

© Коллектив авторов, 2006

П.Л. Щербаков¹, А.А. Звягин², Д.В. Печкуров³, Е.Д. Черток², Е.А. Почивалова²

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹ Научный центр здоровья детей РАМН, ² Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ³ Самарский государственный медицинский университет, РФ

В статье обсуждаются опыт и затруднения диагностики функциональной диспепсии (ФД) по Римским критериям II, соотношение симптомов диспепсии и морфологических признаков хронического гастрита (ХГ), показания к антихеликобактерной терапии у детей с ФД. Показана обоснованность и целесообразность диагностики ФД, а также возможность развития при ФД болей в околопупочной области, изжоги, плохого аппетита, не предусмотренных Римскими критериями. Доказано отсутствие достоверных различий в распределении морфологических признаков ХГ при манифестном и латентном течении, а также при язвенно-подобном, неспецифическом и дискинетическом вариантах. По результатам 3-летнего катамнестического обследования 75 детей показана возможность индивидуализации эрадикационной терапии при ФД и обоснованы следующие показания: рецидивирование симптомов диспепсии при лечении антацидами и антисекреторными средствами, гипертрофическая антральная гастропатия по данным ЭГДС, наследственная отягощенность по язвенной болезни, наличие перенесенных эрозий в анамнезе.

Authors discuss experience and difficulties of functional dyspepsia (FD) diagnosis according to Rome criteria II, correlation of FD signs and morphological signs of chronic gastritis (ChG), indications to anti-helicobacter therapy in children with FD. Authors showed validity and expediency of FD diagnosis as well as possibility of such signs, non provided by Rome criteria II, as paraumbilical abdominal pain, heartburn, bad appetite in patients with FD. They proved absence of significant difference in distribution of ChG morphological signs in cases of clinical and latent course as well as in cases of ulcer-like, nonspecific and dysmotility variants. Results of 3 years follow up of 75 children proved the possibility to individualize eradication therapy in FD cases and permitted to outwork indications to this therapy: recurrence of dyspepsia signs in spite of treatment by antacids and astisecretory drugs, endoscopic signs of hypertrophic antral gastropathy, positive family history of ulcer disease, history of gastric erosions.

В последние годы в отечественной педиатрической гастроэнтерологии стал использоваться международно признанный термин «функциональная диспепсия» (ФД) [1–6] для обозначения такого же симптомокомплекса, как при хроническом гастрите (ХГ), в то время как сам ХГ рассматривается только в морфологическом аспекте. По этому поводу мнения авторов противоречивые, обсуждается соотношение этих понятий и отражение их при формулировке диагноза. Фактически речь идет об относительно новой нозологической единице, какой является ФД, понятие о которой дано Римскими критериями функциональных гастроинтестинальных нарушений. На смену Римским критериям I (1988) и II (1999) в 2006 г. пришли III Римские критерии, где данная форма сохранилась с незначительными изменениями.

Согласно Римским критериям [7, 8], ФД представляет собой ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыще-

ние), локализованное в эпигастральной области ближе к срединной линии. В специальном разделе, посвященном функциональным гастроинтестинальным нарушениям у детей и подростков (4–18 лет) [9], для диагностики этого состояния предложены три критерия, продолжительность которых должна быть хотя бы один раз в неделю за последние 2 месяца:

- 1) постоянные или рецидивирующие боли или дискомфорт в подложечной области (над пупком);
- 2) отсутствие данных, свидетельствующих, о том, что симптомы диспепсии исчезают после дефекации или же связаны с изменением частоты и характера стула (т.е. нет синдрома раздраженного кишечника);
- 3) нет очевидных воспалительных анатомических, метаболических, неопластических процессов, которыми можно объяснить развитие симптомов.

Также Римскими критериями III предложено выделять два варианта ФД у взрослых пациентов

(раздел В): эпигастральный болевой синдром и постпрандиальный дистресс-синдром [10]. Возможность и особенности их выделения еще предстоит апробировать, однако отмечено, что данные варианты практически соответствуют язвенно-подобному и дискинетическому во II Римских критериях, в которых выделялись три варианта со следующей характеристикой [7]:

1) язвенно-подобный вариант (Ulcer-like Dyspepsia), при котором доминирующим симптомом является боль в подложечной области;

2) дискинетический вариант (Dismotility-like Dyspepsia) – доминирующим симптомом являются неприятные ощущения (дискомфорт), локализующиеся в эпигастрии. Эти ощущения могут характеризоваться или сочетаться с чувством переполнения, раннего насыщения, вздутием живота, отрыжкой, тошнотой;

3) неспецифический вариант (Nonspecific Dyspepsia) – симптоматика пациента не соответствует критериям язвенно-подобной или дискинетической диспепсии.

