

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

В.Г. САПОЖНИКОВ, А.В. ВОРОБЬЕВА

ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет», медицинский институт,  
ул. Болдина, д. 128, Тула, Россия, 300028

**Аннотация.** В последнее время в России растёт число детей, которые больны хроническими воспалительными заболеваниями органов пищеварения. В данной статье рассматриваются клинические проявления хронических болезней гастродуоденальной зоны у детей. Актуальность проблемы хронических заболеваний органов желудочно-кишечного тракта обусловлена значительной распространённостью у детей заболеваний органов пищеварения, среди которых ведущее место занимает гастродуоденальная патология. Высокая распространённость данной патологии среди детского населения является важной социальной и медицинской проблемой. Анализ показателей распространённости 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. Клинические проявления хронической патологии гастродуоденальной зоны разнообразны и зависят от степени структурных изменений органов, их локализации, стадии патологического процесса, функционального состояния и нарушения обменных процессов в организме. Хронические заболевания органов пищеварения у детей очень часто начинаются в дошкольном и школьном возрасте. Для заболеваний гастродуоденальной зоны характерно рецидивирующее течение, это приводит к выраженным анатомическим изменениям органа и в дальнейшем к потере трудоспособности и инвалидизации взрослого населения.

**Ключевые слова:** клинические проявления, органы пищеварения, хронические заболевания.

THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF CHRONIC DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM  
IN CHILDREN

V.G. SAPOZHNIKOV, A.V. VOROBYOVA

*Tula State University, Medical Institute, Boldin Str. 128, Tula, Russia, 300028*

**Abstract.** Recently, a number of children with chronic inflammatory diseases of the digestive organs is growing in Russia. This article considers the clinical manifestations of children with chronic gastro-duodenal diseases. The problems of the chronic diseases of gastrointestinal tract are relevant due to the significant prevalence the digestive diseases in children, among them the leading place is a gastro-duodenal pathology. The high prevalence of this pathology in children is an important social and medical problem. An analysis of the prevalence of digestive diseases among the children in the Russian Federation indicates that over the last 20 years there is a significant increase in gastrointestinal pathology in children and uncontrolled increase in the incidence of diseases of the stomach and duodenum. The clinical manifestations of a chronic gastro-duodenal pathology are various and depend on the degree of structural changes of the organs, their location, a stage of the pathological process, functional status and disturbance of metabolic processes in the body. Chronic diseases of the digestive system in children often begin in pre-school and school age. The gastro-duodenal diseases have a relapsing course, they are a cause of anatomical changes of the body. In the future, it leads to loss of earning capacity and disability among the adult population.

**Key words:** clinical manifestations, digestive organs, chronic diseases.

В последние годы в России продолжает сохраняться устойчивая тенденция к росту числа детей, больных хроническими воспалительными заболеваниями органагастродуоденальной зоны. Это делает особенно актуальной проблему этиопатогенеза, клиники, лечения детей с хроническими гастритами, гастродуоденитами, язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки [5,21,23,24].

**Цель исследования** – изучение и анализ частоты встречаемости различных клинических проявлений у больных детей с патологией органов гастродуоденальной зоны.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 474 больных ребенка в возрасте 1-15 лет с различной патологией гастродуоденальной зоны, которая носила в основном хронический сочетанный характер [15,25]. Основную массу обследованных больных составили дети с хроническими гастритами (39,7% от общего числа детей), гастродуоденитами (17,5%), дисфункцией желчного пузыря, где этот диагноз был основным (16,2%), хроническими холецистохолангитами (11,8%) [9,19].

По всем нозологическим единицам, кроме хронических панкреатитов и холангитов, наблюдалось

преобладание больных девочек по отношению к мальчикам, особенно резко эта тенденция была ярко выражена в случае хронических холецистохолангитов (73,2% – девочки), дисфункции желчного пузыря (67,5%), хронических гастритов (64,4%), дуоденитов (58,3%) [16]. Это в целом совпадает с данными [3,10] о большей подверженности девочек хронической неинфекционной патологии гастродуоденальной зоны.

