

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ У ДЕТЕЙ

Н.Х. Худайберганава, М.У. Салихов, Н.М. Нарзиев
Ташкентский государственный медицинский университет

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 [11].

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 исчерпанная 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* [18]. 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 [9,10,24]. 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* [12,13,14]. 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 [15,16,17]. 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 гастроудоденальной зоны [17,18,25]. Наиболее характерным данный симптом 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 [19,20,21]. 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 данный симптом при пальпаторном исследовании передней брюшной стенки был у детей с ХГД (91%), реже у детей с ДфЖП (41%) и холецистохолангит (10%) [22,23,26].

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.

1. Аликулов, И. Т., Хайтимбетов, Ж. Ш., Нарзиев, Н. М., Ботирова, Н. А. (2023). Изучение особенностей клинического течения заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью с дисфункцией почек. *Journal of new century innovations*, 21(2), 185-189.
2. Kamilova, U. K., & Alikulov, I. T. (2014). Assessment of indicators of renal dysfunction in patients with chronic heart failure. *Cardiovascular therapy and prevention*, 13(2), 51-54.

3. Мирахмедова, Х. Т., Нигина, Б., Нарзиев, Н. М., & Аликулов, И. Т. (2023). General Examination of the Patient (General Condition of the Patient, Consciousness, Position, Physique). Examination by Parts of the Body: Head, Face, Neck, Limbs, Skin Integuments.
4. Khudayberganova, N. K., Rakhmatullaeva, G. K., & Alikulov, I. T. (2023). Helicobacter pylori infection and principles of therapy in children. Best Intellectual Research, 9(3), 272-277.
5. Худайберганова, Н. Х., Ахмедова, И. М., & Аликулов, И. Т. (2024). Проблема клинической патогенности helicobacter pylori в гастроэнтерологии (Обзор). Miasto Przyszłości, 47, 593-601.
6. Мирзаева, Г. П., Жаббаров, О. О., Аликулов, И. Т., Бувамухамедова, Н. Т., & Рахматов, А. М. (2022). Особенности течения подагрического поражения почек у больных с ожирением.
7. Khudayberganova, N. K., & Alikulov, I. T. (2023). Helicobacter pylorosis in children: Features of diagnosis and treatment. European Science Methodical Journal, 1(9), 23-28.
8. Khudayberganova, N. K., Azadaeva, K. E., & Alikulov, I. T. (2023). Determination of Nutrition-Dependent Micronutrient Deficiencies Among School-Age Children.
9. Камилова У.К., & Аликулов И.Т. (2014). Оценка показателей дисфункции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 13 (2), 51-54.
10. Жураев Б., Гулиев Х.Т., & Аликулов И.Т. (2019). Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных гипертонической болезнью с цереброваскулярными нарушениями. Евразийский кардиологический журнал, (S1), 105.
11. Аликулов, И. Т., Хайтимбетов, Ж. Ш., & Нарзиев, Н. М. (2023). Myocardial infarction: patogenesis, signs and symptoms, diagnosis.
12. Khudayberganova, N. K., Akhmedova, I. M., & Alikulov, I. T. (2024). The problem of clinical pathogenicity of helicobacter pylori in gastroenterology. Miasto Przyszłości, 47, 593-601.
13. Аликулов, И. Т., Хайтимбетов, Ж. Ш., & Абдакимова, Б. И. (2024). Ремоделирование сердца у больных хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек. Journal of new century innovations, 52(3), 44-49.
14. Камилова, У. К., Икрамова, Ф. А., Аликулов, И. Т., & Абдуллаева, Ч. А. (2021). Оценка показателей качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью с дисфункцией почек. In XVI Национальный конгресс терапевтов с международным участием (pp. 29-29).

15. Mirzaeva, G. P., Zhabbarov, O. O., Alikulov, I. T., Buvamukhamedova, N. T., & Rakhmatov, A. M. (2022). Features of the course of gouty kidney damage in obese patients.
16. Juraev, B., Guliev, K. T., & Alikulov, I. T. (2019). Study of risk factors for cardiovascular diseases in hypertensive patients with cerebrovascular disorders. *Eurasian Journal of Cardiology*, (S1), 105.
17. Kamilova U.K., Alikulov I.T. Kidney Dysfunction Evaluation In Chronic Heart Failure Patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014;13(2):51-54. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-2-51-54>
18. Kamilova, U., & Alikulov, I. T. (2014). Kidney dysfunction evaluation in chronic heart failure patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2014; 13 (2): 51-4. (Russ.) doi, 10, 1728-8800.
19. Kamilova, U. K., & Alikulov, I. T. Renal dysfunction evaluation in chronic heart failure patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2014, vol. 13, no. 2. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-2-51-54>, 51-54.
20. Жураев, Б., Гулиев, Х. Т., Аликулов, И. Т. (2019). Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных гипертонической болезнью с цереброваскулярными нарушениями. *Евразийский кардиологический журнал*, (S1), 105.
21. Мирахмедова, Х. Т., Нигина, Б., Нарзиев, Н. М., Аликулов, И. Т. (2023). General Examination of the Patient (General Condition of the Patient, Consciousness, Position, Physique). *Examination by Parts of the Body: Head, Face, Neck, Limbs, Skin Integuments*.
22. Худайберганава, Н. Х., Аликулов, И. Т. (2023). Helicobacter Pylorosis in Children: Features of Diagnosis and Treatment. *European Science Methodical Journal*, 1(9), 23-28.
23. Худайберганава, Н. Х., Азадаева, К. Э., Аликулов, И. Т. (2023). Determination of Nutrition-Dependent Micronutrient Deficiencies Among School-Age Children.
24. Худайберганава, Н. Х., Ахмедова, И. М., Аликулов, И. Т. (2024). Проблема клинической патогенности helicobacter pylori в гастроэнтерологии (Обзор).
25. Худайберганава, Н. Х., Рахматуллаева, Г. К., Аликулов, И. Т. (2023). Инфекция helicobacter pylori и принципы терапии у детей.