

2. Наиболее неблагоприятное, персистирующее течение с выраженным полиморфизмом клинической картины имеют микст-формы герпесвирусной инфекции.

3. Полное комплексное обследование детей с заболеваниями органов дыхания и сопутствующей патологией с уточнением этиологического фактора позволяет проводить целенаправленное лечение с достижением оптимального результата.

Литература:

1. Долгих Т.И. Патогенетическая значимость вируса Эпштейна-Барр в формировании патологии у лиц молодого возраста // Сибирский медицинский журнал / Т.И. Долгих, С.В. Баринев, Н.С. Запарий, Т.В. Кадцына, Е.Ю. Минакова / 2011 – № 4 – С. 51–53

2. Долгих Т.И. Этиологическая характеристика инфекционных заболеваний перинатального периода. // Эпидемиология и инфекционные болезни / Т.И. Долгих, М.М. Мироненко, М.В. Шелев / 2011 – № 2 – С. 8–12

3. Зиновьева Н.В. Часто болеющие дети: чем они больны на самом деле / Трудный пациент. Педиатрия / Н.В. Зиновьева и др / 2007 – Т. 5 – № 2 – С. 25–27

4. Царапкин И.М. Проблема герпесвирусной инфекции (Обзор литературы). // Вестн. Службы крови России. / И.М. Царапкин, С.Д. Волкова, С.С. Бессмельцев и др. / 2011 – № 4 – С.42-48

5. Харит С.М. Использование рибомунила при вакцинации часто болеющих детей // Трудный пациент. Педиатрия / С.М. Харит и др. / 2007 – Т. 5 – № 2 – С. 29–33

6. Wines, B.D. IgA receptors in health and disease / Tissue Antigens / B.D. Wines, P.M. Hogarth / 2006 – V. 68 – № 2 – P. 103–114

7. Woof J.M. The function of immunoglobulin A in immunity / J.M. Woof, M.A. Kerr / J. Pathol. – 2006 – V. 208, №2, P. 270–282

УДК 616.33.053

**М.В. Новоселова, А.С. Горбатова, В.В. Жарова, В.Л. Зеленцова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В
ОТЛИЧИЕ ОТ ВЗРОСЛЫХ.**

Кафедра детских болезней лечебного факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**M.V. Novoselova, A.S. Gorbatoва, V.V. Zharova, V.L. Zelentsova
FEATURES OF THE COURSE OF STOMACH ULCER AT CHILDREN
UNLIKE ADULTS.**

Department children's diseases of medical faculty
Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: novoselhik@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности этиологии, анамнеза, клинической картины заболевания у детей и взрослых с язвенной болезнью.

Annotation. In article features of an etiology, clinic, the anamnesis at children and adults with stomach and duodenum ulcer are considered.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, ДПК.

Keywords: stomach, duodenum ulcer, *Helicobacter pylori*.

По данным отечественных педиатров язвенная болезнь (ЯБ) диагностируется у 8-12% детей с гастродуоденальной патологией и составляет 6% в структуре заболеваний пищеварительного тракта.[2,3] Несмотря на успехи в изучении этиологии, патогенеза, диагностики и лечения ЯБ, данное заболевание продолжает вызывать научный и практический интерес т.к. приводит к частым рецидивам и снижению качества жизни больных любого возраста.

Цель исследования – изучение особенностей течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка у детей в отличие от взрослых.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилась на базе МАУ «ДГКБ № 9» и ГКБ № 33. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2014-2015 годы.

В исследование было включено 30 историй болезни пациентов, которые наблюдались в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом ЯБ желудка и ДПК и получали консервативное лечение. Из них 20 историй болезни детей, с возрастной категорией от 3-17 лет ($12,8 \pm 4,9$), 10 историй с возрастной категорией от 21- 70 лет. ($41,2 \pm 18,9$). Критериями включения в исследование явилось наличие у пациента на момент обследования язвенного дефекта слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и/или желудка, по данным эзофагогастродуоденоскопии и отсутствие сопутствующей патологии эндокринной, онкологической, требующей приема гормональных и противовоспалительных препаратов. Методы обследования включали клинико-анамнестические данные (жалобы больных, сопутствующую патологию и тактику ведения пациентов). Анализ и статистическая обработка полученных результатов были осуществлены с помощью специально разработанной выборки, оформленной в компьютерной программе Microsoft Office Excel 2010г.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам нашего исследования частота встречаемости язвенной болезни увеличивается с возрастом. Язвы ДПК у детей встречаются чаще, чем у взрослых и составляют 70 %(14 человек). Женский пол значительно реже страдает данной патологией.(~13%). Все пациенты были разделены на 4