В данной работе исходили из классификации хронических гастритов, гастродуоденитов, дуоденитов, язвенной болезни у детей, предложенной А. В. Мазуриным с соавт. [4,13,14,22], согласно которой выявляют три стадии в течении данных заболеваний: I – обострение, II – неполная ремиссия, III – полная клиническая ремиссия. Аналогичная классификация предложена и для хронических воспалительных заболеваний желчных ходов, при хроническом панкреатите у детей.

Все обследованные больные дети с различными воспалительными заболеваниями органов гастродуоденальной зоны при поступлении в стационар имели клинику, характерную для стадии обострения, и обычно выписывались для амбулаторного до лечения в стадии неполной ремиссии [20].

Длительность заболевания колебалась следующим образом: до года – 11,1%, от 1 до 3 лет – у 56,4%, свыше 3 лет – у 32,5% от общего числа стационарно обследованных больных.

**Результаты и их обсуждение.** Как следует из табл. 1, у 60,5% обследованных детей отмечалось нарушение аппетита, т. е. его снижение или избирательный аппетит, у половины детей с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки нарушение аппетита наблюдалось в виде его резкого повышения с быстрым насыщением после приема небольшого количества пищи. Наиболее выраженное нарушение аппетита наблюдалось у детей с хроническими холангитами, панкреатитами, холецистохолангитами, холециститами, дуоденитами.

*Тошнота* была отмечена у 44,1% от всей группы стационарно обследованных больных детей с различной патологией органов гастродуоденальной зоны, что согласуется с данными [2] о том, что у детей с хроническими гастритами, дуоденитами, гастродуоденитами данный симптом наблюдался в 49,1% случаев. Наиболее выраженной *тошнота* была у детей с хроническими холециститами (85,7%), язвенной болезнью (63,6%), хроническими панкреатитами (62,5%).

Диспепсические проявления в виде *рвоты* отмечены у 26,8% от общего числа больных детей, причем наиболее часто рвота наблюдалась в стадии обострения у детей с хроническими воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей (табл. 1), при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (45,5%). Для детей с хроническими холециститами, холангитами, холецистохолангитами, панкреатитами в большинстве случаев была характерна

*рвота* (обычно желчью), не приносящая облегчения. Для больных с хроническими гастритами, гастродуоденитами, дуоденитами, язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки была свойственна рвота (обычно многократная, съеденной пищей), приносящая облегчение. Это совпадает с имеющимися данными [1,2,18] о том, что при хронической патологии органов гастродуоденальной зоны рвота отмечалась у четверти обследованных больных.

Таблица 1

**Частота встречаемости различных клинических проявлений у больных детей с патологией органов гастродуоденальной зоны в абсолютных цифрах и (в скобках) в % по отношению к общему числу больных с данной патологией**

Основной диагноз (по общему числу больных с данным заболеванием)	Нарушение аппетита	Тошнота	Рвота	Изжога	Горечь во рту	Отрыжка
1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка (n-22).	18 (81,8%)	14 (63,6%)	10 (45,5%)	20 (91%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)
2. Хронический гастродуоденит (n-83).	55 (66,3%)	48 (57,8%)	18 (21,7%)	63 (75,9%)	32 (38,6%)	24 (29%)
3. Хронический гастрит (n-188).	106 (56,4%)	75 (39,9%)	50 (26,6%)	162 (86,2%)	51 (27,1%)	71 (37,8%)
4. Хронический дуоденит (n-24).	20 (83,3%)	14 (58,3%)	8 (33,3%)	17 (70,8%)	8 (33,3%)	9 (37,5%)
5. Дисфункция желчного пузыря (n-77).	15 (19,5%)	10 (13%)	5 (6,5%)	2 (2,6%)	12 (15,6%)	3 (3,9%)
6. Хронический холецистит (n-14).	13 (92,8%)	12 (85,7%)	9 (64%)	4 (28,6%)	12 (85,7%)	7 (50%)
7. Хронический холангит (n-2).	2	1	1	-	2	1
8. Хронический холецистохолангит (n-56).	50 (89,3%)	30 (53,6%)	22 (39,3%)	30 (53,6%)	49 (87,5%)	35 (62,5%)
9. Хронический панкреатит (n-8).	8	5	4	3	6	5
Итого: 474	287 (60,5%)	209 (44,1%)	127 (26,8%)	301 (63,5%)	182 (38,4%)	167 (35,2%)

