

фекцияны анықтау және емдеу жөніндегі ережелер мен ұсыныстарды қатаң сақтаудың аталмыш аурулардан біржола арылу тұрғысынан да, олардың айтарлықтай ауыр зардаптарының алдын алу тұрғысынан да ерекше маңызды екендігін баса атап өтеді.

**Түйін сөздер:** НР-инфекция, ас қорыту органдары, аурулары, диагнозын анықтау, емдеу

#### Summary

**Modern aspects of diagnostics and treatment of HP-associated diseases of digestive organs.**

In the article is presented the short review of modern approaches to questions of diagnostics and treatment HP-associated diseases of digestive organs according to the international consensus and standards. Authors emphasize importance of strict implementation of rules and recommendations about diagnostics and eradication therapy of this widespread human infection both from positions of absolute recovery, and from positions of prevention of its serious consequences.

**Key words:** HP-infection, digestive organs, diseases, diagnostics, treatment

УДК 616.1 – 053.31: 575- 07- 084

### Морфофункциональная характеристика язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей

Сорокман Т.В., Сокольник С.В., Гингуляк Н.Г., Попелюк Н.А.  
Буковинский государственный медицинский университет, Украина, г.Черновцы

Актуальность. Наиболее серьезной патологией гастродуоденальной зоны у детей, которая сочетает в себе, как правило, высшее проявление хронического воспалительного процесса с деструкцией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, остается язвенная болезнь (ЯБДПК) [5]. В структуре патологии органов пищеварения у детей на ее долю приходится от 2,1 до 18% [3]. Распространенность ЯБДПК среди детского населения Украины, за данными разных авторов, составляет 1,8 - 4,7% [2, 4]. Для получения полной картины особенностей ЯБДПК и выделение клинико-параклинических вариантов ее течения с целью подбора наиболее эффективной схемы лечения необходимо изучение не только особенностей клиники, но и морфофункциональной структуры патологии с учетом влияния возможных этиологических факторов. По литературе известно, что язвы различной величины и локализации отличаются по клиническому течению заболевания, частоте и характеру осложнений [1].

Цель исследования – провести морфофункциональную характеристику ЯБДПК в детей.

Материал и методы исследования. Основу работы составили результаты комплексного клинико-параклинического обследования 150 детей с ЯБДПК в возрасте 7-18 лет. Верификация диагноза и классификация ЯБДПК базировались на данных эндоскопии, которая проводилась с помощью эндоскопа «Pentax FG-24P» согласно «Сиднейской системы» (1990) с учетом особенностей проведения этого исследования у детей (С.Я. Долецкий, 1984), макроскопическом определении степени активности воспалительного процесса (П.Я. Григорьев и соавт., 1985) и морфологическом исследовании (проведение прицельной биопсии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (СО ДПК) по общим правилам с оценкой морфологических изменений в соответствии с «Сиднейской-Хьюстонской системой» в срезах, прокрашенных гематоксилином и эозином, с использованием визуально-аналоговой шкалы полуколичественной оценки морфологических изменений (MF Dixon, 1996)). Статистическая обработка полученных результатов проводилась за общепринятыми методами медико-биологической статистики.

Результаты исследования. Эндоскопическое исследование гастродуоденального участка у детей с ЯБДПК выявило разнообразные проявления воспалительного процесса. Так, макроскопическая картина ЯБДПК у подавляющего большинства больных характеризовалась наличием язвенного дефекта СО ДПК различной глубины и размера с валикообразными приподнятыми краями и участком распада ткани по центру, гиперемией СО ДПК различной степени выраженности, изменениями рельефа складок, неравномерно выраженным их утолще-



