

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 18, №4

2019



УДК 616.342-002+616.34-002.44

14.01.08 Педиатрия

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**© Музалева Ю.А.¹, Матвиенко Е.В.¹, Телегина И.А.¹, Разинькова Н.С.¹, Жизневская И.И.¹, Горбань Г.Э.²**¹Курский государственный медицинский университет, Россия, 305041, Курск, ул. К. Маркса, 3²ОБУЗ «Областная детская клиническая больница», Россия, 305041, Курск, ул. Кольцова, 11А*Резюме*

Цель. Изучить особенности клинической картины хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей и подростков Курской области.

Методика. В ходе проведения исследования было изучено 110 историй болезни детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) и язвенной болезнью (ЯБ), госпитализированных во II педиатрическое отделение ОБУЗ «ОДКБ» г. Курска. Всем пациентам было проведено комплексное обследование. Наличие *Helicobacter pylori* выявлялось иммуноферментным методом. Критерием включения детей в исследование было наличие подтвержденного морфологически диагноза ХГД или ЯБ, критериями исключения – тяжелые органические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Результаты. Основной жалобой среди пациентов являлась абдоминальная боль с локализацией в эпигастрии. При ЯБ боль носила характер голодных и ночных, а при ХГД – болей, не связанных с приемом пищи. При ХГД в два раза чаще, чем при ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки (ДПК) отмечается наличие болей по ходу кишечника при пальпации. Болезненность в околопупочной области при ЯБЖ и ДПК отмечена в половине случаев, а при ХГД – у пятой части пациентов ($p < 0,05$). При ЯБЖ и ДПК в 3 раза чаще отмечается болезненность в правом подреберье ($p < 0,05$). Среди коморбидных заболеваний реактивный панкреатит при ХГД встречается чаще, чем при ЯБЖ и ДПК, перегиб желчного пузыря – почти с одинаковой частотой. При ФГДС выявлено, что наиболее частая локализация язвенного дефекта – ДПК, а стадия – свежей язвы.

Заключение. Сделан вывод, что субъективные проявления при ХГД и ЯБЖ и ДПК у детей различного возраста имеют сходную структуру, а при объективном исследовании выявлены различия между двумя нозологиями.

Ключевые слова: язвенная болезнь, хронический гастродуоденит, дети, подростки

CHARACTERISTIC OF CLINICAL PRESENTATION OF GASTROINTESTINAL TRACT DISEASES IN CHILDREN OF KURSK REGION**Muzaleva Yu.A.¹, Matvienko E.V.¹, Telegina I.A.¹, Razin`kova N.S.¹, Zhiznevskaja I.I.¹, Gorban` G.Je.²**¹Kursk State Medical University, 3, K. Marks St., 305041, Kursk, Russia²Regional Children's Clinical Hospital, 11A, Kol`cova St., 305041, Kursk, Russia*Abstract*

Objective. To study the features of clinical presentation of chronic gastrointestinal tract diseases in children and teenagers of Kursk region.

Methods. During the study 110 case histories of children with chronic gastritis and peptic ulcer disease hospitalized in the II pediatric department of Kursk Regional clinical children`s hospital were analysed. All patients were complexly examined.

The presence of *Helicobacter pylori* was detected by enzyme immunoassay. A morphologically confirmed diagnosis of chronic gastritis and peptic ulcer disease of the stomach or duodenum was a criterion of inclusion in the study, an exclusion criterion were severe organic diseases of the gastrointestinal tract.

Results. The most common complaint among all patients was upper abdominal pain. In case of PUD the pain was due to hunger and appeared at night, and in case of chronic gastritis the pain didn`t depend on eating. Light abdominal palpation caused pain in all regions of the abdomen with

gastroduodenitis twice often compared with cases of PUD. Nearly half of children with PUD and only a fifth part of patients with gastroduodenitis had a pain in the umbilical region ($p < 0,05$). Pain in the right hypochondriac region was presented three times more often in case of PUD ($p < 0,05$). Speaking about comorbid diseases, reactive pancreatitis co-occurred with chronic gastroduodenitis more often than PUD, but inflection of the gallbladder coexisted with almost the same frequency. EGD showed that the most frequent localization of peptic ulcer is duodenum and the most frequent stage – recent ulcer.

Conclusion. Therefore, subjective manifestations of chronic gastroduodenitis and peptic ulcer disease among children of various ages have a similar pattern, but in objective examination there are some differences between them.