*Изжога* встречалась у 63,5% всех больных детей с различной патологией органов гастродуоденальной зоны. Наиболее выраженным этот диспепсический признак был у детей с язвенной болезнью (91%), с хроническими гастритами (86,2%), гастродуоденитами (75,9%), дуоденитами (70,8%), т.е. в тех случаях, когда основной диагноз был связан с поражением слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки. Более редко изжога наблюдалась у детей с хроническими холецистохолангитами (53,6%), которые примерно с такой же частотой сочетались с гастритами или дуоденитами, у детей с хроническими панкреатитами (37,5%), которые в четверти случаев сочетались с гастритами или дуоденитами, при хронических холециститах (28,6%), которые в 35,7% случаев сочетались с гастритами, дуоденитами, как сопутствующими заболеваниями (табл. 1).

Мойнигановский тип *болей в животе* был отмечен у 63,6% детей с язвенной болезнью и у 66,3% больных с хроническими гастродуоденитами в стадию обострения (60,8% – по А. М. Запруднову [6], у 45%: детей с

язвенной болезнью, 24% больных с хроническими гастродуоденитами в стадию неполной клинической ремиссии (27,0% – М.А. Куршин [12]; 32,2% – А.М. Запруднов [8]. Боли в животе имели связь с физической нагрузкой (занятиями физкультурой, подвижными играми, прыжками и т. д.) у 91% детей с дисфункцией желчного пузыря, у половины детей с хроническими холециститами, холангитами, у 62,5% детей с хроническими холецистохолангитами, у 25% детей с хроническими панкреатитами, у 21,7% детей с хроническими гастродуоденитами (24,7% – по А.М. Запруднову) [7]. Дети с хроническими холецистохолангитами, холециститами, панкреатитами не отмечали обычно какой-либо четкой зависимости болей в животе от приема пищи, как в стадию обострения, так и в стадию неполной клинической ремиссии воспалительных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны [11]. Боли в животе у детей с ДЖВП также не были связаны с приемом пищи, обычно остро и неожиданно возникали, но не носили упорного характера в отличие от хронических воспалительных заболеваний желчевыводящей системы и поджелудочной железы, быстро проходили, нередко самостоятельно, без лечебных мероприятий [17].

нием желчевыводящей системы (хронический холецистит, холангит, холецистохолангит), поджелудочной железы (панкреатит), желудка (гастрит) оказался характерным симптом появления синих теней вокруг глаз, длительно, непроходящих в стадию обострения, в сочетании с западением глазных яблок [13]. Данный симптом, на наш взгляд, также обусловлен явлениями интоксикации в организме ребенка [14].

Обложенность языка белым, серым налетом (полная обложенность или у корня, по краям) наблюдалась у 93% всех обследованных больных (у детей с ДЖВП отмечена только в 19,5%), этот симптом был наиболее выражен у детей с язвенной болезнью, хроническими гастродуоденитами, гастритами, дуоденитами, холециститами, холангитами, холецистохолангитами, панкреатитами в стадию обострения (95% больных данной группы), реже – в стадию неполной ремиссии (62%). По имеющимся данным [18] обложенность языка отмечалась у 94,6% детей с гастродуоденальной патологией.

**Выводы:**

1. Наиболее выраженное нарушение аппетита наблюдалось у детей с хроническими холангитами, панкреатитами, холецистохолангитами, холецисти-

тами, дуоденитами. Тошнота была отмечена у 44,1% от всей группы стационарно обследованных больных детей с различной патологией органов гастродуоденальной зоны.

2. Проявления в виде рвоты отмечены у 26,8% от общего числа больных детей, причем наиболее часто рвота наблюдалась в стадии обострения у детей с хроническими воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей.

3. Изжога встречалась больше чем у половины всех больных детей с различной патологией органов гастродуоденальной зоны, причем наиболее выраженным этот диспепсический признак был у детей с язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки.

4. Мойнигановский тип болей в животе был отмечен у 63,6% детей с язвенной болезнью и у 66,3% больных с хроническими гастродуоденитами в стадию обострения.

