

иммунного тиреоидита при КПВТ составляет от 2,5 до 42 %. В то же время наличие аутоиммунного тиреоидита с компенсированной функцией ЩЖ не рассматривается в качестве абсолютного противопоказания к ПВТ. В свою очередь, В. А. Мартынов с соавт. в своей работе исследовали 51 пациента с ХВГС, которые получали стандартную комбинированную ПВТ. У 12 из 51 (23,5 %) пациентов с ХВГС, завершивших комбинированную ПВТ, на фоне высоких титров антител к тиреопероксидазе возникло нарушение функции ЩЖ. При этом, у 4 пациентов из 12 (33,3 %) больных имел место субклинический и манифестный гипотиреоз, у 8 (66,7 %) — субклинический и манифестный тиреотоксикоз.

В одном сингапурском исследовании проанализировано 109 человек с ХВГС, из которых патология ЩЖ была обнаружена у 26 (23,85 %) пациентов. Из них у 14 (53,85 %) пациентов развился гипотиреоз, у 4 (15,38 %) — тиреотоксикоз, а у 8 (30,77 %) больных на различных этапах терапии сначала развился гипотиреоз, затем тиреотоксикоз и наоборот. В ряде других работ показано, что гипотиреоз развивается в 50–53 % случаев, гипертиреоз — в 28–30 %, аутоиммунный тиреоидит — у 19–20 % пациентов, получавших препараты интерферона в связи с различными заболеваниями, в том числе и хроническим гепатитом.

Выводы

В литературе содержатся разнородные данные как о влиянии самого хронического гепатита С на состояние ЩЖ, так и о влиянии КПВТ на функцию ЩЖ у пациентов с ХВГС. Таким образом, нарушение функции ЩЖ на фоне КПВТ у пациентов с ХВГС может проявляться как аутоиммунным тиреоидитом, так и гипотиреозом, и гипертиреозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галева, З. М. Современные представления о влиянии HCV-инфекции на состояние щитовидной железы / З. М. Галева, О. И. Колчманова // Практическая медицина. — 2012. — № 3. — С. 37–40.

УДК 616.33/.342-002:616.329-002-053.2(476.2)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ С ГЭР-ИНДУЦИРОВАННЫМ ЭЗОФАГИТОМ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сергеенко Е. В.

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболевания пищевода, по данным ВОЗ, занимают 3 место в структуре гастроэнтерологической патологии у детей, уступая по распространенности болезням желудка, двенадцатиперстной кишки, органов желчевыделения. Эзофагит хронический — поражение слизистой оболочки пищевода воспалительно-дегенеративного характера с последующим вовлечением в патологический процесс подслизистых слоев пищевода, возникающее вследствие длительных воздействий повреждающих факторов (химических, термических, инфекционных). В структуре патологии пищевода в детском возрасте до 85 % приходится на гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР). Патологический ГЭР приводит к выраженным деструктивным изменениям слизистой оболочки пищевода. Общеизвестна роль хеликобактер пилори (*Нр*) в возникновении и прогрессировании хронических воспалительных изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта [1, 2, 3].

Цель

Изучить клинико-морфологические особенности гастродуоденальной патологии с ГЭР-индуцированным эзофагитом у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследуемая группа — 94 пациента в возрасте от 6 до 17 лет с хронической гастродуоденальной патологией и ГЭР-индуцированным эзофагитом: 49 (52,1 %) девочек и 45 (47,9 %) мальчиков. Проведен анализ результатов клинического и инструментального (ЭФГДС с биопсией), обследования на Нр (гистологический метод — исследование биоптата слизистой оболочки антрального отдела желудка).

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе 76 (80,9 %) проживают в г. Гомеле, 18 (19,1 %) в Гомельской области. У 46 (48,9 %) детей выявлен катаральный эзофагит, у 48 (51,1 %) эрозивный эзофагит; в том числе у 5 (5,3 %) пациентов грыжи пищевода, у 11 (11,7 %) недостаточность кардии. С возрастом число пациентов с ГЭР-индуцированным эзофагитом увеличивается. Катаральный эзофагит чаще диагностировался у девочек пубертатного периода; эрозивный эзофагит у детей старшего школьного возраста встречался одинаково часто у мальчиков и у девочек, а у младших школьников (7–10 лет) в 3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. В клинике хронических гастродуоденальных заболеваний с ГЭР-индуцированным эзофагитом имел место болевой абдоминальный синдром и диспептический синдромы. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клинические симптомы у детей с ГЭР-индуцированным эзофагитом

| Жалобы | Катаральный эзофагит (46) | Эрозивный эзофагит (48) | Всего (94) |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|
| Боли в животе | 46 (100 %) | 45 (93,6 %) | 91 (96,8 %) |
| Тошнота | 29 (63 %) | 26 (54,2 %) | 55 (58,5 %) |
| Рвота | 10 (21,7 %) | 8 (16,7 %) | 18 (19,1 %) |
| Изжога | 16 (34,8 %) | 14 (29,2 %) | 30 (31,9 %) |
| Отрыжка | 9 (19,6 %) | 8 (16,7 %) | 17 (18,1 %) |
| Неприятный запах изо рта | 4 (8,7 %) | 5 (10,4 %) | 9 (9,6 %) |

Обследование на инфицированность Нр (гистологический метод — наиболее объективный способ диагностики Нр-ассоциированных заболеваний) проведено у 88 пациентов исследуемой группы. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Инфицированность Нр пациентов с катаральным и эрозивным эзофагитами

| Обсемененность Нр | Эзофагит катаральный (42) | Эзофагит эрозивный (46) | Всего (88) |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|
| Нр (–) | 10 (23,8 %) | 21 (45,7 %) | 31 (35,2 %) |
| Нр (+) | 14 (33,3 %) | 14 (30,4 %) | 28 (31,8 %) |
| Нр (++) | 14 (33,3 %) | 9 (19,6 %) | 23 (26,1 %) |
| Нр (+++) | 4 (9,6 %) | 2 (4,3 %) | 6 (6,8 %) |

Положительный результат на инфицированность Нр у 57 пациентов исследуемой группы: 32 (56,1 %) ребенка с катаральным эзофагитом, 25 (43,9 %) детей с эрозивным эзофагитом.

Выводы

Таким образом, болевой абдоминальный и диспептический (тошнота, рвота, изжога, отрыжка, неприятный запах изо рта) синдромы встречаются одинаково часто у пациентов с катаральным и эрозивным эзофагитом. Положительный результат на инфицированность Нр чаще регистрировался у детей с катаральным эзофагитом, причем инфицированность легкой степени с одинаковой частотой у пациентов с катаральным и эрозивным эзофагитом инфицированность средней и высокой степени почти в 2 раза выше у детей с катаральным эзофагитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арефьева, А. В. Основные подходы к диагностике и лечению гастроэзофагального рефлюкса у детей, по материалам педиатрического отделения / А. В. Арефьева, А. Г. Лебедев, А. А. Махотин // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: матер. XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006. — С. 128–129.
2. Назаренко, О. Н. Обследование, лечение и реабилитация детей с хеликобактерассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительно тракта: учеб.-метод. пособие / О. Н. Назаренко, С. Э. Загорский. — Минск, 2008. — 28 с.
3. Детские болезни: практ. пособие / А. В. Сикорский [и др.]; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУА-информ, 2013. — 896 с.