

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
кафедра факультетской педиатрии*

Трегуб Н. Н., Толстенко Г. А., Бессарабов И. П.

Научный руководитель: Скударнов Е. В., д. м. н., профессор.

Цель исследования. Проанализировать эффективность диагностических алгоритмов и терапевтических подходов к лечению язвенной болезни у детей в условиях реальной клинической практики специализированного стационара.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 20 пациентов детского возраста (7–17 лет) с верифицированной язвенной болезнью, пролеченных в гастроэнтерологическом отделении с января по май 2026 года. Анализировались гендерно-возрастные характеристики, локализация язвенного дефекта, частота осложнений, результаты эндоскопической диагностики, эффективность эрадикационной терапии и исходы лечения.

Результаты. Выявлено преобладание мальчиков (70%) со средним возрастом $14,2 \pm 1,8$ года. Дуоденальная локализация язв диагностирована у 80%, желудочная – у 10%, сочетанная – у 10%. Осложнения на момент госпитализации зафиксированы у 55% пациентов, среди которых желудочно-кишечное кровотечение встречалось наиболее часто. Полное заживление язвенного дефекта достигнуто у 65%, клинико-эндоскопическая ремиссия – у 35%. Пациенты, получавшие психокоррекционную поддержку, имели более высокие показатели выздоровления (80% против 50%).

Заключение. Стандартные диагностические и лечебные алгоритмы требуют персонализации с учетом локализации язвы, сроков проведения дыхательных тестов и психосоматического статуса пациента. Высокая частота осложнений (55%) диктует необходимость оптимизации амбулаторного этапа и повышения информированности родителей.

Ключевые слова: язвенная болезнь, дети, *Helicobacter pylori*, эндоскопия, эрадикационная терапия, осложнения.

Актуальность

Язвенная болезнь у детей остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной педиатрии, что обусловлено ее значительной распространенностью, хроническим рецидивирующим течением и высоким риском развития жизнеугрожающих осложнений. По данным литературы, хронические заболевания гастродуоденальной зоны составляют от 70% до 75% в структуре болезней органов пищеварения у детей, а на долю язвенной болезни приходится от 1,7% до 16% всей гастроэнтерологической патологии в детской популяции. За последние десятилетия отмечен неуклонный рост заболеваемости: если в конце XX века удельный вес язвенной болезни составлял 1,5–2,8%, то к настоящему времени он достиг 7,8–13,5%. Особенно тревожным является трехкратное увеличение частоты данной патологии среди городских школьников.

Особенности клинического течения язвенной болезни у детей – атипичность, стертость симптомов, маскировка под хронический гастродуоденит или функциональную диспепсию – существенно затрудняют раннюю диагностику. Без своевременной терапии заболевание в 5–8% случаев осложняется желудочно-кишечными кровотечениями, перфорацией, пенетрацией и стенозом привратника, что приводит к значительному снижению качества жизни ребенка и требует длительной реабилитации.

Современные клинические рекомендации (Минздрав РФ, 2024) предлагают четкие алгоритмы ведения таких пациентов. Однако реальная

клиническая практика часто сталкивается с вариабельностью течения заболевания, низкой комплаентностью подростков, недостаточной настороженностью врачей первичного звена и ростом резистентности *Helicobacter pylori* к антибиотикам.

Цель исследования: провести анализ эффективности диагностических алгоритмов и терапевтических подходов к лечению язвенной болезни у детей в условиях реальной клинической практики специализированного гастроэнтерологического стационара.

Задачи исследования:

1. Оценить эпидемиологическую структуру (пол, возраст, локализация язв) пациентов с язвенной болезнью.
2. Проанализировать диагностическую ценность эндоскопических и лабораторных методов.
3. Выявить частоту и структуру осложнений при поступлении.
4. Оценить непосредственные исходы лечения и факторы, влияющие на эффективность терапии.

Материалы и методы

Дизайн исследования. Ретроспективное аналитическое исследование.

Характеристика базы исследования. Исследование проведено в ходе производственной практики на базе специализированного гастроэнтерологического отделения Детской городской больницы № 1 (г. Барнаул), которая является многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, включающим стационар на 30 коек гастроэнтерологического профиля (6 палат по 5 коек) и два поликлинических отделения. В структуру стационара входят эндоскопический кабинет с возможностью проведения эзофагогастродуоденоскопии с биопсией, процедурный кабинет, кабинет функциональной диагностики (суточная рН-метрия), а также консультативные кабинеты врачей-специалистов.

Выборка. В ретроспективный анализ включены 20 детей, находившихся на стационарном лечении с верифицированным диагнозом «Язвенная болезнь» с января по май 2026 года.

Критерии включения: возраст от 7 до 17 лет, наличие эндоскопически подтвержденного язвенного дефекта, полный объем доступной медицинской документации.