Keywords: peptic ulcer disease, chronic gastroduodenitis, children, teenagers

Введение

На сегодняшний день распространенность патологии желудочно-кишечного тракта у детей остается довольно высокой [6]. Распространенность заболеваний органов пищеварения, а в частности хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта среди детей, возраста более чем в два раза за последние годы [8].

Несмотря на то, что детская гастроэнтерология, как самостоятельная отрасль педиатрии, появилась в конце XX в. и, достаточно быстро накопила соответствующий арсенал знаний, все же остается острой проблема правильной и быстрой постановки диагноза пациентам с патологией желудочно-кишечного тракта. Еще один немаловажный факт заключается в том, что большое количество симптомов поражения пищеварительной системы у ребенка очень вариабельны и, конечно, значительно отличаются от клинической картины взрослого. Именно поэтому стоит заниматься решением данных проблем на современном этапе развития медицинской науки, что позволит в дальнейшем поднять на новый уровень оказание медицинской помощи детям с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Методика

В ходе проведения исследования было изучено 110 историй болезни детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью, госпитализированных во II педиатрическое отделение ОБУЗ «Областной детской клинической больницы» г. Курска. С целью верификации диагноза всем пациентам было проведено углубленное обследование, которое включало анализ анамнестических, клинических данных, а также результатов лабораторно-инструментальных методов исследования. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а также эндоскопическое исследование слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Наличие *Helicobacter pylori* выявлялось иммуноферментным методом. Критерием включения детей в исследование было наличие подтвержденного морфологически диагноза ХГД и ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки. Критериями исключения были тяжелые органические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Метод организации выборки имел характер стратификационного отбора. Была сформирована простая случайная выборка. Связь между параметрами определялась с помощью коэффициента линейной корреляции. Метод Спирмена использовался для анализа таблиц сопряженности. При сравнении относительных величин использовался однофакторным дисперсионным анализом с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования

Было выявлено, что среди 110 пациентов с хроническим гастродуоденитом было 59 человек, что составило 53,6%, а с язвенной болезнью – 51 человек (46,4%).

Среди пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта доля мальчиков составила 62,7% (69 человек), а девочек – 37,3% (41 человек). Среди пациентов с ХГД доля мальчиков составила 49,2% (29 человек), а девочек – 50,9% (30 человек). Доля мальчиков с язвенной болезнью составила 78,4% (40 человек), а девочек – 21,6% (11 человек).

Проанализировав половозрастную структуру заболеваемости ХГД и ЯБЖиДПК в детском возрасте, были получены следующие данные, представленные на рис. 1. В возрасте от 4 до 6 лет чаще болеют мальчики, причем именно хроническим гастродуоденитом. Доля мальчиков в данной возрастной группе составила 87,5%, а девочек – 12,5%. В возрасте от 7 до 11 лет чаще болеют девочки (63,3% от общего числа больных данной группы). Было установлено 17 случаев ХГД и 2 случая язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, среди мальчиков этой же возрастной группы хроническим гастродуоденитом больны 7 человек, а язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки – 4 человека. То есть, на долю хронического гастродуоденита приходится 80% больных, а на язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 20%.

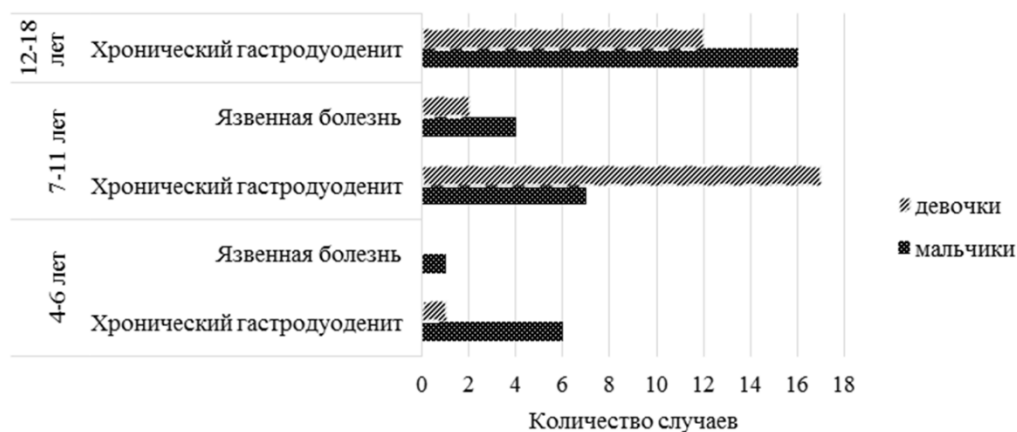


Рис. 1. Возрастная и половая структура заболеваемости хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у детей

