

ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

© Печкуров Д. В., Щербаков П. Л., 2003

Д. В. Печкуров, П. Л. Щербаков

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СИНДРОМА ДИСПЕСИИ У ДЕТЕЙ (АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ 1972 — 2002 гг.)

Государственный Медицинский Университет, г. Самара, РФ

Современное определение диспепсии было сформулировано в 1991 г. в рамках Комитета по функциональным заболеваниям Всемирного Конгресса гастроэнтерологов. Синдром диспепсии в нем обозначен как комплекс расстройств, продолжающихся свыше 3 месяцев и включающих боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу [60]. В 1999 г. это определение было уточнено, и диспепсия с преобладанием изжоги выделена в отдельную категорию — гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (Римские критерии II) [44, 59].

В нашей стране исследования, касающиеся распространенности, структуры и патогенеза указанного симптомокомплекса, насчитывают не один десяток лет. Ведущие отечественные педиатры — академики РАМН А. В. Мазурин, М. Я. Студеникин, А. А. Баранов, профессора Б. Г. Апостолов, А. М. Запруднов и др. — в своих работах изучали состояния, обозначаемые различными терминами, но имеющие сходные клинические проявления. При этом чаще использовался нозологический подход, основанный на современных диагностических методах и теоретических концепциях. При болях в эпигастрии и диспептических проявлениях преобладающими диагнозами являлись «холепатия», «функциональное расстройство желудка (ФРЖ)», «холецистит», «дискинезия», «гастрит с повышенной или пониженной кислотностью», наконец, «гастродуоденит», в том числе геликобактерный [8, 9, 46, 49]. В ряде случаев предлагалось использовать близкие по смыслу синдрому диспепсии, но не получившие широкого распространения понятия «синдром рецидивирующих болей в животе», «хроническая абдоминальная боль» [19, 33].

В течение многих лет предметом дискуссий являлась методика проведения эпидемиологических исследований. Еще в 1984 г. академик РАМН А. А. Баранов указывал на «отсутствие унифицированного подхода» к ним. К сожалению, эта проблема

не решена до сих пор [10]. Нередко результаты проводимых в одно время исследований разных авторов значительно расходятся, не говоря уже о ретроспективном анализе работ. Например, в 70-х годах XX века считалось, что наиболее распространенным гастроэнтерологическим заболеванием является холецистохолангит, который диагностировался у 53,2% детей с рецидивирующими болями в животе [7]. А в 90-х годах общепризнанным считался факт преобладания в структуре гастрита и дуоденита, которые стали выявляться у 70—90% детей [1]. Распространенность хронической патологии органов пищеварения, по данным специального обследования, в 90-е годы во Владивостоке составляла 77% [40], а в Подмосковье — 67% [48].

Нам кажется, что столь значительные расхождения нельзя объяснить только лишь региональными особенностями. Во многом они связаны с использованием различных диагностических методов и подходов к оценке результатов, а также с недооценкой богатого опыта, накопленного отечественными педиатрами за десятилетия работ в этой области. Поэтому нами была поставлена цель провести анализ некоторых исследований распространенности и структуры синдрома диспепсии, имевших место в течение последних 30 лет. При этом мы исходим из того, что синдром диспепсии может быть обусловлен такими заболеваниями, как хронический гастрит и дуоденит, ФРЖ, хронический холецистит и панкреатит, язвенная болезнь и др. [44].

Эпидемиологические исследования, как правило, проводятся в несколько этапов: медицинским осмотром предшествует первичный отбор пациентов с высоким риском патологии (скрининг), а те лица, у которых при осмотре выявлены симптомы заболеваний, подвергаются углубленному обследованию. Такие принципы при изучении эпидемиологии болезней пищеварительной системы были заложены в 70-х годах XX века в работах А. А. Баранова и Л. В. Климанской [8, 27]. В качестве скринирующего метода при обследовании детей чаще всего использу-

ется анкетирование — интервьюирование пациентов или их родителей. Наличие жалоб гастроэнтерологического характера отмечают, в среднем, 17,5—31,8% опрошенных. Причем рецидивирующие боли в животе и (или) дискомфорт составляют абсолютное большинство всех активно предъявляемых жалоб [32, 53, 57]. Методы первичного отбора с использованием биохимических тестов или инструментальных обследований широкого распространения в России пока не получили [4, 6].

