

© Запруднов А.М., Григорьев К.И., 2010

А.М. Запруднов, К.И. Григорьев

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздрава, Москва

В статье представлен анализ заболеваемости болезнями органов пищеварения у подростков с медико-социальных и клинических позиций. Обсуждаются факторы риска подросткового возраста в отношении наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Высказан ряд предложений по совершенствованию третичной профилактики, ранней диагностики и использования современных схем лечения заболеваний, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хеликобактерассоциированные заболевания, желчнокаменная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др. Сформулирована концепция необходимости выделения подростков, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями, в отдельную группу с целью дальнейшего совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики этой патологии.

Ключевые слова: подростки, болезни органов пищеварения, диагностика, лечение, профилактика.

Authors analyze medico-social and clinical aspects of gastrointestinal morbidity in adolescents. They discuss risk factors of most frequent diseases of gastrointestinal tract in puberty. They propose a number of measures for improvement of tertiary prophylaxis, of early diagnosis, of modern protocols usage for treatment of such diseases as gastroesophageal reflux disease, helicobacter-associated diseases, gallbladder stones, ulcerative colitis, Crohn disease et al. They formulate concept about necessity to select adolescents with gastroenterological diseases in special group for further improvement of diagnosis, treatment and prophylaxis of this pathology.

Key words: adolescents, gastrointestinal diseases, diagnosis, treatment, prophylaxis.

Заболевания органов пищеварения являются одними из распространенных в детском возрасте. Начинаясь у дошкольников, включая детей раннего возраста, некоторые болезни (хронический гепатит, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.) довольно часто приобретают прогрессивное течение, осложняются, приводят к инвалидизации. Это сказывается не только на качестве жизни детей и их родителей, но обуславливает необходимость осуществления экономически затратных лечебных и профилактических (третичных*) мероприятий [1]. Своего пика по частоте распространенности болезни органов пищеварения достигают в подростковом возрасте:

в 13–17 лет у лиц мужского пола, в 12–16 лет – женского пола [2].

На основании результатов мониторинга диспансеризации детского населения установлено, что у детей 6-летнего возраста гастроэнтерологические заболевания в 2005–2007 гг. составляли 10 699 на 100 000 детского населения. У подростков 14–25 лет был рост болезней органов пищеварения в среднем на 25% [3].

Примечательно, что детям раннего и дошкольного возрастов свойственны инфекционные гастроэнтерологические заболевания, а у школьников и подростков чаще выявляются хронические болезни органов пищеварения.

* Третичная профилактика – меры, направленные на предотвращение ухудшения течения или осложнений заболевания после того, как болезнь проявилась [1].

Контактная информация:

Запруднов Анатолий Михайлович – д.м.н., проф., зав. каф. педиатрии с инфекционными заболеваниями у детей ФУВ РГМУ им. Н.И. Пирогова
Адрес: 129329 г. Москва, ул. Ивовая, 3
Тел.: (499) 186-83-39, E-mail: AMZaprudnov@rsmu.ru
Статья поступила 4.04.10, принята к печати 30.09.10.

Принципиально важным является **сочетанный характер** различных гастроэнтерологических заболеваний с поражением других органов и систем. Например, болезни кишечника и мочевой системы, верхних отделов пищеварительного тракта и легких. К тому же поражения органов пищеварения редко бывают изолированными, но преимущественно, особенно у подростков, сочетанными: гастродуоденит и дисфункция желчного пузыря, колит и реактивный панкреатит и др. Такие сочетания или синтропия представляются не случайными, поскольку большинство соматических заболеваний имеют полигенный тип наследования и относятся к мультифакториальным в отношении причин их возникновения.

Нельзя недоучитывать влияние на детей факторов **экологического неблагополучия** внешней среды, особенно в промышленно развитых регионах и мегаполисах. Различные факторы (загрязненный воздух, недоброкачественная питьевая вода, радиация и др.) одновременно воздействуют на многие органы-мишени: дыхания, пищеварительного тракта, мочеполовой системы и др. Практически у всех больных детей имеются нейровегетативные изменения и психоэмоциональные нарушения, достигающие своего максимума у подростков. Именно у них начинает проявляться феномен «накопления» неблагоприятных экзогенных (экологически обусловленных) и эндогенных (обменно обусловленных, например, вследствие метаболического синдрома) факторов, рассматриваемых в широком диапазоне от сугубо функциональных до клинической манифестации заболевания.

