

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Д.С. ИСЛАМОВА, Х.Н. ШАДИЕВА, И.У. ТОГАЕВ, Ш.М. ИБАТОВА, Ф.Х. МАМАТКУЛОВА
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Самарканд

КАТТА ЁШДАГИ МАКТАБ БОЛАЛАРДА ДУОДЕНАЛ ЯРАНИНГ АСОРАТЛАНГАН КЕЧИШИ: САБАБЛАРИ, ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

Д.С. ИСЛАМОВА, Х.Н. ШАДИЕВА, И.У. ТОГАЕВ, Ш.М. ИБАТОВА, Ф.Х. МАМАТКУЛОВА
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

COMPLICATED COURSE OF DUODENAL ULCER IN CHILDREN OF SENIOR SCHOOL AGE: CAUSES, DIAGNOSTIC CRITERIA FOR DETERMINATION

D.S. ISLAMOVA, KH.N. SHADIEVA, I.U. TOGAEV, SH.M. IBATOVA, H.M. MAMATKULOVA
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Дуоденал ярадан қон кетиши энг хавфли асорат бўлиб, ушбу касаллик ўлим структурасида биринчи ўрин эгаллайди. Дуоденал яра билан касал 42 нафар бола текиширилиб, улардан 12 нафаридан ярадан қон кетиши кузатилди. Анамнез, клиник-эндоскопик хусусиятлар ва рН кўрсаткичлари ўрганилди. Дуоденал яра касаллиги асоратланган кечишининг предикторлари қўйидагилар: жинс, ёши, ирсият, эрозив характерли гастродуоденит, кўндан-кўн яралар, юқори бактериял зарарланиши, антродуоденал зонада юқори гиперацидлиги.

Калит сўзлар: дуоденал яра касаллиги, ярадан қон кетиши, асоратнинг предикторлари, катта ёшдаги мактаб болалари.

Bleeding from duodenal ulcers is the most formidable complication and occupies one of the first places in the structure of mortality from duodenal ulcer. The anamnestic, clinical features and pH indices in children with duodenal ulcers were studied. 42 children of the senior school age with duodenal ulcers were examined, of them 12 had a complication in the form of ulcerous bleeding. The study makes it possible to consider the sex, age, heredity, erosive nature of gastroduodenitis, multiple ulcers, high bacterial contamination, low pH in the anthroduodenal zone as predictors of complicated course of JBD.

Key words: duodenal ulcer, ulcer bleeding, predictors of complications, children of senior school age.

Актуальность. Язвенную болезнь (ЯБ) у детей перестали считать редким заболеванием (около 2% детского населения). Она представляет серьезную проблему клинической медицины в связи с высоким уровнем распространения, омоложением, утяжелением клинического течения и недостаточной эффективностью терапии [1,3,4,7,13,15].

Среди этиологических факторов в возникновении ЯБ играет, прежде всего, наследственность. Роль наследственной отягощенности особенно велика при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), которая наследуется по аутосомно-доминантному или аутосомно-рецессивному типу, не сцепленному с полом [7,13].

Следующим фактором, обуславливающим развитие воспалительных и деструктивных изменений, является специфический инфекционный агент *Helicobacter pylori*. Естественный резервуар *Helicobacter pylori* - это, прежде всего, человек, причем инфицирование происходит обычно в детском возрасте. Ухудшение социального и эко-

номического статуса населения, неблагоприятная экологическая обстановка, нерациональное питание - факторы, способствующие росту частоты и раннему возникновению заболеваний, вызываемых *Helicobacter pylori* [1,4,7,13,15].

Частота инфицированности детей школьного возраста хеликобактерной инфекцией постоянно увеличивается (около 10% в год) и достигает максимума у взрослого населения, что позволяет считать хеликобактериоз наиболее распространенной инфекцией человечества (инфицированность - у 60% населения земного шара). Столь высокая обсемененность свидетельствует о том, что в ближайшее время будет наблюдаться дальнейший рост заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных с *Helicobacter pylori*. На сегодняшний день при хронических формах гастрита и гастродуоденита этот возбудитель обнаруживают при эрозивно-язвенных процессах - у 82-98% [1,7,13].

