

2001-212

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ

На правах рукописи

УДК 616.33 + 616.342-002:616-053.2:353.2

АЛЫМБАЕВ ЭРКИН ШАКИРОВИЧ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕ-
ТЕЙ - СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

14.00.09 - Педиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени доктора
медицинских наук

Бишкек 2000

Работа выполнена в Кыргызской государственной медицин-
ской академии

Научный консультант:

Доктор медицинских наук,
профессор

К.К.Кожоназаров

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук,
профессор

Л.В.Чистова

Доктор медицинских наук,
профессор

А.И.Романенко

Доктор медицинских наук,
старший научный сотрудник

Г.И.Рыжикова

Ведущая организация: Алматинская государственная
медицинская академия

Защита состоится "21" декабря 2000 года, на
заседании диссертационного совета Д14.00.111 при Кыргызском
НИИ акушерства и педиатрии (720040, Кыргызская Республика,
г.Бишкек, ул.Тоголок Молдо,1)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии

Автореферат разослан "18" ноября 2000 года

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б.Фуртикова

Актуальность проблемы

В последние годы, в связи с развитием специализированной помощи населению, большое значение приобрела одна из важных областей клинической медицины - гастроэнтерология. Распространенность гастроэнтерологической патологии за последние годы среди детского населения в различных климатогеографических зонах стран СНГ, по данным различных исследователей, колеблется в пределах от 63,4 до 103,4 на 1000 детского населения. Большое значение в формировании гастродуоденальной патологии у детей имеют условия жизни - социальные и материальные, природно-климатические, биологические факторы, перенесенные и сопутствующие заболевания. Особое значение в формировании хронической патологии желудка и двенадцатиперстной кишки имеет *Helicobacter pylori*.

В Кыргызстане 66% основного населения составляют сельские жители. Специфика сельского хозяйства предполагает тяжелый физический труд в условиях сурового горного климата, что в сочетании с низким социально-экономическим уровнем жизни, недостаточностью медицинского обеспечения приводит к значительному росту заболеваемости у детей.

Целенаправленные исследования по диагностике заболеваний органов пищеварения у детей проводились, в основном, среди городских детей (А.А.Баранов 1981; А.В.Мазурин 1984; А.И.Волков 1986; К.К.Кожоназаров 1989; А.Г.Закономерный 1992; Л.И.Аруин 1993; А.М.Запруднов 1995; В.П.Пайков 1996; И.Л.Блинков 1997; П.Л.Щербаков 1997; В.А.Суринов 1998).

К сожалению, в отечественной и зарубежной литературе практически нет сведений об уровне заболеваемости и клинических особенностях гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в условиях сельской местности.

Полученные данные не позволяют в достаточной степени объяснить механизм формирования патологии желудочно-кишечного тракта у детей.

Отсюда, решение проблемы гастродуоденальной патологии у детей - сельских жителей и разработка системы мероприятий по оптимизации диагностики и лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодня являются актуальными.

Работа выполнена в рамках комплексных исследований по программе «Здоровье животноводов и членов их семей», утвержденной постановлением Комитета Министров Кыргызской Республики за №307 от 26 июля 1991 года.

Цель исследования: изучить распространенность, особенности клинического течения гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в горных условиях сельской местности, и разработать комплексную программу научно-обоснованных лечебно-профилактических мероприятий.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности уклада жизни, неблагоприятные факторы окружающей среды, условия быта и питания детей – сельских жителей.
2. Выявить распространенность заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки и оценить структуру гастродуоденальной патологии у детей – сельских жителей.
3. Установить возможные связи между ведущими неблагоприятными генетическими, климато-географическими факторами и гастродуоденальной патологией у детей – сельских жителей.
4. Выявить клинико-морфологические особенности гастродуоденальной патологии у детей – сельских жителей.
5. Разработать принципы и комплекс лечебно-профилактических мероприятий для детей с гастродуоденальной патологией, проживающих в условиях сельской местности.

Новизна исследования.

- Впервые в Кыргызстане определена частота и структура гастродуоденальной патологии у детей в различных высотных зонах сельской местности.
- Доказано, что распространенность гастродуоденальной патологии возрастает по мере увеличения высоты местности проживания детей, за счет нарастания числа функциональных нарушений и хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Выявлены факторы риска манифестации гастродуоденальной патологии у детей – сельских жителей, среди которых преобладают: плохие социально-экономические условия проживания, нерациональность и несбалансированность пищевого рациона, наследственная предрасположенность, патологические состояния ante- и перинатального периодов, сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта, перенесенные острые кишечные инфекции и острый вирусный гепатит.
- Установлено, что для детского возраста характерны бессимптомные и атипичные формы течения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Уточнены патогенетические и морфологические механизмы реализации гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в различных климато-географических зонах. В частности опреде-

лено, что для горной местности характерно преобладание гипертрофического гастродуоденита в сочетании с дуоденогастральным рефлюксом.

- У здоровых детей в условиях Кыргызстана установлены более высокие уровни кислотообразующей функции желудка, что вероятно отражает генетически детерминированные особенности функционирования железистого аппарата желудка в условиях горной гипоксии

Практическая значимость исследования.

- Данные по эпидемиологии и структуре гастродуоденальной патологии у детей в условиях гор могут служить ориентиром при планировании объема лечебно-профилактической помощи и подготовки кадров.
- Выявленные в ходе исследования ведущие факторы риска возникновения гастродуоденальной патологии следует использовать при формировании групп риска на первичном уровне медицинского обслуживания, включая семейных врачей.
- Установленные клинико-диагностические особенности течения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, следует учитывать в целях повышения качества диагностического процесса.
- Для повышения эффективности терапевтических мер предложены протоколы лечения гастродуоденальной патологии и алгоритм оценки ее эффективности.

Внедрение результатов исследования.

Разработанные методы диагностики, лечения и диспансеризации детей с гастродуоденальной патологией внедрены в Республиканской детской клинической больнице, ДКБ №3, Ошской областной детской больнице.

По материалам диссертации изданы методические рекомендации «Заболевания верхних органов пищеварения у детей» (Бишкек, 1999). Материалы диссертации включены в учебный курс для студентов КГМА и слушателей кафедры педиатрии факультета усовершенствования врачей. По материалам диссертации проведены три научно-практические конференции на базе Республиканской детской клинической больницы.

Основные положения работы обсуждены на съезде педиатров (Бишкек 1998), Конгрессе педиатров тюркоязычных стран (Бишкек 1999), на научных конференциях молодых ученых и студентов (Бишкек 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998), на Республиканской научно-практической конференции педиатров и детских хирургов (Бишкек 2000).

Разработанные принципы диагностики и лечения больных детей с гастродуоденальной патологией рекомендуется внедрять в детских отделениях, находящихся в условиях сельской местности.

Структура диссертации.

Диссертация изложена на _ страницах машинописного текста, состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель включает _ источника, из них _ отечественных и _ иностранных авторов.

Материал и методы исследования

Изучение эпидемиологии патологии гастродуоденальной зоны у детей - сельских жителей проводилось в рамках программы «Здоровье животноводов и членов их семей» с 1992 до 2000 г. Всего обследовано 7337 детей - жителей сельской местности в возрасте от 0 до 14 лет, в том числе 3773 ребенка в условиях низкогогорья (высота 500-1000 м над уровнем моря), 1104 ребенка в условиях среднегорья (высота 1000-2000 м над уровнем моря) и 2460 детей – в условиях высокогорья (более 2000 м).

Возрастно-половой состав обследованных детей представлен в таблице 1.

Таблица 1

Возрастно-половой состав обследованных детей

Высота местности		низкогогорье	среднегорье	высокогогорье	итого
возраст	пол				
0-3 года	Мальчики	291	205	163	659
	Девочки	301	230	136	667
4-6 лет	Мальчики	224	84	130	438
	Девочки	231	99	140	470
7-14 лет	Мальчики	1269	201	878	2348
	Девочки	1457	285	1013	2755
Всего	Мальчики	1784	490	1171	3445
	Девочки	1989	614	1289	3892
Итого		3773	1104	2460	7337

Изучение распространенности заболеваний проводилось по унифицированной методике, разработанной А.А. Барановым и О.В. Грениной (1981).

Вначале заполнялась карта по выявлению заболеваний органов пищеварения у детей, которая включала вопросы, отражающие социально-гигиенические условия жизни, данные о течении беременности и родов у матери, наследственности, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, характер питания и жалобы больного ребенка. В школах предварительно проводилась беседа, разъяснялись цели данной работы.

Второй этап обследования: изучение обращаемости детей в лечебно-профилактические учреждения по поводу гастроэнтерологических заболеваний по первичным медицинским документам (форма 112).

Третий этап: заполнение на каждого обследуемого ребенка специальной карты путем анкетирования и интервьюирования.

Четвертый этап: сплошное обследование детей - дошкольников в детских садах, а школьников - непосредственно в школах.

Пятый этап: консультация автором детей с подозрением на гастроэнтерологическое заболевание и отбор больных для дополнительного инструментального исследования в условиях клиники.

Шестой этап: целенаправленное обследование детей в клинике с помощью современных методов диагностики.

Анализ распространенности гастродуоденальной патологии у детей проводился отдельно с учетом высоты местности, возраста и пола.

Для изучения роли наследственных факторов применялся клинко-генеалогический метод, основанный на сборе анамнестических данных у родителей пробанда с последующим составлением родословной. Основной объем работы представлен выборочно-сплошным методом эпидемиологического обследования.

Обследовано 1526 больных детей в возрасте от 0 до 14 лет, которые были разделены на четыре группы:

1. функциональное расстройство желудка - 750 (49,1%);
2. хронический гастрит - 428 (28,1%);
3. хронический гастродуоденит - 325 (21,3%);
4. язвенная болезнь - 23 (1,5%).

Количество больных детей, проживающих в условиях низкогогорья - 550, что составляет 14,6% среди всех обследованных в низкогогорье детей. В условиях среднегорья - 286 детей (25,9%), в условиях высокогорья - 690 детей (45,2%).

