

УДК 616.33/.342-036.12-053.2-036.1

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ

*М.Н. Репецкая**, *О.М. Бурдина*

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Россия

MODERN PECULIARITIES OF PEDIATRIC CHRONIC GASTRODUODENITIS COURSE

*M.N. Repetskaya**, *O.M. Burdina*

Academician Ye.A. Vagner Perm State Medical University, Russian Federation

Цель. Изучение современных клинико-лабораторных особенностей течения хронического гастродуоденита у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 55 детей с хроническим гастродуоденитом в возрасте 5–15 лет. Проводили комплексное клинико-лабораторное обследование, включая биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, pH-метрию, фиброгастродуоденоскопию.

Результаты. У наблюдавшихся детей хронический гастродуоденит часто сочетался с билиарной дисфункцией (80,0 %) и реактивными изменениями поджелудочной железы (72,7 %). Клиническая картина хронического гастродуоденита характеризовалась преобладанием абдоминалгий (100,0 %), наличием диспепсического синдрома в виде тошноты (78,2 %), отрыжки (76,4 %), нарушения аппетита (60,0 %). В возрасте 5–9 лет чаще встречались послабление стула ($p = 0,028$) и околопупочная локализация абдоминалгий ($p = 0,03$), а у подростков чаще определялись изжога ($p = 0,047$) и эпигастральная локализация абдоминалгий ($p = 0,037$). Повышение кислотообразующей функции желудка установлено в 58,2 % случаев. *Helicobacter pylori* выявлялся у 34,5 % детей. Чаще диагностировался поверхностный гастродуоденит (85,5 %). У 96,4 % детей регистрировался пангастрит, у 98,2 % детей – пандуоденит.

Выводы. Хронический гастродуоденит крайне редко встречается в виде изолированного заболевания. В патологический процесс вовлекается весь желудочно-кишечный тракт с проявлением билиарных дисфункций, реактивных изменений поджелудочной железы, нарушением моторики пищеварительного тракта. Необходима ранняя диагностика данного заболевания с последующим проведением профилактических мероприятий по предупреждению развития сочетанной патологии различных отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова. Хронический гастродуоденит, дети, особенности.

Aim. To study the modern clinicolaboratory peculiarities of chronic gastroduodenitis course in children.

Materials and methods. Fifty five children aged 5–15 years with chronic gastroduodenitis were under observation. Complex clinicolaboratory study including biochemical blood analysis, ultrasonic investigation of abdominal cavity organs, pH-metry, fibrogastroduodenoscopy was carried out.

Results. Chronic gastroduodenitis among the observed children was often associated with biliary dysfunction (80 %) and reactive changes in the pancreatic gland (72,7 %). Clinical picture of chronic

© Репецкая М.Н., Бурдина О.М., 2017

тел.: +7 (342) 265 14 91

e-mail: proffrep@yandex.ru

[Репецкая М.Н. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета; Бурдина О.М. – кандидат медицинских наук, директор медико-фармацевтического училища].

gastroduodenitis was characterized by the predominance of abdominalgias (100 %), presence of dyspeptic syndrome in the form of nausea (78,2 %), eructation (76,4 %), appetite disorders (60,0 %). Children aged 5-9 years, more often had diarrhea ($p = 0,028$) and periumbilical localization of abdominalgias ($p = 0,03$), but in adolescents there was more often observed heartburn ($p = 0,047$) and apigastral localization of abdominalgias ($p = 0,037$). Elevated acid-forming gastric function was stated in 58,2 % of cases. Helicobacter pylori was revealed in 34,5 % of children. More frequently superficial gastroduodenitis (85,5 %) was diagnosed. Pangastritis was registered in 96,4 % of children, panduodenitis – in 98,2 %.

Conclusions. Chronic gastroduodenitis extremely seldom occurs in the form of isolated disease. The whole gastrointestinal tract with manifestation of biliary dysfunctions, pancreatic reactive changes, digestive motor disorders is involved into the pathological process. Early diagnosis of this disease, followed by prophylactic measures to prevent the development of associated pathology of different parts of gastrointestinal tract is required.

