

Профессор Я.Ю.Иллек, профессор Н.Ф.Камакин, доцент В.Н.Галкин, ассистент  
Н.И.Саламайкин

ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И  
ИЗМЕНЕНИЙ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ  
КИШКИ У ДЕТЕЙ

*Кафедра детских болезней, кафедра нормальной физиологии, кафедра детской  
хирургии КГМА*

В соответствии с современным определением, язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризирующееся образованием язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке вследствие расстройства общих и местных механизмов нервной и гуморальной регуляции основных функций гастродуоденальной системы, нарушения тонуса и развития протеолиза слизистой оболочки. В патогенезе язвенной болезни важная роль принадлежит корковой и подкорковой, вегетативной и гуморальной регуляции, местных регуляторных механизмов секреторной и моторной функции гастродуоденальной системы, приводящих к несоответствию между защитными механизмами слизистой оболочки и агрессивным кислотно-пептическим фактором, определено значение генетической предрасположенности, пищевой и лекарственной аллергии, геликобактериоза (Сапожников В.Г., 1995; Фролькис А.В., 1995; Мазурин А.В. с соавт., 1996; Баранов А.А. с соавт., 1996; Лапина Т.А., 1999; Аруин Л.И., 1999).

По данным литературы (Запруднов А.М., Мазурин А.В., 1984; Ситникова Е.А., Федулina О.С., 1996; Смирнов В.Ф. с соавт., 1996), язвенной болезнью страдает 2-3% населения мира; у взрослых лиц показатель распространенности язвенной болезни составляет 10:1000, а у детей - 1:1000. У взрослых лиц преобладает язвенная болезнь желудка или наблюдается двойная локализация язвенных дефектов, тогда как у детей в 80-90% случаев диагностируется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь у детей выявляется чаще всего в школьном возрасте, но формирование ее начинается раньше. Многие исследователи отмечают быстрый и неуклонный рост заболеваемости детей язвенной болезнью. В этой связи представляет интерес данные, полученные нами при изучении факторов, предрасполагающих к развитию болезни, анализе результатов общеклинических, клинко-лабораторных и инструментальных исследований у детей, страдающих язвенной болезнью, в разные периоды процесса.

Под наблюдением в областной детской клинической больнице и городской детской клинической больнице г.Кирова в период с 1996 по 1999г. находилось 53 ребенка в возрасте 10- 14 лет с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), среди которых преобладали в 2,8 раза мальчики. Больных в возрасте 10-12 лет было 26,4%, а в возрасте 12- 14 лет - 73,6%. Большинство наблюдаемых детей (69,8%) проживали в городах, а 30,2% - в сельской местности Кировской области; 35,9% больных были из семей рабочих, а 64,1% больных - из семей служащих. У большинства больных (73,6%) отмечалась впервые выявленная язва двенадцатиперстной кишки, а 26,4% детей были госпитализированы в стационар в связи с рецидивом язвенной болезни.

Как известно, на формирование хронической патологии органов желудочно-кишечного тракта оказывают определенное влияние социально-бытовые факторы, перенесенные заболевания и преморбидные состояния, что учитывалось при анализе анамнестических данных у наблюдаемых нами больных.

Установлено, что большинство детей с ЯБДК (86,8%) проживали в удовлетворительных условиях, но родители 13,2% детей предъявляли жалобы на плохие жилищно-бытовые условия (проживание в общежитии, неблагоустроенные квартиры, теснота, скученность и др.). В анамнезе у 30,2% наблюдаемых больных отмечалась ante- и интранатальная гипоксия, 17,0% детей на первом году жизни наблюдались по поводу перинатального поражения ЦНС, а у 7,5% детей было диагностировано на первом году жизни повышение внутричерепного давления. Менее половины наблюдаемых детей (41,5%) в течение первых трех месяцев жизни получали полноценное грудное

вскармливание, 32,1% детей находились на смешанном вскармливании, а 26,4% детей с первых недель жизни находились на искусственном вскармливании (разные молочные смеси). В анамнезе у всех детей отмечались частые острые инфекционные заболевания ЛОР-органов и респираторной системы, а у 26,4% - перенесенные детские инфекции (ветряная оспа, корь, эпидемический паротит). У многих наблюдаемых детей с ЯБДК (69,8%) в раннем возрасте регистрировались проявления аллергического диатеза, которые предрасполагают к возникновению не только аллергических и инфекционных заболеваний, но и к функциональным нарушениям желудочно-кишечного тракта и развитию заболеваний органов пищеварения. Вместе с тем, у 26,4% больных язвенной болезнью отмечались в анамнезе проявления пищевой и лекарственной аллергии. У большинства наблюдаемых нами больных (67,9%) была выявлена наследственная отягощенность в отношении патологии гастродуоденальной зоны. Так, 39,6% родителей наблюдаемых больных страдали хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка, а 28,3% родителей - язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, из которых у 66,7% язва двенадцатиперстной кишки была диагностирована в школьном возрасте.

