

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-171-11-93-99

Случай нетипичного течения язвенной болезни желудка в педиатрической практике

Спиваковский Ю. М., Спиваковская А. Ю., Черненко Ю. В., Волкова О. В., Горемыкин И. В., Душанова А. К.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» МЗ России, Саратов, Россия

The case of atypical course of gastric ulcer in pediatric practice

Yu. M. Spivakovskiy, A. Yu. Spivakovskaya, Yu. V. Chernenkov, O. V. Volkova, I. V. Goremykina, A. K. Dushanova
Saratov State Medical University, n. a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Russia, Saratov, B. Kazachja, 112, 410012

Для цитирования: Спиваковский Ю. М., Спиваковская А. Ю., Черненко Ю. В., Волкова О. В., Горемыкин И. В., Душанова А. К. Случай нетипичного течения язвенной болезни желудка в педиатрической практике. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;171(11): 93–99. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-171-11-93-99

For citation: Spivakovskiy Yu. M., Spivakovskaya A. Yu., Chernenkov Yu. V., Volkova O. V., Goremykina I. V., Dushanova A. K. The case of atypical course of gastric ulcer in pediatric practice. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;171(11): 93–99. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-171-11-93-99

Спиваковский Юрий Маркович, доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, к.м.н.

Спиваковская Анна Юрьевна, ассистент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, к.м.н.

Черненко Юрий Валентинович, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии, д.м.н., профессор

Волкова Олеся Васильевна, врач отделения клиники госпитальной педиатрии Клинической больницы им. С. П. Миротворцева

Горемыкин Игорь Владимирович, заведующий кафедрой хирургии детского возраста им. Н. В. Захарова, д.м.н., профессор

Душанова Асия Курманбековна, врач-ординатор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии

Yuri M. Spivakovskiy, associate Professor of hospital Pediatrics and neonatology, PhD; Scopus Author ID: 57200094642,

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3077-570X>

Anna Yu. Spivakovskaya, assistant of the Department of hospital Pediatrics and neonatology, PhD;

Scopus Author ID: 57189352500, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8918-2204>

Yuri V. Chernenkov, head of the Department of hospital Pediatrics and neonatology, MD, Professor;

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6896-7563>

Olesja V. Volkova, doctor of the Department of the Hospital Pediatrics Clinic

Igor V. Goremykin, head of the Department of hospital Pediatrics and neonatology, MD, Professor

Asya K. Dyshanova, resident physician, Department of hospital Pediatrics and neonatology

✉ **Corresponding author:**

Спиваковский

Юрий Маркович

Yury M. Spivakovskiy

spivakovski65@mail.ru

Резюме

В статье авторами представлены краткие сведения о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ее эпидемиологии, возможностях диагностики, подходах к лечению и профилактике осложнений. Кроме того, приводятся данные о диагностике и верификации симптоматических гастродуоденальных язв. На примере клинического случая осложненной симптоматической язвы у ребенка, авторы описывают сложности возникающие на этапах диагностики, присвоения шифра по МКБ, лечения и наблюдения при высоком риске формирования осложнений.

Ключевые слова: язвенная болезнь, симптоматическая язва, осложнения язвенной болезни, препилорический стеноз

Summary

In the article, the authors present brief information about gastric ulcer and duodenal ulcer, its epidemiology, diagnostic capabilities, approaches to the treatment and prevention of complications. In addition, there are data on the diagnosis and verification of symptomatic gastroduodenal ulcers. Using the example of a clinical case of a complicated symptomatic ulcer in a child, the authors describe the difficulties encountered at the stages of diagnosis, treatment, and follow-up at high risk of complications.

Keywords: peptic ulcer, symptomatic ulcer, complications of peptic ulcer, prepyloric stenosis

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и/или двенадцатиперстной кишки [1] склонное к прогрессированию [2].

ЯБ остается распространенной патологией в педиатрической практике, по данным ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России ее частота составляет 1,6±0,1 на 1000 детей и характеризуется высоким риском развития опасных для жизни осложнений. В структуре патологии органов пищеварения удельный вес ЯБ составляет 1,6%, а среди заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки – 2,7%. По частоте выявления язвенный дефект двенадцатиперстной кишки и желудка определяется в 81% и 13% случаев соответственно, сочетанная локализация в 6%. Среди школьников ЯБ встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников (2,7 на 1000 и 0,4 на 1000, соответственно), а у городских детей – в 2 раза чаще, чем у сельских, при этом соотношение мальчиков и девочек 3:1 [3–7].