Стоит отметить, что мальчики данной возрастной группы в 2 раза чаще болеют язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (4 случая больных мальчиков против 2-х девочек с данным диагнозом). В возрастной группе от 12 до 18 лет мальчики составляют 70,8% (51 пациент), а девочки соответственно – 29,2% (21 пациент). Причем язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у мальчиков этой группы встречается в 2,19 раз чаще хронического гастродуоденита. У девочек же хронический гастродуоденит встречается в 1,33 раза чаще язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Исходя из данных табл. 1, боль является самой частой жалобой у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и встречается у 100%±0% больных ($p>0,05$).

Голодные боли отмечают у себя 37,3%±13,5% пациентов ($p>0,05$), а вот боли после еды только 5,9%±6,6% пациентов ($p>0,05$). Ночные боли фигурируют в жалобах у 19,6%±11,1% пациентов ($p>0,05$). Тошнота и изжога встречаются у 58,8%±13,8% и 49%±14% пациентов ($p>0,05$). Рвота наблюдается у 31,4%±13% пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки ($p>0,05$).

Согласно данным, представленным в таблице 2, наиболее частой жалобой у детей с хроническим гастродуоденитом является боль в эпигастрии, которая отмечается у 96,6%±4,7% пациентов ($p>0,05$). Тошнота отмечается у 55,9%±13% ($p>0,05$). У 30,5%±12% отмечается наличие запора ($p>0,05$). Реже других встречается боль в правом подреберье 3,4%±4,7% ($p>0,05$). Отсутствие аппетита и рвота являются довольно частыми жалобами и имеют место у 28,8%±11,8% и 23,7%±11,1% пациентов соответственно ($p>0,05$).

Анализируя особенности объективного исследования пациентов с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (см. таблица 3), можно сделать вывод, что наиболее часто при поверхностной пальпации живота отмечаются боли в эпигастрии у 99%±1,9% ($p<0,05$).

Таблица 1. Субъективные проявления язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей различных возрастных групп

Жалобы	Дети с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки					
	4-11 лет (n=7)		12-15 лет (n=44)		Всего (n=51)	
	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp
Боли в эпигастрии	7	100%±0	44	100%±0	51	100%±0
Боли после еды	0	0	3	6,8%±7,6%	3	5,9%±6,6%
Голодные боли	1	14,3%±28,6%	18	40,9%±14,8%	19	37,3%±13,5%
Ночные боли	1	14,3%±28,6%	9	20,5%±12,2%	10	19,6%±11,1%
Боли колющего характера	3	42,9%±40,4%	12	27,3%±13,4%	15	29,4%±12,8%
Боли ноющего характера	3	42,9%±40,4%	13	29,5%±13,8%	16	31,4%±13%
Тошнота	5	71,4%±36,9%	25	56,8%±14,9%	30	58,8%±13,8%
Рвота	3	42,9%±40,4%	13	29,5%±13,8%	16	31,4%±13%
Изжога	4	57,1%±40,4%	21	47,7%±15,1%	25	49%±14%
Снижение аппетита	2	28,6%±36,9%	10	22,7%±12,6%	12	23,5%±14,9%
Отрыжка	3	42,9%±40,4%	6	13,6%±10,3%	9	17,6%±10,7%

