

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В статье показано, что отсутствует достоверная разница в локализации боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хроническом гастрите у детей, ассоциированными с инфекцией *Helicobacter Pylori*, что не позволяло поставить диагноз язвенной болезни по этому симптому, в 8,7% случаев отмечали безболевого течение заболевания. Однако боли у детей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в 38,9% случаев возникали в ночное время. Желудочная диспепсия у пациентов проявлялась изжогой у 73,0%, тошнотой у 64,3%, отрыжкой у 60,3% ($p < 0,01$) и рвотой у 47,6%. Наиболее часто встречались одиночные язвы размером 0,3-0,5 см (52,4%) с локализацией на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (59,5%) и у 11,1% встречались множественные язвы. Язвенные дефекты чаще имели округлую форму (73,0%) и определялись на фоне разной выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке.

Ключевые слова: язвенная болезнь, двенадцатиперстная кишка, дети, клинические особенности.

В настоящее время хроническая патология органов гастродуоденальной зоны у детей является актуальной проблемой здравоохранения, в высокой степени, определяющей уровень заболеваемости, приводящей к ухудшению качества жизни ребенка, инвалидности и огромным экономическим потерям [1]. Такие заболевания желудочно-кишечного тракта как язвенная болезнь, которая характеризуется значительным полиморфизмом клинических проявлений, что нередко затрудняет своевременную диагностику и наносит тем самым непоправимый ущерб здоровью ребенка [2].

Язвенная болезнь (ЯБ), возникая в детском возрасте и длительно протекая без соответствующего лечения, вовлекает в патологический процесс, наряду с желудком и ДПК, все системы организма [3]. Так, у 40-60% взрослых ЯБ возникает в детском возрасте [4]. Приобретая прогрессивное течение, ЯБ может осложняться перфорацией, пенетрацией, перивисцеритом, стенозированием, желудочно-кишечным кровотечением, что приводит к инвалидизации. Вариабельность распространенности ЯБ у детей по различным регионам стран СНГ довольно значительна и составляет от 2,1 до 6,5% в структуре гастроэнтерологических заболеваний [5], достигая в некоторых регионах 13,5% [6]. В то время как в наиболее экономически развитых странах распространенность ЯБ в детском возрасте составляет от 1,8 до 2% [7]. В последнее время отмечается значительное «омоложение» ЯБ [8]: уже с 4-летнего возраста у детей может манифестировать ЯБ ДПК.

ЯБ является медико-социальной проблемой, которая заслуживает дальнейшего изучения как предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов развития и особенностей клинического течения, так и совершенствования методов диагностики.

Цель исследования: совершенствование методов ранней диагностики ЯБ ДПК у детей в условиях поликлиники.

Материалы и методы исследования: В объем исследования было включено 110 детей в возрасте от 7 до 15 лет, из них основная группа - 60 детей страдали ЯБ ДПК и группа сравнения - 50 детей с хроническим гастритом, ассоциированный с *Helicobacter Pylori*-инфекцией (H.Pylori-инфекцией). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Диагноз ЯБ устанавливался на основании клинико-эндоскопических критериев с использованием классификации А.В. Мазурина (2002). Проведены клинические и инструментальные методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), ультразвуковые исследования (УЗИ) печени, желчного пузыря с определением его функции, поджелудочной железы, селезенки. Для выявления *Helicobacter pylori* (H.Pylori) применили следующие методы: непрямой иммуноферментный анализ определения антител класса IgG к H.Pylori в сыворотке крови человека. Лабораторные методы исследования: общепринятые в клинике.

Статистический анализ проводился на персональном компьютере с использованием программного пакета медицинской статистики «Statplus for Apple Mac OS». Показатели описательной статистики представлены в виде M±m. Первоначально определяли характер распределения переменных. При параметрическом распределении использовался Т-критерий Стьюдента. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто ЯБ ДПК встречалась у пациентов в возрасте 13-15 лет 52,4±6,2% ($p < 0,01$), в возрастной группе 10-12 лет - 35,7±7,2% ($p < 0,05$), у детей 7-9 лет - 11,9±8,7%.

ЯБ ДПК чаще болели мальчики - 60,3±8,7% ($p < 0,001$). Полученные данные отражают общие закономерности распространения ЯБ ДПК в зависимости от возраста и пола [2].

Наиболее частой жалобой у детей, страдающих ЯБ ДПК, являлась абдоминальная боль. У 42,9±8,8% пациентов ЯБ ДПК боль локализовалась в пилорoduоденальной области и у 38,1±8,7% - в правом подреберье. Реже боли возникали в эпигастральной области - 26,2±7,8% и в левом подреберье - у 17,5±6,8%.

Локализацию боли по всему животу отмечали 9,5±5,2% детей ЯБ ДПК. Локализация болей в животе у пациентов ЯБ ДПК зависела от возраста: в 7-9 лет чаще боли возникали в правом подреберье у 40,0±25,3%, в 26,7±22,8% случаев в левом подреберье; в 10-12 и в 13-15 лет - чаще в пилорoduоденальной области. Однако достоверной разницы по локализации боли при ЯБ ДПК, в отличие от детей группы сравнения, не отмечено, что позволяет судить о трудностях диагностики ЯБ ДПК по локализации боли.

