BY-NC-SA

УДК 616.33/.34-053.2
https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-221-1-105-108

Случай сочетания язвенной болезни желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы у больной 12 лет

Харитонов Д.В.[1, 2], Сапожников В.Г.[1], Харитонова Л.А.[3], Осипцов Н.В.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» (пр. Ленина, д. 92 Тула, 300012, Россия)

[2] ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница» (ул. Бондаренко, дом 39, Тула, Россия)

[3] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия)

Для цитирования: Харитонов Д.В., Сапожников В.Г., Харитонова Л.А., Осипцов Н.В. Случай сочетания язвенной болезни желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы у больной 12 лет. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;221(1): 105–108. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-221-1-105-108

✉ *Для переписки:*
Сапожников Владимир Григорьевич
vladim1409@yandex.ru

Харитонов Дмитрий Викторович, главный врач; преподаватель кафедры педиатрии
Сапожников Владимир Григорьевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой педиатрии
Харитонова Любовь Алексеевна, д.м.н., проф., зав. кафедрой педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования
Осипцов Николай Владимирович, заведующий эндоскопическим отделением

Резюме

Представляется редкое клиническое наблюдение девочки 12 лет, у которой язвенная болезнь желудка в стадии обострения сочеталась с хроническим рефлюкс-эзофагитом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, обострением хронического пиелонефрита. Данная клиническая ситуация потребовала эндоскопического, иного инструментально-лабораторного обследования ребенка-нормостеника с проведением комплексной, включая антихеликобактерную, терапии.

* Иллюстрации 1, 2 — на цветной вклейке в журнал (стр. IV).

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, грыжа пищевого отверстия диафрагмы, ребенок-нормостеник

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: NJQLBM

BY-NC-SA

https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-221-1-105-108

A case of a combination of gastric ulcer with a hernia of the esophageal orifice of the diaphragm in a 12-year-old patient

D.V. Kharitonov[1, 2], V.G. Sapozhnikov[1], L.A. Kharitonova[3], N.V. Osiptsov[2]

[1] Tula State University (92, Prospekt Lenina, 300012, Tula, Russia)

[2] Tula Children's Regional Clinical Hospital» (39, st. Bondarenko, Tula, Russia)

[3] Russian National Research Medical University named after. N.I. Pirogov, (1, st. Ostrovityanova, Moscow, 117997, Russia)

For citation: Kharitonov D.V., Sapozhnikov V.G., Kharitonova L.A., Osiptsov N.V. A case of a combination of gastric ulcer with a hernia of the esophageal orifice of the diaphragm in a 12-year-old patient. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2024;221(1): 105–108. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-221-1-105-108

✉ *Corresponding author:*
Vladimir G. Sapozhnikov
vladim1409@yandex.ru

Dmitry V. Kharitonov, Hospital Chief Executive Officer; Lecturer in the Pediatrics Department
Vladimir G. Sapozhnikov, Doctor of Medical Sciences, prof., Head of the Pediatrics Department
Lyubov A. Kharitonova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatrics with Infectious Diseases in Children of the Faculty of Additional Professional Education
Nikolay V. Osiptsov, Head of the Endoscopic Department

Summary

There is a rare clinical observation of a 12-year-old girl whose stomach ulcer in the acute stage was combined with chronic reflux esophagitis, hernia of the esophageal orifice of the diaphragm, exacerbation of chronic pyelonephritis. This clinical situation required endoscopic, other instrumental and laboratory examination of a normosthenic child with complex, including anti-helicobacter therapy.

Keywords: peptic ulcer of the stomach, hernia of the food orifice of the diaphragm, a normosthenic child

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

* Illustrations 1, 2 to the article are on the colored inset of the Journal (p. IV).

Этиопатогенез язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и у взрослых [1] и у детей [2] на сегодня представляется достаточно изученным с точки зрения наших существующих клинико-лабораторно-инструментальных возможностей. Показано [2], что среди детей ЯБЖ чаще встречается у детей-астеников, реже — у гипер- и нормостеников. Поэтому любой случай ЯБЖ у ребенка-нормостеника, особенно, если он сочетается с рядом других осложнений [3] и сопутствующих патологий [4] представляет несомненный клинический и научный интерес.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у взрослых пациентов [5] относительно нередко сочетается с ЯБЖ, рефлюкс-эзофагитом.

