

Е.Г. Сарычева, О.М. Чернов

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра педиатрии с курсом неонатологии,
МЛПУ Городская детская клиническая больница № 4,
г. Новокузнецк

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Исследована сочетанная патология у 647 детей с гастроэнтерологическими заболеваниями. Показано, что морфологические варианты поражения слизистой оболочки в различных отделах пищеварительной трубки в большинстве случаев идентичны. Впервые выявлено, что трещина прямой кишки часто является спутником патологии вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: гастроэнтерологические заболевания, сочетанная патология, дети.

Желудочно-кишечный тракт представляет собой единую морфофункциональную систему, где рефлекторные и гуморальные регуляторные механизмы, как и биохимические (пищеварительные) функции, направлены на обеспечение единства моторной и транспортной функций всех анатомически четко различимых частей пищеварительной трубки [1]. Нарушения любого из звеньев регуляции либо воздействие неблагоприятных факторов вызывают патологические процессы, которые нередко являются сочетанными. Определение формы поражения слизистой оболочки с помощью эндоскопических исследований, биопсии и морфометрии имеют ведущее значение для трактовки клинического диагноза и назначения индивидуальной терапии в зависимости от морфологического субстрата [2, 3, 4].

Цель исследования: выявить взаимосвязи между патологическими процессами в разных отделах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при их сочетанном поражении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 1998-2004 гг. обследовано 647 детей с гастроэнтерологической патологией в возрасте 4-16 лет, из них 215 мальчиков (33,2 %) и 432 девочки (66,8%).

Всем детям, помимо общеклинических методов исследования, выполнялись ЭФГДС, реже рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью. Эндоскопическую картину оценивали по классическим критериям, учи-

тывались общий вид слизистой оболочки, ее цвет, влажность, наличие блеска, характер складчатости, признаки деструктивных процессов (эрозии, язвы), содержимое в просвете, моторика. При определении формы поражения слизистой мы использовали критерии, впервые предложенные С.М. Рыссом (1966) и Ц.Г. Масевичем (1976): поверхностные, субатрофические, гипертрофические (гиперпластические), смешанные и эрозивные процессы. Оценку изменений слизистой оболочки проводили по рекомендациям С.Я. Долецкого и соавт. (1984):

- **поверхностные изменения:** гиперемия и тусклость слизистой, ее отек, разрыхленность, утолщение складок, наличие налетов;
- **эрозивный процесс:** единичные или множественные эрозии (линейные или округлые) на фоне отечной и гиперемизированной слизистой. Оценивали состояние дна эрозий, дифференцировали простые и «полные» эрозии;
- **субатрофические изменения:** складки обычной формы или истончены, слизистая бледная, легко ранима, просвечивают сосуды до 3-го порядка;
- **смешанный вариант:** наличие участков гиперемии на субатрофичном фоне слизистой — пестрый, мозаичный вид.

В желудке и двенадцатиперстной кишке:

- **гипертрофический (гиперпластический) вариант:** складки значительно утолщены, деформированы, ригидные, вплоть до картины, напоминающей мозговые извилины. На фоне сочной, рыхлой и легко ранимой слизистой оболочки интенсивно розового или красного цвета заметны

диффузная или очаговая гиперемия, а также геморрагии пурпурного цвета. Над поверхностью слизистой оболочки желудка выступает множество различных по величине «зерен» и она приобретает вид булыжной мостовой;

- *язвенная болезнь*: наличие ограниченного дефекта, который захватывает слизистую оболочку и часть глубоких слоев (подслизистый, мышечный).

Биопсия пищевода выполнена 31 ребенку, у 28 из них (90,3 %) эндоскопический диагноз был подтвержден гистологически; биопсия гастродуоденальной зоны проведена 220 детям, подтверждение получено у 205 человек (93,2 %); биопсия толстой кишки — 35 детям, подтверждение — у 27 человек (77,1 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди всех 647 больных выявлено 187 пациентов (28,9 %) с эзофагитами, из эндоскопических вариантов чаще всего встречался поверхностный эзофагит — у 156 детей (83,4 %). Субатрофический эзофагит выявлен у 11 детей (5,9 %), смешанный — у 12 (6,4 %), эрозивный — у 8 (4,9 %). По протяженности поражения слизистой оболочки: нижней трети — 118 человек (63,1 %), двух третей — 37 (19,8 %), тотальный — 32 (1,8 %), т.е. преобладали пациенты с поражением нижней трети пищевода.