нием и уплотнением, появлением в просвете желудка слизи и / или желчи. У подавляющего большинства больных диагностировали единичные язвы ( $89,3 \pm 6,7\%$ ), множественные язвенные дефекты обнаружены только в ( $10,7 \pm 1,1\%$ ) детей ( $\phi = 3,28, p < 0,01$ ), рис.1. Последние достоверно чаще регистрировались у детей старшей возрастной подгруппы ( $81,3 \pm 5,7\%$  против ( $18,7 \pm 2,7\%$ ) у детей 7-11 лет,  $\phi = 2,98, p < 0,01$ ) с часто рецидивирующим течением заболевания ( $68,7 \pm 6,1\%$  детей против ( $24,6 \pm 1,1\%$ ) у детей с редко рецидивирующей ЯБДПК,  $\phi = 2,08, p < 0,05$ ) и с некоторым преобладанием среди мальчиков ( $56,2 \pm 2,1\%$  против ( $43,7 \pm 1,8\%$ ) среди девочек,  $\phi = 1,08, p < 0,05$ ).

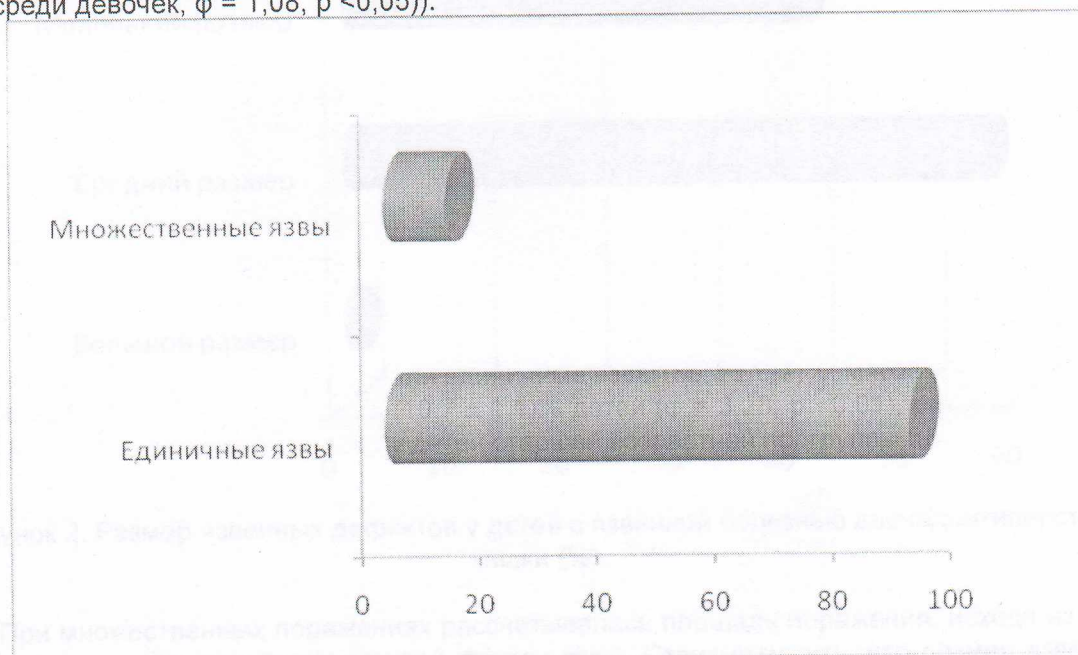


Рисунок 1 Распределение язвенных дефектов среди обследованных детей.