Медицинские осмотры проводятся с целью отбора детей для дальнейшего обследования. В большинстве работ было показано отсутствие достоверно выраженных клинических отличий между отдельными нозологическими формами поражений верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) и гепатобилиарной системы. Многими учеными отрицаются четкие дифференциально-диагностические критерии гастрита и дуоденита, ФРЖ, холецистита, даже язвенной болезни [9, 21, 29, 33, 56]. Отмечаются схожесть и стереотипность симптоматики поражения желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящей системы, что обусловлено особенностями топографического расположения и делает диагностику заболеваний этой зоны затруднительной [18, 22]. Часто симптомы, являющиеся диагностическими критериями одной нозологической единицы, встречаются у пациентов с другими функциональными заболеваниями [50].

В то же время, во многих работах продемонстрировано, что клинические проявления зависят в большей степени не от факта наличия заболевания, а от клинической формы, сопутствующей патологии и особенностей нервно-гуморальной регуляции. Течение хронического гастродуоденита на фоне пищевой аллергии характеризуется отсутствием сезонности обострений, выраженным болевым синдромом, повышением желудочного кислотообразования [3, 5, 13, 36]. Нарушения вегетативной регуляции могут влиять на моторику ВОПТ, состояние слизистого барьера и обуславливать особенности симптоматики [16, 25, 55]. Значительная роль в клинической картине соматических заболеваний отводится психическому статусу пациентов, прежде всего выраженности невротических расстройств [38]. У детей с болями в эпигастрии, сопровождающимися рвотой и тошнотой, в подавляющем числе случаев выявляются реактивные депрессии [2]. Клинические проявления часто соответствуют не нозологическим формам поражения ЖКТ, а особенностям психического статуса [19].

Таким образом, на этапе медицинских осмотров детей с патологией пищеварительной системы осуществляется не нозологическая, а посиндромная диагностика с преобладанием, как правило, поражения гастродуodenальной зоны, признаками которого являются болезненность при пальпации в верхней половине живота, чаще в эпигастрии или правом подреберье, и наличие диспепсических расстройств [18].

На завершающем этапе эпидемиологических исследований для установления окончательного диагноза и объективизации выводов о распространенности и структуре заболеваний принято проводить инструментальное и лабораторное обследование отобранных детей. В разные годы для этого использовались различные диагностические методы, что зачастую приводило к противоречивым результатам.

В первой половине 70-х годов XX века значительное распространение получил метод фракционного дуоденального зондирования. Считалось, что при условии немедленного исследования морфологии желчи оно позволяет с максимальной вероятностью установить воспалительный процесс и его локализацию в билиарной системе [15]. Широкое использование метода в этот период и расширительное толкование его результатов привело к преобладанию в структуре патологии по основному диагнозу заболеваний желчевыделительной системы, диагностированных у 60—80% всех больных [8, 27]. Основными методами диагностики гастрита и ФРЖ являлись зондирование и контрастная рентгеноскопия желудка. Большое значение уделялось особенностям ритма и интенсивности кислотообразования. В этот период стали занимать лидирующие позиции такие термины, как гастрит с повышенной и пониженной кислотностью, хотя в ряде работ указывалось на необоснованность такого выделения. Оценка желудочной секреции требует большой осторожности, одни и те же желудочные симптомы могут наблюдаться как при высокой, так и при пониженной функции кислотообразования желудка [23]. Любое изменение базальной и стимулированной секреции может быть обусловлено возрастом, весовыми соотношениями, полом, индивидуальными особенностями ребенка [39]. Процессы секреции кислоты в желудке не коррелируют с наличием или отсутствием эндоскопических признаков гастрита или его формами. Показатели желудочной секреции в настоящее время не могут служить объективными критериями ни тяжести хронического гастрита, ни динамики выздоровления [42]. Рентгенологическими признаками гастрита и ФРЖ считалось обилие в желудке слизи, сужение и укорочение антрального отдела, равномерная зубчатость по большой кривизне, отечность складок, которые выявлялись у большинства пациентов с жалобами на рецидивирующие боли в животе [20]. С 1973 г. в педиатрическую практику прочно вошла и сразу же завоевала позиции одного из основных диагностических методов эндоскопия. Это стало началом нового этапа в изучении эпидемиологии заболеваний гастродуodenальной области. У большинства детей с болями в животе, обследованными эндоскопически как в условиях стационара, так и амбулаторно, были обнаружены воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [34]. В этот же период другими авторами было показано, что данные дуоденального зондирования, которые ранее трактовались

как признаки холецистохолангита, правильнее считать следствием двигательных нарушений желчевыделительной системы [30, 45]. В связи с этим была пересмотрена точка зрения на частоту первичных заболеваний желчных путей у детей, а в структуре гастроэнтерологической патологии по основному диагнозу стали преобладать такие нозологические формы, как гастрит и дуоденит [28].

