

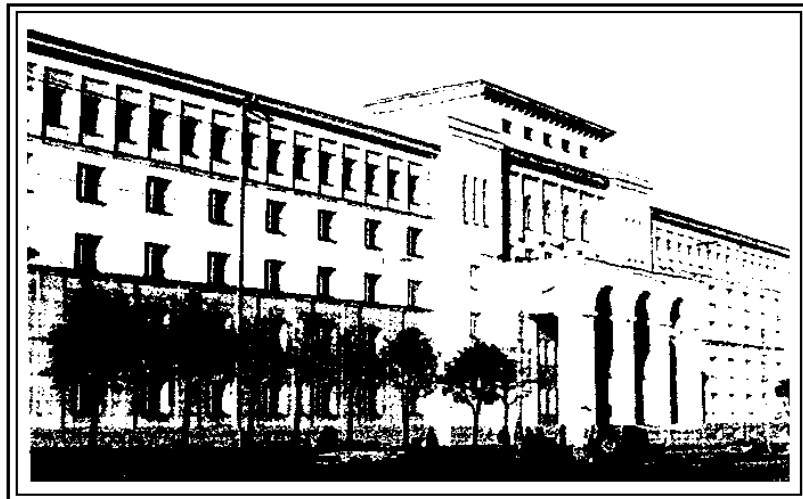
ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 18, №4

2019



ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С УЧЕТОМ СЕКРЕТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ЛЯМБЛИОЗОМ БЕЗ ИНФИЦИРОВАНИЯ HELICOBACTER PYLORI**© Миронова Т.А.¹, Шестакова В.Н.¹, Мусетова Д.А.¹, Боровкова В.Н.²**¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупская, 28²Детская клиническая больница поликлиника №1 г. Смоленска, 214000, Россия, Смоленск, ул. Багратиона, 22*Резюме*

Цель. Изучение особенностей клиники и течения поражений гастродуоденальной зоны с учетом секреторной функции у детей на фоне лямблиоза, но без инфицирования НР, для тактического подхода по оказанию ранней профилактической помощи.

Методика. Объектом исследования стали дети подросткового возраста (n=60). Из них 30 детей имели поражения гастродуоденальной зоны в сочетании с лямблиозом без инфицирования НР (основная группа наблюдения, 10 детей с повышенной секреторной функцией, 10 детей с сохраненной секреторной функцией и 10 детей с пониженной секреторной функцией). Группу сравнения составили 30 детей с поражениями гастродуоденальной зоны без лямблиозной инвазии и без инфицирования НР. Диагноз поражения гастродуоденальной зоны верифицировали с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием.

Результаты. Установлено, что у больных детей с поражениями гастродуоденальной зоны и сохраненной секреторной функцией на фоне лямблиоза без инфицирования НР заболевание начинается в возрасте 7-9 лет, длительное время протекает латентно, клиническая картина нечеткая, из ведущих симптомов характерно наличие дефицита массы тела, изменения вегетативной нервной системы в виде астено-невротического синдрома. У больных детей с поражениями гастродуоденальной зоны с пониженной секреторной функцией на фоне лямблиоза без инфицирования НР заболевание начинается в дошкольном возрасте (4-6 лет), протекает с выраженными астеническими и невротическими реакциями, диспепсическим синдромом, которые проявляются в виде тошноты, снижения аппетита, послаблением стула и умеренным болевым синдромом. У больных детей с поражениями гастродуоденальной зоны с повышенной секреторной функцией на фоне лямблиоза без инфицирования НР заболевание начинается в 10-15 лет, протекает четко с очерченной картиной с выраженным болевым синдромом, невротическими реакциями, превалирующими над астеническими нарушениями. Этим детям свойственен субфебрилитет, тошнота и изжога в утренние часы. Значительная выраженность болевого синдрома у детей в сочетании с лямблиозом без инфицирования НР, обусловлена дискинезией желудка и 12 перстной кишки по гипермоторному типу с явлениями спазма и частым сочетанием с дискинезией желчного пузыря по гипертоническому типу. Характерный своеобразный трехволновый ритм обострения в течение года, что важно учитывать при работе с данным контингентом детей.