Кроме того, у 17 (11,3%) детей с часто рецидивирующей ЯБДПК язвенный дефект сочетался с множественными эрозиями (13 (76,5%) - эрозии ДПК и 4 (23,5%) - эрозии желудка). Множественные язвенные дефекты чаще выявляли у детей с впервые выявленной ЯБДПК ( $82,3 \pm 6,1\%$  против ( $17,7 \pm 1,1\%$ ),  $\phi = 2,08, p < 0,05$ ). Установлено, что единичные поражения СО достоверно чаще встречались у детей, заболевание у которых ассоциировалось с *H. pylori* ( $79,6 \pm 2,1\%$  против ( $20,4 \pm 1,1\%$ ),  $\phi = 2,58, p < 0,05$ ). В 68,7% детей с множественными язвенными дефектами *H. pylori* никогда не диагностировался. Доминирующей локализацией язвы была луковица ДПК (146 человек, 97,3%), а именно - передняя стенка 49,3%, задняя стенка 39,7%, совмещенная - передне-задняя 10,9%. Локализация язвенного дефекта на верхней и нижней стенках луковицы ДПК не выявлено ни у одного ребенка. В 4 (2,7%) детей язвенный дефект локализовался в постбульбарном отделе. Достоверной разницы между локализацией язвенного дефекта СО ДПК среди детей обеих возрастных подгрупп (7-11 лет и 12-18 лет), разного пола и характера течения заболевания не выявлено ( $p > 0,05$ ). У детей с *H. pylori*-ассоциированной ЯБДПК дефект отмечался по передней (62 человека, 48,4%) и по задней стенках (52 человека, 40,6%), у больных с *H. pylori*-неассоциированной ЯБДПК в 1,7 раза чаще в отношении детей с *H. pylori*-ассоциированной ЯБДПК - по передней стенке луковицы ДПК ( $45,5 \pm 3,1\%$  против ( $27,3 \pm 1,1\%$ ),  $\phi = 2,18, p < 0,05$ ). У обследованных детей диагностированы язвы только в первой и второй эндоскопических стадиях: в 142 (94,7%) детей выявлены стадию свежей язвы и у 8 (5,3%) больных - стадию начала эпителизации. Свежая язва ДПК характеризовалась в большинстве обследованных круглой или неправильной формой дефекта СО с отеком, гиперемизированными краями, дно которого покрыто фибрином. Кроме того, у 19 (12,7%) обследованных детей обнаружили деформацию луковицы ДПК за счет рецидивов заболевания. Это были дети из подгрупп из часто рецидивирующей (15 детей, 78,9%) и редко рецидивирующей (4 детей, 21,1%) ЯБДПК. Среди детей, больных ЯБДПК, регистрировались язвенные дефекты СО ДПК малого (до 0,5



см) - 41,4% и среднего (0,5-1,0 см) - 57,3% размеров. Лишь у 2 (1,3%) мальчиков диагностирован язвенный дефект СО ДПК большого размера. Это были дети с осложненным течением заболевания (рис.2).

