

# КЛИНИКО-МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Малямова Л.Н.

Уральская государственная медицинская академия

Детская городская клиническая больница №9

Одной из актуальных проблем педиатрии в современных условиях является прогрессивный рост хронических заболеваний органов пищеварения. Среди всех заболеваний указанной локализации у детей ведущее место занимает патология гастродуоденальной области, в частности: хронический гастрит (гастродуоденит) неэрозивный и с эрозиями, язвенная болезнь, относимые к кислотозависимым заболеваниям.

С учетом актуальности проблемы мы поставили цель изучить клинкомиорфофункциональные особенности кислотозависимых заболеваний у детей и показать среди этих больных частоту распространенности хеликобактериоза.

Наблюдали 241 ребенка в возрасте от 7 до 15 лет. На основании клинкомианамнестических данных, результатов эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта и гистологического исследования слизистой оболочки антрального отдела желудка, полученной при биопсии, было выделено 3 группы больных – дети с хроническим гастритом (гастродуоденитом) без эрозий (ХГ) (84 ребенка), с хроническим гастритом (гастродуоденитом) с эрозиями (ХЭГ) (106 детей) и язвенной болезнью (ЯБ), с локализацией язвы в 12 – перстной кишке (51 больной).

Анализ анамнестических данных у наблюдаемых больных позволил выявить значительное число факторов, вызывающих повреждение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки – это неблагоприятный пренатальный, антенатальный периоды; ранее отлучение от груди и перевод на искусственное вскармливание; перинатальные повреждения ЦНС и вызываемые ими рефлекторные расстройства двигательной активности желудка и кишечника, сопровождающиеся срыгиваниями и рвотой, диареей и запорами, повторная и частая заболеваемость респираторными инфекциями с последующим назначением антибиотиков и жаропонижающих средств, повреждающих слизистую оболочку желудка; разнообразные дефекты питания, частота и вид которых с возрастом нарастает и др. Однако при сопоставлении анамнестических данных с клиническим диагнозом оказалось, что неотягощенный преморбидный фон чаще выявлялся у больных ЯБ. В то же время неблагоприятные анамнестические факторы чаще определялись у детей с ХЭГ.

Выявленные особенности позволяют предположить, что ХЭГ – это, возможно, более тяжелый вариант ХГ. Вероятно, язвенная болезнь не является следствием эрозивного гастродуоденита. Благоприятный преморбидный фон у этих детей предполагает, что должны быть найдены другие факторы, участвующие в развитии этого заболевания.

Сопоставление абдоминального болевого и диспепсического синдромов у больных с гастродуоденальной патологией показало, что для больных ХЭГ более характерным был язвенно-подобный болевой синдром. У детей с ХГ чаще встречалась гастрито-подобная болевая симптоматика, т.е. ранние боли, локализующиеся, в основном, в эпигастрии, проходящие самостоятельно, сниженный аппетит, отрыжка «тухлым», тошнота, иногда рвота. У больных ЯБ выявлялся типичный характер болевого и диспепсического синдромов: натошачковые боли, большая их длительность и интенсивность, уменьшение болевого синдрома отмечалось после приема пищи и препаратов антацидов. Из диспепсических проявлений чаще встречалась отрыжка кислым и изжога. В то же время у части детей с ХЭГ и ЯБ определялась и слабая по интенсивности, кратковременная боль, проходящая самостоятельно, что требовало проведения полного морфофункционального исследования.

При первичном эндоскопическом обследовании во всех ранее указанных группах больных выявлялся антральный гастрит. В то же время при ХЭГ макроскопическая картина воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка чаще, чем при ХГ сочеталась с поражением 12 п. кишки и слизистой оболочки пищевода. При ЯБ наряду с вышеуказанным, чаще, чем при других заболеваниях вовлекался в патологический процесс фундальный отдел желудка. Преобладающими изменениями слизистой оболочки желудка (СОЖ) были эритематозные. В большинстве случаев они сочетались с отеком слизистой оболочки и «зернистостью». В основе этого феномена лежит лимфоидная гиперплазия в виде образования крупных лимфоидных фолликулов с герметизированными центрами размножения. При выявлении лимфоидных фолликулов мы сопоставили эндоскопические данные с гистологическими и получили тесную положительную связь ( $r = 0,5$ ). Сочетание такой зернистости с визуальными признаками воспаления, считающимися характерными для хеликобактерного гастрита, достоверно чаще встречались в группе детей с эрозивно-язвенными поражениями (около 90%), по сравнению с группой ХГ (60,7%).

Проведение уреазного теста и гистологическое исследование биоптатов во всех описываемых наблюдениях позволили выявить наличие хеликобактериоза. При этом отмечалась отчетливая тенденция нарастания выраженности контаминации Н.р. в

зависимости от клинического диагноза. При эрозивно-язвенных поражениях III степень контаминации Н.р. встречалась у 2/3 больных (75%), у детей с ХГ в 40% случаев контаминация определялась I и II степени.

Сопоставление морфологических изменений слизистой оболочки антрального отдела желудка у наблюдаемых детей позволило установить, что у больных ХЭГ морфологические изменения слизистой оболочки практически не отличались от аналогичных изменений при ЯБ. Так, в группе детей с ХЭГ выраженная (III) степень воспаления определялась немногим реже, чем в группе больных ЯБ, но достоверно чаще, чем при ХГ. То же отмечалось и при оценке степени активности гастрита, наличия лимфоидных фолликулов, лейкопедеза, крипт-абсцессов и других показателей. Последнее подчеркивает необходимость проведения диспансеризации и реабилитации больных эрозивным гастритом в таком же объеме, как при язвенной болезни.

При рассмотрении показателей кислотообразующей функции желудка в зависимости от диагноза оказалось, что нормальная кислотность в фундальном отделе определялась одинаково часто во всех группах наблюдения (около 40% больных). Умеренно повышенная кислотность (33-45 ммоль/л экв. HCl) регистрировалась несколько чаще у детей с ХГ. Достоверно значимые различия касались показателей значительно повышенной кислотности (46-55 ммоль/л экв. HCl). При ХГ эти значения выявлялись в 2 раза реже, чем при ХЭГ и в 2,5 раза реже, чем при ЯБ. Очень высокая кислотность (> 55 ммоль/л экв. HCl) обнаруживалась, в основном, при ЯБ (11,8%) и в единичных наблюдениях при ХГ и ХЭГ. Наряду с указанным, у ряда наблюдаемых больных имела место и пониженная активность кислотообразования (<24 ммоль/л экв. HCl), что требовало дифференцированного подхода к назначению противокислотных средств.

Полученные данные позволяют согласиться с мнением ведущих гастроэнтерологов о том, что эрозивный гастрит (гастроудоденит) – это, возможно, самостоятельное заболевание, во многом сходное с язвенной болезнью и часто с ней сочетающееся либо это разновидность гастрит-ассоциированной язвенной болезни, имеющий свои особенности, главная из которых ограничение повреждения только слизистой оболочкой стенки желудка. В любом случае это состояние требует к себе внимания, выделения этой группы детей, обоснованного лечения и длительного наблюдения.