

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ У ДЕТЕЙ

Н.В. Дарджания

ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, г. Челябинск

Мы обследовали 120 пациентов с хроническим гастродуоденитом и гастроэзофагальной рефлюксной болезнью в возрасте от 11 до 18 лет. Клинические проявления заболевания независимо от длительности и тяжести течения отмечали полиморфизмом. Больные отмечали наличие жалоб на абдоминальные боли, диспепсию и астеновегетативные проявления; ведущего клинического синдрома выявить не удалось. Следует отметить сочетание гастроэзофагальной рефлюксной болезни с хроническим гастродуоденитом, вызванным хеликобактериозом. Для установления клинического диагноза требовалось детальное эндо-морфологическое исследование не только слизистой оболочки не только гастродуоденальной зоны, но и слизистой пищевода с обязательным учетом показателей рН-мониторированием.

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь.

Введение. В последние годы отмечается устойчивый рост гастроэнтерологических заболеваний у детей. Ведущее место в структуре данной патологии занимают функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Причины функциональных нарушений обычно лежат вне органа, функция которого нарушена, и связаны с нарушением регуляторных механизмов. Особо значимы при этом расстройства нервной регуляции, обусловленные ишемически-гипоксическим поражением ЦНС и вторичной вегетативной дистонией.

Установлено, что до 30 % функциональных нарушений выявленных у детей не требуют активных лечебно-реабилитационных мероприятий. В то же время значительная часть дисфункцией прогрессирует и является основой формирования хронических форм заболеваний ЖКТ в старших возрастных группах. Это положение подтверждено многими исследованиями, которые указывают, что у 60–70 % взрослых больных формирование гастродуоденальной патологии начинается в детском и юношеском возрасте, что является не только медицинской, но и социальной проблемой. Особое внимание педиатров уделяется хроническим воспалительным заболеваниям слизистой оболочки гастродуоденальной зоны в сочетании с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, которое по данным литературы [4, 11] может значительно утяжелить течение хронического гастродуоденита.

Материал и методы. Мы обследовали 120 пациентов с хроническим гастродуоденитом в возрасте от 11 до 18 лет, поступивших в гастроэнте-

рологическое отделение муниципальных детских больниц № 1 и № 9 для уточнения диагноза и лечения. Пациенты были разделены на две группы: в группу I вошли пациенты с хроническим гастродуоденитом и гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (n = 62); группа II была представлена больными с хроническим гастродуоденитом, без рефлюкса (n = 58), которую мы представили как группу сравнения. Соотношение мальчиков и девочек среди больных ГЭРБ (49 % и 51 %) и пациентов группы сравнения (55,6 % и 44,4 %) было примерно одинаковым. Диагноз «хронический гастродуоденит» формулировался по общепринятой для клиницистов классификации хронических гастродуоденитов у детей, а так же с учетом подразделения болезней органов пищеварения в Международной классификации болезней X-го пересмотра (Женева, 1995 г.).

Среди наблюдаемых пациентов с хроническим гастродуоденитом 88 человек (73,3 %) составили больные пубертатного возраста с 12 до 18 лет, тогда как в возрасте 11 лет было 32 человека (26,7 %). Помимо нашей работы данные положения отражены в ряде публикаций, свидетельствующих о том, что с возрастом у детей частота хронического гастродуоденита увеличивается. Этот факт связан, прежде всего, с тем, что в периоде пубертата у детей отмечается пик морфофункциональных изменений со стороны многих органов и систем, среди которых доминирует гастроэнтерологическая патология [2, 9, 12].

Результаты. Большинство детей (91,7 %) бы-

ли рождены от I и II родов. У 75 % матерей беременность была осложнена различной патологией, что подтверждается данными литературы [3].

