

О. Ю. БЕЛОУСОВА, Н. В. ПАВЛЕНКО, И. Г. СОЛОДОВНИЧЕНКО,
Е. Н. БАБАДЖАНИЯ, Л. Г. ВОЛОШИНА

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования <talys_vita@mail.ru>

*В статье приведены современные взгляды и спорные вопросы проблемы сочетанной патологии верхних отделов пищеварительного канала у детей и подростков (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, заболевания гастродуоденальной зоны). Проанализированы собственные длительные наблюдения в зависимости от типа патологии, выраженности моторных нарушений, эндоскопической и морфологической картины, инфицированности *Helicobacter pylori*. Определены возможные варианты формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей и подростков с заболеваниями гастродуоденальной зоны.*

Ключевые слова: сочетанная патология, варианты формирования, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастродуоденальные заболевания, дети и подростки.

Болезни органов пищеварения у детей широко распространены, имеют большое социальное значение и являются важной проблемой современной педиатрии. Значительный интерес к детской гастроэнтерологии, наблюдающийся в последние десятилетия, обусловлен увеличением болезней органов пищеварения среди детского населения, изменением структуры и морфогенеза многих «старых» болезней, появлением новых нозологий [1, 4]. Патология органов пищеварения занимает основное место в структуре детской соматической заболеваемости во всём мире, в том числе и в Украине [2, 4, 22]. По данным Минздрава Украины, её частота составляет 148,8 на 1000 детей и имеет тенденцию к повышению [13, 14]. Среди гастроэнтерологических заболеваний детей разного возраста первое место занимает патология верхних отделов пищеварительного канала (ВОПК). В последние годы она составила 48–50 % всей патологии органов пищеварения [9, 11, 14]. Известно, что для детского возраста характерен сочетанный характер патологии, которая при хроническом рецидивирующем течении оказывает взаимоотягочающее влияние [3, 9, 11].

Среди заболеваний пищеварительной системы у детей до 75 % составляет патология гастродуоденальной зоны (ГДЗ), самой тяжёлой является язвенная болезнь (ЯБ) [2, 9, 20]. Более 2 % детского населения Украины болеют ЯБ, при этом у каждого четвертого она имеет тяжёлое течение [1, 9, 11]. Отмечается значительное «омоложение» эрозивно-язвенной патологии ГДЗ, учащение случаев рецидивирования, длительного сохранения остроты форм воспалительно-деструктивных процессов, нетипичного клинического проявления болезни. Проблема эффективного лечения и прогнозирования дальнейшего течения воспалительно-деструктивных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у детей имеет в настоящее время большое медико-социальное значение, обусловленное основным местом этой патологии в структуре заболеваний органов пищеварения у детей.

Патогенетические механизмы язвообразования в детском возрасте имеют свои особенности, которые необходимо учитывать при определении объёма лечения и проведении профилактических мероприятий детям с ЯБ и предъязвенным состоянием [2, 4, 9, 18].

В литературе нет точных сведений о факторах риска и пусковых механизмах, приводящих к неблагоприятному развитию патологического процесса у детей: частых рецидивах ЯБ и хронического гастродуоденита с признаками предъязвенных состояний, непрерывного течения деструктивных процессов; длительного

сохранения болевого синдрома, слабой и неустойчивой репарации деструкции. Из-за отсутствия ответа на вопросы все попытки достичь стойкого эффекта при лечении таких состояний не достигают результата. Необходим поиск новых направлений в решении патогенетических задач, разработка диагностических критериев и дифференцированной лечебной тактики в случаях неблагоприятного течения сочетанной патологии (пищевод, желудок и ДПК) ВОПК у детей и подростков.

Хронические воспалительные заболевания ВОПК традиционно доминируют в детской гастроэнтерологии старшего возраста, но значительное место занимают и функциональные нарушения, которые на современном этапе претерпели значительные изменения не только терминологически, но и по сути: изменилось понимание патогенетических механизмов и подходов к коррекции этих нарушений. Для данных больных характерны прежде всего моторно-эвакуаторные нарушения ВОПК, усиливающие и болевой, и диспепсический синдромы [1, 3, 21]. Активно обсуждается роль *Helicobacter (H.) pylori* и различных схем эрадикации в развитии нарушений моторики ВОПК в виде дуоденогастрального (ДГР) и гастроезофагального (ГЭР) рефлюксов, а также терминального эзофагита [4, 6, 19].