Необходимо подчеркнуть **своеобразие подросткового возраста**, весьма отличного от других периодов детства, также имеющих свои особенности. Подростковый период жизни характеризуется не только интенсивным с различной степенью выраженности ростом и созреванием всех без исключения органов и систем, но и активной индивидуальной социализацией подрастающего индивидуума, выполняя роль своего рода буфера между детством и юношеством.

В этот период исключительна по своей значимости нейроэндокринная перестройка организма подростка, обуславливающая не только уровень здоровья и качество жизни, но и в немалой степени защиту в будущем от возникновения многих заболеваний. В этом возрасте наиболее активно формируются и переходят на качественно новый уровень деятельности основные регуляторные механизмы, определяется новый тип нейроэндокринных взаимоотношений. Структурные изменения мозга и лимбико-ретикулярного комплекса обеспечивают объединение нейрогенного и гуморально-гормонального путей регуляции, изменение их функциональных взаимоотношений, необходимых для завершения онтогенетического развития.

Активация деятельности гипофиза и тесно связанного с ним гипоталамуса, становление функции половых желез в конечном счете определяют соматотип или морфотип человека. Происходят становление подструкта в личностном плане, окончательное закрепление характерологических особенностей, заложенных в раннем детстве.

Эти и многие другие факторы способствуют условиям, на фоне которых происходят рост и манифестация болезней органов пищеварения, прежде всего кислотозависимых заболеваний, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастрит, язвенная болезнь (ЯБ). Нередко диагностируются и другие болезни, обычно свойственные взрослым – желчнокаменная болезнь, панкреатит, болезнь Крона, полипоз кишечника и др. Частота хронических болезней органов пищеварения у подростков в популяции и различных группах наблюдения составляет 1–10%. Небезынтересно, что, проявляясь в подростковом возрасте, эти заболевания с самого начала протекают тяжело, нередко с осложнениями. Так, у каждого 10-го подростка мужского пола ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) осложняется деформацией луковицы ДПК, пенетрацией, перфорацией, кровотечением [4].

Немаловажно, что большинство заболеваний пищеварительной системы относят к «болезням цивилизации» и по патогенетической сущности они признаются психосоматическими. Действительно, интенсивный рост у подростков, с одной стороны, значительные и чрезмерные по характеру и объему нервно-психические и физические нагрузки, с другой стороны, не могут не сказываться на показателях здоровья. В случае наследственной предрасположенности, перенесенных инфекционных заболеваний, прежде всего острых кишечных инфекций, вирусного гепатита, создаются условия для возникновения хронических болезней органов пищеварения. Базисом формирования различных заболеваний, в том числе гастроэнтерологических, служат психические расстройства, неврозы и невротические реакции, диагностируемые в настоящее время у каждого 2-го подростка.

Современный подросток подвержен воздействию комплекса **стрессовых (невротизирующих) факторов**. Это в большинстве случаев неконтролируемый поток аудиовизуальной информации, перегруженность в школе, дополнительные занятия по разным предметам, многочисленные экзамены. К крайне негативным последствиям для подростка приводят семейные неурядицы, алкоголизм родителей, низкий материальный уровень семьи, нерациональное питание и др. Некоторые болезни органов пищеварения относят к экологически обусловленным, поскольку экологическое неблагополучие наблюдается практически во всех крупных городах.

Под воздействием стресса изменяются активность симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, характер секреции глюкокортикоидов и тиреоидных гормонов («гормоны стресса»), что отражается на функции различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Особенно страдают структура и функция G-клеток слизистой оболочки (СО) антрального отдела желудка и верхнего отдела тонкой кишки (вырабатывают гастрин), энтероцитов тонкой кишки (отвечают за переваривание пищи), гепатоцитов (отвечают за синтез желчных кислот) и др.

Особую проблему составляет распространенность среди подростков *алкоголизма, курения, токсикомании, особенно наркомании*. Как в отдельности, так и в совокупности они прямо или опосредованно влияют на деятельность органов пищеварения, оказывая подчас прямое повреждающее действие. Речь в первую очередь идет о лекарственных средствах, которые в комбинации с некоторыми веществами в силу изменения фармакологических свойств способны оказывать повреждающее действие на органы пищеварения (печень, поджелудочная железа и др.) и другие органы, прежде всего ЦНС.

