

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ И ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10252288>

Худайбергана Н.Х., Азимова М.М., Эшмурзаева А.А.,
Гимадуддинова А.Р.

Ташкентская медицинская академия

Аннотация

В статье представлены результаты обследования 106 детей с патологией гастродуоденальной зоны, которая преимущественно сочеталась с патологией желчевыводящих путей. Приведены характерные особенности анамнеза этих больных, проведен анализ диагностического значения различных симптомов, выявляемых при пальпации передней брюшной стенки. Рассмотрены вопросы верификации хеликобактерной инфекции с помощью респираторного теста Хелик, бактериологических и молекулярно-генетических методов анализа биоптатов слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и дуоденального содержимого. Доказано, что *Helicobacter pylori* реже встречается у детей с изолированными формами хронического гастродуоденита (ХГД) и дисфункцией желчевыводящих путей (ДБЖП), по сравнению с детьми, имеющими органическое поражение билиарной системы в виде хронического холецистохолангита, что требует верификации. *Helicobacter pylori* при первичной диагностике инфекции и последующей этиотропной терапии.

Ключевые слова

хронический гастродуоденит, сочетанная патология желчевыводящих путей, пальпация передней брюшной стенки, хеликобактерная инфекция.

В последние годы наблюдается не только рост заболеваний органов пищеварения, но и изменение их структуры и патоморфоза - преобладание патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, нивелирование гендерных различий в заболеваемости желчнокаменной болезнью, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), сочетанное поражение гепатобилиарных органов. и гастродуоденальной области [1]. В детском возрасте эта группа много лет занимает 2-е место среди всех патологий, а истощенная заболеваемость с учетом результатов диспансеризации в 3 раза выше, чем по обращениям [2]. У дошкольников крупного города семейный

анамнез, антенатальный анамнез, неонатальная патология, алиментарный профиль, интранатальные и средовые риски были определены как приоритетные факторы риска желудочно-кишечной патологии в порядке убывания значимости [3]. Наибольшая часть поражений органов пищеварения приходится на хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта: хронические гастриты и гастродуодениты (ХГД), гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), дисфункциональные нарушения желчного пузыря (ДфЖД) и хронический холецистохолангит. Ведущее место среди этиологических факторов развития гастродуоденальной патологии в настоящее время занимает хеликобактерная инфекция. Однако в отечественной и зарубежной литературе имеется относительно небольшое количество публикаций, посвященных особенностям клиники и течения сочетанной гастродуодено билиарной патологии у детей с хеликобактерной инфекцией.

Цель исследования – изучить влияние хеликобактерной инфекции на течение патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей.

Материал и методы исследования. В группу исследования включены 106 детей (66 девочек и 40 мальчика) с патологией гастродуоденальной зоны, которая носила в основном хронический сочетанный характер с патологией билиарного тракта. В группу контроля вошли 20 детей, которые, по данным клинических симптомов, не имели поражений гепатобилиарной системы и гастродуоденальной области, а по результатам диагностических методов (ФЭГДС и УЗИ) у них отсутствовал какие-либо морфофункциональные нарушения органов верхнего отдела пищеварительного тракта. При постановке диагноза учитывали классификацию хронического гастродуоденита, разработанную на основе классификации, предложенной А.В. Мазуриным и соавторами с учетом эндоскопического раздела «Сиднейской системы» описания хронических гастритов, новой международной морфологической классификации-модифицированной «Сиднейской системы» [4]. При трактовке диагноза поражения желчевыделительной системы использовали классификацию заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей у детей, представленную в руководстве «Болезни органов пищеварения у детей» под редакцией А.В. Мазурина [5], классификацию по ультрасонографическому методу О.П. Ротанова [6]. Диагноз основного заболевания и сочетанной с ним дисфункции желчного пузыря верифицировался на основании анамнеза, клинического наблюдения, комплекса лабораторных тестов,

характеризующих морфофункциональное состояние желудка, желчевыделительной системы. Все обследованные больные дети с различными воспалительными заболеваниями органов гастродуоденальной зоны при поступлении в стационар имели клинические проявления, характерные для периода обострения, и обычно выписывались в периоде неполной ремиссии.