Статистической обработке подвергнуты также анамнестические данные 653 практически здоровых детей, идентичных по воз-

расту, полу и высоте местожительства (контрольная группа). Количество здоровых детей в условиях низкогорья - 292 ребенка, в среднегорье – 160 детей, а в условиях высокогорья – 201 ребенок.

Эзофагогастродуоденоскопия сделана всем 1526 больным детям аппаратом Olimpus GIF-P2, 860 детям выполнено ультразвуковое исследование на аппарате Toshiba SL-40, прицельная биопсия слизистой желудка на наличие Геликобактер пилори сделана в 728 случаях, прицельная гастробиопсия на морфологические исследования – 1500 детям.

Внутрижелудочная рН-метрия проведена 1557 больным детям на аппарате «Экспресс МТ». Всем детям проводились общие клинические методы диагностики.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась вариационным и непараметрическим методами статистики на IBM 486 по специальной программе.

1. Результаты эпидемиологических исследований

Используя унифицированный многоэтапный метод, мы обследовали 7337 детей различных регионов Кыргызстана, из них 3773 ребенка - в условиях низкогорья, 1104 – в среднегорье, 2460 детей – в высокогорье.

Распространенность гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в сельской местности, в зависимости от места проживания представлена в таблице 2.

Таблица 2.

Распространенность гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в сельской местности.

Нозологические формы	Место жительства			
	низкогорье	среднегорье	высокогорье	В среднем
Функциональные расстройства желудка	59,1	130,4	155,7	102,0
Хронический гастрит	56,5	41,7	68,7	58,3
Хронический гастродуоденит	26,0	80,6	56,1	44,3
Язвенная болезнь	2,4	8,2	2,0	3,1
Всего	138,6	259,4	282,5	207,7

Как следует из таблицы 2, из 7337 детей выявлено 1526 больных детей с гастродуоденальной патологией, что составило 20,8% среди всех обследованных детей. Уровень распространенности составляет 207,7 на 1000, что выше, чем в других регионах СНГ. Если проанализировать заболеваемость детей, проживающих на разных высотах, то более низкий уровень зарегистрирован в низкогорье – 138,6 на 1000, а самый высокий показатель у детей высокогорья – 282,5 на 1000. Наиболее высокий удельный вес гастроэнтерологической патологии у детей – сельских жителей занимают функциональные расстройства желудка (102,0 на 1000), на втором месте – хронический гастрит (58,3 на 1000), на третьем – хронический гастродуоденит (44,3 на 1000) и на последнем месте – язвенная болезнь (3,1 на 1000). С нарастанием высоты местности над уровнем моря удельный вес функциональных расстройств желудка увеличивается, а удельный вес хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки максимально высок в условиях среднегорья.

Анализ проведенных исследований позволил выявить следующую закономерность – у половины детей (49,1%) поражение гастродуоденальной зоны носит функциональный характер. А среди хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки хронический гастрит занимает ведущее место.

Максимальная распространенность гастродуоденальной патологии у детей – сельских жителей наблюдалась во всех возрастных группах в условиях среднегорья. Этот факт мы объясняем преобладанием густонаселенности сельского населения в условиях среднегорья.

На возникновение гастродуоденальной патологии у детей влияют различные факторы. Для выявления причин, способствующих развитию гастродуоденальной патологии у детей в сельской местности, нами произведено анкетирование и интервьюирование детей и их родителей. Среди 7337 обследованных детей опросно-анкетный метод применялся у 1526 детей, в том числе у 550 детей, проживающих в низкогорье, у 286 – в среднегорье и у 690 детей, проживающих в условиях высокогорья.

Для получения достоверных данных о роли различных факторов в возникновении гастроэнтерологической патологии у детей нами проведена параллельная обработка данных 653 практически здоровых детей (контрольная группа), идентичных по возрасту, полу, социальному положению, национальному составу и высоте местности. Среди 653 здоровых детей проживающих в низкогорье было 292, в среднегорье – 160 и высокогорье – 201.

Роль этиологических факторов выявлялась при обработке историй болезни 428 больных детей с хроническим гастритом, 325 детей с хроническим гастродуоденитом и 23 - с язвенной болезнью.

Среди предполагаемых экзогенных и эндогенных причин развития гастродуоденальной патологии у детей самыми значительными, по нашему мнению, являются 8 факторов (табл 3). Как показано в таблице №3, при первой степени родства наследственная отягощенность выявлена у 20,4 - 40,8% больных детей, при второй степени родства - у 15,5 - 24,1% и при третьей степени - у 16,2% больных детей. Отмечается убывание частоты заболевания родственников (в 2-3 раза, $p < 0,05$) по мере отдаления степени родства. Во всех случаях наследственная отягощенность в контрольной группе встречается от 4 до 10 раз реже, чем у больных детей ($p < 0,005$). Проведенный анализ показал, что у 73,7% больных выявлена наследственная предрасположенность против 12,8% в контроле ($p < 0,001$). Высокий уровень наследственной отягощенности выявлен у больных язвенной болезнью (85,2%) проживающих в условиях высокогорья. Уровень наследования зависит от степени родства пробандов.

В генеологии, как по отцовской, так и по материнской линии, непосредственно у родителей, а также ближайших родственников пробандов, доминировали заболевания желудочно-кишечного тракта. Из данных следует, что пробанды, по-видимому, наследуют определенные анатомо-физиологические особенности слизистой желудочно-кишечного тракта, способствующие при определенных условиях возникновению заболевания. Такими признаками могут быть; конституциональная склонность железистого аппарата желудка к гиперпродукции соляной кислоты, нарушение процессов регенерации слизистой оболочки желудка.

В этиологии хронической гастроэнтерологической патологии имеет значение неблагоприятное течение беременности и родов: токсикозы в контрольной группе наблюдались у 11,9%, а у больных - у 37,3%. 41,3% больных матерей в период беременности страдали анемией (в контроле - 23,2%). В анамнезе угрожающий выкидыш выявлен у 19,0%, болезни желудочно-кишечного тракта - у 34,5% (в контроле - 3,2% и 5,9%).

Заслуживают внимания данные о связи между осложненными родами и заболеваемостью гастродуоденальной системы. Асфиксия в родах отмечена у 8,9% больных (в контроле 3,0%), недоношенность имела место у 14% больных (в контроле 3,8%, $p < 0,05$). Как видно у детей с гастродуоденальной патологией в анамнезе достоверно чаще, чем в контроле, имело место неблагоприятное течение родов.

Таблица 3

Частота встречаемости неблагоприятных факторов у детей с гастродуоденальной патологией в %

Этиологические факторы	Здоровые 653	ХГ 428	ХГД 325	ЯБ 23	Всего 776	P
1. Отягощенная наследственность:	12,8	74,7	71,7	78,6	73,7	0,001
у родных пробанда	2,7	22,0	18,4	17,8	20,4	0,001
у матери	9,1	41,5	40,7	32,1	40,8	0,001
у отца	2,7	25,9	24,0	64,3	27,0	0,001
у бабушки	2,9	27,7	18,8	25,0	24,1	0,001
у родственников	0,8	11,3	19,3	42,8	16,2	0,001
у дедушки	5,0	11,1	17,6	50,0	15,5	0,001
2. Течение беременности:						
с токсикозом	11,9	44,5	27,0	35,7	37,3	0,001
с анемией	23,2	37,9	43,7	53,5	41,3	0,05
с угрожающим выкидышем	3,3	19,8	17,2	25,0	19,0	0,001
с болезнями ЖКТ	5,9	31,9	39,4	25,0	34,5	0,001
3. Течение родов:						
асфиксия	3,0	8,4	9,0	14,3	8,9	0,05
недоношенность	3,8	14,5	13,7	10,7	14,0	0,001
4. Вскармливание:						
естественное	75,5	58,7	69,1	53,5	62,5	
искусственное	12,5	25,6	21,8	25,0	24,1	
смешанное	11,8	15,6	9,1	21,4	13,3	0,001
5. Питание:						
нерегулярное	47,1	85,2	70,8	71,4	78,9	0,001
однообразное	67,5	78,0	72,5	92,6	76,5	0,05
всухомятку	38,8	80,0	75,3	71,4	76,5	0,001
обильный прием пищи перед сном	29,6	59,0	75,7	85,7	65,0	0,001
мало овощей и фруктов	69,1	74,4	77,2	78,6	75,7	0,05
6. Перенесенные болезни:						
вирусный гепатит	4,5	18,6	19,7	32,1	19,7	0,001
кишечные инфекции	2,6	12,3	9,8	42,8	12,8	0,001
хронический тонзиллит	9,2	37,6	45,0	53,5	41,3	0,001
глистная инвазия	3,1	4,5	22,7	28,5	12,8	0,001
частые ОРВИ	36,0	85,2	70,8	64,3	78,6	0,001
7. Преморбидный фон:						
рахит	6,6	10,5	9,8	20,0	10,6	0,05
анемия	13,9	19,2	35,6	39,3	26,6	0,001
гипотрофия	5,2	14,7	18,4	32,1	17,0	0,001
экссудативный диатез	8,0	8,7	11,1	14,3	9,9	0,5
8. Аллергия	3,7	5,1	6,0	10,7	5,7	0,5

Немаловажное значение имеет характер вскармливания на первом году жизни. По нашим данным, 24,1% больных находились

на искусственном и 13,3% - на раннем смешанном вскармливании (в контроле соответственно - 12,5% и 11,8%). Особенно высокий процент детей, находившихся на искусственном вскармливании, установлен при язвенной болезни и хроническом гастродуодените (соответственно 46,9% и 41,2%).

