

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ

Турабова Б.З.¹, Юлдашев Б.А.², Ахмеджанова Н.И.³, Давлатова И.Р.⁴

¹Турабова Бахора Захидовна - резидент магистратуры;

²Юлдашев Ботир Ахматович – доцент;

³Ахмеджанова Наргиза Исмоиловна - доцент;

⁴Давлатова Икбола Рашиановна - резидент магистратуры,
кафедра 2 педиатрии, неонатологии и пренатальной патологии детских болезней,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: обследовано 25 детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, выявлено, что наибольшим риском для развития язвенной болезни были повторные ОРВИ и ОКИ, а также бесконтрольное применение антибиотиков, с малой продолжительностью грудного вскармливания. Выявлен полиморфизм клинических симптомов язвенной болезни у детей и подростков с большей эффективностью в терапии и предотвращении рецидивирования данной патологии рабепразола.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, факторы риска, рабепразол.

Актуальность исследования. Патология пищеварительной системы считается наиболее распространенной и прогрессирующей у детей. В связи с этим наиболее важной проблемой здравоохранения на сегодняшний день является разработка и реализация научно обоснованных комплексных программ по профилактике хронических заболеваний у детей, в том числе хронических желудочно-кишечных заболеваний. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки являются ведущими при заболеваниях органов пищеварения у детей. Интерес к этой патологии связан с постоянной распространенностью, частыми рецидивами и серьезными осложнениями, которые могут привести к ухудшению жизни детей всех возрастов. Следует отметить, что распространенность язвенной болезни желудка у детей в глобальном масштабе значительно варьируется и нет достоверных статистических данных о ее частоте [1,2]. Несмотря на достигнутые результаты, частота выявления язвенной болезни желудка у детей, в первичном звене здравоохранения, низкая, что сказывается на качестве медицинской помощи этой категории пациентов [2]. Сегодня остается актуальной проблема роли патогенетических факторов в развитии язвенной болезни желудка, точности своевременной диагностики, адекватного лечения и клинической картины язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, характер течения, частота проявления язвенной болезни желудка, а также динамика воспалительных изменений слизистой оболочки, рецидивов заболевания и формирование осложнений [3,4].

В связи с этим **целью нашего исследования явилось** оптимизация оказания помощи детям, страдающим ЯБ с учетом особенностей ее клинико-эндоскопически проявлений и характера течения на современном этапе.

Материал и методы: было обследовано 25 больных детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,52±0,33 лет), установлено преобладание среди больных язвенной болезнью мальчиков (80%) а также семейная (наследственная) отягощенность по линии отца и родственников по линии отца язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (56%) и желудка (76%).

Влияние экзогенных и эндогенных факторов риска возникновения язвенной болезни устанавливали путем относительности риска (odds ratio, OR). Все больные находились на диспансерном наблюдении, частота осмотров была индивидуальной, и зависела от тяжести течения заболевания и рецидивирования абдоминальной болевой симптоматики. Обследование всех детей проводили согласно стандартам, включающих: общий анализ крови и мочи, копрограмму, биохимический анализ крови, что зависело от тяжести течения заболевания и рецидивирования абдоминальной болевой симптоматики. В среднем детей осматривали ежеквартально, реже – с частотой один раз в 6 мес., некоторых больных - ежемесячно.

Результаты исследования: анализируя показатель относительного фактора риска развития заболеваемости у детей было установлено, что наибольшим риском для развития язвенной болезни были повторные (4 и более раз) острые респираторные вирусные инфекции (2,256), острая кишечная инфекция и бесконтрольное применения антибиотиков (2,899), раннее введение коровьего молока (3,055), а также малая продолжительность исключительно грудного вскармливания (3,474).

На сегодняшний день у педиатров – участковых врачей отсутствуют «группы риска» по формированию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, в связи с этим своевременная диагностика хронической гастродуоденальной патологии не осуществляется. Об этом свидетельствуют полученные нами данные: с диагнозом язвенная болезнь либо хронический гастрит или гастродуоденит было направлено на консультацию или на стационарное лечение всего 1/5 больных (20 % и 24% соответственно). При анализе субъективной абдоминальной болевой клинической симптоматики и характера диспепсических расстройств следует отметить, что она отличалась полиморфизмом клинических симптомов. Самыми частыми из них

оказались жалобы на натошачковые боли в эпигастральной области (88%), появляющиеся при эмоциональном раздражении (84%), исчезающие после приема пищи (76%). По характеру боли были обычно были слабо выраженными, длительными и тупыми (52%), с меньшей частотой боли были у (20%) – приступообразными, повторяющимися несколько раз в день (28%). У большинства больных аппетит был сохранен (40%) либо повышен (44%). При анализе диспепсических расстройств наиболее часто встречались отрыжка после еды воздухом либо кислым и горечью, изжога (84%).

