

УДК 616.33/.34-053.4/6-036.22-07

В.А. Мирошниченко, Т.Я. Янсонс, М.А. Ивановская, Р.В. Жулдыбин, Э.В. Кораблева, Л.М. Матиенко, И.Е. Слезка, Е.А. Петрушина

Владивостокский государственный медицинский университет

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ – НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ*Ключевые слова: гастроэнтерологическая патология, дети, подростки, ранняя диагностика.*

Представлены данные исследований частоты и симптоматики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей и подростков г. Владивостока. Показана высокая частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни I и II степени выраженности (по Savary–Miller), хеликобактерного гастрита и язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в популяции. Частота регистрации хронического гастрита и язвенной болезни с возрастом увеличивалась и достигала максимума у подростков 15–18 лет. Кроме того, у детей с хроническим гастритом хеликобактерной этиологии отмечено достоверное повышение уровня холестерина липопротеидов очень низкой плотности, являющееся фактором риска атеросклероза. У 73,5% подростков 15–18 лет с язвенной болезнью отмечалась рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, у 3% – кровотечение и у 1,5% – пилоростеноз. По данным авторов, до 95% детей и подростков с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта могут обследоваться и лечиться в условиях поликлиники. Ранняя диагностика и лечение здесь будут способствовать снижению заболеваемости язвенной болезнью и раком желудка у взрослых.

Боли в животе являются одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых детьми и их родителями, и одной из ведущих причин экстренных госпитализаций детей и оперативных вмешательств. По данным ST. James-Roberts, примерно 23% детей к 6-недельному возрасту кричат по ночам, страдая от кишечных колик. В школьном возрасте жалобы на рецидивирующие боли в животе предъявляют более половины детей. В некоторых случаях боли проходят бесследно и не требуют серьезного лечения, но в 50–70% наблюдений они продолжают беспокоить пациентов, реализуясь в хронические гастроэнтерологические заболевания [2]. Несомненно, здесь перед участковым врачом возникает масса проблем как в отношении диагностики, так и лечения. Как показали наши данные, при болях в животе доля правильно поставленных диагнозов в поликлинике составляет 13%. Это было связано как с поздним обращением к врачу, в том числе из-за недостаточной настороженности родителей (45,5%), так и из-за вовлечения в патологический процесс других систем организма. Следует учесть и трудности обследования детей, в том числе из-за низкой материально-технической оснащенности поликлинической службы. В то же время, по нашим наблюдениям, 95% детей с заболеваниями органов пищеварения могут обследоваться и лечиться в поликлинике.

Одной из распространенных патологий детского возраста – 30–45% детей с заболеваниями органов пищеварения – является гастроэзофагеальная рефлюкс-

ная болезнь (ГЭРБ). По МКБ-10 ГЭРБ может быть как с эзофагитом, так и без него. Рефлюкс-эзофагит диагностируется при выполнении эндоскопии в 12–16% случаев. У взрослых выраженность эзофагита иногда достигает высокой степени и приводит к образованию язв пищевода. При отсутствии адекватной терапии ГЭРБ может осложняться стриктурами пищевода у 7–23% пациентов. Это наблюдается, в частности, при укороченных (менее 4 недель) курсах лечения, слабом снижении желудочной секреции при использовании недостаточно эффективных препаратов, а также при несоблюдении пациентом режима лечения.

Л.М. Матиенко [5] наблюдала 136 детей г. Владивостока с гастроэзофагеальным рефлюксом. Среди пациентов преобладали девочки (58,2%). Наиболее многочисленную группу составили дети с длительностью заболевания 2 года (42%), одинаковое число детей (по 24%) болели 3–4 года и более 5 лет. И только в 10% случаев клинические проявления наблюдались в течение года. Степень выраженности рефлюкс-эзофагита определяли с помощью классификации Savary–Miller [1]. Чаще (78%) находили I степень эзофагита – единичные эрозии, II степень эзофагита – множественные эрозии – диагностировали реже (22%), III и IV степени эзофагита – язвенные поражения и хронические язвы – не обнаруживались (табл. 1). Все дети имели характерные симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: изжога, отрыжка, срыгивания. Грамотная оценка клинических симптомов может быть более результативной, чем инструментальное исследование. Всегда нужно с большим вниманием относиться к жалобам ребенка, а также к данным объективного осмотра. Клинические признаки следует не считать, а взвешивать [3].