С середины 80-х годов при обследовании гастроэнтерологических больных начал активно применяться метод ультразвукового исследования. Значительное место в развитии заболеваний пищеварительного тракта стало отводиться нарушениям функций сфинктерного аппарата, а преобладающим видом двигательных нарушений в этот период считались дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) [26, 35]. Дискинезии расценивались в качестве нозологической формы в том случае, когда в желчном пузыре и желчных путях отсутствовали органические изменения [10]. У 10—15% детей после обследования ДЖВП выставлялась в качестве единственного диагноза, хотя в этих случаях симптоматика не отличалась от клинической картины при «органических» заболеваниях ЖКТ. В этот период предпринимались попытки классификации дискинезии, выделения стабильных и лабильных форм, поиски патогномоничных клинических признаков [14, 21]. Тем не менее взгляды на патологию желчевыводительной системы, как вторичную по отношению к поражению двенадцатиперстной кишки, возобладали, а ее характер стал считаться преимущественно функциональным. Было выявлено, что факторами формирования дискинезии являются нарушения нейрогуморальной регуляции [11, 49], отек слизистой оболочки ВОПТ [37].

Со второй половины 90-х годов в качестве ведущего этиологического фактора поражения ВОПТ рассматривается инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Доказано ее влияние на желудочные функции, провоспалительное действие. Различными методами *H. pylori* выявляется у 60—100% больных с симптомокомплексом желудочной диспепсии [31, 51, 54]. Казалось, что наконец-то обнаружен «корень зла», однако в настоящее время появились факты, подвергающие сомнению это предположение. Действительно, микроорганизм выявляется у большинства больных с диспепсией, но в значительном числе случаев гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, не сопровождается вообще никакими клиническими проявлениями [17, 24, 41]. В 70—75% случаев успешная эрадикация геликобактерий не приводит к стойкому купированию клинических симптомов [52]. При дуодените эти микроорганизмы выявляются достаточно редко [51], но, помимо неспецифического воспаления, может иметь место лямблиозное и описторхозное поражение слизистой оболочки. При использовании только эндоокопических методик велика вероятность гипердиагностики дуоденита [43].

Для современных исследований характерно использование функциональных методов диагностики. С их помощью показана распространность двигательных нарушений при синдроме диспепсии в виде дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов, нарушения желудочной аккомодации и антродуоденальной координации [25, 47, 54]. В последние годы и в России, и за рубежом активно изучаются механизмы гастроинтестинальной гиперчувствительности [12, 58]. При комплексном лабораторном и инструментальном обследовании обнаруживается, что патология ВОПТ в 80—100% носит сочетанный характер. Несмотря на большой объем информации, получаемой при таком обследовании, его результаты не являются неоспоримыми, так как применение нескольких диагностических методов порождает впечатление множественности патологии, ведет к полипрагмазии и неадекватной программе лечения таких больных [37]. Такие работы отражают во многом современные достижения медицинской диагностической техники.