При поступлении в стационар все наблюдаемые дети предъявляли жалобы на боли в животе (приступообразные, колющие, режущие). При расспросе детей и их родителей установлено, что у 62,3% больных боли в животе возникали натощак, прием пищи приводил лишь к временному стиханию болей, но полного исчезновения их не отмечалось. У 37,7% больных сильные боли в животе констатировались до приема и после приема пищи, а у 13,2% детей интенсивные боли в животе возникали ночью. У большинства детей (69,8%) отмечалась локализация болей в эпигастральной области, у 30,2% - в пилородуоденальной зоне. Болевой синдром у 45,3% детей сопровождался изжогой, у 32,1% - рвотой, у 52,8% детей регистрировались явления дисфагии, у 28,3% - метеоризма, 39,6% больных предъявляли жалобы на запор.

В связи с выраженным болевым синдромом у всех наблюдаемых детей с ЯБДК отмечалось изменение общего состояния, они принимали горизонтальное положение, были раздражительными и беспокойными. У всех наблюдаемых больных отмечалось правильное телосложение, у подавляющего большинства из них (94,2%) имело место удовлетворительное и только у 5,8% - пониженное питание. Бледность кожи и слизистых оболочек регистрировалась у 17,0% детей, у 84,9% больных выявлялся красный, а у 15,1% - белый дермографизм, повышенная потливость ладоней констатировалась у 22,6% больных. У 32,1% больных регистрировалась тахикардия, у 41,2% - брадикардия. Артериальное давление колебалось в пределах 90/55-105/65 мм.рт.ст. У 47,2% детей определялся функциональный систолический шум на верхушке сердца. При электрокардиографическом исследовании у 26,4% больных изменений не регистрировалось, у 28,3% больных отмечалась неполная блокада правой ножки пучка Гиса, у 1,9% - неполная блокада левой ножки пучка Гиса, у 32,1% - синусовая тахикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром ранней реполяризации желудочков, а у 11,3% - синусовая брадикардия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и нарушение реполяризации желудочков. У большинства больных (71,7%) отмечалась обложенность языка беловато-серым налетом. При пальпации живота у всех больных определялось напряжение брюшных мышц, выраженная болезненность в эпигастральной (67,9% случаев) и в пилородуоденальной области (32,1% случаев), что у отдельных больных сочеталось с болезненностью по ходу кишечника. У 3,8% больных печень выступала из-под края реберной дуги на 1 см. При ультразвуковом исследовании у 49,0% детей отмечались признаки гипомоторной, а у 11,3% - гипермоторной дискинезии желчного пузыря. У 5,7% детей констатировалась положительная реакция на скрытую кровь в испражнениях.

В настоящее время ЯБДК относят к группе заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, что нашло подтверждение в наших исследованиях. Применение количественного иммуноферментного анализа ("Anti-*H.pylori* И ФА COBAS CORE", набор реагентов и оборудования фирмы "Хохфманн-ла-Рош") позволило выявить у наблюдаемых больных присутствие в сыворотке крови специфических IgG - антител к *H.pylori* в титрах от 15,3 до 200,0 Е/мл (115,9±7,7 Е/мл).

При эндоскопическом исследовании с использованием гибких эзофагогастродуоденоскопов

GIP-P.20 (Q 30) и GIP-P.30 фирмы "Olympus" у всех наблюдаемых детей с ЯБДК в остром периоде болезни обнаруживались признаки дуоденита, у 17,0% больных - эрозии слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки (диаметр 2-5 мм), у 84,9% больных - один язвенный дефект (диаметр 6-8 мм) и у 15,1% больных - множественные язвенные дефекты (2-5) на передней или задней поверхности луковицы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, у наблюдаемых нами больных в большинстве случаев определялась одна язва и гораздо реже - множественные язвы в луковице, хотя по данным ряда авторов (Долецкий С.Я. с соавт., 1984; Запруднов А.М., мазурин А.В., 1984; Филимонов Р.М., 1990) у детей чаще обнаруживаются множественные язвы двенадцатиперстной кишки.

При фракционном исследовании желудочного сока ("пробный завтрак" - 7% капустный отвар) у всех больных ЯБДК было выявлено увеличение количества сока и содержания соляной кислоты в тошачковой фракции, выраженное увеличение количества сока, концентрации соляной кислоты и дебит- часа свободной соляной кислоты в базальной и стимулированной фракциях, что указывает на повышенную кислотообразующую функцию желудка.

Впервые у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки нами было проведено параллельное исследование содержания пепсиногена, амилазы, липазы, щелочной фосфатазы, асиаргат-амино- трансферазы и аланин-аминотрансферазы в сыворотке крови, слюне, моче, поте и экскрементах. При этом у детей с ЯБДК в остром периоде болезни констатировались выраженные изменения гомеостаза гидролаз и аминотрансфераз, разная проницаемость мембран гемато-саливарного, гемато- ренального, гемато-экринного и гемато- интестинального барьеров для конкретных ферментов, что играет определенную роль в этиопатогенезе заболевания.