В научной литературе имеются работы, посвящённые влиянию *H. pylori* инфекции на моторно-эвакуаторную функцию ВОПК. К нарушениям гастродуоденальной моторики, характерным для больных с хроническими воспалительно-деструктивными заболеваниями ВОПК, протекающими с симптомами диспепсии, относят ослабление моторики антрального отдела желудка с последующим замедлением эвакуации из желудка (гастропарез), нарушения антродуоденальной координации, расстройства ритма перистальтики желудка, нарушение аккомодации и др. [5, 6, 12]. В ряде работ показано, что у *H. pylori* позитивных больных с клиникой функциональной диспепсии нарушения моторной функции желудка и ДПК более выражены, а клинические симптомы разнообразнее, чем у *H. pylori* негативных [6, 10, 15]. Ряд учёных не обнаружили каких-либо различий в характере и проявлениях нарушений моторики ВОПК, а также в уровне висцеральной чувствительности у больных с функциональной диспепсией и выраженностью диспепсических жалоб в зависимости от *H. pylori* или его какого-либо конкретного штамма [7, 12, 20].

На протяжении последних лет значительно увеличилась и разнообразилась патология пищевода у детей [7, 8, 17], участились случаи тяжёлых вариантов течения сочетанной патологии ГДЗ и пищевода у детей старшего возраста и подростков [8, 9, 12, 16]. Изучение и понимание механизмов и закономерностей формирования функциональных и органических нарушений пищевода (гастроезофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ) у детей очень важно, поскольку удельный вес этих заболеваний в патологии детского возраста постоянно увеличивается. Не менее значимы своевременная диагностика и дифференциальная диагностика этих болезней. Методики и диагностическое значение их в педиатрии почти не изучены.

Совершенствование знаний и представлений о возможности формирования функциональных и органических нарушений пищевода, ГЭРБ очень важно, потому что удельный вес этих заболеваний в патологии детского возраста постоянно повышается. Данные о распространённости ГЭРБ среди детей незначительны и разноречивы (от 0,2 до 25 % в структуре заболеваний органов пищеварительного канала – ПК) [4, 7, 12, 22]. Кроме того, многие исследователи отмечают появление либо прогрессирование изменений пищевода у лиц, часто получавших лечение по поводу обострений воспалительно-деструктивных заболеваний ГДЗ, включая эрадикационную антихеликобактерную терапию. В литературе имеются противоречивые сведения о роли инфицирования *H. pylori* и влиянии эрадикационных схем на развитие нарушений моторики верхних отделов ПК в виде ДГР, ГЭР и терминального эзофагита [11, 15, 19]. Наиболее обоснованно обсуждаются три возможных варианта влияния *H. pylori* на развитие патологии пищевода: 1) снижение риска развития ГЭР и рефлюкс-эзофагита при наличии *H. pylori*; 2) негативная роль *H. pylori* в развитии ГЭРБ; 3) наличие *H. pylori* не влияет на

развитие ГЭРБ [6, 7, 12]. Кроме того, учёные и клиницисты из разных стран отмечают негативную тенденцию: при удлинении времени (продолжительный анамнез), прошедшего после эрадикации *H. pylori*, частота возникновения сопутствующей ГЭРБ у детей и подростков с ЯБ ДПК повышается [9, 12, 18]. Суммируя имеющиеся данные, можем констатировать, что распространённость ГЭРБ может превышать 100 на 10 000 детского населения [4, 10, 11]. Внимание к ГЭРБ, несомненно, связано с долговременным прогнозом болезни, который не является только компетенцией педиатра, так как высок риск развития аденокарциномы пищевода в дальнейшем (по данным европейских исследователей) [16, 17, 22]. Так, у 10 % взрослых наблюдаются признаки ГЭР, среди которых рефлюкс-эзофагит выявляется у 40 % и пищевод Барретта – у 10 %. Как оказалось, с такой же частотой пищевод Барретта встречается и у детей с ГЭР. У этих больных риск развития аденокарциномы пищевода увеличивается в 30 раз по сравнению с общей популяцией. Исследования коллег из стран Восточной Европы свидетельствуют, что у 22 % детей с ГЭРБ выявляют желудочную метаплазию, а у 29 % – кишечную [4, 12]. Приведённые данные подтверждают актуальность проблемы и необходимость дальнейшего изучения формирования и взаимного влияния сочетанной патологии верхних отделов ЖК у детей и подростков с учётом современных тенденций и приоритетов. На кафедре педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО эта проблема глубоко изучается на протяжении многих десятилетий. И если ранее считали наиболее тяжёлыми формами неблагоприятные варианты течения ЯБ, то в настоящее время вынуждены признать опасность осложнённых вариантов ГЭРБ у детей и подростков, в том числе и с формированием пищевода Барретта.