Известно, что *медикаменты* могут быть причиной тяжелых поражений органов пищеварения. Зарегистрировано более 50 препаратов, вызывающих острое изъязвление СО желудка и ДПК. Высок риск развития панкреатита при приеме нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), метронидазола, нитрофуранов, глюкокортикоидов, тетрациклинов.

В настоящее время в классификацию хронических заболеваний печени включен лекарственный, или медикаментозный, гепатит. Поражение печени обусловлено ее детоксицирующей ролью и непосредственным действием химических соединений, попадающих в кровь, на гепатоциты, митохондрии, каналикулярный аппарат. Обычно повреждение зависит от дозы лекарственного средства. Прямое токсическое действие оказывают анальгетики, особенно при их передозировке (парацетамол, ацетилсалициловая кислота), тетрациклины, цитостатики, гормоны, некоторые психотропные средства и др.

Повреждающим действием на кишечник обладают препараты различных фармакологических групп: цитостатики, антикоагулянты, НПВС, глюкокортикоиды, диуретики, антибиотики и многие другие. Хорошо известны побочные эффекты от применения лекарственных средств на СО полости рта, пищевода, прямой кишки. Известны экологически обусловленные повреждения СО кишечника, связанные с солями тяжелых металлов.

Следует акцентировать внимание подростков и их родителей на недопустимость бесконтрольного приема медикаментов, поскольку в условиях безрецептурной продажи многие препараты ста-

новятся вполне доступными. Подростки применяют их самостоятельно и неправильно.

В развитии гастроэнтерологических заболеваний современная нутрициология большое значение придает *алиментарному фактору*. Нарушения питания как количественного, так и качественного характера существенным образом изменяют работу органов пищеварения. Подростки в силу разных причин склонны к нерегулярному приему пищи, характерны большие перерывы между едой, сухоядение, однообразное питание и др. Меняется физиологический ритм «голод – еда – насыщение – усвоение пищи – голод», что негативно влияет на секреторные, двигательные, абсорбционные и ассимиляционные процессы пищеварительного тракта. Возникают отклонения в секреции инсулина, гастрина, холецистокинина и других полипептидов, не только регулирующих работу ЖКТ, но и влияющих на организм в целом. Создаются предпосылки для возникновения вначале так называемых функциональных заболеваний органов пищеварения: дискинезий пищевода, желудка, желчевыводящих путей, желудочной диспепсии, синдрома раздраженного кишечника, диспанкреатизма и др.

На здоровье подростков оказывают негативное влияние изменения качества питания. Современный подросток потребляет много рафинированных и легкоусвояемых белков и углеводов, а также консервированных продуктов. Усугубляется несбалансированность питания, в частности по основным пищевым ингредиентам. Как и другие группы населения, подростки злоупотребляют продуктами с большим содержанием липидов. Одновременно в пищевом рационе обычно наблюдают недостаток свежих фруктов и овощей, богатых витаминами, структурными макроэлементами (кальций, фосфор, магний), эссенциальными микроэлементами (цинк, медь, селен), пищевыми волокнами.

Особое значение в последние годы придается употреблению пищевых волокон, выполняющих роль естественных энтеросорбентов и обеспечивающих работу ЖКТ. Для дошкольников, школьников и особенно подростков они должны составлять в среднем 0,5–0,6–0,7 г/кг массы тела в сутки соответственно. Важно учитывать, что абсолютное большинство свежих фруктов и овощей обеспечивают антиоксидантную защиту организма.

Заслуживает внимание, что большинство подростков вне зависимости от характера гастроэнтерологических заболеваний в младенчестве лишь непродолжительное время находились на грудном вскармливании (до 3 месяцев), а некоторые с первых недель жизни начинали получать молочные смеси. Накапливается все больше данных, что искусственное вскармливание может как способствовать заболеваниям в раннем возрасте (пилороспазм, целиакия, пищевая аллергия), так и ска-

зываются в более отдаленные сроки. У таких детей уже в подростковом возрасте возможно развитие гиперлипидемии, гиперинсулинизма, ранних признаков атеросклероза.

Свой негативный вклад в ухудшение состояния здоровья подростков вносит **изменение образа жизни**, в совокупности представляющего уровень благосостояния, индивидуальные особенности поведения, качественные стороны условий быта. Нарушения режима дня, несбалансированное питание, хроническая подверженность стрессорным воздействиям, наконец, гиподинамия – вот далеко не полный перечень последствий изменившегося образа жизни.

