

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович, Б. И. Дискуссия о методах резекции печени / Б. И. Альперович, В. А. Журавлев // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 1. — С. 18–26.
2. Журавлев, В. А. Анатомическая резекция печени — операция выбора / А. В. Журавлев // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 43–47.
3. Клиническая анатомия системы воротной вены печени / Р. Е. Калинин [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 157 с.
4. Намазов, Ф. У. Особенности портального кровоснабжения задних сегментов печени / Ф. У. Намазов, Д. В. Казаковцев, В. А. Журавлев // *Вятский медицинский вестник*. — 2006. — № 2. — С. 93–94.

УДК 616-002.44-08-053.2/.6

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Лозовик С. К., Тарасенко А. С.

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

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) широко распространена во всех странах мира. В структуре патологии органов пищеварения удельный вес ЯБ составляет 1,6 %, а среди заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (12-пк) — 2,7 %. ЯБ является полиэтиологическим заболеванием. В последние годы установлена ведущая роль *Helicobacter pylori* (Нр) в развитии ЯБ. Многочисленные эпидемиологические исследования выявили широкое распространение Нр-инфекции — ей подвержено около 60 % населения планеты. Считают, что у 15 % инфицированных лиц в последующем развивается пептическая язва (дуоденальная или желудочная) или рак желудка. Распространенность ЯБ среди детей и подростков колеблется от 0,7 до 6,1 % [1]. В структуре ЯБ у детей значительно превалирует ЯБ 12-пк (около 80 %), ЯБ желудка составляет 13 %, сочетание ЯБ 12-пк и желудка — 6 % случаев. Мальчики болеют чаще (3–5:1) девочек [2]. ЯБ в детском возрасте перестала считаться редким заболеванием и сегодня представляет серьезную проблему клинической медицины и общества в связи с довольно высоким уровнем ее распространенности (1 случай заболевания на 600 детей), омоложением патологии, утяжелением течения и снижением эффективности лечения [1].

Цель

Оценить эффективность консервативного лечения ЯБ желудка и 12-пк у детей и подростков Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен анализ медицинских карт стационарного пациента (форма № 003/у-07) педиатрического отделения № 1 У «Гомельская областная детская клиническая больница» за 2015–2016 гг. 27 детей и подростков в возрасте от 12 до 17 лет находились на стационарном лечении по поводу ЯБ: 9 (33,3 %) девочек и 18 (66,7 %) мальчиков, жители города 14 (51,9 %), Гомельской области — 13 (48,1 %) человек. Учитывались результаты клинического, эндоскопического и морфологического исследований; проведена оценка физического развития по центильным таблицам (Гродно, 2000).

Результаты исследования и их обсуждение

На противорецидивном лечении по поводу ЯБ желудка (К25 по МКБ-10) в стадии полной клинико-эндоскопической ремиссии в 2015 г. находились 3 (11,1 %) пациента: 1 девочка 12 лет и 2 мальчика 13 и 14 лет («свежие» язвы желудка выявлены впервые 1–2 года назад). У 1 из мальчиков отягощена наследственность по ЯБ — ЯБ желудка у матери. В клинике у всех пациентов болевой абдоминальный синдром; диспептический у 2 (проявлялся тошнотой, отрыжкой, изжогой). У всех обследованных эндоскопическая картина гастродуоденита, у 2 выявлены нарушения моторики — сочетание гастроэзофагального (ГЭР) и дуоденогастрального (ДГР) рефлюксов. Биопсия выполнена у 2 — подтвержден хронический, слабо выраженный антральный Нр (+) гастрит.

ЯБ луковицы 12-пк (K26 по МКБ-10) у 24 (88,9 %) пациентов: 8 (33,3 %) девочек 14–16 лет и 16 (66,7 %) мальчиков 12–17 лет; из них у 17 (70,8 %) — «свежий» язвенный дефект. В 2015 г. по поводу ЯБ луковицы 12-пк на стационарном лечении находилось 14 человек («свежие» язвы выявлены у 11, постъязвенные рубцы — у 3), из них 6 детей (1 девочка и 5 мальчиков) повторно получали лечение в 2016 г. (у 5 детей после «свежей» язвы сформировались рубцы, у 1 мальчика в течение 2-х лет ЯБ луковицы 12-пк в стадии ремиссии). В 2016 г. получали лечение по поводу ЯБ луковицы 12-пк 16 пациентов (у 6 — «свежие» язвы, у 10 — постъязвенные рубцы). В клинике ЯБ у всех (100 %) пациентов имел место болевой абдоминальный синдром (в т. ч. 3 (12,5 %) ребенка указывали на «ночные» боли) и диспептический синдром (тошнота у 10 (41,7 %), изжога у 7 (29,2 %), отрыжка у 6 (25 %), рвота у 2 (8,3 %) детей).

