

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Шабусова Д.Н., Скуратова Н.А.

*Гомельский государственный медицинский университет, кафедра педиатрии,
г. Гомель*

Ключевые слова: хронический гастрит, боль, клиническая картина, симптоматика.

Резюме: в данной статье рассматривается проблема хронического гастрита у детей, оценивается клиническая картина, болевой синдром, его иррадиация, связь с приёмом пищи, временем возникновения.

Resume: This article discusses the problem of chronic gastritis in children, assesses the clinical picture, pain syndrome, its irradiation, connection with food intake, and the time of occurrence.

Актуальность. Хронические заболевания двенадцатиперстной кишки и желудка у подростков и детей играют важную роль в структуре общей заболеваемости. Среди хронических заболеваний пищеварительной системы огромное значение имеют поражения верхних отделов пищеварительного тракта, на долю которых приходится 70-75 % патологии желудочно-кишечного тракта.

Общепринятой классификации хронического гастрита (ХГ) в данный момент нет. В постановке диагноза хронический гастрит сохраняет свое значение оценка заболевания по клиническим и морфофункциональным признакам [2].

Прогрессирование и возникновение и ХГ обусловлено воздействием на слизистую оболочку желудка множества факторов. Экзогенные факторы: воздействие инфекционного агента *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), длительные нарушения качества и ритма питания, плохое пережевывание пищи при быстрой еде, нарушения жевательного аппарата, употребление алкоголя, длительный прием лекарственных препаратов, воздействие на слизистую оболочку желудка химических агентов, воздействие радиации, курение [1].

Клиническая картина ХГ складывается из двух важнейших синдромов — болевого и диспепсического. В детском возрасте боль в животе различна по интенсивности, локализации, времени наступления [3].

Цель: оценить характеристику болевого синдрома у детей с хроническим гастритом.

Задачи: 1. Провести анализ протоколов стационарного лечения детей с хроническим гастритом; 2. Составить клиническую картину боли.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ протоколов стационарного лечения 35 детей с диагнозом «хронический гастрит», находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в июне-августе 2021г. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «Microsoft Exel» и «STATISTICA 10.0».

Результаты и их обсуждение. В ходе проведённого анализа у детей был выявлен болевой синдром, который у 16 (45,71%) детей иррадиировал в область эпигастрия, у 4 (11,43%) лиц - в пилорoduоденальную область и эпигастрий, у 4 (11,43%) пациентов - в эпигастрий, правую подвздошную область и правое подреберье, у 3 (8,57%) детей - в правую подвздошную область, у 3 (8,57%) детей - в эпигастральную

и околопупочную область, 2 (6,28%) ребенка жаловались на боли в области мезогастрия, 2 (6,28%) детей - в левое подреберье, 1 (2,85%) ребёнок отмечал болезненность в нижних отделах живота.

По характеристике болевого синдрома дети разделились следующим образом: 4 (11,43%) ребёнка отмечали ноющие, не связанные с приёмом пищи боли, 2 (6,28 %) детей - ноющие боли, которые были связаны с приёмом пищи, у 3 (8,57%) лиц - режущие, не связанные с приёмом пищи, 2 (6,28%) ребенка отмечали режущие боли, связанные с приёмом пищи, у 2 (6,28%) пациентов имели место колющие боли, у 8 (22,86%) детей болезненности в области живота не отмечалось. При этом у 5 (14,28%) детей боли не были связаны с приёмом пищи, 3 (8,57%) ребёнка отмечали боли перед едой, у 3 (8,57%) лиц болезненность беспокоила во время еды, у 2 (6,28%) пациентов отмечались боли во время и до еды, у 1 (2,85%) ребёнка боли были связаны с актом дефекации.

По времени возникновения у 5 (14,28%) пациентов болевой синдром отмечался в ночное время, 3 (8,57 %) ребёнка жаловались на боли в животе в первой половине дня, у 27 (77,14%) детей болезненность имела место во второй половине дня.

При этом консультация хирурга потребовалась 6 (17,14%) пациентам для исключения острой хирургической патологии.

При оценке характера диспепсического синдрома у детей с ХГ установлено, что 11 (31,42%) детей беспокоил неприятный запах изо рта, у 4 (11,42%) пациентов перед приемом пищи отмечалась тошнота, 20 (57,14%) детей не отмечали признаков диспепсического синдрома на фоне заболевания.

Выводы: 1. В ходе проведённого исследования установлено, что для детей с ХГ характерна локализация боли в области эпигастрия, при этом большинство пациентов отмечали ноющие боли в животе, не связанные с приёмом пищи; 2. По времени возникновения боли у 77,14% детей отмечалась болезненность во второй половине дня, при этом в некоторых случаях болевому синдрому сопутствовали диспепсические проявления; 3. В единичных случаях детям с болевым синдромом на фоне ХГ требовалась консультация детского хирурга для исключения острой хирургической патологии.

Литература

- 1.Волынец Г. В. Этиологические факторы хронических гастритов у детей [Текст] / Г. В. Волынец // Вопр. соврем. педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 3. — С. 15-21.
2. Григорьев П. Я. Гастроэнтерология : учебное пособие [Текст] / П. Я. Григорьев, А. В. Яковенко. — 3-е изд. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 768 с.
- 3.Клинико-морфологическая характеристика хронического гастрита с функциональной диспепсией в условиях севера [Текст] / Н. В. Авакумова [и др.] : Якутский мед. журн. — 2013. — № 2. - С. 33-36.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА МЕТОДОМ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИИ С УСТАНОВКОЙ ЛАКРИМАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА

Шафранская В.А., Приступа В.В, Криштопова М.А.