В 2004 г. на 11-м конгрессе детских гастроэнтерологов России после годичного обсуждения [11] был принят рабочий протокол диагностики и лечения функциональных заболеваний органов пищеварения у детей, куда вошла и ФД [12]. Нами накоплен определенный опыт диагностики и лечения у детей данного заболевания, на основе которого проведен анализ некоторых проблемных вопросов, представленный в данной статье.

Материалы и методы исследования

По результатам комплексного клинико-инструментального обследования и в соответствии с Римскими критериями II диагноз ФД был установлен у 212 детей и подростков в возрасте 3–17 лет (мальчиков 99, девочек 113) на основании: 1) тщательного анализа жалоб, а также анамнеза заболевания; 2) исключения патологии билиарных путей, поджелудочной железы, гельминтозов; 3) исключения органических причин диспепсии со стороны гастродуоденальной зоны (эрозий, язв, рефлюкс-эзофагита).

Результаты и их обсуждение

В процессе диагностики возникали затруднения с оценкой некоторых клинических данных. Это касалось локализации болей в околопупочной области, жалоб на изжогу, чувство быстрого насыщения, плохой аппетит.

Ведущим симптомом диспепсии являются абдоминальные боли, которые отмечались у 84,9% детей (180 чел.). Важной характеристикой болей при ФД, согласно Римским критериям, является их локализация в эпигастральной области, что, по нашим данным, присуще лишь половине детей (52,8%). К возрастным особенностям ФД мы отнесли жалобы на боли в других областях живота,

наряду с эпигастрием, прежде всего в околопупочной. Такое сочетание выявлено у каждого 3-го ребенка (32,8%) во всех возрастных группах, но несколько чаще у детей дошкольного возраста (37,5%) и реже в старшем школьном возрасте (26,5%). Следует отметить, что, как правило, дошкольники в первую очередь указывали на параумбиликальную локализацию боли, а затем уже на эпигастральную. Сочетание эпигастральной боли с болью другой локализации отмечалось значительно реже: в правом подреберье она выявлена у 8,9% (16 чел.), в левом подреберье – у 5,5% (10 чел.). Наличие боли в околопупочной области согласно II и III Римским критериям более характерно для другой функциональной патологии, так называемой функциональной абдоминальной боли – еще более непонятного диагноза, критериями которого являются все из следующих [7, 9]: эпизодическая или продолжительная боль не менее одного раза в неделю за последние 2 месяца; отсутствие критериев других функциональных заболеваний; нет признаков воспалительных, анатомических, метаболических, неопластических процессов, объясняющих симптомы; нарушение ежедневной активности ребенка; боль не симулируется. Важно отметить, что лечение детей с болями вокруг пупка и в эпигастрии по принципам ведения больных с диспепсией оказалось эффективным у всех пациентов. Поэтому, как нам представляется, наличие болей в околопупочной области не противоречит диагнозу ФД.

Дискинетические симптомы имели место у 52,8% (112 чел.). Наиболее часто встречалась тошнота 30,2% (64 чел.). У каждого 5-го ребенка (21,7%; 46 чел.) выявлялось чувство быстрого насыщения, которое дети и их родители описывали как «съест мало, а говорит желудок полный», «немного съедает и уже сыт», «ест помалу». Родители и дети редко активно предъявляли жалобы на чувство быстрого насыщения, более понятным для них был симптом «плохой аппетит», который, как показали наши наблюдения, является в данной ситуации эквивалентом чувства быстрого насыщения. У 19,8% детей (42 чел.) имелась отрыжка, Эпизодическая рвота выявлена у 13,2% (28 чел.). Реже предъявлялись жалобы на чувство тяжести в эпигастрии (15%, 33 чел.) и практически отсутствовали жалобы на чувство переполнения (3 чел.).