Особенностью течения ЯБ в современных условиях является изменение морфогенеза - малосимптомное течение или безболевого вариант

наблюдаются более чем у 5% больных; нивелируются сезонные обострения, отмечается недостаточная эффективность либо устойчивость к проводимой терапии, часто развиваются осложнения [7]. Известно что, у 26–42% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) возникают различные осложнения, среди которых желудочно-кишечные кровотечения составляют 30–40 % случаев, перфорация язв - 21–27% [2,5,7,8,9,10,11,12,14].

Кровотечения из дуоденальных язв являются наиболее грозным осложнением и занимают одно из первых мест в структуре смертности от ЯБДК [2,5,8,10,11]. По данным различных авторов, общая летальность составляет 10-14%, послеоперационная - от 12 до 35%. Достижения клинической хирургии, эндоскопических методов диагностики и лечения, анестезиологии, реаниматологии и расширение арсенала медикаментозной противоязвенной терапии не дали ощутимых предпосылок к снижению летальности при этом заболевании. Напротив, послеоперационные осложнения и летальность при повторных кровотечениях возрастают в 1,5-2 раза.

В имеющихся литературных источниках приводятся различные мнения, объясняющие проблему гастродуоденальных язвенных кровотечений: широкая распространенность ЯБ (более 10% населения), ненормированный прием противовоспалительных нестероидных препаратов и агрессивной антикоагулянтной терапии; отсутствием единой доктрины лечения язвенных кровотечений [2,5,8,10,11,14].

В то же время факторы, приводящие к рецидивированию заболевания и развитию осложнений, остаются недостаточно изученными, а опубликованные в литературе данные о роли отдельных предикторов в развитии осложнений носят противоречивый характер. Поэтому аспект проблемы язвенной болезни, связанный с поиском предикторов развития жизнеопасных осложнений заболевания имеет несомненную актуальность и востребован в клинической практике.

Цель работы. Изучить анамнестические, клиничко-эндоскопические особенности и показатели рН у детей с ЯБДК для выявления факторов, способствующих формированию осложненного течения заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 42 больных ЯБДК в фазе рецидива, которые находились на лечении во 2-й клинике СамМИ в 2013–2016 гг. Основную группу составили 12 (28,6%) пациентов с осложненным течением заболевания (кровотечения) (ЯБО). В группу сравнения вошли 30 (71,4%) больных с неосложненным течением ЯБДК (обострения 1 и менее в течение года, отсутствие когда-либо деструктивных осложнений) (ЯБН). В исследование не включались больные: с сопутствующей патологией, с указанием в анамнезе на приём в течение последних 3-х месяцев ulcerогенных препаратов (нестероидных противовоспалительных, глюкокортикоидов и др.).

При распределении обследованных по полу в основной группе оказалось 10(83,3%) мальчиков и 2(16,7%) девочки, в группе сравнения, соответственно, 20(66,7%) и 10(33,3%) (рис. 1).

Средний возраст больных на момент исследования составил в группе с осложнениями $16 \pm 1,0$ лет, без осложнений - $12 \pm 2,4$ ($P < 0,01$) (рис.2).

Пациентам проводились: ЭГДС, определение титра антител IgG к НР в сыворотке крови, интрагастральная рН-метрия.

Эндоскопическое исследование. ЭГДС проводилась всем больным с помощью аппарата «Olympus» (Япония) до лечения и после курса противоязвенной терапии.

Диагностика инфекции НР определение наличия антител IgG к НР в сыворотке крови и их титра с использованием иммуноферментного теста «ИммуноКомб НР IgG».

Интрагастральная рН метрия всем пациентам выполнялась с использованием аппарата «Гастроскан-АГМ». При этом оценивали средний рН.

