

© М. І. НЕХАЄНКО, 2016

М. І. Нехаєнко

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ХРОНІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика, м. Київ

Резюме. в статті висвітлені актуальні питання сьогодення, які стосуються перебігу хронічного гастродуоденіту у підлітків. Представлені сучасні дані епідеміології, етіології, патогенезу, факторів ризику розвитку захворювання, ранньої діагностики, клінічної картини, лікування хронічних гастродуоденітів (ХГД). Зазначені проблемні питання свідчать про актуальність обраної проблеми та необхідність її вирішення.

Ключові слова: діти, підлітки, хронічний гастродуоденіт, кандидоз.

Вступ. Загальнонаціональним пріоритетом держави є охорона здоров'я дітей та підлітків і забезпечення умов для їх розвитку, що закріплено відповідними законодавчими актами. Вивчення пріоритетних проблем, особливостей і тенденцій збереження здоров'я дітей передбачає контроль за його показниками з метою сприяння розвитку здорового покоління [2, 3, 14]. Сьогодення характеризується соціально-економічними проблемами, погіршенням екологічної ситуації, складністю забезпечення профілактики захворювань у населення. Вказане впливає на якість життя і є передумовою зростання захворюваності різних органів і систем, в тому числі, і травного тракту (ТТ). Саме хвороби органів травлення у дітей за рахунок широкої розповсюдженості, особливостей клінічного перебігу, ранньої маніфестації та високого ризику інвалідизації є серйозною медико-соціальною проблемою [2, 5, 11].

Серед гастроентерологічних захворювань найбільш поширеними є хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), зокрема, ХГД. Їх профілактика, раннє виявлення і лікування у дітей та підлітків в останні десятиріччя набули актуальності в усьому світі, що обумовлено відсутністю тенденції до зниження захворюваності, рецидивуючим прогресивним перебігом, великою ймовірністю розвитку тяжких ускладнень, толерантністю до загально прийнятих методів терапії з формуванням первинної інвалідності та соціально значимої патології у дорослих [2, 3, 5, 11, 21].

На сьогодні досягнуто значних успіхів у вивченні патогенезу хронічних запальних процесів в слизовій оболонці (СО) шлунку та ДПК, їх діагностиці та лікуванні. Однак, це не знизило їх поширеність у дітей і, особливо, підлітків. За останні роки суттєво змінився перебіг захворювання, що проявляється раннім дебютом з відсутністю типової клінічної картини та її малосимптомними проявами [1, 2, 3, 6, 10]. Збільшилась частота розповсюджених та деструктивних змін гастродуоденальної зони, а також атрофії та гіпоацидності шлунку, які раніше були притаманні переважно дорослим. Глобальні відкриття та впровадження сучасних технологій відкривають чергову невідому сторону складного процесу травлення.

Епідеміологія. У структурі загальної захворюваності у дітей, хвороби органів травлення займають одну із перших позицій і за поширенням посідають друге місце після респіраторної патології. Розповсюдженість захворювань органів гастродуоденальної зони у дитячого населення в Україні досягає 148,95%. Помітна тенденція до зростання його розповсюдженості, яка в 2005 році становила 142,38%, в 2007 році – 148,41%, в 2011 році – 148,66%. У структурі захворювань ТТ провідне місце займає патологія шлунку і ДПК (від 50 до 75%) [1, 8, 19]. Чільне місце в структурі захворювань гастродуоденальної зони займає ХГД (60-74%), рідше зустрічається ізольований хронічний гастрит (ХГ) – 10-15%, функціональна диспепсія – 10-15%, виразкова хвороба (ВХ) ДПК і шлунку – 7-12%. За останні роки розповсюдженість ВХ збільшилась вдвічі, а у школярів міст в три рази [2, 3, 11].