Боли у детей, страдающих ЯБ ДПК, у 38,9±8,7% возникали в ночное время, были поздними у 27,8±8,0% ($p < 0,05$). Ранние боли и несвязанные со временем приема пищи встречались редко (16,7±6,6%). По характеру боли у 34,1±8,4% детей ЯБ ДПК были тупыми и у 31,0±8,2% приступообразными ($p < 0,05$). У 19,8±7,1% боли носили режущий характер и у 15,1±6,4% детей с ЯБ ДПК были колющими.

По степени выраженности боли в животе у детей с ЯБ ДПК в равной степени были сильными и умеренными по 45,2± 8,9% во всех возрастных группах (p<0,01). Боли в животе у детей с ЯБ ДПК во всех возрастных группах возникали ежедневно у 66,7± 8,4% (p<0,01), несколько раз в неделю у 27,0±7,9% (p<0,05) и у 6,3±4,3% реже 1 раза в неделю. Наиболее часто боли при ЯБ ДПК, у наблюдаемых детей, иррадиировали в правое подреберье (37,3±8,6%). Безболевого течения ЯБ ДПК у наблюдаемых детей было у 8,7%.

Симптомы желудочной диспепсии у пациентов ЯБ ДПК, наиболее часто проявлялась изжогой (73,0±7,9%), тошнотой (64,3±8,5%), отрыжкой (60,3±8,7%) (p<0,01). Симптом рвоты отмечен у 47,6±8,9%, неприятный запах изо рта у 31,7±8,3%, горечь во рту у 30,2±8,2%, слюнотечение у 22,2±7,4% и извращение вкуса у 17,5±6,8% детей ЯБ ДПК.

Симптомы желудочной диспепсии не имели достоверных различий по полу. Отмечалось нарастание симптома изжоги по возрасту - от 26,7±22,8% у детей 7-9 лет до 73,3±13,2% в 10-12 лет (p<0,05). При этом изжога носила «упорный», длительный характер и была ведущим симптомом желудочной диспепсии (p<0,01). Симптом рвоты при ЯБ ДПК возникал у детей 7-9 лет (66,7±24,3%). Частота его возникновения уменьшалась до 47,0±12,3% к 13-15 годам. Тошнота регистрировалась во все возрастные периоды на одном уровне у 64,3± 8,5% пациентов ЯБ ДПК (p<0,01). Симптом отрыжки при ЯБ ДПК был выявлен у 60,3±8,7% детей (p<0,01). Из симптомов кишечной диспепсии у детей, страдающих ЯБ ДПК, во всех возрастных группах, примерно на одном уровне регистрировался метеоризм (у 65,9±8,4%) (p<0,01); запоры (42,1±8,8%) (p<0,05).

Часто у больных ЯБ ДПК регистрировались повышенная утомляемость у 67,5±8,3%, часто возникающая головная боль у 39,7±8,7%, потливость у 77,8±7,4%, характерных для астеновегетативного синдрома.

У обследованных детей ЯБ ДПК, наиболее часто встречались одиночные язвы размером 0,3-0,5 см (52,4±8,9%) с локализацией на передней стенке луковицы ДПК (59,5±8,7%), реже на задней стенке (29,4±8,1%) и в 11,1±5,6% встречались множественные язвы.

Язвы чаще имели округлую форму (73,0±7,9%) и определялись на фоне разной выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке (СО). Эритематозное поражение СО луковицы ДПК встречалось у 31,0±8,2%, а постбульбарного отдела ДПК - 10,3±5,4%. Эрозивное поражение СО луковицы ДПК обнаружено у 53,1%. У 51,6% детей, страдающих ЯБ ДПК, выявлены изменения со стороны СО пищевода. Эритематозное поражение СО пищевода встречалось чаще (25,6±7,8%), чем эрозивное (9,5±5,2%).

Чаще у детей ЯБ ДПК поражался антральный отдел желудка (74,6±7,6%), пангастрит (15,1±6,4%), фундальный отдел желудка (10,3±5,4%). Эритематозный характер воспаления СО желудка (СОЖ) регистрировался чаще (60,3%), чем эрозивный (39,7%). При этом эрозии часто были множественными (26,2±7,8%) и реже одиночными (13,5±6,1%). Исследование на *Helicobacter pylori* выявило примерно одинаковую частоту инфицирования у пациентов обеих групп.