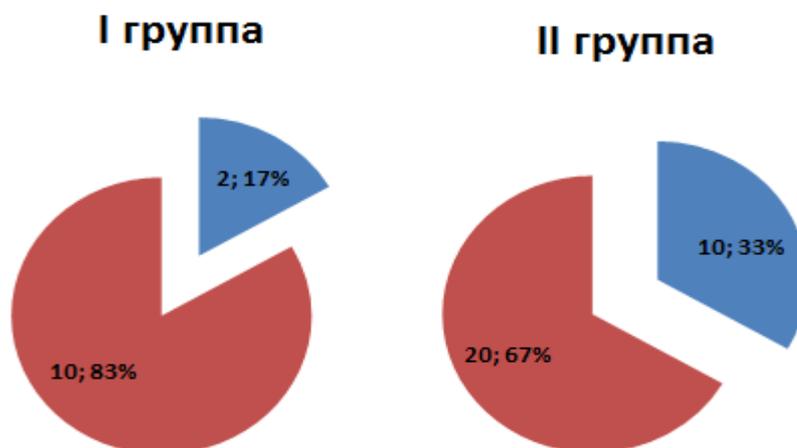


Рис. 1. Распределение больных с ЯБДК по полу

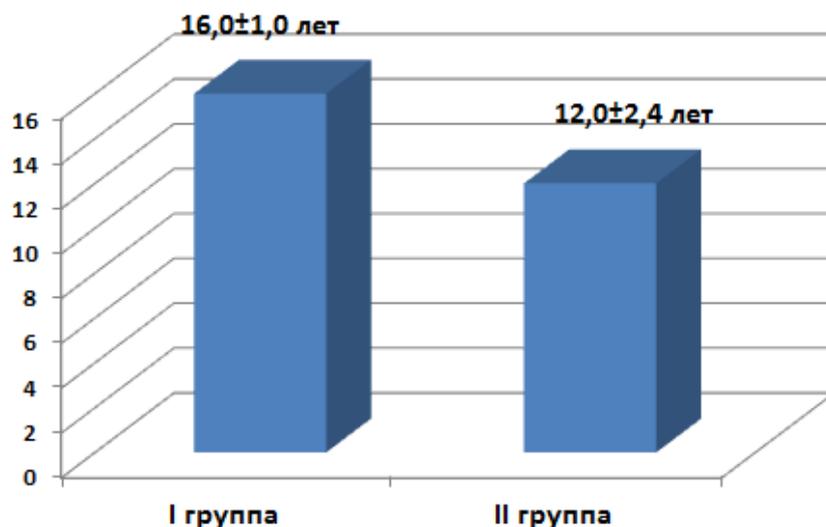


Рис. 2. Распределение больных с ЯБДК по возрасту

Больные НР-положительной ЯБДК получали в стационаре стандартную 10-дневную схему эрадикационной терапии: омепразол 20-40 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 50 мг/кг 2 раза в сутки + кларитромицин 15 мг/кг 2 раза в сутки. Далее лечение продолжалось Денолом в течение 3 нед. Контрольные ЭГДС проводились через 21 день от начала лечения до рубцевания язвенного дефекта. Контроль эффективности эрадикационной терапии осуществлялся при помощи дыхательного Хелик-теста через 1 месяц с момента окончания лечения.

Полученные результаты и их обсуждение. Клинико-эндоскопическая характеристика больных. При изучении анамнеза пациентов выяснилось, что наследственность по основному заболеванию была отягощена. Так, наличие ЯБ у близких родственников (мать-отец, братья-сестры, бабушки-дедушки, дяди-тети) больных основной группы выявлено у 9 (75%), причем у 4(33,3%) – тяжелого течения, у 4(33,3%) из близких родственников в анамнезе также было кровотечение. У больных детей из группы контроля также прослеживалась наследственная отягощен-

ность (14 (46,7%)), осложнений у родственников у этой группы не отмечалось.

Установлено, что длительность язвенного анамнеза у больных основной группы была в 1,5 раза меньше, чем в группе сравнения, что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении заболевания у первых и, возможно, о малосимптомном дебюте. У больных контрольной группы длительность заболевания на момент обследования составила 3,1±0,6 года, а у больных основной группы – 1,4±0,3 (P<0,01).

Рецидивы заболевания в основной группе отмечались реже, чем в группе сравнения, у 3(25%) пациентов дебютировала развитием деструктивных осложнений.

По данным анамнестического исследования не выявлено существенных различий между группами по локализации, иррадиации боли и ее связи с приемом пищи. В группе сравнения достоверно (P<0,01) чаще регистрировались ночные боли. Также для неосложненного течения ЯБДК наиболее характерны были умеренные боли типичной локализации. Осложненное течение ЯБДК сопровождалось менее яркой симптоматикой.

Таблица 1.