Заключение. У больных при поражении гастродуоденальной зоны с сохраненной секрецией на фоне лямблиоза без инфицирования НР заболевание начинается в возрасте 7-9 лет, длительное время протекает латентно, клиническая картина нечеткая, из ведущих симптомов характерно наличие дефицита массы тела, изменения вегетативной нервной системы в виде астено-невротического синдрома. У больных детей при поражении гастродуоденальной зоны с пониженной секрецией на фоне лямблиоза без инфицирования НР заболевание начинается в дошкольном возрасте (4-6 лет), протекает с выраженными астеническими и невротическими реакциями, диспепсическим синдромом, которые проявляются в виде тошноты, снижения аппетита, послаблением стула и умеренным болевым синдромом.

Ключевые слова: дети подросткового возраста, лямблиоз, поражения гастродуоденальной зоны

FEATURES OF CLINICAL PICTURE AND COURSE OF LESIONS OF GASTRODUODENAL ZONE IN CHILDREN IN COMBINATION WITH GIARDIASIS**Mironova T.A.¹, Shestakova V.N.¹, Musetova D.A.¹, Borovkova V.N.²**¹Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia²Children's Clinical Hospital NI, 22, Bagration St., 214000, Smolensk, Russia

Abstract

Objective. To study clinical features and course of gastroduodenal lesions taking into account secretory function in children with giardiasis, but without HP infection, for a tactical approach to early preventive care.

Methods. The object of the study was teenage children (n=60). Of these, 30 children had lesions of the gastroduodenal zone in combination with giardiasis without HP infection (the main observation group, 10 children with increased secretory function, 10 children with preserved secretory function and 10 children with reduced secretory function). The comparison group consisted of 30 children with lesions of the gastroduodenal zone without giardiasis invasion and without HP infection. The diagnosis of gastroduodenal lesions was verified by esophagogastroduodenoscopy with targeted mucosal biopsy followed by histological examination.

Results. The aim of this work was to study the characteristics of the clinic and the course of lesions of the gastroduodenal zone, taking into account the secretory function in children against lambliosis for a tactical approach to early preventive care. It was found out that in children with lesions of the gastroduodenal zone with preserved secretory function on the background of lambliosis, the disease begins at the age of 7-9 years, for a long time it is latent, the clinical picture is unclear, the leading symptoms are characterized by the presence of body weight deficit, changes in the autonomic nervous system in the form of asthenic neurotic syndrome. In children with lesions of the gastroduodenal zone with a reduced secretory function against the background of lambliosis, the disease begins at the preschool age (4-6 years), proceeds with severe asthenic and neurotic reactions, dyspeptic syndrome, which manifests itself in the form of nausea, decreased appetite, easing of the chair and moderate pain syndrome. Patients with lesions of the gastroduodenal zone with high secreting function on the background of lambliosis, the disease starts at the age of 10-15 years, runs a clearly outlined pattern with a pronounced pain syndrome, neurotic reactions prevail over depressive disorders. These children have a low-grade fever, nausea and heartburn in the morning. Significant severity of pain syndrome in children in combination with lambliosis is due to dyskinesia of the stomach and duodenum by hypermotor type with spasm phenomena and frequent combination with dyskinesia of the gallbladder by hypertensive type. Peculiar kind of three-wave rhythm of exacerbation during the year important to be considered when working with this contingent of children.

Conclusion. In patients with lesions of the gastroduodenal zone with preserved secretion on the background of giardiasis without HP infection, the disease begins at the age of 7-9 years, for a long time it proceeds latently, the clinical picture is unclear, the leading symptoms are characterized by the presence of body weight deficit, changes in the autonomic nervous system in the form of astheno-neurotic syndrome. Patients with lesions of gastroduodenal zone with reduced secretion on the background of giardiasis without HP infection, the disease begins at a preschool age (4-6 years), runs with pronounced asthenic and neurotic reactions, dyspeptic syndrome, is manifested as nausea, reduced appetite, loose stools and mild pain.