группы: I группа (дети с ЯБДПК), II (дети с ЯБ желудка), III группа (взрослые с ЯБДПК) и IV (взрослые ЯБ желудка). В I группе локализация язвенного дефекта преобладает в луковице ДПК, в антральном отделе желудка язвенная болезнь встречается чаще у IV группы. (рис.1.) Анамнестические данные, анализируемых групп детей позволяют говорить о ведущей роли наследственной предрасположенности (47%), отягощенность по хроническим заболеваниям гастродуоденальной зоны прослеживается у (44%), нарушение режима питания отмечают 56%, ранний перевод на искусственное вскармливание 30% детей (у взрослых анамнез утерян), *Helicobacter pylori* обнаружена у 86% взрослых и 75% детей. Пациенты I и II группы предъявляли жалобы на изжогу, дискомфорт после еды (43,7 %соответственно), избирательный аппетит около 31%. Отрыжка воздухом и метеоризм преобладали у II группы по сравнению с I, а у взрослых пациентов III и IV группы была равна 50 %. Диспепсический синдром также проявлялся тошнотой (около40% детей и 70% взрослых), рвотой реже. У пациентов III и IV группы преобладал болевой синдром высокой интенсивности, у детей же наблюдалось длительное безболевое течение. Признаки астеновегетативного синдрома выявляются более чем у половины III и IV группы и представлены быстрой утомляемостью, слабостью, общим недомоганием. Выявляется закономерность, чем младше ребенок, тем менее специфичны его жалобы.

Эндоскопически размеры язвенных дефектов у детей варьируются в широком диапазоне у I группы $1,4 \pm 0,8$ см, II группы $1,3 \pm 1$ см, III - $0,5 \pm 0,2$ см, IV- $2,0 \pm 1,2$ см. По результатам осмотра, инструментального метода исследования (УЗИ, ФГДС) течение ЯБ сопровождалось с вовлечением в патологический процесс гепатобилиарной системы 15% у детей и у взрослых в 2 раза больше(30%), поджелудочной железы у 25%(I ,II группы) и 20% взрослых(III, IV группы).

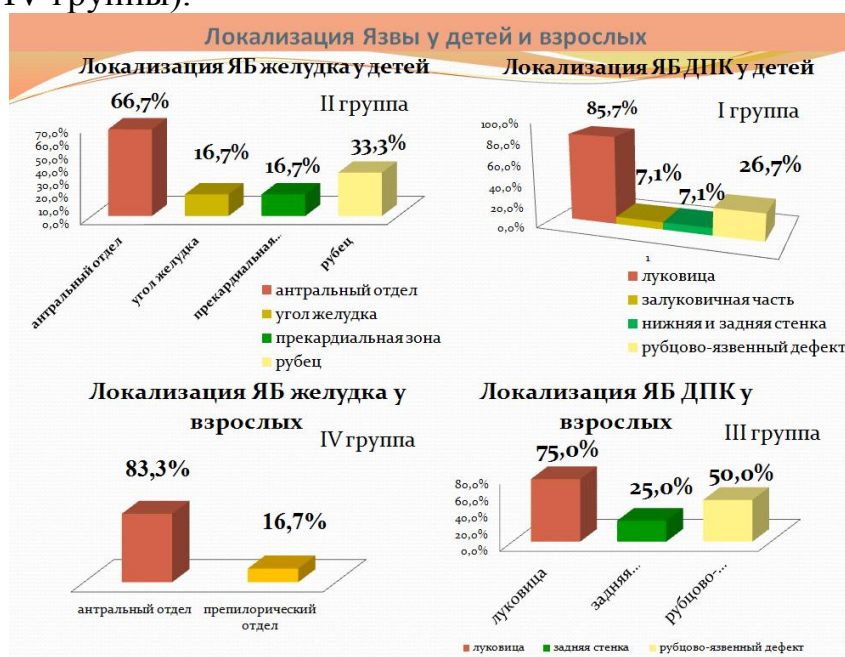


Рис.1. Диаграммы локализации язвенной болезни у детей и взрослых
(достоверность $p < 0,05$)

Выводы:

1. У детей, в отличие от взрослых может быть безболевого течение заболевания, и менее специфичные жалобы, затрудняющие диагностику и своевременное выявление, что приводит к высокому риску осложнений.

2. Наиболее часто у детей встречается дуоденальная локализация язвенного дефекта в отличие от взрослых, язвы чаще располагаются в луковице ДПК: на передней (42%) и задней (39%) стенках луковицы, так называемые зеркальные язвы[1].

Литература:

1. Горячева О.А. Особенности течения язвенной болезни у детей на современном этапе / О.А.Горячева // Автореф / М. – 2009 – С.24

2. Добровольский О.В. Терапия язвенной болезни и проблемы сохранения микроэкологии желудочно-кишечного тракта / О.В. Добровольский, С.Ю. Сереброва // Русский медицинский журнал / Т. 15 – № 16 – 2007 – С. 1193–1198

3. Дудникова Э.В. Язвенная болезнь у детей и подростков / Э.В.Дудникова // Южно-Российский медицинский журнал / 2001 – С.55

УДК 616.3-008.1-053

**М.Н. Орлов, Т.С. Пудова, А.Е. Сурнина, Е.В. Сафина
КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ДО 5
ЛЕТ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО РАЙОНА ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА**

Кафедра детских болезней лечебного факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**M.N. Orlov, T.S. Pudova, A.E. Surnina, E.V. Safina
BOWEL'S CLINICAL AND DIAGNOSIS FACILITIES OF
FUNCTIONAL DISEASES AMONG 5 YEARS OLD CHILDREN –
RESIDENTS OF ZHELEZNODOROZHNIY DISTRICT, EKATERINBURG**

Department of children' diseases of medical faculty
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: orlovmn@ro.ru

Аннотация. В статье отражен анализ значимых факторов риска развития, клинических и лабораторных симптомов функциональных нарушений кишечника у детей до 5 лет.