Есть все основания считать, что тяжёлые формы хронической патологии ВОПК с развитием осложнений, приводящих к инвалидизации взрослых, начинаются в детском возрасте. Большинство детей с хроническим гастродуоденитом и предязвенным состоянием с угрозой трансформации в ЯБ, особенно с неблагоприятной формой течения, требуют разработки ранних критериев диагностики, необходимости поиска эффективного воздействия на регуляторные процессы, а также индивидуализированной тактики лечения с использованием комплексных поэтапных терапевтических мероприятий, методов профилактики.

Исследования, посвящённые различным аспектам нарушений в пищеводе, развитию ГЭРБ у детей, немногочисленны и достаточно противоречивы. Многие вопросы этиологии, факторов риска и механизмов развития заболеваний, классификации функциональных расстройств ВОПК, а также ГЭРБ у детей, диагностики и дифференциальной диагностики, подходов и принципов проведения терапии остаются актуальными и требуют дальнейшего всестороннего комплексного изучения.

Эти нерешённые проблемы послужили толчком для выполнения многолетней кафедральной НИР (2011–2015 гг.). Фрагменты исследований по данной проблеме, их результаты неоднократно публиковались в открытой печати, обсуждались на научных форумах. Основные выводы следующие:

- сочетанный характер патологии пищевода и гастродуоденальной зоны у детей встречается более чем у 75 %. Характер и выраженность нарушений в пищеводе зависят от характера нозологии ГДЗ и, как правило, вторичны;
- при воспалительных заболеваниях ГДЗ двигательные нарушения в пищеводе прогрессируют, у 42 % больных формируется рефлюкс-эзофагит. У 88 % больных ЯБ ДПК отмечаются стойкие проявления эзофагита на фоне выраженных моторных нарушений с формированием тяжёлых вариантов ГЭРБ (эрозии, язва, полиповидные образования пищевода у трети больных). При *H. pylori* негативном статусе у детей с ЯБ ДПК нередко формируются тяжёлые варианты ГЭРБ. Их возникновению способствуют, по-видимому, наследственно-генетические факторы, обуславливающие сочетанное неблагоприятное течение ЯБ ДПК с нарушением пищевода. При этом исходом эрозивно-язвенного эзофагита нередко является пищевод Барретта или формирование полипов и

- других неоплазий пищевода, что может быть прогностически неблагоприятным. Развитие ГЭРБ, осложнённое язвой, формированием пищевода Барретта, уже в детском и подростковом возрасте требует длительного, иногда нестандартного, комплексного, в том числе и хирургического, лечения;
- несомненно, увеличение частоты ГЭРБ у детей, а также осложнённых её вариантов (в том числе язв и пищевода Барретта) обуславливают её приоритетность в изучении заболеваний верхних отделов ЖК у детей в настоящее время. Кроме того, именно для этих больных молодого возраста актуальной и важной является разработка четких диагностических критериев (в том числе морфологических), тактики терапии, стратегии канцеропревенции.