Нерегулярное питание получали 78,9% больных детей, среди детей, страдающих хроническим гастродуоденитом - 85,2%, а в контрольной группе - 47,1% детей ($p < 0,001$). Однообразное питание с преимущественным содержанием углеводов отмечено у 76,5% больных детей, а в контроле - у 67,5% детей. По данным анамнеза, большинство больных и здоровых детей питались однообразно с преимущественным содержанием углеводов (мучные блюда). В условиях высокогорья однообразные мучные блюда употребляли 80,9% здоровых и 81,7% больных детей. Очевидно, можно сделать вывод о том, что у жителей горных районов Кыргызстана глубоко укоренилось преимущественное употребление мучных блюд. Еда всухомятку, обильный прием жареной и жирной пищи перед сном отмечен соответственно у 76,5% и 65,6% больных против 38,6% и 29,6% в контрольной группе ($p < 0,001$). Недостаточное употребление овощей и фруктов - у 75,75% больных, а в высокогорье - у 94,3% (сказывается укоренившаяся привычка меньше употреблять продукты растительного происхождения, да и обеспеченность ими в селе недостаточная).

У обследованных нами больных различные нарушения режима и качества питания выявлены у 81,5% в условиях низкогорья, у 84,6% - среднегорья и у 96,8% больных высокогорья (в контрольной группе соответственно у 59,7%, 63,1% и 80,9%).

Несомненный интерес представляют сведения о перенесенных и сопутствующих заболеваниях. С высокой степенью достоверности доказана роль перенесенных и сопутствующих заболеваний, в развитии гастродуоденальной патологии. Вирусным гепатитом переболели 19,7% (4,5% среди здоровых детей), острыми кишечными инфекциями соответственно - 12,8% и 2,6%, частые ОРВИ отмечены соответственно у 78,85% и 36,0%, глистные инвазии - у 12,8% и 3,1% детей ($p < 0,001$), сопутствующий хронический тонзиллит у 41,3% больных детей и 9,2% здоровых детей ($p < 0,001$).

Таким образом, возможность формирования гастродуоденальной патологии закладывается еще в пре- и перинатальных периодах и подкрепляется дальнейшими проявлениями дисфункции желудочно-кишечного тракта или пролонгированным напряжением его функциональной активности, обусловленным неправильным вскармливанием, нарушением питания в старшем возрасте и перенесенными желудочно-кишечными инфекциями.

Изучено фактическое питание сельских жителей в зимне-весенний и летне-осенний периоды года. Анализ суточных наборов пищевых продуктов сельских жителей указывает на их однообразие и ограниченность. Основными продуктами питания являются хлеб и мучные изделия, молоко, кумыс, рис, макаронные изделия, мясо, сахар. Ограничено употребление таких продуктов, как овощи и фрукты. Практически не употребляются мясо птицы, рыбопродукты, растительное масло. Характерен высокий удельный вес потребления хлеба и других изделий, низкий – мяса, молока, овощей и фруктов.

2. Результаты клинических исследований

В течение 1992-2000 годов под нашим наблюдением в условиях гастроэнтерологического отделения Республиканской детской клинической больницы находилось 1157 детей с гастроэнтерологической патологией (табл 4).

Таблица 4

Удельный вес обследованных больных, проживающих на разных высотах

Высота	низкогорье		среднегорье		высокогорье		всего	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%	К-во	%
ФРЖ	168	27,9	109	44,5	154	49,5	431	37,3
ХГ	97	16,1	31	12,7	35	11,3	163	14,1
ХГД	284	47,3	92	37,6	104	33,4	480	41,5
ЯБ	52	8,7	13	5,2	18	5,8	83	7,1
всего	601	100	245	100	311	100	1157	100

Как видно из таблицы 4 удельный вес функциональных расстройств желудка составил 37,3%, хронического гастрита – 14,1%, хронического гастродуоденита – 41,5% и язвенной болезни – 7,1%.

Первые признаки заболевания у 14,6% детей появились до 3-х лет, у 29,8% – в 4-6 лет и 55,6% – в возрасте 7-14 лет. Максимальный пик отмечается в 7-14 лет и связан с нервными перегрузками, перестройкой организма, изменением режима питания.

При анализе обращаемости в лечебно-профилактические учреждения выяснено, что 31,2% детей до начала исследования и поступления в клинику вообще не обращались к врачу, а в условиях высокогорья этот показатель составляет 51,8%. Целенаправленного обследования на местах не проводилось.

Впервые диагноз гастродуоденальной патологии был установлен нами в клинике 91,3% больных, а остальные 8,7% детей неодно-

кратно лечились в стационарах по поводу хронической патологии органов пищеварения.

У 1040 детей (90,1%) из 1157 обследованных имелось сочетание гастродуоденальной патологии с другими заболеваниями, в том числе с дискинезией желчевыводящих путей (у 65%), дисбактериозом кишечника (у 51%), вегето-сосудистой дистонией (у 27%), хроническим тонзиллитом (у 41,3%), паразитарными заболеваниями (у 12,5%), кариесом зубов (у 95%).

Учитывая вышеуказанное, можно сделать вывод о том, что гастродуоденальная патология у детей нередко сочетается с другой патологией.

• **Функциональные расстройства желудка**

В условиях стационара обследован 431 ребенок с функциональными расстройствами желудка (37,3% от общего числа больных): в возрасте 0-3 года - 42 ребенка, в возрасте 4-6 лет - 108 детей и в возрасте 7-14 лет - 181 ребенок. Мальчиков - 168 (38,9%), девочек - 263 (61,1%).

В зависимости от места проживания над уровнем моря: жителей низкогорья - 168, среднегорья - 109, высокогорья - 154 детей.

Все пациенты (100%) впервые обратились по поводу болей в животе.

Распространенность ФРЖ имеет некоторые особенности в зависимости от возраста и пола. Так, если в возрасте 0-3 года они составили 25,5 на 1000 детей, причем мальчики болеют в 2 раза чаще, чем девочки, то в возрасте 4-6 лет и 7-14 лет распространенность увеличилась в четыре раза ($p < 0,001$) и составила соответственно 117,8 и 118,9 на 1000 детей. В возрасте 4-6 лет половых различий не отмечалось, а в возрасте 7-14 лет значительно преобладали девочки.

В зависимости от места проживания также имеются закономерности: с повышением места проживания детей - сельских жителей повышается уровень заболеваемости ФРЖ. Если в условиях низкогорья она составила 59,1 на 1000 детей, то в условиях среднегорья выше в два раза (130,4 на 1000 детей), а в условиях высокогорья - в три раза (155,7 на 1000 детей) ($p < 0,001$).

Клинические проявления функциональных расстройств желудка у детей - сельских жителей разнообразны. В клинике преобладали субъективные симптомы, которые весьма изменчивы: понижение или отсутствие аппетита, непереносимость какой-либо пищи, изжога, отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота, рвота, боль в животе различной локализации, интенсивности и продолжительности.

Секреторные и моторные нарушения протекали по типу гипер- или гипофункции. Изменение секреции и моторики желудка - нор-

мальная приспособленческая реакция организма ребенка на постоянно меняющиеся условия его жизнедеятельности. Когда же речь идет о ФРЖ, то следует иметь в виду такие изменения его функций, которые по своей длительности и выраженности выходят за рамки нормальной реакции для данного индивидуума на те или иные внешние или внутренние факторы.

В условиях низко- и среднегорья превалировала гипертоническая дискинезия желудка. А в условиях высокогорья – гипотония желудка и гастроптоз. Гипертоническая дискинезия желудка проявлялась повышением тонуса всего желудка (гипертония) или его отделов (пилороспазм, кардиоспазм). Этот тип дискинезии у детей чаще всего являлся результатом несоблюдения ими режима питания (большие перерывы в еде) или следствием психоэмоциональных срывов.

Клинически это проявлялось выраженным болевым синдромом по типу колики, который носил кратковременный характер, продолжительностью 5-10 минут и самостоятельно проходил, с локализацией в области пупка или в левой половине эпигастральной области. Боль, как правило, единственный симптом у детей – сельских жителей.

У 148 детей (34,6%) с гипертонической дискинезией выявлены признаки вегетативно-сосудистой дистонии и отмечались частые головные боли, головокружение, плохой сон, сердцебиение, боли в области сердца. У старших детей (7-14 лет), особенно у девочек, имели место склонность к обморочным состояниям, неврастенические и истерические реакции.

Исследование секреторной функции проводилось методом внутрижелудочной рН-метрии. У этой категории больных в 80% случаев выявлен возбудимый тип, в 10% случаев - астенический и в 10% случаев инертный тип секреции.

При эзофагогастродуоденоскопии мы наблюдали спазмированный желудок, что затрудняло прохождение эндоскопа. Ритмичное сокращение привратника отсутствовало за счет спазма.

Слизистая желудка визуально не изменялась, отмечалось утончение складок и значительное уменьшение полости желудка.

При морфологическом исследовании биоптатов мы обнаружили элементы воспаления (умеренно повышенная клеточная инфильтрация, лейкопедез, отек собственного слоя), без каких-либо органических изменений.

Гипотоническая дискинезия и гастроптоз характеризовались пониженной перистальтической функцией желудка и наблюдались у истощенных детей, и также у тех, кто имел привычку «переесть».

Клинически это характеризовалось плохим аппетитом. Дети отмечали чувство тяжести, распирающие живота, тошноту, отрыжку, икоту. Иногда дети вызывали рвоту, чтобы облегчить эти неприятные ощущения. Боль у детей практически отсутствовала.

Клиника гастроптоза протекала бессимптомно. У некоторых детей отмечалась тянущая боль натощак или перед едой. Тошнота без видимых причин, рвота наблюдались редко. Аппетит часто был неустойчив, наблюдалось отвращение к молочной и склонность к острой, соленой пище. Дети были пессимистично настроены относительно своего здоровья. У большинства детей отмечалась склонность к запорам.

При объективном осмотре обращала на себя внимание слабость брюшных мышц. При перкуссии отмечался «шум плеска» и опущенный желудок.

Данные внутрижелудочной рН-метрии в 43% выявил инертный тип, реже встречался тормозной (26%) и астенический (12%) типы, в остальных случаях показатели кислотности оставались в пределах нормальных величин (19%).

При эндоскопическом исследовании отмечалось низкое расположение выходного отдела желудка, редкая и поверхностная перистальтика, а иногда и ее отсутствие, широкое зияние привратника. При этом слизистая желудка визуальна была не изменена.

Морфологически каких-либо изменений не отмечалось.