Неправильное поведение в быту, пренебрежение своим здоровьем служат отягощающими факторами и при прочих равных условиях являются причиной заболевания. Считается, что в развитии болезней ЖКТ на долю нарушений образа жизни приходится 30%. Для сравнения: у больных с заболеваниями органов дыхания – более 30%, сердечно-сосудистой системы – до 50%.

Одной из явных негативных сторон современного образа жизни подросткового поколения является **гиподинамия**. Постоянно уменьшается время пребывания на свежем воздухе, все меньше подростков занимаются физкультурой и спортом, ходят в турпоходы и др. Формируется так называемый гипокинетический синдром, когда наряду с уменьшением двигательной и мышечной активности нарушается деятельность внутренних органов и систем. В условиях снижения или отсутствия адекватной двигательной активности вне зависимости от возраста ребенка увеличивается риск нарушения функций системы органов пищеварения. Возрастает уровень желудочной секреции, снижается внешнесекреторная деятельность поджелудочной железы и печени, нарушается пассаж желчи, уменьшаются переваривающая способность ферментов и пропульсивная активность кишечника.

Функциональные состояния органов пищеварения в немалой степени способствуют развитию болезней. У подростков это, как правило, заболевания, свойственные взрослым, – синдром (пищевод) Барретта, холелитиаз, хронический панкреатит, дивертикулез кишечника и др. Возникая на фоне стрессовых ситуаций, экологического неблагополучия, разнообразных по силе и характеру внешних и внутренних воздействий, эти заболевания не случайно в научной литературе выделяют как «новые» болезни, у некоторых подростков они сразу приобретают прогрессирующее течение и характеризуются склонностью к осложнениям [5]. Показателен в этом отношении пример с болезнью Крона, которая ближе к 80-летию со дня своего первого описания (В. Crohn, L. Ginsburg и G. Oppenheimer, 1932) все чаще стала встречаться у подростков, хотя известно, что пик

заболеваемости приходится на возраст 20–30 лет.

Особенности течения гастроэнтерологических заболеваний у взрослых в зависимости от возраста и пола достаточно хорошо известны и учитываются в диагностическом отношении, а также в осуществлении лечебных программ, включая неотложные мероприятия. У подростков, напротив, многие аспекты диагностики, лечения, профилактики болезней органов пищеварения, в том числе наиболее распространенных, являются проблематичными, то есть требуют научно-практического разрешения либо исследования с учетом достижений в области фундаментальных направлений современной медицины. Тем не менее собственный и других исследователей накопленный опыт позволяет в определенной мере судить о некоторых **особенностях клинических проявлений, течения и исходах гастроэнтерологических заболеваний в подростковом возрасте** (см. таблицу).

Так, у подростков мужского пола манифестация ГЭРБ более выражена, чем у лиц женского пола. Это связано с интенсивным линейным ростом мальчиков-подростков, когда внутренние органы, включая пищевод, отстают в своем развитии. Возникает феномен «натяжения» пищевода, развивается несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, что способствует гастроэзофагальному рефлюксу, затем формированию ГЭРБ с пищеводными (изжога, боль за грудиной, дисфагия и др.) и внепищеводными оторинолорингологическими, бронхолегочными и гастроэнтерологическими проявлениями (рис. 1). Усугубляют развитие ГЭРБ прием алкоголесодержащих напитков, некоторых лекарственных средств, в том числе психоактивных веществ, табакокурение.

ЯБ с преимущественной локализацией в ДПК, редко в желудке, у каждого 10-го больного мужского пола осложняется кровотечением.

Гастродуоденит у подростков женского пола особенно с нейровегетативными изменениями и психоэмоциональными отклонениями нередко приобретает торпидное течение, плохо поддается лечению диетой и антисекреторными препаратами. Антихеликобактерная терапия часто приводит к нарушениям микроэкологии кишечника с явлениями кишечной диспепсии.

Острый панкреатит свойственен подросткам мужского пола, у которых имеет место употребление алкоголя, табакокурение. Велик риск травматического повреждения поджелудочной железы вследствие занятий профессиональным спортом, в домашних и школьных условиях.

Одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний является синдром раздраженного кишечника (СРК), чаще наблюдаемый у девочек-подростков. Такие больные не только эмоционально лабильны, но подвержены стрессам, различным невротизирующим факторам и др.

