

© Щербаков П.Л., 2009

П.Л. Щербаков

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

ГУ ЦНИИ гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Подростковый возраст – особый период жизни человека, который отражает не только временной промежуток, но и определяет особенности развития организма. Во временном аспекте этот период становления продолжается в среднем от 10–12 до 17–18 лет. В подростковом возрасте происходит становление репродуктивной функции, сопровождающееся появлением вторичных половых признаков. Именно поэтому начало пубертатного периода определяется временем появления оволосения на лобке, что характеризуется началом полового созревания, сопровождающегося ускоренным физическим и психосоциальным развитием, перестройкой функций всех органов и систем. Этот период жизни обусловлен увеличением выработки целого ряда гормонов, в первую очередь гормона роста, половых гормонов, гормонов щитовидной и поджелудочной желез.

Как и все органы и системы организма, значительные изменения в этот период жизни претерпевает и пищеварительная система. Так, к 13–15 годам завершается морфологическое и функциональное развитие слюнных желез и пищевода, постоянных зубов. Однако не все органы и составляющие части пищеварительного тракта завершают свое развитие в одно и то же время. Дети подросткового возраста порой выглядят непропорционально, движения их бывают угловатыми. Это внешнее впечатление вполне подходит для оценки состояния органов пищеварения. Рост многих частей пищеварительного тракта опережает в этом возрасте их морфофункциональное развитие. Так, в течение 1,5–2 лет длина и диаметр пищевода могут увеличиваться на 30%, объем желудка достигает 1500 мл, заметно нарастает число желудочных желез, стабилизируется базальная секреция. Вместе с тем отмечается некоторая функцио-

нальная незрелость желудка — лабильность стимулированной секреции желудочного сока и его протеолитической активности. Кислотность желудочного сока у большинства подростков по сравнению со взрослыми показателями снижена. Длина кишечника в подростковом возрасте увеличивается, но медленнее, чем рост тела, его функциональные показатели постепенно приближаются к уровню взрослых. В подростковом возрасте отмечается второй пик возрастания размеров поджелудочной железы, продолжается совершенствование ее экзокринной и эндокринной части, нарастают секреция инсулина и ее ферментативная активность. Увеличиваются размеры печени и ее масса, завершается развитие желчевыделительной системы, но ее функциональное состояние характеризуется лабильностью.

Лабильность функционального состояния пищеварительной системы предопределяет развитие различных нарушений вследствие эмоционального или физического напряжения, погрешностей в питании. Особенно часто наблюдаются нарушения моторики кишечника и продвижения по нему кишечного содержимого (ускорение или замедление).

Болезни пищеварительной системы в этот период могут быть как первичными с поражением органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), так и развившимися на фоне патологии других органов или систем. Так, например, в первом случае можно говорить о разнообразных пороках развития, желчно-каменной, язвенной болезнях (ЯБ), гепатитах, панкреатитах и других заболеваниях, во втором случае речь идет о поражениях пищевода, например, при склеродермии, ишемическом колите при патологии магистральных сосудов брюшной полости и др.

Контактная информация:

Щербаков Петр Леонидович – д.м.н., проф., зам. дир. ГУ ЦНИИ гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы, руководитель отдела внутрипросветной эндоскопии