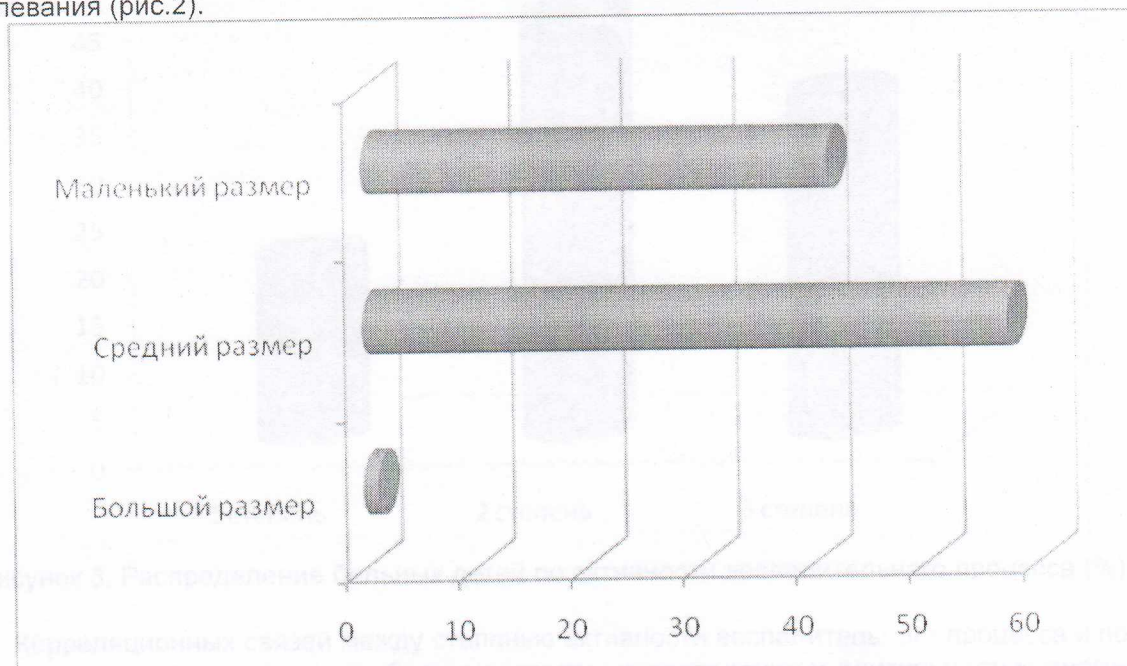


Рисунок 2. Размер язвенных дефектов у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (%).

При множественных поражениях рассчитывалась площадь поражения, исходя из представления о преимущественно круглой формы язвы. Стоит отметить, что размер язвенного дефекта не зависел от возраста ребенка, однако у мальчиков, в отличие от девочек, достоверно чаще диагностировали язвы среднего размера ( $(37,3 \pm 1,8)\%$  против  $(20,0 \pm 1,1)\%$ ,  $\phi = 2,18$ ,  $p < 0,05$ ), а у девочек - маленького ( $(25,3 \pm 1,3)\%$  против  $(16,1 \pm 1,0)\%$  у мальчиков,  $\phi = 1,98$ ,  $p < 0,05$ ). Кроме того, обнаружено, что у подавляющего большинства детей с впервые выявленной ЯБДПК регистрировались язвы среднего размера ( $\phi = 1,28$ ,  $p < 0,05$ ), тогда как у больных с часто рецидивирующей ЯБДПК - почти с одинаковой частотой обнаруживали дефекты среднего и малого размеров, а у лиц с редко рецидивирующей ЯБДПК - преимущественно малого размера ( $\phi = 1,67$ ,  $p < 0,05$ ). Установлено вероятную ассоциативную связь между размером язвенного дефекта и наличием *H. pylori* ( $n = 128$ ,  $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ). Однако зависимости между размером язвы и степенью обсемененности *H. pylori* нами не выявлено. С целью установления зависимости размера дефекта от длительности заболевания проанализировали эндоскопические проявления в зависимости от времени, прошедшего с момента первых проявлений заболевания (со слов больных) до установления диагноза. Почти в половине случаев (45,3%) основная часть диагнозов установлена в течение 1-2 лет от появления первых симптомов. Дефекты СО ДПК среднего размера в 37,3% детей регистрировались преимущественно через 3 года после начала заболевания. Однако интересным является тот факт, что 27,3% детей со средним размером язвенного дефекта и 2 (1,3%) мальчиков с большим размером язвы и осложненным течением заболевания имели короткий язвенный анамнез (до года), что делает сомнительным представление о том, что крупные язвы являются следствием длительной неэффективной терапии. Анализ степени воспалительных изменений СО желудка и ДПК (отек, очаговая или диффузная гиперемия, легкая ранимость СО) при наличии картины обострения ЯБДПК обнаружил активный воспалительный процесс на протяжении всей периульцерозной зоны с четкой динамикой снижения степени активности по мере удаления от очага деструкции. Так, активность I степени диагностирован у 29 (19,3%) детей, II степени - у 67 (44,7%) больных, III степени - у 54 (36,0%) человек (рис. 3).



