаратами вісмуту, цей відсоток складає 25,7%. У групі НР-негативних дітей достовірно частіше рецидиви захворювання розвиваються у більш пізні сроки – в періоді між 3 та 6 місяцями після лікування - 45,6%. Призначення ерадикаційної терапії хворим з загостренням хронічного гастриту та гастродуоденіту без попередньо проведеного визначення НР не збільшує тривалості ремісії.

5. Хронічні захворювання гастродуоденальної зони, починаючи з поверхневого антрального гастриту до ерозивного гастродуоденіту, характеризуються поступовим наростанням дистрофічних і некробіотичних змін, прогресуючим склерозом та гіпотрофією епітелію. Підвищення тривалості перебігу періоду неповної клінічної ремісії і частоти загострень хронічного гастриту та гастродуоденіту незалежно від його форми супроводжується зростанням дистрофічних змін слизової оболонки шлунку.

6. Слабосульфідна МВ прискорює темп зворотнього розвитку клінічних проявів періоду неповної клінічної ремісії, нормалізує кислотоутворення, відновлює кислотонейтралізуючу функцію шлунку, позитивно впливає на елімінацію НР з організму дитини, зменшує запальні та відновлює дистрофічні зміни слизової оболонки шлунку, стимулює регенерацію, що підтверджено цитологічним та гістологічним дослідженням.

7. Застосування розробленої методики прийому слабосульфідної маломінералізованої води в комплексному лікуванні дітей з ХГ та ХГД попереджує рецидиви захворювання у всіх дітей протягом 6 місяців, та у 57,5% протягом року.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. В практику роботи дитячих гастроентерологічних відділень при тривалому перебігу періоду неповної ремісії ХГ та ХГД (більше 4 тижнів), тобто збереженні періодичного абдомінального болю, диспепсичних та астеновегетативних синдромів, обтяженому сімейному анамнезі пропонується впровадити проведення ендоскопічного обстеження з наступним гістологічним дослідженням ступеня дистрофічно-альтеративних змін, визначення кислотонейтралізуючої функції шлунку з послідуючою індивідуалізованою медикаментозною та немедикаментозною корекцією.

2. Дітям з ХГ та ХГД, незалежно від ефективності потрійної або квадротерапії при НР асоційованих захворюваннях показано призначення маломінералізованої слабосульфідної води на постгоспітальному етапі реабілітації.

3. Оптимальними параметрами прийому маломінералізованої слабосульфідної води при гіперацидному стані є доза 3 мл на 1 кг маси тіла і температура 370С. При підвищеній кислотоутворюючій функції шлунку з компенсованою кислотонейтралізацією ефективним є призначення теплої МВ тільки після їжі через 30-60 хв; при декомпенсованій кислотонейтралізації –за 7-10 хв до та через 30-60 хв після їжі. При збереженій кислотоутворюючій функції шлунку при наявності нестійких випорожнень найбільш ефективним є використання даного типу води через 30-60 хвилин після їжі, до нормалізації стільця, а при відсутніх проносів за 30 хв до та через 30-60 хв після їжі. При зниженій кислотоутворюючій функції шлунку ефективний прийом холодної маломінералізованої слабосульфідної мінеральної води джерела в дозі 3 мл на 1 кг маси тіла на прийом.

**CПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Терапевтичний ефект при використанні сульфідної слабомінерлізованої води синяцького родовища у комплексній терапії захворювань травного каналу у дітей різного віку. // Український медичний часопис. - №6 (26). - 2001. - С.136-138. (співавт.: Швардак В.В.). Автором проведено літературний огляд, зібрано та оформлено клінічний матеріал, проведено статистичну обробку матеріалу, написано статтю.

2. Вивчення ураженості гелікобактеріозом дітей та роль сімейного фактору у розповсюдженості інфекції. // Науковий вісник УжНУ. Серія „Медицина”. - 2001. - №16. - С158-162 . ( співавт.: Чопей І.В., Рубцова Є.Й., Колесник П.О., Братасюк А.М., Боркач Є.І.). Автором проведено клінічний відбір хворих для обстеження, узагальнення висновків дослідження.

3. Досвід використання мінеральної води „Лужанська-7” в комплексній етапній терапії хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз // Український медичний часопис. - 2000. - №6 (20). - С.114-117. (співавт.: Чопей І.В., Плоскіна В.Ю., Ганинець П.П., Молнар С.М.). Автором проведено огляд літератури, узагальнення отриманих результатів дослідження та статистична обробка матеріалу.

