

чаев вызывают развитие дисбактериоза кишечника различной степени тяжести и могут стать причиной ассоциированной с антибиотиками диареи, обусловленной *Clostridium difficile*. Перечень антибактериальных препаратов, применяемых в лечении ОКИ, обусловленных *Clostridium difficile*, включает метронидазол, ванкомицин, ко-тримоксазол [сульфаметоксазол + триметоприм] (бактрим), рифампицин и фторхинолоны. В лечении среднетяжелых форм заболевания мы использовали нитроксилин и метронидазол в таблетках в возрастной дозировке. При лечении тяжелых форм заболеваний включали в терапию метронидазол (метрогил) внутривенно и рифампицин в инъекциях.

ВЫВОДЫ

1. Проблему этой группы заболеваний следует рассматривать с позиции абсолютного преобладания алиментарного фактора в поддержании высокого уровня заболеваемости. Тяжесть течения и неблагоприятный исход были связаны во многом со степенью интоксикации, нарушениями пищеварения, токсико-дистрофическим состоянием, частично — с фоновой патологией.

2. В структуре общего факторного влияния на исходное состояние больных острой кишечной инфекцией детей наиболее значимыми факторами оказались длительность гипертермии, болевой синдром, состояние кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, этиологический фактор и условно-патогенная флора кишечника.

3. При сравнении терапии цефазолином, гентамицином и сочетанным лечением детей наибольшей эффективностью отмечена при использовании гентамицина, а в случаях среднетяжелого и тяжелого течения заболевания — цефтриаксона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асилова М.У. Диарея у детей: диагностика, клиника, лечение и профилактика // Бюлл. ассоциации врачей Узбекистана. — 2007. — №2. — С. 103-106. [Asilova M.U. Diarrhea in children: diagnosis, clinical presentations, treatment and prevention. *Byulleten' assotsiatsii vrachey Uzbekistana*. 2007; 2: 103-106. (In Russ.)]
2. Благуш П. Факторный анализ с обобщениями. — М.: Финансы и статистика, 1989. — 248 с. [Blagush P. *Faktornyy analiz s obobshcheniyami*. (Factor analysis summarized.) Moscow: Finansy i statistika. 1989; 248 p. (In Russ.)]
3. Махмудов О.С. Современные представления об инфекционной патологии среди детей и основные направления совершенствования стратегии её профилактики в Узбекистане // Педиатрия. Ташкент. — 2000. — №2-3. — С. 146-148. [Makhmudov O.S. Current concepts of inflectional diseases among children, main vectors for improving the strategy for its prevention in Uzbekistan. *Pediatrics. Tashkent*. 2000; 2-3: 146-148. (In Russ.)]
4. Онищенко Г.Г. Сохранение здоровья нации — борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями // Эпидемиол. и инфекц. бол. — 2007. — №5. — С. 1-10. [Onishchenko G.G. Control of infectious and parasitic diseases is to maintain people's health. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 2007; 5: 1-10. (In Russ.)]
5. Циммерман Я.С. Синдром диареи: современное состояние проблемы // Клин. мед. — 2009. — Т. 87, №3. — С. 18-25. [Tsimmerman Ya.S. Diarrheic syndrome: State of the problem. *Klinicheskaya meditsina*. 2009; 87 (3): 18-25. (In Russ.)]
6. Causes of child mortality for the year 2010. — <http://www.who.int/gho/childhealth/mortality-causestext/en/index.html> (дата обращения: 14.01.2013).
7. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. — UNICEF/WHO, 2009. — 68 p.

УДК 616.33-002.27-053.5: 616.342-002.2: 616-072.1

T09

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СУБАТРОФИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ

Елизавета Михайловна Никифорова^{1*}, Наталья Владимировна Малюжинская¹, Мария Александровна Чуева¹, Виктория Васильевна Алфёрова¹, Евгений Николаевич Соловьёв²

¹Волгоградский государственный медицинский университет,

²Волгоградская областная детская клиническая больница

Реферат

Цель. Выявить особенности клинических, функциональных признаков и морфологических характеристик у детей с субатрофическим гастродуоденитом на фоне эрадикационной терапии.

