

## ЭРОЗИВНЫЕ И ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

Караева В. Ю.<sup>1</sup>, Бораева Т. Т.<sup>2</sup>, Цветкова Л. Н.<sup>3</sup>, Филин В. А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Детская республиканская клиническая больница, МЗ РСО-А, Владикавказ, Россия (362003, Владикавказ, ул. Барбашова, 33)

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, Владикавказ (362019, Владикавказ, ул. Пушкинская, 40), e-mail: [sogma.rso@gmail.com](mailto:sogma.rso@gmail.com)

<sup>3</sup>ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва (117997, Москва, ул. Островитянова, 1) e-mail: [rsmu@rsmu.ru](mailto:rsmu@rsmu.ru)

За 2005–2009 гг. частота ЭЯП ВОПТ у детей РСО-Алания увеличилась с 14,5 % до 24,8 %. Отмечен рост количества детей с впервые выявленными эрозиями и язвами и с рецидивами. ЭЯП ВОПТ значительно чаще выявлялись у детей в возрасте от 12 до 17 лет (75,0 %). Среди детей младшего возраста чаще диагностировали острые эрозии и язвы. Носительство *H. pylori* было обнаружено у 89,1 % из 99,2 % обследованных на *H. pylori* детей. ЭЯП ВОПТ в 7,6 % случаях осложнялись желудочно-кишечными кровотечениями. Только 21,1 % детей с ЭЯП ВОПТ получали амбулаторное лечение. У остальных 78,89 % детей общее состояние, наличие выраженного болевого синдрома, а также развитие осложнений потребовало госпитализации в плановом (68,2 %) и в экстренном (31,8 %) порядке. Полученные результаты подтверждают актуальность поиска путей совершенствования диагностики и лечения ЭЯП ВОПТ у детей и подростков.

Ключевые слова: пептические язвы, острые язвы, желудочно-кишечные кровотечения, эрозии.

## EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN OF NORTH OSSETIA-ALANIA

Karaeva V. U.<sup>1</sup>, Boraeva T. T.<sup>2</sup>, Tsvetkova L. N.<sup>3</sup>, Filin V. A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Children's Republican Hospital Barbashova str. 33, Vladikavkaz, RNO-Alania, 362003.

<sup>2</sup>North Ossetian State Academy Pushkinskaya str.40, Vladikavkaz, RNO-Alania, 362019, e-mail: [sogma.rso@gmail.com](mailto:sogma.rso@gmail.com)

<sup>3</sup>The Russian National Reseach Medical University named after N.I. Pirogov (RNMU) Ostrovitianov str.1, Moscow, Russia, 117997, e-mail: [rsmu@rsmu.ru](mailto:rsmu@rsmu.ru)

There was an increase of frequency of erosions and ulcers of the upper gastrointestinal tract from 14.5 % to 24.8 % in children and adolescents of the Republic of North Ossetia-Alania within the period 2005-2009. The increase was revealed both in first diagnosed cases and in the recurrent forms of the disease. Erosive and ulcerative lesions were more often diagnosed in children aged 12–17 (75.0 %). Stress or acute ulcers were characteristic of young children. 99.2 % of the children were examined for *H. pylori* infection and 89.1 % of them were *H. pylori*-positive. In 7.6 % the process was complicated by gastrointestinal bleeding. Only 21.1 % of the diagnosed were treated in out-patient conditions (31.8 %). In 78.9 % the general condition of patients, clinical state and complications required their planned hospitalization (68.2 %) and emergent hospitalization (31.8%). The revealed results urge to the necessity to find ways of improving both diagnostic algorithm and treatment of erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract in children.

Key words: acute ulcers and erosions, peptic ulcers, bleeding, *Helicobacter pylori*, children.

### Введение

За последние 10 лет заболевания органов пищеварения среди детей и подростков возросли в 1,9 раза. Обращает на себя внимание различная распространенность гастродуоденальной патологии в различных регионах России (15–48 %). При наличии тенденции к снижению частоты гастродуоденитов (ГД) и язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), а также стабилизации частоты гастритов и дуоденитов отмечается увеличение частоты встречаемости патологии пищевода у детей [1, 2, 3, 4].