У детей [6, 7] подобное сочетание встречается редко. Из 41 ребенка с ГПОД [7] только у 2 пациентов отмечено сочетание с ЯБЖ.

При этом [6] ведущими симптомами ГПОД у детей являются признаки недостаточности кардии, рефлюкс-эзофагита и проявления вегетативной дисфункции.

В этой связи нам представляется интересным следующее клиническое наблюдение.

Больная Т., 12 лет, поступила 10.07.23 в нефрологическое отделение Тульской детской областной клинической больницы (ТДОКБ) с жалобами на эпизоды учащенного мочеиспускания, боли внизу живота, в пояснице, больше справа, боли в животе на протяжении последних 3 недель после еды, ночные в том числе, тошноту, изжогу, снижение аппетита, с предварительным диагнозом: инфекция мочевыводящих путей?

До поступления в стационар было выяснено, что на протяжении последнего месяца девочка отмечала эпизодическое возникновение жалоб на интенсивные, схваткообразные, иногда с иррадиацией в поясницу, ноющие боли в эпигастрии, в области правого и левого подреберий, в области пупка, изжога носила выраженный, упорный характер.

Анамнез жизни ребенка: отец — здоров, курит, мама — страдает артериальной гипертензией, сестра — бронхиальной астмой, дедушка по линии матери — сахарным диабетом I типа. Хронических заболеваний пищеварительного тракта среди родственников не отмечено. Ребенок родился и проживает в зоне радиационного загрязнения после аварии на Чернобыльской АЭС.

Девочка от 3-й беременности, 2-х срочных, самостоятельных родов, беременность и роды протекали без патологии. Масса тела при рождении — 3100 г, длина тела — 51 см. Находилась на искусственном вскармливании. Профилактические прививки сделаны все соответственно национальному календарю прививок. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ, ветряная оспа, страдает аллергическим ринитом, коронавирусной инфекцией не болела. Перенесла дважды (в 2020 и 2021 г.) закрытую черепно-мозговую травму в виде сотрясения

головного мозга, после чего появились повышенная возбудимость, раздражительность, нарушения сна, обусловленные посттравматическим цереброастеническим синдромом, по поводу которого наблюдается последние 2 года у детского невролога. За 2,5 месяца до поступления в ТДОКБ перенесла пищевое отравление, лечилась амбулаторно.

Бытовые условия жизни удовлетворительные, длительное время контактировала с домашними животными (собака, коты, крыса). Дегельминтизация животных проводилась нерегулярно.

У ребенка отмечается нерегулярное, реже, чем 3 раза в сутки питание, редко употребляет овощи и фрукты, бывает еда всухомятку.

Данные объективного обследования при поступлении в нефрологическое отделение ТДОКБ 10.07.23: состояние ребенка средней тяжести в первую очередь за счет выраженного болевого синдрома. Самочувствие не нарушено, температура тела 36,7°С, ЧСС — 80 в мин., ЧДД — 20 в мин., SaO_2 — 99%, АД — 120/70 мм рт. ст. Ребенок не истощен, с нормальным, гармоничным развитием. Кожные покровы чистые, бледные, эластичность, тургор кожи — не снижены. Подкожно-жировая клетчатка выражена во всех отделах туловища и конечностей. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Периферические лимфоузлы пальпируются по основным группам, безболезненные, не увеличенные. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, при аускультации хрипов нет, сердечные тоны звучные, ритмичные.

Пищеварительная система: язык обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, не вздут, симметричный, при пальпации — болезненность в эпигастрии в правом и левом подреберьях, внизу живота, над лобком, симптом Ортнера положительный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, не увеличена, не уплотнена, край ровный, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, со слов девочки, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Пальпация правой почки болезненна, симптом поколачивания в поясничной области справа — положительный, мочеиспускание учащенное, безболезненное, цвет мочи, со слов девочки, желтый. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активна, на вопросы отвечает, реагирует адекватно. Менингиальных знаков, очаговой симптоматики поражения головного мозга нет. Вес девочки — 55 кг, рост — 150 см, окружность грудной клетки в покое — 80 см, индекс Пинье для оценки типа конституции — 15, т.е. больная по типу конституции является нормостеником.

