

не все дети с симптомами диспепсии. Клинически значимым выявление *H. pylori* является в тех случаях, когда его эрадикация регламентирована существующими стандартами [6].

При этом совершенно очевидно, что обследование на *H. pylori* не ответит на вопрос о наличии у пациента язвенных или эрозивных изменений СОЖ. Для решения этого вопроса предпочтительным методом исследования остается ЭГДС. Однако ее цель должна формулироваться по-другому: исключение эрозивно-язвенных поражений желудка, и только при необходимости проведения морфологического исследования СОЖ — диагностика гастрита. В этой связи актуально определение клинических и демографических групп пациентов с диспепсией, нуждающихся в эндоскопическом обследовании в первоочередном порядке [15].

Таким образом, мы полагаем, что диагностические подходы при синдроме диспепсии не должны быть стереотипны. В зависимости от особенностей клинического случая врач может определять необходимость проведения ЭГДС либо неинвазивного теста на *H. pylori*. Дифференцированный подход

будет способствовать снижению затрат на диагностику и сокращению сроков обследования пациентов.

#### Выводы

1. Диагностика ХГ в широкой клинической практике, как правило, осуществляется на основании эндоскопического заключения без проведения морфологического исследования.

2. Эндоскопическая оценка воспалительных изменений СОЖ недостоверна и приводит к гипердиагностике гастрита. Повышению достоверности может способствовать применение более строгих эндоскопических критериев.

3. Отрицательное заключение ЭГДС более информативно и должно побуждать врача к поиску причин диспепсии, не связанных с поражением СОЖ.

4. Выявление *H. pylori* — высокоспецифичный признак ХГ и при отсутствии показаний к проведению ЭГДС может являться обоснованием для применения стратегии «test and treat».

5. Обсеменение *H. pylori* является важным фактором, обуславливающим выраженность воспалительных изменений СОЖ.

#### ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 6/2004, приложение № 1.

© Коллектив авторов, 2003

С.Ф. Гнусаев, И.И. Иванова, Ю.С. Апенченко

## ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ МОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии № 2 Тверской государственной медицинской академии, г. Тверь, РФ

Авторы обследовали 156 больных хроническим гастродуоденитом (ХГД) в возрасте от 9 до 16 лет, из них у 68 были кислые гастроэзофагеальные рефлюксы (ГЭР), у 42 — щелочные ГЭР, у 46 детей моторные нарушения отсутствовали. Больным проводили эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ органов брюшной полости и суточную рН-метрию. Для детей с ХГД и патологическими ГЭР характерны следующие особенности: преобладание мальчиков с отягощенной по заболеваниям пищеварительного тракта наследственностью, частые изжога, боли в животе, экстрапищеводные жалобы, большая длительность ХГД. У  $\frac{1}{4}$  детей отмечались сопутствующие аллергические заболевания, у 12% — эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта. У половины больных выявлены эзофагиты, у 20% — патология гастроэзофагеального перехода, у 89% — дуоденогастральный рефлюкс.

Authors examined 156 patients with chronic gastroduodenitis (CGD) in the age 9—16 years old. 60 patients had acidic gastroesophageal reflux (HER), 42 patients had alkaline HER and motility disorders were absent in 46 cases. Examination included esophagogastroduodenoscopy, abdominal US examination and 24-hours esophageal PH-metry. Next peculiarities were typical for patients with CGD and pathologic HER: prevalence of male patients with positive family history of alimentary tract pathology; high frequency of such symptoms as heartburn, abdominal pain; extra-esophageal signs, long history of CGD.  $\frac{1}{4}$  of patients had concomitant allergic diseases and 12% of patients had erosive and ulcerative lesion of upper gastrointestinal tract. Esophagitis was diagnosed in 50% of cases, pathology of gastroesophageal transition — in 20% of cases and duodeno-gastral reflux — in 89% of cases.