Язвенная болезнь (ЯБ) не охватывает все случаи гастродуоденальных язв (СГДЯ). Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки нередко могут образовываться в ответ на экстремальные воздействия или быть патогенетически связанными с другими заболеваниями. Заслуга четкого разграничения ЯБ как самостоятельного заболевания и СГДЯ принадлежит Василенко В. Х. (1972). Первое описание СГДЯ принадлежит Swan J. (1823), который обнаружил дефекты слизистой оболочки желудка у детей, умерших от распространенных ожогов [5, 6, 7, 8, 9]. Несмотря на успехи в изучении ЯБ, это заболевание продолжает оставаться актуальной проблемой медицины. ЯБ не щадит детей и подростков, имеет тенденцию к “омоложению”. Так, в настоящее время известно, что у 40–60 % взрослых больных истоки заболевания находятся в детском возрасте [10]. Актуальность исследования обусловлена ростом частоты встречаемости эрозивных и язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта (ЭЯП ВОПТ) у детей, в том числе и СГДЯ различного генеза.

**Целью исследования** было выявление частоты распространенности ЭЯП ВОПТ этиологических факторов и клинических проявлений данной патологии у детей Республики Северная Осетия – Алания.

#### **Материал и методы исследования**

В исследование вошли 1330 детей и подростков в возрасте от 3 дней до 17 лет с острыми и пептическими эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов пищеварительного тракта, обследованных и получавших лечение в Детской республиканской больнице г. Владикавказа в период с 01.01.2005 г. по 31.12.2009 г.

Обследование детей с деструктивными поражениями ВОПТ включало общеклинические методы, предусмотренные медико-экономическими стандартами (сбор анамнеза, клиническое обследование, лабораторные исследования крови, мочи, кала), инструментальное исследование: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с биопсией слизистой оболочки и последующим гистологическим исследованием, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, почек, рентгенологическое исследование органов брюшной полости, ЭКГ, Эхо КГ, диагностика *H. pylori* (быстрым уреазным, гистологическим и дыхательным уреазным методом), хромо Рн-метрия с использованием конго-красного. ФЭГДС выполнялась всем пациентам по стандартной методике на аппарате фирмы “Olympus” GIF XP-20, “Pentax” FG-24V.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики. Методы дескриптивной (описательной) статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M), средней ошибки среднего значения (m), частоты встречаемости симптомов (признаков с

дискретными значениями). Для оценки межгрупповых различий применяли t-критерий Стьюдента, а при сравнении частотных величин – точный метод Фишера (ТМФ).

### Результаты исследования

За период с 01.01.2005 г. по 31.12.2009 г. у 1330 детей и подростков было проведено 1646 исследований (ФЭГДС), в ходе которых у них верифицировали ЭЯП ВОПТ. Частота обнаружения эрозий и язв слизистых оболочек ВОПТ тракта была неоднородной: в 2005 году – 239 (14,5 %) случая, в 2006 году – 275 (16,7 %), в 2007 – 366 (22,3 %), в 2008 году – 357 (21,7 %); в 2009 году – 409 (24,8 %) случаях.

Анализ частоты встречаемости впервые выявленных деструктивных поражений и рецидивов заболевания представлен на рисунке 1.