Результаты исследования. Обследованные пациенты условно были разделены на следующие группы: 1 группа включала 21 ребенка с диагнозом изолированного хронического гастродуоденита, 2 группа — 42 пациента с диагнозом гастродуоденит в сочетании с дисфункциональными нарушениями желчного пузыря, 3 группа — 42 пациента, страдающих гастродуоденитом в сочетании с хроническим холецистохолангитом. Недостаточное знание клиники и диагностики сочетанной гастродуодено билиарной патологии приводят к неправильной постановке диагноза и поздней госпитализации больных детей, что, несомненно, сказывается на результатах лечения и профилактики этих заболеваний. Только 10 (10%) из обследуемых детей поступили в стационар на первом году заболевания, 68 (65%) — на втором или третьем году, 26 детей (25%) поступили в стационар через 3 и более лет от начала заболевания. Как видно из таблицы 2, по всем нозологическим единицам наблюдалось преобладание больных девочек по отношению к мальчикам, особенно существенно эта тенденция была выражена в случае ХГД сочетанного с холецистохолангита (23,2% — девочки), дисфункции желчного пузыря (19,2%), хронических гастродуоденитов (9,6%). Это, в целом, совпадает с данными о большей подверженности девочек хронической патологии гастродуоденальной зоны [7-8]. Анализ результатов показал, что у обследованных детей признаки поражения пищеварительного тракта появлялись еще в дошкольном возрасте. Однако, к 15-17 годам у обследованных пациентов развиваются органические поражения гепатобилиарной системы в виде холецистохолангита, тогда как функциональные нарушения имеют место в более раннем возрасте. Учитывая ведущую этиопатогенетическую роль *Helicobacter pylori* в развитии хронических заболеваний желудка и ДПК, всем детям наблюдаемой группы первично проводилась диагностика по алгоритму, предложенному Российской группой по изучению *Helicobacter pylori* [8]. При анализе данных, полученных в результате верификации инфекции *Helicobacter pylori* с помощью дыхательного Хелик-теста, бактериологического и молекулярно-генетического методов, выявлено, что данный микроорганизм выявлялся у

47% обследованных больных (у 43 из 92 пациентов). Клиническая симптоматика пациентов с гастродуоденобилиарной патологией у детей, как инфицированных *Helicobacter pylori*, так и неинфицированных, отличалась полиморфизмом. Ведущим признаком у детей, инфицированных *Helicobacter pylori*, являлось сочетание ранних и поздних болей и составило 80%, тогда как у детей без *Helicobacter pylori* инфекции такой характер болей встречался в 2 раза реже (у 38%). По характеру болей, у детей, инфицированных *Helicobacter pylori*, преобладали тупые (85%), значительно реже — схваткообразные (8%), колющие (5%), режущие (2%), которые локализовались преимущественно в дуоденогастральной зоне (96%). У 77% детей, инфицированных *Helicobacter pylori*, случаи боли носили приступообразный характер. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В большинстве случаев (70%) дети отмечали умеренные боли и лишь у 15% — сильные. У 40 (85%) обследуемых детей боли были тупые. На боли в дуоденогастральной зоне указывали 96% детей и 2% — в правом подреберье. Основным фактором, усиливающим боли в животе у этой группы детей, было усиление физической активности, что составило 64% исследуемых. Облегчение болевого синдрома отмечалось при применении медикаментозных средств у 30 пациентов. Иррадиация болей в правое подреберье в 45% была связана с нарушением моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей. Диспепсические явления, в виде тошноты встречались у 45% детей, инфицированных *Helicobacter pylori*, и у 14% детей, не инфицированных *Helicobacter pylori*. Рвота и изжога встречались, соответственно, у 6% и 21% детей, не инфицированных *Helicobacter pylori*. Диспепсический синдром проявлялся отрыжкой воздухом у 38% и горьким 10%, инфицированных *Helicobacter pylori*. Снижение аппетита отмечалось у 32% детей, а 28% детей указывали на повышение аппетита. Обложенность языка проявлялась у половины детей (59%), инфицированных *Helicobacter pylori*, что в 3,5 раза больше по сравнению с детьми, не инфицированными *Helicobacter pylori*. Также дети с хеликобактериозом в 4 раза чаще жаловались на неприятный запах изо рта, по сравнению с детьми, не инфицированными *Helicobacter pylori*, что составило 47% и 10% соответственно. Таким образом, при анализе жалоб выявлены некоторые отличия у детей, инфицированных и не инфицированных *Helicobacter pylori*. Проанализировав данные синдромокомплексы, у детей, неинфицированных *Helicobacter pylori*, были полученные следующие данные. Не выявлено выраженной значимости сочетания ранних и поздних болей в животе. Пациенты жаловались либо на