Результаты лабораторного, инструментального обследования. Общий анализ крови (ОАК) от 10.07.23: лейкоциты — $6{,}49\times10^9$/л; эритроциты — $4{,}47\times10^{12}$/л; Hb — 125 г/л; Ht — 46,9%; тромбоциты — 297×10^9/л; СОЭ — 8 мм/ч; лимфоциты — 59%; моноциты — 3%; п/я — 10%; с/я — 36%.

Общий анализ мочи (ОАМ) от 10.07.23: цвет — светло-желтый; уд. вес — 1030; прозр. — мутная; глюкоза — 0; протеин — следы; эритроциты — отсутств.; лейкоциты — 14–15 в п/зр.; эпителий — 2–3 в п/зр.; бактерии — 11,3; pH — 5,0 (определяется лейкоцитурия, бактериурия).

Анализ мочи по Нечипоренко от 10.07.23: лейкоциты — 5000/мл; эритроциты — 500/мл; цилиндры — 2/мл (подтверждается лейкоцитурия, умеренная эритроцитурия).

Биохимический анализ крови (БАК) от 10.07.23: СРБ — 4,7 мг/л; глюкоза — 4,6 ммоль/л; АЛТ — 31 кЕд/л; К — 4,9 ммоль/л; Na — 143 ммоль/л; Са — 2,39 ммоль/л; Cl — 105 ммоль/л; билирубин общий — 10,2 мкмоль/л; мочевая кислота — 385 мкмоль/л; общий белок — 68 г/л; мочевина — 4,5 ммоль/л; креатинин — 62 мкмоль/л; АСТ — 42 кЕд/л.

Коагулограмма от 10.07.23: фибриноген — 4,1 г/л; протромбиновое время — 16,0 сек; тромбиновое время — 17,4 сек.

ЭКГ от 10.07.23: без патологии.

Ультразвуковое исследование органов малого таза от 10.07.23: патологии не выявлено.

Ультразвуковое исследование брюшной полости от 10.07.23: эхографической патологии почек, желчных путей, поджелудочной железы нет. Отмечена повышенная аэрация кишечника.

Ультразвуковое исследование почек и надпочечников от 10.07.23: отмечены эхографические признаки неполной фрагментации чашечно-лоханочных систем обеих почек, гипотонии правой лоханки, признаки обменной нефропатии.

Иммунологическое исследование от 10.07.23: IgA — 1,0 г/л; IgM — 1,2 г/л; IgG — 11,7 г/л (патологии в первичной иммунограмме не выявлено).

Анализ крови на IgG к хеликобактер пилори (Hp) от 10.07.23 (тест-система DRG — Германия): >4,8 ед/мл (положительный).

11.07.23 пациентке была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС): обнаружены эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (рис. 1), язвенной болезни желудка в стадии обострения (рис. 2).

13.07.23 было проведено рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка: рентгенологически подтверждено наличие ГПОД у больной.

Больной был выставлен диагноз: язвенная болезнь желудка в стадии обострения. Хронический рефлюкс-эзофагит, обострение. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический пиелонефрит справа, обострение.

Больная получила следующее лечение: щадящая дробная механически измельченная диета, алюминия фосфат (фосфалюгель) по 1 пакетику × 3 раза/день — 12 суток, омепразол по 20 мг × 2 раза/день — 12 суток, де-нол по 240 мг × 2 раза/день — 10 суток, макмирор по 400 мг × 2 раза/день — 7 суток, амоксициллин по 500 мг × 3 раза/день — 7 суток, пре- и пробиотики. Первые трое суток пребывания в стационаре больная получала цефабол по 1000 мг × 2 раза в сутки в/венно (до санации мочи).