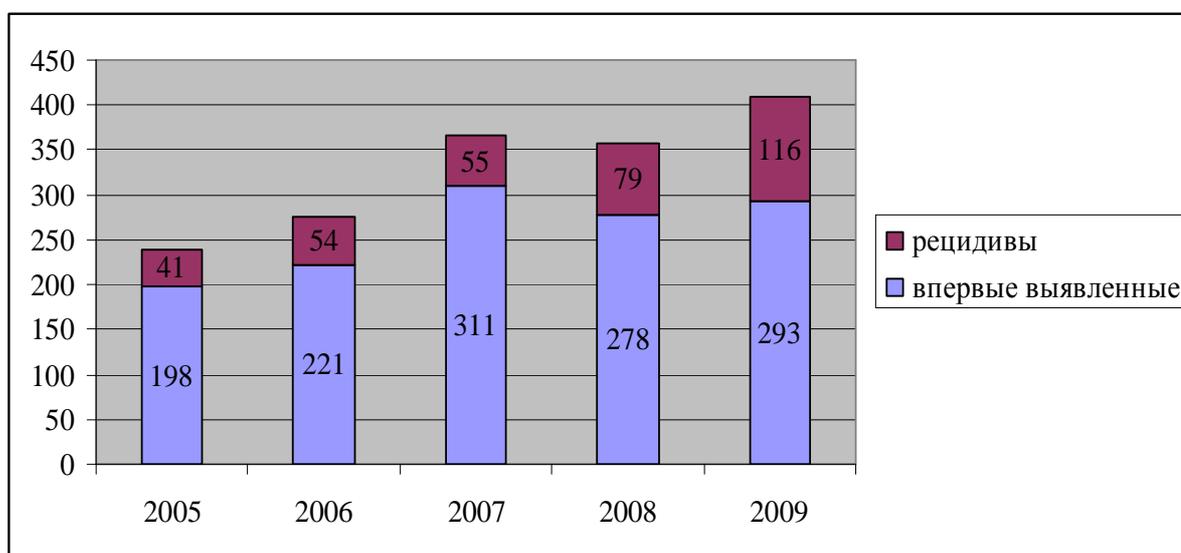


Рис. 1. Частота впервые выявленных и рецидивов заболевания

Таким образом, за 5 летний период (2005 – 2009) частота ЭЯП ВОПТ у детей и подростков РСО-Алания увеличилась с 14,5 % до 24,8 %. Обращает на себя внимание и тот факт, что ежегодно увеличивалось количество детей как с впервые выявленными эрозиями и язвами, так и с рецидивирующим течением заболевания.

В настоящем исследовании ЭЯП ВОПТ выявлялись у детей от 3 дней до 17 лет, средний возраст составил  $13,3 \pm 3,5$  ( $m=0,09$ ). Обследованные дети были распределены в зависимости от возраста на 5 групп: I-ая группа – от 3 дней до 3 лет, II-ая группа – от 4 до 6 лет, III-я группа – от 7 до 11 лет, IV-ая группа – от 12 до 15 лет, V-ая группа – от 16 до 17 лет. Количественный состав групп исследования представлен на рисунке 2.

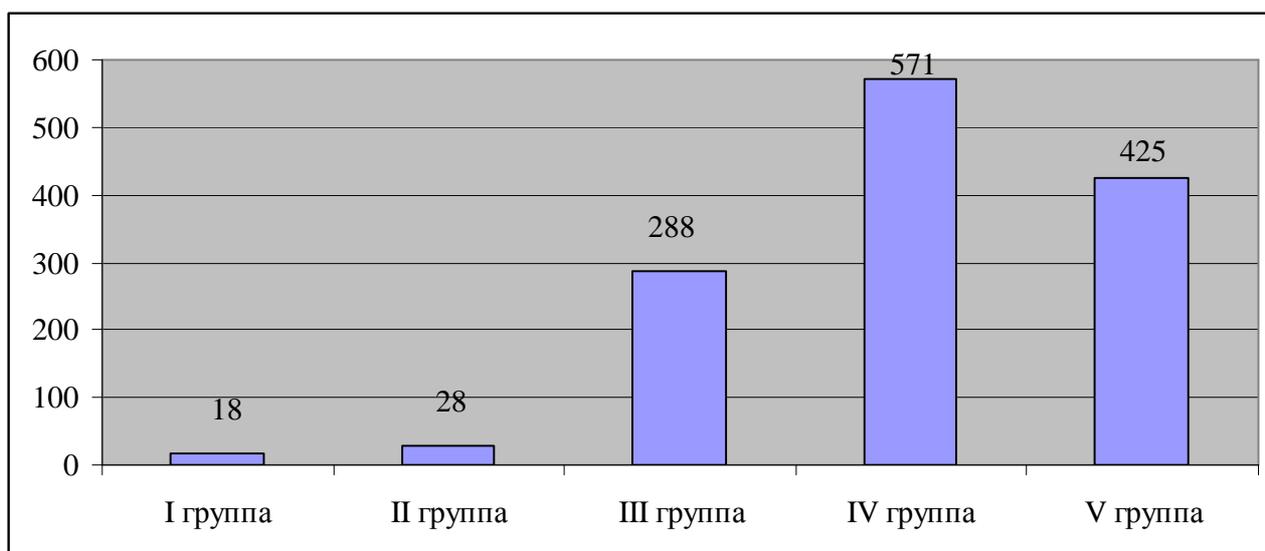


Рис. 2. Количественный состав групп исследования

Таким образом, ЭЯП ВОПТ значительно чаще выявлялись у детей в возрасте от 12 до 17 лет (75,0 %).