Key words. Chronic gastroduodenitis, children, peculiarities.

ВВЕДЕНИЕ

Гастроэнтерологическая патология, в том числе хронические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у детей, представляет серьезную медико-социальную проблему ввиду ее значительной распространенности, особенностей течения и высокого риска ранней инвалидизации. В последнее десятилетие тенденция к снижению распространенности патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей отсутствует, напротив, отмечается ее неуклонный рост. По данным различных авторов, частота ее в последние годы выросла в 2–2,5 раза, что связано как с истинным увеличением числа больных воспалительными поражениями верхних отделов пищеварительного тракта, так и с использованием новых диагностических приемов [1, 3].

Особенности течения хронического гастроуденита в детском возрасте связаны с наличием критических периодов, затрагивающих формирование желудочно-кишечного тракта вследствие неравномерного роста и системно-органной дезинтеграции на фоне интенсивных морфофункциональных изменений, незрелости ферментных систем, напряженности обменных процессов и перестройки нейроэндокринной системы организма [1, 2].

Целью исследования явилось изучение современных клинико-лабораторных особенностей течения хронического гастроуденита у детей.

Задачи исследования:

- изучить особенности клинической картины хронического гастроуденита у детей, проживающих в г. Перми;
- охарактеризовать поражение различных отделов желудочно-кишечного тракта у детей с хроническим гастроуденитом;
- изучить особенности лабораторно-инструментальной диагностики хронического гастроуденита у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В городском отделении гастроэнтерологии детской клинической больницы № 13 г. Перми в 2015 г. обследовано 55 детей (24 мальчика и 31 девочка) в возрасте 5–15 лет с хроническим гастроуденитом в период обострения.

С целью верификации диагноза «хронический гастроуденит» всем пациентам проведено углубленное обследование, включающее анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования. Клинико-лабораторная диагностика выполнена с помощью автоматического био-

химического анализатора «Konelab 20» (США). Синдром цитолиза гепатоцитов оценивали по уровню аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы; холестатический синдром – по уровню прямого билирубина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы; функцию поджелудочной железы – по уровню амилазы и липазы в крови, амилазы в моче. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости ультразвуковым сканером Aloka SSD-5000 с использованием конвексного (частота 5 МГц) и линейного датчиков (частота 10 МГц), эндоскопическое исследование слизистой оболочки гастродуоденальной зоны гастроскопом «Olympus» (Япония), определялась кислотность (рН) желудочного сока ацидогастрометром АГМ-03 (Россия). *Helicobacter pylori* выявлялся иммуноферментным методом (ЗАО «Вектор-Бест») и в мазках-отпечатках биоптатов слизистой оболочки желудка с окраской по Романовскому-Гимзе. Критерии исключения из исследования: язвенная болезнь, тяжелые органические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Для статистической обработки использовали общепринятые методы вариационной статистики на основе анализа абсолютных и относительных величин. Изучение связи двух признаков проводили методом корреляционного анализа по Спирмену (r_s). Для определения различий по качественным признакам применяли двусторонний вариант точного критерия Фишера, критерий z . Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Дети с хроническим гастродуоденитом поступали в клинику в разном возрасте. Большая часть детей была в возрасте старше 10 лет (72,7 %). Отягощенная наследствен-

ность по заболеваниям пищеварительной системы определялась в 65,5 % случаев, чаще по материнской линии (47,3 %).