Особо следует отметить жалобы на изжогу, которую мы выявили у каждого 10-го ребенка с ФД (9%). Эта жалоба наиболее часто встречалась среди детей старшего школьного возраста (15,3%) и реже в младшем школьном (8,1%), а у дошкольников отсутствовала. Во II Римских критериях изжога была исключена из перечня симптомов ФД как характерное проявление гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Ни у одного из этих детей, по данным ЭГДС, не было рефлюкс-эзофагита, в т.ч. катарального. Из особенностей проявления

изжоги дети и родители отмечали периодическое ее появление, непродолжительность, связь с приемом провоцирующих продуктов. Так как изжога не являлась ни у одного из обследованных нами детей ведущей и единственной жалобой, отсутствовали другие рефлюксные симптомы и изжога характеризовалась кратковременностью и непостоянством, а также эндоскопически был исключен эзофагит, мы сочли ее проявлением именно ФД. Проведенные наблюдения показали, что у детей при ФД может отмечаться изжога и ее следует включить в перечень симптомов ФД.

Язвенно-подобный вариант ФД был диагностирован у 58,5% (124 чел.), неспецифический вариант – у 26,4% (56 чел.), дискинетический – у 15,1%. Принципиально структура ФД не отличалась в возрастных группах, можно выделить лишь одну особенность: увеличение удельного веса дискинетического варианта с 9,4% в 3–7 лет до 20% в 12–17 лет.

На основании полученных данных, для оптимизации диагностики у детей вариантов ФД нами были рассчитаны показатели диагностической информативности уже описанных ранее симптомов, которые оказались достаточно высокими, что позволило рекомендовать их дополнительно к имеющимся в качестве критериев вариантов ФД. Принимая во внимание, что именно высокие показатели прогностической ценности положительного результата (+PV) и специфичности (Sp) теста (в данном случае симптома) означают высокую вероятность распознавания патологии при позитивном тесте (симптоме), приведем только эти значения: для язвенно-подобного варианта – боли в околопупочной области (+PV 62,5%, Sp 75%); для дискинетического варианта – плохой аппетит (+PV 50%; Sp 88,9%); для неспецифического варианта – соответственно плохой аппетит (+PV 50%; Sp 87,2%), изжога (+PV 44,4%; Sp 93,8%), боли в околопупочной области (+PV 37,3%, Sp 76,3%).

Замена названия «язвенно-подобный» вариант на «болевой» в III Римских критериях представляется обоснованной и согласуется с полученными нами ранее данными [13].

Не только оценка отдельных клинических данных является спорной, но и само существование ФД как заболевания вызывает сомнения у некоторых гастроэнтерологов. До настоящего времени продолжается дискуссия о соотношении ФД и ХГ, камнем преткновения которой является наличие и роль воспалительных изменений слизистой оболочки желудка при соответствующей симптоматике. Во всех обзорах, посвященных диспепсии, говорится об отсутствии какой-либо связи между гастритическими изменениями слизистой оболочки желудка и наличием у пациентов диспептических жалоб [5, 14], в связи с чем диагноз ХГ утратил клиническое значение и стал сугубо морфологическим, который устанавливается по

результатам исследования гастробиоптатов. ФД иногда ошибочно понимается как синоним так называемых функциональных расстройств желудка – заболевания, при котором имеются расстройства двигательной или секреторной функции без морфологических изменений слизистой оболочки желудка. Для изучения соотношения понятий ФД и ХГ у 170 из 212 детей проведено гистологическое исследование гастробиоптатов, в т.ч. у 45 – дошкольного возраста, 59 – младшего школьного и 66 – старшего школьного возраста. Биоптаты оценивали в строгом соответствии с визуально-аналоговой шкалой Сиднейской системы. Сравнение результатов морфологического исследования биопсий (34 чел.) из тела и антрального отдела желудка показало значительное преобладание патологических изменений у детей в антруме как по количеству изучаемых признаков, так и по степени их выраженности, в связи с чем далее приводятся данные по биопсиям из антрального отдела желудка (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что у детей с симптомокомплексом ФД определяются признаки ХГ в 85,3% случаев, а нормальное строение слизистой оболочки отмечалось у 14,7%. Кроме этого видно, что многие признаки имеют выраженные возрастные особенности. Наиболее характерным для детей гастритическим признаком является мононуклеарная инфильтрация, которая выявлена у 85,3% с незначительными колебаниями в возрастные периоды (82,2–88,1%). Инфильтрация нейтрофилами – показатель активности гастрита, имела у 34,1% и также наблюдалось увеличение количества детей с более выраженной степенью инфильтрации в школьном возрасте. Хеликобактерная инфекция гистологически определена у 45,9% больных. Атрофические изменения диагностированы у 17,1% больных только школьного возраста. У единичных больных выявлена средняя степень атрофии, большинство детей (80–88,9%) имели слабую степень ее выраженности. Эти данные были получены при исследовании первичных биопсий, которые брались до лечения. Мы обратили внимание на тот факт, что в повторных биопсиях через 3–6 недель после лечения атрофические изменения у большинства детей отсутствовали, а отмечены всего у 4 больных (8,5%). Столь быстрое обратное развитие атрофии невозможно объяснить высокими адаптивными регенераторными возможностями детского организма. Очевидно, речь идет о ложной атрофии, возникающей на фоне инфильтрации, а не об истинной, под которой понимают необратимую утрату желез желудка с замещением их метаплазированным эпителием или фиброзной тканью [15]. Для отличия этих видов атрофии морфологи предлагают динамическое наблюдение в течение нескольких месяцев. Кишечная метаплазия не характерна для гастритических изменений у детей, что демонстрирует ее

