

© Е. М. Никифорова, 2010
УДК 616.342-002-053.2-085

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОВЕРХНОСТНОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ

Е. М. Никифорова
Волгоградский государственный медицинский университет

Хронические заболевания пищеварительной системы занимают особое место в патологии детей и подростков [1,3,4]. Уровень заболеваемости составляет, по данным российских педиатров, 220-280%, достигая в крупных промышленных городах и экологически неблагоприятных регионах 300-500% [2,4]. На долю заболеваний гастродуоденальной зоны у детей приходится 70-75% всей гастроэнтерологической патологии. Анализ показателей распространенности болезней пищеварительной системы в Российской Федерации показывает, что за последние 20 лет отмечается их значительный рост и имеет место неконтролируемое увеличение частоты заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, в частности, гастродуоденитов. Так, по данным эпидемиологических исследований, проведенных в Нижегородском регионе в 70-е годы [1], 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%. Однако повторные обострения, длительный болевой синдром, трансформация в более тяжелые формы, развитие осложнений требуют более внимательного и тщательного подхода к этим больным. Одним из ранних и наиболее лег-

ких вариантов гастродуоденитов считается поверхностный.

Целью работы явилось выявление связи клинических, функциональных признаков и морфологических характеристик у детей с поверхностным гастродуоденитом на фоне эрадикационной терапии.

Материал и методы. В работе использованы данные, полученные при обследовании 52 детей в возрасте от 9 до 14 лет. Во всех случаях эндоскопически подтвержден поверхностный гастродуоденит. Длительность заболевания составила 2–3 года со времени появления жалоб. У 44 (86%) детей выявлены родственники, имеющие гастроэнтерологическую патологию. В ближайшие 3 месяца больные не получали антибактериальную терапию. Для постановки диагноза проводилось тщательное изучение жалоб, анамнеза, клинических и инструментальных данных. Изучение состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилось по стандарту: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с рН-метрией и морфологическим анализом биопсийного материала, дыхательный тест (тест-система ХЕЛИК, АМА, Санкт-Петербург), биохимические показатели, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Комплексное обследование проводилось всем детям впервые. До настоящего обращения пациенты лечились бессистемно и в основном симптоматически.

Результаты и обсуждение. Жалобы на различные варианты расстройств функции желудка и двенадцатиперстной кишки предъявляли 95% (49) детей. Острый болевой синдром, который характеризовался приступообразными, колющими, режущими болями, отмечали большинство больных – 44%. Тупые, ноющие, неопределенные боли в животе беспокоили 32,7% больных. У большинства детей (57,7%) болевой синдром

Никифорова Елизавета Михайловна,
кандидат медицинских наук, доцент кафедры
детских болезней педиатрического факультета ВолГМУ,
тел. раб.: (8442) 54-42-65;
тел. сот.: 8-917-337-68-91;
e-mail: maior10@yandex.ru.

был умеренно выражен, сильные боли отмечали 27,5% больных, а у 14,8% 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, нарушения стула.

При проведении ФЭГДС выявлено поражение антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическая картина в этих отделах была представлена у 19 больных поверхностными воспалительными изменениями: гиперимированная, пастозная, рыхлая, отечная слизистая оболочка желудка со множеством фолликулов, с гипертрофированными складками. Чаще (у 39 детей) эндоскопически отмечалась активная повышенная перистальтика. РН-метрия выявила гиперацидное состояние у 39 детей, у остальных кислотность определялась в пределах нормальных значений. По гистологическим данным у детей с нормальной кислотностью отмечались очаги атрофии и склероза.

Биопсия была выполнена у 29 больных во всех случаях, в полученных биоптатах выявлена обсемененность *H. pylori* различной степени выраженности: умеренная у 13 детей и выраженная – у остальных. Дыхательный тест у всех детей был положительный.

Забор биоптатов проводился из тела и антрального отдела желудка, а также из 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 в теле желудка, где визуально патология не определялась. Таким образом, морфологическая картина определяет не только тяжесть, но и объем поражения различных отделов ЖКТ. Гистологически, наряду с выраженными воспалительными признаками, определялись фиброзные изменения у 14 пациентов, очаги склероза и атрофии – у 9. При микроскопическом

исследовании кандидоз желудка и 12-перстной кишки выявлен у 6 детей.

