

**ФАЙЗУЛЛИНА Р.А.<sup>1</sup>, КИЯСОВА Л.М.<sup>2</sup>**

УДК 612.392:616.33/34:611.018.25-053.2

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет, г. Казань<sup>2</sup> ГАОУ СПО «Казанский медицинский колледж», г. Казань

## Влияние нутритивного статуса детей с хроническим гастродуоденитом на эндоскопические особенности слизистой оболочки органов верхнего отдела пищеварительного тракта

Длительное нарушение питания неизбежно не только отражается на физическом развитии детей, но и приводит к различным нарушениям деятельности органов и систем, в т.ч. к дистрофии слизистой оболочки, замедляет моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ, тормозит выработку гастроинтестинальных гормонов, нарушает проницаемость кишечной стенки, уменьшает синтез и секрецию пищеварительных ферментов, изменяет состав кишечной микрофлоры.

Под нашим наблюдением находилось 370 детей подросткового возраста (от 14 до 17 лет) с хроническим гастродуоденитом (ХГД) и различной массой тела. Среди них 156 подростков было без дефицита массы тела (ДМТ), 214 — с ДМТ. Подростки наблюдались в периоде обострения ХГД. Всем подросткам с ХГД проводилась фиброзофагогастродуоденоскопия, в результате которой были выявлены изменения со стороны слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта.

У 314 (84,6%) подростков с ХГД определялась поверхностная форма ХГД. У 41 (11%) подростка был диагностирован ХГД с гиперплазией слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Атрофическая форма ХГД была определена у 3 подростков (0,8%) и эрозивная форма у 12 подростков (3,2%).

В зависимости от степени нарушения питания у подростков с ХГД определялись некоторые особенности эндоскопической картины слизистой оболочки органов верхнего отдела пищеварительного тракта. Так, при удовлетворительном питании у подростков с ХГД стенки пищевода при эндоскопии эластичные, слизистая пищевода без особенностей.

У подростков с ДМТ в 2,7 раза чаще регистрировались недостаточное смыкание кардиального жома и, соответственно, в 1,3 раза катаральный эзофагит дистального отдела пищевода ( $p < 0,05$ ). Моторные нарушения в виде гипотонии желудка и дуоденогастрального рефлюкса были выявлены чаще при ДМТ.

В зависимости от нарушения питания выявлена тенденция более высокой частоты обнаружения поверхностных форм поражения слизистой оболочки желудка у подростков с ДМТ по сравнению с группой подростков без ДМТ. Неравномерная гиперемия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, свидетельствующая о нарушении васкуляризации слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, мозаичном расположении участков субатрофии и гиперплазии слизистой, визуализировалась в 1,2 раза чаще у подростков с ДМТ, чем без ДМТ. Эрозии слизистой оболочки желудка, постбульбарные нарушения регистрировались одинаково часто у подростков с ХГД как с ДМТ, так и без него ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, при сравнительном анализе эндоскопических данных у подростков с различным нутритивным статусом выявлено, что длительные нарушения питания отражались не только на физических параметрах, но и влияли на трофические процессы органов пищеварительного тракта, в т.ч. слизистой оболочки. Так, у детей с ХГД и ДМТ по сравнению с группой больных без ДМТ преобладали моторные нарушения в виде гипотонии желудка, дуоденогастрального рефлюкса, а также нарушение васкуляризации слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.