В настоящее время многими авторами признается тот факт, что комплекс симптомов, имеющих место при хроническом гастрите или дуодените, нельзя объяснить действием какого-либо одного фактора и причина болезни — скорее результат сложного взаимодействия биологических, психических и социальных процессов [38]. Оценивая место, которое сейчас занимает в структуре патологии хронический гастродуоденит, уместно привести цитату из статьи проф. М. А. Куркина, которая была напечатана 23 года назад, казалось бы, по другому поводу: «Поощряемый легкостью, с которой можно поставить диагноз «холецистит», врач «демобилизуется» в отношении диагностики других заболеваний...» [33]. Очевидно, что синдром диспепсии полизиологичен, а это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к его профилактике и лечению. Обнаружение эндоскопических признаков воспаления слизистой оболочки ВОПТ не должно являться конечным пунктом диагностического процесса, как это, к сожалению, бывает. Этиологические факторы должны индивидуально исследоваться у каждого больного и в ряде случаев они лежат вне традиционных рамок гастроэнтерологии. Это обуславливает необходимость более обширной клинической подготовки специалистов, использования в обследовании таких диагностических методов, как психологическое тестирование, определение вегетативного тонуса, иммунологические и микробиологические анализы. А к принятым в настоящее время схемам симптоматической терапии необходимо добавлять этиотропные и патогенетические компоненты. Такой подход, на наш взгляд, будет способствовать не только более успешному купированию острых проявлений болезни, но и предотвращать ее рецидивирование и прогрессирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина Е. И., Хацкель С. Б., Алешин Ю. Н. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1996. — № 4. — С. 248.
2. Антропов Ю. Ф. // Педиатрия. — 1996. — № 2. — С. 106—107.
3. Апостолов Б. Г., Новик А. В. // Вопр. охр. мат. дет. — 1981. — № 11. — С. 6—10.
4. Бадейнова Е. Н., Коркоташвили Л. В., Мельгунова И. А. // Вопр. охр. мат. дет. — 1985. — № 7. — С. 56—59.
5. Балаболкин И. И. // Педиатрия. — 1997. — № 1. — С. 32—35.
6. Балашова И. И., Бородулин В. Г., Синилкин И. Г., Завьялова Н. Г. // Детская гастроэнтерология Сибири. — 1999. — С. 32—35.
7. Баранов А. А. Эпидемиология и организационные принципы лечения неинфекционных заболеваний органов пищеварения у детей: Автореф. дисс... докт. мед. наук. — М., 1977. — 24 с.
8. Баранов А. А., Дзюбич Л. И., Домбровская В. А., Грехова И. П. // Педиатрия. — 1972. — № 12. — С. 49—52.
9. Белоусов Ю. В. // Вопр. охр. мат. дет. — 1977. — № 3. — С. 25—30.
10. Болезни органов пищеварения у детей. Руководство для врачей / Под ред. А. В. Мазурина. — М., 1984.
11. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. — М., 2000.
12. Денисов М. Ю., Дейс Н. А. // Детская гастроэнтерология Сибири. — 2001. — С. 27—31.
13. Дорофеева Г. Д., Бондарь Л. С., Исакова Т. И. // Вопр. охр. мат. дет. — 1991. — № 6. — С. 32—34.
14. Дружинина Э. И., Кукушкин В. К. // Вопр. охр. мат. дет. — 1981. — № 7. — С. 48—51.
15. Дружинина Э. И., Ходунова А. М. // Вопр. охр. мат. дет. — 1975. — № 9. — С. 57—60.
16. Дудникова Э. В. // Педиатрия. — 1993. — № 1. — С. 15—20.
17. Жуйкова Г. В., Колесникова М. Б., Поздеева О. С. и др. // Педиатрия. — 2000. — № 4. — С. 64—67.
18. Запруднов А. М., Мазурин А. В., Филин В. А. // Вопр. охр. мат. дет. — 1977. — № 9. — С. 41—48.
19. Зарочинцев А. В., Соболева Е. А., Капустин А. В. и др. // Педиатрия. — 1990. — № 7. — С. 106—107.
20. Зелинский Б. И. // Педиатрия. — 1981. — № 5. — С. 11—13.
21. Зернов Н. Г., Остроухова И. П., Бокштейн М. Е. // Вопр. охр. мат. дет. — 1990. — № 4. — С. 19—22.
22. Зернов Н. Г., Сашенкова Т. П., Годулян С. А., Иченец И. Г. // Педиатрия. — 1989. — № 2. — С. 85—87.
23. Ивашин В. Т. Метаболическая организация функций желудка. — Л., 1981.
24. Ивашин В. Т., Лапина Т. Л. // Рус. мед. журн. — 2001. — № 2. — С. 54—60.
25. Капустин А. В., Хавкин А. И. // Педиатрия. — 1989. — № 1. — С. 68—71.
