

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРОЗИВНОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ

Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф.

Алтайский государственный медицинский университет(г. Барнаул, 656038, пр. Ленина д. 40)

Для диагностики хронической гастродуоденальной патологии в педиатрии широко используются эндоскопические методы исследования. В тоже время знание педиатром клинической картины заболевания, особенно в первичном звене здравоохранения, остается весьма существенной и значимой задачей. Нами проведен анализ клинической картины эрозивного гастродуоденита у 614 детей.

Мы провели анализ клинической картины ЭГД у 614 наблюдаемых детей (средний возраст - 12 ± 2 лет) с учетом стадии заболевания, установленной клинико-эндоскопически. Полученные результаты обработаны методами математической статистики.

Подробный анализ анамнестических данных больных с безболевым ЭГД показал, что в начальной стадии заболевания у большинства из них (59 больных) отмечались боли в животе. Болевой синдром чаще был нетипичным и спустя 2-3 года от начала заболевания полностью исчезал.

Таким образом, анализ динамики болевого синдрома и диспепсических явлений в зависимости от стадии и варианта течения ЭГД свидетельствует о том, что типичное клиническое течение ЭГД встречается только у 54,6 % детей. У 28,3 % детей ЭГД протекал атипично, и у 17,1 % бессимптомно. В связи с этим в критериях диагностики ЭГД необходимо использовать функциональные и эндоскопические исследования.

Ключевые слова: дети, эрозивный гастродуоденит, диспепсические явления.

CLINICAL FEATURE EROSIIVE GASTRODUODENITIS AT CHILDREN

Strozenko L.A., Lobanov Y.F.

Altai State Medical University(Barnaul. 656038, pr. Lenina d.40)

For of the clinical picture of the disease, in primary section of the public diagnostics chronic gastro duodenal pathology in peditrics are broadly used endoscopic methods studies. At the same time knowledge by peditrician health particularly, remains more essential and more significant problem.

We are organized analysis of the clinical picture erosive gastroduodenitis beside 614 children.

We have carried out the analysis of clinical picture EGD at 614 observable children (middle age - 12 ± 2 years) taking into account the stage of disease established kliniko-endoscopic. The received results are processed by methods of mathematical statistics.

The detailed anamnestic analysis the given patients with no pain EGD has shown that in an initial stage of disease at the majority of them (59 patients) belly-aches were marked.

The painful syndrome was more often atypical and later 2-3 years from the disease beginning completely disappeared.

Thus, the analysis of dynamics of a painful syndrome and dyspeptic the phenomena depending on a stage and a variant of current EGD testifies that typical clinical current EGD meets only at 54,6 % of children. At 28,3 % of children EGD proceeded atypically, and at 17,1 % without symptoms.

In this connection, in criteria of diagnostics EGD it is necessary to use functional and endoscopic researches.

Key words: the children, erosive gastroduodenitis., dyspepsia.

Клинические проявления эрозивного гастродуоденита (ЭГД) на сегодняшний день описаны недостаточно хорошо. Однако клиника ЭГД у детей имеет свои особенности, которые зависят от ряда факторов: стадии и длительности заболевания, распространенности,

степени выраженности воспалительного процесса в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке, моторно-эвакуаторных нарушений, сочетанной патологии других органов желудочно-кишечного тракта и систем [1, 2].

Для клинической картины ЭГД у детей характерны различные варианты: классический, атипичный и бессимптомный. Атипичность клинических симптомов ряд авторов связывает с возрастными особенностями растущего ребенка [3, 4, 5], которые наиболее характерны для детей младшего возраста.

Мы провели анализ клинической картины ЭГД у 614 наблюдаемых детей (средний возраст – 12±2 лет) с учетом стадии заболевания, установленной клинко-эндоскопически. Полученные результаты обработаны методами математической статистики.

Распределение детей с ЭГД по стадиям заболевания представлено в табл.1.

Таблица 1

Распределение детей с ЭГД по стадиям заболевания (абс. и в %)

Стадия ЭГД	Мальчики	Девочки	Всего
Обострение	255(64,4)	156(71,6)	401(65,4)
Неполная клиническая ремиссия	78(19,7)	37(17,0)	115(18,7)
Полная клиническая ремиссия	61(15,4)	33(15,1)	94(15,3)
Клинко-эндоскопическая ремиссия	2(0,5)	2(0,9)	4(0,6)
Всего	396(64,5)	218(35,5)	614(100)

В настоящее время считают, что боли в животе являются ведущим симптомом клинической картины ЭГД. Однако анализ болевого синдрома у наблюдавшихся нами детей с ЭГД показал его зависимость от стадии заболевания, у 81,9 % детей в первой стадии ЭГД имелись боли в животе ($\chi^2=117,5$; $p<0,01$), причем чаще всего они были поздними (257(64,1 %) детей); из них у половины больных возникали в ночное время. Ранние боли в животе в первой стадии ЭГД отмечались значительно реже (6,4%). У 47(11,6 %) детей установлено сочетание болей. Вообще не предъявляли жалоб на боли в животе в первой стадии ЭГД – 73(18,1 %) ребенка.

Подробный анализ анамнестических данных больных с безболевым ЭГД показал, что в начальной стадии заболевания у большинства из них (59 больных) отмечались боли в животе. Болевой синдром чаще был нетипичным и спустя 2–3 года от начала заболевания полностью исчезал.