Фактори ризику. ХГД – це хронічне рецидивуюче захворювання запального характеру, що супроводжується неспецифічною структурною перебудовою СО та залозистого апарату шлунка і ДПК, в основі якого є круглоклітинна запальна інфільтрація з розвитком дисрегенераторних і дистрофічних процесів, що призводять до розладів секреторної, моторної, інкреторної функції шлунку та ДПК, з можливістю появи шлункової і кишкової метоплазії [17]. ХГД є поліетіологічним і мультифакторіальним захворюванням. Вплив на організм ендегенних та екзогенних факторів спричинює розвиток нейровегетативної реакції, неврозу, неспецифічного синдрому гіперчутливості, зниження резистентності до інфекції. На тлі чого реалізується спадкова схильність до розвитку екозалежного соматичного захворювання і обумовлено порушенням рівноваги між захисними факторами і факторами агресії до СО шлунку та ДПК [2, 3, 21, 23, 26, 30].

Факторами ризику розвитку патологічного процесу в СО шлунку і ДПК є: аліментарні чинники (режим, якість і кількість їжі, збалансованість інгредієнтів, порушення харчового стереотипу, зловживання копченими, смаженими, соленими, рафінованими продуктами); зміна складу їжі (хімічні добавки, ГМО, посилювачі смаку в продуктах харчування); хімічні подразники (рефлюкс жовчі в шлунок) [9]; алергія; хронічні інтоксикаційні процеси із накопиченням токсичних метаболітів, зниженням функції детоксикації, порушенням процесів їх біотрансформації [2, 3, 13]; генетична схильність; психотравмуючі фактори [11]; нейро-імуно-ендокрина недостатність [19]. Нейрогуморальний шлях реалізації інтероцептивних зв'язків відбувається з допомогою інтестинальних гормонів місцевої і загальної дії, гормонів гіпофізу кори наднирників за участю різних відділів нервової системи, що особливо актуально в період пубертату [1, 19, 28].

Етіологія і патогенез. Відкриття австрійськими дослідниками Джоном Робітном Уорреном і Барі Джеймсом Маршалом зв'язку бактерії *Helicobacter pylori* (Н.р.) з формуванням ХГД та ВХ шлунку вплинуло на розуміння сутності цих захворювань, обумовило розвиток нових підходів до їх профілактики та лікування [7, 23, 22, 24]. За висловленням відомого гастроентеролога І.Т. Івашкіна: «На очах одного покоління лікарів неінфекційна патологія травної системи стає інфекційною» [4]. Отже важливою причиною формування ХГД є контамінація СО гастродуоденальної зони Н.р. [15, 16, 24, 28, 30]. Інфекція Н.р. визнана Міжнародною Агенцією з дослідження раку ВООЗ канцерогеном І ступеню для людини. ХГД із тривалою персистенцією Н.р. супроводжується прогресуванням змін СО шлунку і ДПК з розвитком її атрофії, гіпоацидності

та високим ризиком розвитком раку шлунку. Епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах свідчать, що 75-100% ХГД, 70-80% ВХ і 30-90% випадків невиразкової диспепсії були обумовлені інфікуванням Н.р. [12, 15, 20, 25, 29]. Рівень інфікованості Н.р. серед пацієнтів 7-11 років із захворюваннями верхніх відділів ТТ перевищує 50%, в старшому шкільному віці – 80% [20, 23], а розповсюдженість Н.р.-інфекції у дітей становить 60-70% [20, 23, 26]. Зараження Н.р. починається в ранньому дитячому віці, досягає 33,3% до 10 років і 56,3% в 17 років [27, 29]. Враховуючи значну розповсюдженість Н.р. у дорослих, в тому числі осіб молодого віку, перспективними напрямками профілактики хронічних захворювань органів травлення і зльокісних пухлин шлунку є своєчасне виявлення і ерадикація Нр-інфекції у дітей і підлітків [13, 16, 18, 20, 23, 24, 25, 27, 30].