Изучение пре- и перинатальных факторов риска, продемонстрировало большое количество возможных негативных влияний на будущего ребенка. Патологию беременности имели 83,9 % матерей I группы обследованных и 56,9 % контрольной группы. У матерей I группы чаще встречались гестозы ($p < 0,05$), хроническая внутриутробная гипоксия плода. Известно, что внутриутробная гипоксия плода повышает риск родового травматизма и может привести к нарушению регуляторных механизмов верхних отделов пищеварительного тракта с развитием синдрома рвоты и срыгивания у детей раннего возраста.

Отклонения от физиологического течения родов имели 45 матерей (72,6 %) I группы в виде дискоординации родовой деятельности (стремительные роды у 40,3 %, преждевременные у 9,7 %); у 30 матерей (51,7 %) в группе сравнения, так же как и в I группе обследованных мы выявили стремительные (34,5 %) и преждевременные (8,6 %) роды. Оперативное родоразрешение было проведено у 9 (14,5 %) детей I группы, у 4 (6,9 %) II группы, что, на наш взгляд, создает условия воздействия distractionно-сгибательных или разгибательных сил на шейный отдел позвоночника.

Известно, что при хроническом гастроудодените патологический процесс в желудочно-кишечном тракте редко ограничивается только гастроудоденальным отделом, чаще имеет место вовлечение и других органов пищеварения [1, 2, 10]. По нашим данным наиболее частой сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта были дискинезии желчевыводящих путей – 95,2 % в I группе и 89,6 % в группе сравнения. Количество случаев дистального колита встречались с одинаковой частотой во всех группах наблюдения (22,5 % и 29,3 % соответственно в I и II группах). Дефекты осанки в виде сколиоза были обнаружены у 32,3 % пациентов I группы, 24,1 % – во II группе. Наши исследования подтверждают мнение Р.Ф. Акберова (1985) о том, что нарушение осанки является постоянным спутником цервикальной нестабильности.

Однако перечень патологии у детей с хроническим гастроудоденитом не исчерпывался сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В процессе обследования детей была выявлена различная патология других органов и сис-

тем. Наиболее часто – у 96,8 % больных в I группе и в 84,5 % в группе сравнения, отмечалось наличие нейровегетативных дисфункций, что подтверждается данными литературы [5].

Длительность заболевания хронического гастроудоденита от момента появления первых гастроэнтерологических жалоб (преимущественно болевой синдром) до госпитализации в стационар и установления диагноза хронического гастроудоденита была не менее 1 года.

У 116 детей на момент обследования хроническая патология верхних отделов пищеварительного тракта была в стадии обострения, а у 4 пациентов отмечена неполная клиническая ремиссия.

Ведущими клиническими синдромами, выделенными нами после клинического обследования детей, явились: болевой абдоминальный синдром (100 %) в обеих группах, синдром диспепсических расстройств от 67,2 % до 100 % случаев (соответственно в I и II группах) и синдром астеновегетативных нарушений (84,5 % – 95,2 % соответственно в I и II группах). Следует отметить, что ни один из клинических синдромов в обследуемых группах не является ведущим и протекал на фоне клинических проявлений основного заболевания.

Анализ анамнестических данных показал, что во всех группах преобладали жалобы на боли локализованного характера. У детей основных групп отмечалось частое сочетание эпигастральных болей с болезненностью в пилородуоденальной зоне и правом подреберье. Характер абдоминальных болей при хронических заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта представлены в таблице.

Таким образом, у большинства пациентов выявлялись приступообразные боли режущего и колющего характера. В контрольной группе выявлен больший процент постоянных ноющих болей ($p < 0,05$). Яркая манифестация болевого абдоминального синдрома у пациентов основной группы, вероятно, обусловлена высокой распространенностью моторно-эвакуаторных дисфункций в верхних отделах пищеварительного тракта. Особое внимание, на наш взгляд, следует уделить жалобам на боли в подложечной области и за грудиной, которые отмечались у 31 ребенка I группы (50 %) и лишь у 3 (5,2 %) пациентов в группе сравнения ($p < 0,05$). Загрудинные боли не имели остро, приступообразного характера. Пациенты младшего возраста описывали болевые ощущения как «жжение» в груди (проекция нижней трети пищевода). Стар-