Адрес: 111123 г. Москва, ш. Энтузиастов, 86

Тел.: (495) 304-18-42, **E-mail:** gastroenter@rambler.ru

Статья поступила 29.12.09, принята к печати 20.01.10

Хронические заболевания органов пищеварения у подростков широко распространены и не имеют тенденции к снижению. В структуре хронической патологии органов пищеварения у подростков ведущее место занимают заболевания гастродуоденальной области, среди них эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) – хронический гастрит (гастродуоденит) с эрозиями и ЯБ с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки (ДПК), реже в желудке. При этом распространенность гастритов с эрозиями у детей подросткового возраста в 2,5 раза выше, чем у детей до 15 лет, а при ЯБ этот показатель увеличивается в 7,4 раза. Последнее особенно важно в плане медицинского обеспечения юношей при подготовке к военной службе. Специфической особенностью болезней органов пищеварения преимущественно у юношей призывного возраста являются поражения, развившиеся в результате приема лекарственных препаратов. К ним, в частности, относятся развитие гастропатии и язвы желудка на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). При приеме НПВП может поражаться практически любой отдел пищеварительного тракта – от пищевода до прямой кишки. Наиболее часто повреждающее действие эти препараты оказывают на слизистую оболочку желудка и ДПК. Эти поражения получили собственное название: «гастропатия, индуцированная НПВП». Однако даже кратковременный прием этих препаратов в небольших дозах может приводить к развитию побочных эффектов (перфоративные язвы желудка и ДПК), которые в 5% случаев могут представлять серьезную угрозу для жизни.

Поражения ЖКТ, ассоциированные с инфекцией *H. pylori*, одинаково часто встречаются как у взрослых, так и у детей подросткового возраста. Несмотря на богатый опыт, накопленный за годы изучения влияния этого микроорганизма на состояние ЖКТ человека, многие вопросы по изучению патологии ВОПТ у подростков остаются нерешенными. Недостаточно изучены эпидемиология *H. pylori*, пути и механизмы его передачи. Предлагаемые схемы лечения заболеваний, ассоциированных с *H. pylori*, не всегда оказываются эффективными, что обусловлено в первую очередь развитием резистентных штаммов. Проблема формирования резистентности *H. pylori* и пути ее преодоления еще далеки от разрешения.

Лечение заболеваний, ассоциированных с этим микроорганизмом, основано на следующих позициях: 1) применение высокоэффективных препаратов с антибактериальной направленностью (флемоксин, кларитромицин, де-нол, нифуратель, нифуроксазид); 2) в сочетании с препаратами, контролирующими кислотообразование (ингибиторы протонной помпы); 3) назначение схем лечения с минимальной кратностью приема в сутки сроком

не более 7–10 дней; 4) использование препаратов, к которым сохраняется высокая чувствительность *H. pylori*; 5) учет семейного характера хеликобактерной инфекции (соблюдение санитарно-гигиенических норм и проведение антихеликобактерной терапии всем родственникам из семейного очага).

Эрадикация *H. pylori* не всегда полностью решает проблемы гастродуоденальной патологии у подростков. После завершения кислотоподавляющей терапии, входящей в состав эрадикационных схем лечения, восстанавливается кислотообразование в желудке. На фоне уменьшения моторной активности желудка накопление кислого содержимого создает предпосылки для развития рефлюкс-эзофагитов.

По нашим данным, уже сегодня более чем у 53,1% подростков имеется сочетанное поражение пищевода, желудка и ДПК, а у 1,5% подростков встречаются изолированные эзофагиты.

Комплексное применение лекарственных препаратов в сочетании с нормализацией физической и нервно-психической нагрузки позволяет значительно уменьшить частоту эзофагитов и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГРЭБ), а также развитие осложнений, возникающих при этой патологии у подростков.

Очень близко к проблеме хеликобактероза примыкает проблема реактивных изменений поджелудочной железы (ПЖ) у подростков. Экспериментальными работами было показано, что вакуолизирующий токсин *H. pylori* ингибирует выработку ферментов ПЖ у лабораторных животных. Очевидно, именно этим воздействием объясняется частое сочетание заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H. pylori*, с проявлениями вторичной панкреатической недостаточности. Для коррекции развивающихся нарушений таким больным оправдано назначение заместительной и корригирующей терапии ферментными препаратами. Широко используемые термины «реактивный панкреатит» или «вторичная панкреатическая недостаточность» неоднозначно трактуются многими гастроэнтерологами. Недооценка или гипероценка эхографических признаков изменения ПЖ, недостаточное изучение причин, их вызывающих, нередко приводят к гипердиагностике панкреатитов у подростков и неоправданному назначению мощных ферментных препаратов на длительные сроки.