Пациенты предъявляли жалобы на абдоминалгии (100,0 %), диспепсические расстройства: тошноту – 78,2 %, отрыжку – 76,4 %, нарушение аппетита – 60,0 %; астеновегетативные симптомы: слабость – 56,4 %, утомляемость – 54,5 %, головные боли – 45,5 % (таблица). Абдоминалгии чаще имели ноющий характер (70,9 %), реже схваткообразный (58,2%) и режущий характер (3,6 %). 80,0 % пациентов отметили связь болей с приемом пищи, 54,5 % – с физической нагрузкой. Боль локализовалась преимущественно в околопупочной (76,4 %) и эпигастральной областях (70,9 %), реже в правом (14,5 %) и левом подреберьях (7,3 %), правой подвздошной (1,8 %) и надлобковой областях (1,8 %). Характер симптомов желудочной диспепсии свидетельствовал о наличии гиперацидных состояний у 25,5 % детей (изжога, отрыжка кислым).

Анализ клинической картины хронического гастродуоденита в зависимости от возраста выявил достоверные отличия: у детей в возрасте 5–9 лет чаще встречались послабление стула ($p = 0,028$) и околопупочная локализация абдоминалгий ($p = 0,03$), а у подростков достоверно чаще отмечались изжога ($p = 0,047$) и эпигастральная локализация абдоминалгий ($p = 0,037$) (рис. 1).

При физикальном обследовании определялись семиотические признаки со стороны желудочно-кишечного тракта: пальпаторная болезненность живота (100,0 %), обложенность языка (98,2 %), положительный симптом Менделя (54,5 %), пальпаторное увеличение печени (29,1 %). Болезненность при пальпации живота выявлялась преимущественно в эпигастральной (94,5 %) и околопупочной областях (81,8 %), реже в левом (5,5 %) и правом подреберьях (5,5 %), гипогастрии (5,5 %).

Характер жалоб у детей с хроническим гастродуоденитом

Жалобы	Дети с хроническим гастродуоденитом					
	5–9 лет (n = 15)		10–15 лет (n = 40)		Всего (n = 55)	
	абс.	M ± m	абс.	M ± m	абс.	M ± m
Абдоминалгии	15	100,0 ± 0	40	100,0 ± 0	55	100,0 ± 0
Тошнота	12	80,0 ± 10,3	31	77,5 ± 6,6	43	78,2 ± 5,6
Отрыжка	13	86,7 ± 8,8	29	72,5 ± 7,1	42	76,4 ± 5,7
Нарушение аппетита	7	46,7 ± 12,9	26	65,0 ± 7,5	33	60,0 ± 6,6
Слабость	6	40,0 ± 12,6	25	62,5 ± 7,7	31	56,4 ± 6,7
Утомляемость	7	46,7 ± 12,9	23	57,5 ± 7,8	30	54,5 ± 6,7
Головные боли	7	46,7 ± 12,9	18	45,0 ± 7,9	25	45,5 ± 6,7
Рвота	7	46,7 ± 12,9	13	32,5 ± 7,4	20	36,4 ± 6,5
Запоры	3	20,0 ± 10,3	9	22,5 ± 6,6	12	21,8 ± 5,6
Изжога	0	0	10*	25,0 ± 6,8	10	18,2 ± 5,2
Послабление стула	5**	33,3 ± 12,2	3	7,5 ± 4,2	8	14,5 ± 4,7
Головокружение	0	0	7	17,5 ± 6,0	7	12,7 ± 4,5
Неприятный запах изо рта	1	6,7 ± 6,5	1	2,5 ± 2,5	2	3,6 ± 2,5
Метеоризм	0	0	1	2,5 ± 2,5	1	1,8 ± 0,6
Горечь во рту	0	0	1	2,5 ± 2,5	1	1,8 ± 0,6
Икота	0	0	1	2,5 ± 2,5	1	1,8 ± 0,6

Примечание: * – достоверность различий по критерию Фишера между различными возрастными группами ($p = 0,047$); ** – достоверность различий по критерию Фишера между различными возрастными группами ($p = 0,028$).