На сьогодні відомі погоджувальні документи Європи, США з діагностики та лікування інфекції Н.р. у дорослих. Однак, за думкою більшості дитячих гастроентерологів, вказані документи не можуть бути використані в педіатрії [15, 16, 20, 22, 30]. Існуючі рекомендації Європейської (ESPGHAN) і Північноамериканської (NASPGHAN) асоціації дитячих гастроентерологів і нутриціологів із позиції доказової медицини, в країнах із низькою розповсюдженістю Н.р. визначають групу дітей, яка підлягає тестуванню на Н.р. та застосуванню ерадикаційної терапії [15, 20, 23, 24]. Однак Україна відноситься до країн із високою частотою інфікованості населення Н.р., що потребує інших підходів до ведення таких пацієнтів з урахуванням чутливості збудника до терапії [10, 11, 23, 26, 30].

У сучасних умовах збільшується частота захворювань, спричинених умовно-патогенними мікроорганізмами, вірусами простого герпесу I типу, ЦМВ, грибами роду *Candida*. За даними ВООЗ, п'ята частина населення світу хворіє на різні форми кандидозу. Найпоширенішим опортуністичним захворюванням є кандидоз СО і шкіри [2, 3, 13]. На сьогодні достатньо підстав певної ролі *Candida albicans* в розвитку ХГД, ВХ шлунку і ДПК тим паче в асоціації з Н.р. [2, 3, 13, 19, 18, 22, 23, 26]. Глікогенофілія та тропність грибів роду *Candida* до багат шарового плоского епітелію ТТ супроводжується його ураженнями від ротової порожнини до дистальних відділів кишечника [2, 3]. Обсміненіння СО шлунка *Candida albicans* виявлено у 61,0 % пацієнтів з ФД, у 54,2 % - з ВХ шлунка та у 10,3 % - з ХГД [13]. Порушення балансу між факторами агресії та захисту СО шлунку і ДПК, відображається на її властивостях, оскільки, в першу чергу, знижується захисна бар'єрна функція. Стрес, гіпоксія, порушення мікроциркуляції спричинюють підвищення чутливості СО до грибів роду *Candida* з формуванням інвазивного чи неінвазивного (кандидоалергія) кандидозу [2, 3, 13]. Асоціація із іншими інфекційними агентами призводить до потенціювання їх патогенних властивостей і резистентності до загальних антифунгальних засобів [2, 3, 13]. Висока частота застосування антибактеріальних препаратів у дітей з раннього віку при респіраторній патології, застосування інгібіторів протонної помпи, блокаторів H₂-рецепторів ерадикаційної терапії підвищують ризик активації агресивних потенцій грибів роду *Candida* в ТТ, який для них є природним резервуаром [2, 3, 13]. Особливою групою ризику є підлітки, за рахунок вікових гормональних коливань створюються додаткові сприятливі умови для формування кандидозу.

Клінічний діагноз ХГД у зарубіжній гастроентерології застосовується рідко. В західноєвропейських країнах ХГД є морфологічним терміном, який характеризує глибину та прогресування структурних змін СО шлунку і ДПК. Клініцисти при виявленні відповідних клінічних симптомів частіше вживають термін «функціональна диспепсія». Проте в Японії, країні із високою частотою раку шлунку, не відмовились від діагнозу ХГД, а застосовують у практиці комбінацію форми ХГД та відповідний варіант ФД [15]. Діагноз ХГД може бути встановлений при наявності ерозивних або атрофічних змін СО шлунку і ДПК. В Україні лише одна із десяти ФЕГДС супроводжується взяттям одного чи декількох біоптатів СО шлунку, гістологічна оцінка яких дозволяє встановити діагноз ХГД. У більшості випадків перебіг ХГД безсимптомний, але це прогресуюче захворювання, наслідком якого в подальшому є атрофія СО, ВХ, кишкова дисплазія, як передракові стани, і рак шлунку [1, 2, 3, 8]. Ендоскопічне обстеження досить доступне в дитячому і підлітковому віці, а морфологічне є досить ексклюзивним, що може бути причиною не достатньої діагностики атрофічного гастриту в дитячому віці [1, 4, 6, 7, 8].

