

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ****Б. З. Турובה**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дети и подростки, клиническое течение.

Таянч сўзлар: Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, болалар ва ўсмирлар, клиник кечиши.

Keywords: gastric and duodenal ulcer, children and adolescents, clinical course.

Ретроспективно исследовано 65 историй болезней детей и подростков с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Выявлено, что более тяжелые клинические проявления заболевания встречаются в подростковом возрасте по сравнению с детьми школьного возраста. При этом полная клинико-эндоскопическая ремиссия была вызвана всего у половины больных после комплексного лечения, что говорит о необходимости совершенствования данной патологии.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ЯРА КАСАЛЛИГИ: ХОЗИРГИ ЗАМОН ХУСУСИЯТЛАРИ**Б. З. Турובה**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан бўлган 65 болалар ва ўсмирларда ретроспектив текширув ўтказилди. Ўсмир ва мактаб ёшдаги болаларни қассалик кўринишини таққослашганда, ўсмир даврида оғирроқ кечишини аниқланди. Шу билан бирга комплекс даволашдан кейин айрим беморларда тўла клиник – эндоскопик ремиссия юзига келди, бу эса ушбу патологияни яхшилаш зарурлигини кўрсатмоқда.

**ULCER DISEASE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS:
CLINICAL COURSE FEATURES AT THE CONTEMPORARY STAGE****B. Z. Turobova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

65 case histories of children and adolescents with gastric and duodenal ulcers have been retrospectively studied. It has been revealed that the most severe clinical manifestations occur in adolescent age compared to the age of school children. Complete clinical endoscopic remission was only produced in half of patients following a complex treatment that is the evidence of necessary improvement of the given pathology.

Актуальность исследования. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, несмотря на достигнутые успехи по изучению этиологии и патогенеза, разработке основных принципов диагностики и лечения, а также свою многовековую историю, продолжает вызывать интерес, как с научной, так и с практической точки зрения. Это связано с ее частым распространением, рецидивированием, развитием тяжелых осложнений, приводящих к снижению качества жизни больных любого возраста. Язвенная болезнь у детей распространена в разных странах мира и имеет тенденцию к увеличению, при этом статистика точной частоты отсутствует [1, 2]. Внедрение в педиатрической практике современных методов диагностики хронических заболеваний гастродуоденальной области позволило улучшить их диагностику на ранних этапах развития болезни. В то же время, малые временные промежутки клинической ремиссии при частых рецидивах болезни говорят о недостаточном качестве лечения и реабилитации больных детей и подростков [1, 2, 3].

Цель исследования: изучить некоторые клинико-эпидемиологические и морфофункциональные особенности эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное исследование, включающее анализ 65 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии Самаркандского областного детского медицинского специализированного центра, с диагнозом: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения. Наблюдения проведены в период с января 2016 по январь 2018 года. Часть

больных наблюдалась в динамике во время их пребывания в стационаре по поводу обострения процесса. Для оценки физического развития применяли перцентильные таблицы значений роста и массы тела детей разного пола и возраста.

Результаты исследования. В результате ретроспективного исследования выявлено, что возраст детей составил от 7 до 16 лет. При этом установлено, что в структуре язвенной болезни у детей преобладала язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у 57 пациентов (87,6%), значительно реже отмечалась язвенная болезнь желудка (12,4%). При выяснении паритета обнаружено, что язвенная болезнь у мальчиков встречалась чаще, чем у девочек (56,9% против 43,1%) ($p < 0,01$). Разгар заболевания язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки пришелся в среднем на $13,2 \pm 1,1$ лет, что свидетельствует о возникновении деструктивных язвенных изменений преимущественно в подростковом возрасте. Рецидивирование язвенной болезни желудка (более двух раз за 5 лет) в 1,5 раза чаще диагностировали у мальчиков, чем у девочек.

При изучении места жительства детей с язвенной болезнью выявлено, что городские дети преобладали чаще в изучаемой выборке, чем сельские (66,1% и 33,9% соответственно; $p < 0,001$). При изучении наследственности по развитию язвенной болезни выявлено, что отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы отмечена у 49 детей и подростков, что составило 75,3%. В 60% случаев отягощенная наследственность отмечалась по отцовской линии, в 10 случаях (15,3%) от хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки страдали оба родителя. Отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии в 1,8 раза чаще отмечалась у мальчиков, чем у девочек.

Также нами проводилась оценка физического развития детей с язвенной болезнью. При соотношении показателей физического развития по центильным таблицам было выявлено, что наиболее часто (в 50,7%) отмечалось физическое развитие соответствующее степени «среднее и выше среднего гармоничное и дисгармоничное». Физическое развитие «высокое, очень высокое гармоничное и дисгармоничное» наблюдалось у 27,7% пациентов. Ниже среднего и низкое гармоничное и дисгармоничное физическое развитие отмечено только у 14 пациентов (21,5%).