Характер абдоминальных болей у детей с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта

	I группа	II группа	p
Приступообразные	69,4 %	39,7 %	< 0,05
Постоянные	30,6 %	60,3 %	< 0,05
Кратковременные	67,7 %	55,2 %	> 0,05
Длительные	32,3 %	44,8 %	> 0,05

шие дети отмечали, что у них «давление» и «жжение» локализовались в области мечевидного отростка грудины. Особенностью «загрудинных» болей являлось и то, что они исчезали при приеме даже небольшого количества жидкости.

Пальпация живота также показала, что у пациентов I и II группы достоверно чаще, чем в группе контроля отмечалась болезненность при пальпации живота в эпигастральной и пилородуоденальной области, а также в правом подреберье (проекция желчного пузыря). Полученные данные указывают на то, что у детей основных групп чаще выражены изменения в выходном отделе желудка и луковице двенадцатиперстной кишки, косвенно свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс органов гепатобилиарной зоны.

«Верхняя» диспепсическая симптоматика была выявлена у всех пациентов I группы и в 26 случаях (44,8 %) в группе сравнения. Отмечена более высокая распространенность (у детей с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью и сочетании гастроэзофагальной рефлюксной болезни и дуоденогастрального рефлюкса таких клинических симптомов, как изжога, отрыжка, тошнота и рвота ($p < 0,05$). Важной причиной возникновения отрыжки и изжоги у детей с патологией верхних отделов пищеварительного тракта является нарушение моторики пищевода и желудка.

Клинические признаки синдрома соматоформной вегетативной дисфункции различной степени выраженности отмечены у 95,2 % пациентов I группы и 84,5 % – II группы. Жалобы на головную боль, головокружение и повышенную утомляемость преобладали у пациентов I группы; у этих детей так же чаще регистрировались слабость и гипергидроз ладоней. На наш взгляд, вегетативные нарушения способствуют прогрессированию гастроэнтерологической патологии и требуют обязательной неврологической коррекции.

Результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии показали, что патологические изменения пищевода чаще ($p < 0,05$) диагностировались у пациентов в основной клинической группе (100 %), чем в группе сравнения (0 %).

Признаки недостаточности нижнего пищеводного сфинктера достоверно чаще встречались у пациентов I группы (80,6 %), в контрольной группе подобные изменения отсутствовали ($p < 0,05$). Полученные данные указывают на большую распространенность среди детей основных групп сфинктерных нарушений с преобладанием недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

Признаки воспаления слизистой оболочки пищевода определены у 100 % пациентов I группы и не обнаружено в группе сравнения ($p < 0,05$). При этом превалировал эзофагит I ст. тяжести, а эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки чаще имели место у 9,7 % пациентов.

В ходе эзофагогастродуоденоскопии у пациентов фиксировалось усиленная перистальтиче-

ская активность стенок антрального отдела желудка (27,4 % и 25,9 % соответственно в I и II группах). Важным моментом, на наш взгляд, является наличие у 10 детей (16,1 %) первой группы ретроградной перистальтики в антральном отделе желудка. Подобное нарушение во всех случаях сочеталось с зиянием привратника, пролабированием слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки в просвет желудка и наличием рефлюкса. В литературе данный симптомокомплекс рассматривается как признак функционального дуоденостаза.

Гипотония привратника зафиксирована у 27 пациентов основной группы и у 8 пациентов в контрольной. Нарушение перистальтики стенок желудка в сочетании с дисфункцией привратника, по мнению ряда авторов, является результатом дискоординации сокращений желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки, грозным осложнением которой может стать дуоденогастральный рефлюкс. Это подтверждается результатами нашего исследования, в соответствии с которыми эндоскопические признаки дуоденогастрального рефлюкса обнаружены у 100 % детей II группы и только у 18,4 % – контрольной. Причиной функциональной дискоординации различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки, приводящей к моторно-эвакуаторным нарушениям у пациентов, по нашим данным, является неполноценность вегетативного обеспечения верхних отделов пищеварительного тракта.