УО «Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, УЗ «Витебская областная клиническая больница» г. Витебск.

Ключевые слова: дакриоцисториностомия, носослезный проток, слезотечение.

Резюме: целью исследования является оценка результатов лечения хронического дакриоцистита методом эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии с установкой лакримального имплантата. Использованный метод эндоскопической дакриоцисториностомии ($n=1$) с формированием носослезного соустья с помощью лакримального силиконового имплантата позволил исключить рубцевание дакриостомы и развитие рецидива заболевания в сроке наблюдения до 2,5 месяцев.

Resume: the aim of the study is to evaluate the results of treatment of chronic dacryocystitis by the method of endonasal endoscopic dacryocystorhinostomy with the installation of a lacrimal implant. The used method of endoscopic dacryocystorhinostomy ($n = 1$) with the formation of a nasolacrimal fistula using a lacrimal silicone implant made it possible to exclude scarring of the dacryostomy and the development of a relapse of the disease within a follow-up period of up to 2.5 months.

Актуальность. Непроходимость слезоотводящих путей является распространенным состоянием и часто становится показанием к проведению операции эндоскопической дакриоцисториностомии. Дакриоцисториностомия (ДКР) – стандартный метод лечения непроходимости носослезного протока. Заболевания слезных путей встречаются с частотой от 21 до 86% у лиц трудоспособного возраста. Существует множество методик лечения заболеваний слезоотводящих путей, что указывает на отсутствие «золотого» стандарта хирургического восстановления слезоотведения. При эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии внутриносовым доступом с эндоскопической визуализацией проводят остеотомию в области ямки слезного мешка, марсупилизируют слезный мешок и вскрывают его, создавая таким образом искусственное соустье, по которому в дальнейшем осуществляется дренаж слезной жидкости с глазной поверхности в полость носа. Одной их распространенных причин рецидива непроходимости слезоотводящих путей после такой операции является заращение сформированного соустья. Для препятствия заращению предложены различные подходы в том числе с использованием различных имплантов.

Цель: Оценка результатов лечения хронического дакриоцистита методом эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии с установкой лакримального имплантата.

Задачи: 1. Изучение методик ДЦР; 2. Изучение использования различных трансплантатов при ДЦР.

Материалы и методы. Метод эндоназальной эндоскопической дакриоцисториностомии выполняли следующим образом: под контролем торцевого эндоскопа (0°)

выполняли формирование лоскута слизистой на латеральной стенке носа: первый вертикальный разрез – позади *linea maxillaries* перед *processus uncinatus*; второй вертикальный разрез – кпереди и кверху от переднего конца средней носовой раковины, сформированный и отсепарованный лоскут слизистой смещается в сторону нижней носовой раковины. Формирование костного окна в проекции на латеральной стенке носа с помощью долота. Идентификация слезного мешка путем введения зонда через нижнюю слезную точку, каналец и слезный мешок в полость носа. Иссечение медиальной стенки слезного мешка в пределах остеотомического отверстия с помощью серповидного ножа. Установка лакримального силиконового имплантата с помощью зонда через нижнюю и верхнюю слезную точку, каналец и слезный мешок в полость носа, промывание слезных путей раствором антисептика (антибиотика) через стент под эндовидеоконтролем. Укладка отсепарованного лоскута слизистой на нижний край остеотомического отверстия под имплант. Фиксация лоскута слизистой с помощью тампона, уложенного под имплант. Тампонада левой половины носа.

Результаты исследования и их обсуждение: Ниже представлен клинический пример использования представленной методики на практике.

Пример 1.

Больной А., 33 года, поступила в отделение микрохирургии глаза с диагнозом: хронический дакриоцистит слева, непроходимость носослезного протока слева, жалобы на упорное слезотечение в течение года. Лечился амбулаторно, эффекта не было. Объективно: конъюнктив гиперемирована, слезная точка не дислоцирована, при надавливании на область слезного мешка скудное слизистое отделяемое. При проведении рентгенографии слезных путей контрастом было выявлено сужение слезного канала слева. Проведена дакриоцисториностомия с установкой лакримального силиконового имплантата. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан на 14 день с отсутствием слезотечения. Имплант удален через 8 недель. Пациент осмотрен через 2,5 месяца. При контрольном осмотре пациент жалоб не предъявлял, сохранялась свободная проходимость сформированного соустья. Синехий в области хирургического вмешательства не обнаружено. Клинический результат операции был оценен как положительный.

Выводы: использованный метод эндоскопической дакриоцисториностомии с формированием носослезного соустья с помощью лакримального силиконового имплантата позволил исключить рубцевание дакриостомы и развитие рецидива заболевания в сроке наблюдения до 2,5 месяцев.

Литературу

1. Карпищенко, С.А. Современный подход к эндоскопической лазерной дакриоцисториностомии/С.А. Карпищенко, Н.Ю. Кузнецова// Офтальмологические ведомости. – 2008. – Т.1, № 1. – С. 29-33.
2. Вормалд, П.-Дж. Эндоскопическая риносинусохирургия. Анатомия, объемная реконструкция и хирургическая техника/П.-Дж. Вормалд; Пер. К.Э. Клименко. – М.: Медицинская литература, 2021. – 328 с.