В последние десятилетия вместе с общим ростом гастроудоденальной патологии происходит существенное увеличение числа больных ЯБ. При этом, язвенный процесс в желудке чаще носит острый характер [8].

За очень длительный исторический период изучения ЯБ, в котором отмечались и длительные экстенсивные этапы, и множество революционных изменений, например, таких, как внедрение эндоскопии или открытие *Helicobacter pylori*, было предложено большое число теорий ее развития: механическая, кислотная, сосудистая, воспалительная, нейрогенная, атеросклеротическая, кортиковисцеральная, теория нарушения кислотообразования и защиты слизистой оболочки желудка на клеточном уровне, инфекционная и другие. Но ни одна из них на сегодняшний день не дает однозначного объяснения пути развития болезни. Вероятно, каждая из существующих версий содержит важную рациональную составляющую, которая может быть использована в построении диагностической доктрины развития болезни у каждого конкретного пациента [9–10].

Приоритет инфекционной теории возникновения ЯБ и роль качественной эрадикации возбудителя, которые являются главенствующими на современном этапе, должны не отодвигать на дальний план иные значимые факторы, особенно актуальные в детском возрасте. Это в первую очередь относится к учету нейровегетативных и психоэмоциональных отклонений, определенных наследственных факторов, где для врача очень важен учет качественно собранного генеалогического анамнеза [8,11].

Классификация ЯБ у детей, предложенная основоположником отечественной детской гастроэнтерологии, профессором А. В. Мазуриным [12], в последующие годы претерпела ряд дополнений и усовершенствований [13]:

Классификация язвенной болезни у детей (Мазурии А. В. и др., 1984, с дополнениями) [1].

I. Локализация:

1. В желудке (МКБ-10: K25)
 - фундальная;
 - антральная;
 - антро-пилорическая.
2. В двенадцатиперстной кишке (МКБ-10: K26)
 - луковица;
 - постбульбарный отдел.
3. Сочетанная гастродуоденальная (МКБ-10: K27)

II. По течению

- впервые выявленная;
- редко рецидивирующая (ремиссии более 3 лет);
- часто рецидивирующая (ремиссии менее 3 лет);
- непрерывно-рецидивирующая (ремиссии менее 1 года).

III. Тяжесть течения

- легкое;
- средней тяжести;
- тяжелое.

IV. Эндоскопическая стадия

- I стадия – свежая язва
- II стадия – начало эпителизации
- III стадия – заживление язвы:
 - без образования рубца;
 - с формированием рубца.
- IV стадия – клинико-эндоскопическая ремиссия

V. Инфицирование НР

- НР-позитивная;
- НР-негативная.

VI. Фазы

- обострение;
- неполная клиническая ремиссия;
- клиническая ремиссия.

VII. Осложнения

- кровотечения (K 25.0 – для язвенной болезни желудка, K 26.0 – для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, K 27.0 – сочетанная локализация);
- перфорация (K 25.1 – для язвенной болезни желудка, K 26.1 – для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, K 27.1 – сочетанная локализация);
- пенетрация;
- стеноз;
- перивисцерит;
- рубцово-язвенная деформация двенадцатиперстной кишки.

Однако, в представленной классификации не выделена отдельная рубрика для симптоматических гастродуоденальных язв, хотя данная патология имеет место в педиатрической практике. Симптоматические гастродуоденальные язвы представляют собой группу, объединенную общим признаком – образованием дефекта слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки в ответ на воздействие различных ulcerогенных

факторов [14]. В отличие от ЯБ, наследственная предрасположенность при симптоматических гастродуоденальных язвах не играет роли. В качестве основных факторов агрессии, значимых в генезе симптоматического язвообразования, выступают стресс, травма или острая кровопотеря, которые запуская каскад патологических реакций приводят в конечном итоге к ulcerации [15]. В терапевтической практике предложена рабочая классификация симптоматических гастродуоденальных язв.

Классификация симптоматических гастродуоденальных язв (А. В. Калинин, 2008 г.) [15].