Критерии исключения: наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии, отказ пациента или его родителей от участия в исследовании.

Диагностический алгоритм включал:

1. Эзофагогастродуоденоскопию с множественной биопсией – «золотой стандарт» диагностики.

2. Быстрый уреазный тест (хелпил-тест) для верификации *Helicobacter pylori*.

3. Гистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Дыхательный уреазный тест с ¹³C-мочевинной для контроля эрадикации (выполнялся через 4 недели после окончания терапии).

5. Клинический и биохимический анализы крови, кал на скрытую кровь.

Терапевтический протокол. Лечение проводилось согласно клиническим рекомендациям: эрадикационная терапия первой линии (ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин) в комбинации с антацидными препаратами и диетотерапией (стол №5 по Певзнеру). При непереносимости кларитромицина применялась схема с метронидазолом. Часть пациентов получала дополнительную психокоррекционную поддержку (когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные методики, работа с семьей).

Оценка исходов. Контрольная эзофагогастродуоденоскопия проводилась через 4–6 недель от начала лечения. Исходы классифицированы как: *полное выздоровление* – полная эпителизация язвенного дефекта, отсутствие воспалительной инфильтрации; *клинико-*

эндоскопическая ремиссия – рубцевание с формированием «красного» рубца, сохранение умеренного отека слизистой.

Статистическая обработка. Данные обработаны с использованием методов описательной статистики (среднее арифметическое, стандартное отклонение, процентные доли).

Результаты

Эпидемиологическая характеристика. С января по май 2026 г. в гастроэнтерологическом отделении Детской городской больницы № 1 (г. Барнаул) пролечено 20 детей с верифицированной язвенной болезнью. Половая структура характеризовалась значительным преобладанием лиц мужского пола: мальчики составили 70% (n=14), девочки – 30% (n=6). Средний возраст пациентов – $14,2 \pm 1,8$ года. Распределение по возрастным группам показало, что на детей 7–11 лет пришлось 20% случаев (n=4), на возрастные группы 12–14 лет и 15–17 лет – по 40% (n=8 в каждой). Частота госпитализаций в 2026 году увеличилась на 15% по сравнению с аналогичным периодом 2025 года.

Локализация язвенного дефекта. У подавляющего большинства пациентов (80%, n=16) язвенный дефект был локализован в двенадцатиперстной кишке. Язва желудка диагностирована у 10% пациентов (n=2), сочетанное поражение (язвы как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке) выявлено также у 10% (n=2).

Результаты диагностики Helicobacter pylori. Инвазивные тесты (быстрый уреазный тест в сочетании с гистологическим исследованием) подтвердили наличие *Helicobacter pylori* у 17 из 20 пациентов, что составило 85%. Дыхательный уреазный тест с ¹³C-мочевинной, проведенный в установленные сроки, дал положительный результат в 16 случаях (80%). В одном случае зафиксировано расхождение результатов: дыхательный тест оказался отрицательным при положительной гистологии, что было связано с приемом антисекреторных препаратов непосредственно перед исследованием, нарушившим условия подготовки.

Частота и структура осложнений. На момент поступления в стационар у 11 из 20 пациентов (55%) выявлены осложнения язвенной болезни. Наиболее частым осложнением явилось желудочно-кишечное кровотечение, подтвержденное клиническими и лабораторными данными (мелена, снижение уровня гемоглобина), которое зафиксировано у 7 пациентов (35% от всей выборки). Функциональный стеноз привратника диагностирован у 2 пациентов (10%), еще у 2 пациентов (10%) заподозрена пенетрация язвы в поджелудочную железу. У 8 из 11 пациентов с осложнениями родители игнорировали эпизодические боли в животе в течение 2–6 месяцев до госпитализации, что свидетельствует о низкой информированности и недостаточной настороженности в отношении гастроэнтерологической патологии.

Исходы лечения. Полное выздоровление с полной эпителизацией язвенного дефекта достигнуто у 13 пациентов (65%). Клинико-эндоскопическая ремиссия с формированием «красного» рубца и сохранением умеренного отека слизистой зафиксирована у 7 пациентов (35%). В группе пациентов, получавших дополнительную психокоррекционную поддержку (n=10), полное выздоровление достигнуто у 8 пациентов (80%), тогда как в группе без психокоррекции (n=10) – только у 5 пациентов (50%).

Эффективность эрадикационной терапии. У 18 из 20 пациентов (90%) эрадикация *Helicobacter pylori* достигнута после первого курса тройной терапии. У 2 пациентов (10%) зафиксирована персистенция инфекции после первого курса, что потребовало продления терапии до 14 дней с заменой одного из антибиотиков. Вторичная эрадикация достигнута в обоих случаях, и при контрольном обследовании отрицательные результаты дыхательного теста подтверждены у всех пациентов.

