

ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

© Филин В.А., Супрун О.И., 2011

В.А. Филин¹, О.И. Супрун²

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, Москва;

²Астраханский медицинский университет Росздрава, г. Астрахань, РФ

У 1497 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с поражениями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), проживающих в Астраханском регионе, проведен анализ клинической картины, течения, эндоскопических, ультразвуковых изменений и результатов гистологических и бактериологических исследований, а также эффекта лечения, приведены данные катamnестического наблюдения детей с патологией ВОПТ.

Ключевые слова: дети, патология верхних отделов пищеварительного тракта, лечение, прогноз.

Authors examined 1497 children aged 1–18 years, residents of Astrakhan region with pathology of upper gastrointestinal tract. Clinical presentations, course, endoscopic, US, histological and bacteriological findings, results of treatment and data of follow up were analyzed.

Key words: children, pathology of upper gastrointestinal tract, treatment, prognosis.

У детей патология эзофагогастроуденальной зоны включает в себя воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки (СО) пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДК) в виде катарального, эрозивного или язвенного поражения без или с элементами дистрофии [1]. Причем дистрофические изменения СО наблюдаются у детей старших возрастных групп. Наряду с этими изменениями у большинства детей имеются дистрофические нарушения различных органов пищеварительного тракта чаще всего в виде недостаточности сфинктерного аппарата или реже – его спазма, а также его рубцовое изменение на фоне язвенного поражения ДК или нижней трети пищевода. Последние изменения наблюдаются довольно редко [2].

Мы обратили внимание на большую частоту сочетанных поражений верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) – более 60% от всей патологии ВОПТ. Чаще всего наблюдается поражение пищевода (эзофагиты), сочетающееся с поражением нижележащих отделов пищеварительной трубки (у 30% детей с поражением ВОПТ).

Помимо поражения ВОПТ, отмечается большая частота поражения поджелудочной железы, желчевыводящих протоков, кишечника, наряду с различными дискинетическими явлениями. В основе этих поражений лежат такие механизмы, как хеликобактериоз, изменения кислотопродукции и моторно-эвакуаторные нарушения, явления возрастного дисморфизма.

Целью наших исследований было изучение распространенности патологии ВОПТ у детей, проживающих в Астраханском регионе, особенностей клинической картины. Всем детям проведена эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС), ультразвуковые, гистологические и бактериологические исследования в динамике заболевания, анализировали данные катamnестического наблюдения.

В течение 5 лет мы наблюдали 1497 детей и подростков с поражениями ВОПТ в возрасте от 1 года до 18 лет (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что чаще всего у пациентов имели место эзофагиты, сочетающиеся с гастродуоденитом (86%), затем эзофагиты с язвенной болезнью ДК

Контактная информация:

Филин Вячеслав Александрович – д.м.н., проф. каф. пропедевтики детских болезней ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития РФ

Адрес: 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1

Тел.: (495) 465-59-16, E-mail: mos-109@yandex.ru

Статья поступила 28.12.11, принята к печати 25.01.12.

Таблица 1

Распределение больных по нозологическим формам патологии ВОПТ

Нозология	Возраст, годы								Всего		
	1-3		4-7		8-11		12-18		м	д	всего
	м	д	м	д	м	д	м	д			
Эзофагит изолированный	–	1	2	–	1	–	2	–	5	1	6
Эзофагит+гастрит	–	–	1	1	16	10	45	11	65	22	87
Эзофагит+дуоденит	1	–	1	–	2	–	3	1	7	1	8
Эзофагит+гастродуоденит	3	2	14	14	138	64	862	193	1017	273	1290
Эзофагит+ЯБДК	–	–	1	–	8	2	91	4	102	6	106
Итого	4	3	19	15	165	76	1003	209	1194	303	1497

(ЯБДК) – 7,1%, далее эзофагиты с гастритами – 5,8%, эзофагиты с дуоденитами – 0,6% и редко изолированные эзофагиты – 0,5%. По половому составу в возрасте до 3 лет было 57% мальчиков и 43% девочек, в возрасте от 4 до 9 лет также преобладали мальчики – 55,8% (44,2% девочек); в возрасте от 8 до 11 лет мальчиков было 68,5%, а девочек – 31,5%, в возрасте от 12 до 18 лет преобладали мальчики (82,8%) над девочками (17,2%).