По половому признаку обследованные пациенты распределились следующим образом: девочек было 629 (47,3 %), мальчиков – 701 (52,7 %).

Анализ гендерных различий ЭЯП ВОПТ у детей в зависимости от возраста представлен в таблице 1.

Таблица 1. Распределение детей по половому признаку в группах исследования.

Группы исследования	Пол	Абсолютное количество, чел.	Относительное количество, %.	Всего (n=1330)
I-ая группа (n=18)	мальчики	10	55,5 %	18 (1,3 %)
	девочки	8	44,5 %	
II-ая группа (n=28)	мальчики	15	53,6 %	28 (2,1 %)
	девочки	13	46,4 %	
III-я группа (n=288)	мальчики	157	54,5 %	288 (21,6 %)
	девочки	131	45,5 %	
IV-ая группа (n=571)	мальчики	298	52,2 %	571 (43,0 %)
	девочки	273	47,8 %	
V-ая группа (n=425)	мальчики	221	52,0 %	425 (32,0 %)
	девочки	204	48,0 %	

Сравнительный анализ групп исследования достоверных различий по половому признаку не обнаружил ( $p > 0,05$ ).

На основании этиологических факторов и данных ЭФГДС ЭЯП ВОПТ были распределены в две группы: острые и пептические. Частота встречаемости острых и пептических ЭЯП ВОПТ у пациентов групп исследования представлена в таблице 2.

Таблица 2. Частота встречаемости ЭЯП ВОПТ в группах исследований

Группы	ЭЯП ВОПТ	Абс. кол-во, чел.	Отн. кол-во, %.	Всего (n=1330)

I-ая группа (n=18)	острые	17	94,5 %	18 (1,3 %)
	пептические	1	5,5 %	
II-ая группа (n=28)	острые	11	39,3 %	28 (2,1 %)
	пептические	17	60,7 %	
III-я группа (n=288)	острые	19	6,6 %	288 (21,6 %)
	пептические	269	93,4 %	
IV-ая группа (n=571)	острые	22	3,9 %	571 (43,0 %)
	пептические	549	96,1 %	
V-ая группа (n=425)	острые	14	3,3 %	425 (32,0 %)
	пептические	411	96,7 %	

Таким образом, острые эрозии и язвы достоверно чаще встречались у пациентов I-ой и II-ой групп ( $p < 0,01$ ), в то время как пептические язвы достоверно чаще диагностировались у пациентов III-ей, IV-ой и V-ой групп ( $p < 0,01$ ).

Определение *H.pylori* проводилось 1320 (99,2 %) из 1330 детей, вошедших в исследование, 10 (0,8 %) детей не были обследованы в силу возраста (8 детей из I-ой группы) и ряда других обстоятельств (по одному ребенку из III-ей и IV-ой групп). Обращает на себя внимание тот факт, что обследование на *H.p.* не было проведено у 52,9 % детей I-ой группы с острыми ЭЯП ВОПТ. Положительные результаты на носительство *H.p.* были получены у (89,1 %) обследованных детей. Частота обследования и выявления *H.pylori* у детей групп исследования представлена в таблице 3.

Таблица 3. Частота обследования и выявления *H.pylori* у пациентов групп исследования

Группа	ЭЯП ВОПТ	Обследованы на <i>H. pylori</i>	Обнаружена <i>H. pylori</i>
Группа I (n=18)	Острые (n=17)	9 (52,9 %)	3 (33,3 %)
	Пептические (n=1)	1 (100,0 %)	1 (100,0 %)
Группа II (n=28)	Острые (n=11)	11 (100,0 %)	6 (54,5 %)
	Пептические (n=17)	17 (100,0 %)	14 (82,3 %)
Группа III (n=288)	Острые (n=19)	19 (100,0 %)	14 (73,7 %)
	Пептические (n=269)	268 (99,6 %)	246 (91,8 %)
Группа IV (n=571)	Острые (n=22)	21 (95,4 %)	17 (80,9 %)
	Пептические (n=549)	549 (100,0 %)	499 (90,9 %)
Группа V (n=425)	Острые (14)	14 (100,0 %)	13 (92,8 %)
	Пептические (n=411)	411 (100,0 %)	363 (88,3 %)

Сравнительный анализ частоты инфицированности *H.pylori* между пациентами с острыми и пептическими ЭЯП ВОПТ в группах исследования определил ее высокую частоту выявляемости, при этом достоверных различий между пациентами с острыми и пептическими поражениями обнаружено не было. Полученные результаты свидетельствуют о высокой инфицированности *H.pylori* детского населения РСО-Алания, что, согласно литературным данным, может быть не только этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, но и способствовать формированию острых язв при наличии других этиопатогенетических факторов.