Таблица

**Некоторые клинические закономерности течения болезней
органов пищеварения у подростков**

Заболевания	Факторы риска*
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Пол мужской; интенсивный рост в 13–14 лет, сопровождающийся несостоятельностью нижнего пищеводного сфинктера; наличие соединительнотканной дисплазии кардиопищеводной зоны
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (желудка)	Пол мужской; желудочно-кишечные кровотечения у каждого 10-го больного
Гастродуоденит	У лиц женского пола чаще «уход в болезнь», торпидное и рецидивирующее течение заболевания
Панкреатит острый	Чаще у лиц мужского пола, употребляющих алкоголь и алкогольсодержащие напитки, подвергающихся травмам брюшной полости
Синдром раздраженного кишечника	Выражен у лиц женского пола, при воздействии стресса и невротизирующих факторов, имеющих в анамнезе перенесенные кишечные инфекции
Сочетанное поражение кишечника и мочеполовой системы	Дисшизия (дисфункция мышечного аппарата таза и/или сфинктеров прямой/сигмовидной кишок), обусловленная гиподинамией, пищевыми погрешностями, вегетососудистыми изменениями, наличием гинекологических заболеваний

* Фактор риска – особенность организма или внешнее воздействие, приводящее к увеличению риска возникновения заболевания или иному неблагоприятному исходу [1].

Педиатры недостаточно осведомлены о соединительнотканых дисплазиях и их роли в происхождении ГЭРБ, заболеваний желудка, кишечника, билиарного тракта [6, 7]. Усугубляющими дисплазию факторами являются гиподинамия, употребление пищевых продуктов, большей частью легко усвояемых, рафинированных, с недостаточным (0,2–0,3 г/кг массы тела) содержанием балластных веществ. Настораживает тенденция к росту заболеваний мочеполовой системы не только у подростков, но и девочек дошкольного возраста.

Тем не менее изучение клинических особенностей наиболее распространенных болезней органов пищеварения в подростковом возрасте

представляет трудности. Во многом это связано с отсутствием соответствующих анализа и оценки клинических проявлений заболеваний в зависимости от возраста: дошкольники, подростки, лица молодого возраста (20–23 лет).

Исходы гастроэнтерологических заболеваний в подростковом периоде не всегда предсказуемы. Например, у детей 12–15 лет с ЯБ, осложненной кровотечением, возможны рецидивы в старшем возрасте, как правило, через 5–7 лет. Механизмы подобных «возвратов» заболевания не ясны, но иногда по экстренным показаниям приходится прибегать даже к оперативным вмешательствам.

Рассматриваемое в качестве аксиомы гастроэнтерологии положение, что истоки болезней органов пищеварения у взрослых находятся в детстве, полностью может быть экстраполировано на подростковый возраст. У многих, едва ли не у большинства подростков манифестация заболеваний происходит в дошкольном и даже раннем возрасте.

Наблюдения показывают, что в течении наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний наблюдается несколько последовательных стадий. Так, например при ГЭРБ, «функциональной» диспепсии, СРК существует первая стадия, характеризующаяся наличием клинических симптомов без патологических изменений СО, ее сменяет вторая стадия болезни с достаточно разнообразными морфологическими изменения-

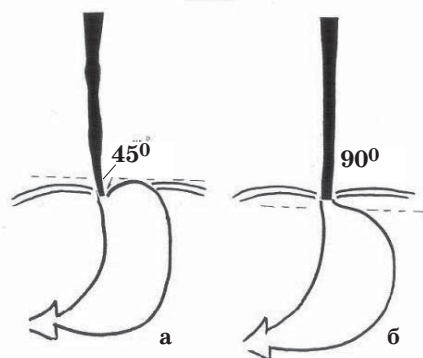


Рис. 1. Форма пищевода у дошкольников (а) при наличии острого угла Гиса (45°) и подростка (б) при наличии прямого угла Гиса (90°).