Заброс желчи в луковицу двенадцатиперстной кишки, по мнению исследователей, обусловлен двумя основными причинами: необходимостью нейтрализации поступившего из желудка кислого содержимого и нарушением у данной группы пациентов дуоденальной проходимости.

Результаты наших исследований подтвердили мнение ученых о высокой частоте хеликобактерного инфицирования слизистой желудка при хронической патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей [6–8]. У всех обследуемых детей был выявлен *H. pylori*.

Анализ результатов внутрижелудочной рН-метрии показал, что для большинства детей с хроническим гастритом как в базальную, так и в стимулированную фазу секреции, была характерна повышенная и нормальная кислотная продукция. Усиление кислотообразующей функции в базальную фазу секреции, которая в большей степени контролируется блуждающим нервом, указывает на то, что у детей, прежде всего, страдает нервный механизм регуляции выделения желудочного сока, значение которого возрастает при развитии гастрита на фоне цервикальной нестабильности. Повышенная секреторная функция желудка у детей с воспалительными изменениями слизистой оболочки антрального отдела и двенадцатиперстной кишки может быть связана с нарушением физиологического антрального и дуоденального механизмов торможения секреции.

При исследовании моторно-эвакуаторной функции желудка по данным рН-метрии выявлено, что дуоденогастральный рефлюкс достоверно чаще регистрировался у пациентов второй группы (100 %), чем в группе сравнения.

Необходимо отметить высокую частоту нарушений нейтрализующей функции антрального отдела и ее склонность к декомпенсации в основных группах. Данный факт свидетельствует о том, что в двенадцатиперстной кишке свободно эвакуируется желудочный сок, чему способствуют усиленная перистальтика желудка и недостаточность привратника.

Высокая частота моторно-эвакуаторной нарушения желудка (нарушение перистальтики антрального отдела, дуоденогастральный рефлюкс) на фоне синдрома нестабильности шейного отдела позвоночника и ее сочетание с антральным хеликобактериозом обуславливают высокую степень активности хронического антрального гастрита у пациентов основной клинической группы.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия дает исчерпывающую характеристику визуальной оценки не только слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, но и изменении моторно-эвакуаторного характера в виде гастроэзофагального и дуоденогастроэзофагального рефлюкса. Данный метод позволяет выявить не только исходное состояние, но и характер изменения слизистой оболочки пищевода, т.е. является одним из диагностических критериев такой патологии как гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Помимо этого, эндоскопический метод позволяет оценить состояние кардиального сфинктера, что в последующем позволит коррегировать комбинационное лечение не только воспалительного процесса, но и сфинктерного аппарата верхних отделов пищеварительного тракта, предотвращая дальнейшее развитие поражений слизистой оболочки пищевода. Результаты морфологического исследования слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта свидетельствуют о превалировании в ней активного, преимущественно поверхностного воспалительного процесса. Тяжесть и локализация дистрофических изменений слизистой оболочки органов в большой мере определяется характером моторно-эвакуаторных и секреторных дисфункций, а также степенью хеликобактерного обсеменения слизистой. Данная связь убедительно прослеживается у детей в основной клинической группе. Преобладание у детей с цервикальной вертебральной патологией морфологически более выраженных изменений в дистальном отделе пищевода, антральном отделе желудка и в луковице двенадцатиперстной кишке, по нашему мнению, определяется высокой частотой моторно-эвакуаторным нарушением (гастроэзофагальным рефлюксом, дуоденогастральным рефлюксом, дуоденобульбарным рефлюксом).