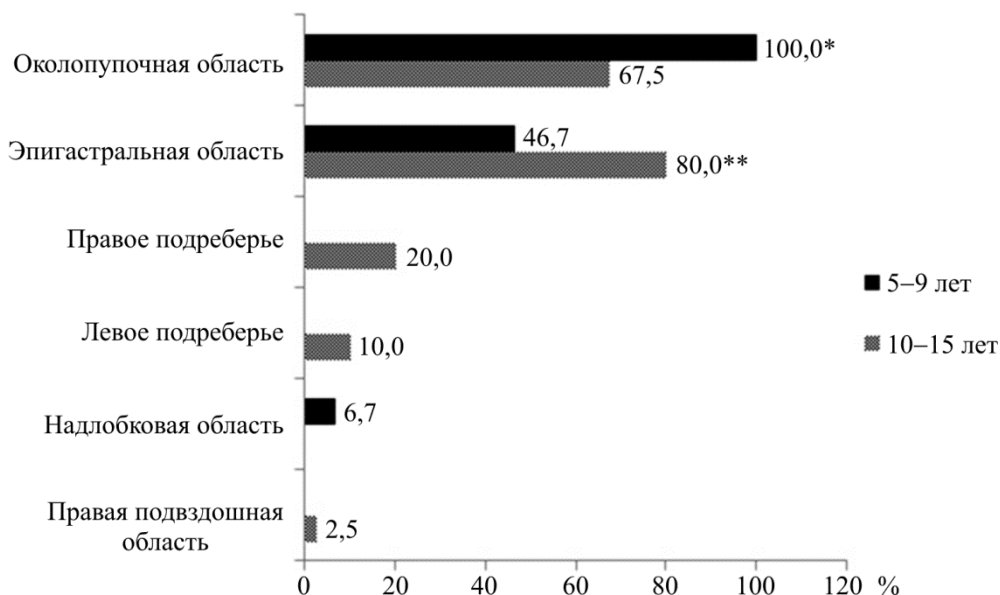


Рис. Локализация абдоминалгий у детей разного возраста при хроническом гастродуодените: * – достоверность различий по критерию z ($p = 0,03$), ** – достоверность различий по критерию z ($p = 0,037$)

Хронический гастродуоденит крайне редко встречался в виде монозаболевания (1,8 %). Среди сопутствующей патологии при заболеваниях гастродуоденальной зоны чаще диагностировались билиарная дисфункция (80,0 %) и реактивные изменения поджелудоч-

ной железы (72,7 %), реже лямблиоз (34,5 %), дуоденогастральный рефлюкс (32,7 %), дисбактериоз кишечника (29,1 %), гастроэзофагеальный рефлюкс (10,9 %), функциональное панкреатическое расстройство сфинктера Одди (7,3 %), гастроптоз (7,3 %), колоноптоз (7,3 %), энтероптоз (5,5 %), вторичный синдром мальабсорбции (5,5 %), долихосигма (3,6 %), аскаридоз (3,6 %), протозооз (3,6 %).

При биохимическом исследовании крови у каждого четвертого ребенка с хроническим гастродуоденитом определялось повышение уровня щелочной фосфатазы (25,5 %). У 27,3 % пациентов регистрировалось увеличение прямого билирубина. Маркеры холестаза (повышение щелочной фосфатазы и/или прямого билирубина) имели 45,5 % детей. Установлена прямая корреляция между наличием билиарной дисфункции и повышением щелочной фосфатазы и/или прямого билирубина ($r_s = 0,333$, $p = 0,013$). Повышение в крови аспартатаминотрансферазы наблюдалось в 10,9 % случаев. Гиперамилаземия отмечалась лишь у 2 детей, гиперамилазурия – у 4 детей с функциональным панкреатическим расстройством сфинктера Одди. Уровни аланинаминотрансферазы, гамма-глутамилтрансферазы, липазы у всех пациентов были нормальными.

По результатам рН-метрии повышение кислотообразующей функции желудка установлено в 58,2 % случаев, нормацидное состояние диагностировано в 41,8 % случаев. Ощелачивающая функция антрального отдела желудка у большинства обследованных компенсирована (98,2 %), реже субкомпенсирована (1,8 %). Среднее значение рН в теле желудка составило $1,47 \pm 0,04$, в антруме – $6,47 \pm 0,07$. *Helicobacter pylori* выявлялся лишь у 34,5 % детей.