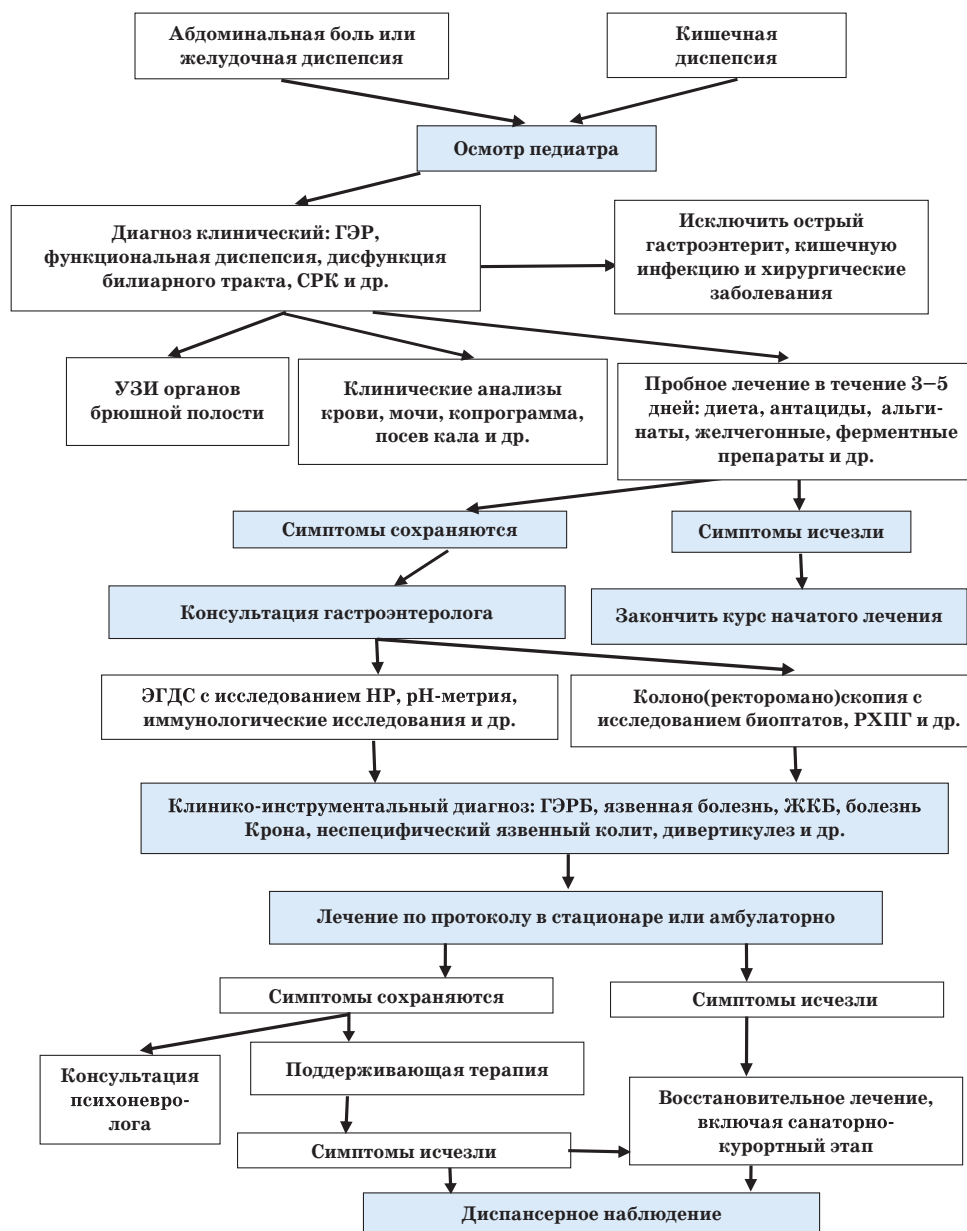


Рис. 2. Алгоритм действий врача-педиатра и врача-гастроэнтеролога при обращении подростка с абдоминальной болью и диспепсией.

Желудочная диспепсия – изжога, отрыжка, тошнота, рвота; кишечная диспепсия – диарея, запор, метеоризм, флатуленция; ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс; ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия; ЖКБ – желчнокаменная болезнь; РХПГ – радиоизотопная холангиопанкреатография; НР – *H. pylori*.

ми СО вплоть до эрозий и язв. Клинико-эндоскопические и морфологические классификации позволяют объединять существующие на протяжении длительного времени заболевания в единое целое, а возникающие кровотечения, стриктуры и другие тяжелые симптомы со стороны ЖКТ рассматривать как их осложнения.

Проблема *лечения* подростков, страдающих заболеваниями органов пищеварения, находится в стадии изучения. Обычно используют наработки, касающиеся взрослых больных. Пока не получила всеобщего одобрения педиатров тенденция выделять подростков в отдельную категорию при

назначении схем лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения. Тем не менее выполнение алгоритма действий врача в плане диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики у подростков, предъявляющих жалобы на боли в животе и диспептические расстройства, в большей степени может определить успех дела (рис. 2).

