

При этом отмечалось увеличение содержания внутриэритроцитарного магния до нормальных величин на фоне резкого уменьшения потерь кальция с мочой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острое стрессирование стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых крыс с ацетатной язвой на морфологические показатели в зоне язвенного дефекта практически не влияет, но размер язвенного дефекта увеличивается у стрессонеустойчивых животных. Острый стресс по-разному влияет на механизмы перераспределения и потери катионов с мочой.

У стрессонеустойчивых крыс с ацетатной язвой острое стрессирование приводит к восстановлению уровня внутриэритроцитарного магния на уровне контрольных значений, потери кальция с мочой уменьшаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 920 с.
2. Касьяненко В. И. Место ингибиторов протонной помпы в лечении больных со стрессовыми язвами // Медицина критических состояний. — 2008. № 5—6. — С. 31—40.
3. Поветкина В. Н., Рогова Л. Н. Удельное число клеток и интенсивность экспрессии эндотелиальной нитроксидазы в тканях желудка в зоне изъязвления и уровень внутриэритроцитарного магния у стрессоус-

тойчивых и стрессонеустойчивых крыс // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2013. — № 1 (45). — С. 61—64.

4. Пшеникова М. Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии // Пат. физиол. и эксперим. терапия. — 2001. — № 1. — С. 29—31.

5. Рогова Л. Н., Григорьева Н. В., Ермилов В. В., Поветкина В. Н. Концентрация магния и кальция в биологических средах и репарация тканей ЖКТ у стрессоустойчивых и стрессонеустойчивых крыс с экспериментальными язвами желудка до и после применения магниевой лекарственной композиции // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2013. — № 2 (46). — С. 28—31.

6. Старовойтов В. А., Рогова Л. Н., Стаценко М. Е. Регенерация экспериментальной язвы желудка: роль магниевого баланса // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. — 2008. — № 7. — С. 532—535.

7. Okabe Susumu and Amagaseu Kikuku. An Overview of Acetic Acid Ulcer Models — The History and State of the Art Peptic Ulcer Research // Biol. Pharm. Bull. — Japan, 2005. — № 28(8). — P. 1321—1341.

Контактная информация

Поветкина Виктория Николаевна — ассистент кафедры патологической физиологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: vnpovetkina@gmail.com

УДК 616.3:661.514:616-053.2

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАРУШЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕ У ДЕТЕЙ

Н. В. Малюжинская, Е. М. Никифорова, М. А. Чувва

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских болезней педиатрического факультета*

В статье представлен разброс диспепсических явлений у детей 8—12 лет при патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта с атопическим дерматитом и с хронической крапивницей. Также проанализирована локализация и глубина поражения слизистой желудка и 12-перстной кишки на основании морфологических и эндоскопических данных.

Ключевые слова: атопический дерматит, хроническая крапивница, патологии верхних отделов пищеварительного тракта, фиброгастродуоденоскопия.

CLINICAL, ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN ATOPIC DERMATITIS AND CHRONIC URTICARIA IN CHILDREN

N. V. Malyuzhinskaya, E. M. Nikiforova, M. A. Chueva

The article reviews dyspeptic symptoms in 8—12-year-olds with upper gastrointestinal tract disorders accompanied by atopic dermatitis and chronic urticaria. Based on morphological and endoscopic data, the location and invasion depth of the gastric and duodenal mucosa were identified.

Key words: atopic dermatitis, chronic urticaria, upper gastrointestinal tract disorder, fibrogastroduodenoscopy.

Хронический гастрит (ХГ) — заболевание полиэтиологическое, в его развитии участвуют различные экзогенные и эндогенные факторы. Многие авторы отмечают взаимосвязь поражения ЖКТ с проявлениями ал-