Таким образом, функциональные расстройства желудка являются наиболее часто встречаемой среди заболеваний желудка патологией, требующей своевременной диагностики и целенаправленного лечения.

Интересным является изучение инфицированности *Helicobacter pylori* (НР) у больных с функциональным расстройством желудка. Частота *Helicobacter pylori* составила 24,3% и в основном за счет детей, проживающих в условиях низкогорья.

• Хронический гастрит

Под нашим наблюдением находилось 163 ребенка с хроническим гастритом (14,1% от общего числа больных). Из них 97 детей (59,5%) – жители низкогорья, 31 (19%) – жители среднегорья и 35 детей (21,5%) – высокогорья. По возрастному составу: дети 0-3 года – 9 детей (5,5%), 4-6 лет – 32 ребенка (19,6%), в возрасте 7-14 лет – 122 ребенка (74,8%). Мальчиков было 71 (43,6%), девочек – 92 (56,4%).

Оценивая значимость неблагоприятных факторов, способствующих развитию хронического гастрита, мы склонны придавать ведущее место алиментарному фактору и, прежде всего, нарушению режима питания. К этому заключению нас привела частота данного

фактора (60,5%) у обследованных нами детей с хроническим гастритом.

Немаловажное значение имеет высокий рост хронического гастрита в возрасте 7-14 лет, где уровень заболеваемости в 35-40 раз ($p < 0,001$) выше по сравнению с возрастным периодом 0-3 года (5,5%).

Неблагоприятные нервно-психические факторы в развитии хронического гастрита несомненно играют большую роль, в связи с лабильностью и ранимостью эмоциональной сферы у детей. Это особенно проявляется, если имеют место частые ссоры родителей, отсутствие одного из родителей, алкоголизм родителей. Данный фактор наблюдался в 50,8% случаев. У 10,4% детей при изучении анамнеза выявлена определенная взаимосвязь хронического гастрита с перенесенными в детстве дизентерией, острым вирусным гепатитом.

Длительность заболевания детей до выявления хронического гастрита, в большинстве случаев не превышала 2-х лет (62,7%). У детей мужского пола длительность заболевания свыше 3-х лет имела место в 25,6% и у девочек - в 51,2%.

В клинической картине хронического гастрита, наряду с тупой, продолжительной болью, возникающей после еды и считающейся патогноматичным признаком этого заболевания, отмечались ночные, голодные и поздние боли в животе и наблюдались у 38,7% детей при отсутствии эрозивно-язвенных изменений. Боль, возникающая сразу после еды, наблюдалась почти также часто, как и боль, не связанная с приемом пищи (соответственно 27,9 и 30,8%). Иногда, в основном мальчики, предъявляли жалобы на боль, возникающую после физической нагрузки.

У большинства детей – сельских жителей боль была неинтенсивная (69,9%) и непродолжительна (53,4%); различной локализации, У 63,1% детей боль локализовалась в эпигастральной области, у 24,4% - в пилородуоденальной области, у 9% - в правом подреберье. Неопределенная локализация боли в животе наблюдалась у 3,6% детей.

Характер болевого синдрома имел определенные различия в зависимости от пола. Если голодные, ночные и поздние боли достоверно чаще наблюдались у мальчиков, то у девочек боль возникала сразу после приема пищи или не зависела от еды. У мальчиков интенсивность боли, а также локальная болезненность при пальпации живота в пилородуоденальной и эпигастральной областях были более выражены, чем у девочек.

Из диспепсических симптомов наиболее часто наблюдались изжога (37,3%), отрыжка воздухом или съеденной пищей. У ряда

детей боль, локализуемая за грудиной, особенно при употреблении грубой, горячей или острой пищи в сочетании с частой изжогой, отрыжкой уже клинически позволяет предположить наличие у них рефлюкс-эзофагита. В 68% случаев отмечалась рвота, после чего наступало облегчение.

У мальчиков изжога наблюдалась чаще, чем у девочек, а тошнота, отрыжка, состояние дискомфорта в эпигастральной области были характерны для девочек.

Запоры и понос встречались не часто (соответственно в 13,3% и 3,9%). Поносы у больных детей чаще всего были связаны с перенесенной дизентерией, лактозной недостаточностью, целиакией, дисбактериозом кишечника. У девочек чаще наблюдались запоры по сравнению с мальчиками.

В зависимости от места проживания отмечались следующие закономерные изменения: чем выше уровень проживания над уровнем моря, тем меньше частота хронического гастрита (в низкогорье – 16,1%, в среднегорье – 12,7%, а в высокогорье – 11,3% среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта). В условиях среднегорья и высокогорья боли носили ноющий и кратковременный характер и исчезали самостоятельно. У детей высокогорья отмечена склонность к запорам (28,1%), а в низкогорье – к поносам (16,9% случаев).

Данные внутрижелудочной рН-метрии свидетельствовали о том, что при хроническом гастрите рН базальной секреции соответствовала нормальному состоянию, а в период стимулированной – гиперацидному: щелочное время, как в период базальной, так и стимулированной секреции, находилось в пределах нормальных величин.

При хроническом гастрите удельный вес детей с повышенной кислотностью в средне- и высокогорье составлял - 61,5%, в низкогорье – 51,1%. Детей с нормальной кислотностью в средне- и высокогорье меньше, чем в низкогорье (23,1% и 37,7% соответственно). Детей с нормальной кислотностью в средне- и высокогорье - 15,4%, а в условиях низкогорья - 11,1%.

Среди различных типов желудочной секреции наиболее часто встречался возбудимый тип (51,8%).

Нами проведена эзофагогастродуоденоскопия всем 163 детям с хроническим гастритом. Наиболее часто встречаемой патологией оказались – поверхностный (47,2%) и гипертрофический (38,7%) формы гастрита.

Отмечалась следующая закономерность: чем выше уровень проживания детей над уровнем моря, тем выше частота гипертрофического гастрита. Поверхностный гастрит в условиях высокогорья встречался значительно реже, чем в низкогорье и среднегорье.

Постоянный заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок может быть одним из важнейших механизмов, способствующих повреждению слизистой оболочки желудка и приводящих к тяжелым органическим изменениям.

Наши исследования показали, что дуодено-гастральный рефлюкс имел место у 31,6% детей с хроническим гастритом, причем у мальчиков чаще (36,8%), чем у девочек (24,4%). Дуодено-гастральный рефлюкс чаще наблюдался при поверхностном гастрите (19,2%). Частота дуодено-гастрального рефлюкса оценивалась также и в зависимости от характера кислотообразующей функции желудка.

Оказалось, что дуодено-гастральный рефлюкс имел место как при повышенной, так и при пониженной кислотной продукции желудка, однако, имелось статистически достоверное увеличение его частоты по мере повышения кислотности желудочного сока.

С повышением высоты проживания повышаются секреторная функция желудка и частота дуодено-гастрального рефлюкса. Мы предполагаем, что дуодено-гастральный рефлюкс – это компенсаторный механизм направленный на нейтрализацию высокой секреции и высокого уровня соляной кислоты в полости желудка.

Мы также проводили изучение морфологических особенностей хронического гастрита у детей – сельских жителей. Наши исследования показали, что морфологические изменения слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка довольно разнообразны. Обращает на себя внимание сохранность и нормальное строение железистого аппарата у подавляющего числа детей (82,6%), истинный гастрит встречался значительно реже.

В ряде случаев, несмотря на то, что при эндоскопическом исследовании желудка имелась картина поверхностного гастрита, при электронной микроскопии биоптатов характерных признаков хронического гастрита не было обнаружено. В данном случае были обнаружены клетки с сохранными ворсинками на апикальной поверхности, наряду с редукцией микроворсинок и сглаженностью цитолеммы свободного полюса клеток.

Количество секреторных гранул в некоторых клетках было уменьшено. К особенностям строения поверхностного эпителия относилось расширение межклеточных пространств. В отдельных клетках наблюдались процессы вакуолизации, расширение канальцев цитоплазматической сети, как в апикальной части клеток, так и в околоосферной зоне и в базальной части клеток. Выявлена также гиперплазия пластинчатого комплекса, деструкция митохондрий.

Кроме того, отмечена миграция микроэлементов по расширенным межклеточным пространствам через пласт эпителиальных клеток и инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами. Клеточные

элементы желез слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка не были изменены. Такая картина была характерна для тех больных детей с хроническим гастритом, у которых отмечалась повышенная секреторная функция слизистой желудка.

В группе больных детей с пониженной секреторной функцией слизистой желудка, морфологическая картина была другой и характеризовалась альтерацией головных желез желудка на фоне нарушения микроциркуляции. Последнее характеризовалось расширением и полнокровием артериальных и венозных сосудов с явлениями периваскулярного отека, что свидетельствует о нарушении сосудистой проницаемости с образованием серозного экссудата, сдавливающего железы и приводящего к дисфункции.

Особый интерес представляет гипертрофический гастрит, который в 81% случаев наблюдался у больных с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Мы сопоставили данные эндоскопического, морфологического, функционального исследований и клинической картины и получили следующие результаты: гипертрофический гастрит, обнаруженный морфологически, в 81,3% случаев протекал с повышенной кислотной продукцией и клинически у 68,8% детей характеризовался язвенноподобной клиникой.

Морфологическая картина поверхностного гастрита в 63,6% случаев соответствовала эндоскопической картине. Повышенная кислотообразующая функция наблюдалась лишь у 27,3% детей, при этом клинически у каждого второго ребенка (54,5%) наблюдалась язвенноподобная симптоматика. Каких-либо половых различий не обнаружено.

Субтрофический гастрит подтвержден эндоскопически и морфологически у 73,3% детей, а кислотная продукция у большинства больных была снижена. Клиническая картина соответствовала таковой при патологии желчевыводящих путей. Среди больных детей 73,3% составляли девочки.

Как показали наши исследования, совпадения результатов эндоскопического и морфологического исследований достигали 56-67%.

