

В. М. Мельник, С. В. Сафронова, С. В. Вычик

Кафедра неонатологии и педиатрии ФУВ, кафедра стоматологии детского возраста ВолГМУ, Детская клиническая больница № 8

УРОВЕНЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ И ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСАМИ

УДК 616.33/.342-053.4

Проведено сравнительное исследование уровня здоровья детей дошкольного возраста. Путем комплексной оценки состояния здоровья детей выявлено, что дети с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом имеют больше факторов риска по формированию органической диспепсии, чем дети с гастроэзофагеальным рефлюксом.

Ключевые слова: здоровье, дети, дошкольный возраст, гастроэзофагеальный, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс.

V. M. Melnik, S. V. Safronova, S. V. Vichik

HEALTH STATUS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL AND DUODENOGASTROESOPHAGEAL REFLUX

A comparative study of health status of children was conducted. A complex estimation of the state of health of preschool children revealed that children with duodeno-esophageal reflux are at more risk of organic dyspepsia.

Key words: health, children, preschool age, gastroesophageal, duodeno-esophageal reflux.

В последние годы имеет место ухудшение состояния здоровья детей, наибольший пик гастроэзофагеальной патологии с угрозой риска формирования органической диспепсии приходится на дошкольный возраст [6]. В доступной литературе имеются единичные исследования, посвященные изучению состояния здоровья дошкольников с гастроэзофагеальным, дуоденогастроэзофагеальным рефлюксами [7]. Тогда как патологические рефлюксы являются фактором риска формирования морфологических изменений в слизистой желудка и 12-перстной кишки [1].

Оценка уровня состояния здоровья позволяет врачу выделить группы риска и диспансерную группу среди дошкольников с гастроэзофагеальным, дуоденогастроэзофагеальным рефлюксами.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка уровня состояния здоровья у детей дошкольного возраста с верифицированными гастроэзофагеальным, дуоденогастроэзофагеальным рефлюксами (ГЭР, ДГЭР).

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки уровня состояния здоровья детей использовали общепринятые в педиатрии критерии здоровья: 1 — особенности онтогенеза (анамнез, генеалогический, биологический, соци-

альный); 2 — физическое развитие; 3 — нервно-психическое развитие; 4 — уровень резистентности; 5 — функциональное состояние организма; 6 — наличие или отсутствие хронических заболеваний или пороков развития.

С целью комплексной оценки детей было проведено исследование 243 детей, посещающих дошкольные учреждения и находящихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Детской клинической больницы № 8 Волгограда [8]. Из обследованного контингента была сделана репрезентативная выборка в количестве 73 человек с подтвержденными гастроэзофагеальным и дуоденогастроэзофагеальным рефлюксами. Все обследованные дети с рефлюксами были объединены в две группы (табл. 1.).

ТАБЛИЦА 1

Распределение детей по группам

Возраст	Гастроэзофагеальный рефлюкс – 1-я группа	Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс – 2-я группа
3–4	9	11
4–5	10	13
5–6	13	17
Всего	32	41

Наличие или отсутствие отклонений в раннем онтогенезе оценивали по генеалогическому и социальному анамнезам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ анамнестических данных детей, страдающих рефлюксами, проведен с учетом состояния матерей во время беременности, учетом состояния детей в период новорожденности, болезней в последующие периоды жизни ребенка и жалоб в настоящее время. Все сведения были получены путем выкипировки из историй развития ребенка. Результаты выявленной патологии у матерей представлены в табл. 2.

Изучение уровня здоровья беременных женщин показало, что многие из них перенесли острые заболевания или имели хроническую патологию различного генеза. Матери детей первой группы переболели в период беременности острыми респираторными заболеваниями в $(20,54 \pm 5,14) \%$, матери детей второй группы — в $(21,95 \pm 4,46) \%$. Заболевания мочеполовой системы имели $(16,43 \pm 6,43) \%$ матерей первой группы, тогда как матери детей второй группы болели в $(24,51 \pm 6,71) \%$. Заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдалось у матерей детей с первой группы в $(27,39 \pm 5,88) \%$, а у матерей детей второй группы — в $(29,26 \pm 5,01) \%$.

Анемия беременных у матерей детей первой группы составила $(16,43 \pm 6,55) \%$ и у матерей детей второй группы — $(26,07 \pm 6,85) \%$.