Всем детям делали эндоскопическое исследование при наличии жалоб и симптомов, указывающих на поражение ВОПТ, т.е. все пациенты поступали в период обострения заболевания.

Обращает внимание поздняя обращаемость к врачу детей с патологией ВОПТ, проживающих в Астраханском регионе – от 6 мес до 2 лет. До сих пор в практике врачей-педиатров лечение детей с патологией ВОПТ не отвечает стандартам оказания лечебной и профилактической помощи, адекватную терапию получают только 1/3 детей, а 2/3 из них в дальнейшем исчезают из поля зрения врача.

В общей структуре заболеваний ВОПТ эзофагит был диагностирован у 39,3%. При хроническом гастрите, дуодените, гастродуодените эзофагит выявлялся у 29,4% детей, а при ЯБДК – у 59,4%.

Основная причина развития хронического эзофагита связана с морфофункциональными нарушениями кардиоэзофагеального перехода за счет дисморфогенеза сфинктерного аппарата пищевода [1] (возрастного или в силу появляющегося его нарушения). Это отмечается у детей вследствие интенсивного линейного роста в период препубертата и пубертата, когда длина пищевода увеличивается не синхронно с длиной тела.

При анализе наследственной отягощенности гастроэнтерологической патологией оказалось, что у 93,2% наблюдаемых детей в семьях отмечались заболевания ВОПТ.

Формирование патологии ВОПТ во многом зависит от характера вскармливания детей в раннем возрасте: на естественном вскармливании были 44,6% детей, а 56,4% – на искусственном и смешанном.

Синдром срыгиваний и рвот на первом году жизни имел место у 61% наблюдаемых больных.

У 78,3% детей школьного возраста имелись нарушения питания в виде редких приемов пищи (2 раза в

день) и сухоедение. В рационе преобладали мучные и колбасные изделия, использовались острые приправы. Количество молочных продуктов, овощей и фруктов было недостаточным.

Начало хронических заболеваний ВОПТ обычно наблюдается в возрасте 2–3 лет, однако по сравнению с ранее проведенными исследованиями [3] отмечено снижение числа больных раннего возраста.

В анамнезе наблюдаемых детей нами отмечена высокая частота острых кишечных инфекций, глистных инвазий, острого аппендицита, острых инфекционных заболеваний. У 25% детей отмечались повторные пневмонии, хронический тонзиллит, кариес зубов, гайморит и отит. Поливалентная аллергия имела место у 41%, бронхиальная астма – у 26% детей.

Социальные факторы, ухудшающие психический и соматический статус детей с заболеваниями ВОПТ, выявлены у 51% больных: неполные семьи, алкоголизм родителей.

Кроме патологии ВОПТ у 75,5% больных диагностирована билиарная патология (гипомоторная дискинезия желчного пузыря – у 52,5%, гипермоторная – у 3,4%, дивертикулы желчного пузыря – у 16%, у 6% – холецистохолангит). У 12,6% детей выявлены симптомы панкреатита, у 3% диагностирован персистирующий панкреатит. Колит, энтероколит выявлены у 33% детей.

Таким образом, хроническая патология ЖКТ чаще всего характеризовалась системным поражением за счет сложной взаимосвязи различных нозологических форм, тесно связанных между собой.

В раннем возрасте развитие эзофагита зависит в большей степени от незрелости механизмов закрытия кардии. Постепенно по мере роста ребенка, помимо дезинтеграции роста тела и пищевода, создаются условия для возникновения воспаления в пищеводе, которые в свою очередь усугубляют моторные нарушения кардиоэзофагеальной зоны, в области луковицы ДПК и других сфинктеров ВОПТ.

Клиническая картина поражений ВОПТ зависит от стадии заболевания. Первично все дети поступали под наблюдение в стадии обострения заболевания, когда имелись диспепсические явления и боли в животе (табл. 2).

