

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ПОЛИФАКТОРНОСТИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Шенна О.И.

Актуальные проблемы эрозивно-язвенных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей, сложность патогенеза, их рост и омоложение - все это определило основное направление в работе гастроэнтерологического центра, а именно: диагностика, лечение, диспансеризация и проведение анализа гастродуоденальных заболеваний у детей.

Число пролеченных больных детей с эрозивно-язвенными заболеваниями составило в 1993 году - 4,7%, 1994 году - 6,7%, 1995 году - 8,1%, 1996 году - 11,5%, 1997 году - 11,8%, 1998 году - 20%, 1999 году - 21,8% (из них дети до 10 лет составили в 1993 году 9,6%, а в 1999 году уже 18%). Т.е. определяется тенденция к нарастанию частоты эрозивно-язвенного поражения верхний отделов желудочно-кишечного тракта. Среди этой выборки привлекают внимание больные с язвенной болезнью. Так, в 1999 году было 62 ребенка с впервые выявленной язвенной болезнью. В большинстве своем заболевание имело типичное начало: болевой синдром носил мойнигановский ритм, диспепсические проявления - изжога, отрыжка, чувство дискомфорта в эпигастриальной области. Чаще встречалось безболевого течение при рецидивировании язвенной болезни, когда единственной жалобой могла быть отрыжка или изжога.

Учитывая патогенетическую роль *Helicobacter pylori* (Hр), у детей с эрозивно-язвенными заболеваниями проводились исследования биоптата слизистой оболочки желудка: морфологические исследования, уреазный тест, прямая микроскопия мазков-отпечатков. При язвенной болезни Hр был выявлен в 90% случаев, при эрозивных гастродуоденитах - в 70% случаев.

Как правило, высокая степень обсеменения соответствовала морфологической картинке активного хронического гастрита, выраженного воспаления, признакам атрофии слизистой оболочки желудка, которые исчезали или уменьшались после достижения эрадикации Hр. Всем больным была проведена тройная терапия соответственно протоколам. Контрольная биопсия сразу после курса лечения (по данным 1996 - 1997 годов) показала высокий эффект эрадикации - 94%. Однако выписанные дети быстро реинфицировались в семейных очагах и вновь поступали на лечение с обострением заболевания. Рекомендации параллельного обследования и лечения родителей и siblings выполнялись в редких случаях. Ежегодно через отделение проходит около 10 детей (за 9 месяцев 2000 года - 8 больных) с частыми реци-

дивами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (2-3 раза в год) и торпидным ее течением. Это обычно дети из семей, где прослеживается язвенная болезнь в нескольких поколениях и для которых характерны следующие факторы: при оценке вегетативной нервной системы, по данным ЭКГ и КИГ, у этих детей выявлялась выраженная вегето-сосудистая дистония по ваготоническому и смешанному типу; имелись резидуальные проявления органического поражения ЦНС, множественные очаги хронической инфекции, тяжелые сопутствующие заболевания (хронический панкреатит, хронический холецистит). Даже при длительной эрадикации *Нр*, когда этот возбудитель не выявлялся в биоптатах в течении года, рецидивирование язвенной болезни сохранялось, что в очередной раз свидетельствует о сложности патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анализ родословных наблюдаемых детей показал, что отягощенную наследственность по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки имели 63% детей, что может быть связано с бытовой передачей *Нр* при наличии тесного контакта членов семьи, страдающих язвенной болезнью. Можно предположить, что инвазия *Нр* является связующим звеном в реализации генетически детерминированного заболевания, а условия внешней среды и состояния факторов защиты определяют сроки формирования патологии.

У всех детей с эрозивно-язвенными заболеваниями, ассоциированными с *Нр*, при фракционном исследовании желудочного сока была выявлена гиперацидность как в базальной, так и в последовательной секреции, что может быть как генетически обусловленным, так и вызвано жизнедеятельностью *Нр*, приводящей к нарушению механизмов кислотообразующей и ощелачивающей функций слизистой оболочки желудка. Это требует назначения квадротерапии с ингибиторами протонной помпы у детей старшего возраста с торпидным, рецидивирующим и осложненным течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что отмечается тенденция к росту и омолаживанию эрозивно-язвенных заболеваний у детей. Рецидивирующее течение язвенной болезни у детей в семьях с отягощенным анамнезом требует охвата обследованием на геликобактериоз всей семьи и проведение эрадикационной терапии.

Учитывая полифакторность заболевания, необходима коррекция нарушений вегетативной нервной системы, иммунного статуса, санация очагов хронической инфекции, проведение повторных исследований кислотообразующей функции желудка с подбором антисекреторной терапии.