Таблица 2. Жалобы при хроническом гастродуодените у детей различного возраста

Жалобы	Дети с хроническим гастродуоденитом					
	4-11 лет (n=31)		12-15 лет (n=28)		Всего (n=59)	
	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp
Боли в эпигастрии	29	93,5%±8,5%	28	100%±0	57	96,6%±4,7%
Запоры	11	35,5%±17,2%	7	25%±16,7%	18	30,5%±12%
Тошнота	17	54,8%±17,9%	16	57,1%±19%	33	55,9%±13%
Рвота	10	32,3%±16,8%	4	14,3%±13,5%	14	23,7%±11,1%
Неустойчивый стул	3	9,7%±10,6%	4	14,3%±13,5%	7	11,9%±8,4%
Отсутствие аппетита	10	32,3%±6,8%	7	25%±16,7%	17	28,8%±11,8%
Боли в околопупочной области	5	16,1%±13,2%	2	7,1%±9,9%	7	11,9%±8,4%
Отрыжка воздухом	2	6,5%±8,9%	2	7,1%±9,9%	4	6,8%±6,6%
Боли в правом подреберье	1	3,2%±6,3%	1	3,6%±7,2%	2	3,4%±4,7%
Боли в эпигастрии, связанные с пищей	3	9,7%±10,6%	1	3,6%±7,2%	4	6,8%±6,6%
Боли в эпигастрии, не связанные с пищей	5	16,1%±13,2%	1	3,6%±7,2%	6	10,1%±7,8%

У 30%±8,7% пациентов боль при пальпации локализуется в околопупочной области ($p<0,05$). Немного реже пациенты отмечают боль при объективном исследовании в левом подреберье 21%±7,8% ($p<0,05$) и правом подреберье 14,5%±6,7% ($p<0,05$).

У пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки болезненность в эпигастрии при поверхностной пальпации живота определяется в 98%±3,9% случаев ($p>0,05$). Болезненность в околопупочной области отмечается у 41,2%±13,8% пациентов ($p>0,05$). При объективном исследовании боль во всех отделах определяется у 2%±3,9% ($p>0,05$).

При хроническом гастродуодените также лидирующей локализацией болей при пальпации является боль в эпигастрии, которая регистрируется у 100% пациентов с хроническим гастродуоденитом ($p>0,05$). Боль при поверхностной пальпации живота в околопупочной области отмечается лишь у 20,3%±10,5% ($p>0,05$). В 10,2%±7,9% пациенты отмечают боль по ходу кишечника, а при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки данная локализация определяется лишь у 5,9%±6,6% ($p>0,05$). Гипогастрий является наиболее редкой локализацией

более при хроническом гастродуодените, такую область более отмечают у себя лишь $3,4\% \pm 4,7\%$ пациентов, а при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – $5,9\% \pm 6,6\%$ ($p > 0,05$).

При хроническом гастродуодените в 2 раза чаще отмечалось наличие болей по ходу кишечника ($p > 0,05$). Болезненность в околопупочной области отмечали у себя почти половина пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и лишь пятая часть пациентов с хроническим гастродуоденитом ($p < 0,05$).

Таблица 3. Данные объективного исследования детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Локализация болезненности при поверхностной пальпации живота	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (n=51)		Хронический гастродуоденит (n=59)		Всего (n=110)	
	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp
Эпигастрий	50	$98\% \pm 3,9\%$	59	$100\% \pm 0$	109	$99\% \pm 1,9\%$
Околопупочная область	21	$41,2\% \pm 13,8\%$	12	$20,3\% \pm 10,5\%$	33	$30\% \pm 8,7\%$
Левое подреберье	14	$27,5\% \pm 12,5\%$	9	$15,3\% \pm 9,4\%$	23	$21\% \pm 7,8\%$
Правое подреберье	12	$23,5\% \pm 11,9\%$	4	$6,8\% \pm 6,6\%$	16	$14,5\% \pm 6,7\%$
По ходу кишечника	3	$5,9\% \pm 6,6\%$	6	$10,2\% \pm 7,9\%$	9	$8,2\% \pm 5,2\%$
В гипогастрии	3	$5,9\% \pm 6,6\%$	2	$3,4\% \pm 4,7\%$	5	$4,5\% \pm 4\%$
Во всех отделах	1	$2\% \pm 3,9\%$	0	0	1	$0,9\% \pm 1,8\%$

Был проведен анализ частоты встречаемости коморбидных состояний у детей с ХГД и ЯБЖ и ДПК. По результатам данных, представленных в табл. 4, наиболее частым сопутствующим заболеванием у пациентов с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является реактивный панкреатит $37,3\% \pm 9,2\%$ ($p < 0,05$). Перегиб желчного пузыря встречается у $19,1\% \pm 7,5\%$ пациентов ($p < 0,05$). Дисхолия отмечается у $11,8\% \pm 6,2\%$ пациентов с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки ($p < 0,05$).