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика: жалобы на боли в животе и в пояснице исчезли на 5-е сутки от момента ее начала, хотя болевые ощущения в эпигастрии сохранялись до 7-х суток, болезненность при пальпации в эпигастрии, в правом подреберье исчезли на 5-е сутки от начала данного лечения.

При выписке больной было рекомендовано:
1. Продолжить щадящую диету до 3 месяцев.
2. Исключить пребывание в одном помещении с домашними животными.
3. Продолжить прием бускопана по 1 т. × 2 раза за 10 мин до еды — до 10 суток, затем симптоматически; масло облепихи по 1 дес. ложке × 2 раза/день за 30 мин до еды — 21 сутки, пре- и пробиотики.

Заключение

Таким образом, у детей-подростков возможно сочетанное поражение пищеварительного тракта в виде ЯБЖ и ГПОД. Развитию данной сочетанной патологии верхнего этажа пищеварительного тракта с одной стороны предшествовали, вероятно, функциональная длительная несостоятельность кардиального сфинктера пищевода, реализовавшаяся в дальнейшем клинически в виде рефлюкс-эзофагита, врожденная дисплазия пищеводного отверстия диафрагмы, с другой стороны, развитию Нр-ассоциированной формы язвенной болезни желудка способствовали алиментарные погрешности, постоянный бытовой контакт пациентки с источником инфицирования Нр в виде домашних животных.

Литература | References

1. Cimmerman YA.S. Peptic ulcer disease: a critical analysis of the current state of the problem. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2018;149(1):80-89. (in Russ.)

   Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;149(1):80-89.

2. Sapozhnikov V.G., Tarasova O.V., Kharitonov D.V. Selected chapters of pediatric gastroenterology. Monograph. Under the general editorship of Doctor of Medical Sciences, prof. V.G. Sapozhnikov. Tula. Tula State University Publishing House, 2023. 210 p. (in Russ.)

   Сапожников В.Г., Тарасова О.В., Харитонов Д.В. Избранные главы детской гастроэнтерологии. Монография. Под общей редакцией д.м.н., проф. В.Г. Сапожникова. Тула: Издательство Тульского государственного университета, 2023. 210 с.

3. Kharitonov D.V., Sapozhnikov V.G., Savin S.V. et al. Gastric ulcer with perforation in a 17-year-old child (clinical case). *Bulletin of New Medical Technologies*. 2022;29(4):45-47. (in Russ.)

   Харитонов Д.В., Сапожников В.Г., Савин С.В., Вайс А.В., Осипов Н.В., Тимошенко И.В., Никишина Ю.И., Судаченкова Т.В. Язвенная болезнь желудка с прободением у ребенка 17 лет (клинический случай). Вестник новых медицинских технологий. 2022;29(4):45-47.

4. Limarenko M.P., Itskovich D.V. Remkheld syndrome in children: a modern view of a long-standing problem. *University clinic*. 2020;2(35):122-126. (in Russ.)

   Лимаренко М.П., Искович Д.В. Синдром Ремхельда у детей: современный взгляд на давнюю проблему. Университетская клиника. 2020;2(35):122-126.

5. Hubergritz N.B., Lukashevich G.M., Golubeva O.A. Hernias of the esophageal orifice of the diaphragm: modern ideas about pathogenesis and treatment. *Modern gastroenterology*. 2012;3(65):105-113. (in Russ.)

   Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Голубова О.А. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: современные представления о патогенезе и лечении. Современная гастроэнтерология. 2012. №3(65). С. 105-113.

6. Nagornaya N.V., Bordyugova E.V., Pshenichnaya E.V., Chetverik N.A., Gushchin I.V. Hernia of the esophageal orifice of the diaphragm in children as an interdisciplinary problem. *Bulletin of Emergency and Restorative Medicine*. 2009;3(10):319-322. (in Russ.)

   Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Пшеничная Е.В., Четверик Н.А., Гущин И.В. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у детей как междисциплинарная проблема. Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2009;3(10):319-322.

7. Akhparov N.N., Boranbayeva R.Z., Suleymanova S.B., Orazalinov A.J. Diagnostics and surgical treatment of children with hernia of the esophageal orifice of the diaphragm. *Healthcare of Tajikistan*. 2020;(2):15-20. (in Russ.)