Методы. Проведена оценка состояния желудка-кишечного тракта у 26 детей в возрасте от 9 до 14 лет с субатрофическим гастродуоденитом. Проведены фиброзофагогастродуоденоскопия с рН-метрией и морфологическим анализом биоптатов, дыхательный тест.

Результаты. У 16 (60,7%) детей отмечен слабовыраженный болевой синдром, сильные боли зафиксированы у 3 (11,5%) больных, не болел живот у 7 (27,6%) пациентов. Биопсия проведена 22 больным, умеренная обсеменён-

ность *H. pylori* выявлена у 13 (59%) детей, у 9 (41%) больных — выраженная. Дыхательный тест был положительным у всех пациентов (n=26). При морфологическом исследовании, помимо отчётливых признаков воспаления, определены фиброзные изменения у 14 (63,6%) пациентов, очаги склероза и атрофии — у 7 (31,8%) и 17 (77,3%) больных соответственно. У 4 (18,2%) детей выявлена кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка. Кандидоз желудка и двенадцатиперстной кишки обнаружен у 7 (31,8%) детей. Всем пациентам назначали стандартную эрадикационную схему. Повторный дыхательный тест через 4 нед остался положительным у 9 (41%) пациентов, в том числе у 7 (31,8%) с выявившимся в биоптате кандидозом. Через 12 мес проведено контрольное эндоскопическое исследование у 19 больных: у 5 пациентов, не следовавших рекомендациям, отмечены клинические и эндоскопические признаки обострения, у всех комплаентных пациентов (n=14, 73,6%) клинических проявлений не было, хотя эндоскопические признаки воспаления сохранились у 9 (47,4%) детей. Контрольная биопсия с гистологическим исследованием проведена у 9 больных. Значительно уменьшились признаки воспаления у 6 (66,7%) пациентов, при этом сохранялись очаги атрофии, склероза и кишечная метаплазия (у 2 из 9 детей). Обсеменённость *H. pylori* значительно снизилась.

Вывод. В стадии обострения эндоскопические признаки хронического воспаления в гастродуоденальной зоне соотносятся по степени выраженности с морфологическими характеристиками; дети с сохранившимися после эрадикационной терапии метапластическими изменениями в слизистой оболочке пищеварительного тракта нуждаются в более активном лечении и пролонгированном наблюдении.

Ключевые слова: гастродуодениты, эндоскопические и морфологические признаки, эрадикационная терапия.

ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC SUBATROPHIC GASTRODUODENITIS IN CHILDREN

E.M. Nikiforova¹, N.V. Malyuzhinskaya¹, M.A. Chueva¹, V.V. Alferova¹, E.N. Solov'ev²

¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia,

²Volgograd Regional Children's Clinical Hospital, Volgograd, Russia

Aim. To identify the peculiarities of clinical, functional features and morphological characteristics in children with subatrophic gastroduodenitis after eradication treatment.

Methods. Gastrointestinal tract condition was examined in 26 children with subatrophic gastroduodenitis. Esophagogastroduodenoscopy with morphological analysis of biopsy specimens, esophageal pH test and urea breath test were performed.