лергодерматозов [1, 2, 8]. При этом клинические проявления поражений ЖКТ варьируют в разной степени у детей с аллергодерматозами [1, 2]. Стертость клинической картины заболеваний ЖКТ при дерматозах является одной из причин недостаточного внимания врачей к этой проблеме [7]. Известно, что на фоне активной терапии заболеваний пищеварительного тракта часто купируются симптомы аллергодерматозов и наступает длительная ремиссия [1]. В настоящее время неполно исследован характер морфологических изменений слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, сопровождающий различные формы хронического гастрита и гастродуоденита на фоне аллергодерматозов. Морфологические изменения слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки для каждой аллергопатологии имеют свои особенности [3]. На современном этапе развития отечественной медицины имеются недостаточные данные об особенностях поражения пищеварительного тракта при аллергодерматозах, и они нередко противоречат друг другу [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить особенности клинико-эндоскопических и морфологических нарушений верхних отделов пищеварительного тракта у детей с аллергодерматозами и без них.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проводилось открытое простое сравнительное рандомизированное исследование, в которое было включено 82 ребенка 8—17 лет ($\sigma \pm 4$) года 2 мес. Все пациенты были разделены на три группы. На момент включения у больных 1-й группы (контрольной) был выставлен диагноз хронический гастрит и/или гастродуоденит (согласно Сиднейской классификации гастритов, 1996) — 35,37 % ($n = 31$); во 2-ю группу вошли дети с диагнозом хронический гастрит и/или гастродуоденит и атопический дерматит (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению больных с атопическим дерматитом, 2013) [5] — 32,92 % ($n = 25$); 3-ю группу составили дети с диагнозом хронический гастрит и/или гастродуоденит и хроническая крапивница (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы, 2013) — 31,71 % ($n = 26$) [6].

Всем больным проведено инструментальное комплексное обследование, включающее фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) («Pentax FG-24V», Япония) с забором биопсийного материала слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, взятого прицельно (3 фрагмента): антральный отдел, тело желудка и 12-перстная кишка. Все фрагменты были использованы для гистологического исследования с окраской гематоксилином — эозином и по Giemsa (для идентификации *H. pylori*). Описание визуальных изменений при проведении эндоскопии было проведено согласно описательному разделу гастритов Сиднейской системы (1990). Выделялись описательные показатели (эритема, атрофия, зернистость, гиперплазия и эрозия) и каж-

дый оценивался по степени выраженности: слабо выраженный, умеренный и выраженный. Производилась оценка слизистой антрального отдела желудка и 12-перстной кишки. Инфицированность *Helicobacter pylori* оценивалась при помощи дыхательного уреазного теста (ХЕЛИК, Россия). Обследование проводилось всем детям впервые. До настоящего исследования эрадикационная терапия проводилась не ранее чем за 12 месяцев до обращения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Боли в животе отмечались у всех детей и характеризовались ноющей, тупой, постоянной болью. При этом ранний болевой синдром развивался через 20 минут после еды, а поздний через 1,5—4 часа после приема пищи. Боли в животе натошак в 1-й группе детей (без отягощенного аллергологического фона) составили 24,14 % ($n = 31$), во 2-й группе (с атопическим дерматитом) — 25,93 % ($n = 25$), в 3-й группе (с хронической крапивницей) — 38,46 % ($n = 26$). Ранние боли были характерны для всех групп детей в различной степени: 1-я группа — 86,21 % ($n = 31$), 2-я группа — 55,56 % ($n = 25$), 3-я группа — 15,38 % ($n = 26$). Поздние боли в животе отмечали 72,41 % детей 1-й группы ($n = 31$), 33,33 % детей 2-й группы ($n = 25$) и 46,15 % детей 3-й группы ($n = 26$).

Для детей 1-й и 2-й групп наиболее характерен ранний болевой синдром 86,2 и 55,56 % соответственно. В то же время дети 3-й группы чаще жаловались на поздние боли в животе (46,15 %, $n = 26$), а ранние встречались у 15,4 % детей ($n = 26$). При этом боли в животе натошак дети всех групп отмечали реже всего.

Проанализирована частота встречаемости диспепсии у детей всех групп (рис.)

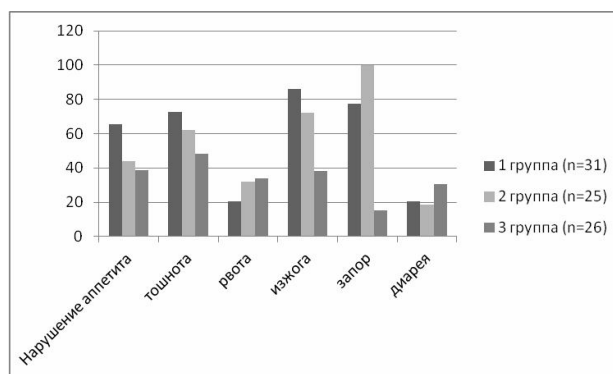


Рис. Диспепсические явления в разных группах детей

Сравнительный анализ структуры диспепсических симптомов между группами показал, что для детей 1-й группы (дети без аллергологического фона) наиболее характерны нарушение аппетита (65,52 %, $n = 31$), тошнота (72,86 %, $n = 31$) и изжога (86,21 %, $n = 31$). При этом дети 2-й группы (с атопическим дерматитом) чаще всего страдали запором (100 %, $n = 25$), тогда как дети 3-й группы (с хронической крапивницей) чаще жа-