- I. Основные виды
 1. стрессовые;
 2. лекарственные;
 3. эндокринные;
 4. возникшие на фоне заболеваний внутренних органов.
- II. Морфологическая характеристика изъязвления:
 1. Эрозия;
 2. Острая язва;
 3. Хроническая язва;
- III. Число дефектов слизистой оболочки
 1. Одиночные;
 2. Множественные (более 3).
- IV. Размеры язв (эрозий):
 1. небольшие (менее 0,5 см);
 2. средние (0,5–1,0 см);
 3. крупные (1,1–3,0 см);
 4. гигантские (более 3,0 см).
- V. Локализация:
 1. Желудок:
 - А:
 - а) кардия;
 - б) субкардиальный отдел;
 - в) тело желудка;
 - г) антральный отдел;
 - д) пилорический отдел;
 - Б:
 - а) передняя стенка,
 - б) задняя стенка;
 - в) малая кривизна;
 - г) большая кривизна;
 2. Двенадцатиперстная кишка:
 - А:
 - а) луковица;
 - б) постбульбарный отдел;
 - Б:
 - а) передняя стенка,
 - б) задняя стенка;
 - в) малая кривизна (верхняя стенка);
 - г) большая кривизна (нижняя стенка);
- VI. Осложнения:
 1. кровотечения;
 2. перфорация;
 3. пенетрация.

Симптоматические гастродуоденальные язвы даже в терапевтической практике сложно отличить от ЯБ. В педиатрии этот фактор «мимикрии» многократно усиливается. Морфологическая однократность поражения является главной причиной в сложностях разграничений данных

состояний. Сложность дифференциальной диагностики ЯБ и симптоматических язв обусловлена тем, что МКБ-10 не уточняет различия между ними. Симптоматические язвы не имеют своего шифра, а код по МКБ-10 устанавливается по основному заболеванию, вызвавшему язвообразование или шифруется по коду ЯБ [16].

Клиническая манифестация и течение симптоматических язв желудка полиморфны. Они могут протекать бессимптомно, прикрываясь клиническими проявлениями основного заболевания, или сопровождаться болями в животе неопределенного характера и диспептическими явлениями, иногда заболевание имеет типичную симптоматику ЯБ [17].

Выявление язвенного дефекта в желудке при рентгенологическом исследовании и ФГДС не позволяет дифференцировать симптоматические язвы с ЯБ. Для диагностики существенное значение имеют анамнез (например, прием ulcerогенных лекарств) и обследование (выявление заболеваний, при которых нередко встречаются симптоматические язвы желудка, и установление взаимосвязи между этими заболеваниями и изъязвлением слизистой оболочки желудка). Среди причин эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, патогенетически не связанных с ЯБ, лидируют лекарственные, в частности, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые получили название нестероидных гастропатий. Термин «НПВП-гастропатия» предложен S. H. Roth в 1986 г. [18] для обозначения эндоскопически видимых повреждений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (геморрагии, эрозии и язвы), поскольку они имеют ряд отличий от классической пептической язвы [19,20]. Отличие ЯБ и симптоматических язв состоит в том, что при симптоматическом язвообразовании отмечается множественность изъязвлений, локализация тропная к антропилорическому отделу и луковице двенадцатиперстной кишки, крупные размеры язв с высокой частотой кровотечений [16].

По данным литературы [21–23], у 8–16%, а по некоторым данным у 25% пациентов, принимающих НПВП, развиваются гастроинтестинальные симптомы. Принимая во внимание огромное число людей, принимающих НПВП, в т.ч. и детей, актуальность проблемы становится очевидной. Факторами риска НПВП-гастропатии при этом являются: возраст старше 60 лет, курение, злоупотребление алкоголем, семейный язвенный анамнез, сопутствующие тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, сопутствующий прием глюкокортикоидов, иммуносупрессантов, антикоагулянтов, длительная терапия НПВП, большие дозы или одновременный прием двух или более НПВП [24].

Еще одним важным моментом, который следует учитывать при постановке диагноза и лечении язвенных дефектов гастродуоденальной зоны различной природы – возможность формирования осложнений. Рецидивирующее течение ЯБ резко увеличивает риск возникновения осложнений, вместе с тем, даже острая, впервые диагностированная язва, может привести к таковым при

несвоевременной диагностике или неадекватном лечении. Относительно редкие случаи осложненный ЯБ в педиатрической практике обуславливают недостаточный личный опыт каждого из клиницистов, как педиатра, так и хирурга, в вопросах диагностики и лечения подобных состояний и повышают риск возможных ошибок [25].

Предлагаемый ниже клинический пример, по нашему мнению, интересен тем, что иллюстрирует сложность дифференциальной диагностики классической ЯБ и симптоматической язвы в педиатрической практике, а также отражает необычный характер течения заболевания и его осложнений.

Мальчик М. Д., 7 лет (дата рождения: март 2011 года).