Обсуждение. Проведенные нами исследования позволяют констатировать, что у детей при хроническом гастродуодените, обусловленном хеликобактериозом, имеет место развитие гастроэзофагальной рефлюксной болезни и других моторно-эвакуаторных нарушений, которые изменяют клиническое течение основного патологического процесса и требуют пересмотра и дополнения лечебно-диагностических мероприятий не только в периоде обострения, но и в индивидуальных реабилитационных программах. Уточнения диагноза сочетанной патологии требует конкретизации эндоморфологических показателей слизистой оболочки не только гастродуоденальной зоны, но и слизистой пищевода с обязательным учетом показателей рН-мониторингом.

Выводы. При хронических гастродуоденитах, вызванных хеликобактериозом моторно-эвакуаторные нарушения провоцируют формирование и прогрессирование гастроэзофагальной рефлюксной болезни с поражением слизистой оболочки пищевода и развития эзофагита. Подобные процессы вызывают значительные изменения моторики пилорического отдела желудка с формированием дуодено-гастрального рефлюкса, зиянием привратника и пролабированием слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки в просвет желудка. Клиника и течение хронического гастродуоденита при наличии гастроэзофагальной рефлюксной болезни или «каскадного» рефлюкса имеет свою специфичность, утяжеляет течение гастродуоденальной патологии, вызывает снижение эффективности лечебных мероприятий.

В связи с вышеизложенным, нормализация моторно-эвакуаторных нарушений становится условием, необходимость учитывать которое следует в каждой фазе лечения хронического гастродуоденита, включая период обострения.

Литература

1. Антронов, Ю.Ф. Аффективные нарушения и расстройства желудочно-кишечного тракта у детей и подростков / Ю.Ф. Антронов, Л.М. Каркина // Педиатрия. – 1997. – № 3 – С. 52–56.
2. Баранов, А.А. О болезнях желудочно-кишечного тракта у детей / А.А. Баранов, М.Я. Успенский, А.В. Мазурин // Мед. газета. – 1997. – 23 апр. (№ 32) – С. 8.
3. Бушуев, С.Л. Применения препаратов МААЛОХ в комплексном лечении у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта / С.Л. Бушуев, О.В. Зайцева, О.С. Назмова // Педиатрия. – 1997. – № 1. – С. 52–56.
4. Дорофеев, Г.И. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте / Г.И. Дорофеев, В.М. Успенский. – М., 1984 – 160с.
5. Дулькин, Л.А. Дифференциальное назначения седативных препаратов и психоаналептиков при гастроэнтерологической патологии у детей в зависимости от типа вегетативных дисфункции /

Л.А. Дулькин, И.Н. Лупан, О.Б. Скоцова // Вопросы охраны материнства и детства. – 1991. – № 2. – С. 72–74.

6. Малямова, Л.Н. Клинико-диагностические критерии хронических заболеваний гастроудоденальной локализации у детей и обоснование их этапного лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л.Н. Малямова. – Екатеринбург, 2007.

7. Семенюк, Л.А. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь у детей: клиника, диагностика и лечения: пособие для врачей / Л.А. Семенюк, Н.Е. Санникова, Г.В. Римарчук. – Екатеринбург; М.: УГМА, 2007. – 98 с.

8. Семенюк, Л.А. Диагностика гастроэзофагальной рефлюксной болезни у детей и подростков / Л.А. Семенюк // Российский педиатрический журнал. – 2007. – №3. – С. 21–24.

9. Татарникова, М.А. Клинико-эпидемиологической показатели гастроэнтерологической заболеваемости школьников новые организационные формы ее профилактики / М.А. Татарникова, Е.П. Усанова // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: сб. материалов 6-й конф. – М., 1999. – С. 7–11.

10. Уголев, А.М. Эволюция пищеварения и принципы эволюции функций: элементы современного функционализма / А.М. Уголев. – Л.: Наука. Ленинград. отд-ние, 1985. – 544 с.

11. Шабалов, И.П. Детские болезни / И.П. Шабалов // СПб.: Питерком, 1999. – 1080 с.

12. Apley, J. The child with abdominal / J. Apley. – Pairs. – Oxford, 1975.

Поступила в редакцию 8 июня 2009 г.