Ранняя диагностика, разъяснительная работа с родителями и детьми, постуральная терапия, диетотерапия (уменьшение объема пищи с увеличением частоты ее приема) приводят к положительным результатам. При развитии ГЭРБ применяли прокинетики (домперидон), ингибиторы протонной помпы. В своей практике мы назначали париет с хорошим эффектом. После достижения клинического эффекта продолжали поддерживающую терапию париетом по 10 мг 1–2 раза в неделю четыре недели. При обнаружении хеликобактерного гастрита проводили эрадикационную терапию.

ГЭРБ, эзофагит и метаплазия пищевода (пищевод Баррета) представляют собой последовательность

событий, которые создают предпосылки для возникновения аденокарциномы пищевода. В связи с этим ранняя диагностика, эффективное лечение детей и подростков, страдающих ГЭРБ, способствуют предупреждению развития этой опухоли у взрослых.

Частой патологией у детей и подростков являются заболевания гастродуоденальной системы: гастрит, гастродуоденит. Среди причин, способствующих росту частоты хронического гастрита и утяжелению его течения, называют экологическую обстановку, режим питания, увеличение количества аллергических заболеваний, режим повышения нервно-психических нагрузок, малоподвижный образ жизни и др. Но самой частой причиной, вызывающей гастродуоденальную патологию, является *Helicobacter pylori*. Этот микроорганизм имеет глобальное значение и широко распространен, в том числе и нашей стране, где, по эпидемиологическим данным, им инфицировано более 80% населения. *H. pylori* во всех случаях вызывает воспалительные изменения слизистой оболочки желудка или 12-перстной кишки, которые, собственно, и представляют собой субстрат гастрита и дуоденита. Носительство *H. pylori*, возможно, связано с заселением слизистой оболочки желудка слабовирулентными штаммами или с ослаблением адгезивных свойств микроорганизма [8]. На распространенность хеликобактериоза влияют социально-экономические условия.

Изучение эпидемиологии хеликобактерного гастрита во Владивостоке показало, что обращаемость в лечебно-профилактические учреждения по поводу заболеваний гастродуоденальной системы низка и не совпадает с их истинной распространенностью. Так, при специальном обследовании у 87% больных детей диагноз был поставлен впервые, хотя длительность заболевания у 63% из них была более трех, а у 30% — более пяти лет. Анализ причин поздней диагностики позволил установить, что этому способствовали неполное изучение анамнестических данных, неправильная интерпретация клинических проявлений болезни, стертость клинических проявлений, отсутствие настороженности у родителей и врачей.

Чаше хеликобактерная инфекция распространяется орально-оральным путем. *H. pylori* передается при поцелуях или при пользовании одними и теми же столовыми приборами, облизывании сосок и ложек грудных младенцев и т.п. Обнаружение специфических антител в крови новорожденных позволило предположить трансплацентарный путь передачи. Признается и фекально-оральный путь инфицирования. Имеются сведения о существовании коковых форм *H. pylori*, в которые микроорганизмы переходят при воздействии различных неблагоприятных факторов [7].

В своих наблюдениях мы проводили исследование на хеликобактерную инфекцию несколькими методами: при морфологическом исследовании биоптата, с помощью иммуноферментного анализа и с помо-

щью дыхательного хелик-теста. Наши данные свидетельствуют, что у всех детей, имевших боли в животе и положительный хелик-тест, при морфологическом исследовании находили воспалительные изменения слизистой оболочки желудка, характерные для различных форм хронического гастрита.