Эрозивные и язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта у 101 (7,6 %) пациента осложнились желудочно-кишечным кровотечением: в I-ой группе – у 12 из 18 пациентов (66,7 %), во II-ой – у 11 из 28 пациентов (39,3 %), в III-ей группе – у 20 из 288 детей (6,9 %), в IV-ой – у 32 из 571 пациента (5,6 %), в V-ой группе – у 26 из 425 больных (6,1 %). Сравнительный анализ частоты желудочно-кишечных кровотечений в группах исследования выявил, что у детей младшего возраста (I-я и II-я группы) они достоверно чаще являются осложнением ЭЯП ВОПТ, чем у детей старшего возраста (III-я, IV-я, V-я группы) ( $p < 0,01$ ).

Из 1330 обследованных детей лечение в условиях стационара получали 1050 (78,9 %) детей, из них в экстренном порядке госпитализировали 334 (31,8 %) ребенка, а в плановом – 716 (68,2 %) детей. В поликлинической сети обследовались и лечились 280 (21,1 %) детей.

Анализ частоты амбулаторного и стационарного лечения у детей групп исследования представлен в таблице 4.

Таблица 4. Частота амбулаторного и стационарного лечения в группах исследования

Группа	Амбулаторное лечение	Стационарное лечение	Экстренная госпитализация	Плановая госпитализация
I-ая группа (n=18)	0 (0,0 %)	18 (100,0 %)	16 (88,9 %)	2 (11,1 %)
II-ая группа (n=28)	3 (10,7 %)	25 (89,3 %)	18 (72,0 %)	7 (28,0 %)
III-ая группа (n=288)	72 (25,0 %)	216 (75,0 %)	78 (36,3 %)	137 (63,7 %)
IV-ая группа (n=571)	119 (20,8 %)	452 (79,2 %)	134 (29,6 %)	318 (70,4 %)
V-ая группа (n=425)	86 (20,2 %)	339 (79,8 %)	88 (25,9 %)	252 (74,1 %)

Сравнительный анализ частоты стационарного лечения у пациентов с ЭЯП ВОПТ выявил, что дети I-ой группы достоверно чаще получали стационарное лечение по сравнению с пациентами остальных групп, 100,0 % против 89,3 %, 75,0 %, 79,2 % и 79,8 %, соответственно ( $p < 0,01$ ).

Длительность стационарного лечения у детей в I-ой группе варьировала от 3 до 30 дней и в среднем составила  $13,6 \pm 7,9$  ( $m=1,9$ ), во II-ой группе – от 3 до 19 дней, средняя длительность составила  $11,1 \pm 4,9$  ( $m=0,99$ ), в III-ей группе – от 2 до 31 дня, средняя длительность –  $13,1 \pm 5,4$  ( $m=0,37$ ), в IV-ой группе – от 2 до 39 дней, средняя длительность –  $13,8 \pm 5,5$  ( $m=0,26$ ), в V-ой группе – от 1 до 29 дней, средняя длительность –  $12,9 \pm 4,7$  ( $m=0,26$ ). Таким образом, анализ длительности стационарного лечения в группах исследования выявил достоверные различия только у пациентов II-ой и IV-ой групп, а также IV-ой и V-ой групп. Пациенты IV-ой группы находились в стационаре достоверно дольше,

чем пациенты II-ой группы,  $13,8 \pm 5,5$  против  $11,1 \pm 4,9$  дней, соответственно ( $p=0,01$ ) и пациенты V-ой группы ( $p=0,01$ ).

### **Заключение**

За 5-летний период (2005–2009) частота ЭЯП ВОПТ у детей и подростков РСО-Алания увеличилась с 14,5 % до 24,8 %. Обращает на себя внимание тот факт, что имело место увеличение количества детей как с впервые выявленными эрозиями и язвами, так и с рецидивным течением заболевания.