Таким образом, отсутствие достоверной разницы в локализации боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хроническом гастрите, ассоциированном с инфекцией *H. Pylori*, не позволяло поставить диагноз ЯБ по этому симптому, в 8,7% случаев отмечали безболевого течения ЯБ ДПК. Однако боли у детей, страдающих ЯБ ДПК, в 38,9% случаев возникали в ночное время. Желудочная диспепсия у пациентов ЯБ ДПК проявлялась изжогой у 73,0%, тошнотой у 64,3%, отрыжкой у 60,3% (p<0,01) и рвотой у 47,6%. У детей ЯБ ДПК наиболее часто встречались одиночные язвы размером 0,3-0,5 см (52,4%) с локализацией на передней стенке луковицы ДПК (59,5%) и у 11,1% встречались множественные язвы. Язвенные дефекты чаще имели округлую форму (73,0%) и определялись на фоне разной выраженности воспалительного процесса в слизистой оболочке. Эрозивное поражение слизистой оболочки луковицы ДПК обнаружено у 53,1%. У 51,6% детей, страдающих ЯБ ДПК, выявлены изменения со стороны СО пищевода. Эритематозный характер воспаления СОЖ регистрировался чаще (60,3%), чем эрозивный (39,7%). При этом эрозии часто были множественными (26,2± 7,8%) и реже одиночными (13,5±6,1%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Цветкова Л.Н., Горячева О.А., Нечаева Л.В., Гуреев А.Н. Современное течение язвенной болезни у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2008. - Т. 87. № 6. - С. 31-33.
- 2 Котовский А.В. Прогнозирование характера течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического гастродуоденита у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2008. - № 3. - С. 84-87.
- 3 Видманова Т.А., Жукова Е.А., Вискова И.Н. Эффективность антихеликобактерной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей // Медицинский альманах. - 2011. - № 6. - С. 182-184.
- 4 Александрова С.Л., Барашкова Н.Н. Гастродуоденальная патология, ассоциированная Helicobacter Pylori, у детей в регионе Якутии // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). - 2007. - Т. 22. - № S2. - С. 86-88.
- 5 Жданова И.А., Намазова Л.С., Ильин А.Г. Распространенность болезней органов пищеварения и эффективность эрадикационной терапии при хеликобактерной инфекции у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - Т. 5. - № 4. - С. 44-48.
- 6 Egbaria R, Levine A, Tamir A, Shaoul R. Peptic ulcers and erosions are common in Israeli children undergoing upper endoscopy // Helicobacter. - 2008. - 13(1). – P.62-8.
- 7 Uğraş M, Pehlivanoglu E. Helicobacter pylori infection and peptic ulcer in eastern Turkish children: is it more common than known? // Turk J Pediatr. - 2011 Nov-Dec. -53(6). – P.632-7.
- 8 Kalach N, Bontems P, Raymond J. Particularities of ulcer disease in children // Arch Pediatr. - 2010 Jun. - 17(6). – P. 812-3.

АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАР ҰЛТАБАРЫНЫҢ ОЙЫҚ ЖАРА АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ

Түйін: Мақалада балаларда ұлтабардың ойық жара ауруы және Helicobacter Pylori инфекциясымен ассоциацияланатын созылмалы гастрит кезіндегі ауыру сезімінің орнығуында нақты айырмашылықтың болмауы көрсетілген, бұл осы симптом бойынша ойық жара ауруына диагноз қоюға мүмкіндік бермей отырған, 8,7% жағдайда аурудың еш ауырысыз түрде өтуі анықталған. Алайда ауырсыну сезімі ұлтабардың ойық жара ауруына шалдыққан балаларда 38,9% жағдайда түнгі уақыттарда туындаған. Науқастардың асқазан диспепсиясы 73,0%-да қыжылмен білінген, 64,3%-да жүрегі айну арқылы, 60,3% ($p<0,01$) кекіру және 47,6%-да құсу арқылы байқалды. Ең жиі кездескені ұлтабардың түйінінің алдыңғы қабатында (59,5%) орналасқан көлемі 0,3-0,5 см (52,4%) болатын жеке ойық жаралар болды және 11,1% -да көптеген ойық жара түрлері кездесті. Ойық жара ауруларының пішіні көбіне дөңгелек (73,0%) болды және сілемейлі қабаттың қабыну процесінің түрлі күйлерінде анықталды.

Кілт сөздер: ойық жара ауруы, ұлтабар, балалар, клиникалық ерекшеліктер

CLINICAL CURRENT OF THE PEPTIC ULCER OF THE DUODENUM AT CHILDREN IN OUT-PATIENT AND POLYCLINIC CONDITIONS

Resume: In article it is shown that there is no reliable difference in pain localization at a peptic ulcer of a duodenum and chronic gastritis at children, Helicobacter Pylori associated with an infection, that didn't allow to make the diagnosis of a peptic ulcer on this symptom, in 8,7% of cases noted the without pain course of a disease. However pains at children a peptic ulcer of a duodenum in 38,9% of cases arose at night. The gastric dyspepsia at patients was shown by heartburn at 73,0%, nausea at 64,3%, an eructation at 60,3% ($p<0,01$) and vomiting at 47,6%. Most often single ulcers of 0,3-0,5 cm in size (52,4%) met localization on a forward wall of a bulb of a duodenum (59,5%) and at 11,1% multiple ulcers met. Ulcerative defects had a spherical form (73,0%) more often and were defined against different expression of inflammatory process in a mucosa.

Keywords: peptic ulcer, duodenum, children, clinical features.