Таблица 1

Результаты исследования антрум-биопсий у детей с ФД

Признаки	Дошкольный возраст (n=45)		Младший школьный возраст (n=59)		Старший школьный возраст (n=66)		Всего (n=170)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Норма	8	17,8	7	4,1	10	6,6	25	14,7
Хроническое воспаление:	37	82,2	52	88,1	56	84,5	145	85,3
слабая степень	32	86,5	39	75,0	29	51,8	100	69,0
средняя степень	5	13,5	12	23,1	24	42,8	41	28,3
сильная степень	–	–	1	1,9	3	5,4	4	2,7
Активный гастрит:	11	24,4	19	32,2	28	42,4	58	34,1
слабой степени	9	81,8	16	84,2	14	50,0	39	67,2
средней степени	2	18,2	3	15,8	11	39,3	16	27,6
сильной степени	–	–	–	–	3	10,7	3	5,2
<i>Helicobacter pylori</i> :	15	33,3	26	44,1	37	56,1	78	45,9
слабая степень	11	73,3	14	53,8	15	40,6	40	51,3
средняя степень	4	26,7	9	34,6	13	35,1	26	33,3
сильная степень	–	–	3	11,6	9	24,3	12	15,4
Атрофия:	–	–	9	15,3	20	30,3	29	17,1
слабой степени	–	–	8	88,9	16	80,0	24	82,8
средней степени	–	–	1	11,1	4	20,0	5	17,2
Кишечная метаплазия:	–	–	–	–	1	1,8	1	0,7
слабой степени	–	–	–	–	1	100	1	100

отсутствие у 99,3% больных и обнаружение ее только у одного больного слабой степени выраженности.

Таким образом, симптомокомплексу ФД соответствуют два морфологических варианта состояния слизистой оболочки желудка [16]. Преобладающим, независимо от возраста, является ХГ, выявленный у 82,2–95,9%, и значительно реже – нормальная картина слизистой оболочки. Исходя из этого, можно считать, что ФД как клиническая нозологическая единица включает в себя два заболевания – ХГ и функциональные расстройства желудка, которые считались ранее взаимоисключающими.

Изучение соотношения ХГ и ФД проводили путем сопоставления морфологической картины в двух группах больных, отличающихся наличием клинической симптоматики. В 1-ю группу (группа сравнения) входили 66 детей 12–17 лет с выраженной симптоматикой в течение нескольких недель, в связи с чем они находились на стационарном лечении. 2-ю группу (группа контроля) составили 47 детей 11–17 лет, у которых ранее был диагностирован ХГ (гастродуоденит), но в течение последних 2 лет и более не отмечалось клинических обострений и каких-либо симптомов. Эти дети поступали для стационарного обследования как диспансерные больные, некоторые перед снятием с учета. Результаты гистологического исследования и статистического анализа представлены в табл. 2.

При сравнении результатов с использованием непараметрического критерия Манна–Уитни не выявлено достоверных различий в распределении гистологических признаков ХГ при манифестном и латентном течении гастрита ($p > 0,05$). Сравнение степени выраженности показателей также не выявило достоверных различий в частоте обнаружения слабой, средней и сильной степени признаков гастрита. Полученные данные указывают на то, что морфологические гастритические изменения не определяют наличие клинической симптоматики. У детей контрольной группы, несмотря на бессимптомное течение, так же, как в группе сравнения у детей с клиникой ФД, превалировала картина ХГ. Нормальная слизистая оболочка желудка описана только у 8,5%.