Таким образом, можно сделать следующие обобщения: хронический гастрит у детей не имеет определенной клинической картины. Достаточно высокая частота несовпадения данных морфологического, эндоскопического и функционального исследований желудка подтверждает несовершенство каждого из методов и нацеливает на необходимость использования для диагностики комплекса клинико-лабораторных методов.

Исследование биоптатов на наличие *Helicobacter pylori* позволило выявить носительство у половины детей (51,3%). Данный факт

учитывался в этиотропной терапии хронического гастрита у детей – сельских жителей.

• Хронический гастродуоденит

Нами обследовано 480 детей с хроническим гастродуоденитом: 284 детей (59,2%) - в низкогорье, 92 ребенка (19,2%) - в среднегорье и 104 (21,6%) - в высокогорье. Среди 480 детей с хроническим гастродуоденитом, живущих на разных высотах в возрасте 0-3 года – 5 детей (1,0%), 4-6 лет – 29 детей (6,1%) и 7-14 лет - 446 детей (92,9%). Мальчиков было 132 (27,5%), девочек – 348 (72,5%). Все больные поступали в стационар в период обострения. Если среди больных низкогорья хронический гастродуоденит диагностирован в 47,3% случаев, в среднегорье - в 37,6%, то среди больных детей высокогорья – в 33,4%. Следовательно, чем выше уровень проживания, тем реже хронический гастродуоденит встречался в структуре гастродуоденальной патологии у детей.

Характерные жалобы – боли в животе, преимущественно в пилородуоденальной зоне и околопупочной области, возникали чаще через 1-2 часа после еды, часто носили ноющих, иногда приступообразный характер. Из диспепсических проявлений обращали на себя внимание тошнота, отрыжка и рвота. У большинства детей отмечалась склонность к запорам. В период обострения наблюдались головные боли, головокружение, утомляемость.

При пальпации живота определялась болезненность в пилородуоденальной зоне, нередко положительный симптом Ортнера.

Для детей – сельских жителей характерны отличительные клинические особенности: характер болей в животе был различный, так, у детей низкогорья (57,5%) преобладали интенсивные боли, а у детей средне- и высокогорья в 60% случаев были умеренные боли в животе.

Примерно у 2/3 больных детей низкогорья боли появлялись по утрам «натощак» и в ночное время, а в условиях средне- и высокогорья подобные боли были у 60% детей. У одной трети больных детей появление болей не было связано с приемом пищи.

Для детей, проживающих в условиях низкогорья, характерны периодические, интенсивные и приступообразные боли в животе, в условиях средне- и высокогорья наблюдались характерные умеренные, ноющие, почти постоянные боли в животе.

Все больные дети при пальпации отмечали боли в эпигастральной, пилородуоденальной и околопупочной областях, при этом у 38,4% детей отмечалась болезненность в правом подреберье.

Жалобы на изжогу отмечались у 97,5% больных детей с хроническим гастродуоденитом, независимо от места проживания. Об-

рашали на себя внимание тошнота и рвота и встречались в 64,3% и 44,8% случаев соответственно.

Для больных с хроническим гастродуоденитом характерны повышенный или пониженный аппетит и запоры, которые наблюдались более чем у половины больных детей.

При объективном осмотре органов пищеварения у 54,0% больных язык был обложен белым налетом, у некоторых (19,5%) отмечена гипертрофия сосочков языка.

Изучение секреторной и кислотообразующей функции желудка у всех больных детей с хроническим гастродуоденитом выявило выраженный сдвиг внутрижелудочного рН в теле и в антральном отделе желудка, который достигал 1-1,5. У детей – сельских жителей, независимо от места проживания, определялся возбудимый тип (40,0%), реже – астенический, инертный и тормозной (в среднем 45,0%) и у 15% – нормальный тип секреции.

При проведении ультразвукового исследования желчного пузыря были выявлены следующие изменения: деформация желчного пузыря – у 3,8% детей, уплотнение – у 37,7%, утолщение стенки желчного пузыря – у 1,9% детей, перегибы – у 38%, перетяжки – у 29%, негетогенность – у 7,5% детей.

После приема желчегонного завтрака гипомоторная дискинезия желчного пузыря отмечалась у 20,7% детей, гипермоторная – у 32,1% детей и нормотоническая – у 47,2%.

Эндоскопическая картина поверхностного гастродуоденита наблюдалась в 63,2% случаев. При этом основные воспалительные явления ограничивались слизистой оболочкой луковицы двенадцатиперстной кишки. Как правило, чем дистальнее, тем интенсивность гиперемии и отека уменьшались. Эрозии встречались преимущественно в луковице двенадцатиперстной кишки. Наличие белесоватого налета типа «манной крупы» на слизистой оболочке связано в основном с патологией желчного пузыря или поджелудочной железы.

Морфологические исследования слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в значительной мере расширили возможность диагностики хронического гастродуоденита. На основании изучения морфологической картины мы выделяли поверхностный, диффузный и субтрофический гастродуодениты. Морфологическая картина поверхностного гастродуоденита выявлена у 28,7% детей: при этом отмечались дистрофические изменения, уплотнение клеток поверхностного эпителия, смещение ядер клеток к центру и вакуолизация цитоплазмы. В собственном слое слизистой оболочки нередко отмечались отек, полнокровие капилляров, значительное

усиление инфильтрации с преобладанием лимфоцитов, нейтрофилов, плазмоцитов, изменения носили очаговый характер.

Наиболее часто морфологические изменения укладывались в картину гипертрофического дуоденита (39,3%). В этих случаях имело место слущивание поверхностного эпителия, в результате чего ворсинки на значительном протяжении оголены, выражены отек стромы собственного слоя, полнокровие капилляров, интенсивность инфильтрации значительно выражена. Субатрофический гастродуоденит наблюдался довольно редко (15,1%). При этом неравномерное укорочение ворсинок сочеталось с истончением крипт, в результате чего слизистая оболочка была истончена, при этом клетки были дистрофичны, уменьшено количество желез, что приводило к резкому угнетению слизиобразования.

Таким образом, проведенные морфологические исследования свидетельствуют о том, что гистологически у детей – сельских жителей превалировал гипертрофический гастродуоденит.

Мы также исследовали биоптаты на обсемененность НР. Частота инфицированности НР напрямую связана с морфологическим типом. Так, наиболее часто выявлялись НР при гипертрофическом и эрозивном гастродуоденитах (соответственно 75,1% и 100%). По нашему мнению частота инфицированности зависит не от высоты проживания, а от социально-экологических условий жизни сельского населения.

Язвенная болезнь у детей

Удельный вес язвенной болезни у детей среди гастроэнтерологических заболеваний по данным авторов составляет от 1,7 до 11,4%. У детей чаще всего отмечается язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки.

Мы обследовали 83 ребенка с язвенной болезнью (7,2% от общего количества больных с гастродуоденальной патологией). Среди них в низкогорье 52 ребенка (62,7%), в среднегорье – 13 детей (15,6%) и в высокогорье – 18 детей (21,7). В возрасте 4-6 лет было 2 ребенка (2,4%), а в возрасте 7-14 лет - 81 ребенок (97,6%), причем девочки в этом возрасте болели в два раза чаще, чем мальчики.

Анализируя особенности болевого синдрома с позиции высокой информативности эндоскопического метода исследования, мы пришли к заключению, что выраженность макроскопических изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки несомненно находит отражение в клинических особенностях болезни. Так, у детей при наличии язвы в луковице голодные, ночные и поздние боли наблюдались значительно чаще. У детей мы наблюдали выраженный болевой синдром даже при небольших поверхностных изъязвлениях и в то же время очень скудную симптоматику при

глубоких язвах. Подавляющее число детей – сельских жителей отмечали исчезновение или уменьшение болей после приема пищи, а также после употребления спазмолитиков, что свидетельствует о том, что в генезе боли при язвенной болезни не последнюю роль играет спастический компонент.

При язвенной болезни у детей боль локализовалась в эпигастральной (42,9%) и пилородуоденальной (42,2%) областях. Иногда боль иррадиировала в правое подреберье, нередко - в поясничную область. Боль, возникающая после приема пищи, наблюдалась у 22,5% детей, но со значительно меньшей интенсивностью.

Из диспепсических симптомов у детей наиболее часто встречалась изжога (35,9%) и была больше связана с развитием рефлюкс-эзофагита. При этом изжога у мальчиков встречалась чаще, чем у девочек. По нашим наблюдениям тошнота, отрыжка у детей выявлена у 20,4 и 13,4% больных. Девочки предъявляли жалобы на тошноту после приема пищи чаще, чем мальчики. Тошнота завершалась чаще рвотой, которая приносила облегчение. При язвенной болезни снижение аппетита не являлось типичным признаком, а у мальчиков аппетит даже повышался. Понос, запоры встречались у 13,4% детей. При этом запоры наблюдались чаще у девочек. Понос чаще всего отмечался у тех больных, кто в анамнезе имел перенесенную острую кишечную инфекцию (дизентерию).

По срокам установки диагноза мы наблюдали следующую картину: в течение одного года – 23,9%, до 2-х лет – у 71,1%. Причем у мальчиков диагноз в течение одного года выставлялся в 5-6 раз чаще, чем у девочек. Более раннее установление диагноза у мальчиков вероятнее всего объясняется тем, что у них быстрее проявляются клинические симптомы и более выражена клиническая картина. А у девочек клиника чаще носила атипичный характер.

Изучение секреторной функции слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки методом рН-метрии показало у всех больных детей высокую секрецию соляной кислоты как в базальную, так и в стимулированную фазы секреции.

По данным эндоскопического исследования, язвы в луковице чаще всего локализовались на расстоянии 2-3 см от привратника на передней (52,7%) и верхней (23,7%) стенках, значительно реже - на задней (12,9%) и нижней (10,7%) стенках. У 45,2% детей мы наблюдали язвы размером 0,3-0,5 см, у 26,9% детей - 0,6-0,8 см, у 16,1% больных детей они не превышали 0,1-0,2 см и лишь у 11,8% детей язвы были более 0,9 см, как правило, язвы имели округлую (63,4%), реже - овальную (24,7%), или неправильную (11,8%) форму. У 28,8% детей мы отмечали рубцово-язвенную деформацию луковицы двенадцатиперстной кишки.