У пациентов с хроническим гастродуоденитом чаще других отмечалось наличие реактивного панкреатита $42,4\% \pm 12,9\%$ ($p > 0,05$), реже встречается перегиб желчного пузыря $18,6\% \pm 10,1\%$ ($p > 0,05$). Если оценивать пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, то здесь наиболее частым сопутствующим заболеванием является хронический гастродуоденит $55,9\% \pm 13,9\%$ ($p > 0,05$), затем следует реактивный панкреатит $31,4\% \pm 13\%$ ($p > 0,05$), перегиб желчного пузыря отмечается у $19,6\% \pm 11,1\%$ ($p > 0,05$). Дисхолия при хроническом гастродуодените отмечается в $13,6\% \pm 8,9\%$ случаев, а при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – в $9,8\% \pm 8,3\%$ ($p > 0,05$).

Как сопутствующее заболевание, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки встречается у $5,1\% \pm 5,7\%$ пациентов с хроническим гастродуоденитом ($p > 0,05$). Реактивный панкреатит при хроническом гастродуодените в 1,6 раз чаще встречается, чем при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ($p > 0,05$). Дискинезия толстого кишечника не встречается при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей ($p < 0,05$). Перегиб желчного пузыря, как сопутствующая патология, встречается при данных заболеваниях почти с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Среди пациентов с язвенной болезнью желудка поражен в $3,9\% \pm 5,4\%$ случаев, а двенадцатиперстная кишка – в $96,1\% \pm 5,4\%$ ($p > 0,05$). Таким образом, можно отметить, что двенадцатиперстная кишка поражается в 24,5 раз чаще ($p > 0,05$).

По данным морфологической картины при фиброгастродуоденоскопии у детей с ЯБЖиДПК была установлена стадия патологического процесса и степень стеноза привратника. У пациентов в возрасте от 4 до 11 лет в 5 раз чаще определялась свежая язва, чем стадия постязвенного рубцевания, а именно $83,3\% \pm 28,2\%$ и $16,7\% \pm 28,2\%$ случаев соответственно ($p > 0,05$). У детей старшей возрастной группы чаще других отмечается свежая язва $85\% \pm 11,3\%$ случаев, также имеется $2,5\% \pm 4,9\%$ пациентов в стадии «розового рубца» ($p > 0,05$). Среди всех пациентов свежая язва встречалась в 6,5 раз чаще постязвенного рубцевания ($p > 0,05$). Стадия «розового рубца» является наиболее редкой и отмечена только у 1 пациента. Как видно по данным таблицы, большая часть пациентов находится в стадии свежей язвы, что может быть связано с активной госпитализацией на фоне обострения язвенной болезни.

Таблица 4. Сопутствующие заболевания у детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Сопутствующие заболевания	Хронический гастродуоденит (n=59)		Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (n=51)		Всего (n=110)	
	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp	Абсолютное количество	P±2tp
Реактивный панкреатит	25	42,4%±12,9%	16	31,4%±13%	41	37,3%±9,2%
Дисхолия	8	13,6%±8,9%	5	9,8%±8,3%	13	11,8%±6,2%
Перегиб желчного пузыря	11	18,6%±10,1%	10	19,6%±11,1%	21	19,1%±7,5%
Дискинезия толстого кишечника	5	8,5%±7,3%	0	0	5	4,5%±4%
Хронический гастродуоденит	0	0	33	55,9%±13,9%	33	30%±8,7%
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	3	5,1%±5,7%	0	0	3	2,7%±3,1%

Обсуждение результатов исследования

Несмотря на общность клинической картины и доминирование болевого и диспепсического синдромов, вариабельность субъективных и объективных проявлений заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей несомненна, и обсуждается во многих исследованиях. В структуре проявлений диспепсического синдрома у пациентов с ХГД доминируют тошнота и изжога. Более чем у половины детей (60%) выявляется чувство тяжести и «переполнения» в эпигастриальной области [5]. У пятой части обследованных встречается отрыжка. Практически у всех детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки встречается изжога (в 91% случаев), при ХГД и хроническом гастрите изжога и отрыжка кислым встречается не более чем в 40% случаев [5].

По результатам наблюдений Е.М. Спивака (2016) болевой абдоминальный синдром выявляется в 92%, а по данным М.Н. Репецкой (2017) и вовсе в 100% случаев. Характерная локализация боли – эпигастриальная область (78%), но в ряде случаев боль распространялась и на другие области. Абдоминалгии у детей с ХГД по данным М.Н. Репецкой (2017) чаще представлены ноющими болями (70,9%), реже – схваткообразными (58,2%), наиболее редки режущие боли (3,6%) [8].