В последнее время в России увеличилось количество детей с патологией пищеварительной системы. По данным П.Л. Щербакова [1], в 2002 г. этот показатель превысил 140 на 1000 детского населения. В структуре патологии желудочно-кишечного тракта у детей одно из ведущих мест занимает хронический гастродуоденит (ХГД). У  $\frac{2}{3}$  детей воспалительные изменения верхних отделов пищеварительного тракта сопровождаются нарушениями моторной функции [2], наиболее частыми проявлениями которых являются гастроэзофагеальный (ГЭР) и дуоденогастральный рефлюксы (ДГР). Рефлюксат, попадающий в пищевод из желудка, имеет кислую среду. При дуоденогастроэзофагеальных забросах среда рефлюксата щелочная. В зависимости от кислотности выделяют кислые и щелочные ГЭР. Моторные нарушения усугубляют течение основного заболевания, значительно снижая качество жизни больных, и вызывают необходимость длительного медикаментозного лечения.

Целью нашего исследования было выявление особенностей ХГД, сопровождающихся патологическими кислыми и щелочными ГЭР, для улучшения диагностики моторных нарушений на ранних стадиях.

#### Материалы и методы исследования

В обследование были включены 156 больных ХГД в возрасте от 9 до 16 лет.

Всем наблюдаемым детям было проведено обследование, которое включало клиничко-анамнестический метод, суточную рН-метрию, эзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. С помощью рН-мониторинга были диагностированы патологические кислые и щелочные ГЭР. Для оценки кислых ГЭР использовали показатели, предложенные DeMeester [3]. Подъемы рН в пищеводе выше 7,5 более 27 раз в сутки расценивали как патологические щелочные ГЭР [4].

При статистической обработке материала было использовано определение критерия t-Стьюдента, который рассчитывали по формуле  $It=t/t_0$ , где  $t$  — критерий Стьюдента для исследуемых групп,  $t_0$  — пороговый критерий Стьюдента при  $p < 0,05$ , т.е. 1,96 [5].

В зависимости от результатов суточной рН-метрии все дети были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 68 детей с ХГД и патологическими кислыми ГЭР (43,6%), 2-ю группу — 42 ребенка с ХГД и патологическими щелочными ГЭР (26,9%), в 3-ю группу (группа сравнения) вошли 46 детей с ХГД без моторных нарушений, параметры рН-метрии которых укладывались в норму (29,6%).

#### Результаты и их обсуждение

При распределении по полу детей с различными видами ГЭР оказалось, что патологические забросы чаще наблюдались у мальчиков (66,2% и 66,7% в 1-й и 2-й группах соответственно), в то время как в группе без моторных нарушений соотношение мальчиков и девочек было примерно одинаковым (52,2% и 47,8%). Видимо, мужской пол является фактором риска развития патологического ГЭР.

Анализ неблагоприятных факторов развития в перинатальном анамнезе позволил установить их достоверно бóльшую частоту у детей с патологическими ГЭР (56,4%) по сравнению с детьми с ХГД без моторных нарушений (27,8%;  $p < 0,01$ ). К таким факторам относятся токсикозы и угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода, быстрые и преждевременные роды, кесарево сечение, стимуляция родовой деятельности, крупный плод. Возможно, неблагоприятно протекавшие беременность и роды способствуют развитию моторных нарушений. Подобные результаты представлены в работах других авторов [6, 7].

В генеалогическом анамнезе обследованных детей 1-й и 2-й групп в 87 семьях (79,1%) установлена наследственная отягощенность по заболеваниям пищеварительного тракта (гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь), что отличалось от особенностей анамнеза детей группы сравнения (22 ребенка, 47,8%;  $p < 0,001$ ).

Жалобы, предъявляемые детьми различных групп, во многом были схожи, но тщательный анализ позволил выявить их некоторые отличия (рис. 1). Боли в животе были характерны для

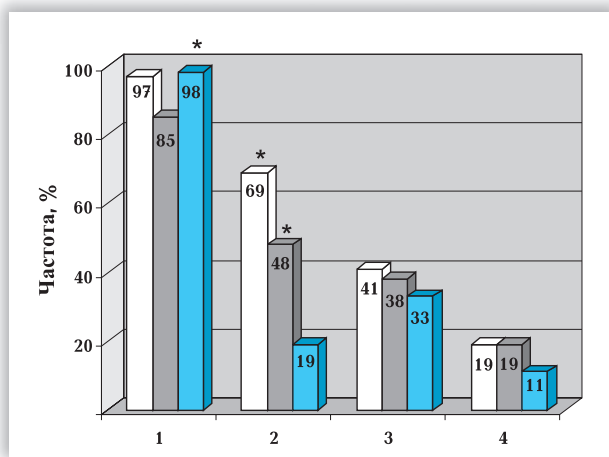


Рис. 1. Частота встречаемости основных жалоб у обследованных детей.