При морфологическом исследовании биоптата (взятого из дна и краев язвы) обнаруживался детрит в виде скопления слизи с небольшим количеством лейкоцитов, слущенных клеток с располагающимися под ними коллагеновыми волокнами. В слизистой оболочке вокруг язвы выявляли острое воспаление с отеком, плазмоцитарной инфильтрацией, расширением сосудов. В краях и на дне язвенного дефекта уже в фазе обострения отмечались значительные разрастания соединительной ткани, эндовакулит, структурная перестройка вблизи язвы с атрофией желез и замещением их соединительно-тканными волокнами. В стадии заживления язвы гиперемия окружающей слизистой оболочки, отек, воспалительный вал вокруг язвы уменьшались. Язва становилась все менее глубокой, постепенно очищалась от фибринозного налета. При этом истончался слой некроза, резко уменьшались полнокровие, отек и воспалительная инфильтрация. Репаративные процессы выражались в основном в разрастании грануляционной ткани в дне язвы и в наплывании пласта однослойного эпителия с краев язвы.

Таким образом, суммируя все вышеизложенное, можно сделать вывод, что при язвенной болезни у детей слизистая желудка у большинства из них соответствует норме или морфологическая картина укладывается в поверхностную или гипертрофическую форму гастродуоденита.

Исследование биоптатов на инфицированность *Helicobacter pylori* выявило у всех больных детей наличие этого возбудителя.

Лечение

В условиях гастроэнтерологического отделения РДКБ был пролечен 431 больной с функциональными расстройствами желудка, 163 ребенка - с хроническим гастритом, 480 - с хроническим гастродуоденитом и 83 ребенка - с язвенной болезнью.

Лечение функционального расстройства желудка у детей проводилось комплексно. Режим у всех детей - полупостельный. Дети с данной патологией принимали пищу 5-6 раз в день, небольшими по объему порциями. Диетическое питание складывалось из ограничения употребления острых блюд со специями, соусами, уксусом, жирных и жаренных на животных жирах, а также продуктов, стимулирующих желчеотделение (редька, редиска, желчегонные травы).

В лечении функциональных расстройств желудка использовали гастроцепин (пиренцепин дигидрохлорид). Назначали по 1 таблетке (0,025) x 2 раза в день. Препарат подавлял базальную и стимулированную секрецию HCl желудка в основном за счет уменьшения объема желудочной секреции. Курсы терапии подбирали индивидуально с учетом эндоскопического контроля.

Из антацидов в лечении ФРЖ использовали нерастворимый антацид – викалин, который, кроме антацидного эффекта, имеет антипепсиновое и противовоспалительное действие, повышает таким образом фактор защиты и ускоряет репаративную регенерацию слизистой оболочки. Назначали его по 1 таблетке 3-4 раза в день после еды (через 1-1,5 часа).

В качестве цитопротекторов слизистой оболочки желудка использовали препарат «Смекта» фармацевтической фирмы «Бофур ипсен Интернасьональ» (Франция). У 85 больных с функциональным расстройством желудка «Смекту» использовали в качестве монотерапии, для предотвращения действия факторов агрессии и укрепления собственных цитопротекторных механизмов слизистой оболочки.

На фоне проводимого лечения были получены следующие результаты: боли в животе купировались на 3 день у 18%, у остальных - на 5 день (82%). Диспепсические явления (тошнота, снижение аппетита) у всех детей исчезли на 5 день. Таким образом, нами доказано, что препарат «Смекта» является высокоэффективным средством лечения функциональных расстройств желудка, даже в качестве монотерапии.

В связи с тем, что у больных с функциональным расстройством желудка отмечались вегетативные нарушения, мы, в зависимости от превалирования ваго - или симпатотонии, проводили дифференцированную вегетотропную терапию. При ваготонии мы использовали тонизирующие препараты: экстракт элеутерококка, настойку Жень-Шеня в дозировке 1-2 капли препарата на год жизни, но не более 15 капель на прием 3 раза в день за 20-30 минут до еды. Из физиопроцедур использовали электрофорез с хлоридом кальция, кофеином на шейно-затылочную часть №10-12, солено-хвойные ванны, массаж позвоночника. При симпатотонии использовали седативные препараты растительного происхождения: шалфей, боярышник, корень валерианы, трава пустырника. Доза подбиралась индивидуально из расчета 1 капля на год жизни, 3 раза в день за 20-30 минут до приема пищи, курсом по 2-4 недели. В сложных случаях применялся седуксен 5-15 мг/сутки, диазепам – 5-30 мг/сутки, элениум 5-15 мг/сутки.

Из физиопроцедур использовали электрофорез с 0,5% раствором эуфиллина, папаверина гидрохлорида на шейно-затылочную область №10-12, а также жемчужные ванны.

Считаем важным подчеркнуть, что лечение функционального расстройства желудка назначается строго индивидуально, в зависимости от этиологии и характера заболевания, с учетом переносимости больным того или иного вида лечения. При подборе адекватного

лечения мы наблюдали стойкий эффект выздоровления или длительной ремиссии.

Больные дети при обострении хронического гастрита, хронического гастродуоденита и язвенной болезни должны быть госпитализированы в стационар.

Нами проведено лечение 444 больных в возрасте от 7 до 14 лет (в том числе 188 мальчиков и 256 девочек), страдающих хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, из них в биоптатах слизистой оболочки антрального отдела желудка обнаружен геликобактер пилори (НР) у 350 детей, что составило 78,7% случаев. Для сравнительного анализа эффективности терапии НР-ассоциированных гастродуоденитов и язвенной болезни больные дети были разделены на 3 группы:

1. группа состояла из 64 детей (44 с гастродуоденитом и 20 с язвенной болезнью), они получали "Маалокс" по 1 дозированной ложке 3 раза в день в течение 4 недель, трихопол и ампициллин по 0,25x3 раза в день в течение 10 дней.

II. группа – 70 больных (46 - с гастродуоденитом и 24 - с язвенной болезнью) получали гастроцепин по 1 таблетке 2 раза в день в течение 25 дней.

III. группа – 216 больных (156 – с гастродуоденитом и 60 - с язвенной болезнью) получали "Квамател" по 20 мг 2 раза в день в течение 7 дней, затем по 40 мг 1 раз в день (на ночь) в течение 21 дня, трихопол и ампициллин по схеме.

Основным критерием эффективной терапии мы считали отсутствие бактерий в слизистой оболочке, исчезновение болевого и диспепсического синдромов, сроки рубцевания язвенного дефекта.

У больных I и II групп болевой синдром купировался у 64 детей (71,8%) на 7-8 сутки и у 50 детей (71,4%) - на 6-7 сутки, а пальпаторные боли исчезли на 15-20 день и 12-16 день соответственно.

В III группе болевой синдром купировался на 3-5 сутки и у оставшихся 56 детей (25,9%) - на 6-7 сутки. А пальпаторные боли уменьшились на 8-10 день от начала лечения у 198 детей (91,6%).

Таким образом, абдоминальные боли, диспепсические явления и болезненность при пальпации при лечении "Квамателом"+трихополом+ампициллином проходили быстрее, чем на фоне других схем лечения. Рубцевание язвенного дефекта отмечалось в первой группе в 80% случаев, во второй группе - в 83,3%, а в третьей (основной) - в 96,6% случаев.

Полученные нами данные позволяют утверждать, что "Квамател" в сочетании с трихополом и ампициллином является высокоэффективным препаратом при лечении НР-ассоциированных гастродуоденитов и язвенной болезни. Более чем у 90% больных детей

происходит эрадикация от НР спустя 4 недели после активного лечения. Быстрый клинический эффект, хорошая переносимость и относительно низкая стоимость позволяют рекомендовать "Квамател" для широкого применения как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

В случаях, когда в биоптатах слизистой желудка *Helicobacter pylori* не был обнаружен, мы использовали традиционную медикаментозную терапию. Все больные дети, независимо от характера желудочной секреции, получали алмагель (комбинированный препарат, состоящий из геля алюминия гидроокиси и магнезия окиси), который обладает противовоспалительным действием и улучшает моторно-эвакуаторную функцию желудка. Назначали обычно по одной дозированной ложке 3-4 раза в день после еды, чтобы избежать возникновения запоров в течение трех недель. В качестве холинолитического препарата мы использовали 0,1% раствор атропина по 5-8 капель три раза в день внутрь. Атропин положительно влиял на нарушенную нервную трофику, снижал повышенную секрецию соляной кислоты в желудке, обладал болеутоляющим и спазмолитическим эффектом. Препарат назначали преимущественно при выраженном болевом синдроме в течение первых 6-10 дней. При хроническом гастродуодените и язвенной болезни широко использовали гастропепин по 1 таблетке 2 раза в день в течение 4 недель, а из стимуляторов регенеративных процессов (репаратанты) предпочтение давали гастрофарму, который назначали по одной таблетке три раза в день между приемами пищи. Из физиотерапевтических процедур использовали парафин на область живота, электрофорез с лекарственными препаратами, элетросон, различные ванны. При необходимости подключалась дополнительная симптоматическая терапия.

Катамнез

Мы также изучали эффективность динамического наблюдения и противорецидивного лечения в течение 5 лет всех 1157 больных детей – сельских жителей, пролеченных в условиях гастроэнтерологического отделения Республиканской детской клинической больницы.

Для полноценного наблюдения за диспансерной группой, а также анализа эффективности диспансеризации нами разработана «Карта гастроэнтерологического больного». Карта была рассчитана на пятилетнее наблюдение за больными, причем в ней запланирована ежеквартальная регистрация данных. Кроме того, в карте отражены сведения о времени и причинах обострения. Если у больного при выписке из стационара отсутствовали жалобы на боли в животе,

диспепсические расстройства и объективные симптомы заболевания, то состояние оценивалось как клиническая ремиссия. Если же больной периодически жаловался, то говорили о неполной клинической ремиссии. Повторные появления жалоб и клинических проявлений заболевания после выписки из стационара расценивались как непрерывно-рецидивирующее течение болезни, при появлении признаков заболевания через 3 месяца и 1 год после стационарного лечения – как частые обострения, через 1-2 года – как редкое. Выздоровлением считали полное отсутствие жалоб и клинических проявлений болезни в течении трех и более лет.