Для изучения зависимости характера клинических проявлений, определяющих вариант ФД, и гастритических изменений был проведен анализ распределения морфологических признаков при различных вариантах ФД (табл. 3). Сравнительный анализ морфологических данных при различных вариантах ФД не выявил достоверных различий ($p > 0,05$) в распределении признаков, что указывает на отсутствие связи между признаками ХГ и характером жалоб больного.

Таким образом, полученные в результате исследования данные свидетельствуют о том, что морфологически подтвержденные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка не определяют наличие и выраженность клинических

Таблица 2

Результаты исследования биопсий из антрального отдела желудка при манифестном и латентном течении хронического гастрита

Признаки	1-я группа (n=66)		2-я группа (n=47)		U	p
	n	%	n	%		
Норма	10	6,6	4	8,5	312,5	0,961
Хроническое воспаление:	56	84,5	43	91,5	274,5	0,402
слабой степени	29	51,8	25	58,1	137,5	0,613
средней степени	24	42,8	17	39,5	144	0,584
сильной степени	3	5,4	1	2,4	214	0,228
Активный гастрит:	28	42,4	16	34,0	20,0	0,080
слабой степени	14	50,0	9	56,3	287,5	0,533
средней степени	11	39,3	6	37,5	300,0	0,760
сильной степени	3	10,7	1	6,25	287,5	0,482
<i>Helicobacter pylori</i> :	37	56,1	28	59,6	82,0	0,415
слабая степень	15	40,6	17	60,7	142,0	0,058
средняя степень	13	35,1	8	28,6	280,0	0,548
сильная степень	9	24,1	3	10,7	123,0	0,302
Атрофия:	20	30,3	10	21,3	133,5	0,525
слабой степени	16	80,0	10	100,0	250,0	0,156
средней степени	4	20,0	–	–	40,0	0,314
Кишечная метаплазия слабой степени	1	1,8	–	–	40,5	0,770

кой симптоматики и их характер не зависит от клинического варианта ФД

Одной из самых дискуссионных продолжает оставаться проблема роли инфекции *H. pylori* при ФД. Если при язвенной болезни она общепризнанна и антихеликобактерная терапия стала основой лечения, то потенциальные отношения между *H. pylori* и ФД остаются областью противоречий. До сих пор не было убедительно и достоверно показано необходимости эрадикационной терапии в разрешении болевого и дискинетического синдромов при ФД. Тем не менее «Консенсус Маастрихт-3» рекомендует проведение антихеликобактерного лечения при ФД. Однако комментарий к этому ставит больше вопросов, чем дает ответов: «Несмотря на невысокую по результатам мета-анализа частоту исчезновения диспептических жалоб у пациентов с ФД после эрадикационной терапии *H. pylori*, исследование наличия данной инфекции и проведение антихеликобактерного лечения у таких больных признаны необходимыми, особенно в регионах с высокой инфицированностью населения *H. pylori*» [17].

В.Ф. Приворотский и Н.Е. Луппова [18] предложили выделить абсолютные и относительные показания для эрадикационной терапии: абсолютные – язвенная болезнь (ЯБ), эрозивный и атрофический гастродуоденит, любые эндоскопические изменения у детей с наследственной отягощенностью по ЯБ и раку желудка; относительные – ХГ с выраженной симптоматикой и/или обширной обсемененностью слизистой оболочки НР. Применительно у ФД они, безусловно, представляют особый интерес.

На основании обследования 71 больного в анамнезе 3–3,5 года и анализа течения у них заболевания нами отмечена необходимость индивидуализации антихеликобактерной терапии при ФД и предложены для этого критерии [16]. Проведенное в динамике обследование обнаружило *H. pylori* у 53 детей из 71 (74,6%), хеликобактернегативными были 18 человек (25,4%). Из 53 *H. pylori*-позитивных детей 3 года назад успешная эрадикация после тройной терапии была подтверждена у 34, а у 19 она не была достигнута. Таким образом, констатирована реинфекция *H. pylori* у 70,8% (34 чел.) больных и продолжение течения хеликобактерного ХГ – у 29,2% (19 чел.). Из 18 *H. pylori*-негативных детей у 14 продолжалось состояние эрадикации, что свидетельствовало об успешно проведенной 3 года назад терапии, а у других 4 человек тесты дали отрицательный результат, несмотря на то, что 3 года назад дважды подтверждалось наличие *H. pylori* (при первичном обследовании и контроле эрадикации). Эти данные свидетельствуют о спонтанной эрадикации пилорического хеликобактера, так как никто из больных повторно антихеликобактерную терапию не получал.