1 — боли в животе, 2 — изжога, 3 — тошнота, 4 — рвота; здесь и на рис. 2—3: \*  $p < 0,05$  по сравнению с показателями у детей 3-й группы, 1-й столбик — 1-я группа, 2-й столбик — 2-я группа, 3-й столбик — 3-я группа.

абсолютного большинства детей с ХГД, однако у 14,3% детей из 2-й группы жалобы на боли в животе отсутствовали. Боли в животе дети характеризовали как ноющие, неинтенсивные, продолжительностью от нескольких минут до 2 ч с локализацией в эпигастральной, гастродуоденальной областях. Боли не иррадиировали, были связаны с погрешностями в диете. Голодные боли (в сочетании с ранними болями или изолированно) отмечались у 38 (55,9%) детей с кислыми и у 18 (42,9%) детей со щелочными ГЭР, в группе сравнения — у 7 (15,2%) детей ( $p < 0,001$ ). У детей с патологичес-

кими ГЭР чаще, чем у детей 3-й группы, боли возникали после или во время физической нагрузки (дискотека, спортивные соревнования) (13,2%; 28,6% и 8,7% в 1-й, 2-й, 3-й группах соответственно,  $p < 0,05$ ). Боли у детей с кислыми ГЭР купировались, как правило, после приема пищи, антацидных средств, реже самостоятельно, у детей 2-й и 3-й групп благоприятное действие оказывали покой, прием пищи.

В целом для клинической картины ХГД, сопровождающегося патологическими кислыми ГЭР, у детей были характерны боли в животе, в том числе голодные. Больным ХГД с щелочными ГЭР была свойственна связь болей в животе с физической нагрузкой.

Регулярно возникающая изжога чаще встречалась у детей 1-й и 2-й групп (69,1% и 47,6% соответственно) по сравнению с детьми 3-й группы (19,6%). Для большинства детей с кислыми ГЭР было характерно возникновение изжоги после приема определенной пищи (черный хлеб, сдобные булочки, жирные продукты, яблоки) или натощак («голодная» изжога). У детей с щелочными ГЭР изжога чаще всего возникала после употребления острой, жареной, жирной пищи.

Установлено, что у части детей с патологическими ГЭР изжога чаще возникала в горизонтальном положении — у 14 больных 1-й группы (29,8% детей с жалобами на изжогу) и 3 детей 2-й группы (15% соответственно). Суточная рН-метрия подтвердила, что у всех этих детей патологические ГЭР преобладали в горизонтальном положении.

У одного нашего пациента с кислыми забросами на фоне выраженной недостаточности кардии встретился «симптом шнурков». Видимо, жалобы на изжогу, возникающую в горизонтальном положении, являются у детей аналогом этого симптома.

Регулярно возникающие тошнота и рвота у детей с патологическими забросами отмечались несколько чаще, чем в 3-й группе, но различия не были достоверными. При активном опросе отрыжка была выявлена у большинства больных всех групп (92,6%; 92,8% и 86,9% больных в 1-й, 2-й, 3-й группах,  $p > 0,05$ ). Отрыжка кислым была более характерна для детей с патологическими кислыми ГЭР. У пациентов с щелочными ГЭР чаще отмечались ощущение горечи во рту и отрыжка горьким.

В целом различия между наблюдаемыми группами по частоте встречаемости таких диспепсических явлений, как тошнота, рвота, отрыжка, по нашим данным, не являются существенными.