Среди детей с ЭЯП ВОПТ преобладали дети в возрасте от 12 до 17 лет (75,0 %). Несмотря на то, что как в общей популяции обследованных детей, так и в группах исследования отмечалось несколько большее количество мальчиков по сравнению с девочками, однако достоверных гендерных различий обнаружено не было.

Изучение частоты встречаемости острых и пептических поражений верхних отделов пищеварительного тракта выявило, что среди детей в возрасте от 3 дней до 6 лет чаще диагностировали острые эрозии и язвы, в то время как у детей от 7 до 17 лет достоверно чаще обнаруживались пептические поражения.

Носительство *H.pylori* было обнаружено у 89,1 %, из 99,2 % детей, обследованных на *H.pylori*, что свидетельствует о высокой инфицированности *H.pylori* детского населения РСО-Алания.

ЭЯП ВОПТ в 7,6 % случаях осложнялись желудочно-кишечными кровотечениями, при этом у детей раннего возраста и дошкольного возраста данное осложнение встречалось чаще, чем у детей старших возрастов.

Только 21,1 % детей с ЭЯП ВОПТ получали амбулаторное лечение. У 78,89 % детей общее состояние, тяжесть клинических проявлений заболевания и наличие его осложнений требовали госпитализации в плановом (68,2 %) и в экстренном (31,8 %) порядке. При этом все дети в возрасте от 3 дней до 3 лет получали стационарное лечение, а в возрасте от 4 до 6 лет – 89,3 % детей. Дети старших возрастных групп госпитализировались несколько реже – в 75,0 % (7–11 лет), 79,2 % (12–15 лет), в 79,8 % (15–16 лет).

Таким образом, привлечение внимания к проблеме роста частоты встречаемости данной патологии в детском возрасте позволит усовершенствовать систему оказания медицинской помощи детям Республики Северная Осетия-Алания как в амбулаторной сети, так и в условиях стационара.

### **Список литературы**

1. Баранов А. А. Научные и организационные приоритеты в детской гастроэнтерологии // Педиатрия. – 2002. – № 3. – С. 12 – 18.
2. Гастроэнтерология детского возраста / Под ред. С. В. Бельмера и А. И. Хавкина. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – Т. 2. – 360 с.
3. Жолобова Е. С., Шахбазян И. Е., Мелешкина А. В. НПВП-гастропатии у детей с ювенильными хроническими артритами // Педиатрия. – 2006. – № 6. – С. 83-88.
4. Исаков В. А. Гастропатия, связанная с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов: патогенез, лечение и профилактика // Клиническая фармакология и терапия. – 2005. – № 2. – С.34-38.
5. Калинин А. В., Логинов А. Ф. Симптоматические гастродуоденальные язвы // Фарматека. – 2010. – № 2. – С. 38-45.
6. Кубышкин В. А., Шишин К. В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // Consilium medicum. – 2004. – № 1. – С. 29–32.
7. Струков В. И., Галеева Р. Т., Шурыгина Е. Б., Долгушкина Г. В., Астафьева А. Н. Состояние костной системы у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Педиатрия. – 2004. – №6. – С. 14-17.
8. Цветкова Л. Н., Мельникова И. Ю., Бельмер С. В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Национальное руководство «Педиатрия». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – С. 723-732.
9. Espinosa L. Perforations, ulcers and bleeds in a large, randomized, multicenter trial of namubetone compared with diclofenac, ibuprofen, naproxen and piroxicam / Lipani J., Poland M., Wallin B. // Rev. Esp. Reumatol. – 1993. – № 20 (suppl. I). – P. 324.
10. Kalach N. Frequency and risk factors of gastric and duodenal ulcers or erosions in children: a prospective 1-month European multicenter study / Bontems P., Koletzko S. et al. // European journal of gastroenterology & hepatology. – 2010. – Vol. 22(10). – P. 1174-1181.

#### **Рецензенты:**

Лазарев Владимир Валентинович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней с пропедевтикой детских болезней ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России. Детская республиканская клиническая больница, МЗ РСО-А, г. Владикавказ.

Касохов Тимофей Борисович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии ФПДО ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России, Детская республиканская клиническая больница, МЗ РСО-А, г. Владикавказ.