Во второй стадии ЭГД поздние боли в животе, в том числе и ночные, встречаются реже, чем в первой (у 43,5 % и 25,2 % соответственно), а в третьей стадии лишь у 1/5 больных (22,3 % и 9,6 %). Отмечено, что в первой стадии заболевания голодные и ночные боли проходят, спустя 30–40 минут после приема пищи, во второй стадии они исчезают быстрее (спустя 15–20 минут), а в третьей стадии заболевания через 1–2 часа после приема пищи.

В процессе эпителизации эрозивного дефекта уменьшается и число больных с ранними и сочетанными болями, а число больных с отсутствием болей увеличивается до 31,3 % во второй стадии заболевания и 67,0 % в третьей стадии. В четвертой стадии ЭГД болевой синдром отсутствовал у всех детей.

Можно отметить, что к моменту обследования из 73 детей с безболевым ЭГД в первой стадии заболевания болевой синдром отсутствовал более трех лет у 59 детей, из 36 детей во второй стадии – у 19 детей и из 63 детей в третьей стадии – у 27 детей. Таким образом, у 105 детей с безболевым ЭГД боли в животе отсутствовали более 3-х лет.

Такой симптом, как "мойнигановский" ритм болей наблюдался при локализации эрозий в луковице ДПК, причем в первой стадии ЭГД – у 56,3 % больных, во второй стадии – у 20 % и в третьей – только у 4 %.

Боли в животе у детей с ЭГД были чаще приступообразными, реже тупыми или неопределенными. При этом в первой стадии заболевания преобладали приступообразные боли – 183(45,6 %), реже встречались тупые боли – у 101(25,2 %) ребенка и еще реже – у 55(13,7 %) неопределенные ($\chi^2=74,2; p<0,01$). В процессе заживления эрозивного дефекта жалобы на приступообразные боли урежались, и к моменту полного заживления эрозий их частота не превышала 12,8 %.

Прослеживается зависимость продолжительности болевого синдрома от стадии заболевания. Если в первой стадии ЭГД у 158(39,4 %) детей боли в животе были длительными, во второй стадии они отмечены у 28(24,3 %) детей и в третьей только у 10(10,0 %) ($\chi^2=120,9; p<0,01$).

Таким образом, более чем у 50 % детей болевой синдром не соответствует стадии заболевания, установленной эндоскопически. У 105(17,1 %) детей, спустя 2–3 года от начала заболевания, он, по существу, полностью исчезал. У 28,3 % детей с ЭГД болевой синдром изначально носил нетипичный характер, оставаясь таковым и в дальнейшем у 13,1 % детей или приобретая типичный вариант только к 14–15 годам (15,4 % детей).

При объективном обследовании больных положительный симптом Менделя выявлен у 142(35,4 %) детей с первой стадией ЭГД, у 23(20,0 %) детей со второй и только у 8(8,5 %) детей с третьей стадией заболевания. Болевой синдром у детей с ЭГД, как правило,

сопровождался диспепсическими явлениями. На первом месте по частоте в первой стадии заболевания стоит изжога – 171(42,6 %) ребёнка. По мере стихания воспалительного процесса и репарации эрозивного дефекта, жалобы на изжогу отмечаются значительно реже (во второй стадии ЭГД в 15,6 %, а в третьей – 1,1 % случаев). Несколько реже в первой стадии ЭГД беспокоит отрыжка (39,4 %), тошнота (37,2 %), нарушения стула (31,2 %) и изменение аппетита (28,9 %), рвота (15,5 %), дисфагия (13,0 %) и горечь во рту (11,7 %).

В динамике ЭГД наиболее стойкий характер носили изменения стула в виде склонности к запорам. Другие же симптомы на фоне лечения имели хорошую положительную динамику и в третьей стадии заболевания встречались редко.

Во всех стадиях заболевания имелись дети, у которых диспепсические явления полностью отсутствовали (в первой стадии – у 79 – 19,7 %, во второй стадии – у 32 – 27,8 % и в третьей – у 52 – 62,8 % детей).

Выводы. Таким образом, анализ динамики болевого синдрома и диспепсических явлений в зависимости от стадии и варианта течения ЭГД свидетельствует о том, что типичное клиническое течение ЭГД встречается только у 54,6 % детей. У 28,3 % детей ЭГД протекал атипично, и у 17,1 % бессимптомно. В связи с этим в критериях диагностики ЭГД необходимо использовать функциональные и эндоскопические исследования.

Список литературы

1. *Вахрушев Я.М., Белова Е.В., Ефремова Л.И.* Эрозия гастродуоденальной зоны: самостоятельная нозологическая форма или фаза язвенной болезни // Экспер. и клин, гастроэнтер. 2003.2. С. 19-21.
2. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Кислотозависимые заболевания у детей. СПб.: СПб-МАПО, 2002.
3. *Цветкова Л.Н.* Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей: Автореф.... дисс. д-ра. мед. наук. М., 1993.
4. *Детская гастроэнтерология (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук.* М., 2002.
5. *Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С.В. Бельмера и А.И. Хавкина.* М., 2003; Т. 2 многотомного руководства «Практическое руководство по детским болезням».

Рецензенты:

Скударнов Е.В., д.м.н., профессор кафедры педиатрии №1 с детскими инфекциями Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул

Лычев В.Г., д.м.н., профессор заведующий кафедрой госпитальной и поликлинической терапии с курсами профболезней и эндокринологии Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.