5. Боли в животе имели связь с физической нагрузкой (занятиями физкультурой, подвижными играми, прыжками и т. д.) у 91% детей с дисфункци-

**Частота встречаемости различных клинических проявлений у больных детей с патологией органов гастродуоденальной зоны в абсолютных цифрах и (в скобках) в % по отношению к общему числу больных с данной патологией**

Основной диагноз (п- общее число больных с данным заболеванием)	Метеоризм	Запоры	Чувство тяжести после еды	Боль в эпигастрии	Боль в пилородуоденальной зоне	Боль в правом подреберье
1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка (п-22).	19 (86,45%)	3 (13,6%)	8 (36,4%)	21 (9,5%)	21 (9,5%)	21 (9,5%)
2. Хронический гастродуоденит (п-83).	59 (71%)	20 (24%)	41 (49,4%)	82 (98,8%)	80 (96,4%)	80 (96,4%)
3. Хронический гастрит (п-188).	142 (75,5%)	44 (23,4%)	28 (14,9%)	186 (98,9%)	140 (74,5%)	135 (71,8%)
4. Хронический дуоденит (п-24)	17 (70,8%)	2 (8,3%)	5 (20,8%)	24 (100%)	24 (100%)	20 (83,3%)
5. Дисфункция желчного пузыря (п-77)	28 (36,4%)	6 (7,8%)	1 (1,3%)	70 (91%)	6 (7,8%)	6 (7,8%)
6. Хронический холецистит (п-14)	11 (78,6%)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	14 (100%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)
7. Хронический холангит (п-2)	2 -	-	-	2 -	2 -	2 -
8. Хронический холецистохолангит (п-56)	47 (83,9%)	21 (37,5%)	4 (7,1%)	55 (98,2%)	20 (35,7%)	35 (62,5%)
9. Хронический панкреатит (п-8)	7	5	2	8	4	4
Итого: 474	332 (70%)	106 (22,4%)	91 (19,2%)	462 (97,5%)	301 (63,5%)	307 (64,8%)

Синдром интоксикации проявился у детей с различной патологией органов гастродуоденальной зоны головными болями (22,4%), головокружением (15%), повышенной утомляемостью (90%), слабостью (12,5%), раздражительностью, плаксивостью (16,4%), обмороками (3,4%). Для детей с сочетанным пораже-

Таблица 2

ей желчного пузыря.

#### Литература

1. Асеев В., Катилус К., Иванаускас Т. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Курган, 1988.

2. Ахметова Р.А. Состояние иммунологической реактивности и показатели сывороточных гликопротеидов при гастродуоденальной патологии у детей. Дисс. канд. мед. наук. Уфа, 1981.

3. Ахметова Р.А. Роль некоторых иммунологических нарушений в патогенезе хронических гастродуоденитов у детей // Педиатрия. 1989. № 10. С. 111.

4. Болезни органов пищеварения у детей (Руководство для врачей) / Под ред. А. В. Мазурина. Москва: Медицина, 1984. 655 с.

5. Воробьева А.В. О проблеме лечения хронического гастродуоденита у детей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2013. №1. Публикация 2-203. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4670.pdf> (дата обращения: 02.12.2013).

6. Запруднов А.М. Мазурин А.В., Филин В.А. Критерии диагностики гастродуоденальной патологии в детском возрасте // Вопр. охр. мат. и детства. 1977. № 9. С. 41–43.

7. Запруднов А.М., Мазурин А.В. Болезни органов пищеварения у детей // Под ред. А.В.Мазурина. М., 1994. С. 316–345.

8. Запруднов А.М. Гастродуоденит у детей (патогенез, клиника, диагностика, лечение). Дисс. докт. мед. наук. Москва, 1985.

9. Запруднов А.М. Проблемы и перспективы детской гастроэнтерологии // Педиатрия. 1991. № 9. С. 4–11.

10. Комарова Л.Г. Клинико-биохимическая оценка формирования и течения язвенной болезни и хронических гастродуоденитов у детей. Дисс. докт. мед. наук. Горький, 1986. 297 с.

11. Куршин М.А. О значении некоторых биохимических показателей желчи для диагностики заболеваний желчевыводящей системы у детей // Педиатрия. 1979. № 3. С. 54–56.

12. Куршин М.А. Хронические заболевания органов пищеварения у детей (распространенность, клиника, диагностика, диспансеризация). Дисс. докт. мед. наук. Новокузнецк, 1979.

