

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГАСТРИТА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

Сидоренко А.А, Илбуть Т.А, Хильмончик Н.Е

УО«Гродненский государственный медицинский университет», г.Гродно, Беларусь.

e-mail: Sidorenko\_anyutka@mail.ru

## **RISK FACTORS OF GASTRITIS DEVELOPMENT AT YOUNGER SCHOOL AGE**

Sidorenko A.A, Ilbut T.A, Hilmonchik N.E

“Grodno State Medical University”, Grodno, Belarus

e-mail: [Sidorenko\\_anyutka@mail.ru](mailto:Sidorenko_anyutka@mail.ru)

**Введение:** Заболевания органов пищеварения у детей занимают ведущее место в структуре соматической патологии детского возраста. Острые заболевания гастродуоденальной области, в современных условиях имеют раннее начало, начинаются в дошкольном возрасте, часто принимают хроническое непрерывно-рецидивирующее течение, значительно снижая качество жизни детей и подростков. Формирование кишечной микробиоты и иммунной системы начинается внутриутробно и, в основном, происходит в первые два года жизни, когда закладываются основы физиологии ЖКТ и метаболизма, которые будут определять здоровье ребенка [1].

**Цель:** изучить влияние факторов риска на возникновения у детей гастродуоденальной патологии.

**Материалы и методы обследования:** нами был проведен ретроспективный анализ 106 «Историй развития ребенка» ф-112/у ГУЗ «Детская поликлиника №1 г.Гродно» в возрасте с 1-го до 10 лет с диагнозом «острый гастрит». Проведен анализ течения беременности и родов, влияние искусственного вскармливания, аллергические реакции на продукты питания, возраст и характер занятости матери.

**Результаты:** Анализ медицинской документации 8 участков поликлиники позволил нам сделать вывод, что диагноз острый гастрит был установлен у 58,49% исследуемых респондентов, острый гастрит как проявление острой респираторной инфекции 40,57%. Согласно результатам нашего исследования чаще всего острый гастрит чаще встречался у мальчиков 58,49%, у девочек же данная патология встречалась в 41,51 % случаев. Интересно, что данная патология была чаще диагностирована в возрасте 2-х лет - 22,64%, 3-х лет-21,70%, 4 года-17,92 % и вообще не встречалась в возрасте 8 лет. У детей до 1 года - 0,94%. Результаты исследования показали, что течение беременности у большинства женщин было осложненным: кесарево сечение - 23,70%, раннее излитие околоплодных вод - 20,74%, гестозы - 10,37%, обвитие пуповиной - 5,19%, угроза прерывания - 14,81%, бактерионосительство - 5,93 %. И только в 9,63% случаев беременность протекала без особенностей.

По массе тела при рождении респонденты распределились следующим образом: с низкой массой тела родилось 0,94% детей, 2500-3000г. - 13,21%, 3000-4000 – 77,36%, выше 4000 - 8,49%. Следует отметить тот факт, что почти все исследуемые респонденты в раннем возрасте перенесли ОРВИ и острые кишечные инфекции преимущественно с поражением верхних отделов ЖКТ (ротовирусная, аденовирусная, энтеровирусная), спровоцировавшие снижение активности кишечной лактазы и заболеваний верхних отделов ЖКТ, диагностированных впервые в 3-5 летнем возрасте.

Важно отметить характер вскармливания детей. Большинство детей находились на искусственном вскармливании - 48,11%. Чаще родители отдавали предпочтение смесям белорусского производства: Беллакт-БЛ - 4,72%, Нутрилак БЛ - 0,94%, Беллакт АР - 4,72%, Беллакт ГА-1,89%, НАН ГА - 3,77%, Фрисолак ГА - 4,72%. 28 детей находились на грудном вскармливании. На смешанном вскармливании находилось 27 детей. В качестве докорма предпочтение чаще было отдано следующим видам смесей: Беллакт АР - 6,60%, Беллакт-Оптимум - 4,72%, Беллакт иммунис - 5,66%, Беллакт Бифидо - 0,94%.

Важную роль для становления здоровья детей, в том числе на развитие острых и хронических заболеваний органов пищеварения имеет психо-эмоциональный статус ребенка. Важно отметить чаще все же диагноз острый гастрит был выставлен детям проживающим в полных семьях - 85,85% и только 10,38% случаев семья была неполная, 2,83% полные семьи находились в социально опасном положении.

**Выводы:** Таким образом, результаты проведенных исследований детей первых 10 лет жизни с патологией ЖКТ показали, что у большинства из них нарушения кишечной микрофлоры имели начало на этапе ее внутриутробного становления, обусловленные антенатальными факторами риска.

Ранний перевод на смешанное/ искусственное вскармливание, перенесенные острые кишечные инфекции, усиливая пролиферацию условно-патогенных бактерий и их метаболическую активность, способствуют распространённости воспалительного процесса слизистой кишечника в верхние отделы ЖКТ.

**Литература:**

1. Захарова И.Н, Дмитриева Ю.А. Особенности становления кишечной микрофлоры у детей раннего возраста //Педиатрия 2014; 6 [93]:139-143