Во время пребывания в стационаре больным назначался постельный режим до исчезновения самостоятельных болей в животе, диетотерапия (лечебный стол №1а с последующим переходом на стол №1б и №1). Медикаментозная терапия включала применение антацидных препаратов (алмагель А, алмагель, фоофагао гель), Н<sub>2</sub>-блокаторов и М-холиноблокаторов (рениитидин, гастро- цепин), противорвотных средств (церукал, метроклопрамид), стимуляторов регенера торных процессов (алоэ, актовегин, солкосерил), витаминов В<sub>1</sub> и В<sub>6</sub>, седативной терапии (микстура Павлова, настойка пустырника, элениум, сибазон, электросон). Принимая во внимание роль *Helicobacter pylori* в этиопатогенезе язвенной болезни, всем больным проводили курс антиге- ликобактерной терапии (Де-нол в сочетании с метранидазолом и амоксициллином).

На фоне проводимой комплексной терапии у больных ЯБДК констатировалось улучшение самочувствия, через 5-7 дней от начала лечения у них отмечалось повышение аппетита, исчезновение тошноты, изжоги и метеоризма, напряжения брюшных мышц и самостоятельных болей в животе, становилась возможной глубокая пальпация живота. Спустя 12-17 дней от начала лечения у наблюдаемых детей регистрировалось уменьшение эмоциональной неустойчивости, исчезновение болезненности в

эпигастральной и пилородуоденальной области при пальпации. Время пребывания в стационаре наблюдаемых детей составляло в среднем  $30,9 \pm 0,9$  суток.

Перед выпиской из стационара общее состояние детей с ЯБДК было удовлетворительным, жалоб они не предъявляли. Кожа и видимые слизистые имели обычную окраску, но сохранялся красный и белый дермографизм. Пульс был ритмичным, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление колебалось в пределах 110/65-115/75 мм.рт.ст., у 28,3% детей сохранялся функциональный систолический шум на верхушке сердца. Обложенности языка не отмечалось, живот при пальпации был мягким и безболезненным. При эндоскопическом исследовании у наблюдаемых детей выявлялись признаки дуоденита, но выраженные в меньшей степени, нежели в остром периоде заболевания; эрозий на слизистой оболочке луковицы двенадцатиперстной кишки не обнаруживалось. У 47,2% больных на месте бывшего язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки обнаруживался розоватый вытянутый рубец ("красный рубец"), а у 52,8% детей - беловатый нежный слегка вытянутый рубец ("белый рубец"); деформации окружающей слизистой оболочки при этом не выявлялось. У наблюдаемых детей сохранялись признаки нарушения гомеостаза гидролаз и аминотрансфераз, но они были менее выраженными, чем в первый срок исследования.

Приведенные выше данные указывают на то, что у наблюдаемых нами детей перед выпиской из стационара констатировалась третья клинико-эндоскопическая стадия (клиническая ремиссия) язвенной болезни. Дети выписывались из стационара под наблюдение участкового врача и гастроэнтеролога с рекомендациями продолжения диетотерапии, витаминотерапии и общеукрепляющего лечения.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что среди наблюдаемых нами подростков с неосложненной формой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки значительно

*Клиническая мезоцици*

преобладали мальчики, большинство больных были из семей служащих и являлись городскими жителями. Факторами, предрасполагающими к развитию язвенной болезни у наблюдаемых детей, могли быть плохие жилищно-бытовые условия в ряде семей, ранний перевод детей на смешанное и искусственное вскармливание, перенесенные инфекционные заболевания, наличие в анамнезе аллергического диатеза, пищевой и лекарственной аллергии, наличие наследственной отягощенности в отношении гастродуоденальной патологии, инфицированность *Helicobacter pylori* и др. У наблюдаемых больных при поступлении в стационар отмечалось повышение кислотообразующей функции желудка, нарушение гомеостаза гидролаз и аминотрансфераз, признаки геликобактериоза, характерные клинические проявления и эндоскопическая картина дуоденита, эрозий и свежих язвенных дефектов слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, свойственные острому периоду язвенной болезни. Проведенное в стационаре современное комплексное лечение способствовало улучшению общего состояния больных, исчезновению симптомов заболевания и наступлению клинической ремиссии процесса. Однако, у них сохранялись изменения гомеостаза гидролаз и аминотрансфераз, проницаемости мембран гемато-гистоцитарных барьеров для ферментов, что обосновывает включение в комплексную терапию больных лечебных мероприятий, направленных на коррекцию этих нарушений.

Factors, specions of clinical showing and differences of labour indicators at duodenum at the children  
Я.Ю. Иллек, Н.Ф. Камакин, В.Н. Галкин, Н.И. Саламайкин

*Вятский медицинский вестник, JUOU, №> 1: б)*

At the children factors, which can promote formation ulcer disease of duodenum, and clinical showing of disease is leaned. Differences of clinical labouratory indicators, endoscopical picture at the acute period and at the clinical remission period of disease.