

УДК: 616.33/34-07-091-053.5

КЛИНИКО–МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Т.В. Мацюк, К.У. Вильчук***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*,

УЗ «РНПЦ «Мать и дитя»**

*В результате комплексного обследования детей с воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки определен ряд клинических, эндоскопических и морфологических особенностей хронической патологии, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Установлено, что частота инфицирования *Helicobacter pylori* детей с ХГДП составила 75%. Нами выявлены различия в частоте инфицирования по возрасту и полу, большая длительность заболевания, высокая частота эрозивно-язвенных поражений; снижение лактазной активности тонкой кишки, высокая степень выраженности и активности воспаления, частоты атрофических изменений в группе детей с хеликобактериозом.*

Ключевые слова: гастродуоденальная патология, хеликобактериоз, дети.

*Following to complex examination of children with inflammatory gastroduodenal pathology the series of clinical and morphological peculiarities of chronic gastroduodenal pathology, associated with *Helicobacter pylori* was exposed. In this study the prevalence of *Helicobacter pylori* infection was 75% in children. The difference in frequency of infection by age and sex, the greatest duration of pathology, a high frequency of erosive-ulcerative lesions of the gastric and duodenal mucosa, decrease in lactase activity of small intestine, a high degree of an inflammatory process and its high activity and incidence of atrophic changes were revealed in children with chronic gastroduodenal pathology, associated with *Helicobacter pylori*.*

Key words: gastroduodenal pathology, *Helicobacter pylori*, children.

Введение

Болезни пищеварительной системы у детей занимают второе место после заболеваний органов дыхания [7] и представляют серьезную медико-социальную проблему в связи с их неуклонным ежегодным ростом, прогредиентным течением и высокой частотой хронизации [1, 4, 5, 9]. При этом установлен постоянный рост числа тяжелых и осложненных форм, отмечается отчетливое омоложение гастродуоденальной патологии, несмотря на активно проводимые лечебные мероприятия [1, 6, 8].

По современным представлениям воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки являются мультифакториальными. Факторами, способствующими их развитию, могут быть наследственная отягощенность, нарушение желудочной секреции, дискинетические расстройства, нарушения психоэмоционального состояния ребенка, неблагоприятные социальные условия. Но, согласно современным представлениям, одним из основных этиологических факторов возникновения хронических гастродуоденальных заболеваний признан *Helicobacter pylori* (HP). По данным разных авторов уровень распространенности хеликобактериоза среди детей составляет 50-70%. При этом особенности клинико-морфологических проявлений, специфичных для данной инфекции недостаточно изучены и противоречивы.

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированные с HP, отличаются большим разнообразием клинических, эндоскопических и морфологических проявлений [1, 2, 5, 10]. Вопрос о том, что предопределяет развитие той или иной формы заболевания является наиболее сложным и до настоящего времени не решенным.

Целью настоящего исследования явилось установление клинико-морфологических особенностей воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у хеликобактерпозитивных детей.

Объект и предмет исследования

Под наблюдением находилось 60 детей с хронической гастродуоденальной патологией, поступивших для обследования и лечения в гастроэнтерологическое отделение детской областной клинической больницы г. Гродно в связи с обострением основного заболевания. Возраст обследованных составил от 7 до 15 лет (средний возраст $12,2 \pm 0,19$ года). Мальчиков было 13 человек, девочек - 47.

Для верификации диагноза всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее: лабораторные общеклинические и биохимические исследования, эзофагогастродуоденоскопию с биопсией из тела, антрального отдела желудка и луковицы 12-перстной кишки для морфологического исследования и выявления *Helicobacter pylori*, лак-

тозотолерантный тест с определением гликемии натощак, на 30 и 60 минутах после нагрузки лактозой в дозе 1 г/кг массы тела для оценки состояния лактазной активности тонкой кишки.

Обработку результатов исследования проводили с использованием пакета статистических программ Statistica 6,0.