Факторы риска, клинические особенности у детей с ЯБДК

№	Показатель	Группа больных	
		Основная группа n=12	Контрольная группа n=30
1.	Наследственная отягощенность по ЯБ	9 (75%)	14 (46,7%)
2.	Наследственная отягощенность по кровотечениям	4 (33,3%)	-
3.	Длительность заболевания	1,4±0,3 года	3,1±0,6 года
4.	Рецидивы ЯБДК	5 (41,6%)	22 (73,3%)
5.	Сезонность обострений	4 (33,3 %)	17 (56,7 %)
6.	Отсутствие болевого синдрома	4 (33,3%)	2 (6,7%)
7.	Значительная интенсивность боли	3 (25%)	12 (40%)
8.	Материально-бытовые условия	8 (66,7%)	11 (36,7%)

Эндоскопические показатели у детей с ЯБДК

№	Показатель	Группа больных	
		Основная группа n=12	Контрольная группа n=30
1.	Эрозивный характер гастродуоденита	7 (58,3%)	2 (6,7%)
2.	Частота выявления ДГР	5 (41,7%)	20(66,7%)
3.	Множественные язвы	4 (33,3%)	3 (10%)
4.	Средний размер язвенного дефекта	3,1±1,79 мм	1,8±1,14 мм

Таблица 3.

Кислотообразующая и ощелачивающая функции желудка при ЯБДК

№	Показатель	Здоровые дети n=10	Группа больных	
			Основная группа n=12	Контрольная группа n=30
1.	pH желудка, ед.	2,1±0,21	1,3±0,15^^	1,5±0,12^
2.	pH антрума, ед.	4,9±0,30	2,2±0,21^^^***	4,6±0,16

Болевой синдром был достаточно типичным по своей локализации, однако имел меньшую интенсивность, боли были более локализованными. При осложненной ЯБДК значительно чаще, чем при ЯБН больные отмечали отсутствие боли (33,3% и 6,7%, соответственно), реже - значительную интенсивность болевого синдрома (25% и 40%). Сезонные обострения в осенне-весенний период встречались достоверно чаще в группе с ЯБН (56,7 % и 33,3 %, соответственно).

Материально-бытовые условия были неудовлетворительными у 8 (66,7%) детей с кровотечениями, и только у 11 (36,7%) из группы сравнения.

При эндоскопическом исследовании у всех больных диагностировался антральный гастрит и дуоденит. У 7(58,3%) больных основной группы был отмечен эрозивный характер гастродуоденита.

Следует отметить, что частота выявления ДГР (66,7 % и 41,7 %) была достоверно выше в группе пациентов с ЯБН.

У пациентов с ЯБО множественные язвенные поражения встречались в 3 раза чаще (33,3%), чем у пациентов с ЯБН (10 %). Язвенные дефекты в обеих группах локализовались преимущественно на передней и задней стенках луковицы ДПК и значительно реже - на большой и малой кривизне. Следует отметить, что в исследуемых группах статистически значимых различий по локализации язвенных дефектов в ДПК не выявлено.

Средний размер язвенного дефекта у детей с ЯБО составил 3,1±1,79 мм, что недостоверно превышает аналогичный показатель в контрольной группе (1,8±1,14 мм) ($p>0,05$).

При изучении кислотообразующей функции желудка у детей с ЯБДК было выявлено состояние гиперацидности в области тела желудка. Показатели как основной, так и контрольной группы достоверно ($p<0,01$; $p<0,05$, соответственно) от-

личались от нормативов. Что касается pH-метрии в области антрума, то повышенное кислотообразование (либо снижение ощелачивающей функции желудка) характерно для детей с осложненным течением болезни, у которых данный показатель был достоверно ($p<0,001$) ниже как значений здоровых, так и контрольной группы (табл.3).

У всех пациентов оценивался НР-статус. Согласно результатам исследования, инфицированность НР выявлена у 24(80%) пациентов с ЯБН и у всех детей основной группы. У больных с ЯБО достоверно чаще отмечался высокий титр IgG к Нр (58,3% и 16,7 %), в то время как, в группе с ЯБН превалировал низкий титр антител к НР (43,3% и 8,3%).