При обострении язвенной болезни наиболее частыми жалобами детей были: боли в животе (96,1%), изжога (76,9%), тошнота (63,0%), снижение аппетита (29,2%), отрыжка кислым (43,0%), отрыжка тухлым (13,8%), эпизодическая рвота (33,8%). Все симптомы желудочной диспепсии достоверно коррелировали с увеличением возраста ребенка ($r = -0,603$, $p < 0,01$). Следует отметить, что боль в животе, изжога, отрыжка, тошнота достоверно чаще отмечались у мальчиков, чем у девочек. При сопоставлении степени проявления симптомов желудочной диспепсии с наличием или отсутствием отягощенной наследственности было выявлено, что у детей которые имели отца или обоих родителей с хроническими гастродуоденальными заболеваниями выраженность болевого синдрома, проявления изжоги, частота повторной рвоты была выше в этой группе по сравнению с детьми без отягощенной наследственности ($p < 0,01$; $p < 0,05$; $p < 0,05$ соответственно).

Нам представился интерес сопоставить степень клинических проявлений с возрастом больных детей, так, оказалось, что у детей в возрасте до 12 лет с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки чаще встречались такие характеристики болевого абдоминального синдрома, как околопупочная локализация, возникновение боли после еды, боль также была слабой по интенсивности и кратковременной по продолжительности и проходила самостоятельно. В отличие от детей, в подростковом возрасте боли принимали более локализованный и очерченный характер: достоверно чаще встречались боли натощак, средние или очень сильные по интенсивности, боли были длительными и уменьшались после приема пищи или антацидов. У детей младшего школьного возраста, при сборе жалоб выявлено, что у них чаще наблюдались симптомы, характерные для дискинетического варианта диспепсии, а у подростков чаще проявляется изжога.

У детей подросткового возраста обращали на себя внимание частые жалобы обще-

невротического характера: головные боли (29,2%), нарушения сна (18,4%), боли в области сердца (16,9%), раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость (50,7%). При общеклиническом исследовании выявлено, что почти все дети поступали в стационар в состоянии средней тяжести (92,3%), состояние остальных было расценено как тяжелое в связи с подозрением на желудочное кровотечение (7,7%), этот контингент детей после подтверждения осложнений был переведен в отделение детской реанимации. При обследовании болезненность при пальпации в эпигастральной и пилородуоденальной области отмечалась у всей выборки пациентов (100%). В стационаре всем пациентам проводились общеклинические методы исследования, а также ультразвуковое исследование гастропанкреатодуоденальной зоны и эзофагогастродуоденоскопия, исследования проводились в динамике.

При углубленном клинико-инструментальном исследовании детей и подростков выявлена высокая частота сопутствующей патологии, особенно патологии желудочно-кишечного тракта, так сопряженная патология встречалась у 80% обследованных. Так, наиболее часто обнаруживались дискинезия желчевыводящих путей и хронический гастродуоденит (в 43,0% и 36,9%). Вегетативная дисфункция в виде нейроциркуляторной дистонии наблюдалась у 40% детей и подростков.

При проведении фиброгастродуоденоскопии у детей был выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс (у 27,6% детей), дуоденогастральный рефлюкс (у 30,7%). У 12,3% больных гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс сочетались. Дуоденогастральный и гастроэзофагеальный рефлюкс в абсолютном большинстве были диагностированы у мальчиков. Данные эндоскопического исследования показали, что язвенный дефект в большинстве случаев локализовался на передней и задней стенках двенадцатиперстной кишки, реже, в случае множественных язв - на обеих стенках. При измерении язвенного дефекта установлено, что средний размер его составил $6,41 \pm 0,98$ мм, а число язвенных дефектов составило от 1 до 4. Язва размером менее 5 мм наблюдалась в 46,1% случаев, 5-9 мм - в 30,7%, более 10 мм - в 23,0% случаев. Единичные язвы встречались в 77,4% случаев, множественные (две и более) - в 21,6%. У мальчиков осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки отмечались чаще. В структуре осложнений преобладали кровотечения, всего у 2 детей наблюдался стеноз (2,7%). Осложнения язвенной болезни желудка не обнаружены. При проведении фиброгастродуоденоскопии в динамике на 14 день от начала лечения, выявлено, что клинико-эндоскопическая ремиссия достигнута у 50,7%, у 23,0% отмечена эпителизация язвенного дефекта, у 7,6% детей и подростков не выявлено положительной динамики.

Выводы. Таким образом, язвенная болезнь у детей чаще встречается у мальчиков с преобладанием среди городских жителей, при этом, более тяжелые клинические проявления заболевания встречаются в подростковом возрасте по сравнению с детьми школьного возраста. При оценке физического развития обнаружено, что физическое развитие детей было соответственно - средним и вышесредним гармоничным. Полная клинико-эндоскопическая ремиссия была вызвана всего у половины больных после комплексного лечения, а в 7,6% случаев динамики не наблюдалось, что говорит о необходимости совершенствования терапии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у детей и подростков, с комплексным подходом к каждому патогенетическому звену данной патологии.

Использованная литература:

1. Белоусов, Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста / Ю. В. Белоусов. Харьков: Консум, 2000. 528 с.
2. Денисов, М. Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра / М.: Издатель Мокеев, 2001. 376 с.
3. Козловский, А.А. Основы детской гастроэнтерологии: учебное пособие / Мн.: Технопринт, 2002. 180 с.