При проведении эндоскопического исследования слизистой оболочки гастроду-

денальной зоны чаще диагностировался поверхностный гастродуоденит (85,5 %), реже гиперпластический (14,5 %). Зернистый рельеф слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки обнаруживался только у *Helicobacter pylori*-позитивных пациентов. Воспалительный процесс у детей эндоскопически характеризовался распространенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки (у 96,4 % – пангастрит, у 98,2 % – пандуоденит). 34,5 % детей имели эндоскопические признаки моторно-эвакуаторных нарушений. Эзофагит регистрировался в 5,5 % случаев, недостаточность кардии – в 5,5 %, недостаточность привратника – в 3,6 %, пилороспазм – в 1,8 %.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости изменения панкреатобилиарной системы были зафиксированы у 94,5 % детей. У 81,8 % пациентов отмечено уплотнение стенок желчного пузыря, что можно расценить как проявление начинающихся застойных явлений. Утолщенные стенки желчного пузыря выявили у 5,5 % детей. У 43,6 % пациентов диагностированы перегибы желчного пузыря. В 18,2 % случаев был обнаружен рыхлый осадок в желчном пузыре, что свидетельствует о нарушении коллоидной стабильности желчи. В дальнейшем это может способствовать образованию желчных камней. Небольшое расширение общего желчного протока в дистальном отделе определили у 2 детей. Гипоплазия желчного пузыря выявлена в 1,8 % случаев. Реактивные изменения поджелудочной железы наблюдались в виде уплотнения стенок сосудов (41,8 %), увеличения хвоста (25,5 %), головки (20,0 %) и тела (7,3 %), повышенной эхогенности паренхимы (16,4 %), неоднородности эхоструктуры (12,7 %). У 20,0 % детей обнаружены реактивные из-

менения печени в виде уплотнения стенок внутрипеченочных сосудов (12,7 %) и крупных ветвей воротной вены (1,8 %), усиления сосудистого рисунка (7,3 %). В 16,4 % случаев отмечалось увеличение мезентериальных и в 10,9 % – перипортальных лимфоузлов.

Выводы

1. Хронический гастродуоденит крайне редко встречается в виде изолированного заболевания. В патологический процесс вовлекается весь желудочно-кишечный тракт с проявлением билиарных дисфункций, реактивных изменений поджелудочной железы, нарушением моторики пищеварительного тракта. Необходима ранняя диагностика данного заболевания с последующим проведением профилактических мероприятий по предупреждению развития сочетанной патологии различных отделов желудочно-кишечного тракта.

2. Клиническая картина хронического гастродуоденита характеризуется преобладанием абдоминалгий ноющего характера с преимущественной локализацией в околопупочной и эпигастральной областях, наличием диспепсического синдрома в виде тошноты, отрыжки, нарушения аппетита. У детей 5–9 лет достоверно чаще встречается послабление стула, околопупочная лока-

лизация абдоминалгий, а в возрасте 10–15 лет чаще определяется изжога, эпигастральная локализация абдоминалгий.

3. Преобладающей формой хронического гастродуоденита у детей является распространенный поверхностный *Helicobacter pylori*-негативный гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией.

Библиографический список

1. Воробьева А.В. Особенности течения хронического гастродуоденита у детей (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий 2016; 1, available at: <http://vnmt.ru/Bulletin/E2016-1/8-2.pdf>

2. Гурова М.М., Циркунова В.В. Сопутствующие заболевания органов пищеварения у детей подросткового возраста с хроническим гастродуоденитом. Вестник Новгородского государственного университета 2014; 78: 37–43.

3. Сичинава И., Горелов И., Шершевская А. Патоморфоз хронического гастрита (гастродуоденита) у детей в течение 6 лет после антихеликобактерного лечения. Врач 2011; 8: 11–14.

Материал поступил в редакцию 25.03.2017