При эзофагитах среди сопутствующей патологии нижележащих отделов пищеварительного тракта более чем у половины пациентов определялись гастродуодениты — у 124 детей (66,3 %), у 4 детей (2,1 %) диагностирована язвенная болезнь, преимущественно луковицы двенадцатиперстной кишки, у

34 (18,2 %) — синдром раздраженной кишки, у 16 (8,6 %) — колоноптоз, долихосигма и трещина прямой кишки (табл. 1).

Гастродуодениты выявлены у 595 пациентов (92 %), наиболее часто встречался поверхностный — у 383 детей (64,4 %), субатрофический диагностирован у 32 человек (5,4 %), смешанный — у 42 (7,1 %), что соответствует гастриту типа А, эрозивный — у 21 (3,5 %), гиперпластический — у 117 (19,6%), что соответствует гастриту типа В.

При гастродуоденитах из сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта язвенная болезнь выявлена у 22 детей (3,7 %), синдром раздраженной кишки — у 118 (19,8 %), колоноптоз, долихосигма и трещина прямой кишки — у 70 детей (11,8 %) (табл. 2).

Синдром раздраженной кишки диагностирован у 187 детей (28,9 %), при исследовании толстой кишки выявлены следующие эндоскопические формы дистальных колитов: у 86 больных (46 %) — поверхностный дисколит, у 58 (31 %) — субатрофический, у 37 (19,8 %) — смешанный, у 7 (3,7 %) — эрозивный дисколит.

При синдроме раздраженной кишки достаточно часто (у 48 детей или 25,7 %) диагностирован сопутствующий эзофагит, но больший удельный вес составляли врожденные аномалии развития кишечника и трещина прямой кишки — у 73 человек (39 %) (табл. 3).

Несмотря на устоявшееся мнение о том, что трещина прямой кишки является локальным процессом, требующим только местного лечения, в наших исследованиях оказалось, что эта нозологическая форма практически всегда является спутником патологии в других отделах желудочно-кишечного

Таблица 1
Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта при различных вариантах эзофагитов

Сопутствующая патология	Эзофагиты									
	Поверхностный (n = 156)		Субатрофический (n = 11)		Смешанный (n = 12)		Эрозивный (n = 8)		Всего (n = 187)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гастродуодениты	106	67,9	7	63,6	8	66,7	3	37,5	124	66,3
Язвенная болезнь	3	1,9	-	-	1	8,3	1	12,5	4	2,1
Синдром раздраженной кишки	29	18,5	1	9,1	4	33,3	-	-	34	18,2
Колоноптоз, долихосигма, трещина rectum	11	7,1	2	18,2	3	25	-	-	16	8,6

Таблица 2
Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта при разных эндоскопических вариантах гастродуоденитов

Сопутствующая патология	Гастродуодениты											
	Поверхностный (n = 383)		Субатрофический (n = 32)		Смешанный (n = 42)		Эрозивный (n = 21)		Гиперпластический (n = 117)		Всего (n = 595)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Язвенная болезнь	5	1,3	-	-	-	-	-	-	17	14,5	22	3,7
Синдром раздраженной кишки	67	17,5	12	37,5	18	42,9	4	19	17	14,5	118	19,8
Колоноптоз, долихосигма, трещина rectum	39	10,2	10	31,2	12	28,6	1	4,8	8	6,8	70	11,8

Таблица 3
Сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта
при различных эндоскопических вариантах дистальных колитов