Абдоминальная болевая симптоматика и диспепсические расстройства сопровождалась психологическими нарушениями. Почти у всех детей (96%) родители отмечали симптомы астено – невротических расстройств, которые характеризовались поведенческими реакциями: раздражительностью, плаксивостью, быстрая утомляемостью, недомоганием, излишним эмоциональным возбуждением, чувством тревоги либо состоянием депрессии. Часто (40%) больные дети жаловались на головные боли и нарушение сна (12%). При общем осмотре больных было установлено нормальное, соответствующее возрасту физическое развитие у большинства детей (84%), иногда наблюдалось опережение физического развития (12%), либо его задержка (4%). О длительном нарушении общего состояния и симптомах эндогенной интоксикации у большинства больных детей (52%) свидетельствовали такие клинические симптомы, как сухая, местами шелушащаяся кожа с очагами гиперпигментации. Почти в абсолютном числе наблюдений встречался обложенный язык. При пальпации живота у большинства больных наблюдалась болезненность в эпигастральной и пилородуоденальной области, при этом также наблюдалась болезненность по ходу кишечника (40%), а также в пузырной точке (32%), точке и зоне Мейо – Робсона (48%). Клиническая картина язвенной болезни у детей зачастую сопровождалась вегето – сосудистой дистонией по симпатико и парасимпатическому типу (48%), у некоторых больных наблюдались нарушениями сердечного ритма и проводимости (40%) по данным ЭКГ.

Всем больным с диагностической целью была проведена эзофагогастродуоденоскопия, так у всех больных были обнаружены язвенные дефекты размером от 0,5 – 1,0 до 1,5см. который были с отечными краями, а также окруженные воспалительным валом (клинико-эндоскопическая I стадия «свежей язвы»). Наряду с язвенными дефектами слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки, у всех больных найдены изменения в антральном отделе желудка и двенадцатиперстной кишки, характерные для гастрита и дуоденита. Нередко (48%) язвенным дефектам сопутствовали единичные или множественные эрозии в слизистой оболочке желудка (эрозивный гастрит) и двенадцатиперстной кишки (эрозивный дуоденит).

Изучением кислотообразующей функции желудка было установлено, что только у части больных (52%) имело место повышение кислотообразующей активности желудочной секреции. Почти у половины больных (40%) она была нормальной, в некоторых наблюдениях снижена.

Лечение больных в стационаре состояло из нескольких компонентов и включало диетотерапию, физиотерапию и специальные схемы лечения. К ним были отнесены квадротерапия, в которой были использованы препараты: Де – Нол в комбинации с антибиотиками – амоксициллином, ровамицином, кларитромицином и препаратами группы метронидазола (трихопол) либо препаратами нитрофуранового ряда (макмирора также дополняли препаратами группы ингибиторов протонной помпы. При этом в зависимости от вида ингибитора протонной помпы больные были распределены на 2 группы: 1 группа 13 человек получала омепразол, вторая группа 12 больных детей получила в составе квадротерапии рабепразол (париет).

После выписки из стационара родители всех больных получили рекомендации по соблюдению лечебно – охранительного режима, диетотерапии, медикаментозной терапии в случаях рецидива клинических проявлений язвенной болезни. Через 3 месяца после проведения эрадикационной терапии больные были осмотрены и обследованы повторно. Нами отмечена положительная динамика в течении постэрадикационного периода язвенной болезни в обеих группах сравнения, уменьшение тяжести абдоминального болевого синдрома и диспепсических расстройств.

Купирование болевого и диспепсического синдромов у детей обеих групп произошло в одинаковые сроки. При анализе эндоскопической картины через 3 месяца выявлено, что в в группе получивших рабепразол эндоскопические изменения в виде эритематозного бульбита сохранились у 16,6% больных, тогда как в группе получивших омепразол в 30,8% ($p < 0,05$). Отмечалась также более выраженная положительная динамика со стороны слизистой желудка. При наблюдении в динамике до 6 месяцев выявлено, что частота рецидивов в группе с применением рабепразола составила всего 16,6%, тогда как в группе с применением омепразола 23,1%.

Список литературы

1. *Гаффаров У.Б.* Роль кислотообразующей функции желудка у детей с эхинококкозом (клинико-экспериментальное исследование): дис. Уфа: КБ. Гаффаров, 2007.
2. *Юсупов Ш.А., Исламова Д.С., Гаффаров У.Б.* Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки, 2014. Т. 2. № 7. С. 73-74.
3. *Шамсиев А.М. и др.* Безоар желудка у ребенка // Детская хирургия, 2004. Т. 3. С. 51-52.

4. *Шамсиев А.М. и др.* Результаты лечения врожденного пилоростеноза у детей // ББК 57.3 я431 И66, 2016. С. 111.