4. Особливості періоду ремісії хронічних захворювань верхніх відділів травного каналу у дітей за наявності Heliсobaсter pуlori // Перинатология и педиатрия. - 2007. - №1(29). - С.55-57. (співавт.: Шадрін О.Г., Шебела В.І.) Автором проведений відбір хворих для обстеження, проведено статистичну обробку та узагальнення результатів дослідження.

5. Питне використання слабосульфідної малмінералізованої води джерела „Синяк” при хронічних захворюваннях верхніх відділів травного каналу у дітей // Науковий вісник Ужгородського університету. - 2007. - №30. - С. 49-52. (співавт.: Шадрін О.Г., Шебела В.І, Швардак М.В.) Автором проведено огляд літератури, зібрано та оформлено клінічний матеріал, проведено статистичну обробку та узагальнення отриманих результатів.

6. Клініко-морфологічна характеристика хронічних захворювань верхнього віділу травного каналу на етапах реабілітації // Український медичний часопис. - 2007. - №3(59). - С.107-111. (співавт.: Задорожна Т.Д., Шадрін О.Г., Пустовалова О.І.) Автором проведений відбір хворих для обстеження, проведено статистичну обробку та узагальнення результатів дослідження.

7. Вивчення інфікованості гелікобактеріозом членів родин хворих на пептичну виразку і хронічний гастрит типу В // Тези наукової конференції студентів і молодих вчених до 100 річчя Одеському державному медичному університету. 20-21 квітня 2000р. (співавт.: Колесник П.О., Рубцова Є.І., Язикова Л.В., Хом’як О.М.) Автором зібрано та оформлено клінічний матеріал, проведено обстеження хворих, обгрунтовано висновки.

8. Підвищення ефективності реабілітаційних заходів у дітей з хронічними захворюваннями верхніх відділів травного каналу. // Тези науково-практичної конференції „Медико-соціальні проблеми дитячого віку” 12-13 квітня 2007 року.- Тернопіль,2007. Автором проведено підбір та обробку клінічного матеріалу, обстеження хворих, узагальнення та обгрунтування висновків.

**АНОТАЦІЯ**

Ігнатко Л. В. ”Клініко-морфологічна характеристика періоду ремісії хронічних гастритів та гастродуоденітів у дітей та оптимізація профілактики їх рецидивів” – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14. 01. 10 – педіатрія. Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2007.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності профілактики рецидивів у дітей з хронічними гастритами та гастродуоденітами шляхом удосконалення комплексу лікувально-оздоровчих заходів із застосуванням маломінералізованої слабосульфідної води джерела „Синяк”. На основі клінічної характеристики, ендоскопічних, морфологічних та лабораторних показників розроблені критерії неповної клінічної ремісії ХГ та ХГД у дітей.

При довготривалому збереженні симптомів неповної клінічної ремісії (періодичного абдомінального болю або диспептичних розладів) обґрунтована необхідність проведення ендоскопічного дослідження у дітей для діагностики прогресування захворювання або відсутності дистрофічних змін слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки з метою профілактики загострень захворювань та розвитку більш важких деструктивних форм ХГ та ХГД.

Науково обґрунтована індивідуалізована методика прийому слабосульфідної маломінералізованої води у дітей з ХГ та ХГД, а саме: оптимальними параметрами прийому при гіперацидному стані є доза 3мл/кг маси тіла і температурі 370С, при гіпоацидному – 3 мл/кг ваги холодної мінеральної води.

Ключові слова: діти, хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, функціональний стан шлунку, питне використання, слабосульфідна мінеральна вода,морфологія.

**АННОТАЦИЯ**

Игнатко Л. В. Клинико-морфологическая характеристика периода ремиссии хронических гастритов и гастродуоденитов у детей и оптимизация профилактики их рецидивов. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14. 01. 10. - «Педиатрия».

Диссертация посвящена вопросам повышения эффективности профилактики рецидивов заболеваний у детей с хроническими гастритами и гастродуоденитами путем усовершенствования комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий с применением маломинерализованной слабосульфидной воды источника «Синяк».

Полученные данные расширяют современные представления о критериях неполной клинической ремиссии хронических гастритов и гастродуоденитов у детей.