ранние боли (31%), либо на поздние боли (31%). Чаще всего симптом боли носил постоянный характер (72%) и оценивался опрошенными детьми по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), как умеренный в 31% случаев. Локализация болей распределялась равномерно по всем зонам без выраженной значимости в одной из них. Большинство детей (60%) отрицали иррадиацию боли за пределы пораженного органа. Фактором, усиливающим боли в животе у детей, неинфицированных *Helicobacter pylori*, были движения, усиление физической активности, что составило 17% исследуемых. Облегчение болевого синдрома отмечалось у 55% опрошенных детей при приеме теплого молока, каши. Диспепсический синдром проявлялся отрыжкой воздухом у 74%, что в 2 раза больше пациентов, инфицированных *Helicobacter pylori*, и отрыжкой горьким (у 31%), а тошнотой (у 14%). Изжога отмечалась у 10% детей, не инфицированных *Helicobacter pylori*. В 48% доминировали астеновегетативные состояния, такие как слабость, утомляемость. Наличие болезненности при пальпации в эпигастрии отмечено у 47% от общего числа больных детей с хеликобактериозом различной патологией органов гастродуоденальной зоны. Наиболее характерным данным симптомом был для детей, инфицированных *Helicobacter pylori* с ХГД (88%), у которых он стойко наблюдался не только в периоде обострения, но и в периоде неполной клинической ремиссии. Тогда как для детей с ХГД, не инфицированных *Helicobacter pylori*, болезненность при пальпации больше определялась в пилородуоденальной зоне (91,6%). При ДфЖП и холецистохолангитом одинаково часто (46,6% и 36,8%) определялась болезненность при пальпации передней брюшной стенки в эпигастральной зоне, эти цифры в какой-то степени коррелируют со значениями частоты встречаемости сочетанной патологии желудка [11]. Наличие болезненности при поверхностной и глубокой пальпации в точке желчного пузыря определялось у 49% от общего числа больных детей. Наиболее часто данная симптоматика наблюдалась у пациентов с холецистохолангитом и ХГД (94,4%), особенно в период обострения. Примерно у половины (51,25%) обследованных детей с различной патологией органов гастродуоденальной зоны отмечалось наличие болезненности при поверхностной или глубокой пальпации в пилородуоденальной зоне. Наиболее выраженным данным симптомом при пальпаторном исследовании передней брюшной стенки был у детей с ХГД (91%), реже у детей с ДфЖП (41%) и холецистохолангит (10%).

Выводы

1. Доказано, что у детей с изолированными формами ХГД и ДфЖП *Helicobacter pylori* встречается реже, по сравнению с детьми, у которых имеются органические поражения билиарной системы в виде хронического холецистохолангита.

2. У пациентов, инфицированных *Helicobacter pylori*, отмечается полиморфизм клинической симптоматики. Выявлена высокая распространенность и выраженность диспептического синдрома у детей, инфицированных *Helicobacter pylori*, по сравнению с детьми без этой инфекции.

3. Сравнительный анализ пальпаторного исследования органов брюшной полости у пациентов с инвазией *Helicobacter pylori* показал, что существенных различий при пальпации по процентным соотношениям у пациентов, не инфицированных *H. pylori*, получено не было.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

13. Худайберганава Н. Х., Йулдошева Д. Ш., Абзалова Д. А., Рашидова М. А. (2019). Изучение пищевого статуса детей школьного возраста с избыточной массой тела. Том-II, 361

14. Xudayberganova N.X. Rahmatullayeva G. K. (2023). Оценить частоту железодефицитной анемии и инфекции *Helicobacter Pylori* среди детей школьного возраста с хронической гастродуоденальной патологией. Европейский научно-методический журнал 1(8), 10-18.

15. Худайберганава Н. Х., Ахмедова И. М. (2023). Клинико-биохимические особенности внежелудочных проявлений *helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.

16. Худайберганава Н. Х., Ахмедова И. М. (2023). Течение хронической гастродуоденальной патологии у детей и инфекция *helicobacter pylor*. Academic research in educational sciences, (1), 196-205.

17. Ахмедова И. М., Худайберганава Н. Х. (2022). Внежелудочные проявления хронического гастродуоденита у детей.

18. Салаева М. С., Худайберганава Н. Х. (2015). Взаимосвязь социальных факторов с параметрами качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких. Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева, (3), 74-79.

19. Талипов Р. М., Тулабаева Г. М., Сагатова Х. М., Нурметов Х. Т., Худайберганава Н. Х. (2021). Особенности коморбидности у пациентов

пожилого возраста с инфарктом миокарда. Узбекский медицинский журнал, 2(3).

20. Худайберганава Н. Х., (май 2022). Клиническая характеристика Helicobacter pylori ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей. Journal of new century innovations. Volume -4

21. Tukhtaeva N.Kh., Karimov M.Sh., Kurbanov A.K. (2021). Assessment of the gastrointestinal tract in patients with rheumatoid arthritis. European Journal of Pharmaceutical and Medical Research, 2(5), 34-37.

22. Мавлянов, И. Р., Мустафин, Р. И., Тухтаева, Н. Х. (2012). Характеристика просветной и пристеночной микрофлоры желудка больных с ревматоидными и реактивными артритами. Вестник новых медицинских технологий, 19(2), 319-322.

23. Тухтаева Н.Х., Мавлянов, И. Р., Мавлянов, С. И. (2019). Типы нервной системы и его взаимосвязь с комплаентностью больных к проводимой терапии. In Безопасный спорт-2019 (pp. 74-76).

24. Tukhtaeva, N. K. (2023). The degree of damage to the gastroduodenal zone in patients with rheumatoid arthritis against the background of basic and anti-inflammatory therapy. Texas Journal of Medical Science, 25, 58-62.