Широкое применение ультразвукографии дало возможность ранней диагностики различных заболеваний желчного пузыря (ЖП), ПЖ и их выводных протоков. Однако даже самой совершенной ультразвуковой техники бывает недостаточно для адекватной оценки состояния желчевыводительной системы. Для верификации характера их поражений успешно проводилась ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ). На сегодняшний день проведена большая работа по совершенс-

тованию методики выполнения этого исследования у подростков, разработаны показания для проведения РПХГ, основными из которых являются следующие: подозрение на пороки развития выводных протоков печени, ПЖ и ЖП; уточнение локализации, количества и формы конкрементов в ЖП и выводных протоках; наличие механической желтухи. В то же время РПХГ у подростков является сложным в техническом плане исследованием, требующим от эндоскописта высокой точности и аккуратности при проведении. Поэтому на диагностическом уровне в настоящее время должны преобладать неинвазивные методы, такие как, например, виртуальная магнито-резонансная холангиопанкреатография. Создание компьютерных моделей состояния желчевыводящих путей, протоков ПЖ (как, впрочем и виртуальной модели толстой кишки при проведении магнито-резонансной колоноскопии – виртуальная колоноскопия) позволяет диагностировать аномалии и пороки развития, новообразования и воспалительные процессы с высокой точностью и минимальной угрозой развития неблагоприятных побочных явлений.

Традиционные инвазивные методы диагностики постепенно уйдут в прошлое, сохранив свои позиции только в качестве лечебных мероприятий, – папиллосфинктеротомии, позволяющей избавиться подростков от тяжелых полостных вмешательств, лечебной колоноскопии и др.

Одной из центральных проблем подростковой гастроэнтерологии является изучение увеличения частоты поражения кишечника на фоне выраженной аллергизации. На сегодняшний день в структуре заболеваний кожи более 40% приходится на аллергические поражения. К клиническим проявлениям аллергодерматозов зачастую присоединяется и гастроинтестинальная симптоматика. Слизистая оболочка ЖКТ является входными воротами для большинства пищевых аллергенов. Развитию патологических процессов при аллергии способствует не только общее влияние, оказываемое на организм аллергенами, но и местное воздействие различных продуктов питания, обладающих агрессивными свойствами по отношению к каждому конкретному человеку, при контакте со слизистой оболочкой. Реакция повреждения слизистой оболочки тонкой кишки может быть обусловлена врожденными факторами или развивается при непосредственном контакте с агрессивным агентом. Синдром нарушенного кишечного всасывания, часто сопровождающий различные аллергические состояния, нередко встречается у подростков с низким социально-экономическим уровнем развития, определяющим в свою очередь снижение общей иммунореактивности организма. Для лечения уже развившегося состояния нарушенного всасывания в тонкой кишке или выраженного атопического дерматита с поражением органов пищеварения, а также врожденных или

приобретенных ферментопатий в первую очередь необходимо решить вопрос о назначении адекватного питания с отсутствием раздражающих веществ (глиадин, белок коровьего молока и др.) и проведению ферментной терапии.

Новые функциональные и морфологические методы исследования расширили представления об этиологии и патогенезе хронических заболеваний кишечника. Функциональные нарушения толстой кишки отмечаются у 30–35% больных гастроэнтерологического профиля и у 55–60% подростков с проктологической патологией. В связи с этим в диагностике заболеваний толстой кишки огромное значение придается функциональным методам исследования, применение которых активно внедряется в практику подростковой гастроэнтерологии. В частности, использование в подростковой клинике сфинктеро- и манометрии показало, что ведущая роль в патогенезе хронических запоров у подростков отводится кинетическим расстройствам в виде гипо-атонических состояний, спазмов, гипермоторных нарушений толстой кишки, синдрома раздраженного кишечника. Не исключено влияние таких возможных факторов риска при возникновении этой патологии, как врожденные аномалии толстой кишки, перенесенные кишечные инфекции, нарушения питания, психологические факторы.