Анализ проведенной в гастроэнтерологическом отделении среди 1157 детей работы показал: выздоровление зарегистрировано у 191 ребенка (16,5%) низкогорья и у 105 детей (9,1%) сельских жителей высокогорья, большая часть которых поступила в стационар с диагнозом: функциональное расстройство желудка. 70,5% больных детей выписаны из стационара с клинической ремиссией. После выписки из стационара дети были направлены домой. Направить детей в детский гастроэнтерологический санаторий «Джалал-Абад» или детское отделение КНИИК и ВП не удалось из-за отсутствия денежных средств у родителей.

За 5 лет наблюдения 68 детей, что составило 5,7% поступили в стационар на противорецидивное лечение. С одной стороны это свидетельствует о высоком уровне оказания медицинской помощи в стационаре, но с другой стороны вероятно указывает на то, что родители больных детей не имели материальной возможности привезти ребенка в г. Бишкек для проведения стационарного обследования и лечения.

Непременным требованием к лечению больных детей с гастродуоденальной патологией является диспансерное наблюдение пациентов, которое может быть организовано только при наличии четко налаженной преемственности в работе участкового педиатра поликлиники с врачами школ, детских дошкольных учреждений, подростковых кабинетов, а также со специалистами-гастроэнтерологами.

Подводя итог изложенному можно считать доказанным факт высокой частоты гастроэнтерологической патологии у детей Кыргызстана и разнообразие нозологических вариантов ее проявления.

Неоспоримым можно считать заключение о том, что окончательная диагностика, а следовательно и полноценная терапия патологии желудка и двенадцатиперстной кишки, возможны лишь в условиях медицинских учреждений 3 - го уровня, обеспеченных современным диагностическим оборудованием.

Перспективными направлениями для дальнейших исследований в данном разделе педиатрии следует считать разработку и внедрение программ профилактики гастроэнтерологических заболеваний, дальнейшее углубление патогенетических механизмов формирования различных форм патологии желудочно - кишечного тракта у детей, изучение генетических кодов, обуславливающих эту группу болезней.

Протоколы лечения больных детей с гастродуоденальной патологией

Нозологические формы	Базисная терапия	Вегетотропная терапия	Физиолечение
Функциональные расстройства желудка	<p>1. Антациды: викалин по 1 таблетке 3-4 раза в день после еды (через 1-1,5 часа) или маалокс, фосфалюгель по 1 порошку за 40-60 минут до приема пищи 3-4 раза в день, в течение 2-3 недель</p> <p>2. М-холинолитики: гастропепин по 1 таблетке (0,25) два раза в день.</p> <p>3. Цитопротекторы: смекта по 1 порошку 2-3 раза в день в течение 10 дней.</p> <p>4. Препараты, нормализующие функциональное сосос-</p>	<p>1. При ваготонии используются тонизирующие препараты: экстракт элеутерококка, настойка Жень-Шеня в дозировке 1-2 капли препарата на год жизни, но не более 15 капель на прием 3 раза в день за 20-30 минут до еды.</p> <p>2. При симпатотонии используются седативные препараты растительного происхождения: шалфей, боярышник, корень валерианы, трава пустырника. Доза подбирается индивидуально</p>	<p>1. При ваготонии назначают электрофорез с хлоридом кальция, кофеином на шейно-затылочную часть №10-12; соленохвойные ванны, массаж позвоночника.</p> <p>2. При симпатотонии из физиопроцедур используются электрофорез с 0,5% раствором эуфиллина, папаверина гидрохлорида на шейно-затылочную область №10-12, а также жемчужные ванны.</p>

	<p>тояние кардиального отдела желудка (церукал, реглан, диметпрамид в возрастных дозировках).</p>	<p>из расчета 1 капля на год жизни, 3 раза в день за 20-30 минут до приема пищи, по 2-4 недели. В сложных случаях применяется седуксен 5-15 мг/сутки, диазепам – 5-30 мг/сутки</p>	
<p>Хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь) в стадии обострения, при обнаружении <i>Helicobacter pylori</i></p>	<p>1. H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов (ранитидин 2-3 мг/кг в сутки 2 раза в день, квамател 0,5-0,8 мг/кг 2 раза в день) в течение 3-4 недель. 2. Антибиотики (амоксициллин 50 мг/кг 2 раза в день в течение 10 дней или клацид по 7,5 мг/кг 2 раза в день в течение 10 дней). 3. Антипротозойные средства (метранидазол по 0,25-0,5 г 3 раза в день за один час до еды или через 1,5 часа после</p>	<p>Так же, как при лечении функциональных расстройств желудка</p>	<p>Синусоидальные модулированные токи на область эпигастрия №10, местные тепловые процедуры (озокерит) №10, магнито и ультразвуковая терапия на область эпигастрия №10, микроволновая терапия. Минеральные воды 1-1,5 месяца курсами 2-3 раза в год за 1-1,5 часа до еды при повышенной кислотообразующей функции и за 40-60 минут до еды при сохранной кислотообразующей функции. Фитотерапия</p>

	еды в течение 10 дней).		по 10-14 дней в месяц 2-3 раза в год заканчивается к периоду предполагаемого обострения.
Хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь) в стадии обострения, при отсутствии <i>Helicobacter pylori</i>	<p>1. Антациды (алмагель, маалокс, фосфалюгель, викалин) 3-4 недели.</p> <p>2. М-холинолитики (0,1% - Раствор атропина по 5-8 капель три раза в день или гастроцепин по 1 таблетке (0,25) два раза в день).</p> <p>3. Витамины группы В, А, Е.</p> <p>4. Препараты, улучшающие защитные свойства слизистой желудка (гастрофарм по одной таблетке три раза в день между приемами пищи)</p>	1. Препараты, нормализующие деятельность вегетативной нервной системы (с учетом типа вегетативных расстройств у ребенка).	Местные тепловые процедуры (озокерит) №10, магнито и ультразвуковая терапия на область эпигастрия №10, микроволновая терапия, электросон, различные ванны. Минеральные воды 1-1,5 месяца курсами 2-3 раза в год за 1-1,5 часа до еды при повышенной кислотообразующей функции и за 40-60 минут до еды при сохранной кислотообразующей функции. Фитотерапия по 10-14 дней в месяц 2-3 раза в год заканчивать к периоду предполагаемого обострения.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность гастродуоденальной патологии у детей-сельских жителей в Кыргызстане в среднем составляет 207,7, в том числе в низкогорье – 138,6, в среднегорье – 258,4 и в высокогорье – 282,5 на 1000 детей, то есть уровень заболеваемости увеличивается по мере повышения высоты местности проживания.

2. В структуре гастродуоденальной патологии у детского населения сельской местности преобладают функциональное расстройство желудка и хронический гастрит, причем они наиболее высоки в условиях высокогорья, составляя соответственно 155,7 и 68,7 на 1000 детей (в низкогорье - 59,1 и 56,5 на 1000 детей). Частота хронического гастродуоденита и язвенной болезни несколько выше у постоянных жителей низкогорья.

3. Факторами риска возникновения заболеваний гастродуоденальной зоны у детей-сельских жителей являются алиментарный фактор, наследственная предрасположенность, многодетность в семье, перенесенные инфекционные и паразитарные заболевания.

4. Для здоровых детей характерно гиперацидное состояние кислотообразующей функции желудка, что отражает их конституциональные особенности и может расцениваться как один из факторов, способствующих высокому уровню заболеваний гастродуоденальной системы.

5. Клинические особенности и характер течения гастродуоденальной патологии у детей зависят от формы заболевания, идентичны в различных зонах проживания и в целом отличаются атипичностью и малосимптомностью.

6. Информативность эндоскопического метода диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 88%, что подтверждается данными гистологического и морфологического исследований.

7. Основной причиной развития хронических заболеваний желудка и 12-перстной кишки является *Helicobacter pylori*, который при эрозивном гастродуодените и язвенной болезни выявляется в 100% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дети, имеющие факторы риска возникновения гастродуоденальной патологии, должны составлять группу риска, нуждаются в наблюдении врачей и проведении профилактических мероприятий.
2. Лечение детей с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки следует проводить согласно прилагаемым протоколам в соответствии с формой и периодам заболевания.
3. В периоде обострения хронических форм гастродуоденальной патологии больных детей следует госпитализировать в специализированные стационары 2-го и 3-го уровня.
4. В качестве обязательных этапов диагностики необходимо использовать эзофагогастродуоденофиброскопию и исследования биоптатов на наличие *Helicobacter pylori*, проведение внутрижелудочной рН-метрии необязательно.
5. Диспансеризация детей осуществляется участковыми и семейными врачами до полного выздоровления по рекомендациям врача-гастроэнтеролога.