ловались на диарею (30,77 %, $n = 26$) и рвоту (30,77 %, $n = 26$). В то же время среди детей 1-й группы симптомы диареи и рвоты отмечались реже, их доля в структуре составила 20,69 % ($n = 31$). Симптом диареи также редко наблюдался у детей 2-й группы (18,52 %, $n = 25$). При этом дети с хронической крапивницей редко страдали запорами (15,38 %, $n = 26$).

Проведен анализ распределения показателей эндоскопических изменений в антральном отделе всех групп исследуемых детей (табл. 1).

Таблица 1

Эндоскопические показатели состояния слизистой оболочки антрального отдела желудка

Показатели эндоскопических изменений	1-я группа ($n = 31$)*		2-я группа ($n = 25$)**		3-я группа ($n = 26$)***	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эритема						
Отсутствие	6	19	3	12	4	15
1-я степень	11	35	4	16	16	62
2-я степень	2	6	16	64	6	23
3-я степень	12	39	2	8	0	0
Атрофия						
Отсутствие	16	52	11	44	17	65
Субатрофия	9	29	11	44	2	8
Гипертрофия	6	19	3	12	7	27
Атрофия	0	0	0	0	0	0
Зернистость						
Отсутствие	15	48	16	64	16	62
1-я степень	10	32	6	24	4	15
2-я степень	6	19	0	0	2	8
3-я степень	0	0	3	12	4	15
Гиперплазия						
Отсутствие	21	68	19	76	24	92
1-я степень	10	32	6	24	2	8
2-я степень	0	0	0	0	0	0
Эрозия						
Отсутствие	31	100	25	100	26	100
Наличие	0	0	0	0	0	0

*Дети с хроническим гастритом и/или гастродуоденитом;

**дети с хроническим гастритом и/или гастродуоденитом и атопическим дерматитом;

***дети с хроническим гастритом и/или гастродуоденитом и хронической крапивницей.

При оценке эндоскопических показателей состояния слизистой оболочки антрального отдела желудка между группами было отмечено, что для детей 1-й группы (контрольной) характерно отсутствие эритемы (19 %, $n = 31$) или, напротив, проявление ее в 3 степени (39 %, $n = 31$), тогда как для детей 2-й группы (с атопическим дерматитом) и детей 3-й группы (с хронической крапивницей) чаще отмечалась 2 степень (64 %, $n = 25$) и (62 %, $n = 26$) соответственно. Атрофические изменения в виде субатрофии наблюдались преимущественно у детей 2-й группы (44 %, $n = 26$), гипертрофия была присуща детям 3-й группы (26,92 %, $n = 26$), тогда как

для детей 1-й группы не наблюдались ярко выраженные проявления атрофических изменений. Яркие степени проявления зернистости не были обнаружены ни в одной из групп исследуемых детей. В то же время гиперпластические изменения отмечаются у детей без аллергопатологии (32 %, $n = 31$), тогда как они не характерны для детей 2 и 3-й группы. Эрозивные нарушения не наблюдались ни в одной из исследуемых групп пациентов.

Для более глубокой оценки состояния слизистой оболочки антрального отдела желудка использовалось морфологическое исследование биоптата (табл. 2).

Таблица 2

Морфологическое исследование биоптата антрального отдела слизистой оболочки желудка

Показатели морфологических изменений	1-я группа ($n = 31$)		2-я группа ($n = 25$)		3-я группа ($n = 26$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тяжесть ХГ						
Отсутствие	0	0	0	0	0	0
1-я степень	0	0	1	4	14	54
2-я степень	6	19	6	24	2	8
3-я степень	25	81	18	72	10	38
Активность ХГ						
Отсутствие	0	0	0	0	0	0
1-я степень	18	58	19	76	24	92
2-я степень	13	42	6	24	2	8
3-я степень	0	0	0	0	0	0
Атрофия						
Отсутствие	9	29	8	32	20	77
Дистрофия	6	19	10	40	0	0
Склероз	16	51	7	28	4	15
Атрофия	0	0	0	0	2	8
Метаплазия						
Отсутствие	31	100	25	100	26	100
Наличие	0	0	0	0	0	0
Активность Нр.						
1-я степень	3	10	1	4	1	4
2-я степень	7	23	8	32	7	27
3-я степень	21	68	16	64	18	69