Keywords: children of adolescence, giardiasis, gastroduodenal lesions

Введение

Как известно изолированный дуоденит в педиатрической практике встречается редко, чаще возникают сочетанные поражения гастродуоденальной зоны, сопровождающиеся нарушениями физиологических процессов регенерации и пролиферации, различными секреторными и моторно-эвакуаторными сдвигами, обуславливающими расстройства пищеварения. В доступной литературе недостаточно раскрыты вопросы, касающиеся течения поражений гастродуоденальной зоны у детей с учетом секреторной функции в сочетании с лямблиозом, но без инфицирования HP. Доказано, что для лямблиоза – развитие дуоденита в постбульбарном отделе ДПК, сопровождающегося лимфостазом и атрофией слизистой оболочки, воспалительные изменения в желудке выражены слабо, дистрофические изменения эпителия не характерны. Лямблиоз является достаточно актуальной медицинской проблемой, особенно в педиатрии. С.В. Бельмер (2004), Н.А. Коровина, И.Н. Захарова (2006) считают, что сложность выявления лямблиоза у детей обусловлена тем, что его проявления часто маскируются под различные клинические варианты гастроэнтерологической патологии (функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, синдром избыточного роста кишечной микрофлоры в тонкой кишке, синдром мальабсорбции и др.). По данным С.В. Баженова (2000) нередко лямблиоз протекает с клиникой аллергических заболеваний – рецидивирующей крапивницы, атопического дерматита, гастроинтестинальной формы пищевой аллергии, которые без адекватной терапии приобретают рецидивирующее

течение. При этом отсутствие верификации диагноза не позволяет проводить адекватную терапию. Возбудитель лямблиоза – *Lamblia intestinalis* – простейшее, обитающее в просвете тонкой кишки человека. Впервые этот возбудитель в фекалиях человека с диареей был обнаружен Ван Левенгуком в 1681 г. Позднее, в 1859 г. эти жгутиковые простейшие под названием *Gegcomonas intestinalis* были подробно описаны Д.Ф. Лямблем. В настоящее время морфологически дифференцируется 3 вида лямблий: *L. Intestinalis*, *L. Muris*, *L. agilis*. В результате исследований последних лет среди вида *L. Intestinalis* идентифицировано семь основных генетических подтипов. Лямблиоз человека связан с двумя линиями (А и В) малых подтипов лямблий. А.Я. Лысенко, М.Г. Владимирова и др. (2002) установили, что организмы типа А - встречаются среди людей и животных и представляют зоонозный тип инфекции. По данным ВОЗ (2006) его распространенность в детской популяции составляет 355 случаев на 100 тыс. детского населения. В работах Т.И. Авдюхиной с соавторами (2003) отмечено, что в Российской Федерации регистрируется более 130 тыс. случаев лямблиоза в год. Из них 70,0% составляют дети в возрасте до 14 лет. Н.А. Романенко (2000-2002) утверждал, что в различных регионах эта цифра может колебаться в большую или меньшую сторону в зависимости от социально-бытовых, жилищных условий, возможностей диагностики лямблиоза, а также настороженности врачей по поводу данной паразитарной инвазии.

Цель исследования – изучить особенности клиники и течения поражений гастродуоденальной зоны с учетом секреторобразующей функции у детей на фоне лямблиоза, но без инфицирования НР, для тактического подхода по оказанию ранней профилактической помощи.

Методика

Объектом исследования стали дети подросткового возраста (n=60). Из них 30 детей имели поражения гастродуоденальной зоны в сочетании с лямблиозом без инфицирования НР (основная группа наблюдения, 10 детей с повышенной секреторобразующей функцией, 10 детей с сохранной секреторобразующей функцией и 10 детей с пониженной секреторобразующей функцией). Группу сравнения составили 30 детей с поражениями гастродуоденальной зоны без лямблиозной инвазии и без инфицирования НР. Дети проживали в одном регионе, обучались в однотипных школах. Динамическое наблюдение велось в течение 5 лет. Сбор материала проводился путём выкопировки первичной информации из истории развития ребенка (ф. 112/у), результатов анкетирования родителей и педагогов, с последующим клиническим осмотром и комплексной оценкой состояния здоровья. Всем детям проводились: клинические анализы крови и мочи, копрограмма, посев кала на кишечную группу, посев кала на дисбактериоз, анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий, соскоб на энтеробиоз, биохимический анализ крови на печеночный комплекс, УЗИ органов брюшной полости: печени, желчного пузыря с оценкой показателя двигательной функции, поджелудочной железы. Диагноз поражения гастродуоденальной зоны верифицировали с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки с последующим гистологическим исследованием.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев, по χ^2 -критерию Пирсона с поправкой Йетса, при значениях $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Отмечено, что злоупотребление углеводистыми продуктами в 1,5 раза чаще наблюдалось у больных в сочетании с лямблиозом, а нарушения режима питания и еда всухомятку превалировала у неинвазированных детей. Не выявлено зависимости возникновения и особенностей течения болезни от ряда социальных факторов: состава семья, жилищных и бытовых условий, образования, возраста и вредных привычек родителей. Среди причин, способствующих поражениям гастродуоденальной зоны без инфицирования НР, высокий уровень занимает наследственная предрасположенность (55,5% в основной группе и 75,0% в группе сравнения, $p=0,08$). К некоторому удивлению среди перенесенных заболеваний у всех больных преобладали частые респираторно-вирусные инфекции, а не поражения желудочно-кишечного тракта. У 56,7% детей группы сравнения возраст детей к началу заболевания составлял 10-12 лет, давность заболевания не превышала 2-х лет. Боли чаще возникали в дневные и утренние часы (43,0%) и лишь у больных с повышенной секрецией в ночное время (53,5%). У 2/3 детей боли не имели