Анамнез жизни: Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов. Период новорожденности без патологии. Длина при рождении 49 см, вес 3200 грамм. Грудное вскармливание до 9 мес. Привит по календарю. Перенесенные заболевания: ОРЗ 3–4 р/год, ветряная оспа. Хирургические манипуляции в 6 месяцев по поводу ювенильных гемангиом, оперирован по поводу крипторхизма в 2 года. Аллергоанамнез: аллергия на раствор «Трисоль». Генеалогический анамнез по эрозивно-язвенным поражениям ЖКТ не отягощен.

Анамнез заболевания: со слов мамы, заболел остро, когда в вечерние часы у ребенка появились жалобы на головную боль, в связи с чем ребенку дан «Аспирин» в дозе 500 мг внутрь однократно. С 04⁰⁰ следующих суток отметили появление многократной рвоты, затем присоединилась абдоминальная интенсивная боль. Температура тела сохранялась на нормальных цифрах. По экстренным показаниям госпитализирован в инфекционный стационар, где начата инфузионная и энтеросорбционная терапия. На этом фоне боли в животе сохранялись, на высоте болевого синдрома повторно отмечалась рвота по типу «кофейной гущи», затем – с примесью крови. С подозрением на желудочное кровотечение в экстренном порядке переведен в хирургический стационар университетской клиники в первые сутки болезни. В течение этих же суток по экстренным показаниям проведена ФГДС, где выявлена крупная циркулярная острая язва антрального отдела желудка (1,2–1,5 см шириной и 0,1 см глубиной) под фибрином с геморрагическим налетом, эрозивный дуоденит. Получал гемостатическую терапию (менадиона натрия бисульфит, этамзилат), кислотоблокирующую терапию (фамотидин в/в), инфузионную дезинтоксикационную терапию, антацидный препарат. Рвота с примесью крови повторилась на следующий день, уже на фоне полнообъемной терапии, что потребовало проведения повторного исследования желудка. По результатам повторной ФГДС, зафиксирована прежняя эндоскопическая картина, данных за продолжающееся кровотечение не выявлено. Проведена трансфузия свежезамороженной плазмы, остальная терапия продолжена в прежнем объеме. Так же однократная рвота с небольшим количеством крови отмечалась в течение еще двух суток. В последующем боли в животе не беспокоили, рвоты не было. На 6 сутки болезни ребенок был переведен в гастроэнтерологическое отделение.

Объективно при поступлении в педиатрический стационар: Общее состояние: средней степени тяжести. При пальпации отмечалась умеренная болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень не увеличена. Стул накануне оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

По результатам комплексного обследования, направленного на выявление хеликобактерной инфекции – дыхательного «Хелик-теста», серологического исследования на антитела к *H. pylori*, а также по результатам цитологического исследования биоптата слизистой антрального отдела желудка, был получен отрицательный результат. Ребенок продолжал получать внутривенный препарат кислотоблокирующей терапии, с последующим переходом на прием ингибиторов протонной помпы (омепразол) перорально, жидкие антациды. В комплекс лечения была включена физиотерапия (КВЧ) в сочетании с курсом гипербарической оксигенации.

По результатам проведенного обследования, включающего общеклинические исследования крови и мочи, копрограмму, коагулограмму, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, значимой патологии выявлено не было.

На фоне проводимого лечения первоначально отмечена положительная динамика: купировались болевой абдоминальный и диспепсический синдромы. При эндоскопическом контроле, проведенном через 2 недели после первого исследования, отмечена положительная динамика, однако полного рубцевания язвы не зафиксировано. В описании заключения указано, что на фоне гиперемии слизистой оболочки антрального отдела перед привратником на большой кривизне визуализируется плоская язва, размерами 0,8 x 0,6 см, покрытая фибрином с яркими грануляциями по краям.

На следующий день в рамках клинического наблюдения отметили появление рвоты, которая стала в последующем ежедневной, чаще в вечерние часы. Рвота носила обильный характер и при этом в рвотных массах отмечалось большое количество съеденной за сутки пищи. Первоначально данные клинические симптомы связали с изменением в терапии, в частности, с началом прокинетической терапии. Однако отмена фармакологических средств значимой положительной динамики не принесла. Симптом рвоты стабильно сохранялся, что потребовало дообследования с целью исключения высокой кишечной непроходимости. В плане дальнейшего обследования проведена рентгеноскопия желудка, по результатам которой в желудке натощак обнаружено очень большое количество содержимого со слизью, из-за чего складки не визуализируются, при этом орган увеличен в объеме, атоничен.