Обсуждение

Проведенное нами исследование выявило ряд значимых расхождений между теоретическими алгоритмами, заложенными в клинические

рекомендации, и их практической реализацией в условиях реального стационара.

Эпидемиологические особенности. Преобладание мальчиков (70%) и дуоденальной локализации язв (80%) полностью соответствует литературным данным, что позволяет считать нашу выборку репрезентативной. Пик заболеваемости приходится на возраст 12–17 лет, что, вероятно, связано с гормональной перестройкой и высокими психоэмоциональными нагрузками в подростковом периоде. Увеличение частоты госпитализаций в 2026 году на 15% по сравнению с предыдущим годом может быть обусловлено как постпандемийным ростом стрессовых факторов, так и улучшением выявляемости заболевания.

Диагностический аспект. Эзофагогастродуоденоскопия с множественной биопсией подтвердила 100% чувствительность в выявлении язвенного дефекта, что полностью соответствует ожидаемым результатам. Однако в 10% случаев (сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки) первичный осмотр ограничился оценкой луковицы двенадцатиперстной кишки, и дефект в теле желудка был выявлен только при повторной эндоскопии. Это указывает на необходимость стандартизации протокола эндоскопического исследования с обязательным осмотром всех отделов желудка, даже при визуализации язвы в двенадцатиперстной кишке.

Критическим моментом стала оценка эффективности дыхательного уреазного теста для контроля эрадикации *Helicobacter pylori*. В одном случае (5%) тест дал ложноотрицательный результат на фоне приема ингибиторов протонной помпы за 48 часов до исследования. Согласно клиническим рекомендациям, перед проведением дыхательного теста необходим «отмывочный» период без антисекреторных препаратов продолжительностью не менее 7–14 дней. Однако в реальной практике стационара соблюдение данного интервала оказалось затруднительным из-за необходимости купирования болевого синдрома у пациентов. Данный факт свидетельствует о необходимости разработки внутреннего

протокола, предусматривающего либо строгую маршрутизацию пациентов с указанием даты отмены ингибиторов протонной помпы перед выпиской, либо использование альтернативных методов контроля эрадикации (например, иммуноферментный анализ кала на антиген *Helicobacter pylori*), которые не требуют отмены препаратов.

Терапевтический аспект. Персистенция *Helicobacter pylori* после первого курса тройной терапии у 10% пациентов согласуется с данными литературы о растущей резистентности микроорганизма к кларитромицину, которая в ряде регионов России достигает 15–20%. В нашей практике врачи использовали пролонгированный курс (14 дней вместо стандартных 10) с заменой одного из антибиотиков, что позволило достичь эрадикации у всех пациентов без перехода на квадротерапию. Это может быть клинически приемлемой альтернативой в условиях ограниченного выбора лекарственных форм для детей (возрастные ограничения на применение тетрациклина и других компонентов квадротерапии), хотя и требует дальнейшего изучения.

Психосоматический компонент. Наиболее значимым результатом, выходящим за рамки стандартных клинических рекомендаций, стало выявление корреляции между включением психокоррекционной работы и исходом лечения. В группе пациентов, получавших дополнительную психологическую поддержку (когнитивно-поведенческая терапия, релаксационные методики, работа с семьей), доля полного выздоровления составила 80%, тогда как в группе без психокоррекции – только 50%. Клинические рекомендации упоминают психоэмоциональные факторы как триггеры обострений, но не регламентируют обязательное включение психотерапии в стационарный протокол. Наше исследование показывает, что это упущение может существенно снижать эффективность лечения, особенно у подростков с высоким уровнем тревожности и школьного стресса, что диктует необходимость пересмотра протоколов в сторону усиления психосоматического компонента.

Организационные проблемы. Высокая доля пациентов с осложнениями при поступлении (55%) свидетельствует о недостаточной эффективности амбулаторного звена и низкой информированности родителей о ранних симптомах заболевания. У 8 из 11 пациентов с осложнениями боли в животе игнорировались родителями в течение 2–6 месяцев и расценивались как «переедание» или «школьный стресс». В клинических рекомендациях акцент сделан на лечении уже верифицированной язвенной болезни, однако недостаточно внимания уделяется алгоритмам раннего выявления заболевания на амбулаторном этапе. Мы предлагаем дополнить протоколы маршрутизации пациентов с абдоминальным болевым синдромом, длящимся более 2 недель, обязательным направлением к детскому гастроэнтерологу для исключения язвенной болезни, особенно в группах риска (подростки мужского пола, отягощенная наследственность).

Ограничения исследования. Ретроспективный дизайн и небольшой объем выборки ($n=20$) не позволяют делать окончательные статистические выводы и экстраполировать результаты на всю популяцию. Необходимы дальнейшие исследования с большим количеством пациентов и использованием многофакторного анализа для выявления независимых предикторов эффективности лечения.