Половых различий частоты диспепсических явлений отмечено не было. В целом диспепсия была выяв-

Таблица 2

**Частота симптомов верхней диспепсии в стадии обострения
эзофагита у наблюдаемых детей разного возраста**

Симптомы	1–3 года	4–7 лет	8–11 лет	12–18 лет
Снижение аппетита	66*	23,5	12,8	10,6
Тошнота	–	66,7	72,1	68,9
Рвота	66	54,2	35,2	34,5
Отрыжка	82	35,6	60,5	62,6
Изжога	–	10,8	50,1	48,5
Горечь во рту	–	12,6	10,2	11,3
Дисфагия	33	7,8	2,6	1,3
Икота	33	3	1,2	1,4
Нет диспепсии	–	12,6	4,3	4,5

Здесь и в табл. 3 и 4: данные представлены в %.

Таблица 3

**Характерные жалобы на боли в животе у детей с поражениями ВОПТ
в стадии обострения**

Характер боли	До 7 лет	8–11 лет	12–18 лет
Ранние:			
• во время еды	3,5	4,1	2,0
• сразу после еды	6,2	11,2	9,1
• через 15–40 мин после еды	22,1	3,6	2,0
Поздние:			
• голодные	10,1	16,3	13,4
• ночные	2,3	6,3	3,7
Сочетанные:			
• ранние+голодные	9,4	22,1	17,0
• голодные+ночные	6,6	15,1	13,4
• ранние+голодные+ночные	3,4	8,4	12,1
Без связи с приемом пищи	32,4	26,7	21

лена у 96,32 % детей в период обострения заболевания. Чаще всего в возрасте старше 4 лет отмечались тошнота или отрыжка, затем увеличивалась частота отрыжки и в возрасте старше 8 лет – изжоги. Снижение аппетита чаще отмечалось (66%) у детей до 3 лет. Реже имелись такие симптомы, как горечь во рту, дисфагия и икота. Наиболее часто эти симптомы проявлялись у детей с эрозивными и язвенными эзофагитами. При поверхностных формах эзофагитов данная симптоматика выявлялась эпизодически. При эрозивных и язвенных эзофагитах в рвотных массах были примеси крови. Тошнота и рвота отмечались от 1–2 раза в неделю или 1 раз в месяц. Отрыжка, изжога, горечь во рту были более постоянными симптомами. Дисфагия и икота наблюдались эпизодически. Практически у всех детей с поражением ВОПТ выявлена обложенность языка. Первым симптомом поражения ВОПТ, как правило, являются жалобы на боли в животе (табл. 3).

Как видно из табл. 3, при сочетанном поражении ВОПТ у большинства детей имелась связь появления боли с приемом пищи – у $\frac{3}{4}$ детей и только у $\frac{1}{4}$ такой связи не было. Дети жаловались как на ранние боли

(у 42,3%), так и на поздние (у 57,7%). У дошкольников боли, связанные с приемом пищи, отмечались у 67,5%, а у школьников – у 75,8%. У 35,6% больных боли были в эпигастрии, также часто боли локализовались в пилородуоденальной области. С возрастом детей мы отмечали увеличение частоты ранних и поздних болей, которые становились сочетанными. У детей дошкольного возраста преимущественно выявлялись ранние боли. У $\frac{1}{4}$ детей (27,2%) отмечалось усиление болей в животе после физической нагрузки, связанной с бегом, прыжками, занятиями физкультурой в школе. Усиление болей после острой пищи отмечалось в основном у девочек школьного возраста (12,9%).

Боли чаще были приступообразными – у половины детей, реже тупыми – у $\frac{1}{3}$ или неопределенными – у $\frac{1}{10}$. У 23,4% определялся положительный симптом Менделя, чаще всего в пилородуоденальной области.