Подозрение на формирование пилорического стеноза потребовало проведения повторных контрольных эндоскопических исследований. По результатам первого из них (23-й день болезни) выявлено, что препилорический отдел циркулярно сужен за счет рубцовых изменений до 0,2–0,3 см, при этом он был непроходим для гастроскопа, в связи с чем визуализировать привратник не

удалось. С учетом описания картины формирования препилорического стеноза желудка была пересмотрена лекарственная терапия за счет усиления кислотоблокирующей составляющей (комбинация ингибитора протонной помпы III поколения и H_2 -гистаминоблокатора), скорректирована диета за счет включения высококалорийных жидких модулей. Проведено цитологическое исследование биоптата, взятого из места стеноза выходного отдела желудка, где выявлены лишь пласты цилиндрического эпителия с явлениями пролиферации.

Сохранение патологического симптома рвоты, потребовало проведения экспертных гастроскопий, которые были выполнены на 28-й и 30-й день заболевания, в том числе, для постановки назоинтестинального зонда. При каждом из этих исследований, проведенных разными врачами-эндоскопистами, описана сходная картина язвенной деформации пилорoduodenальной зоны с явлениями сохраняющегося субкомпенсированного стеноза.

Исследование в этот период уровня гастрина не превышало показателей нормы. По результатам мониторинговой внутрижелудочной pH-метрии зарегистрирована базальная гиперацидность с высоким индексом агрессии. Достоверные признаки гастроэзофагеального рефлюкса, смешанного характера с преобладанием кислого.

Таким образом, к началу второго месяца с момента начала заболевания у ребенка сформировалось стойкое осложнение ЯБ желудка в виде препилорического стеноза, что в соответствии с состоянием пациента и в согласовании с Федеральными клиническими рекомендациями требовало постановки

вопроса о возможности оперативного лечения данной патологии. Уже в условиях детского хирургического стационара, куда ребенок был переведен по решению консилиума, при динамическом наблюдении в периоде подготовки к хирургическому лечению, в последующие 5 суток отмечено самостоятельное восстановление желудочно-кишечной проходимости, что выразилось в возможности усвоения сначала жидкой, а в последующем протертой и более грубой пищи без зонда.

По результатам рентгенологического контроля (36-е сутки заболевания) отмечено полное восстановление проходимости пилорoduodenальной зоны. По результатам контрольной эндоскопической гастроскопии (43-й день болезни) – слизистая желудка гиперемирована в антральном отделе и в области привратника, привратник асимметричен, проходим эндоскопом, слизистая двенадцатиперстной кишки без патологии.

Основной клинический диагноз ребенка и его осложнения при выписке из стационара выглядел следующим образом: Язвенная болезнь желудка: крупная острая язва антрального отдела, впервые выявленная, эрозивный дуоденит, НР (–). Осложнения: Состоявшееся желудочное кровотечение. Рубцово-язвенная деформация пилорoduodenальной зоны. Субкомпенсированный рубцово-язвенный стеноз пилорoduodenальной зоны.

В дальнейшем ребенок находился на амбулаторном этапе наблюдения на фоне приема кислотоблокирующей терапии с проведением эндоскопического контроля через 8 недель, где рецидивов эрозивно-язвенных поражений гастрoduodenальной зоны не зафиксировано.

Обсуждение клинического случая

Представленный клинический случай при его анализе интересен, на наш взгляд, в нескольких аспектах. Вероятно, у данного пациента речь должна идти о симптоматической лекарственной острой одиночной крупной язве препилорического отдела. Можно предполагать, что ульцерогенным агентом мог выступить однократный прием препарата ацетилсалициловой кислоты. Это предположение подкрепляется данными анамнеза: отсутствие генеалогической отягощенности и длительного болевого абдоминального синдрома в анамнезе, нормальные показатели гемограммы.

Данный случай подтверждает мнение ряда авторов о том, что МКБ-10 не позволяет адекватно кодировать симптоматические язвы в отличие от ЯБ [26]. Если ранее этот тезис в большей степени затрагивал терапевтическую когорту больных, то представленный клинический пример указывает и на актуальность данного вопроса в педиатрической практике.

Необычным для приведенной клинической ситуации является, как сам факт формирования пилорического стеноза, так и его спонтанное обратное развитие. При появлении осложнений ЯБ и симптоматической язвы важным моментом является выбор правильного срока принятия решения о необходимости и целесообразности начала

хирургического этапа лечения. Данный вопрос в большей степени разработан для «взрослой» хирургии [27,28], однако, приведенный выше клинический случай указывает, что подобные ситуации могут возникнуть и в детской практике.