Для пациентов с язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом характерны специфические боли – ночные, «голодные» боли, уменьшаются после приема пищи. Такие боли были отмечены в 63% и 66% случаев среди пациентов с ЯБ и ХГД соответственно [9]. Данные симптомы отмечаются с одинаковой частотой как у мальчиков, так и у девочек [7].

Нередко в клинических проявлениях пациентов с хронической гастродуоденальной патологией встречаются симптомы вегетативной дисфункции, выявляемые с распространенностью от 43% [9]. В ходе исследования клинической картины ХГД у детей М.Н. Репецкой (2017) было выявлено, что наиболее частым проявлением астеновегетативного синдрома являются слабость (56,4%), утомляемость (54,5%) и головная боль (45,5%) [8].

Обложенность языка налетом (белым или серым) встречается практически у всех детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (от 87% [4] до 93% [9] случаев). При объективном обследовании пациентов чаще всего наблюдаются болезненность при пальпации живота. Чаще болезненность выявлялась в эпигастрии (94,5%), а также в околопупочной области (81,8%). По 5,5% приходится на гипогастрий, левое и правое подреберья [8].

Коморбидные состояния не редки при заболеваниях гастродуоденальной зоны желудочно-кишечного тракта у детей. Как правило, в процесс вовлекаются все отделы ЖКТ. Сочетанное поражение верхних отделов пищеварительного тракта, кишечника, гепатобилиарной системы у детей с хроническими заболеваниями ЖКТ является одной из особенностей течения данных заболеваний [2]. Чаще всего при обследовании детей с гастродуоденальной патологией выявляются следующие клинические проявления поражения толстого кишечника: хронический запор, изменение характера стула, болезненность при пальпации толстого кишечника [1]. В большинстве случаев развивается сопутствующее поражение печени, билиарной системы,

поджелудочной железы и кишечника. Это обусловлено общими структурно-функциональными особенностями, а также схожими факторами риска.

Самым частым сопутствующим заболеванием при ХГД является билиарная дисфункция (встречается у 80% детей). Поджелудочная железа подвергается реактивным изменениям в 72,7% случаев [8]. Патология кардиального сфинктера выявляется в 66% случаев и проявляется недостаточной функциональной активностью. Поражения билиарного тракта и поджелудочной железы при ХГД выявляются как минимум у 80% детей и являются одними из самых распространенных сопутствующих патологий [3]. Нарушения сфинктерного аппарата (дисфункция сфинктера Одди – в 60%, нарушение работы кардии – в 66%) в целом наблюдаются у 84% детей с ХГД. Функциональная несостоятельность поджелудочной железы и желчевыводящих путей выявляется очень часто (от 80 до 100% детей) [5].

Заключение

В структуре субъективных проявлений среди детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта доминирует болевой синдром. Боль чаще всего локализуется в эпигастрии и может принимать при язвенной болезни такие черты, как голодные боли, боли после еды, ночные боли. Согласно данным объективного исследования детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, при хроническом гастродуодените в 2 раза чаще отмечалось наличие болей по ходу кишечника при поверхностной пальпации живота. Болезненность в околопупочной области отмечали у себя почти половина пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и лишь пятая часть пациентов с хроническим гастродуоденитом. При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в 3 раза чаще пациенты отмечают болезненность в правом подреберье и в 1,6 раз чаще – в левом подреберье, чем пациенты с хроническим гастродуоденитом.

При изучении коморбидной патологии при язвенной болезни желудка двенадцатиперстной кишки и хроническом гастродуодените выявлено, что реактивный панкреатит при ХГД в 1,6 раз чаще встречается, чем при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Дискинезия толстого кишечника не встречается при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Перегиб желчного пузыря сопровождает данные заболевания почти с одинаковой частотой.

В детском возрасте при язвенной болезни преобладает поражение двенадцатиперстной кишки. Двенадцатиперстная кишка поражается в 24,5 раз чаще. Инструментально обследование пациентов показало, что у пациентов в возрасте от 4 до 11 лет в 5 раз чаще определялась свежая язва, чем стадия постязвенного рубцевания. У детей старшей возрастной группы чаще других отмечается свежая язва. Среди всех пациентов свежая язва встречалась в 6,5 раз чаще постязвенного рубцевания.