Внепищеводные проявления патологического ГЭР (осиплость голоса по утрам, кашель преимущественно в ночное время) встречались только у пациентов 1-й и 2-й групп (14 детей, 12,7%) в отличие от детей группы сравнения, у которых они не отмечались ( $p < 0,001$ ). Значит, внепищеводные проявления ГЭР свидетельствуют в пользу наличия моторных нарушений. По результатам суточ-

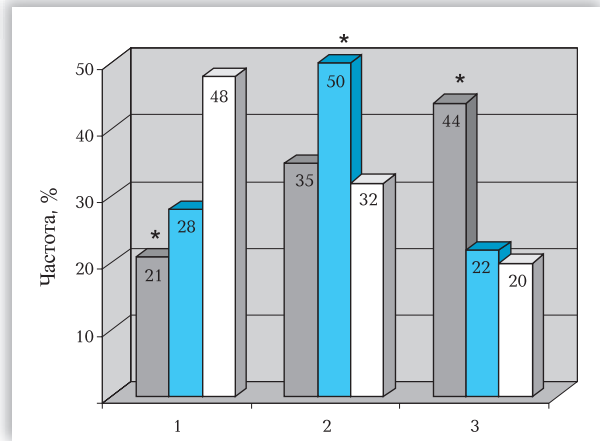


Рис. 2. Распределение обследованных детей в зависимости от длительности заболевания хроническим гастродуоденитом.

1 — менее 2 лет, 2 — 3–5 лет, 3 — 6 лет и более.

ной рН-метрии у всех этих детей патологические ГЭР чаще регистрировались в горизонтальном положении. Поэтому можно предположить, что ночные забросы чаще вызывают экстрапищеводные проявления.

Группы различались по длительности заболевания ХГД (рис. 2). Она была наибольшей у детей 1-й группы ( $4,8 \pm 0,47$  года), наименьшей — у детей 3-й группы ( $3,4 \pm 0,43$  года,  $p < 0,05$ ). Приведенные данные свидетельствуют о том, что частота возникновения патологического ГЭР у детей с ХГД возрастает по мере увеличения длительности заболевания.

Сопутствующая патология гепатобилиарной системы (дискинезия желчевыводящих путей, хо-

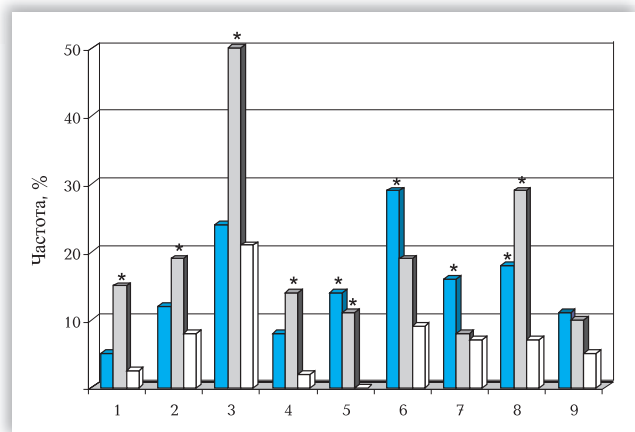


Рис. 3. Распространенность сопутствующей патологии у детей с ХГД.

1 — патология гепатобилиарной зоны, 2 — лямблиоз, 3 — реактивные изменения поджелудочной железы по данным УЗИ, 4 — деформация желчного пузыря, 5 — эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, 6 — патология ЛОР-органов, 7 — патология почек, 8 — аллергические заболевания, 9 — избыточная масса тела.

лецистит, болезнь Жильбера, острый вирусный гепатит), лямблиоз с учетом данных анамнеза чаще наблюдались у больных с щелочными ГЭР (рис. 3). У этих больных по данным УЗИ органов пищеварительного тракта чаще наблюдались реактивные изменения поджелудочной железы (увеличение размеров хвоста, неоднородность паренхимы). Перегиб желчного пузыря, постоянный или лабильный, встречался примерно у половины обследуемых детей во всех группах, но деформация желчного пузыря чаще была зарегистрирована во 2-й группе. Значит, для детей с патологическими щелочными ГЭР характерны сопутствующие патология гепатобилиарной зоны и реактивные изменения поджелудочной железы. Дети с кислыми ГЭР мало отличаются по данным параметрам от больных группы сравнения.

Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки встречались чаще у больных с кислыми ГЭР. Примерно с одинаковой частотой во всех группах встречались хронический колит (10—12%), полипы, расположенные в кардии или в нижней трети пищевода (3—6%).

Сопутствующая патология была представлена также заболеваниями ЛОР-органов (хронический тонзиллит, аденоидит, фарингит) и почек (в основном в виде дисметаболической нефропатии), их частота была несколько выше у детей с кислыми забросами. Различные заболевания с аллергическим компонентом (ринит, конъюнктивит, атопический дерматит, бронхиальная астма, нейродермит) достоверно чаще были зарегистрированы у детей с моторными нарушениями. Избыточная масса тела, которая считается одним из факторов риска развития патологических ГЭР, у детей с патологическими забросами, по нашим данным, встреча-

лась несколько чаще, но различия между группами не были достоверными.

Таким образом, по клинико-anamnestическим данным было установлено, что у детей с патологическими ГЭР и ХГД чаще встречаются эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта, а также аллергическая патология. Больным с щелочными ГЭР свойственны заболевания гепатобилиарной зоны, которые, видимо, являются одним из факторов, способствующих возникновению щелочных забросов. У пациентов с кислыми ГЭР чаще, чем в других группах, встречаются заболевания ЛОР-органов. Не исключается, что одним из факторов, приводящим к их развитию, являются забросы агрессивного содержимого пищеварительного тракта, оказывающего повреждающее действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей.

Результаты суточного рН-мониторинга в пищеводе представлены в табл. 1 и 2. Больные с различными видами ГЭР отличаются как по показателям DeMeester, так и по показателям рН-мониторинга, характеризующим щелочные ГЭР. Суточная рН-метрия позволяет выявлять различные варианты патологических ГЭР, являясь, по мнению многих авторов, «золотым стандартом» в диагностике моторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта.

Частота встречаемости и виды эзофагитов, выявленных по результатам эзофагогастроуденоскопии у обследованных детей, представлены на рис. 4. В 1-й группе эзофагиты наблюдались более чем у половины детей, причем большую их часть составляли эрозивные эзофагиты (60,5%). Среди детей с ХГД и щелочными забросами эзофагиты были зарегистрированы более чем у  $\frac{1}{3}$ , из них эрозивные и фибринозные варианты встречались у 18,8%

Таблица 1

## Показатели рН-мониторинга, характеризующие кислые ГЭР у детей с ХГД

Показатели рН-мониторинга	1-я группа (n=68)	2-я группа (n=42)	3-я группа (n=46)
Общее время с рН менее 4, %	8,65±0,81 <sup>1), 2)</sup>	2,43±0,57	1,52±0,22
Время с рН менее 4 в положении «стоя», %	11,49±1,38 <sup>1), 2)</sup>	3,07±0,89	2,32±0,34
Время с рН менее 4 в положении «лежа», %	6,59±0,80 <sup>1), 2)</sup>	1,68±0,37	0,87±0,17
Число кислых ГЭР, п	62,76±5,26 <sup>1), 2)</sup>	23,39±5,35	14,08±1,33
Число ГЭР > 5 мин, п	3,46±0,37 <sup>1), 2)</sup>	0,54±0,15	0,45±0,08
Время максимального ГЭР, мин	17'36"±2'18" <sup>1), 2)</sup>	5'51"±1'19"	4'33"±0'27"
Обобщенный показатель DeMeester	28,15±2,60 <sup>1), 2)</sup>	8,08±1,49	5,43±0,45

Здесь и в табл. 3: достоверность различия: <sup>1)</sup> при сравнении показателей у детей 1-й и 2-й групп, <sup>2)</sup> при сравнении показателей у детей 1-й и 3-й групп.