Кроме того, возникает еще ряд вопросов, на которые пока нет однозначных ответов. Например, при сравнении классификаций ЯБ и симптоматических гастрoduodenальных язв, приведенных выше, мы можем отметить различия в разделе возможных осложнений. Так, в классификации симптоматических язв гастрoduodenальной зоны нет упоминаний о возможности формирования стенозов. Является ли это положение однозначным? Всегда ли, как в представленном клиническом случае, наступит разрешение стенотического процесса? Вероятно, эти вопросы на данном этапе относятся к разряду риторических и еще ждут своего разрешения в будущем.

Приоритет консервативного пути выбора лечения язвенного дефекта в условиях ограниченного единого подхода к нозологическим дефинициям кодирования диагноза не позволяет рассматривать многие нюансы терапевтических возможностей, в первую очередь, если мы имеем дело с симптоматическими язвами. Одним из таких нюансов является оценка особенностей эффективности классических

антисекреторных средств у пациентов с разными вариантами течения пилородуоденального стеноза в зависимости от стадии его компенсации [29,30]. Вместе с тем, в представленном клиническом случае компенсация стеноза и его разрешение наступили спонтанно и не были в полной мере спрогнозированы докторами. В литературе нами найдены немногочисленные работы в попытках выявить достоверные предикторы обратного развития нарушений

гастродуоденальной проходимости [31], что делает их поиск актуальным до настоящего времени.

Таким образом, представленный клинический случай наглядно продемонстрировал имеющиеся проблемы, возникающие на этапах диагностики, дальнейшего наблюдения и лечения пациентов с осложненными симптоматическими язвами гастродуоденальной зоны в педиатрической практике.

Литература | References

1. Клинические рекомендации Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей. Москва. –2016. 34 с.
Clinical recommendations Peptic ulcer of the stomach and / or duodenum in children. Moscow. –2016. 34 p.
2. Максимов В. А. Современная терапия заболеваний органов пищеварения. – М: Издательство «АдамантЪ», 2011, 712 с.
Maksimov V. A. Modern therapy of diseases of the digestive system. –M: Publishing House Adamant, 2011. 712 p.
3. Жукова Е. А. Морфофункциональная и иммунологическая характеристика состояния слизистой оболочки при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей // Рос. педиат. журн. –2004. – № 2. – С. 23–26.
Zhukova E. A. Morphofunctional and immunological characteristics of the mucous membrane in duodenal ulcers in children. Ros. Pediatric. journal. 2004, no. 2, pp. 23–26.
4. Видманова Т. А., Жукова Е. А., Кулик Н. Н. Динамика морфофункциональных изменений эзофагогастро-дуоденальной слизистой оболочки на фоне терапии язвенной болезни у детей. <http://www.gastroportal.ru/php/content.php?id=113169&pr=print>
Vidmanova T. A., Zhukova E. A., Kulik N. N. Dynamics of morphofunctional changes in the esophagogastroduodenal mucosa during therapy peptic ulcer in children. <http://www.gastroportal.ru/php/content.php?id=113169&pr=print>
5. Бельмер С. В., Хавкин А. И. Гастроэнтерология детского возраста. Практическое руководства по детским болезням. Под ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцев. – М: Медпрактика, 2003. – № 2. – с. 121–149.