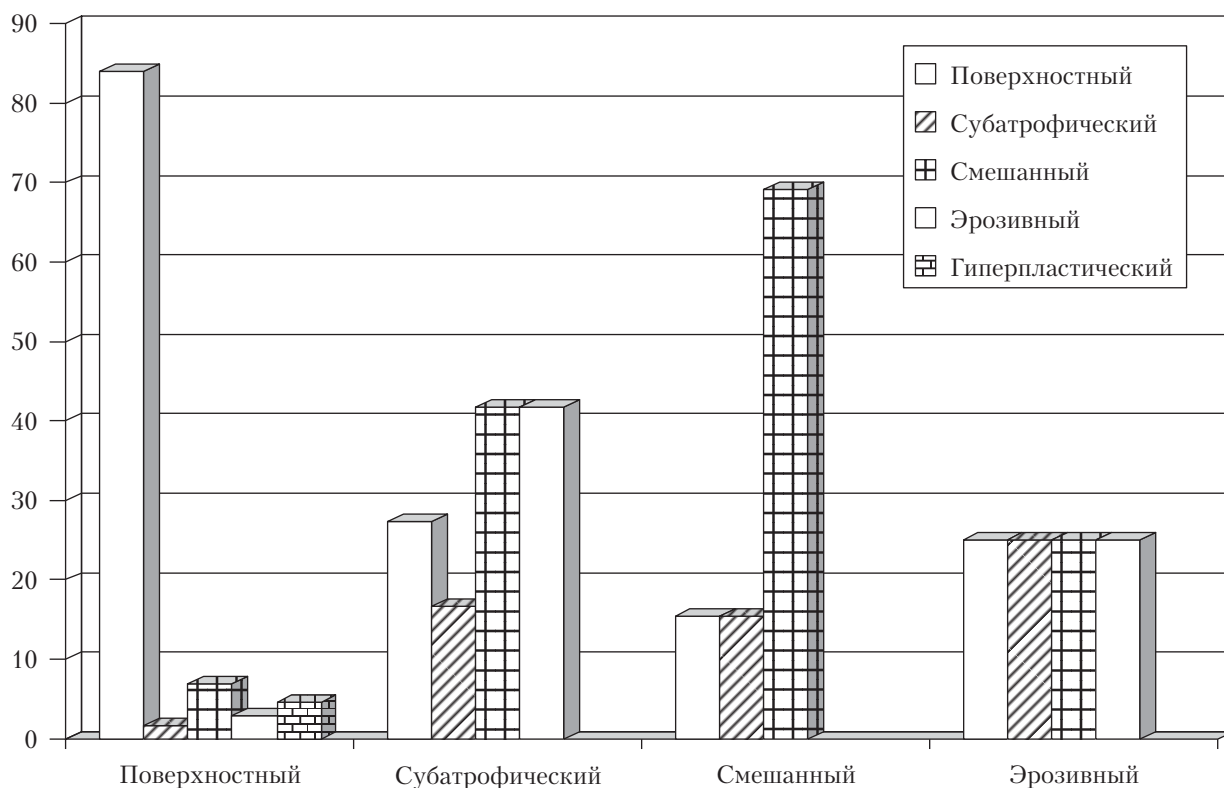
Сопутствующая патология	Варианты дистального колита									
	Поверхностный (n = 86)		Субатрофический (n = 58)		Смешанный (n = 37)		Эрозивный (n = 6)		Всего (n = 187)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эзофагит	20	23,3	16	27,6	10	27	2	33,3	48	25,7
Язвенная болезнь	2	2,3	-	-	-	-	-	-	2	1,1
Колоноптоз, долихосигма, трещина rectum	6	7	39	67,2	28	75,7	-	-	73	39

тракта. Это подтверждается высокой частотой сопутствующих заболеваний. Так, эзофагиты у пациентов с трещиной прямой кишки выявлялись в 50 % случаев, гастродуодениты — в 83,3 %, дистальные колиты — в 83,3 %.