Results. 16 (60.7%) children reported low-grade pain, severe pain occurred in 3 (11.5%) patients, no abdominal pain was reported in 7 (27.6%) patients. A biopsy specimen was gained in 22 patients; moderate contamination with *H. pylori* was detected in 13 (59%) patients, severe — in 9 (41%) patients. Breath test was positive in all patients (n=26). Morphological study revealed fibrotic changes in 14 (63.6%) patients, atrophy and sclerosis lesions — in 7 (31.8%) and 17 (77.3%) patients, respectively, in addition to clear signs of inflammation. Intestinal metaplasia of the gastric mucosa was discovered in 4 (18.2%) children. Candidiasis of the stomach and duodenum was diagnosed in 7 (31.8%) children. All patients were administered standard eradication treatment. Repeated breath test after 4 weeks was positive in 9 (41%) patients, including 7 (31.8%) who were diagnosed with candidiasis by biopsy test. At 12 months, the control endoscopy performed in 19 patients: 5 patients, who failed to follow the recommendation, had marked clinical and endoscopic signs of relapse, no patients with good treatment compliance (n=14, 73.6%) had any clinical manifestations, although endoscopic signs of inflammation preserved in 9 (47.4%) children. Biopsy with histological examination was repeated in 9 patients. Signs of inflammation were significantly reduced in 6 (66.7%) patients, while the foci of atrophy, sclerosis and intestinal metaplasia retained in 2 out of 9 children. Contamination with *H. pylori* had significantly decreased.

Conclusion. Endoscopic signs of gastroduodenal chronic inflammation correspond to the severity of morphological characteristics in the acute stage of gastroduodenitis. Children with preserved signs of intestinal metaplasia of gastric and duodenal mucosa require intensive treatment and prolonged follow-up.

Keywords: gastroduodenitis, endoscopic and morphological characteristics, eradication treatment.

Гастродуодениты относятся к наиболее распространённым заболеваниям пищеварительного тракта у детей [1, 2], в педиатрической практике на долю этих болезней приходится 70–75% всех гастроэнтерологических заболеваний. У детей заболеваемость составляет, по данным эпидемиологических исследований [1, 3], 220–280‰, увеличиваясь в промышленных городах и экологически неблагоприятных регионах до 300–500‰. Тяжело протекающими и сложными в отношении терапии считают субатрофические и атрофические формы гастродуоденита. Атрофический гастродуоденит в педиатрической практике встречается достаточно редко, что связано с небольшим стажем болезни у детей и высокими репаративными возможностями слизистой оболочки пищеварительного тракта. Детей, страдающих

субатрофическим гастродуоденитом, включают в группу риска по развитию атрофии и в дальнейшем — неопластических процессов в желудке и двенадцатиперстной кишке [1, 3, 4].

Цель работы — выявление особенностей клинических, функциональных признаков и морфологических характеристик у детей с субатрофическим гастродуоденитом на фоне эрадикационной терапии.

В исследование были включены 26 детей в возрасте от 9 до 14 лет. У всех при проведении эндоскопического исследования подтверждён субатрофический гастродуоденит. Длительность заболевания составила 4–5 лет со времени появления жалоб. У 21 (80,7%) ребёнка выявлены родственники, имеющие гастроэнтерологическую патологию. В последние 3 мес перед обследованием больные

не получали антибактериальную терапию.

Для постановки гастроэнтерологического диагноза проведено тщательное изучение жалоб, анамнеза, клинических и инструментальных данных. Всем больным выполнено стандартное, инструментальное комплексное обследование, включающее биохимические показатели крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопию с использованием аппарата «Pentax FG-24V» (Япония) с забором биоптатов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, взятых прицельно (три фрагмента): антральный отдел, тело желудка и двенадцатиперстная кишка. Все три фрагмента были использованы для гистологического исследования с окраской гематоксилином-эозином и по Гимзе (для идентификации *H. pylori*). Инфицированность *H. pylori* оценивали при помощи дыхательного уреазного теста (ХЕЛИК, Россия). Комплексное обследование проводили всем детям впервые. До настоящего обращения пациентов не обследовали, а лечили несистемно и симптоматически.