Belmer S. V., Khavkin A. I. Gastroenterology of children's age. Practical guidelines on childhood diseases. Ed. V. F. Kokolina, A. G. Rumyantsev. – M: Medpraktika, 2003. – № 2. – p.121–149
6. Ключников О. О. Особенности клинического течения и терапии ЯБДК у детей // Сборник статей по гастроэнтерологии. – 2006. – с. 43–50.
Klyuchnikov O. O. Features of the clinical course and treatment of PUD in children // Collection of articles on gastroenterology. – 2006. – p.43–50.
7. Бельмер С. В. Перспективы детской гастроэнтерологии//Перспективы медицины. Практика педиатра. – 2013. – Март-апрель. – С. 7–10
Belmer S. V. Perspectives of pediatric gastroenterology. Perspectives of medicine. Practice pediatrician. 2013, March-April, pp.7–10.
8. Цветкова Л. Н., Филин В. А., Нечаева Л. В., Горячева О. А., Гуреев А. Н. Язвенная болезнь у детей: особенности течения и выбора медикаментозной терапии на современном этапе//Рос. Вестн. Перинат. и педиатрии. – 2008. – № 5:36. – с 42.
Tsvetkova L. N., Filin V. A., Nechaeva L. V., Goryacheva O. A., Gureev A. N. Peptic ulcer in children: features of the course and choice of drug therapy at the present stage. Ros. Vestn. Perinat. and pediatrics. 2008, no. 5: 36, p.42.
9. Григорьев К. И., Запруднов А. М., Харитонов Л. А. Язвенная болезнь – историческая динамика взглядов на этиопатогенез и лечение с позиции педиатров // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. –2019. –№ 161(1). –с.155–165.
Grigoriev K. I., Zaprudnov A. M., Kharitonova L. A. Peptic ulcer – historical dynamics of views on the etio-pathogenesis and treatment from the pediatrician's point of view. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2019, no. 161 (1), pp.155–165.
10. Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – 149(1). – с. 80–89.
Zimmerman Y. S. Peptic ulcer: a critical analysis of the current state of the problem. Experimental and clinical gastroenterology. 2018, no. 149 (1), pp.80–89.
11. Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А., Богомаз Л. В., Юдина Т. М. Проблемы и перспективы современной детской гастроэнтерологии // Педиатрия. –2016. – Т. 95. – № 6. – С. 10–18.
Zaprudnov A. M., Grigoriev K. I., Kharitonov L. A., Bogomaz L. V., Yudina T. M. Problems and prospects of modern children's gastroenterology. Pediatrics. 2016, vol. 95, no. 6, pp. 10–18.
12. Болезни органов пищеварения у детей. Руководство для врачей. Под ред. А. В. Мазурина. – М: Медицина, 1984, 656 с.
Diseases of the digestive system in children. A guide for physicians. A. V. Mazurin (ed.). Moscow: Medicine, 1984; 656 p.(in Russ)
13. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е. Кислотозависимые заболевания у детей (клиническая картина, диагностика, лечение): Учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2005
Privorotsky V. F., Luppova N. E. Acid-related diseases in children (clinical presentation, diagnosis, treatment): Proc. allowance. 2nd ed., Rev. and add. – SPb.: Ed. House SPbMAPO, 2005
14. Калинин А. В., Логинов А. Ф. Симптоматические гастродуоденальные язвы. Фарматека. – 2010. – № 2. – с. 38–45.
Kalinin A. V., Loginov A. F. Symptomatic gastroduodenal ulcers. Farmateka. 2010, no. 2, pp.38–45.
15. Калинин А. В. Симптоматические гастродуоденальные язвы и язвенная болезнь: в чем сходство и в чем различия? // Росс.журн.гастроэнтеролог., гепатолог., колопроктологии. – 2008. – Т. 18. –№ 1. –с.5–68.