Заболеваемость гастритом с возрастом увеличивалась. Самой многочисленной группой наблюдения (68,9%) оказались подростки в возрасте 15–18 лет. С возрастом также увеличивалось количество эрозивных поражений слизистой желудка. Так, в популяции детей с гастритом эрозивные поражения желудка и 12-перстной кишки встречались у 14,8%, а у детей 15–18 лет из этой группы они диагностировались в 35,6% наблюдений. При эрозивном поражении слизистой оболочки *H. pylori* находили в 86,8% случаев.

М.А. Ивановская наблюдала 128 детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Число больных язвенной болезнью также увеличивалось с возрастом. Чаше болели мальчики. Подростки 15–18 лет составили здесь 53,1%. Длительность заболевания в этой группе составила более 3 лет. У 73,5% детей 15–18 лет с язвенной болезнью отмечалась рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, у 3% — кровотечение и у 1,5% — пилоростеноз.

Специальные исследования, которые мы проводили в 2007 г. в Советском районе Владивостока, показали, что язвенная болезнь у подростков встречается в 12,4% наблюдений. Диагностика язвенной болезни стала возможной прежде всего в связи с открытием эндоскопического кабинета в поликлинике.

Заслуживают внимания и дети из семей, где были (в т.ч. в прошлом) больные раком желудка. Инфицированность *H. pylori* выявлена у 89% этих детей, а при эндоскопическом исследовании у них диагностированы различные формы хронического гастрита.

Довольно сложны вопросы эрадикационной терапии. Собственный опыт показывает, что схемы лечения с метронидазолом малоэффективны. Это объясняется высокой резистентностью *H. pylori* к нему в условиях Приморского края, а также и в других регионах России. Мы применяем макролиды и азалиды, в частности спирамицин и азитромицин (сумамед). Вместо амоксициллина применяем его новую форму — флемоксин-солютаб, который отличается кислотоустойчивостью, меньшим числом побочных эффектов в связи с большей биодоступностью (93%). Использовали и нитрофурановые препараты.

Особый интерес представляла работа И.Е. Слезки [6]. Она изучала фосфолипидный и жирнокислотный состав мембран эритроцитов у детей с целью выявления групп риска по атеросклерозу. Уже среди здоровых школьников отмечено снижение интенсивности метаболизма жирных кислот у мальчиков, что подтверждает неблагоприятный прогноз в отношении развития атеросклероза для мужской популяции г. Владивостока. Кроме того, у детей с хроническим гастритом хеликобактерной этиологии отмечено достоверное повыше-

Таблица 1

Липопротеиды сыворотки крови детей с хроническим хеликобактерным гастритом, моль/л

Показатель*	Здоровые	Больные
ОХС	3,7±0,1	4,1±0,1**
ХС ЛПОНП	0,3±0,01	0,5±0,01**
ХС ЛПНП	2,2±0,1	2,2±0,1
ХС ЛПВП	1,2±0,1	1,1±0,1
ТГ	6,8±0,1	1,2±0,1**
ИА	2,3±0,1	2,9±0,1**

* ОХС — общий холестерин, ХС ЛПОНП — холестерин липопротеидов очень низкой плотности, ХС ЛПНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ТГ — триглицериды, ХС ЛПВП — холестерин липопротеидов высокой плотности, ИА — индекс атерогенности.

** Разница с группой здоровых статистически значима.

ние уровня холестерина липопротеидов очень низкой плотности, являющееся фактором риска атеросклероза, и снижение антиатерогенной фракции холестерина — холестерина липопротеидов высокой плотности. Также отмечено достоверное повышение уровня триглицеридов и индекса атерогенности (табл. 1).

Характерной особенностью изменений в составе жирных кислот эритроцитов оказалось уменьшение содержания полиненасыщенных жирных кислот семейства ω -3-метаболизмов α -линоленовой кислоты, чей повышенный уровень связан с артериальной гипертензией. Сравнительный анализ содержания отдельных компонентов фосфолипидов показал низкий уровень фосфатидилэтаноламина и фосфатидилсерина (табл. 2).

Эти данные позволили отнести детей с хроническим гастритом хеликобактерной этиологии в группу риска по атеросклерозу. Не менее интересным был и тот факт, что разработанная на кафедре программа коррекции дислипидемии была эффективной лишь после эрадикационной терапии хронического гастрита.