Выводы. Таким образом, у детей с ЯБДК определены следующие предикторы осложненного течения заболевания: мужской пол, старший школьный возраст, наследственная отягощенность как по ЯБ, так и по наличию ее осложнений. Характерной также можно считать небольшую продолжительность заболевания на момент развития осложнений. Клиническая картина у таких больных характеризуется невысокой интенсивностью болевого синдрома, локализованным характером болей, отсутствием сезонности. Неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни – один из важных факторов осложненного течения. Высокие титры антител к *H. pylori*, низкий pH у детей из основной группы позволяют включить в группу предикторов осложнений ЯБДК высокую бактериальную обсемененность и гиперацидность. Частое выявление эндоскопической картины эрозивного гастродуоденита, большие размеры язвенного дефекта и множественные язвы, скорее всего, также способствуют развитию язвенного кровотечения. Активная диспансеризация таких больных поможет снизить вероятность осложнений ЯБДК в детском возрасте.

Литература:

1. Александрова С.Л., Барашкова Н.Н. Гастродуоденальная патология, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, у детей в регионе Якутии // Сибирский медицинский журнал. - 2007. - №52. - С.86-88
2. Белоногов, Н.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в ургентной хирургии /Н.И. Белоногов // Materialy IX mezinarodnivedecko - praktickakonference «Moderni vymozenostivedy– 2013». – Di153. Lekafstvi: Praha. Publishing House «Education and Science» – str.16-19.
3. Бусыгина М.С., Вахрушев Я.М. Течение язвенной болезни с сопутствующим дуоденостазом // Сборник тезисов 42-я Научная сессия ЦНИИГ «Принципы доказательной медицины в клиническую практику». 2016. 2-3 марта. С.11-12
4. 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
5. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П. и др. Острые кровотечения в просвет пищеварительного канала у детей //Ж. «Здоровье ребенка».-№4 (25).-2010.-С.
6. Комарчук В.В. Оценка кислотопродуцирующей функции желудка и диагностика гастроэзофагального рефлюкса при осложненных формах язвенной болезни. //Ж. Харківська хірургічна школа.-2012.-№3(54)-С.50-52
7. Леонтьева В.А. Клинические, эмоционально-личностные и функциональные предикторы осложненного течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.// Автореф. дисс.канд.мед.наук. Тверь, 2008. 21 с.
8. Малкаров, М.А. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.27 / М.А. Малкаров. – Москва, 2007. – 20 с.
9. Мидленко, В.И. Алгоритм ведения больных при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Казанский медицинский журнал. – 2008. – № 3. – С. 238-241.6.
10. Тверитнева, Л.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений: автореф. дис.-д-ра мед.наук: //М., 2009. 25с.
11. Тимербулатов, М.В. Прогнозирование рецидивов острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т.4. – №2. – С.1-5.
12. Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Лучинкин И.Г. Кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в клинической практике // РМЖ. 2009. №5. С. 34714.
13. Цветкова Л.Н., Горячева О.А., Нечаева Л.В. и др. Современное течение язвенной болезни у детей.// Ж.Педиатрия.-2007.-№6.-С.31-33
14. Щеголев А.А., Аль-Сабунчи О.А., Ключева Е.А. и др. Современный тактический подход в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений // Ж. Вестник РУДН, серия Медицина. – 2010.-№ 4.-С.37-42.
15. Uğraş M., Pehlivanoglu E. Helicobacter pylori infection and peptic ulcer in eastern Turkish children: is it more common than known? // Turk.J.Pediatr.-2011Nov-Dec.-53(6).-P.632-637

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Д.С. ИСЛАМОВА, И.У. ТОГАЕВ,
Х.Н. ШАДИЕВА, Ш.М. ИБАТОВА,
Ф.Х. МАМАТКУЛОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Самарканд

Кровотечения из дуоденальных язв являются наиболее грозным осложнением и занимают одно из первых мест в структуре смертности от язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Изучены анамнестические, клинические особенности и показатели рН у детей с ЯБДК. Было обследовано 42 ребенка старшего школьного возраста с язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, из них у 12 наблюдалось осложнение в виде язвенного кровотечения. Исследование позволяет считать предикторами осложненного течения ЯБДК пол, возраст, наследственность, эрозивный характер гастродуоденита, множественные язвы, высокую бактериальную обсемененность, низкий уровень рН в антродуоденальной зоне.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенное кровотечение, предикторы осложнений, дети старшего школьного возраста.