Для 1-й группы детей характерно 3-я степень тяжести (81 %, $n = 31$), 1 степень активности (58 %, $n = 31$) хронического гастрита и наличие склерозированных изменений (51 %, $n = 31$). В то же время для 2-й группы пациентов 3 степень тяжести (72 %, $n = 25$) гастрита и 1-я степень активности (76 %, $n = 25$), а также дистрофические нарушения (40 %, $n = 25$). При этом у 3-й группы больных чаще наблюдались 1-я степень тяжести (54 %, $n = 26$) и активности гастрита (92 %, $n = 26$) и наличие склерозированных изменений (15 %, $n = 26$). Метапластические нарушения не встретились ни в одной группе исследуемых пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Ранний болевой синдром наиболее характерен для детей с атопическим дерматитом и детей без ал-

лергологического фона. Тогда как дети с хронической крапивницей чаще подвержены болям в животе спустя 1,5—4 часа после еды.

2. Распространенность диспепсических явлений имеет особенности в каждой группе детей. Для атопического дерматита наиболее характерны запоры, дети с хронической крапивницей чаще других страдали диареей и рвотой, а дети без отягощенного аллергологического фона чаще предъявляли жалобы на нарушение аппетита, диарею, тошноту и изжогу.

3. У детей разных групп варьирует глубина поражения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. Так, у детей с атопическим дерматитом не было отмечено глубоких поражений слизистой оболочки пищеварительного тракта, а у детей с хронической крапивницей, наоборот, чаще остальных детей отмечается глубокое поражение слизистой оболочки в виде гипертрофического варианта. Поверхностный вариант поражения был характерен для всех групп исследуемых детей.

4. При эндоскопическом исследовании у детей с аллергологической патологией и без нее наиболее часто встречается поверхностная форма гастрита. Но при этом у детей без аллергологического фона с равной частотой могут встречаться легкая и выраженная степени гиперемии слизистой оболочки антрального отдела желудка.

5. Эндоскопические изменения не показали глубокой атрофии ни для одной из групп исследуемых детей. У пациентов с хроническим гастритом (1-я группа) и атопическим дерматитом (2-я группа) возможно проявление субатрофии, тогда как для детей 3-й группы (с хронической крапивницей) часто отмечается гипертрофия.

6. Морфологическая картина пациентов с хронической крапивницей характеризовалась легким малоактивным гастритом. В то же время для таких детей отмечалось наличие атрофических изменений в слизистой оболочке антрального отдела желудка. У детей с атопическим дерматитом и без аллергологического фона наиболее выражены тяжелые формы течения антрального гастрита и легкая степень активности. Также было выявлено, что у детей с атопическим дерматитом чаще

выявлялись дистрофические изменения, а у детей без аллергопатологии — склеротические. Метаплазия в нашем исследовании не была выявлена ни в одной группе исследуемых детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова Н. Н. Влияние *Helicobacter pylori*-инфекции на структуру и клинику неспецифических дерматозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Российский университет дружбы народов. — М., 2008.
2. Колхир П. В. Причины хронической крапивницы // Лечащий врач. Дерматовенерология. — 2012. — № 10.
3. Пальцев М. А., Аничков Н. М., Литвицкий П. Ф. Патология человека: Учебник для медицинских вузов: В 2 т. — М.: Медицина, 2009.
4. Развальяева А. В., Малюжинская Н. В. Противоаллергическая терапия хронической идиопатической крапивницы у взрослых // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2011. — С. 112—115.
5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита. — М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2013. — 27 с.
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению крапивницы. — М.: Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, 2013. — 25 с.
7. Чуева М. А., Малюжинская Н. В., Никифорова Е. М. Особенности клинико-эндоскопических нарушений при патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта при атопическом дерматите у детей // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия. — 2014.
8. Loden M., Maibach H. I. Treatment of dry skin syndrome. — Springer-Berlin, 2012. — P. 591.

Контактная информация

Чуева Мария Александровна — аспирант кафедры детских болезней педиатрического факультета, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: chuevamarina2008@yandex.ru