У лютому 2014 року в м. Кіото (Японія) було прийнято проект нової класифікації ХГД для МКХ-XI. Виділений окремий розділ взаємозв'язку ХГД, ФД та Н.р. Визначення ролі Н.р. при ФД та взаємозв'язок цієї інфекції з шлунковим мікробіомом, взагалі є предметом окремої дискусії, оскільки, відповідно до Маастріхтського консенсусу-IV, ерадикація Н.р. супроводжується клінічним ефектом лише у 1 пацієнта із 12 хворих [5].

Висновок. Таким чином, на сьогодні у педіатрів і дитячих гастроентерологів викликає велике занепокоєння значна поширеність ХГД у підлітків, зростання їх хелікобактер-асоційованих варіантів за участі інших мікроорганізмів, зокрема, грибів роду *Candida*, зміна клінічної картини захворювання, збільшення частоти розвитку вогнищевої атрофії СО шлунку і ДПК, недостатня ефективність традиційної терапії захворювання. ХГД залишається гастроентерологічним захворюванням яке потребує подальшого визначення статистично значимих комбінацій факторів ризику формування асоційованих уражень гастродуоденальної зони, з метою розробки диференційованих підходів до ранньої діагностики та терапії захворювання з урахуванням особливостей клінічного перебігу в сучасних умовах, етіології і патогенезу патологічного процесу у дітей підліткового віку. Вищевказане свідчить про актуальність обраної проблеми та необхідність її вирішення.

Література

1. Бабий И.Л., Калашникова Е.А., Федчук И.Н., Величко В.И. К вопросу о терапии кислотозависимых заболеваний органов пищеварения у детей на современном этапе. // Перинатол. и педиатрия. – 2010. – №1 (41). – С.132-135.
2. Бекетова Г.В. Хронічний гастродуоденіт у дітей і підлітків: епідеміологія, етіологія, патогенез, діагностика (частина I). // Дитячий лікар. – 2012. - №6. - С.20-24.
3. Бекетова Г.В. Лікування хронічних гастродуоденітів у дітей і підлітків (частина II). // Дитячий лікар. – 2012. - №8. - С.13-15.
4. Белоусов Ю.В. Хронический атрофический гастрит у детей. // Здоровье ребенка. – 2011. – №5 (32). – С.18-20.
5. Бельмер С.В. Перспективы детской гастроэнтерологии. //Перспективы медицины. Практика педиатра. – 2013. - Март-апрель. – С.7–10.

6. Особливості клінічного перебігу захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки у дітей при різних порушеннях шлункової секреції. / Боброва В.І., П'янкова О.В., Надточій Н.І. Вороніна С.С., Замула В.В. // Здоров'я ребенка. – 2010. – №4(25). – С.32–34.
7. Боброва В.І. Пропедевтична гастроентерологія: патологія шлунку та дванадцятипалої кишки. // Перинатология и педиатрия. – 2015. – №1. – С 68-73.
8. Боброва В.І. Хронічний гастродуоденіт у дітей. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики. - К.: «Медексперт», 2014. – 112 с.
9. Борисенко М.І. Стан гепатобіліарної системи при хронічному гастродуоденіті у дітей та узагальнення багаторічного досвіду лікування поєднаної патології. // Здоров'я України. - 2013. - №11. - С.44-45.
10. Губергриц Н.Б. Хронический гастрит: насколько это просто? // Сучасна гастроентерологія. - 2010. – №3 (53). – С.58-69.
11. Денисова М.Ф. Заболевания гастродуоденальной зоны у детей: время диктует нам новые задачи. // ИНФОМЕДІА «Здоров'я України» мед. портал. 27.03.15.
12. Исаков В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение. // Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H.pylori* – Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice. Русское издание. – 2012. – №2. – С.4 – 23.
13. Майкова Т.В., Кушніренко І.В. Особливості моторно-евакуаторної функції шлунка при кандидозному ураженні слизової оболонки верхнього відділу травного тракту. // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – №2. – С.35 – 39.
14. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". – К.: МОЗ України, 2011. – 104 с.
15. XXVII Международная рабочая встреча Европейской группы по изучению *Helicobacter pylori* (12—13 сентября 2014 г., Рим).
16. Современные аспекты диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* / Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н., Кочетов С.А., Андреев Н.Г., Дичева Д.Т. // Медицинский Совет. – 2012. – №8. – С.10 – 19.
17. Наказ МОЗ України від 29.01.2013 року №59 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».
18. Палій І.Г., Вавринчук В.В., Салабай І.О., Заїка С.В. Сучасні вимоги до проведення ерадикації *Helicobacter pylori* у хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та дванадцятипалої кишки. // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – №4(54). – С.111–119.
19. Пархоменко Л.К., Ещенко А.В. Патология пищеварительной системы у детей и подростков с заболеваниями щитовидной железы. // Здоров'я ребенка. – 2010. – №5(26). – С.126-130.
20. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (пятое Московское соглашение) // XIII съезд НОГР. 12 марта 2013 г.