четкой связи и не были связаны с приемом пищи, носили схваткообразный характер. Время появления болей, их интенсивность у большинства детей (86,7%) была в тесной зависимости от кислотообразующей функции желудка и выраженности дуоденита. Чем выше кислотообразующая функция, тем значительнее выражен болевой синдром.

В основной группе наблюдения лямблиоз предшествовал клиническим проявлениям, т.е. являлся одной из ведущих причин возникновения поражений гастродуоденальной зоны, длительность которой составляла от 3 до 5 лет. Первые признаки заболевания появлялись в 4-6 лет у детей с секреторной недостаточностью (80,0%), в 7-9 лет у детей с сохраненной секрецией (80,0%), в 10 лет у больных детей с повышенной секрецией (80,0%). Основные симптомы были характерны для поражения гастродуоденальной зоны. Однако имелись некоторые особенности. Локализация болей в большинстве случаев отмечалась в околулчковой области (66,7%). Больные имели выраженный диспепсический синдром (66,7%), что достоверно чаще, чем в группе сравнения (30,0%, $p=0,0004$). Он регистрировался у 2/3 детей, сопровождался тошнотой (60,0%), снижением аппетита (50,0%), реже рвотой (30,0%), что на 35,0%, 25,0%, 22,5% чаще, чем в группе сравнения ($p=0,0004$). Нарушения стула в виде поноса встречались с такой же частотой, как и запоры (36,7%), чего не зафиксировано в группе сравнения. Дефицит массы тела I степени возникал у 66,7% детей, что на 40,0% чаще, чем в группе сравнения ($p=0,0004$). У каждого ребенка встречались астенические и невротические нарушения, что на 40,0% и 30,0% чаще, чем в группе сравнения ($p=0,0004$). Они сопровождалась повышенной утомляемостью (60,0%), слабостью (50,0%), головной болью (40,0%), головокружениями (33,3%), что на 30,0%, 20,0%, 20,0%, 20,0% чаще, чем в группе сравнения ($p=0,0004$). Астенические и невротические нарушения были более выражены у детей с сохраненной секрецией (60,0%), а невротические расстройства чаще у больных с повышенной кислотообразующей функцией (50,0%), проявляясь эмоциональной лабильностью (50,0%), плаксивостью (40,0%), раздражительностью (30,0%). У детей с пониженной секрецией (60,0%) чаще отмечались астенические нарушения, чем невротические расстройства (40,0%). У 26,7% встречалось нарушение эубиоза, представленного лактозонегативной палочкой, чего не зафиксировано в группе сравнения.

Согласно полученным результатам воспалительные изменения в желудке характеризуются у 33,3% детей антральным поверхностным гастритом, а у 56,7% респондентов распространенным поверхностным гастритом, что согласуется с литературными данными К.И. Григорьева (2008), А.М. Запруднова (2018). В 100% случаях диагностируются выраженные воспалительные изменения в постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки, на фоне лямблиоза без инфицирования НР чаще происходят также в постбульбарной области, сопровождающиеся лимфостазом и атрофией слизистой оболочки, воспалительные изменения в желудке выражены слабо, дистрофические изменения эпителия не характерны. При лечении лямблиоза количество обострений у большинства больных не превышает 2 раз в год. Длительность болевого синдрома колеблется от 8 до 26 дней и зависит от рационального метода лечения. Годовой ритм обострений носит трехволновый характер (весна, лето и осень). При поражениях гастродуоденальной зоны без лямблиоза и без инфицирования НР обострения возникают с сентября по март, носят двухволновый характер. Инвазия лямблиями на определенных циклах развития являются провокатором обострений патологии гастродуоденальной зоны.