При проведении пальпации максимальная болезненность чаще всего отмечалась в эпигастрии – у $\frac{2}{3}$ больных, у $\frac{1}{4}$ больных – в пилородуоденальной области и значительно реже в правом подреберье и мезогаст-

Таблица 4

Динамика частоты обсемененности *H. pylori* СО ВОПТ у наблюдаемых больных в зависимости от периода заболевания

Патология	Период обострения	Неполная ремиссия	Полная ремиссия
Эзофагит	16,6	0	0
Эзофагит+гастрит	66,5	31,8	25,6
Эзофагит+дуоденит	25,0	12,5	12,5
Эзофагит+гастродуоденит	71,2	29,7	26,8
Эзофагит+ЯБ	31,6	34,8	31,6

рии. У $2/3$ больных имелись боли в различных областях живота за счет сочетанного поражения органов пищеварения. У дошкольников чаще боли имели разлитой и сочетанный характер.

У 38,5% детей выявлялись симптомы поражения кишечника: запоры – у половины из них, у $1/3$ – склонность к размягченному стулу, у $1/4$ из них запоры сменялись поносами.

Симптоматика поражения ВОПТ позволяет верифицировать лишь топику наиболее выраженного воспаления той или иной области ЖКТ, а эндоскопическое исследование дает полную картину воспалительных изменений СО [4].

В период неполной ремиссии диспепсические явления практически нивелировались, исчезали самостоятельные боли, но сохранялась болезненность при пальпации живота.

В полную ремиссию исчезали все симптомы поражения ВОПТ.

По характеру поражения СО ВОПТ чаще всего имели место поверхностные (катаральные) изменения. Более чем у $1/3$ детей отмечался эрозивный процесс и реже (10,3%) – язвенные формы. Эти формы поражения СО были верифицированы эндоскопически и гистологически.

При поражениях ВОПТ в настоящее время большое внимание уделяется обсемененности СО *Helikobacter pylori* (табл. 4).

Из табл. 4 видно, что в период обострения минимальная инфицированность *H. pylori* была при изолированном эзофагите. Наиболее часто этим микробом были инфицированы дети с эзофагитом в сочетании с гастритом и гастродуоденитом, реже с ЯБ. В период неполной и полной ремиссии изолированного эзофагита маркеров инвазии мы не обнаружили, а при других вариантах поражения СО частота инфицирования *H. pylori* снизилась более чем у половины больных.

Такое снижение инфицированности *H. pylori* может объясняться применением этиотропной терапии. Положительную динамику эрадикации *H. pylori* мы наблюдали в основном у детей с семейным хеликобактериозом, так как они получали этиотропное лечение наряду с другими членами семьи, имевшими симптомы поражения ВОПТ. При отсутствии семейного лечения у 30% детей наблюдались рецидивы заболеваний.

У детей, не инфицированных *H. pylori*, применя-

лась патогенетическая терапия, включающая антациды, абсорбенты, симптоматические средства. По современным данным литературы [5], у большинства детей с патологией ВОПТ определяется высокий уровень кислотообразования. Ремиссия заболевания была достигнута у 95% больных, но в катамнезе у большинства из них (94,6%) были рецидивы заболеваний через 1–3–6 месяцев после первичного лечения. У 72,3% этих детей в динамике обнаруживалась инвазия *H. pylori*, в связи с чем им проводилась антихеликобактерная терапия, которая оказалась эффективной у 85,6% из них.

Учитывая, что все дети, находившиеся под нашим наблюдением, страдали эзофагитом, первым звеном лечебных мероприятий являлось создание условий, препятствующих рефлюксному механизму. Во-первых, дети должны спать на высоком уровне изголовья, во-вторых, физическая активность детей не должна вызывать повышения внутрибрюшного давления. В-третьих, назначали диетические столы, имеющие щадящее действие на органы пищеварения: исключали пищу и продукты, стимулирующие секреторное и кислотообразование, обладающие обволакивающим действием; исключали продукты трудные для переваривания. Кулинарная обработка пищи должна соответствовать пищеварительным возможностям ребенка. Около 30% детей с патологией ВОПТ имеют непереносимость молока и молочных продуктов, поэтому в их диете следует исключать эти продукты. Для регуляции деятельности сфинктерного аппарата применяли средства, влияющие на его моторику: реглан, церукал, мотилиум. Длительность терапии этими препаратами индивидуальна и зависит от персистирования симптомов верхней диспепсии.