Результаты и их обсуждение

Инфицирование *Helicobacter pylori* было выявлено у подавляющего большинства обследованных детей - 45 человек (75%). Распространенность среди больных в возрасте 7-10 лет составила 44%, в возрасте 11-15 лет - 80% ($p < 0,05$), т.е. отмечена зависимость частоты хеликобактерной инфекции от возраста, что, вероятно, может быть объяснено расширением сферы социальных контактов детей. Инфицирование *Helicobacter pylori* среди девочек было достоверно выше, чем в группе мальчиков, 83% и 46% соответственно ($p < 0,02$). Сравнительный анализ степени обсемененности хеликобактером слизистой оболочки желудка выявил статистически достоверные различия у детей в зависимости от возраста. Так, высокая степень колонизации чаще встречалась в возрастной группе 11-15 лет ($25,0 \pm 2,6\%$), по сравнению с детьми 7-10 лет ($14,9 \pm 1,8\%$), ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой степени инфицирования *Helicobacter pylori* детей с хронической гастродуоденальной патологией. Полученные результаты совпадают с данными литературы о распространенности инфекции в странах СНГ.

Для реализации поставленной цели все больные были разделены на две группы: I группа (15 человек) - хеликобактернегативные, II группа (45 человек) - хеликобактерпозитивные.

Была проанализирована длительность заболевания среди обследованных детей. В первой группе она составила $1,36 \pm 0,27$ лет, во второй группе - $3,22 \pm 0,35$ года ($p < 0,01$). Продолжительность грудного вскармливания была выше в группе хеликобактернегативных детей, по сравнению с хеликобактерпозитивными ($6,18 \pm 2,2$ и $4,5 \pm 0,69$ месяцев соответственно).

Учитывая убедительные литературные данные о связи колонизации слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori* с развитием язвенной болезни в результате нарушений местных факторов защиты, клеточного и гуморального звеньев иммунитета нами была определена частота эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта в группах обследованных детей. В первой и во второй группах она составила 7% и 18%, соответственно.

Как известно, все органы желудочно-кишечного тракта находятся в тесной функциональной взаимосвязи, поэтому при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки часто развивается вторичная лактазная недостаточность, протекающая субклинически и обнаруживаемая при изучении гликемических кривых [3]. Прирост гликемии после нагрузки лактозой в группах обследованных детей составил $1,28 \pm 0,2$ ммоль/л и $0,97 \pm 0,19$ ммоль/л соответственно. Разница статистически недостоверна ($p > 0,05$), но выявлено, что в группе хеликобактерпозитивных детей достоверно чаще встречалось выраженное снижение лактазной активности тонкой кишки: 27,3% и 79,2% соответственно ($p < 0,01$).

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта у подавляющего большинства обследованных больных выявлено сочетанное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки (79%), изолированное поражение желудка диагностировано у 21% больных.

При анализе изменений эндоскопической картины в СОЖ и двенадцатиперстной кишки доминирующими признаками были эритема (гиперемия), отечность, нодулярность слизистой оболочки антрального отдела желудка и дуодено-гастральный рефлюкс. Результаты полученных данных представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Группа детей	Характер эндоскопических изменений в СОЖ и ДПК				
	Гиперемия СОЖ	Отек СОЖ	Нодулярность СОЖ	ДГР	Гиперемия СО 12-ПК
I группа	$1,5 \pm 0,27$	$0,5 \pm 0,13$	$0,07 \pm 0,07^*$	$0,71 \pm 0,28$	$0,57 \pm 0,13$
II группа	$2,16 \pm 0,1$	$0,74 \pm 0,07$	$0,45 \pm 0,09$	$0,36 \pm 0,16$	$0,67 \pm 0,08$

Примечание: * - достоверность различий показателя I и II групп, $p < 0,01$.

Как видно из представленных данных, выраженность гиперемии и отека слизистой оболочки желудка и ДПК несколько выше в группе хеликобактерпозитивных детей, но полученная разница недостоверна. Нодулярность слизистой оболочки антрального отдела желудка чаще выявлялась у детей на фоне хеликобактериоза ($p < 0,01$), что дает возможность считать этот эндоскопический признак специфичным для НР инфекции. Частота встречаемости двигательных нарушений (дуодено-гастральный рефлюкс) была выше в группе хеликобактернегативных детей. Можно предположить, что длительное раздражение желчными кислотами в результате рефлюкса приводит у них к повреждению слизистой оболочки желудка и может быть причиной развития хронического гастрита.