13. Гастродуодениты у детей / Мазурин А.В., Мирошниченко В.А., Борчунова Н.Н. [и др.] // Вопр. охраны мат. и детства. 1975. № 3. С. 23–28.

14. Мазурин А.В., Запруднов А.М. Актуальные проблемы гастродуоденита // Вопросы детской гастроэнтерологии. 1980. вып. 1. С. 54–60.

15. Сапожников В.Г. Эхографические критерии патологии органов гастродуоденальной зоны у детей. Дис. докт. мед. наук. Витебск, 1992. 390 с.

16. Сапожников В.Г., Сапожников А.Г. Способ диагностики хронического панкреатита у детей // Авторское свидетельство № 1593630, 1987.

17. Сапожников В.Г. Способ эхографического определения эвакуаторной функции желудка у детей // Авторское свидетельство № 1576156, 1988.

18. Сапожников В.Г. Эхография желудка и двенадцатиперстной кишки у детей в норме и при патологии // Вестник рентгенологии и радиологии. 1989. № 5. С. 21–25.

19. Сапожников В.Г. Хронические воспалительные заболевания гастродуоденальной зоны у детей. Архангельск, 1995. 108 с.

20. Сапожников В.Г. Хеликобактерассоциированные гастродуодениты у детей // Медицинская газета. 2014. №42. С. 9.

21. Тарасова О.В., Муратова А.П., Епимахова Ю.В., Силаков В.И. Некоторые аспекты детского здоровья в разных регионах. Тула, 2011. 120 с.

22. Chronic Duodenal Ulcer in Children: Clinical observation and Response to Treatment / Bor-Luon Chiang, Met-Hwei Chang, Min-I. Lin, Chong-Yi Wang [et al.] // J. Pediatr. Gastroenter. Yutz. 1989. Vol. 8. N 2. P. 161–165.

23. Lutz H., Meudt R. Manual of Ultrasound. Sprindler-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984. P. 77–82.

24. Moore J.C., Mcintyre B., Alazreki N. Gastric emptying of combined liquid-solid meals in healed duodenal ulcer // Digest. Dis. Sci. 1985. Vol. 30. P. 1134–1138.

25. Morgan C.L., Trought W.S., Oddson T.A., Clarkn W.M. Ultrasound patterns of disorders affecting the gastrointestinal tract // Radiology. 1980. Vol. 135. P. 129–135.

#### References

1. Aseev V, Katilyus K, Ivanauskas T. Yazvennaya bolezni' zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki. Kurgan; 1988. Russian.

2. Akhmetova RA. Sostoyanie immunologicheskoy reaktivnosti i pokazateli syvorotochnykh glikoproteidov pri gastroduodenal'noy patologii u detey [dissertation]. Ufa; 1981. Russian.

3. Akhmetova RA. Rol' nekotorykh immunologicheskikh narusheniy v patogeneze khronicheskikh gastroduodenitov u detey. Peditriya. 1989;10:111. Russian.

4. Bolezni organov pishchevareniya u detey (Rukovodstvo dlya vrachey) / Pod red. A. V. Mazurina. Moscow: Meditsina; 1984. Russian.

5. Vorob'eva AV. O probleme lecheniya khronicheskogo gastroduodenita u detey. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoe izdanie [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 02];1:[about 6 p.]. Russian. available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4670.pdf>.

6. Zaprudnov AM, Mazurin AV, Filin VA. Kriterii diagnostiki gastroduodenal'noy patologii v detskom vozraste. Vopr. okhr. mat. i detstva. 1977;9:41-3. Russian.

7. Zaprudnov AM, Mazurin AV. Bolezni organov pishchevareniya u detey // Pod red. A.V.Mazurina. Moscow; 1994. Russian.

8. Zaprudnov AM. Gastroduodenit u detey (patogenez, klinika, diagnostika, lechenie) [dissertation]. Moscow (Moscow region); 1985. Russian.

9. Zaprudnov AM. Problemy i perspektivy detskoy gastroenterologii. Pediatriya. 1991;9:4-11. Russian.

10. Komarova LG. Kliniko-biokhimicheskaya otsenka formirovaniya i techeniya yazvennoy bolezni i khronicheskikh gastroduodenitov u detey [dissertation]. Gor'kiy; 1986. Russian.

