

**ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI С
ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ У ДЕТЕЙ**

*Н.Х. Худайберганава, И.Т. Аликулов,
Ж.Ш.Хайтимбетов, Б.И. Абдакимова
Ташкентская медицинская академия*

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 гастродуоденобилиарной 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 получены 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, инфицированных *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 гастродуоденальной 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. Ахмедова, И. М., Худайберганаева, Н. Х. (2022). Внежелудочные проявления хронического гастродуоденита у детей.

3. Ахмедова, Н. А., Рахматуллаева, Г. К., Худайберганова, Н. Х., Саидмуродова, М. С. (2024). Оптимизация лечение артериальной гипертензии у женщин в климактерическом периоде.
4. 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.
5. 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*.
6. Салаева, М. С., Худайберганова, 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., Нурметов, Х. Т., Худайберганова, Н. Х. (2022). *Достижение приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений* (Doctoral dissertation).
8. Талипов, Р. М., Тулабаева, Г. М., Сагатова, Х. М., Нурметов, Х. Т., Худайберганова, Н. Х. (2021). Peculiarities of comorbidity in elderly patients with myocardial infarction. *Узбекский медицинский журнал*, 2(3).
9. Талипов, Р. М., Тулабаева, Г. М., Сагатова, Х. М., Нурметов, Х. Т., Худайберганова, Н. Х. (2021). Особенности коморбидности у пациентов пожилого возраста с инфарктом миокарда. *Узбекский медицинский журнал*, 2(3).
10. Худайберганова, Н. Х. (2022). Клиническая характеристика *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.
11. Худайберганова, Н. Х. (2023). Изучить инфекции *helicobacter pylori* у детей школьного возраста при хронической ассоциированной гастродуоденальной патологии.

12. Худайберганава, Н. Х. (2023). Клиническая эффективность применения препарата ферлатум для лечения железодефицитной анемии.
13. Худайберганава, Н. Х. (2024). Диагностики и лечения хеликобактериоза.
14. Худайберганава, Н. Х. (2024). Железодефицитной анемии у детей при хроническом гастродуодените.
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.
16. Худайберганава, Н. Х., Ахмедова, И. М. (2023). Клинико–биохимические особенности внежелудочных проявлений helicobacter pylori ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.
17. Худайберганава, Н. Х., & Ахмедова, И. М. (2023). Течение хронической гастродуоденальной патологии у детей и инфекция helicobacter pylor. *Academic research in educational sciences*, (1), 196-205.
18. Худайберганава, Н. Х., Рахматуллаева, Г. К. (2023). Распространённость инфекции helicobacter pylori у детей с гастродуоденальной патологией. *Лучшие интеллектуальные исследования*, 9(3), 278-281.
19. Худайберганава, Н. Х., Сибиркина, М. В. (2024). Диагностика и лечение гастродуоденальной патологий у детей, ассоциированной с хеликобактериозом.
20. Худайберганава, Н. Х., Азадаева, К. Э., Аликулов, И. Т. (2023). Determination of Nutrition-Dependent Micronutrient Deficiencies Among School-Age Children.
21. Худайберганава, Н. Х., Азимова, М. М., Талипов, Р. М. (2023). Formation of Iron Deficiency Anemia in Children with Chronic Gastroduodenitis of Helicobacteriosis Etiology.

22. Худайберганава, Н. Х., Ахмедова, И. М., Аликулов, И. Т. (2024). Проблема клинической патогенности *helicobacter pylori* в гастроэнтерологии (Обзор).
23. Худайберганава, 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.
24. Худайберганава, Н. Х., Нурметов, Х. Т., Хайдаралиев, С. У. (2024). Оценить частоту встречаемости железодефицитных анемий и инфекции *helicobacter pylori* среди детей школьного возраста при хронической гастродуоденальной патологии.
25. Худайберганава, Н. Х., Рахматуллаева, Г. К., Аликулов, И. Т. (2023). Инфекция *helicobacter pylori* и принципы терапии у детей.
26. Худайберганава, Н. Х., Талипов, Р. М., Хайдаралиев, С. У. (2023). Современные представления о формировании *helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.