Всем детям назначалась стандартная эрадикационная схема (амоксциллин, омепразол, макмирор на 7 дней в возрастной дозе). Контроль дыхательного теста проводился через 3–4 недели после завершения терапии. У 10 пациентов он остался положительным, в том числе у 6 детей, в биоптатах которых определялись грибы рода *Candida*. Грибковые поражения желудка и двенадцатиперстной кишки могут таким образом являться одной из причин неэффективности эрадикации.

Повторное эндоскопическое исследование проводилось у 27 больных через 1 год после первичного обследования и лечения. У пациентов, не приверженных предложенным рекомендациям (8 человек), отмечалось как клиническое, так и эндоскопическое обострение, а также положительный дыхательный тест. Все комплаентные больные не имели клинических проявлений заболевания, но эндоскопические (визуальные) признаки воспаления сохранились у 9 детей. Контрольное гистологическое исследование было проведено у 7 больных. В трех случаях значительно уменьшились признаки воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, но сохранились фиброзные изменения, очаги атрофии и склероза. Обсемененность *H. pylori* значительно снизилась, определялись единичные бактерии в поле зрения, у всех больных дыхательный тест был отрицательный. У одного ребенка обсемененность *H. pylori* из выраженной стала умеренно выраженной, сохранялись умеренные признаки воспаления, что, вероятно, предполагает обострение в ближайшие сроки.

Заключение. Таким образом, в стадии обострения эндоскопические признаки хронического воспаления в гастродуоденальной зоне коррелируют по степени выраженности с морфологическими характеристиками слизистой оболочки. Особенности кислотообразующей функции желудка в значительной мере соответствуют гистологическим особенностям. Наряду с этим необходимо отметить, что более полное представление о тяжести и объеме поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной

Таблица

Морфологические показатели детей с гастродуоденитом

Характеристика воспаления	<i>H. pylori</i> ++	<i>H. pylori</i> +++	Фиброз	Атрофия	Склероз	Кровоизлия- ния	Метаплазия	Микоз
Умеренное воспаление ++	8	5	5	4	1	0	2	4
Выраженное воспаление +++	6	10	9	5	3	7	3	2

кишки дает гистологическая картина. Эффективность эрадикационной терапии зависит от приверженности пациентов к лечению, наличия кандидозных поражений слизистой оболочки, а также, вероятно, от подобранной схемы эрадикации. Все эти характеристики могут служить критериями прогнозирования сроков наступления обострения. При исчезновении клинических симптомов и эффективной эрадикации *H. pylori* у части пациентов остаются морфологические изменения слизистой в форме фиброза и очаговой атрофии, что требует дополнительной терапии с целью профилактики обострений и может служить основанием для длительного диспансерного наблюдения.

Литература

1. Волков, А.И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей / А.И. Волков // Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России. – Москва, 2006. – С. 149–151.
2. Гастроэнтерология детского возраста (под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина) – М; Москва, 2003. – С. 121–150.
3. Корсунский, А.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей / А.А. Корсунский, П.Л. Щербаков, В.А. Исаков. – МЕДПРАКТИКА – М. Москва, 2002. – С. 17–72.
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. – Москва, 2005. – С. 4-15.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
И ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ПОВЕРХНОСТНОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА
У ДЕТЕЙ****Е.М. НИКИФОРОВА**

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

Ключевые слова: гастродуодениты, эндоскопические и морфологические признаки, эрадикационная терапия

**FEATURES OF DIAGNOSTICS
AND THERAPY OF CHRONIC
SUPERFICIAL GASTRODUODENITIS
AT CHILDREN****NIKIFOROVA E.M.**

Endoscopic and morphological features of superficial gastroduodenitis at children are revealed before and after eradication therapy of *H. pylori*.

Keywords: gastroduodenitis, endoscopic and morphological signs, eradication therapy