ТАБЛИЦА 2

Частота патологии в период беременности у матерей детей с рефлюксами

№ п/п	Патология матерей	Распространенность в % $\pm m$		
		ГЭР	ДГЭР	<i>p</i>
1.	Острые респираторные заболевания	$20,54 \pm 5,14$	$21,95 \pm 4,46$	$>0,05$
2.	Заболевания мочеполовой системы	$16,43 \pm 6,55$	$24,51 \pm 6,71$	$<0,05$
3.	Заболевания желудочно-кишечного тракта	$27,39 \pm 5,88$	$29,26 \pm 5,1$	$>0,05$
4.	Анемии	$16,43 \pm 6,55$	$26,07 \pm 6,85$	$<0,05$
5.	Токсикозы I половины беременности	$21,28 \pm 6,23$	$31,82 \pm 5,40$	$<0,05$
6.	Токсикозы II половины беременности	$14,80 \pm 4,27$	$24,95 \pm 5,75$	$<0,05$

Токсикоз I половины беременности реже имели матери детей первой группы в $(21,28 \pm 6,23) \%$, в то же время матери детей второй группы токсикозы имели в $(31,82 \pm 5,40) \%$. О токсикозах II половины беременности нам сообщили $(14,80 \pm 4,27) \%$ матерей детей первой группы и $(24,95 \pm 5,75) \%$ матерей детей второй группы.

Высокой частоте патологии во время беременности соответствует достоверно низкая частота встречаемости нормального течения беременности в обеих группах. Так, у матерей детей первой группы беременность протекала без осложнений в $(23,28 \pm 5,47) \%$ случаев, а у матерей детей второй группы — в $(14,63 \pm 4,51) \%$ ($p < 0,05$).

При анализе течения родов у матерей детей первой группы стремительные роды встречаются у $(8,21 \pm 4,85) \%$; у матерей второй группы чаще — у $(12,19 \pm 5,10) \%$ ($p > 0,05$). Роды, закончившиеся кесаревым сечением, в первой группе зарегистрированы в $(21,19 \pm 7,22) \%$, во второй группе — в $(29,59 \pm 7,12) \%$ ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ состояния здоровья матерей, течения беременности и родов у них характеризуется наибольшей отягощенностью во второй группе детей с дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами с выявленной достоверностью по таким факторам, как заболевания мочеполовой системы, токсикозы первой и второй половины беременности и кесарево сечение.

Не менее важным для формирования здоровья ребенка являются первые моменты жизни после рождения. Частота встречаемости детей, рожденных в асфиксии, наблюдалась у первой группы в $(20,54 \pm 5,14) \%$; во второй группе — в $(34,14 \pm 5,40) \%$.

Наличие или отсутствие отклонений в физическом развитии обращали внимание на конституцию ребенка, на его осанку. У детей с гастроэзофагеальными и дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами чаще встречается астенический тип $[(71,87 \pm 6,94) \text{ и } (89,53 \pm 4,78) \%$ соответственно] ($p < 0,05$). Дети с частыми и длительными дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами (более двух лет) имели большую недостаточность питания, что подтверждается индексами массы тела. Оценка физического развития по методике Dr. Michel Sempe, et al., (1997), показала, что 50 % детей с дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами имели индекс массы тела в зоне 97 центиля (то есть норма), тогда как с гастроэзофагеальными рефлюксами физическое развитие в пределах нормы имели 60 % детей.

Нервно-психическое развитие оценивали по темпам развития в эпикризные сроки по формированию умений, по наличию или их отсутствию с целью необходимости применять дополнительные медицинские и педагогические меры.

При исследовании детей выявили у наших пациентов общеневротические и гастроэнтерологические жалобы. Матери обращали внимание на повышенную возбудимость детей, быструю утомляемость и вялость (табл. 3).

ТАБЛИЦА 3

Общеневротические жалобы детей с рефлюксами

№ п/п	Жалобы	Распространенность в % $\pm m$		
		ГЭР	ДГЭР	<i>p</i>
1.	Раздражительность	$73,12 \pm 6,83$	$85,92 \pm 5,43$	$<0,05$
2.	Утомляемость	$42,87 \pm 6,74$	$56,09 \pm 5,96$	$<0,05$
3.	Вялость	$40,62 \pm 6,68$	$46,34 \pm 5,78$	$>0,05$

Анализ показателей характеризуется различием общеневротических жалоб у детей в обеих группах.

При анализе частоты встречаемости общеневротических жалоб выявлена достоверность таких жалоб, как утомляемость и раздражительность. У детей с дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами эти жалобы предъявлялись чаще, что говорит о значительных неврологических проблемах детей с этим вариантом рефлюкса.