По данным разных авторов, у подростков частота запоров колеблется от 10 до 25%. Совершенствованию диагностики запоров у подростков и разработке этиопатогенетических подходов к лечению данной патологии в связи с увеличением частоты запоров в последнее время уделяется особое внимание. Однако требуют дальнейшего изучения причины запоров у подростков, в частности остро возникающих запоров и пути их коррекции. Одной из причин последних являются нарушения микробиоценоза кишечника на фоне различных инфекционных заболеваний или нерациональной антибиотикотерапии.

Нормальная микробная флора с ее специфическими функциями – защитной, обменной и иммуноиндуцирующей – определяет биоценоз кишечника, и нарушение одной из функций приводит к нарушению различных видов метаболизма, возникновению дефицита микронутриентов – витаминов, микроэлементов, минеральных веществ организма, снижению иммунного статуса, что приводит к возникновению необратимых процессов в органах и системах макроорганизма.

Нарушения качественного и количественного состава нормальной микрофлоры, именуемые термином «дисбактериоз» или «дисбиоз», возникают от разнообразных причин: характера питания, возраста, времени года, состояния окружающей среды, может быть следствием хронических заболеваний ЖКТ, а также заболеваний, протекающих с поражением кишечника, таких как острые

кишечные инфекции, вызванные патогенными микроорганизмами, хронические колиты и энтероколиты, неспецифический язвенный колит и др. Массивное поступление в организм антибиотиков с лечебной целью, применение химиотерапевтических средств, гормональных препаратов и лучевые воздействия также создают условия для формирования дисбактериоза. Нарушения деятельности нормальной микрофлоры, имеющее место при дисбактериозе, тормозят расщепление и реабсорбцию пищевых ингредиентов ферментами (энтерокиназа и щелочная фосфатаза), приводят к обеднению организма витаминами, особенно группы В, что отрицательно влияет на течение физиологических процессов и общую реактивность организма.

Большое внимание на современном этапе должно уделяться вопросам стандартизации диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний у подростков. Внедрение в практику подростковой гастроэнтерологии формулярной системы позволило унифицировать терапевтические схемы хеликобактериоза, ГЭРБ. Однако до настоящего времени недостаточно четко отработаны алгоритмы диагностики функциональных нарушений кишечника и принципы рациональной терапии этих состояний.

Требуют уточнений этиологические и патогенетические аспекты заболеваний пищеварительных органов, необходимо совершенствование их диагностики, лечения и профилактики. Целесообразно более широкое внедрение неинвазивных методов исследования, скрининговых диагностических тестов.

Трудности в подборе препаратов с учетом физиологических особенностей больных подросткового возраста диктуют необходимость изучения особенностей фармакотерапии болезней органов пищеварения у подростков. Решение важнейших задач фармакокинетики и фармакотерапии позволит существенно повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий гастроэнтерологических заболеваний у подростков.

Высокий уровень распространенности заболеваний органов пищеварения у подростков свидетельствует о необходимости создания стройной системы их медицинского обслуживания. В Советском Союзе до образования СНГ была создана и апробирована модель этапного ведения больных с болезнями органов пищеварения. Она подразумевала три основных этапа ведения подростков: 1) лечение в условиях стационара; 2) санаторное лечение и оздоровление больных; 3) длительное активное наблюдение в условиях поликлиники. Эта модель существовала при наличии широкой сети детских гастроэнтерологических санаториев, находящихся в разных республиках СССР.

Новые экономические условия, возникшие после 1991 г., перепрофилирование многих санаториев и домов отдыха, таможенные сложнос-

ти и ограничения для лечения на курортах бывших советских республик потребовали изменить существовавшую ранее схему лечения и наблюдения за детьми с поражениями ЖКТ.

Основное правило, которое необходимо соблюдать при проведении комплексного наблюдения за детьми, в т. ч. подросткового возраста, – непрерывность и преемственность врачебного наблюдения, использование этапности в лечении. Эта преемственность должна касаться всех ЛПУ: поликлиники, консультативно-диагностических центров, стационаров дневного пребывания, кабинетов подростковых врачей. Объем восстановительного лечения должен предусматривать применение лечебного питания, медикаментозных средств, бальнеолечения, физиотерапии и лечебной физкультуры.