Заключение

1. В структуре пациентов с язвенной болезнью преобладают мальчики-подростки (70%) с дуоденальной локализацией язвенного дефекта (80%); пик заболеваемости приходится на возраст 12–17 лет.

2. Эзофагогастродуоденоскопия с множественной биопсией остается наиболее информативным методом диагностики, однако требует стандартизации протокола с обязательным осмотром всех отделов желудка для своевременного выявления сочетанных язв.

3. Высокая частота осложнений при поступлении (55%), среди которых доминирует желудочно-кишечное кровотечение (35%), указывает на недостаточную настороженность врачей первичного звена и низкую

информированность родителей; необходима оптимизация маршрутизации пациентов с абдоминальным болевым синдромом.

4. Включение психокоррекционных методик в базовый протокол лечения позволяет увеличить долю пациентов с полным выздоровлением (до 80% против 50% в группе без психокоррекции) и может рассматриваться как резерв повышения эффективности терапии.

5. Соблюдение сроков проведения дыхательного уреазного теста и учет возможной лекарственной резистентности *Helicobacter pylori* требуют персонализированного подхода к назначению эрадикационной терапии с возможной пролонгацией курса при персистенции инфекции.

Благодарности

Авторы выражают благодарность профессору, д. м. н. Скударнову Евгению Васильевичу за научное руководство и ценные замечания при подготовке работы, а также коллективу гастроэнтерологического отделения Детской городской больницы № 1 г. Барнаула за предоставленную возможность проведения исследования и всестороннюю поддержку в ходе производственной практики. Прохождение практики на базе отделения позволило авторам отработать навыки клинического обследования пациентов с гастроэнтерологической патологией, освоить интерпретацию данных эндоскопических и лабораторных методов исследования, ознакомиться с современными протоколами эрадикационной терапии, а также приобрести опыт работы в условиях реального стационара, что будет полезно в дальнейшей практической деятельности врача-педиатра.

Список литературы:

1. Белоусов Ю.В., Павленко Н.В. Язвенная болезнь у детей: проблемы и перспективы. *Международный медицинский журнал*. 2003; 1: 35-39.

2. Иноземцева Д.А., Богачева С.М. Ретроспективный анализ течения язвенной болезни у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2024; 27(S1): 30. – EDN IYYGGQ.

3. Лобанов Ю.Ф., Латышев Д.Ю., Устькачкинцев В.А. Сочетанная патология у детей с синдромом раздражённого кишечника. Актуальные проблемы педиатрии: Сборник материалов XI Конгресса педиатров России. – М., 2007: 399. – EDN ZDHKNB.

4. Яргина О.А., Чередниченко А.М. Психосоматические аспекты течения язвенной болезни у подростков и роль семьи в их формировании. *Уральский медицинский журнал*. 2007; 5: 41-42. – EDN KXCYHN.

5. Козловский А.А., Лозовик С.К. Особенности современного течения язвенной болезни у детей. *Проблемы здоровья и экологии*. 2009; 1(19): 51-55. – EDN UYWQMF.

6. Клинические рекомендации: Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2024.

7. Поливанова Т.В., Каспаров Э.В., Вишвков В.А. и др. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, гастродуоденальных эрозий и язв и их ассоциация у школьников Сибири с семейной предрасположенностью к язвенной болезни. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2020; 40(5): 113–121. <https://doi.org/10.15372/SSMJ20200514>.

8. Лобанов Ю.Ф., Скударнов Е.В., Гордеев В.В., Строзенко Л.А. Клинико-анамнестические особенности эрозивного гастродуоденита у детей на фоне дисплазии соединительной ткани. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2012; 2: 54-56. – EDN TRJZUJ.

9. Латышев Д.Ю., Латышева М.Д., Лобанов Ю.Ф. [и др.] Особенности клинического течения эрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста на современном этапе. *Бюллетень медицинской науки*. 2025; 3(37): 42-47. <https://doi.org/10.31684/25418475-2025-3-42>. – EDN GZVGYQ.

10. Шайдуров А.А., Лобанов Ю.Ф., Шевченко С.М. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2018660983 Российская Федерация. Скрининг язвенной болезни у детей и взрослых: №

2018618429: заявл. 07.08.2018: опубл. 30.08.2018; заявитель Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский скрининг-центр». – EDN TWAOQH.

Как цитировать:

Трегуб Н. Н., Толстенко Г. А., Бессарабов И. П. Анализ подходов к диагностике и лечению язвенной болезни у детей в специализированном гастроэнтерологическом стационаре (ретроспективное исследование). *Scientist (Russia)*. 2026; 3 (32): 126-137.