Оценивая изменение клинических данных за 3 года, были отмечены следующие изменения:

- положительная клиническая динамика течения заболевания у больных с успешной эрадикацией (77,8%), а также при реинфекции (70,6%) и продолжающейся *H. pylori*-инфекции (73,7%);
- сохранение морфологических признаков ХГ как при наличии, так и при отсутствии

Таблица 3

Гистологическая характеристика вариантов ФД

Гистологические признаки	Язвенно-подобный (болевой) вариант (n=97)		Дискинетический вариант (n=27)		Неспецифический вариант (n=46)	
	n	%	n	%	n	%
Норма	15	15,5	2	7,4	8	17,4
Хроническое воспаление:	82	84,5	25	92,6	38	82,6
слабая степень	55	67,1	19	76,0	26	68,4
средняя степень	23	28,0	6	24,0	12	31,6
сильная степень	4	4,9	–	–	–	–
Активный гастрит:	28	28,9	11	40,7	19	41,3
слабой степени	19	67,9	7	63,6	13	68,4
средней степени	7	25,0	4	36,4	5	26,3
сильной степени	2	7,1	–	–	1	5,3
<i>Helicobacter pylori</i> :	47	48,5	12	44,4	19	41,3
слабая степени	23	48,9	6	50,0	11	57,9
средняя степень	16	34,0	4	33,3	6	31,6
сильная степень	8	17,0	2	16,7	2	10,5
Атрофия:	15	15,5	5	18,5	9	19,6
слабой степени	12	80,0	4	80,0	8	88,9
средней степени	3	20,0	1	20,0	1	11,1
Кишечная метаплазия слабой степени	1	1	–	–	–	–

H. pylori; полная нормализация слизистой оболочки желудка через 3 года после эрадикации наблюдалась лишь у 16,7% *H. pylori*-негативных детей;

- развитие эрозий луковицы 12-перстной кишки у 3–5% только хеликобактерпозитивных больных с ФД;
- развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 10–20% детей с ФД, независимо от наличия *H. pylori*, которое мы связываем с возрастными особенностями, так как большинство обследованных в катамнезе детей были старшего школьного возраста.

Исходя из этого, показателями для эрадикационной терапии при ФД могут быть наличие гипертрофической гастропатии в антральном отделе желудка по данным ЭГДС, неэффективность лечения

диспепсии антисекреторными и прокинетическими средствами в течение года, наследственная отягощенность по ЯБ, указание в анамнезе на гастродуоденальные эрозии. При отсутствии этих признаков лечение не назначается.

Заключение

Таким образом, проведенные нами исследования и накопленный опыт свидетельствуют об обоснованности и целесообразности диагностики ФД, которая имеет еще много проблемных вопросов. Понятна необходимость дальнейших исследований этих проблем и совершенствования рекомендаций по диагностике и лечению, которые следует обсудить и учесть при следующем пересмотре рабочего протокола по функциональным нарушениям органов пищеварения у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Римарчук Г.В., Полякова С.И. Неязвенная диспепсия у детей. РМЖ. 2001; 3–4: 150–152.
2. Эйберман А.С., Трифионов В.Д. Функциональная диспепсия – дискуссионная проблема гастроэнтерологии. Рос. пед. журн. 2001; 2: 53–55.
3. Корниенко Е.А., Антонов П.В. Функциональная диспепсия или хронический гастрит – какой диагноз предпочтителен у детей. // 7-й Конгресс педиатров России. – М., 2002. – С. 141–142.
4. Корниенко Е.А., Нажиганов О.Н. Синдром желудочной диспепсии у детей. Педиатрия. 2002; 3: 21–26.
5. Хавкин А.И., Рачкова Н.С. Функциональная диспепсия. // 10-й Конгресс детских гастроэнтерологов России. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – М., 2003. – С. 21–31.
6. Печкуров Д.В. Синдром диспепсии у детей: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 2004.
7. Rom criteria II. www.romecriteria.org/diagnostic.html.
8. Rom criteria III. www.romecriteria.org
9. Rasquin A., Lorenzo K.d., Forbes D. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent Gastroenterology. 2006; 130: 1527–1537.
10. Tack J., Talley N.J., Camilleni M. et al. Functional Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2006; 130: 1468–1479.
11. Проект стандартов диагностики и лечения

функциональных нарушений органов пищеварения у детей. РМЖ. 2003; 11; 13: 757–766.

