

УДК 616.33-002.2-08-053.2

С. К. Лозовик
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Введение

Хронический гастрит — хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой (подслизистой) оболочки желудка с нарушением физиологической регенерации, склонное к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности, лежащей в основе нарушения пищеварения и обмена веществ. Лечение больных с хроническим гастритом должно быть комплексным и включать нефармакологические и фармакологические методы. Нефармакологическое лечение включает физический и психоэмоциональный покой в период обострения, лечебное питание. Фармакологическое лечение состоит из двух этапов. Первый этап — лечебные мероприятия направлены на уменьшение действия факторов агрессии (подавление кислотно-пептического фактора, эрадикация *H. Pylori* (*Hp*), купирование гипермоторики и дисфункции центральной и вегетативной нервной системы). Второй этап — лечение ориентировано на восстановление резистентности слизистой оболочки желудка [1, 2].

Цель

Проанализировать лечение пациентов с хроническим гастритом в условиях стационара.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ «Медицинских карт стационарного пациента» педиатрического отделения № 4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за первый квартал 2021 года. Группу исследования составили дети, заключительный клинический диагноз у которых «Хронический гастрит», подтвержденный морфологически (было выполнено ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, исследование биоптата гистологическим методом на *Hp*).

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемая группа 135 человек: 63 (46,7 %) мальчика и 72 (53,3 %) девочки. Возраст пациентов от 7 до 17 лет: 7–11 лет — 52 (38,5 %) ребенка (25 мальчиков и 27 девочек), 12–17 лет — 83 (61,5 %) человека (38 мальчиков и 45 девочек). Жители города Гомеля — 103 (76,3 %) ребенка (61 мальчик и 42 девочки), Гомельской области — 32 (23,7 %) человека (11 мальчиков и 21 девочка).

В клинике хронического гастрита у пациентов исследуемой группы в 100 % случаев имел место болевой абдоминальный синдром. Диспепсический синдром: отрыжка — у 83 (61,5 %), изжога — у 100 (74,1 %), тошнота — у 108 (80,0 %), рвота — у 25 (18,5 %), снижение аппетита — у 82 (60,7 %), неприятный запах изо рта — у 106 (78,5 %) детей.

По результатам биопсии слизистой оболочки антрального отдела желудка хронический гастрит неатрофический у 121 (89,6 %) пациента (56 мальчиков и 65 девочек), слабоатрофический у 14 (10,4 %) человек (мальчиков и девочек поровну). Степень ак-

тивности хронического гастрита: неактивный у 64 (47,4 %), низкой степени активности у 23 (17,1 %), средней у 40 (29,6 %), высокой у 8 (5,9 %) пациентов. Выраженность хронического гастрита: слабовыраженный — 79 (58,5 %), умеренно выраженный — 54 (40,0 %), резко выраженный — 2 (1,5 %) случая.

Хронический гастрит, ассоциированный с *Нр*, имел место у 80 (59,3 %) человек (41 мальчик и 39 девочек); отрицательный результат на хеликобактериоз (*Нр*-) у 55 (40,7 %) детей (22 мальчика и 33 девочки). При хеликобактериозе легкая степень обсемененности (*Нр*+) — у 27 (33,8 %); средняя (*Нр*++) — у 43 (53,7 %); высокая (*Нр*+++) — у 10 (12,5 %) пациентов. Результаты обследования на *Нр* отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты обследования на *Нр* у мальчиков и девочек

Наличие <i>Нр</i>	Мальчики (n, %)	Девочки (n, %)
<i>Нр</i> +	14 (22,2)	13 (18,1)
<i>Нр</i> ++	23 (36,5)	20 (27,8)
<i>Нр</i> +++	4 (6,4)	6 (8,3)
<i>Нр</i> -	22 (34,9)	33 (45,8)
Всего	63 (100)	72 (100)

У пациентов с хроническим гастритом диагностирована сопутствующая патология: гастроэзофагеальный рефлюкс у 15 (11,1 %) человек, дуоденогастральный рефлюкс — 5 (3,7 %), дискинезия желчевыводящих путей — 3 (2,2 %), по одному (0,7 %) случаю хронического панкреатита и хронического холецистита вне обострения. По результатам обследования на гельминты и простейшие глистно-протозойная инвазия подтвердилась у 26 (19,3 %) человек: энтеробиоз — 15 (57,7 %), аскаридоз — 7 (26,9 %), лямблиоз — 4 (15,4 %) случая.

