

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.

Чаще 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 кокковых 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. Чаще 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 со-3-метаболитов ос-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 гастродуоденальной 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)	
		Повышен	Понижен
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 АМ. — 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. Benansa 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.