При сравнительном анализе морфологической формы поражения слизистой оболочки в различных отделах пищеварительной трубки выявлена отчетливая тенденция к их совпадению. Так, при эзофагитах изменения слизистой нижележащих отделов желудочно-кишечного тракта, в основном, соответствовали таковой пищевода: число поверхностных гастродуоденитов при поверхностном эзофагите (84 %) достоверно больше, чем при субатрофическом, смешанном и эрозивном (16,7 %, 15,4 % и 25 %, соответственно, $P < 0,05$). Сопутствующие поверхностные дистальные колиты выявлялись только при

поверхностных эзофагитах, а субатрофический и смешанный варианты (суммарно) диагностированы у всех детей с субатрофическим и смешанным эзофагитом, при поверхностном — только у 25 % ($P < 0,05$). Для эрозивного эзофагита сравнения затруднены в связи с малым числом наблюдений, хотя тенденция также прослеживается, в частности, для эрозивных гастродуоденитов, которые встречались при поверхностном эзофагите у 2,9 % больных, при субатрофическом и смешанном эзофагитах не регистрировались, а при эрозивном эзофагите диагностировались у 25 %. Кроме того, при эрозивном эзофагите отмечалось наименьшее количество сопутствующих гастродуоденитов, а дистальные колиты не регистрировались. В имеющейся литературе аналогичных эндоскопических параллелей нам не встретилось (рис. 1).

Рисунок 1
Сравнительная частота эндоскопических вариантов гастродуоденитов при эзофагитах



Был проведен аналогичный анализ эндоскопических вариантов поражения желудка и толстой кишки. Для удобства сравнения мы объединили субатрофический и смешанный варианты, учитывая, что основной эндоскопический элемент поражения при них — субатрофический. Оказалось, что, несмотря на преобладание поверхностных вариантов поражения слизистой оболочки желудка при всех вариантах дистальных колитов, также отчетливо прослеживается тенденция к соответствию эндоскопических вариантов поражения разных отделов пищеварительной трубки (рис. 2).

ВЫВОДЫ:

1. Патологические процессы в желудочно-кишечном тракте в подавляющем большинстве случаев являются сочетанными, что диктует необходимость, при обнаружении патологии в одном из отделов, проводить комплексное исследование.
2. Выявлено, что морфологические варианты поражения слизистой оболочки в разных отделах пищеварительной трубки, в основном, идентичны.

Обнаружение трещины прямой кишки — повод для более углубленного обследования пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по гастроэнтерологии /Под ред. А.Л. Гребенева. Т.1. — М., 1995.
2. Морфометрическое исследование оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки при гастродуоденитах у детей /Мазурин А.В., Большаков Б.В., Кутыкужанова Г.Г., Запруднов А.М. //Педиатрия. — 1984. — № 7. — С. 12-14.
3. Мазурин, А.В. Морфогенез хронического гастродуоденита у детей (эндоскопические и патологические сопоставления) /Мазурин А.В., Запруднов А.М. //Педиатрия. — 1986. — № 3. — С. 38-42.
4. Окунев, С.Л. Способ дифференциальной диагностики морфологических форм гастрита гастродуоденита у детей /Окунев С.Л. //Актуальные вопросы гастроэнтерологии: Матер. конф. — Томск, 1993. — С. 138-139.

* * *

ЛЕТОМ САЛОН АВТО - СМЕРТЕЛЬНАЯ ЛОВУШКА ДЛЯ ДЕТЕЙ

Ученые рекомендуют ни в коем случае не оставлять своих детей одних в припаркованных автомобилях (даже при нормальной погоде). «Даже в такую погоду температура в салоне автомобиля может повышаться в среднем на 22°C в час» - говорит доктор Catherine McLaren из Станфордского университета. В США только в течение 2004 года 35 детей, оставленных на парковке, умерли от теплового удара. В некоторых ситуациях температура в салоне достигает 65°C в течение пятнадцати минут. Дети младшего возраста уязвимы для перегрева. Температура детского организма повышается быстрее, чем у взрослых, и они быстрее обезвоживаются в жаркую погоду. Исследователи предлагают законопроект, согласно которому оставлять детей в автомобилях будет запрещено под страхом судебного преследования.

24.07.2005 www.pereplet.ru

Рисунок 2
Сравнительная частота эндоскопических вариантов
дистальных колитов при гастродуоденитах