В качестве лечебного питания следует руководствоваться диетами, разработанными в Институте питания РАМН. Диета должна строиться с учетом качественного состава пищи, возрастных особенностей пищеварения, активности ферментной системы и состояния микрофлоры кишечника.

Физиотерапевтические процедуры, назначаемые детям с заболеваниями органов пищеварения направлены на улучшение общей реактивности организма, нормализацию функционального состояния ЦНС, регуляцию секреторной деятельности, стимуляцию обмена веществ и трофических процессов. При заболеваниях органов пищеварения у подростков используются электролечение, токи и поля высокого напряжения и высокой частоты, светолечение. При назначении физиотерапевтических процедур необходимо учитывать стадию болезни, индивидуальную переносимость данного физического воздействия.

Современное лечение и последующая реабилитация подростков с болезнями органов пищеварения способны существовать только при наличии этапного перехода подростков от одного звена ЛПУ к другому. Так, первичная диагностика и лечение болезней органов пищеварения должны проводиться в поликлиниках или консультативно-диагностических центрах, оснащенных современной диагностической аппаратурой и существующих в тесной взаимосвязи со специализированными стационарами. Стационарное лечение необходимо использовать только для лечения подростков в период обострения или для проведения сложных специальных инструментальных методов исследования. Такое использование стационаров позволит снизить затраты на каждого госпитализированного ребенка, с другой стороны – увеличить оборот койки в стационаре.

После стационарного лечения начинается самый длительный и «незаметный» период ведения подростков с поражениями органов пищеварения – реабилитация. В это время проводятся собственно санаторное лечение и оздоровление, а

также противорецидивное лечение. Основными направлениями реабилитации при болезнях органов пищеварения являются следующие:

1) обеспечение рациональным питанием:

- регулярное;
- сбалансированное по основным показателям;

- соответствующее возрасту ребенка;

2) решение или уделение значительного внимания социально-экономическим факторам, определяемым как «качество жизни»:

- бытовые условия;
- продолжительность и качество сна;
- здоровые обстановка в семье и взаимоотношения со сверстниками и педагогами;

3) нормализация перистальтики ЖКТ;

4) лечение сопутствующих и (или) предрасполагающих заболеваний и состояний:

- паразитарные заболевания;
- вторичное ослабление иммунной защиты организма, дисбиотические состояния, воспалительные заболевания других органов и систем;
- аллергические заболевания.

Одним из основных этапов реабилитации подростков после перенесенных заболеваний органов пищеварения является санаторное лечение или пребывание в стационарзамещающих отделениях. Основной массе больных лечение показано в местных санаториях, что значительно облегчает процессы реабилитации. В среднем, период реабилитации, санаторного лечения или пребывания подростка в оздоровительном лагере должен составлять не менее 26–30 дней.

Особое внимание следует уделять условиям, направленным на повышение психоэмоционального тонуса подростков. Следует (по возможности) предусматривать выезды подростков в зеленую зону городов, парки, проведение гимнастики на открытом воздухе, проведение культурных мероприятий (особенно для подростков, находящихся в санаториях и лагерях).

К 1990 г. в СССР насчитывалось более 600 санаториев для лечения подростков, большая часть из которых была предназначена для лечения подростков с болезнями органов пищеварения. Несмотря на многие социально-экономические факторы, большая часть санаториев, находящихся на территории России, сохранилась, и в последнее время отмечается тенденция к постепенному возрождению и реставрации здравниц. В детских санаториях, стационарах дневного пребывания и отделениях стационарзамещающих технологий могут находиться подростки от 14 до 18 лет включительно. Сроки пребывания подростка, а соответственно и продолжительность реабилитации, определяются индивидуально, исходя из особенностей состояния каждого конкретного подростка.