Лечение пациентов с хроническим гастритом должно быть дифференцированным (учитывать морфологический вариант заболевания, наличие сопутствующей патологии) и комплексным (включать немедикаментозные и медикаментозные методы). Продолжительность лечения в стационаре составила 10–14 дней, дети соблюдали охранительный режим, получали диетическое питание.

При подтверждении хеликобактериоза 71 (88,8 %) пациент из 80 получал антихеликобактерную терапию, использовались 3-х компонентные схемы (ингибитор протонной помпы омепразол в сочетании с двумя антибактериальными препаратами): «омепразол – амоксициллин – кларитромицин» — 45 (63,4 %) пациентов; «омепразол – амоксициллин – метронидазол» — 12 (16,9 %) человек; «омепразол – амоксициллин – нифуроксазид» — 5 (7,1 %); «омепразол – нифуроксазид – метронидазол» — 3 (4,2 %); «омепразол – кларитромицин – метронидазол» — 3 (4,2 %); «омепразол – амоксициллин – азитромицин» — 2 (2,8 %); «омепразол – кларитромицин – нифуроксазид» — 1 (1,4 %) ребенок. При лабораторном подтверждении лямблиоза использовались схемы с метронидазолом. Антацидные препараты («Гефал») получали 33 (24,4 %) ребенка; прокинетики («Мотиллион») — 19 (14,1 %), желчегонные препараты («Фитохол») — 51 (37,8 %), ноотропные средства («Аминобут») — 23 (17,0 %), антигельминтные препараты (мебендазол) — 22 (16,3 %), слабительные средства (лактолоза) — 17 (12,6 %), пищеварительные ферменты («Креон») — 7 (5,2 %), в единичных случаях, «по требованию», при выраженном болевом абдоминальном синдроме — спазмолитики (дротаверин). При лечении в стационаре в основном используются лекарственные средства отечественного производства.

Широко используется физиотерапевтическое лечение (ФТЛ). По рекомендации врача-физиотерапевта за период пребывания в стационаре дети получали по 2 и более

процедур, наиболее частое воздействие на эпигастральную область: озокерит — 83 (61,5 %) человека; электрофорез папаверина — 25 (18,5 %), импульсное магнитное поле — 42 (31,1 %), магнито-инфракрасная лазеротерапия (МИЛ-терапия) — 34 (25,2 %), синусоидальные модулированные токи (амплипульстерапия) — 34 (25,2 %); электрофорез магнезии на область правого подреберья и эпигастрия — 12 (8,9 %); электрофорез лекарственных средств (кальций — 19, магний — 5, бром — 45) на воротниковую область — 69 (51,1 %); магнитостимуляция кишечника — 10 (7,4 %), надвенное лазерное облучение крови у 23 (17,0 %) пациентов. Занятия лечебной физкультуры (ЛФК) посещали 20 (14,8 %) детей.

За время стационарного лечения отмечалась положительная динамика, все пациенты выписаны с улучшением.

Выводы

Таким образом, хронический гастрит чаще диагностируется у детей среднего и старшего школьного возраста, с преобладанием у девочек. В клинике хронического гастрита ведущими являются болевой абдоминальный и диспепсический синдромы. У пациентов исследуемой группы преобладает хронический антральный гастрит неатрофический слабовыраженный неактивный, ассоциированный с *Нр*. При хеликобактериозе у половины пациентов обсемененность средней степени — *Нр* (++)). При хроническом гастрите, ассоциированном с *Нр*, более половины детей получали схему эрадикации «омепразол – амоксициллин – кларитромицин», каждый 6-й ребенок — «омепразол – амоксициллин – метронидазол». Каждый 4-й пациент исследуемой группы принимал антациды, каждый 7-й — прокинетики, каждый 3-й — желчегонные, каждый 6-й — ноотропные препараты. В исследуемой группе у каждого 6-го ребенка обнаружены глистные инвазии, в связи с чем проводилась дегельминтизация мебендазолом. Все пациенты получали ФТЛ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте: руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. – Мн.: Беларуская навука, 2019. – 426 с.
2. Детская гастроэнтерология: рук-во для врачей / под ред. проф. Н. П. Шабалова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М: МЕД-пресс информ, 2019. – 792 с.

УДК 616.712-007.24-08-053.2(476.2)

Н. В. Моторенко¹, Н. Д. Титова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой искривление грудины и переднего отдела ребер, обуславливающее уменьшение объема груд-