К числу наименее изученных разделов подростковой гастроэнтерологии относится *инвалидизация* больных, которая несомненно имеет исключительное медико-социальное значение. Длительно протекая, такие тяжелые и характеризующиеся

прогредиентностью заболевания, как ЯБ, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронический гепатит, цирроз печени и др., могут осложняться и приводить у подростков к стойкой, подчас необратимой инвалидности.

Подростки-инвалиды, требуют специального медицинского обслуживания, привлечения работников социальных служб, осуществления особых мер по восстановительному лечению, включая мероприятия по третичной профилактике с использованием дорогостоящих лекарственных препаратов, а также средств ухода и жизнеобеспечения. У таких больных в связи с ухудшением качества жизни особенно выражены нейровегетативные и психозомоциональные отклонения. Этим подросткам свойственны психологические девиации, вплоть до нейропсихических расстройств.

Психологические особенности подростков, ранимость их психики с последующими неадекватными реакциями и, как следствие, усугубление основного заболевания до настоящего времени не контролируются на должном уровне со стороны как медицинских работников, так и клинических психологов. В целом нейропсихическая лабильность и/или неустойчивость, наблюдающиеся у подростков, без своевременной коррекции в дальнейшем могут усиливаться, обуславливая своеобразие личности, создавая трудности в общении с окружающими, освоении профессий, а иногда препятствуя формированию полноценных семейных отношений и др.

Один из кардинальных клинических симптомов – боль в животе – у подростков значительно чаще, чем в другие периоды детства, может быть связана не только с заболеваниями органов пищеварения, но и с психогенными и неврогенными причинами. Психические заболевания почти всегда сопровождаются соматическими расстройствами. Патология ЖКТ является наиболее частой преимущественной формой соматизации психических расстройств у подростков (хотя чуть менее выражена, чем у детей). При относительно ограниченном количестве симптомов эти состояния нередко диагностируются, в том числе гастроэнтерологами, как абдоминалгии неясного генеза, дисбактериоз, лактазная недостаточность, хронические гастрит, гастродуоденит, ЯБ, дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит, долихосигма, гепатит, проктосигмоидит, целиакия, хроническая дуоденальная непроходимость, хроническая спаечная болезнь и др. [8].

Подростки, преимущественно девочки, склонны к «уходу» в болезнь, клинические проявления которой (абдоминальная боль, рвота и др.) лишь в общих чертах соответствуют характеру основного заболевания, например хронического гастрита. Выделяют психогенную анорексию, или сознательный отказ от приема пищи с целью похудения, с нарастающим физическим истощением.

Верификация подобных ситуаций требует большого клинического опыта, длительного наблюдения за больными, разнообразных, подчас излишних, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Необходимо подчеркнуть, что в подростковом возрасте продолжают формироваться и становление иммунной системы. Этот процесс определяется взаимодействием генной регуляции развития с факторами внешней среды. Именно у подростков (у девочек с 12–13 лет, у мальчиков с 14–15 лет) наступает один из критических периодов, когда в процессе роста происходят депрессия генов и переключение генной регуляции фенотипа, особенно функций иммунокомпетентных клеток.

Не случайно для подростков характерен подъем вирусных, бактериальных, грибковых, аллергических и других заболеваний. Нередко имеет место обострение хронических очагов инфекции – заболевания ЛОР-органов, мочеполовой системы и др. Многие подростки составляют когорту часто болеющих детей. На этот возраст приходится «старт» медленно протекающих инфекций, заражение инфекциями, передающимися половым путем, в том числе возможность ВИЧ-инфицирования и др.

Именно наличие у подростка малых аномалий иммунитета, нарушений в системе комплемента, иммунологических реакций организма в значительной мере обуславливают особенности течения гастроэнтерологических заболеваний, подчас усугубляя их исход.

Высок уровень зараженности инфекцией *Helicobacter pylori*, достигающий у подростков 70–80%, особенно из групп социального риска. Даже при относительно благополучных условиях проживания и питания распространенность *H. pylori* в популяции подростков составляет 25–40%. Рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, ассоциированных с *H. pylori*, принятые в 2005 г. (Флоренция) на Европейском конгрессе гастроэнтерологов (Маастрихтский консенсус-III), требуют проведения обязательной антихеликобактерной терапии, в том числе у подростков, при ЯБ ДПК, атрофическом гастрите, мальтоме желудка, наличии родителей или близких родственников, больных раком желудка. Кроме того, определена целесообразность эрадикации *H. pylori* при функциональной диспепсии, ГЭРБ, гастропатии, индуцированных приемом НПВС [9].