Диспансеризация при заболеваниях органов пищеварения направлена на раннее выявление

больных при начальных признаках заболевания, наблюдение за ними, проведение лечебно-профилактических и социальных мероприятий с целью предотвращения рецидивов и осложнений. Диспансерному наблюдению в поликлинике, а также консультативно-диагностических центрах подлежат подростки с хроническими заболеваниями органов пищеварения (гастриты, дуодениты), функциональными расстройствами желудка, ГРЭБ, холециститом, гепатитом и (или) циррозом печени, панкреатитом (в т. ч. с вторичной панкреатической недостаточностью), хроническим энтеритом, колитом, ЯБ желудка и ДПК, функциональными и органическими поражениями тонкой и толстой кишки, наследственными и врожденными заболеваниями органов пищеварения.

Диспансерное наблюдение и обследование подростков должно проходить в тесной взаимосвязи между всеми звеньями этапного наблюдения за ними. В медицинском кабинете школы должен вестись диспансерный контроль за всеми учащимися, страдающими хроническими или длительно текущими заболеваниями и поражениями системы органов пищеварения.

Все подростки, находящиеся на диспансерном учете, должны проходить специализированное обследование в стационарах дневного пребывания или консультативно-диагностических центрах, оснащенных современной диагностической аппаратурой (эндоскопия, ультразвуковые аппараты, рН- и сфинктерометрия, ЭЭГ, ЭКГ) в соответствии с индивидуальным графиком обострения основного заболевания, или (хотя бы) в весенне-осенний период – время наибольшего пика гастроэнтерологической патологии. При выявлении у подростков обострения заболевания они переводятся в следующую по порядку группу диспансерного наблюдения, под контролем подросткового врача. В зависимости от выраженности патологического процесса назначается специфическое лечение в амбулаторных или стационарных условиях. При положительной динамике, определяемой во время углубленного диспансерного осмотра, детям рекомендуется противорецидивное или санаторно-курортное лечение в зависимости от той группы, в которой они в данный момент находятся.

Система этапного лечения, высокая самодисциплина подростков и родителей являются важным условием предупреждения хронизации патологического процесса и успеха реабилитационных мероприятий.

Таким образом, количество болезней органов пищеварения в последние годы значительно увеличилось и в настоящее время занимают 4-е место среди всей патологии детского возраста и подростков. Увеличение частоты болезней пищеварительной системы связано как с ухудшением питания подростков, возросшей психологической нагрузкой, повышением количества консервантов в про-

дуктах питания, так и с повышением информативной ценности современных методов исследования, позволяющих выявлять скрытую и недоступную для традиционных методов исследования патологию. Учитывая высокую распространенность гастроэнтерологической патологии, необходимо уделять повышенное внимание вопросам кадрового воспитания врачей-педиатров широкого профиля, подростковых врачей, гастроэнтерологов, а также эндоскопистов, рентгенологов, специалистов ультразвуковой диагностики, хирургов.

Гастроэнтерологическая помощь детскому населению и подросткам в современных условиях должна базироваться на тесном контакте всех служб здравоохранения от первичного звена участкового педиатра и подросткового врача до клиник ведущих научно-исследовательских институтов. С учетом новых экономических условий, в которых нам приходится работать, первичная диагностика и выявление заболеваний органов пищеварения должны осуществляться в поликлиниках по месту жительства подростков или в консультативно-диагностических центрах, оснащенных современной

аппаратурой и лабораторной базой. Стационарные койки следует рационально использовать только для лечения болезней пищеварительной системы в период обострения и для проведения сложных диагностических процедур, требующих стационарного оборудования. Значительное место в лечении и реабилитации подростков, страдающих различной патологией пищеварительной системы, должно уделяться восстановительному лечению в специализированных санаториях и оздоровительных лагерях санаторного типа. Учитывая сложные экономические условия, сложившиеся в настоящее время, связанные в первую очередь с дорожными расходами, программу оздоровления могут взять на себя отделения стационарзамещающих технологий. Несомненно, первичные звенья системы здравоохранения не должны ограничиваться только диагностикой заболевания. В условиях поликлиники больные должны получать соответствующее противорецидивное лечение, находясь на диспансерном наблюдении у участкового врача-педиатра, подросткового врача и специалиста-гастроэнтеролога.