С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. Белоусов Ю. В. Актуальные вопросы педиатрической гастроэнтерологии: Сб. ст. (2007–2011 гг.). – К.: ЭкСОБ, 2012. – 591 с.
2. Белоусов Ю. В., Павленко Н. В. Заболевания гастродуоденальной зоны у детей. Дополнения и комментарии к протоколам и стандартам диагностики и лечения // Здоровье ребёнка. – 2011. – № 2. – С. 98–102.
3. Белоусов Ю. В., Волошина Л. Г., Павленко Н. В. та ін. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування): Навч. посібник для педіатрів, дитячих гастроентерологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини. – Х.: ВД «ІНЖЕК», 2010. – 126 с.
4. Бельмер С. В. Перспективы детской гастроэнтерологии // Практика педиатра. – 2013. – № 2. – С. 7–10.
5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / Под ред. Л. Б. Лазебника. – М.: Мед-практика-М, 2012. – 356 с.
6. Каганов Б. С., Исаков В. А., Эрдес С. И. *H. pylori*-инфекция у детей. – М.: Династия, 2012. – 140 с.
7. Комарова Е. В., Гундобина О. С. Современные представления о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Практика педиатра. – 2013. – № 2. – С. 11–16.
8. Николаева О. В., Ермолаев М. Н., Губина-Вакулик Г. И. Клинико-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей с *H. pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологией // Здоровье ребёнка. – 2008. – № 2. – С. 48–52.
9. Павленко Н. В. Пищеводные нарушения у детей и подростков с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (синдром взаимного отягощения) // Соврем. педиатрия. – 2011. – № 2. – С. 146–148.
10. Потапов А. С., Сичинава И. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей // Вопр. соврем. педиатрии. – 2011. – Т. 1, № 1. – С. 55–59.
11. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е. Кислотозависимые состояния у детей (клиническая картина, диагностика, лечение). – СПб: СПбМАПО, 2005. – 120 с.
12. Приворотский В. Ф., Луппова Н. Е., Герасимова Т. А. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. – 2011. – № 1. – С. 14–21.
13. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення: Наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59 [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – назва з екрана.
14. Шадрин О. Г., Марушко Ю. В., Герасимюк С. І., Ігнатко Л. В. Сучасні аспекти антисекреторної терапії кислотозалежних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей. – К.: Доктор-Медиа, 2010. – 16 с.
15. Elitsur Y., Durst Z., Lawrence P. et al. Does Helicobacter Pylori protect children from reflux disease? // J. Clin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 42. – P. 215–216.
16. Hassall E. Esophageal metaplasia: definition and prevalence in childhood // Gastrointest. Endosc. – 2008. – Vol. 64, N 5. – P. 676–677.
17. Jeurnink S. M., van Herwaarden-Lindeboom M. Y., Siersema P. D. et al. Barrett's esophagus in children: does it need more attention? // J. Dis. Liver Dis. – 2011. – Vol. 43, N 9. – P. 682–687.
18. McColl K. E., Dickson A., El-Nujumi A. et al. Symptomatic benefit 1–3 years after *H. pylori* eradication in ulcer patients: impact of gastroesophageal disease // Am. J. Gastroenterol. – 2009. – Vol. 95. – P. 101–105.
19. Moon A., Solomon A., Beneck D., Cunningham-Rundles S. Positive association between Helicobacter Pylori and gastroesophageal reflux disease in children // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2009. – Vol. 49. – P. 283–288.

20. Peek R., Blaser M. Pathophysiology of Helicobacter Pylori-induced gastritis and peptic ulcer disease // Am. J. Med. – 2007. – Vol. 102, N 2. – P. 200–207.
21. Vakil N., van S. V. Zanten, Kahrilas P. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 1900–1920.
22. Vandenplas Y. Y., Vandenplas C. D., Rudolph C. Di Lorenzo et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Practice Guidelines: Joint Recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2009. – Vol. 49, N 4. – P. 498–547.

ПОЄДНАНА ПАТОЛОГІЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ

О. Ю. Белоусова, Н. В. Павленко, І. Г. Солодовниченко,
О. М. Бабаджанян, Л. Г. Волошина (Харків)

Наведено сучасні погляди та спірні питання з проблеми поєднаної патології верхніх відділів травного каналу у дітей і підлітків (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, захворювання гастродуоденальної зони). Проаналізовано власні довготривалі спостереження залежно від типу патології, вираженості моторних порушень, ендоскопічної та морфологічної картини, інфікованості *Helicobacter pylori* та визначено можливі варіанти формування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей і підлітків із захворюваннями гастродуоденальної зони.

Ключові слова: поєднана патологія, варіанти формування, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, гастродуоденальні захворювання, діти та підлітки.

COMBINED PATHOLOGY OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN: CURRENT TRENDS

О. Yu. Belousova, N. V. Pavlenko, I. G. Solodovnichenko,
E. N. Babadganyan, L. G. Voloshina (Kharkiv, Ukraine)
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The article presents the current views and controversial issues problems comorbidity upper gastrointestinal tract in children and adolescents (gastroesophageal reflux disease and gastroduodenal diseases). Analyzed their own long-term observations, depending on the type of disease, severity of motor disorders, endoscopic and morphological picture, infection *Helicobacter pylori*. The possible options for the formation of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents with gastroduodenal diseases.

Key words: combined pathology, generation options gastroesophageal reflux disease, gastroduodenal diseases, children and adolescents.

УДК 616.33/34–008.9–056.7–073.432.19

Поступила 10.10.2014

Ю. Б. ГРЕЧАНИНА^{1,2}, Е. Я. ГРЕЧАНИНА^{1,2}, С. В. БЕЛЕЦКАЯ²

ПОРАЖЕНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ АУТИЗМЕ

¹Украинский институт клинической генетики ХНМУ;

²Харьковский специализированный медико-генетический центр <mgc@ukr.net>

В статье рассмотрены особенности поражения пищеварительного канала (ПК) у детей с аутизмом. Приведён алгоритм обследования детей с аутизмом в ХСМГЦ, а также статистические данные о частоте поражения ПК. Изложены основные направления коррекции расстройств пищеварения и её результаты.

Ключевые слова: аутизм, пищеварительный канал, метаболизм, диетотерапия, кофакторная терапия.