Уровень резистентности оценивали у наших пациентов по частоте заболеваемости острыми заболеваниями. Обращает на себя внимание сниженный уровень резистентности с рефлюксами. Заболеваемость в постнатальном периоде имела место у всех детей обеих групп. Чаще всего дети заболевали острыми респираторными инфекциями, в том числе острыми респираторными вирусными инфекциями до 4—5 раз в год, что соответствует индексу заболеваний острых заболеваний, равному 0,33—0,49.

Уровень функционального состояния организма оценивали по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований на основании анализа поведения (эмоции, сон, аппетит, бодрствование, индивидуальные особенности), а также адаптационных возможностей ребенка по состоянию ВНС. В своем исследовании мы определили частоту и характер жалоб наших пациентов (табл. 4).

ТАБЛИЦА 4

Частота и характер жалоб у детей при ГЭР и ДГЭР

№ п/п	Жалобы	Распространенность в % ± m		
		ГЭР	ДГЭР	p
1.	Боли в эпигастрии и около пупка	100%	100%	
2.	Отрыжка воздухом	62,75 ± 6,54	75,6 ± 7,7	<0,05
3.	Тошнота	65,63 ± 7,39	82,29 ± 4,96	<0,05
4.	Рвота	34,37 ± 8,39	45,22 ± 7,77	<0,05
5.	Чувство кислого во рту	75,32 ± 6,62	0	<0,01
6.	Чувство горечи во рту	0	89,75 ± 4,73	<0,01
7.	Изжога	40,62 ± 6,68	46,34 ± 2,78	>0,05

При анализе частоты и характере гастроэнтерологических жалоб обращает внимание, что у всех детей отмечалась тошнота, при этом во второй группе достоверно чаще, значительно интенсивнее и вызывала большее недомогание, чем у детей первой группы. Сочетание тошноты со рвотой имели половину детей в обеих группах, при этом детям с гастроэзофагеальным рефлюксом рвота кислым приносила облегчение, а с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом рвота горечью облегчения не приносила.

Таким образом, при дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе жалобы со стороны пищевода и желудка встречались не только часто, но и имели свою характеристику.

При внешнем осмотре детей мы обращаем внимание на бледность и повышенную сухость кожных покровов. У детей при гастроэзофагеальных рефлюксах бледные кожные покровы зарегистрированы у (82,37 ± 5,73) %, сухие на ощупь — у (78,12 ± 6,3) % детей. Дети с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом характеризовались бледностью в (92,24 ± 4,17) %, сухость кожи имели (92,68 ± 4,06) % детей.

У детей с рефлюксами наблюдали ярко выраженный венозный «сосудистый рисунок» на висках и веках, нередко сочетающийся с заложенностью носа. У пациентов первой группы описанный рисунок наблюдался у всех только на верхних веках. Все дети второй группы наблюдения имели этот рисунок не только на веках, но и на висках. Это является признаком венозной дисциркуляции мозга и внутричерепной гипертензии. Эти симптомы сочетаются с дисфункцией вегетативной нервной системы.

Представляем наши данные в изменении состояния вегетативной нервной системы у детей дошкольников с гастроэзофагеальными и дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами по кардиоинтервалографии (КИГ) (табл. 5).

ТАБЛИЦА 5

Показатели кардиоинтервалографии у детей с рефлюксами

Показатели КИГ с рефлюксами	Результаты анализа КИГ					
	1-я группа в положении			2-я группа в положении		
	Лежа	Стоя	p	Лежа	Стоя	p
M ₀ , с	0,57 ± 0,03	0,51 ± 0,01	<0,05	0,63 ± 0,04	0,56 ± 0,01	<0,05
AM ₀ , %	25,16 ± 2,5	29,53 ± 3,2	< 0,05	20,37 ± 2,4	25,43 ± 1,6	<0,05
Δ X, с	0,23 ± 0,03	0,17 ± 0,02	< 0,05	0,28 ± 0,03	0,21 ± 0,01	<0,05
ИН, у.е.	146 ± 33,4	271 ± 81,03	< 0,05	99 ± 20,15	186 ± 46,1	<0,05
ИН2/ИН1	1,85			1,87		

Вегетативная реактивность определена по индексу Баевского Р. М., дети первой и второй групп имели гиперсимпатикотоническую реактивность (1,85 и 1,87 соответственно).