Не следует забывать о старых инфекциях, например туберкулезе. Хотя поражение ЖКТ при туберкулезе является относительно редким, в порядке дифференциальной диагностики необходимо рассматривать эту социально значимую инфекцию.

Пожалуй, ни в одной другой области здравоохранения нет стольких сомнений, неясностей, споров, как при проведении *диспансеризации*.

Однако накопленный практический опыт убеждает в том, что среди специальных мер по профилактике хронического гастроэнтерита, ЯБ желудка и ДПК и других заболеваний органов пищеварения у подростков, решающее значение нужно отдать диспансеризации. В необходимых случаях используют ультразвуковые, эндоскопические, биохимические, иммуноферментные и морфологические методы исследования.

Несмотря на успехи в гастроэнтерологии, включая лечебно-профилактические мероприятия, до настоящего времени сохраняется высокая степень хронизации болезней органов пищеварения у подростков, что обуславливает необходимость применения метода *этапной реабилитации* [10]. Многолетний опыт восстановительного лечения детей и подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями подтверждает высокую эффективность разработанной в нашей стране организационно-методической схемы: стационар – санаторий – центр восстановительного лечения – амбулаторно-поликлинический этап.

Среди *немедикаментозных методов* воздействия доказана эффективность применения диетического питания, лечебных минеральных вод, импульсных низкочастотных токов, инфракрасного лазерного излучения (0,89 мкм), переменных магнитных полей, электромагнитного поля дециметрового диапазона, гальванизации и лекарственного электрофореза с грязевым раствором и др. При наличии у детей атопических, психоневрологических, нефрологических и других сопутствующих заболеваний вносятся необходимые коррективы.

Разработаны показания к госпитализации

подростков с заболеваниями органов пищеварения в стационары, в том числе для детей-инвалидов, дифференцированные критерии отбора больных детей для лечения в местных санаториях и на курортах, методика количественной оценки эффективности восстановительного лечения детей и подростков с болезнями органов пищеварения. Большое значение придается предупреждению обострений в переходные сезоны года, метеопрофилактике, летнему восстановительному лечению и закаливанию детей в период ремиссии болезни.

В подростковой гастроэнтерологии важно учитывать много аспектов, влияющих на здоровье этой детской популяции. Нервно-психическое здоровье подростков в немалой степени зависит от социально-экономической стабильности, уровня жизни семьи, сбалансированности питания, наличия вредных привычек, выполнения врачебных рекомендаций и др. Эти и другие, в том числе социальные, факторы способны оказывать серьезное влияние на результаты лечения и исход хронических соматических, а также инфекционных гастроэнтерологических заболеваний.

Таким образом, распространенность и специфика заболеваний органов пищеварения у подростков, психологические особенности их поведения, социально-экономические и бытовые условия обуславливают оказание специализированной медицинской помощи. Имеются предпосылки для выделения подростков, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями, в отдельную группу с целью дальнейшего совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. М.: Медиа-Сфера, 1998: 352 с.
2. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. 2-е изд. СПб.: ИКФ «Фолиант», 1999: 928 с.
3. Шаранова В.И., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А., Воропаева Я.В. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности. Рос. вест. перинатологии и педиатрии. 2009; 4: 4–10.
4. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Дронов А.Ф. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. М.: Медицина, 1998: 208 с.
5. Запруднов А.М. «Новые» болезни в детской гастроэнтерологии. Педиатрия. 1995; 1: 77–80.
6. Апенченко Ю.С., Иванова И.И., Гнусаев С.Ф. Проявления соединительнотканной дисплазии у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Педиатрия. 2006; 6: 33–36.
7. Кильдиярова Р.Р., Бабушкина Н.Р. Гастроинтестинальная форма недифференцированной дисплазии соединительной ткани у лиц допризывного возраста. XVI Конгресс детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. 2009: 179–180.
8. Антропов Ю.Ф., Балабанова В.А. Клинико-патогенетические закономерности соматизации психических расстройств у детей. В кн.: Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М.: МЕДПРАКТИКА, 2003: 263–306.
9. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H. pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3). Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2006; 1: 3–8.
10. Филимонов Р.М. Подростковая гастроэнтерология. М.: МИА, 2008: 576 с.

