

**Е. М. Никифорова**

Волгоградский государственный медицинский университет

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ**

УДК 616.342-002-053.2-085

Выявлены эндоскопические и морфологические особенности поверхностного гастродуоденита у детей до и после эрадикационной терапии.

*Ключевые слова:* гастродуодениты, эндоскопические и морфологические признаки гастродуоденита, эрадикационная терапия.

**E. M. Nikiforova**

## **CHARACTERISTICS OF CHRONIC SUPERFICIAL GASTRODUODENITIS IN CHILDREN**

The study revealed endoscopic and morphological characteristics of superficial gastroduodenitis in children before and after eradication therapy.

*Key words:* gastroduodenitis, endoscopic and morphological signs of gastroduodenitis, eradication therapy.

Среди хронических заболеваний пищеварительной системы особое место занимают поражения органов гастродуоденальной зоны [1, 3, 4], на долю которых приходится 70—75 % гастроэнтерологических заболеваний у детей. Уровень заболеваемости у детей составляет, по данным российских педиатров [2, 4], 220—280 ‰, достигая в крупных промышленных городах и экологически неблагоприятных регионах 300—500 ‰. Анализ показателей распространенности болезней пищеварительной системы у детей в Российской Федерации показывает, что за последние 20 лет отмечается значительный рост гастроэнтерологической патологии у детей и имеет место неконтролируемое увеличение частоты заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, по данным эпидемиологических исследований, проведенных в Нижегородском регионе [1] в 70-е годы, распространенность неинфекционных гастроэнтерологических заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста составила соответственно 61,8 и 81,5 ‰. Аналогичные исследования в 90-е годы выявили увеличение этих показателей — соответственно до 398,1 и 365,2 ‰. Одним из ранних и наиболее легких вариантов гастродуоденитов считается поверхностный. Однако повторные обострения, длительный болевой синдром, трансформация в более тяжелые формы требует более внимательного и тщательного подхода к этим больным.

### **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Выявление корреляционных связей клинических, функциональных признаков и морфологических характеристик у детей с поверхностным гастродуоденитом на фоне эрадикационной терапии.

### **МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

В работе использованы материалы, полученные при обследовании 37 детей в возрасте от 9 до 14 лет. У всех детей эндоскопически подтвержден поверхностный гастродуоденит. Длительность заболевания составила 2—3 года со времени появления жалоб. У 31 (86 %) ребенка выявлены родственники, имеющие гастроэнтерологическую патологию. В ближайшие 3 месяца больные не получали антибактериальную терапию. Для постановки гастроэнтерологического диагноза проводилось тщательное изучение жалоб, анамнеза, клинических и инструментальных данных. Изучение состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилось по стандарту: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с pH-метрией и с морфологическим анализом биопсийного материала, дыхательный тест, биохимические показатели, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Комплексное обследование проводилось всем детям впервые. До настоящего обращения пациенты не обследовались, а лечились не системно и симптоматически.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Жалобы на различные варианты расстройств функции желудка и двенадцатиперстной кишки предъявляли 95 % (35) детей. Острый болевой синдром отмечали большинство больных 62 % (23) человек, который характеризовали как приступообразные, колющие, режущие боли. Тупые, ноющие, неопределенные боли в животе беспокоили 38 % (14) больных. У большинства детей (60,7 %) болевой синдром был умеренно выражен, сильные боли отмечали 17,7 % больных, а у 14,9 % боли

полностью отсутствовали. Появление болевого синдрома часто было связано с приемом пищи, ее качеством и объемом, а также с физическими нагрузками. У всех детей отмечались диспепсические явления в виде нарушения аппетита, отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты, метеоризма, расстройства стула.

При проведении ФЭГДС выявлено поражение антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая картина в этих отделах была представлена поверхностными воспалительными изменениями: гиперимированная, пастозная, рыхлая, отечная слизистая оболочка желудка со множеством фолликулов (у 14 больных), с гипертрофированными складками. Чаше у 32 детей эндоскопист отмечал активную повышенную перистальтику. При проведении ФЭГДС рН-метрия выявила гиперацидное состояние у 33 детей, у остальных — нормальную кислотность.

Биопсия проведена у 17 больных, в полученных биоптатах у всех пациентов выявлена обсемененность *H. pylori* различной степени выраженности: умеренная — у 11 детей и у остальных — выраженная. Дыхательный тест у всех был положительный.

Забор биоптатов проводился из тела и антрального отдела желудка, а также луковицы двенадцатиперстной кишки. Морфологически у всех детей выявлены признаки активного хронического воспаления (моноклеарная и лимфоцитарная инфильтрация, нарушение структуры ворсинок, отек интерстиция, стаз в капиллярах как кровеносных так и лимфатических сосудов). Морфологические признаки хронического воспаления выявлены в биоптатах из всех отделов ЖКТ, в том числе и в теле желудка, где эндоскопически патология не определялась. Гистологически наряду с выраженными воспалительными признаками определялись фиброзные изменения у 12 пациентов, очаги склероза и атрофии — у 7 больных. При микроскопическом исследовании кандидоз желудка и 12-перстной кишки выявлен у 4 детей.

Всем детям назначалась стандартная эрадикационная схема (аммоксициллин, омепразол, макмирор на 7 дней в возрастной дозе). Контроль дыхательного теста проводился через 3—4 недели после завершения терапии. У 9 пациентов он остался положительным, в том числе у 4, у которых в биоптате определялся кандидоз. Грибковые поражения желудка и двенадцатиперстной кишки могут являться одной из причин неэффективности эрадикации.

Повторное эндоскопическое исследование проводилось у 23 больных через 1 год. У пациентов, не приверженных предложенным рекоменда-

циям (7 человек), отмечалось как клиническое, так и эндоскопическое обострение. Комплаентные больные все вернулись без клинических проявлений заболевания, но эндоскопические признаки воспаления сохранились у 5 детей, у остальных визуальнo патологии выявлено не было. Контрольное гистологическое исследование проведено у 4 больных. У трех пациентов значительно уменьшились признаки воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, но сохранились фиброзные изменения и очаги атрофии и склероза. Обсемененность *H. pylori* значительно снизилась, определялись единичные бактерии в поле зрения и у всех — отрицательный дыхательный тест. А у одного ребенка обсемененность *H. pylori* из выраженной стала умеренно выраженной, а также сохранились умеренные признаки воспаления, что вероятно предполагает скорое обострение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в стадии обострения эндоскопические признаки хронического воспаления в гастродуоденальной зоне коррелируют по степени выраженности с морфологическими характеристиками. Наряду с этим необходимо отметить, что гистологическая картина дает более полное представление о тяжести и объеме поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Эффективность эрадикационной терапии зависит от приверженности пациентов, наличия кандидозных поражений слизистой оболочки, а также подобранной схемы. Все эти характеристики могут служить критериями развития скорого обострения. При исчезновении клинических симптомов и эффективной эрадикации *H. pylori* у пациентов остаются морфологические изменения в форме фиброза и очаговой атрофии, что требует дополнительной терапии с целью профилактики развития обострений и длительного диспансерного наблюдения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А. И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей / Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России. — М., 2006.
2. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина. — М.: Медпрактика, 2003.
3. Корсунский А. А., Щербаков П. Л., Исаков В. А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. — М.: Медпрактика, 2002.
4. Современные методы лечения и реабилитации детей с хронической гастродуоденальной патологией. Критерии выздоровления / Под ред. А. А. Баранова, П. Л. Щербакова и др. — Пособие для врачей. — М., 2005.