

Особенности клинических проявлений гастродуоденитов, ассоциированных с *H. pylori* у детей

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной, поликлинической педиатрии и неонатологии

Научный руководитель: д.м.н., профессор Трифионов В.Д.

Резюме

Цель - изучить клинические особенности гастродуоденитов, ассоциированных с *H. pylori* у детей.

Материал. Оценивались клинические, генеалогические, эндоскопические, ультразвуковые особенности гастродуоденитов у 79 детей. Среди них 28 пациентов с гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*; 51 пациент с гастродуоденитом, неассоциированным с *H. pylori*.

Результаты. Гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori* характеризуется абдоминальным болевым синдромом умеренной интенсивности (до 5 баллов) с локализацией в эпигастальной или пилорoduodenальной области. Боль возникала натощак/ в ночные часы, купируясь преимущественно приёмом лекарственных препаратов. Гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*, достоверно чаще сочетается с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Заключение. У детей с гастродуоденитами, ассоциированными с *H. pylori*, отмечается более высокая степень активности воспалительного процесса по результатам эндоскопического и морфологического исследований.

Ключевые слова: дети, гастродуоденит, *H. pylori*

В последние десятилетия отмечается интенсивный рост частоты хронической патологии пищеварительного тракта у детей, среди которой заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (58 % и 65 % соответственно) [2]. Среди многочисленных факторов развития гастродуоденитов, одним из основных, в настоящее время, является инфицирование *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [1].

Цель: изучить клинические особенности гастродуоденитов, ассоциированных с *H. pylori* у детей.

Материалы и методы

На базе отделения гастроэнтерологии СОДКБ и КБ СГМУ им. С.П. Миротворцева обследовано 79 детей с гастродуоденитами. Возраст пациентов колебался от 4 до 17 лет, в среднем - $11 \pm 0,4$ лет. Всем детям проводилась эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, цитологическое и/или серологическое исследование крови на *H. pylori* [3].

Исследуемую группу составили 28 детей с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori*. Группу сравнения – 51 ребёнок с хроническим гастродуоденитом, неассоциированным с *H. pylori*. Длительность заболевания составила в среднем $2 \pm 0,4$ года.

Результаты

Наиболее распространённой сочетанной с гастродуоденитом патологией являлся реактивный панкреатит (82,1% - исследуемая группа и 82,3% - группа сравнения); дискинезия желчевыводящих путей (53,5% и 74,4 % соответственно).

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки верифицирована в обеих группах (25% и 5,8%, $P < 0,05$). Неврологическая патология (синдром вегетативной дисфункции, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, минимальная мозговая дисфункция) несколько чаще отмечалась в исследуемой группе (42,8% и 35,2%).

Паразитарная инвазия представлена описторхозом, лямблиозом, бластоцитозом и энтеробиозом (6,3%).

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на боль в эпигастальной (42,8% и 45,0%) и параумбиликальной (39,2%) областях. При этом у 17,8% пациентов исследуемой группы и у 7,8% группы сравнения боль не имела чёткой локализации, распространяясь по всему животу. Дети с гастродуоденитами, ассоциированными с *H. pylori* почти в 2 раза чаще отмечали ноющий характер боли (42,8% и 15,6%, $P < 0,05$), тогда как в группе сравнения в равной степени встречалась схваткообразная, ноющая, колющая боль (15,6%, $P < 0,05$).

Интенсивность болевого синдрома оценивали по 10 бальной шкале. В обеих группах отмечалась абдоминальная боль «умеренной» интенсивности (5 баллов). Максимальную оценку (9 - 10 баллов) дали только 2 ребёнка исследуемой группы и 1 ребёнок группы сравнения с выраженными клиническими проявлениями синдрома вегетативной дисфункции. В исследуемой группе почти в 2 раза чаще диагностированы тошноты и ночные боли (66,6% и 43,0%, $P < 0,05$), которые купируются преимущественно приёмом лекарственных препаратов (спазмолитики, ферменты, антациды).

У всех наблюдаемых болевой синдром сочетался с признаками желудочной диспепсии. Изжогу на фоне погрешности в диете достоверно чаще отметили дети исследуемой группы (35,7% и 13,7%, $P < 0,05$). Отрыжка «пустая» также преобладала у детей с гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori* (42,8% и 19,6%, $P < 0,05$).

В генеалогическом анамнезе пациентов исследуемой группы превалировала язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (32,1% и 13,7%). В группе сравнения уже среди родственников первой линии родства преобладал хронический гастрит/гастродуоденит (мать - 7,14% и 21,5% и отец – 0% и 11,76%, $P < 0,05$). Патология верхних отделов пищеварительного тракта в наследственных линиях анамнестически представлена рефлюксной болезнью (10,5% и 3,9%), хроническим холециститом (7,1% и 7,8%), желчекаменной болезнью (14,2% и 15,6%), хроническим панкреатитом (7,1% и 7,7%).

При объективном осмотре у всех детей преобладала болезненность при пальпации в эпигастальной (85,7% и 88,2%), пилорoduodenальной (64,2% и 56,8%) областях. В 2 раза чаще, чем в группе сравнения, у детей исследуемой группы наблюдалось

наличие болезненности в точке проекции желчного пузыря (42,8% и 21,5%) и поджелудочной железы (точка Мейо - Робсона – 28,5% и 21,5%, точка Дежардена- 25% и 19,6%, точка Кача -32,1% и 9,8%, $P<0,05$).

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости (аппарат «Samsung Medison SonoAce X6») аномалия формы и строения желчного пузыря диагностировалась в обеих группах (53,5% и 47,1%). Гиперсекреторный синдром (косвенный признак гастрита) почти в 2 раза чаще выявлялся у пациентов с гастродуоденитом, ассоциированным с *H. pylori* (14,2% и 27,4%).

При эзофагогастродуоденоскопии (аппарат «Pentax EG - 2490K») хронический гастродуоденит верифицирован у всех детей. В исследуемой группе в 14,8 % выявлены острые эрозивные изменения луковицы двенадцатиперстной кишки, тогда как в группе сравнения только у 1,9%. Только у одного ребёнка (исследуемая группа) отмечены эндоскопические признаки состоявшегося язвенного кровотечения.

Признаки рефлюкс – эзофагита 1 и 2 степени почти в 2 раза чаще отмечались у пациентов группы сравнения (7,14% и 13,7%).

Результаты эндоскопического обследования подтверждены морфологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка (24 случая).

Заключение

Таким образом, особенностями клинической картины у детей с гастродуоденитами, ассоциированными с *H. pylori*, ведущим является абдоминальный болевой синдром умеренной интенсивности (до 5 баллов) с локализацией в эпигастральной или пилорoduоденальной области. Боль возникала нощак/ в ночные часы, купируясь преимущественно приёмом лекарственных препаратов. Гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*, достоверно чаще сочетается с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Кроме этого, у детей данной группы отмечается более высокая степень активности воспалительного процесса по результатам эндоскопического и морфологического исследований.

Литература

1. Корсунский А.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей / А.А. Корсунский, Щербаков П.Л., Исаков В.А. – М: Медпрактика-М, 2002. – С. 9.
2. Матвеева О.В., Маслякова Г.Н., Тищенко Д.В. Клинико-эндоскопические и морфологические особенности проявлений хронического гастродуоденита у детей при лямблиозной инвазии / О.В. Матвеева, Г.Н. Маслякова, Д.В. Тищенко // Современные проблемы науки и образования. 2012. №4. <http://www.science-education.ru/104-6899>
3. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения (утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.98 №12) // Терра Медика Нова. 1999. №3. С. 5-15.