Ритмограммы у детей дошкольного возраста с рефлюксной болезнью отличаются большими разбросами кардиоинтервалоциклов, и хотя по средним величинам дети этой нозологической формой имели гиперсимпатикотонию, однако по разбросам величин значительная часть детей имела ваготонию, которая чаще встречалась у детей с дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами, чем с гастроэзофагеальными.

Гиперсимпатикотония говорит о напряжении вегетативной нервной системы и о нарушении общего адаптационного синдрома с гастроэзофагеальными и дуоденогастроэзофагеальными рефлюксами у дошкольников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Дети с ГЭР имеют факторы риска в онтогенезе, уровень физического и нервно-психическо-

го развития без отклонений или начальные изменения. Это редко болеющие и имеющие преимущественно минимальные отклонения в функциональном развитии организма дети, которых можно отнести к группе здоровья 2 А.

2. Дети с ДГЭР, имеющие факторы риска в онтогенезе, с изменением в уровне физического развития, начальными отклонениями в нервно-психическом развитии обладают сниженной резистентностью и функциональными отклонениями в состоянии организма (дезадаптационный синдром) и могут быть отнесены к группе здоровья 2 Б.

3. Дети с ДГЭР нуждаются в систематическом наблюдении гастроэнтеролога, невролога, эндокринолога и других специалистов в связи с угрозой органической диспепсии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бастрыгин А. В. // Рус. мед. журн. — 2003. Т. 11, № 3. С. 88—92.

2. Бельмер С. В., Хавкин А. И. // Детская гастроэнтерология на компакт-диске. — 2-е изд. — М., 2002. — 692 Мб.

3. Бабцева А. Ф. // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее. УП конгресс педиатров России. — М., 2002. — С. 22.

4. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина. — М., 2003. — С. 28, 66—75.

5. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всерос. диспансеризации 2002). — М., 2003. — С. 55—56.

6. Ермачкова Е. Н. // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11, № 3. — С. 89—90.

7. Ипатов Ю. П. Функциональные и лабораторные показатели здоровых детей, используемые в диагностике заболеваний органов пищеварения: Справочник. — Н. Новгород, 1998.

8. Мазуркевич А. К. // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее. УП конгресс педиатров России. — М., 2002. — С. 169.

9. Маренкулов В. Х. // Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее. УП конгресс педиатров России. — М., 2002. — С. 173.

10. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: Пособие для врачей. — М., 2005.

11. Плязин А. И., Федоров А. В., Акинина З. Ф. и др. // Пятый конгресс педиатров России. Здоровый ребенок. Материалы конгресса педиатров России. — М., 1999. — С. 362—363.

12. Приказ Минздрава России № 621 от 30.12.2003 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

Л. В. Крамарь, Ю. О. Хлынина, Н. В. Родионова

Кафедра детских инфекционных болезней ВолГМУ

МИКРОЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТКРЫТЫХ БИОТОПОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

УДК 616.31-022:616-053.2-039.41

Проведено обследование 151 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет из группы часто болеющих. У всех детей установлены нарушения микробной колонизации открытых биотопов тела (слизистых оболочек носовых ходов, ротоглотки, кишечника). Данный факт делает необходимым включение в реабилитационные программы препаратов, восстанавливающих нормальную микрофлору не только ротоглотки, но и кишечника.

Ключевые слова: микрофлора, дети, часто болеющие дети, слизистые оболочки носовых ходов, дисбактериоз.

L. V. Kramar, U. O. Chlynina, N. V. Rodionova

MICROECOLOGICAL CHARACTERISTIC OF OPEN BIOTOPS IN CHILDREN PRONE TO DISEASE

A bacteriologic study of 151 children from aged 3 to 7 prone to diseases was done. Alterations of microbial colonization of open biological systems (nasal, oral and intestinal mucosa) were found. This fact makes it necessary to administer special probiotic products improving intestinal microflora in rehabilitation program for children susceptible to diseases.

Key words: microflora, children prone to diseases, nasal mucosa, disbacteriosis.

Одной из самых важных проблем современной педиатрии являются часто болеющие дети (ЧБД). Отсутствие термина ЧБД в международной классификации болезней (МКБ-10) подчеркивает, что данное определение не является диагнозом,

а объединяет группу диспансерного наблюдения, в которой дети чаще, чем их сверстники, переносят острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) [1]. По классификации Института гигиены детей и подростков Министерства здравоохране-