При наличии хеликобактерной инфекции дети получали различные схемы антихеликобактерной терапии. Оказалось, что через 6 месяцев такого лечения в среднем у 76% больных *H. pylori* не определялся, однако через год наблюдения обсемененность этими бактериями отмечалась у 86% детей. В основном это были дети, не получавшие повторных курсов антихеликобактерной терапии вследствие нерегулярного диспансерного наблюдения. В группе детей, находившихся под регулярным диспансерным наблюдением, обследованных в динамике и получавших семейное этиотропное лечение, через 6 месяцев *H. pylori* не обнаруживался у 86% детей, а через год на ЭГДС отмечалось полное восстановление СО ВОПТ.

Таким образом, современное течение патологии ВОПТ характеризуется частым сочетанием поражения всех этажей ВОПТ, в целом она выявляется более чем у 30% детей с патологией пищеварительного тракта. Чаще всего патология ВОПТ стала отмечаться у детей старше 8 лет. Имеется явная тенденция превалирования этой патологии у мальчиков. Клинически чаще всего они проявляются абдоминальным болевым синдромом, но может быть и безболевого течения. В генезе поражения пищевода

первостепенное место занимает недостаточность сфинктерного аппарата ВОПТ. Этиологическим фактором поражения гастродуоденальной зоны является в основном *H. pylori*, в связи с чем лечение должно быть этиотропным. Всем пациентам показано патогенетическое лечение, которое назначается после обследования на *H. pylori*. Всем детям с патологией ВОПТ необходимо регулярное диспансерное наблюдение, этапное лечение, включающее семейное лечение хеликобактериоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Филин В.А. Эзофагиты у детей: Автореф. дисс.... докт. мед. наук. М., 1989.
2. Таболин В.А. Кислотозависимые состояния у детей. М.: Медицина, 1999.
3. Щербаков П.Л. Гастродуоденальная рефлюксная болезнь у детей. Лекции по педиатрии. Под ред. В.Ф. Демина, С.С. Ключникова. М.: Медицина, 2003; 3: 7–15.
4. Цветкова Л.Н. Язвенная болезнь у детей (алгоритм диагностики и лечебной тактики). Пособие для врачей общей практики, педиатров, гастроэнтерологов. М.: РГМУ, 2009: 46 с.
5. Пахомовская Н.Л. Дуоденогастральный рефлюкс при патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей. XII Конгресс детских гастроэнтерологов России. М., 2005: 67.

АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ 2012

Приглашаем принять участие



III съезд травматологов и ортопедов Уральского Федерального Округа

Научно-практическая конференция «Чаклинские чтения 2012»

11–12 октября 2012 года г. Екатеринбург
Центр Международной Торговли, ул. Куйбышева, 44

Уважаемые коллеги!

Приглашаем принять участие в работе III съезда травматологов-ортопедов УрФО и научно-практической конференции «Чаклинские чтения 2012».

Научная программа съезда и конференции включает следующие вопросы:

- Организация и перспективы развития травматолого-ортопедической службы;
- Профилактика травматизма;
- Инновационные технологии оказания травматолого-ортопедической помощи;
- Лечение ортопедической патологии у взрослых и детей;
- Интенсивная терапия при травматолого-ортопедических операциях;
- Фундаментальные исследования в травматологии и ортопедии;
- Информационные технологии в травматологии.

В рамках съезда организуется специализированная выставка медицинского оборудования, инструментов, фармакологических препаратов, тематической продукции.

Дополнительную информацию можно получить у организаторов мероприятий:

Руководитель Научной программы – Рыбин Андрей Викторович:

Тел.: +7-343-371-13-13

E-mail: Arybin10@gmail.com

RTE Group – Москва: Быкова Татьяна (руководитель проекта):

Тел.: +7 (495) 921 44 07 доб. 135

E-mail: t.bykova@rte-expo.ru

RTE Group – Екатеринбург: Лукошкова Александра

Тел.: +7-343-310-32-50; +7-343-310-32-47

E-mail: a.lukoshkova@rte-ural.ru