При эндоскопическом исследовании картина гастрита описана у 11 (45,8 %), гастродуоденита у 13 (54,2 %) пациентов. Нарушение моторики верхних отделов пищеварительного тракта выявлено у 17 (70,8 %) детей: ГЭР у 8 (47,1 %), ДГР у 4 (23,5 %), сочетание ГЭР и ДГР у 5 (29,4 %). Аксиальные грыжи диагностированы у 4 (16,7 %) детей.

Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка выполнена у 15 пациентов (у 3 (20 %) детей — слизистая обычного гистологического строения, у 12 (80 %) обследованных верифицирован антральный гастрит: слабо выраженный у 7 (58,3 %), умеренно — у 3 (25 %), резко выраженный у 2 (16,7 %) детей. По активности патологического процесса: гастрит неактивный у 6 (50 %), I степени — у 4 (33,4 %), II и III степени — по 1 (8,3 %) ребенку. Наличие Нр определяли гистологическим методом в биоптатах: результат отрицательный — 9 (60 %), Нр(+) — 3 (20 %), Нр(++) — 2 (13,3 %), Нр(+++) — в 1 (6,7 %) случае.

Отягощена наследственность по ЯБ — у 9 (37,5 %) детей (ЯБ у матери — 2 (22,2 %), отца — 4 (44,5 %), других родственников — 3 (33,3 %) случая); по другой гастропатологии — у 7 (29,2 %) детей.

Физическое развитие среднее у 10 (37,1 %), ниже среднего и низкое — у 3 (11,1 %), выше среднего и высокое — у 7 (25,9 %), резко дисгармоничное (РДГ) — у 7 (25,9 %) человек. Гармоничность физического развития: гармоничное у 11 (40,7 %), дисгармоничное (в т. ч. и РДГ) — у 16 (59,3 %) обследованных.

Все пациенты с ЯБ желудка и 12-пк в стадии «свежей» язвы, или в качестве противорецидивного лечения, получали в течение 7 дней квадротерапию: 2 антибактериальных препарата, ингибитор протонной помпы (омепразол) и препарат висмута (де-нол). У большинства детей (77,8 %) антибактериальная терапия включала амоксициллин и кларитромицин, в 5 (18,5 %) случаях — амоксициллин и метронидазол, дважды использовался кларитромицин в сочетании с метронидазолом. Прием де-нола в стационаре 10–14 дней. 11 пациентов после де-нола получали антацид (гефал). Омепразол пациенты получали весь период пребывания в стационаре с рекомендацией продолжить общий курс до 3–4 недель с постепенной отменой препарата. Пациенты с нарушением моторики (ГЭР, ДГР) получали прокинетики (мотилак, мотиллион). В качестве седативной терапии использовался экстракт валерианы в таблетках. Наряду с медикаментозной терапией проводилось физиотерапевтическое лечение: в 75 % случаев МИЛ-терапия (магнитное поле, инфракрасное и лазерное излучение), реже — ИМП (импульсное магнитное поле) и аппликации озокерита на эпигастральную область.

У пациентов со «свежей» язвой при контроле ЭФГДС через 2–4 недели наблюдалась эпителизация язвенного дефекта и формирование рубца. В исследуемой группе за двухлетний период рецидивов ЯБ не отмечалось.

Заключение

Таким образом, предложенные в настоящее время схемы лечения ЯБ дают положительный эффект, позволяют добиться эпителизации язвенного дефекта в относительно короткие сроки и достигнуть ремиссии, несмотря на агрессивное течение заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майданник, В. Г. Болезни органов пищеварения у детей / В. Г. Майданник. — Киев: СП «Интертехнодрук», 2010. — 1157 с.
2. Детские болезни: практ. пособие / под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. — Минск: ФУАинформ, 2013. — 896 с.