Таблица 2

## Показатели рН-мониторинга, характеризующие щелочные ГЭР у детей с ХГД

Показатели рН-мониторинга	1-я группа (n=68)	2-я группа (n=42)	3-я группа (n=46)
Время с рН более 8, %	0,24±0,07 <sup>1)</sup>	6,13±0,68 <sup>2)</sup>	0,16±0,08
Общее число щелочных ГЭР, n	4,62±1,38 <sup>1)</sup>	81,25±7,85 <sup>2)</sup>	3,71±1,03
Число щелочных ГЭР в положении «стоя», n	3,76±1,25 <sup>1)</sup>	53,81±8,05 <sup>2)</sup>	2,29±0,68
Число щелочных ГЭР в положении «лежа», n	0,86±0,32 <sup>1)</sup>	28,06±5,85 <sup>2)</sup>	1,45±0,52
Время максимального ГЭР, мин	1'12"±0'23" <sup>1)</sup>	12'17"±3'23" <sup>2)</sup>	0'53"±0'10"

Достоверность различия: <sup>1)</sup> при сравнении показателей у детей 1-й и 2-й групп, <sup>2)</sup> при сравнении показателей у детей 2-й и 3-й групп.

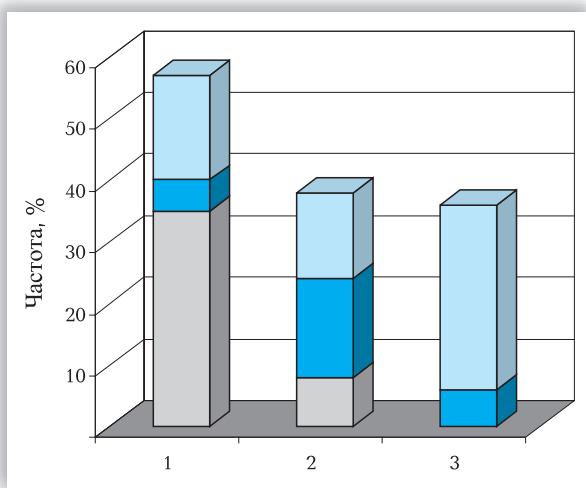


Рис. 4. Частота встречаемости различных вариантов эзофагитов у обследованных детей.

1 — 1-я группа, 2 — 2-я группа, 3 — 3-я группа,  
 ■ катаральный эзофагит, ■ фибринозный эзофагит,  
 ■ эрозивный эзофагит.

и 43,8% соответственно. Примерно у  $1/3$  детей с ХГД без моторных нарушений также встречались эзофагиты, но большую их часть (88,2%) составляли катаральные.

В соответствии с нашими данными, можно сделать заключение, что патологические кислые ГЭР способствуют развитию эрозивных эзофагитов, щелочные ГЭР — фибринозных эзофагитов у детей. Возникновение катаральных эзофагитов обусловлено не только наличием патологических забросов, но и другими причинами, выявление которых требует дальнейшего исследования.

Патология гастроэзофагеального перехода, выявленная по данным эзофагогастроуденоскопии, встречалась в группах детей с моторными наруше-

ниями достоверно чаще, чем в группе сравнения. Так, недостаточность кардии и гастроэзофагеальный пролапс имели место у каждого четвертого ребенка с кислыми забросами и лишь у 2 из 46 больных группы сравнения. По результатам суточной рН-метрии у детей с патологией гастроэзофагеальной зоны время патологического закисления пищевода в положении лежа было больше, чем в положении стоя. Очевидно, что патология гастроэзофагеального перехода способствует возникновению патологических забросов в пищевод, особенно в горизонтальном положении.

По результатам гастроскопии поверхностный гастрит преобладал в целом во всех группах, встречаясь достоверно чаще у детей без моторных нарушений (72%, 62% и 88,9% в 1-й, 2-й, 3-й группах соответственно,  $p < 0,05-0,001$ ). Случаев эрозивного гастрита на момент обследования было 2, у больных 1-й группы. Выраженный гастрит чаще встречался у детей с кислыми и особенно щелочными ГЭР.

Распространенный гастрит встречался у детей 1-й группы реже, чем у больных 2-й и 3-й групп (50%, 71,4% и 63% соответственно). Для детей с патологическими кислыми забросами антральный и распространенный гастрит были характерны в равной степени. Меньшая распространенность воспалительного процесса у пациентов 1-й группы, возможно, служит одним из факторов, определяющих повышенную секрецию соляной кислоты в теле желудка.