Длительная персистенция *H. pylori* в желудочно-кишечном тракте сопровождается общим воздействием на организм человека, которое связано с циркуляцией множества биологически активных субстанций (токсины, лейкотриены, цитокины, простагландины и др.), а также возможным развитием аутоиммунных реакций. Предположительно *H. pylori* может потенцировать развитие атеросклероза и его основных проявлений (ишемическая болезнь сердца, ишемический инсульт) у взрослых [4].

Таким образом, проблемы заболеваний органов пищеварения, в частности заболеваний гастроуденальной области, далеки от разрешения. Ранняя диагностика их у детей и подростков будет способствовать снижению частоты их осложнений у взрослых, снижению заболеваемости язвенной болезнью и раком желудка.

Литература

1. Калинин А.В. // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 1996. — № 2. — С. 6–11.
2. Корниенко Е.А. // Детская гастроэнтерология. — 2005. — № 3. — С. 5–10.

Таблица 2

Уровень фосфолипидов эритроцитов у детей с хроническим хеликобактерным гастритом, % от общей суммы

Фосфолипид	Здоровые	Больные (исходный уровень)	
Фосфатидилсерин	1,1±0,3	Повышен	12,2±0,5
		Средний	9,5±0,8
		Понижен	8,2±0,7
Сфингомиелин	29,6±0,1	Повышен	33,2±0,2
		Средний	30,6±1,3
		Понижен	27,0±0,7
Фосфатидилхолин	33,2±0,1	Повышен	35,7±0,5
		Средний	33,4±0,7
		Понижен	32,3±0,5
Фосфатидилэтаноламин	27,0±0,1	Повышен	28,4±0,6
		Средний	26,2±1,4
		Понижен	24,1±0,1

3. Неотложная гастроэнтерология / Крылов А.А., Земляной А.Г., Михайлович В.А., Иванов А.И. — М.: Медицина, 1988.
4. Маев И.В., Самсонов А.А. // Медицинский вестник. — 2006. — № 42. — С. 11–13.
5. Матиенко Л.М. Применение биологически активных веществ морских гидробионтов у детей с гастроэзофагеальным рефлюксом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 2000.
6. Слезка И.Е. Клинико-биохимическое обоснование коррекции дислипидемий биологически активными веществами морских гидробионтов у детей школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 1997.
7. Benanssa M., Babin P., Quellard N. et al. // EHPSG VIII International Workshop, 1995. — Edinburg, Scotland. — Abstracts-in-disk from Astra/Merk.
8. Mitchell H.M., Lee A., Bohan T.D. // Campicobacter pylori and gastroduodenal disease / ed. by B.J. Rathbone, R.V. Heatley. — Blackwell: Oxford, 1989. — P. 197–202.

Поступила в редакцию 25.03.2008.

DISEASES OF GASTRODUODEONAL ZONE — THE MOST FREQUENT DISEASES OF A DIGESTIVE PATH AMONG CHILDREN AND TEENAGERS

V.A. Miroshnichenko, T.Ya. Yansons, M.A. Ivanovskaya, R.V. Zhuldybin, E.V. Korableva, L.M. Matienko, I.E. Slezka, E.A. Petrushina

Vladivostok State Medical University

Summary — By Authors data about prevalence gastrointestinal diseases at children and teenagers of Vladivostok (a gastritis, a gastroduodenitis, a gastroesophageal reflux disease, a stomach ulcer) are presented. Growth of disease with the years is noted by increase in number of complications: at 73.5% children of 15–18 years with a stomach ulcer cicatricial deformation of a bulb of duodenum, at 3.0% bleeding and at 1.5% pylorostenosis was marked. Own experience shows, that 95% children with diseases of bodies of digestion can be surveyed and treated in a polyclinic. Early diagnostics of diseases gastroduodeonal zone at children and teenagers will promote decrease in their complications at adults, to decrease in disease by a stomach ulcer and a cancer of a stomach.

Key words: gastrointestinal pathology, children, teenagers, early diagnostics.