

УДК (616-07+616.329+616.33-002+616.342-002+616-053.2)

ПЕРЕВАГИ СКРИНІНГОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Б.Н. Ткач, І.С. Недоступ, В.Г. Глов'як, Н.С.Костишин

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії

Дослідження останніх років показали, що ефективне лікування хелікобактеріозу суттєво не знижує частоту розвитку хронічних гастродуоденальних захворювань. Встановлено також, що закиди жовчі при рефлюксній хворобі негативно впливають на спіралевидну форму бактерії *H. pylori*, що робить пошук її антигенів в калі затрудненим. Продовжує також привертати до себе увагу гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), котру визнано проблемою XXI століття через ймовірність виникнення тяжких позастравохідних ускладнень та стравоходу Баррета. **Метою** нашої роботи було вивчення особливостей діагностики ГЕРХ та хронічного гастродуоденіту (ХГД) у дітей шляхом порівняльного аналізу даних анкетування, ультрасонографії (УСГ) шлунку, ФЕГДС та діагностики інфекції *H. pylori*. **Матеріали і методи дослідження.** На догоспітальному етапі анкетуванням було охоплено 56 пацієнтів. Основними скаргами ймовірного розвитку ГЕРХ вважали печію, регургітацію кислим та кислий присмак у роті. Для УСГ шлунку при контрастуванні дегазованою водою було відібрано 27 пацієнтів. Вираженість гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) оцінювали за висотою і частотою появи в стравоході стовпчикоподібного струменю шлунковим вмістом за 1 хв. Ультразвукову оцінку ГЕРХ і ХГД здійснювали згідно робочої класифікації за Р.Я. Абдулаєвим та співавторами (2009). На госпітальному етапі в стаціонарі обстежено 33 дитини. Хворі були розділені на 2 групи: 13 хворих з ГЕРХ та 20 - з ХГД. Комплексне клініко-параклінічне обстеження та лікування проводили згідно затверджених протоколів. Діагноз верифікували на основі даних ФЕГДС

з рН-метрією та діагностикою інфекції *H.pylori*. **Результати дослідження та їх обговорення.** На основі проведеного анкетування встановлено, що симптоми ГЕРХ мали 64,3% пацієнтів, причому у дівчат їх виявляли в 2,3 рази частіше. Скарги на печію (16,1%) та на кислий присмак у роті (16,1%) зустрічались в опитаних з однаковою частотою. Регургітація кислим (12,5%) в 1,4 рази частіше турбувала хлопців. Найчастішою скаргою було відчуття клубка за грудиною або дискомфорт в епігастрії (42,9%), що могло вказувати на наявність супутньої патології органів травлення. Найменша кількість обстежених відмічала порушення сну через печію (7,1%). Аналіз даних УСГ шлунку при контрастуванні дегазованою водою показав, що гастропатію з поверхневим ураженням мали 88,9% обстежених. Гастропатія з ерозивним ураженням (7,4%) зустрічалась з однаковою частотою серед хлопців та дівчат. Підозра на виразкову хворобу була в 1 пацієнта (3,7%). Гастроезофагеальний рефлюкс (ГЕР) виявили у 66,7% обстежених, серед яких дещо переважали дівчата. Оцінка вираженості ГЕР показала, що незначний ГЕР зустрічався в 2,6 разів частіше, ніж помірний, причому серед дівчат. Тоді як помірний ГЕР частіше мали хлопці. Пацієнтів з вираженим ГЕР виявити не вдалося. Враховували також наявність дуоденогастрального рефлюксу (ДГР), який при оцінці стул-тесту методом імунохроматографічного аналізу (ІХГА) міг стати причиною псевдонегативних результатів на наявність інфекції *H.pylori*. Аналіз частоти виявлення ГЕР та ДГР вказав на деяку перевагу пацієнтів з ГЕР (66,7% проти 59,3%), причому в обох випадках серед дівчат. Порівняльна оцінка методу анкетування та УСГ щодо виявлення ГЕРХ показала, що їх різниця наближалась до величини статистичної похибки (64,3% проти 66,7%). Подальшу верифікацію ГЕРХ та ХГД проводили в умовах стаціонару. Аналіз статистичних даних показав, що протягом 2-х останніх років з ХГД було проліковано відповідно 65,1% і 70,2% хворих, тоді як з ГЕРХ відповідно лише 4,2% і 2,0%. Ці дані значно відрізнялися від показників скринінгових методів та свідчили про те, що діагноз ГЕРХ у дітей встановлюється при проведенні досліджень з приводу іншої патології органів травлення, оскільки в дитячому

віці GERX може протікати безсимптомно. Результати ФЕГДС засвідчили, що GERX 0 ст. та GERX I ст. в 2,3 рази частіше мали хлопчики. Макроморфологічно еритематозні форми запалення зустрічалися майже з однаковою частотою у хлопчиків та дівчаток (4:3), тоді як при ерозивних формах співвідношення хлопчики: дівчатка було 4:1. Гіпертрофію слизової оболонки шлунку (6,1%) мали поодинокі хворі. Оцінку кислотоутворюючої функції шлунку (рН) проводили індикаторним методом під час ФЕГДС. Виражена та помірна гіперацидність, як і ерозивні форми запалення, в 2,3 рази частіше зустрічалась у хлопчиків, ніж у дівчаток, що вказувало на роль соляної кислоти як фактор агресії та на можливий протективний вплив жіночих статевих гормонів у дівчаток. Ендоскопічні критерії інфекції *H.pylori* (Маастрихт - 2) мали місце у 90% хворих на ХГД. Метод ІФА виявив підвищення титру АТ (IgG) до *H.pylori* у 65,0% хворих. При проведенні стул-тесту на *H.pylori* методом ІХГА позитивні результати мали 60,0% хворих. Порівняльний аналіз показав, що результати ІФА та ІХГА (СІТО TEST *H.pylori* Ag) практично співпадали, тому у дітей слід надавати перевагу неінвазивному стул-тесту на *H.pylori*. Серед супутньої патології виявляли дисфункцію жовчевого міхура, пігментний гепатоз (синдром Жільбера), хронічний холецистит, глистяні інвазії (аскаридоз, токсокароз), лямбліоз тощо. **Висновок.** Отже, в педіатричній практиці існує проблема гіподіагностики GERX. Даний діагноз найчастіше встановлюється при дослідженні патології інших органів травлення, оскільки клінічні прояви хвороби у дітей можуть бути нерозпізнаними. Анкетування, УСГ шлунку при контрастуванні дегазованою водою та стул-тест на *H.pylori* методом ІХГА є доступними, неінвазивними і високоінформативними скринінговими методами діагностики GERX та *H.pylori*-асоційованого ХГД, котрі можна рекомендувати дітям, починаючи з дошкільного віку. **Перспективи наших подальших досліджень:** оцінка тонусу нижнього стравохідного сфінктеру, вивчення стравохідного кліренсу та тиску у фундальному відділі шлунку за допомогою стравохідно-шлункової манометрії у пацієнтів з рефлексною хворобою.