По результатам суточной рН-метрии кислотность в теле желудка (табл. 3) у детей 1-й группы была выше, чем в группе сравнения. Это отражалось как в значениях времени с рН менее 2, так и в величине менее изменчивого показателя среднего рН. Дети с ХГД и щелочными забросами мало отличались по этим показателям от группы срав-

Таблица 3

**Показатели рН-мониторинга, характеризующие кислотность  
в теле желудка у детей с ХГД и различными видами ГЭР**

Показатели рН-мониторинга	1-я группа (n=68)	2-я группа (n=42)	3-я группа (n=46)
Среднее рН в теле желудка	2,24±0,11 <sup>2)</sup>	2,53±0,13	2,57±0,12
Время с рН менее 1,6, %	61,87±3,51 <sup>2)</sup>	50,89±4,69	48,27±4,18
Время с рН от 1,6 до 2,0, %	13,47±1,77 <sup>1), 2)</sup>	19,89±1,87	22,87±2,39
Время с рН более 2,0, %	24,66±1,94	29,22±2,16	28,86±2,01

нения. Очевидно, что высокая кислотность в теле желудка является фактором риска развития кислого ГЭР у детей с ХГД, приводящим к повреждению слизистой оболочки пищевода.

ДГР чаще выявлялся в группах детей с патологическими забросами как по данным эндоскопии (44%, 38% и 28% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно), так и по результатам рН-метрии (86%, 85% и 45% соответственно). Значит, патологический ГЭР чаще всего возникает у детей не изолированно, а сопровождается моторными нарушениями в близлежащей области в виде ДГР. Раздражающее действие содержимого двенадцатиперстной кишки, попадающего в желудок при ДГР, возможно, является одним из факторов, способствующих развитию выраженного воспалительного процесса в желудке у детей с моторными нарушениями верхних отделов пищеварительного тракта.

По данным рН-метрии, среднее значение рН в антральном отделе имело тенденцию к более высоким значениям в группах детей с патологическими ГЭР (3,32±0,14; 3,39±0,19 и 3,12±0,16 в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно). По нашему мнению, это объясняется наличием более частых и длительных ДГР в этих группах.

Все вышеизложенные особенности данных анамнеза, клиники и результатов инструментальных методов исследования можно рассматривать как диагностические и прогностические критерии развития патологических ГЭР. Значимость указанных признаков в процессе развития ГЭР была оценена с помощью критерия t-Стьюдента. Более высокие значения данного критерия соответствуют большей весовой значимости фактора.

По результатам наших исследований, факторами, наиболее значимыми для развития патологических ГЭР, являются неблагоприятное течение пренатального и интранатального периодов развития, отягощенность наследственности по заболеваниям пищеварительного тракта, голодные боли в животе, регулярно возникающая изжога, внепищеводные проявления, эрозивный эзофагит. Длительность ХГД более 6 лет характерна для наличия

кислых ГЭР, а менее 2 лет — для отсутствия моторных нарушений. Патология гепатобилиарной системы чаще отмечается при наличии щелочных рефлюксов.

Менее значимую роль в развитии моторных нарушений имеют наличие сопутствующих аллергических и ЛОР-заболеваний, связь болей в животе с физической нагрузкой. Нормальное состояние слизистой оболочки пищевода и катаральный эзофагит чаще встречаются у больных без моторных нарушений.

В дифференциальной диагностике кислых и щелочных ГЭР при ХГД у детей наиболее значимыми факторами являются длительность ХГД более 6 лет, наличие эрозивного эзофагита, патологии гепатобилиарной системы. Кроме того, должны быть учтены связь болей в животе с физической нагрузкой, наличие фибринозного эзофагита, регулярно возникающей изжоги.

### Заключение

Таким образом, дети с патологическими ГЭР имеют следующие особенности. Чаще болеют мальчики с наследственностью, отягощенной по заболеваниям пищеварительного тракта. Для пациентов с ГЭР характерны регулярно возникающая изжога, боли в животе, экстрапищеводные жалобы, большая длительность ХГД. В качестве сопутствующей патологии у  $\frac{1}{4}$  этих детей встречаются аллергические заболевания и у 12% — эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта. При инструментальном обследовании детей с патологическими ГЭР у  $\frac{1}{2}$  выявляются эзофагиты, у 20% — патология гастроэзофагеального перехода, у 89% — ДГР. Внепищеводные жалобы свидетельствуют о преобладании ГЭР в горизонтальном положении.