   Ахпаров Н.Н., Боранбаева Р.З., Сулейманова С.Б., Оразаликов А.Ж. Диагностика и хирургическое лечение детей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Здравоохранение Таджикистана. 2020. №2. С. 15-20.

К статье

Случай сочетания язвенной болезни желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы у больной 12 лет (стр. 105–108)

To article

A case of a combination of gastric ulcer with a hernia of the esophageal orifice of the diaphragm in a 12-year-old patient (p. 105–108)

Рисунок 1. Эндоскопические изменения слизистой оболочки пищевода у девочки 12 лет от 11.07.23 с рефлюкс-эзофагитом, ГПОД: слизистая пищевода гиперемирована в нижней его трети, отмечается пролабирование слизистой стенки желудка в кардиальный отдел пищевода, неполное смыкание кардиального сфинктера пищевода, ретроградный заброс желудочного содержимого в пищевод.

Figure 1. Endoscopic changes of the esophageal mucosa in a 12-year-old girl from 11.07.23 with reflux esophagitis, GPOD: the esophageal mucosa is hyperemic in its lower triti, there is prolapse of the gastric mucosa into the cardiac esophagus, incomplete closure of the esophageal cardiac sphincter, retrograde casting of gastric contents into the esophagus.

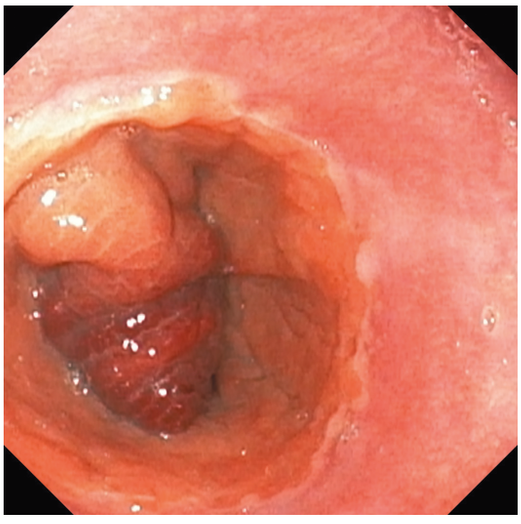

Рисунок 2. Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка у больной 12 лет с ЯБЖ в стадии обострения: в просвете желудка отмечена мутная слизь, слизистая стенки желудка отечная, гиперемирована, у привратника выявляется язва стенки размерами до 6–7 мм, края ее отечны, инфильтрированы, дно покрыто налетом фибрина. На дне желудка по складке слизистой стенки отмечаются эрозии до 2 мм в диаметре. Привратник отечен, гиперемирован.
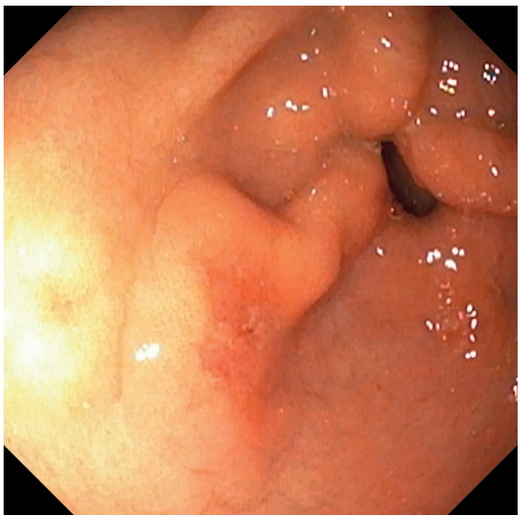
Figure 2. Endoscopic picture of the gastric mucosa in a 12-year-old patient with acute pancreatic cancer: cloudy mucus is noted in the lumen of the stomach, the gastric wall mucosa is edematous, hyperemic, a wall ulcer of up to 6–7 mm in size is detected in the gatekeeper, its edges are edematous, infiltrated, the bottom is covered with a coating of fibrin. At the bottom of the stomach, erosions up to 2 mm in diameter are noted along the fold of the mucous wall. The gatekeeper is swollen, hyperemic.