Заключение

При поражении гастродуоденальной зоны у детей на фоне лямблиоза без инфицирования *H. Pylori* характерно раннее возникновение заболеваний (4-10 лет). У больных при поражении гастродуоденальной зоны с сохраненной секрецией на фоне лямблиоза без инфицирования *H. Pylori* заболевание начинается в возрасте 7-9 лет, длительное время протекает латентно, клиническая картина нечеткая, из ведущих симптомов характерно наличие дефицита массы тела, изменения вегетативной нервной системы в виде астено-невротического синдрома. У больных детей при поражении гастродуоденальной зоны с пониженной секрецией на фоне лямблиоза без инфицирования *H. Pylori* заболевание начинается в дошкольном возрасте (4-6 лет), протекает с выраженными астеническими и невротическими реакциями, диспепсическим синдромом, которые проявляются в виде тошноты, снижения аппетита, послаблением стула и умеренным болевым синдромом. У больных детей при поражении гастродуоденальной зоны с повышенной секрецией на фоне лямблиоза без инфицирования *H. Pylori* заболевания начинается в 10 лет, протекает четко с очерченной картиной с выраженным болевым синдромом. Невротические реакции преобладают над астеническими нарушениями. Для больных детей при поражении гастродуоденальной зоны в сочетании с лямблиозом без инфицирования *H. Pylori* свойственна дуоденальная дисмоторика, проявлением которой является дуоденогастральный рефлюкс, что согласуется с литературными

данными. Детям при поражении гастродуоденальной зоны в сочетании с лямблиозом без *H. Pylori* инфицирования характерен своеобразный трехволновый ритм обострения в течение года.

Литература (references)

1. Агафонова Е.В., Долбин Д.А., Куликов С.Н., Тюрин Ю.А. Современные аспекты диагностики лямблиоза у человека // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т.16, №17. – С. 32-34. [Agafonova E.V., Dolbin D.A., Kulikov S.N., Tyurin Yu.A. *Russkij medicinskij zhurnal*. Russian medical journal. – 2008. – V.16, N17. – P. 32-34. (in Russian)]
2. Ахметова Р.А. Клинико-иммунологические особенности лямблиоза у детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения // Вопросы детской диетологии. – 2005. – Т.3, №1. – С. 25-28. [Akhmetova R.A. *Voprosy detskoj dietologii*. Questions of children's dietetics. – 2005. – V.3, N1. – P. 25-28. (in Russian)]
3. Бельмер С. В. Лямблиоз у детей // Русский медицинский журнал – 2004. – Т.12, №3. – С. 141-144. [Belmer S.V. *Russkij medicinskij zhurnal*. Russian medical journal. – 2004. – V.12, N3. – P. 141-144. (in Russian)]
4. Григорьев К.И. Педиатрия: справочник практического врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – С. 296 - 308. [Grigorev K.I. *Pediatrics: practical doctor's handbook*. – 2008. – P. 296-308. (in Russian)]
5. Гузеева Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реогражданской службы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008. – №1. – С. 3-11. [Guzeeva T.M. *Medicinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni*. Medical Parasitology and parasitic diseases. – 2008. – N1. – P. 3-11. (in Russian)]
6. Дроздова С.Н. Современное течение лямблиоза у детей // Медицинский вестник. – 2008. – №15. – С. 16-17. [Drozdova S. N. *Medicinskij vestnik*. Medical Bulletin. – 2008. – N15. – P. 16-17. (in Russian)]
7. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Зайденварг Г.Е. и др. Лямблиоз у детей: проблема диагностики и выбора терапии // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т.6, №2. – С. 12-18. [Korovina N.A., Zakharova I.N., Zaidenvarg G.E. i dr. *Russkij medicinskij zhurnal*. Russian medical journal. – 2004 – V.6, N2. (in Russian)]
8. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии // Под редакцией Баранова А.А. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 608 с. [Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoj pediatrii. Edited by A. A. Baranov. Guide to outpatient Pediatrics. – Moscow: GEOTAR-Media, 2007. – 608 p. (in Russian)]

Информация об авторах

Миронова Татьяна Александровна – ординатор кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: tanechka_mironova_96@inbox.ru.

Шестакова Вера Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: rtshouse@mail.ru

Мусетова Дарья Андреевна – ординатор кафедры поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: darya-musetova@yandex.ru

Боровкова Виктория Николаевна – участковый врач-педиатр ОГБУЗ «Детская клиническая больница поликлиника №1», Смоленск. E-mail: bor.vika2016@yandex.ru