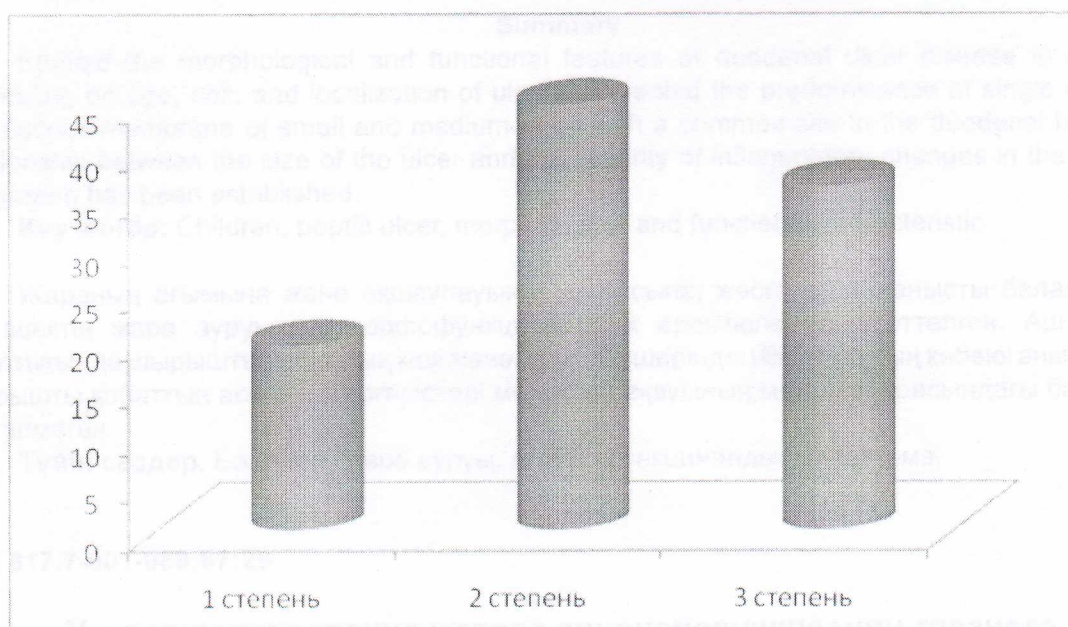


Рисунок 3. Распределение больных детей по активности воспалительного процесса (%).

Корреляционных связей между степенью активности воспалительного процесса и половозрастными принадлежностями больных, степенью воспаления и длительностью анамнеза заболевания не установлено. Также не установлено зависимости между выраженностью воспалительных изменений и размерами язвенного дефекта ( $r = 0,11$ ,  $p > 0,05$ ): в 30,6% детей с размерами язвы до 0,5 см определяли вторую и третью степени активности воспалительного процесса, тогда как в 25,6% детей со средним размером дефекта - минимальные признаки воспаления. Однако, у детей с впервые выявленной ЯБДПК достоверно чаще диагностировали выраженные воспалительные изменения СО по сравнению с детьми с часто рецидивирующей ЯБДПК.

Вывод. Среди обследованных детей с ЯБДПК преобладают единичные язвы слизистой оболочки малого и среднего размеров с частой локализацией в луковице ДПК (передняя и задняя стенки) с распространенным эндоскопическим признаком - утолщение складок слизистой оболочки. Вероятно чаще множественные язвы среднего размера диагностированы в детей старшей возрастной подгруппы. Зависимости между размером язвенного дефекта и выраженностью воспалительных изменений слизистой оболочки не выявлено.

#### Список литературы

1. Баранов А. А., Щербаков П.Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // *Вопр. совр. педиатр.* — 2002. — Т.1, № 1. — С. 12–17.
2. Белоусов Ю. В. Современный взгляд на этиологические и патогенетические аспекты хронической гастродуоденальной патологии у детей // *Здоров'я України.* — 2010. — № 2. — С. 18–19.
3. Подранская О.И., Степанова Г.В. Язвенная болезнь в детском возрасте // *Клиническая медицина.* -2010.-№1.-С.56-59.
4. Система прогнозирования развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей с использованием математического анализа влияния генетических факторов / Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, Д.Р. Андрейчук, Л.Ю. Хлуновская // *Молекулярные основы клинической медицины – возможное и реальное: Рос. конгресс с междунар. уч. 18-20 июня 2012 г.: матер. – СПб, 2012 г. – С. 75-76.*
5. Сорокман Т.В. Прогнозирование развития и течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей / Т.В. Сорокман, С.В. Сокольник, В.Г. Остапчук // *Ребенок и общество: проблемы здоров'я, развития и питания: IV конгресс педиатров стран СНГ, 25-26 апреля 2012 г.: матер. – Львов, 2012. – С. 319.*