У 16 (60,7%) детей был слабовыраженный болевой синдром, сильные (приступообразные, острые, колющие, режущие) боли отмечали 3 (11,5%) ребёнка, не болел живот у 7 (27,6%) пациентов. Возникновение болевого синдрома чаще было связано с приёмом пищи, её качеством и объёмом, а также с физическими нагрузками. Все дети отмечали диспептические явления в виде нарушения аппетита, изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты, метеоризма, расстройства стула. Часто встречались указания на снижение аппетита — у 19 (73%) детей, запоры — у 23 (88,5%) пациентов.

При фиброэзофагогастродуоденоскопии выявлено поражение антрального отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. В этих отделах эндоскопическая картина была представлена явлениями субатрофии и воспалительными изменениями: гиперемированная с участками тусклого серовато-беловатого цвета и усиленным сосудистым рисунком, пастозная, рыхлая, отёчная слизистая оболочка желудка (у 19 больных, 73%), со сглаженностью складок. У 15 (57,6%) детей эндоскопист отмечал вялую, неактивную перистальтику. При рН-метрии гиперацидное состояние выявлено у 9 (34,6%) пациентов, у остальных установлена нормальная кислотность.

Во время эндоскопического исследо-

вания биопсия проведена 22 больным, в полученных биоптатах у всех пациентов выявлена обсеменённость *H. pylori* различной степени выраженности: умеренная — у 13 (59%) детей, у 9 (41%) — выраженная. Дыхательный тест был положительным у всех пациентов (n=26).

При морфологическом исследовании во всех случаях выявлены признаки активного хронического воспаления (мононуклеарная и лимфоцитарная инфильтрация различной степени выраженности, нарушение структуры ворсинок, отёк интерстиция, стаз в капиллярах как кровеносных, так и лимфатических сосудов). Гистологические признаки хронического воспаления обнаружены в биоптатах из всех исследованных отделов пищеварительного тракта, в том числе и в теле желудка, где эндоскопически патология не определялась. Также при проведении морфологического исследования вместе с выраженными признаками воспаления определялись фиброзные изменения у 14 (63,6%) пациентов, очаги склероза и атрофии — у 7 (31,8%) и 17 (77,3%) больных соответственно. Кандидоз желудка и двенадцатиперстной кишки диагностирован у 7 (31,8%) детей. В этой группе больных (n=22) достаточно часто (у 4 детей, 18,2%) встречалась кишечная метаплазия слизистой оболочки желудка [2, 3].

Всем детям назначали стандартную эрадикационную схему лечения (амоксциллин, омепразол, нифурател на 10 дней в возрастной дозе). После завершения лечения контроль дыхательного теста проводили через 4 нед. Тест остался положительным у 9 (41%) пациентов (*H. pylori*+), в том числе у 7 (31,8%) пациентов с выявившимся в биоптате кандидозом. Микотические поражения слизистой оболочки пищеварительного тракта могут быть одной из причин неэффективности эрадикационной терапии и свидетельствовать о нарушении иммунологической реактивности тканей желудка и двенадцатиперстной кишки.

Через 12 мес проведено повторное эндоскопическое исследование у 19 больных. У 5 пациентов отмечены как клинические, так и эндоскопические признаки обострения, причём эти дети не выполняли предложенные рекомендации. При контрольном обследовании у всех комплаентных пациентов (n=14, 73,6%) не было клинических проявлений заболевания, хотя эндоскопические признаки воспаления сохранились у 9 (47,4%) детей. Контрольная биопсия с гистологичес-

ким исследованием проведена 9 больным. Значительно уменьшились признаки воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у 6 (66,7%) пациентов, при этом сохранились фиброзные изменения, очаги атрофии, склероза, кишечная метаплазия (2 из 9). Обсеменённость *H. pylori* значительно снизилась, в биоптате определялись единичные бактерии в поле зрения и у всех — отрицательный дыхательный тест. У оставшихся 3 (33,3%) детей обсеменённость *H. pylori* из выраженной стала умеренной, а также сохранились признаки воспаления средней степени выраженности, что, вероятно, предполагает развитие обострения в ближайшее время. Явления кишечной метаплазии после проведённой эрадикации зарегистрированы у 2 детей.