Список опубликованных работ:

1. Распространенность и структура некоторых неинфекционных заболеваний органов пищеварения у детей в горных условиях // Здоровоохранение Киргизии.- 1987.- №1.-С.9-11 / соавт.: К.К.Кожоназаров, З.Э.Абдылдаева, Х.Р.Ахмедова.
2. Клинико-морфологические особенности хронических гастродуоденитов у детей в условиях проживания в горной местности // Педиатрия.- 1987.- №10.-С.110-111 / соавт.: К.К.Кожоназаров, Т.Я.Тарарак.
3. Клинико-морфологическая характеристика хронических гастродуоденитов у детей в горных условиях // Здоровоохранение Киргизии.- 1988.-№6.- С.22-23 / соавт.: К.К.Кожоназаров, Т.Я.Тарарак.
4. Региональные особенности заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей // Здоровоохранение Кыргызстана.- 1993.-№4.-С.42-43 /соавт.: К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Г.К.Кожоназарова и др.
5. Распространенность структура гастродуоденальной патологии у детей животноводов в разных регионах республики

- Кыргызстан // Здравоохранение Кыргызстана. .- 1993.-№4.- С.43-44 /соавт.: К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Д.Д.Исаева и др.
6. Состояние здоровья школьников Сузакского района // Здравоохранение Кыргызстана. .- 1993.-№4.-С. 22-23 /соавт.: К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Г.К.Ешеналиева и др.
 7. Распространенность и структура гастродуоденальной патологии у детей животноводов // Материалы съезда акушер-гинекологов и педиатров.- Бишкек.- 1997.- С. 101-102 / соавт.: К.К.Кожоназаров, Р.Ш.Джоробаева.
 8. Заболевания верхнего отдела пищеварительного тракта у детей //Методические рекомендации.-Бишкек.-1997.-50с./ соавт.: К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Р.Ш.Джоробекова и др.
 9. Роль пилорического геликобактера в развитии хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Материалы научно-практической конференции «Медикаментозная реабилитация и физическая терапия, Состояние и перспективы».- Бишкек.- 1997.- С.170-173. /соавт.: К.К.Кожоназаров, Р.Ш.Джоробаева, А.А.Абдрахманов.
 10. Эффективные методы лечения неспецифической патологии кишечника у детей // Сборник научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России « Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие».- Бишкек.- 1998.- С.611-615. / соавт.: Н.П.Чебоненко.
 11. "Маалокс" в лечении заболеваний органов пищеварения у детей // Сборник научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России « Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие».- Бишкек.- 1998.-.- С.643-648. / соавт.: А.Б.Шаменова.
 12. Дискенизия желчевыводящих путей у детей // Сборник научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России « Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие».- Бишкек.- 1998.-.- С.653-657. / соавт.: А.Б.Шаменова.
 13. « Креон» в лечении заболеваний поджелудочной железы у детей // Сборник научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России « Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие».- Бишкек.- 1998.-.- С.657-661. / соавт.: А.Б.Шаменова.

14. Использование «Смекты» в лечении заболеваний желудка и кишечника у детей // Сборник научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России «Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие».- Бишкек.- 1998.- С.664-668. / соавт.: Н.П.Чебоненко. Г.А.Джумалиева.
15. Современные подходы к лечению язвенной болезни у детей // Сборник научных статей "Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы.- Бишкек.- 1998.- С.193-196. /соавт.: К.К.Кожоназаров, Г.К.Кожоназарова, А.А.Абдрахманов.
16. Сравнительная оценка патогенетической терапии геликобактер-ассоциированных гастродуоденитов и язвенной болезни у детей // Сборник научных трудов "Актуальные вопросы педиатрии, детской хирургии, акушерства и гинекологии".- Бишкек.-1998.- С.100-106. /соавт.: К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Г.К.Кожоназарова и др.
17. Особенности геликобактер-ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны у детей в горных условиях // Там же.- С.106-113. /соавт.: К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Г.К.Кожоназарова.
18. Роль геликобактер пилори при гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в школах-интернатах // Там же.- С.95-100. /соавт.: К.К.Кожоназаров, Р.Ш.Джоробаева, Г.К.Кожоназарова.
19. Значение геликобактер пилори при гастродуоденитах и язвенной болезни в горных условиях // Сборник "Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века". - Бишкек.-1998.- С.163-168. /соавт.: К.К.Кожоназаров, Г.К.Кожоназарова, Х.Р.Ахмедова и др.
20. Место ингибитора протонного насоса при лечении геликобактер-ассоциированных гастродуоденитов и язвенной болезни у детей // Сборник материалов научно-практической конференции "Вопросы здоровья матери и ребенка в современных условиях".- Бишкек.- 1999.- С.22-25. / соавт.: К.К.Кожоназаров, Г.К.Кожоназарова, Х.Р.Ахмедова и др.
21. Особенности геликобактер-ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны у детей, проживающих в сельской местности // Сборник научных трудов, посвященный 5-летию РДКБ "Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе".- Бишкек, 2000.- С.181-186./ соавт.: К.К.Кожоназаров, Г.К.Кожоназарова, Х.Р.Ахмедова и др.

22. Роль *Helicobacter pylori* при гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в школах-интернатах // Там же. - Бишкек, 2000. - С.186-190. / соавт.: К.К.Кожоназаров, Р.Ш.Джоробаева, Г.К.Кожоназарова и др.
23. Значение *Helicobacter pylori* при гастродуоденитах и язвенной болезни у детей, проживающих в сельской местности // Там же. - Бишкек, 2000. - С.219-224. / соавт.: К.К.Кожоназаров, Г.К.Кожоназарова, Х.Р.Ахмедова.
24. Современные методы диагностики и лечения *Helicobacter pylori* у детей // Там же. - Бишкек, 2000. - С.246-253. / соавт.: З.Э.Абдылдаева, Б.И.Абдылдаев, Г.К.Кожоназарова.
25. Сравнительная характеристика фармакологических препаратов, наиболее часто используемых при гастродуоденальных заболеваниях в детском возрасте // Там же. - Бишкек, 2000. - С.274-282. / соавт. К.К.Кожоназаров, Б.И.Абдылдаев, Г.К.Кожоназарова.
26. Гастродуоденальная патология у детей // Монография. - Бишкек. - 2000. - С.250.

АННОТАЦИЯ

В работе впервые представлены результаты исследования эпидемиологических и клинико-морфологических особенностей гастродуоденальной патологии у детей - сельских жителей.

Обследовано 7337 детей в возрасте 0 - 14 лет, на различных высотах проживания. Определена распространенность гастродуоденальной патологии у детей (207,7 на 1000 детей). Впервые установлено, что распространенность гастродуоденальной патологии у детей-сельских жителей, возрастает с увеличением высоты местности над уровнем моря, за счет нарастания функционального расстройства желудка и хронического гастрита. Автором впервые эндоскопически доказано, что у детей в условиях высокогорья превалирует картина хронического гипертрофического гастродуоденита, в сочетании с дуодено-гастральным рефлюксом, а в условиях среднегорья - хронического гастрита и язвенной болезни.

У больных и здоровых детей независимо от высоты проживания выявлено повышение кислотообразующей функции желудка.

Выявлены факторы, способствующие развитию заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Основными факторами риска являются плохие социально-экономические условия проживания, алиментарный фактор и *Helicobacter pylori*. К предрасполагающим факторам относятся кариес, дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз кишечника.

Дано описание клинического течения различных нозологических форм гастродуоденальной патологии у детей. Доказано, что течение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, проживающих в условиях сельской местности, отличается малосимптомностью и неспецифичностью, отсутствием сезонности обострений при непрерывно-рецидивирующем течении заболевания.

Разработаны эффективные методы лечения и профилактики заболеваний гастродуоденальной зоны у детей - сельских жителей.

КОРУТУНДУ

Илимий изилдоо ишинде биринчи жолу, айылда жашаган балдардын эпидемиялык жана клинико-морфологиялык озгочолуктору аш казан, он эки эли ичегинин сыркоосунун изилденишинин жыйынтыгы берилген.

Ар турдуу денгээлде жашоочулардын ичинен 7337 бала торолгондон баштап 14 жашка чейин текшерилген. Он эки эли ичеги ооруларынын балдарда таралышы (207,7 1000 балага) аныкталган. Дениз денгээлинин жогорулашы менен аш казандын жана онокот гастриттин бузулушунун осушунон улам он эки эли ичеги оорусунун таралышы айылда жашаган балдарда биринчи жолу такталды. Автор, биринчи жолу бийик тоолуу шарттардагы балдарда онокот гастродуодениттин дуодено-гастралдуу рефлюкс менен айкалыштыруу, аркылуу, ал эми ортонку тоолуу шарттарда онокот гастрит жана аш казан жара оорусунун устомдук кылу тургандыгы эндоскопиялык жактан демилдеди.

Оорулуу жана ден-соолугу чын балдардын дениз денгээлинен ойдо жана ылдый жашаганына карабастан аш казандын кычкылтегинин жогорулашы коз каранды эмес.

Балдарда аш казан он эки эли ичеги ооруларынын осушуну коркунучтун негизги факторлору болуп, жашап жаткан элдердин социалдык-экономикалык шартынын начардыгы, начар тамактынуусу жана *Helicobacter pylori* болуп эсептелет. Бул факторлорго кошумча оорулуу тиштердин кариеси, оттун дискенезиясы, ичегини дисбактериозу.

Балдардагы ашказан жана он эки эли ичеги оорусунун учурунда айылдык жашоочулардын аз симптомдуулугу, аз озгочолугу, мезгилсиз ооруу учурунда кайталбастыгы делилденди.

Айыл жериндеги балдардын аш-казан он эки эли ичеги оорулары эффективдуу дарылоо ыкмалары талданган.

RESUME

The research for the first time presents epidemiological and clinical - morphological peculiarities of gastro - duodenal pathology of children - rural inhabitants.

For the first time it is determined that the prevalence of the gastroduodenal pathology in children of rural area is increasing with the increasing height above sea level and it is conditioned by the functional disorders of the stomach and chronic gastritis.

Author for the first time demonstrated by the results of endoscopy that in children of high altitude predominates chronic hypertrophic gastroduodenitis in combination with the duodenogastral reflux and in the middle altitude - chronic gastritis and ulcer disease.

Healthy and sick children irrespective of the altitude revealed the increased acid secretion function of the stomach.

7337 children on age from 0 till 14 years old examined on different altitude of living places. The average of Gastro - Duodenal Pathology (GDP) were 207,7 on 1000. Also appeared risk - factors, leading to stomach and intestine diseases in children. The main risk-factors of the gastroduodenal pathology in children of rural area low socioeconomic conditions, nutritional factor and *Helicobacter pylori*.

Also revealed the factors of the predisposition - caries of the teeth, dyskinesia of biliary tract, dysbacteriosis of intestinum.

It is proven that the course of the diseases of the stomach and duodenum in children of rural area is characterized by the poorly symptomed clinical manifestations and unspecific features, absence of the season exacerbation with the continuous relapsing type.

The research includes clinical description of different children's GDP nosological forms author worked out methods of treatment and prophylaxy of GDP pathology on children - rural inhabitants.