Проведена полуколичественная оценка биопсийного материала слизистой оболочки фундального,

Таблица 2.

Группа детей	Морфологические изменения в СО антрального отдела желудка		
	Выраженность воспаления	Активность воспаления	Атрофия пилорических желез
I группа	1,04±0,12**	0,5±0,13*	0,25±0,11*
II группа	1,98±0,12	1,14±0,14	0,81±0,11

Примечание: * - достоверность различий показателя I и II групп, $p < 0,01$
 ** - достоверность различий показателя I и II групп, $p < 0,001$

антрального отделов желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты представлены в таблице 2.

Как видно из представленных в таблице данных, в группе хеликобактерпозитивных детей выявлены высокая степень выраженности и активности воспаления в СОЖ, большая частота и степень выраженности атрофических изменений пилорических желез.

Заключение

Результаты комплексного клинко-морфологического исследования позволили нам выявить ряд особенностей патоморфоза хронической гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, у детей. К ним относятся:

- ♦ Инфицированность *H. pylori* детей с ХГДП составила 75%, среди хеликобактерпозитивных детей преобладают девочки. Отмечена четкая тенденция роста инфицированности с увеличением возраста ребенка.

- ♦ Длительность заболевания в группе хеликобактерпозитивных детей достоверно выше, чем в группе хеликобактернегативных.

- ♦ При хеликобактериозе достоверно чаще встречается выраженное снижение лактазной активности тонкой кишки, в 2,5 раза выше частота эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК.

- ♦ Гиперплазию лимфоидных фолликулов слизистой оболочки антрального отдела желудка, выявляемую при ФГДС, можно считать одним из эндоскопических маркеров хеликобактериоза.

- ♦ При морфологическом исследовании биопсийного материала из слизистой оболочки антрального отдела желудка в группе детей с ХГДП, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, выявлены:

- более высокая степень выраженности и активности воспаления,

- высокая частота и выраженность атрофии пилорических желез.

Таким образом, нами выявлен ряд клинко-морфологических особенности ХГДП у детей на фоне хеликобактериоза, что подтверждает его патогенетическую роль в развитии и прогрессировании воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки с риском последующих дисрегенераторных, диспластических и неопластических изменений. Они могут являться косвенными признаками инфицированности ребенка *Helicobacter pylori*, что необходимо учитывать при определении тактических подходов к лечению и последующей реабилитации больных.

Литература

1. Детская гастроэнтерология// под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. – М., 2002. – 591с.
2. Лапина Т.Л. Основные принципы диагностики *Helicobacter pylori*// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1999. - №2. - С. 41-45.
3. Мацюк Т.В. Хеликобактериоз и лактазная активность тонкой кишки у детей с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки// Совр. пробл. инфекцион. патол. человека, 1998. - Мн. - 1998. - С. 248.
4. Михеева И.Г., Филин В.А. Продукты катаболизма клеточных рецепторов при хронических заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей// Российский педиатрический журнал, 2001. - № 6. - С.16-18.
5. Римарчук Г.В., Урсова Н.И. Патоморфоз хронического гастродуоденита у детей в индустриальном городе// Российский педиатрический журнал, 2003. - № 1. - С.56-57.
6. Ситникова Е.П. Состояние нейрогуморальной регуляции у детей с эрозивными и язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки// Детская гастроэнтерология и нутрициология, 2003. - № 20. - С. 1136-1141.
7. Щербakov П.Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии// Детская гастроэнтерология и нутрициология, 2003. - № 3. - С. 107-112.
8. Jaakkimainen R.L., Boyle E., Tudiver F. Is *Helicobacter pylori* associated with non-ulcer dyspepsia and will eradication improve symptoms? A meta-analysis// BMJ. - 1999. - Vol. 319. N 7216. - P. 1040-1044.
9. Haubrich T., Boeing H., Gores W. Prevalence of *Helicobacter pylori* and gastritis in southern Germany// J. Gastroenterol. - 1993. - Vol. 87. N 1. - p. 28-30.
10. Locke C.R., Talley N.J., Nelson D.K. *Helicobacter pylori* and dyspepsia: a population-based study of the organism and host// Amer. J. Gastroenterol. - 2000. - Vol. 95. N 8. - P. 1906-1913.

Поступила 23.12.05