12. Бельмер С.В., Гасилова Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарий. – М., 2005.

13. Звягин А.А., Щербаков П.Л., Почивалов А.В. Опыт и проблемы диагностики функциональной диспепсии у детей. // 12-й Конгресс детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – М., 2005. – С. 282–283.

14. Шептулин А.А. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении синдрома функциональной диспепсии. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2003; 1: 19–25.

15. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: «Триада-Х», 1998.

16. Звягин А.А. Функциональная диспепсия и хронический гастрит у детей: оптимизация диагностики, лечения и реабилитации: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – М., 2006. – 50 с.

17. Шептулин А.А., Куприанин В.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маасхит-3». Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2006; 2: 88–91.

18. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Некоторые аспекты антихеликобактерной терапии в практике педиатра. Вопр. дет. диетологии. 2004; 1: 82–83.

© Коллектив авторов, 2006

В.Х. Сосюра, Е.М. Таберовская, А.В. Новикова, А.Я. Шершевская

КИСЛОТНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ПАРИЕТАЛЬНОГО СЕКРЕТА ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Представлены результаты интрагастральной рН-метрии, проведенной натощак в базальных условиях у 74 детей с хроническим гастродуоденитом. Выявлена неоднозначная степень солянокислой продукции париетальными клетками в фундальном отделе желудка. Сильнокислая реакция желудка встречается в 32,4% случаев, слабокислая – в 27% наблюдений. Однако различные уровни кислотности желудка с одинаковой частотой встречаются у детей с хроническим фундальным и хроническим антральным гастритом.

Authors present the results of intragastral PH- metry, performed fasting and in basal conditions in 74 children with chronic gastroduodenitis. Authors showed variety of hydrochloric acid production by parietal cells and by cells of antral gastric part. Strong acidic reaction occurred in 32.4% of cases and weak acidic reaction – in 27% of cases. However rate of different gastric acidity levels was similar both in children with chronic fundic and with chronic antral gastritis.

Кислотность желудка во многом зависит от уровня продукции солянокислого секрета париетальными клетками, составляющими основную часть железных клеток фундального отдела желудка [1–3]. Избыточное выделение соляной кислоты (HCl) определяет появление жалоб со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1, 4–7]. Метод прицельной интрагастральной рН-метрии позволяет наиболее точно изучить кислотность желудка у детей и определить зависимость течения гастрита от степени кислотопродукции [1, 2, 8].

Целью исследования было определение у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) состояния кислотности желудка в базальных условиях с помощью интрагастральной рН-метрии и сопоставление результатов тестирования с гистологическими проявлениями хронического гастрита (ХГ).

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 74 пациента в возрасте от 5 до 14 лет, поступивших в клинику детских болезней с диагнозом ХГД.

Всем детям по поводу жалоб на боли в эпигастрии, тошноту и изжогу была выполнена эзофагогастродуоденоскопия, из них у 63 – с биопсией слизистой оболочки фундального и антрального отделов желудка. Во время эндоскопического исследования натощак в базальных условиях проведена интрагастральной рН-метрия с использованием ацидогастрометра АГМИ-01 и одноэлектродного зонда. У каждого пациента рН-метрия проведена в 3 точках слизистой оболочки пищеварительного тракта: в дистальной части пищевода, фундальном и антральном отделах желудка. Прицельную рН-метрию проводили во время введения эндоскопа (1-я фаза тестирования) и через 15–25 мин при выведении гастроскопа (2-я фаза тестирования). Состояние кислотопродукции оценивали по результатам рН-метрии фундального отдела желудка, где сосредоточены париетальные клетки – продуценты ионов водорода и хлора. Степень кислотной реакции оценивали по критериям Е.Ю. Линара и Ю.А. Лея, выделивших сильнокислую (рН=0,9–1,9), среднекислую (рН=2–2,9), умереннокислую (рН=3–4,9) и слабокислую реакции (рН=5–6,9). Статистический