26. Карпова С. С., Щельцина Н. Ю., Кузнецова О. А., Сахарнова Н. В. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — № 5. — С. 215—216.
27. Климанская Л. В., Давыдова В. П., Шамохина В. Н. // Педиатрия. — 1980. — № 11. — С. 40—43.
28. Кожоназаров К. К., Штыко О. А. // Педиатрия. — 1982. — № 5. — С. 9—11.
29. Коровина Н. А., Левицкая С. В., Решетняк Г. П. и др. // Педиатрия. — 1991. — № 9. — С. 41—45.
30. Кравченко Л. И., Иванов А. И. // Вопр. охр. мат. дет. — 1978. — № 11. — С. 7—10.
31. Куклина Н. А. Сравнительная характеристика клинико-морфологических особенностей хеликобактер-позитивной и хеликобактернегативной форм хронического гастродуоденита у детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Архангельск, 1999. — 23 с.
32. Курилович С. А., Решетников О. В., Денисова Д. В., Завьялова Л. Г. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2000. — № 5. — С. 103.
33. Куркин М. А. // Педиатрия. — 1979. — № 3. — С. 54—56.
34. Мазурин А. В., Гершман Г. Б., Запруднов А. М. и др. // Вопр. охр. мат. дет. — 1978. — № 8. — С. 3—7.
35. Мазурин А. В., Запруднов А. М. // Педиатрия. — 1987. — № 4. — С. 97—102.
36. Мазурин А. В., Куттыкужанова Г. Г., Гершман Г. Б., Нечаева Л. В. // Вопр. охр. мат. дет. — 1981. — № 3. — С. 8—13.
37. Мазурин А. В., Филин В. А., Анциферова Е. В. // Педиатрия. — 1999. — № 4. — С. 102—103.
38. Мальцев С. В., Волгина С. Я. // Педиатрия. — 1996. — № 4. — С. 38—42.
39. Менджерицкий И. М. // Вопр. охр. мат. дет. — 1984. — № 4. — С. 18—21.
40. Мирошниченко В. А., Янсонс Т. Я., Полушкин О. Г., Горбатюк В. А. // Детская гастроэнтерология Сибири. — 1999. — С. 86—90.
41. Мошурова Л. В. Особенности хронического гастродуоденита у детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Воронеж, 2001. — 30 с.
42. Острополец С. С., Бузко Е. Ф. // Педиатрия. — 1979. — № 3. — С. 24—26.
43. Пайков В. Л., Королев М. П., Александрова В. А. и др. // Рос. вести. перинатол. и педиатрии. — 1994. — № 5. — С. 25—27.
44. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии / Ивашин В. Т., Шептулин А. А., Баанская Е. К. и др. — М., 2001. — С. 30.
45. Ситниченко Е. П. // Вопр. охр. мат. дет. — 1977. — № 8. — С. 25—27.
46. Смоленов И. В., Алексеева Я. Г., Гощук Е. М. // Детская гастроэнтерология Сибири. — 2001. — С. 19—22.
47. Солодовник А. Г. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1998. — № 5. — С. 228.
48. Урсова Н. И., Римарчук Г. В., Щеплягина Л. А., Абакумова Л. Я. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2001. — № 5. — С. 107.
49. Фролькис А. В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. — Л., 1991.
50. Хавкин А. И., Маев И. В., Бельмер С. В., Жихарева И. С. // 7-й Конгресс педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». — М., 2002. — С. 314.
51. Чернова А. А. Дифференциальная диагностика синдрома неизвестной диспепсии у детей: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1998. — 163 с.
52. Шептулин А. А. // Рус. мед. журн. — 1999. — № 4. — С. 30—34.
53. Шифрин В. Б., Мазурин А. В., Балашов З. А. и др. // Педиатрия. — 1979. — № 3. — С. 47—51.

54. Щербаков П. Л. Поражения верхних отделов пищеварительного тракта у детей (клинико-эндоскопические исследования): Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1997. — 323 с.
55. Щербакова М. Ю., Ивушкин С. А., Тюрина Т. К. и др. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, копропроктологии. — 1996. — № 4. — С. 232.
56. Ялышева Г. Т., Балашова Т. Ф., Рыжыков П. С., Циммерман Я. С. // Вопр. охр. мат. дет. — 1981. — № 11. — С. 14—17.
57. Ямoldинов Р. Н., Ожегов А. М., Коваленко Т. В. // 7-й Конгресс педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее». — М., 2002. — С. 355.
58. Coffin B. // Concours med. — 1999. — № 39. — Р. 3051—3054.
59. Talley N. J., Stanghellini V., Heading R. C. et al. // Gut. — 1999. — Vol. 45. — Suppl. 11. — P. 1137—1142.
60. Talley N. J. and the working team for functional gastroduodenal disorders // The functional gastroduodenal disorders. — Boston; NewYork; Toronto; London, 1994. — Р. 71—113.