11. Kurshin MA. O znachenii nekotorykh biokhimicheskikh pokazateley zhelchi dlya diagnostiki zabolevaniy zhelchevyvodyashchey sistemy u detey. Pediatriya. 1979;3:54-6. Russian.

12. Kurshin MA. Khronicheskie zabolevaniya organov pishchevareniya u detey (rasprostranennost', klinika, diagnostika, dispanserizatsiya) [dissertation]. Novokuznetsk; 1979. Russian.

13. Mazurin AV, Miroshnichenko VA, Borchunova NN, et al. Gastroduodenit u detey. Vopr. okhrany mat. i detstva. 1975;3:23-8. Russian.

14. Mazurin AV, Zaprudnov AM. Aktual'nye problemy gastroduodenita. Voprosy detskoy gastroenterologii. 1980;1:54-60. Russian.

15. Sapozhnikov VG. Ekhograficheskiekriterii patologii organov gastroduodenal'noy zony u detey [dissertation]. Vitebsk; 1992. Russian.

16. Sapozhnikov VG, Sapozhnikov AG. Sposob diagnostiki khronicheskogo pankreatita u detey. Avtorskoe svidetel'stvo № 1593630; 1987. Russian.

17. Sapozhnikov VG. Sposob ekhograficheskogo opredeleniya evakuatornoy funktsii zheludka u detey. Avtorskoe svidetel'stvo № 1576156; 1988. Russian.

18. Sapozhnikov VG. Ekhografiya zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki u detey v norme i pri patologii. Vestnik rentgenologii i radiologii. 1989;5:21-5. Russian.

19. Sapozhnikov VG. Khronicheskie vospalitel'nye zabolevaniya gastroduodenal'noy zony u detey. Arkhangel'sk; 1995. Russian.

20. Sapozhnikov VG. Khelikobakterassotsiirovannye gastroduodenity u detey. Meditsinskaya gazeta. 2014;42:9. Russian.

21. Tarasova OV, Muratova AP, Epimakhova YuV, Silakov VI. Nekotorye aspekty detskogo zdorov'ya v raznykh regionakh. Tula; 2011. Russian.

22. Bor-Luon Chiang, Met-Hwei Chang, Min-1. Lin, Chong-Yi Wang, et al. Chronic Duodenal Ulcer in Children: Clinical observation and Response to Treatment. J. Pediatr. Gastroenter. Yutz. 1989;8(2):161-5.

23. Lutz H, Meudt R. Manual of Ultrasound. Sprindler-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo; 1984.

24. Moore JC, Mcintyre B, Alazreki N. Gastric emptying of combined liquid-solid meals in healed duodenal ulcer. Digest. Dis. Sci. 1985;30:1134-8.

25. Morgan CL, Trought WS, Oddson TA, Clark WM. Ultrasound patterns of disorders affecting the gastrointestinal tract. Radiology. 1980;135:129-35.

УДК: 616.23/.24-002-053.2-08

DOI: 10.12737/9072

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.В. САДОВНИКОВА, А.В. ЗУДОВ

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ»,  
пл. Минина и Пожарского, д.10/1, г. Нижний Новгород, Россия, ГСП-470, 603950*

**Аннотация.** Поиск оптимальных методов лечения бронхообструктивных заболеваний является актуальной проблемой детской пульмонологии.

Общие клинические проявления характеризуются приступами удушья, удлиненным выдохом, малопродуктивным кашлем, свистящим и шумным дыханием иногда с привлечением вспомогательной мускулатуры.

Наиболее частой причиной развития бронхообструктивных заболеваний являются бронхиальная астма, обструктивный бронхит и пороки развития легких и бронхов.

В патогенезе бронхиальной обструкции при респираторных инфекциях основное значение имеют воспалительная инфильтрация слизистой оболочки бронхов, ее отек, гиперсекреция вязкой слизи и бронхоспазм, обусловленный гиперреактивностью бронхов воспалительного характера.

Для диагностики заболевания важно установить наличие или отсутствие эффективности защитных механизмов организма различного иерархического уровня.

Для защиты дыхательных путей от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды в процессе онтогенеза сформировались защитные механизмы. Первым этапом очищения бронхиальной системы является