Половина больных с патологическими кислыми ГЭР предъявляют жалобы на «голодные» боли в животе и «голодную» изжогу. Для них характерна самая большая длительность ХГД — у 44% она составляет 6 лет и более. У  $\frac{1}{3}$  детей с кислым ГЭР встречаются эрозивные эзофагиты, у 29% — сопутствующая патология ЛОР-органов.

Для половины детей с патологическими щелочными ГЭР характерны длительность заболевания ХГД от 3 до 5 лет и реактивные изменения поджелудочной железы по данным УЗИ. У 28% больных имеется связь болей в животе с физической нагрузкой. У 43% больных с щелочными ГЭР встречаются фибринозные, у 18% — эрозивные эзофагиты, у 15% — сопутствующая патология гепатобилиарной системы, деформация желчного пузыря.

Выявленные нами особенности клинической

картины указывают на наличие моторных нарушений у детей с ХГД. Это позволяет сформировать группы риска развития патологического ГЭР, что является показанием к назначению суточной рН-метрии. Диагностика патологических ГЭР на ранних стадиях у детей с ХГД способствует проведению своевременной терапии моторных нарушений, что существенно улучшает качество жизни пациентов, снижает риск развития осложнений и материальные затраты на лечение больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Щербаков П.Л. // Рус. мед. журнал. — 2003. — Т. 11, № 3. — С. 107—112
2. Запруднов А.М. // Педиатрия. — 1995. — № 1. — С. 77—81.
3. DeMeester T.R., Chandrasoma P. // Ann. Rev. Med. — 1999. — Vol. 50. — P. 469—506.
4. Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Кучеров Ю.И., Батаев С.-Х.М. // Детская хирургия. — 2000. — № 1. — С. 47—50.
5. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. — М., 1986.
6. Степанов Э.А. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — № 1. — С. 88—90.
7. Хавкин А.И. Клинико-инструментальная характеристика гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюксов у детей и их связь с функциональным состоянием вегетативной нервной системы: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1989. — 150 с.

© Коллектив авторов, 2003

В.И. Струков, Р.Т. Галеева, Е.Б. Шурыгина, Г.В. Долгушкина, А.Н. Астафьева

## СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Пензенский институт усовершенствования врачей, г. Пенза, РФ

С целью изучения состояния костной ткани у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) проводили исследование на компьютерном остеоденситометре ДТХ-100 (Дания) методом количественной рентгеновской абсорбциометрии в периферических отделах лучевой и локтевой кости. Остеопении различной степени тяжести выявлены у 47,22% обследованных больных. Критическими возрастными периодами формирования остеопении у детей с ЯБДК является возраст 12—15 лет у девочек и 13—16 лет у мальчиков. Выявлена отчетливая зависимость минерального содержания и минеральной плотности костной ткани от особенностей клинического течения ЯБДК.

Quantative X-ray absorptiometry in peripheral part of ulna and radius with usage of computer osteodensitometer DTX-100 (Denmark) was performed in children with duodenal peptic ulcer (DPU) in order to study bone tissue state. Osteopenia with different degree of severity was diagnosed in 47,22% of cases. Age 12—15 years old in female patients and age 13—16 years old in male patients was critical for osteopenia development. Authors showed significant correlation of bone mineral contents and mineral density and peculiarities of DPU clinical presentation.

Несмотря на успехи в изучении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), это заболевание продолжает оставаться актуальной проблемой медицины, так как занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения. В отечественной и зарубежной литературе язвенной болезни посвящено большое

количество исследований, авторы которых отмечают рост частоты и тяжести этого заболевания, склонность к рецидивирующему течению, возможность опасных осложнений [1—3]. Язвенная болезнь не щадит детей и подростков, имеет тенденцию к «омоложению». Так, в настоящее время известно, что у 40—60% взрослых больных ис-