Литература (references)

1. Белоусов Ю.В. Коморбидность в детской гастроэнтерологии // Здоровье Украины. – 2012. – №3. – С. 40-42. [Belousov Yu.V. *Zdorov'e Ukrainy*. Health of Ukraine. – 2012. – N3. – P. 40-42. (in Russian)]
2. Белоусов Ю.В. Коморбидность при заболеваниях пищеварительной системы у детей // Здоровье ребенка. – 2012. – №1. – С. 134-136. [Belousov Yu.V. *Zdorov'e rebenka*. Child's health. – 2012. – N1. – P. 134-136. (in Russian)]
3. Воробьева А.В. Особенности течения хронического гастродуоденита у детей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2016. – №1. – С. 229-234. [Vorob'eva A.V. *Vestnik novykh medicinskih tehnologij. Jelectronnoe izdanie*. Journal of new medical technologies, eEdition. – 2016. – N1. – P. 229-234. (in Russian)]
4. Горячева О.А., Цветкова Л.Н., Алиева Э.И. Язвенная болезнь у детей, роль пре- и пробиотиков в эрадикационной терапии // Практика педиатра. – 2015. – №3. – С. 57-60. [Goryacheva O.A., Tsvetkova L.N., Alieva E.I. *Praktika pediatria*. Pediatrician practice. – 2015. – N3. – P. 57-60. (in Russian)]
5. Гурова М.М., Циркунова В.В. Сопутствующие заболевания органов пищеварения у детей подросткового возраста с хроническим гастродуоденитом // Вестник новгородского государственного университета. –

2014. – №78. – С. 37-43. [Gurova M.M., Tsirkunova V.V. *Vestnik novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta*. Vestnik of Novgorod state university. – 2014. – N78. – P. 37-43. (in Russian)]
6. Запруднов А.М. Детская гастроэнтерология: формирование, развитие, перспективы изучения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – №1. – С. 7-14. [Zaprudnov A.M. *Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii*. Russian bulletin of perinatology and pediatrics. – 2016. – N1. – P. 7-14. (in Russian)]
 7. Маланичева Т.Г., Зиятдинова С.Н., Денисова С.Н. Распространенность и факторы риска заболеваний гастродуоденальной области и билиарной системы у детей раннего и дошкольного возраста // Клиническая фармакология. – 2013. – №8. – С. 77-80. [Malanicheva T.G., Ziatdinova S.N., Denisova S.N. *Clinicheskaja farmakologija*. Clinical pharmacology. – 2013. – N8. – P.77-80. (in Russian)]
 8. Репецкая М.Н., Бурдина О.М. Современные особенности течения хронического гастродуоденита у детей // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т.34, №3. – С. 19-24. [Repetskaja M.N., Burdina O.M. *Permskij medicinskij zhurnal*. Perm medical journal. . – 2017. – V.34, N3. – P. 19-24. (in Russian)]
 9. Сапожников В.Г., Воробьева А.В. Клинические проявления хронических болезней органов пищеварения у детей // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – Т.22, №11. – С. 23-27. [Sapoz`nikov V.G., Vorob`eva A.V. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij*. Bulletin of new medical technologies. – 2015. – V.22, N11. – P. 23-27. (in Russian)]
 10. Спивак Е.М., Левит Р.М., Аккуратова И.С., Надежин А.С. Хронический гастродуоденит у детей: клинические варианты, особенности диагностики и лечения. – Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Филигрань», 2016. – 172 с. [Spivak E.M., Levit R.M., Akkuratova I.S., Nadezhin A.S. *Khronicheskij gastroduodenit u detej: klinicheskie varianty, osobennosti diagnostiki i lecheniya*. Chronic gastroduodenitis: clinical options, features of diagnosis and treatment. – Yaroslavl': «Filigran'», 2016. – 172 p. (in Russian)]

Информация об авторах

Музалева Юлия Александровна – ординатор кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. E-mail: muzaleva.1996@mail.ru

Матвиенко Елена Витальевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: tabletka-2013@mail.ru

Телегина Ирина Артуровна – ординатор кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. E-mail: teleginaia@mail.ru

Разинькова Наталья Сергеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. E-mail: kurskmed@mail.ru

Жизневская Ирина Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: kurskmed@mail.ru

Горбань Галина Эдуардовна – кандидат медицинских наук, врач высшей категории, врач-педиатр, заведующая II отделением ОБУЗ «ОДКБ». E-mail: kurskmed@mail.ru