

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С  
ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗОМ**

**Худайбергана Н.Х.**

**Сибиркина М.В.**

**Маруфханов Х.М.**

Ташкентская медицинская академия

**Аннотация.** 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 [5]. В детском возрасте эта группа много лет занимает 2-е место среди всех патологий, а истощенная заболеваемость с учетом результатов диспансеризации в 3 раза выше, чем по обращениям [9]. 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 [13]. 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 [3,4].

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 [1,2]. 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 [11,12].

*Helicobacter pylori* – один из наиболее распространенных патогенов человека. У всех инфицированных бактерия вызывает хронический гастрит, что может привести к язвенной болезни, атрофическому гастриту, аденокарциноме желудка или MALT-лимфоме желудка. Устранение *H. pylori* ведет к излечению гастрита, что является основой профилактики развития или рецидивов указанных заболеваний [6]. Для первичной диагностики *H. pylori* предпочтительны неинвазивные методы – 13С-уреазный дыхательный тест и анализ кала на антиген *H. pylori*. Недавние исследования продемонстрировали способность искусственного интеллекта с высокой точностью прогнозировать статус *H. pylori* на основе эндоскопических изображений. В статье представлены основные факторы вирулентности *H. pylori* и их значение в патогенезе

заболеваний, приведен обзор современных методов диагностики *H. pylori*, их преимуществ и недостатков в различных клинических ситуациях [14,15].

Хронические гастродуодениты (ХГД) в структуре заболеваний органов пищеварения относятся к наиболее распространённой патологии детского возраста с прогрессивным ростом, превышающим 100 случаев на 1000 детского населения. Для сравнения по данным А.В. Мазурина в 1989г. распространённость данной патологии регистрировалась на уровне 79 случаев на 1000 детей в возрасте до 14 лет. Помимо отчётливой тенденции к росту выявляемое™ ХГД, составляющей в среднем 10% в год, отмечается тенденция к утяжелению течения не только за счёт увеличением удельного веса эрозивных, субатрофических и атрофических форм, но и за счёт полиморбидного течения с наличием до 2 и более сопутствующих заболеваний [10]. В качестве наиболее частых коморбидных состояний ХГД ряд авторов указывает на нарушения трофологического статуса (дислипидемии, изменения со стороны костно-мышечной и сердечно сосудистой систем, высокую частоту вегетативных дисфункций, дисбиотических нарушений. Наличие частых сопутствующих изменений со стороны других органов и систем у детей с ХГД поднимает вопрос о существовании единых патогенетических механизмов, при которых ХГД рассматривается как патологический процесс с вовлечением целостного организма с нарушением метаболических процессов, гомеостатических параметров, регуляторного контура, эндоэкологии кишечника, и, соответственно, оптимальности развития растущего организма. Подобный комплекс изменений приводит к снижению адаптивных возможностей детского организма с последующими изменениями поведенческих реакций и социальных отношений, что выходит за рамки собственно гастроэнтерологической патологии [7,8].

**Ключевые слова:** хронический гастродуоденит, гастродуоденальная патология, хеликобактерная инфекция, дети.

**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 [7-9]. 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* [10]. 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. 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*. 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. 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 гастродуоденальной зоны. 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 [11]. 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 пилорoduоденальной 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%).

#### **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. Худайберганаева Н. Х., Йулдошева Д. Ш., Абзалова Д. А., Рашидова М. А. (2019). Изучение пищевого статуса детей школьного возраста с избыточной массой тела. Том–II, 361



2. Худайберганава Н. Х., Рахматуллаева Г. К. (2023). Оценить частоту встречаемости железодефицитной анемии и инфекции *Helicobacter Pylori* среди детей школьного возраста с хронической гастродуоденальной патологией. Европейский научно-методический журнал 1(8), 10-18.
3. Худайберганава Н. Х., Ахмедова И. М. (2023). Клинико–биохимические особенности внежелудочных проявлений *helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.
4. Худайберганава Н. Х., Ахмедова И. М. (2023). Течение хронической гастродуоденальной патологии у детей и инфекция *helicobacter pylori*. Academic research in educational sciences, (1), 196-205.
5. Ахмедова И. М., Худайберганава Н. Х. (2022). Внежелудочные проявления хронического гастродуоденита у детей.
6. Салаева М. С., Худайберганава Н. Х. (2015). Взаимосвязь социальных факторов с параметрами качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких. Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева, (3), 74-79.
7. Талипов Р. М., Тулабаева Г. М., Сагатова Х. М., Нурметов Х. Т., Худайберганава Н. Х. (2021). Особенности коморбидности у пациентов пожилого возраста с инфарктом миокарда. Узбекский медицинский журнал, 2(3).
8. Худайберганава Н. Х., (май 2022). Клиническая характеристика *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей. Journal of new centure innovations. Volume -4
9. Худайберганава, Н. Х. (2023). Клиническая эффективность применения препарата ферлатум для лечения железодефицитной анемии.
10. Khudayberganova, K. N., & Rahmatullayeva, G. K. (2023). To Assess the Frequency of Iron Deficiency Anemia and *Helicobacter Pylori* Infection Among School-Age Children with Chronic Gastroduodenal Pathology. European Science Methodical Journal, 1(8), 10-18.

11. Худайберганава, Н. Х., Рахматуллаева, Г. К., & Аликулов, И. Т. (2023). Инфекция *helicobacter pylori* и принципы терапии у детей. Лучшие интеллектуальные исследования, 9(3), 272-277.
12. Худайберганава, Н. Х. (2023). Изучить инфекции *helicobacter pylori* у детей школьного возраста при хронической ассоциированной гастродуоденальной патологии. Лучшие интеллектуальные исследования, 9(3), 282-289.
13. Худайберганава, Н. Х., Рахматуллаева, Г. К. (2023). Распространённость инфекции *helicobacter pylori* у детей с гастродуоденальной патологией. Лучшие интеллектуальные исследования, 9(3), 278-281.
14. Худайберганава, Н. Х., Азимова, М. М., & Талипов, Р. М. (2023). Formation of Iron Deficiency Anemia in Children with Chronic Gastroduodenitis of Helicobacteriosis Etiology.
15. Худайберганава, Н. Х., & Аликулов, И. Т. (2023). Helicobacter Pylorosis in Children: Features of Diagnosis and Treatment. European Science Methodical Journal, 1(9), 23-28.