- Kalinin A. V. Symptomatic gastroduodenal ulcers and peptic ulcer disease: what are the similarities and differences? *Ross.zhurn.gastroenterolog., hepatolog., coloproctology*. 2008, vol. 18, no.1, p.5–68
16. **Аргунова И. А.** Симптоматические гастродуоденальные язвы (лекция для врачей общей практики) // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2014. – Т 13. – № 3. – с. 125–134.
Argunova I. A. Symptomatic gastroduodenal ulcers (lecture for general practitioners). *Bulletin of Smolensk State Medical Academy*. 2014, vol. 13, no. 3, pp.125–134.
 17. **Белюсов Ю. В.** Детская гастроэнтерология: язвенная болезнь или симптоматическая язва? // Здоровье ребенка. – № 4(39). – 2012. – С. 121–128.
Belousov Yu. V. Pediatric gastroenterology: peptic ulcer or symptomatic ulcer? *Child health*. 2012, no. 4 (39), pp.121–128.
 18. **Roth S. H.** Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. We started it – can we stop it? *Archives of Internal Medicine*. 1986, vol. 146, pp.1075–1076.
 19. **Насонова В. А.** Гастропатии, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Российский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 1994. – Т. 3. – № 1. – С. 7–10.
Nasonov V. A. Gastropathy associated with the intake of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Russian journal of gastroenterology and hepatology*. 1994, vol. 3, no. 1, pp. 7–10.
 20. **Загашвили И. В., Януль А. Н.** Некоторые случаи НПВП-гастропатий при краткосрочном лечении и варианты их профилактики // Рецепт – Минск.-2015. – № 1(99). – С. 104–108
Zagashvili I. V., Yanul A. N. Some cases of NSAID-gastropathies with short-term treatment and options for their prevention. *Recipe – Minsk*. 2015. no. 1(99), p.104–108.
 21. **Степанов Ю. М.** Лекарственные взаимодействия в реальной клинической практике // Здоровья Украины. – 2010. – № 3. – С. 8–9.
Stepanov Yu. M. Drug interactions in real clinical practice // *Health Ukraine*. 2010, no.3, pp. 8–9.
 22. **Lanza F.L., Chan F.K.L., Quigley E.M.M.** Guidelines Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications. *The American Journal of Gastroenterology*. 2009.vol. 104, pp.728–738.
 23. **Дикарева Е.А., Макаренко Е.В., Пиманов С.И.** Оценка риска развития гастропатии, индуцированной приемом нестероидных противовоспалительных средств, на основе международных согласительных документов // Вестник ВГМУ. – 2015. – Том 14. – № 5. – с. 39–45
Dikareva E. A., Makarenko E. V., Pimanov S. I. Risk assessment of gastropathy induced by the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, based on international consensus documents // *Bulletin of VSMU*. 2015. vol. 14, no. 5, pp.39–45.
 24. **Levenstein S.** Peptic ulcer at the end of the 20th century: biological and psychological risk factors // *Can. J. Gastroenterol*. 1999. vol. 68, no. 13, pp. 753–759.
 25. **Петрушин А. Л.** Перфоративные гастродуоденальные язвы у детей. В кн. Федотова Е.В., Чахвадзе Б.Ю., Петрушин А.Л., Прилуцкий О.В. Нестандартные ситуации в хирургии. – Ставрополь: «Центр научного знания «Логос», 2018.
Petrushin A. L. Perforated gastroduodenal ulcers in children. In the book. *Fedotova EV, Chakhvadze B. Yu., Petrushin A. L., Prilutsky O. V.* Non-standard situations in surgery. – Stavropol: “Center for Scientific Knowledge”Logos”, 2018.
 26. **Аргунова И. А.** Проблемы в установлении клинического диагноза и ведении медицинской отчетности по МКБ-10 при гастродуоденальных язвах и НПВП-гастропатиях // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – Т.20. – № 5. – с. 69–74.
Argunova I. A. Problems in establishing clinical diagnosis and management of medical reporting on ICD-10 for gastroduodenal ulcers and NSAID gastropathies. *Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology*. 2010, vol.20, no. 5, pp. 69–74.
 27. **Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Серикова С.Н., Дидигов М.Т.** Алгоритм диагностики и показания к хирургическому лечению больных с язвенной болезнью желудка // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2013. – № 2. – С. 4–11.
Durleshter V. M., Korochanskaya N. V., Serikova S. N., Didigov M. T. Algorithm of diagnosis and indications for surgical treatment of patients with gastric ulcer. *Bulletin of surgical gastroenterology*. 2013, no.02, pp.4–11.
 28. **Лобанков В.М.** Язвенная болезнь: методология принятия решения // Проблемы здоровья и экологии. – 2005. – № 3 (5). – С. 138–143.
Lobanov V. M. Peptic ulcer: decision-making methodology. *Problems of health and ecology*. 2005, no. 3 (5), pp.138–143.
 29. **Косенко П.М., Вавринчук С.А., Сунозова Г.Д.** Показатели интрагастрального суточного рН-мониторинга у больных с язвенным пилородуоденальным стенозом // Дальневосточный медицинский журнал хирургия. – 2017. – № 1. – С. 27–30.
Kosenko P. M., Vavrinchuk S. A., Sunozova G. D. Indicators of intragastral daily pH monitoring in patients with ulcerative pyloroduodenal stenosis. *Far Eastern Medical Journal of Surgery*. 2017, no. 1, p.27–30.
 30. **Панцырев Ю.М., Чернякевич С.А., Михалёв А.И.** Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 34–37
Pantsyrev Yu. M., Chernyakevich S. A., Mikhalev A. I. Surgical treatment of ulcerative pyloroduodenal stenosis. *Surgery*. 2003. no 2, pp. 34–37
 31. **Кодилов Ф.Д., Кадыров Д.М., Амонов У.М., Курбонов Д.М., Косимов Х.Ш.** Электрофизиологическое определение критериев обратимости декомпенсации моторики желудка при язвенных стенозах // Материалы XXI Объединенной Российской Гастронедели. РЖГТК. 2015. – Т. XXV. – № 5. – прил. – 46. – С. 22
Kodirov F. D., Kadyrov D. M., Amonov U. M., Kurboinov D. M., Kosimov Kh. Sh. Electrophysiological determination of the criteria for the reversibility of decompensation of gastric motility in ulcerative stenosis. *Materials of the XXI United Russian Gastrowedeli*. 2015, vol. XXV, no. 5, adj. 46, p.22