ВЫВОДЫ

1. В периоде обострения эндоскопические признаки хронического воспаления в гастродуоденальной зоне соотносятся по степени выраженности с морфологическими характеристиками.

2. Эффективность эрадикационной терапии зависит от чувствительности *H. pylori* к антибактериальным препаратам, наличия кандидозных поражений слизистой оболочки, а также приверженности пациентов лечению.

3. Дети с сохранившимися после эрадикации метапластическими процессами в слизистой оболочке пищеварительного тракта нуждаются в индивидуальном наблю-

дении с обязательным повторным инструментальным обследованием, включающим морфологическое исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Всё это необходимо для раннего выявления признаков предопухолевых процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Щербаков П.Л., Корсунский А.А. и др. Современные методы лечения и реабилитации детей с хронической гастродуоденальной патологией. Критерии выздоровления: пособие для врачей. — М., 2004. — 48 с. [Baranov A.A., Shcherbakov P.L., Korsunskiy A.A. et al. *Sovremennyye metody lecheniya i reabilitatsii, detey s khronicheskoy gastroduodenal'noy patologiyey. Kriterii vyzdorovleniya: posobie dlya vrachey.* (Contemporary methods for treatment and rehabilitation of children with chronic gastric and duodenal diseases, Convalescence criteria. Handbook for physicians.) Moscow. 2004; 48 p. (In Russ.)]
2. Бельмер С.В., Хавкин А.Н., Щербаков П.Л. Практическое руководство по детским болезням. Гастроэнтерология детского возраста. — М.: Медпрактика, 2010. — Т. 2. — 476 с. [Bel'mer S.V., Khavkin A.N., Shcherbakov P.L. *Prakticheskoe rukovodstvo po detskim boleznyam. Gastroenterologiya detskogo vozrasta.* (Practical handbook of pediatric diseases. Pediatric gastroenterology.) Moscow: Medpraktika. 2010; 476 p. (In Russ.)]
3. Корниенко Е.А. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 272 с. [Kornienko E.A. *Infektsiya Helicobacter pylori u detey.* (Helicobacter pylori infection in children.) Moscow: GEOTAR-Media. 2011; 272 p. (In Russ.)]
4. Никифорова Е.М. Особенности диагностики и терапии хронического поверхностного гастродуоденита у детей // Мед. вестн. север. Кавказа. — 2010. — Т. 17, №1. — С. 34-36. [Nikiforova E.M. Features of diagnosis and treatment of chronic superficial gastroduodenitis in children. *Meditinskiy vestnik Severnogo Kavkaza.* 2010; 17 (1): 34-36. (In Russ.)]

УДК 618.312-089: 616.381-072.1-003.219: 616-089.152: 616.12-008

T10

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОК ПРИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Андрей Борисович Ляпахин¹, Мадина Ирековна Мазитова^{2*}

¹Городская больница №11, г. Казань,

²Казанская государственная медицинская академия

Реферат

Цель. Изучение влияния напряжённого карбоксиперитонеума на состояние гемодинамики пациенток при проведении лапароскопии.

Методы. Оценивали состояние сосудистой стенки, линейную скорость кровотока, скорость пульсовой волны, податливость сосудистой системы, общее и удельное периферическое сопротивление с помощью метода объёмной компрессионной осциллометрии. В исследование включены пациентки с трубной беременностью, которым проведено эндовидеохирургическое лечение. В первой группе (76 пациенток) операцию проводили в изопневматическом режиме, то есть без введения в брюшную полость углекислого газа, операционный объём был создан за счёт использования оригинального ретрактора передней брюшной стенки. Во второй группе (67 пациенток) использовали классическую методику лапароскопического вмешательства — с применением карбоксиперитонеума. Измерения параметров центральной гемодинамики проводили пациенткам дважды, в первой группе — без использования газовой среды, до