Общепринятые методы лечения позволяют достичь полной клинической ремиссии заболевания через 3 месяца после лечения у 36,3% детей. У 63,7% детей отмечается длительный период неполной клинической ремиссии, что проявляется периодическим абдоминальным болем при всех формах ХГ и ХГД, или диспептическими явлениями, которые были наиболее выражены при поверхностном и эрозивном гастродуодените, и часто сочетаются с проявлениями астеновегетативного синдрома, которые со временем переходят не у период ремиссиии, а обострения. Течение периода неполной клинической ремиссии характеризуется повышенной кислотообразовательной функцией желудка у 34,6% случаев, субкомпенсированной у 28,2% случаев и декомпенсированной у 15,3% случаев кислотонейтрализацией, и составляют значительную группу риска по возникновению развития обострения заболеваний.

Впервые была проанализирована и изучена структура хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей в возрасте от 8 до 16 лет, изучены основные клинико-эндоскопические их формы и зависимость деструктивных вариантов данной патологии от возраста. Если в 8-10 лет превалирует количество поверхностного антрального гастрита, то в старшем школьном возрасте увеличивается количество диффузного и эрозивного гастродуоденитов.

На основании результатов и при анализе клинико-параклинических показателей установлена недостаточная эффективность современных этио- и патогенетических методов лечения ХГ и ХГД у детей, определена частота неполной и полной клинической ремиссии. Наведена интегральная оценка морфо-функционального состояния желудка у детей в периоде неполной клинической ремиссии, который характеризуется нарушением кислотопродукциии, кислотонейтрализирующей функции желудка, сохранением воспалительной инфильтрации и дистрофически-альтеративных изменений эпителия и собственной пластины слизистой оболочки желудка.

Впервые установлено, что клинические формы ХГ и ХГД у детей являются фазами единого процесса, морфогенез которого характеризуется постепенным нарастанием дистрофических и некробиотических изменений, прогрессирующим склерозом и гипотрофией эпителия.

Впервые на основании клинико-физиологических исследований одноразового действия слабосульфидной маломинерализованной воды доказано, что теплая (t=370С) вода, принятая в количестве 3мл/кг, уменьшает кислотообразование и регулирует кислотонейтрализацию, а холодная (t=120С) стимулирует кислотообразование, что необходимо учитывать при ее назначениии детям с гиперацидным и гипоацидным состоянием кислотопродукции.

Усовершенствована методика вторичной профилактики обострений ХГ и ХГД у детей применения питьевой бальнеотерапии, что подтверждено положительной динамикой клинических проявлений болезни, нормализацией кислотопродукции и кислотонейтрализации, уменьшением воспалительных и дистрофических изменений в слизистой оболочке, которые подтверждены цитологическим и гистологическим исследованием.

Ключевые слова: дети, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, функциональное состояние желудка, питьевое использование, минеральная вода.

**ANNOTATION**

Ignatko L.V. Klinico-morfological description of period of remisia of chronic gastritises and gastrodyodenitis at children and optimization of prophylaxis of their relapses is Manuscript.

Dissertation on the receipt of scientific degree of candidate of medical sciences after speciality 14. 01. 10 is paediatrics. Institute of paediatrics, obstetrics and gynaecology of AMS Ukraine, Kiev, 2007.

Dissertation is devoted to the increase of efficiency of medical measures at children with chronic gastrodyodenitis by the improvement of complex of medically-health measures with application of mineral weeksulpha of water of source „Siniac”. On the basis of clinical description, endoskopic, morphological and laboratory indexes the developed criteria of incomplete clinical remision of CH and CHD at children.

At of long duration saving of symptoms of incomplete clinical remision (periodic abdominal pain or dispepsia disorders) it was well-ground necessity of conducting of endoscopic research at children for diagnostics of progress or absence of dystrophic changes of mucus shell of stomach and duodenum with the purpose of prophylaxis of intensifying of diseases and progress of more heavy destructive forms of CHD.

Scientifically the well-ground individualized method of reception of sylfid mineral water at children with CH and CHD, namely: at the hipoacid state the dose of a 3ml/kg mass of body is the optimum parameters of reception and a temperature is 370C, at gypoacid - 33ml/kg scales of cold mineral water.

Keywords: children, chronic gastritis, chronic gastrodyodenitis, functional state of stomach, drinkable use, mineral water, morphology.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВВТК - верхні відділи травного каналу

HР - Helicobacter рylori

МВ - мінеральна вода

СО - слизова оболонка

ХГ - хронічний гастрит

ХГД - хронічний гастродуоденіт

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