21. Тяжка О.В., Боброва В.І., Кошова А.О. Хронічний гастродуоденіт у дітей: особливості морфогенезу. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – №5. – С.17 – 20.
22. Ходаківська С.П. Ефективність послідовної антигелікобактерної терапії у дітей з хронічним гастродуоденітом. // Междунар. журнал педіатрії, акушерства та гінекології. – 2013. – Т.4, №3. – С.126 – 129.
23. Циммерман Я.С. Проблема растущей резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии и перспективы эрадикации *Helicobacter pylori*-инфекции. // В кн.: Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии. – М.: МЕДпресс-информ. – 2013. – С.147 – 166.
24. *H. pylori* Working Groups of ESPGHAN and NASPGHAN. Evidence-based guidelines from ESPGHAN and NASPGHAN for *Helicobacter pylori* infection in children. / Koletzko S., Jones N.L., Goodman K.J., [et al.] // J. Ped. Gastroent. Nutr. –2011.–№53(2). – P.230 – 243.
25. Ford A.C., Axon A.T. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection and public health implications. // *Helicobacter*. – 2010. – №15. – P.1 – 6.
26. Jafri W., Yakoob J., Abid S., Nizami Q. *Helicobacter pylori* infection in children: population-based agespecific prevalence and risk factors in a developing country. // *Acta Paediatr.* – 2010. – №99. – P.279 – 278.
27. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A., Atherton J., Axon A.T., Bazzoli F., Gensini G.F., Gisbert J.P., Graham D.Y., Rokkas T., El-Omar E.M., Kuipers E.J. European *Helicobacter* Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht IV // Florence Consensus Report. – 2012. – №61(5). – P.646-664.
28. Mourad-Baars P., Hussey S., Jones N.L. *Helicobacter pylori* infection and childhood. // *Helicobacter*. – 2010. - №15. – P.53-59.
29. The association of drinking water quality and sewage disposal with *Helicobacter pylori* incidence in infants: the potential role of water-borne transmission. / Travis P.B., Goodman K.J., O'Rourke K.M., Groves F.D., Sinha D. // *J. Water. Health.* – 2010. – №8. – P.192 – 203.
30. World Gastroenterology Organisation Global Guideline: *Helicobacter pylori* in developing countries. // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2011. – №45(5). – P.383-388.

М. И. Нехаенко

Современные представления о хронических заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей подросткового возраста

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Резюме. В статье освещены актуальные вопросы, касающиеся течения хронического гастродуоденита у подростков. Представлены современные данные эпидемиологии, этиологии, патогенеза, факторов риска развития заболевания, ранней диагностики, клинической картины, лечение ХГД. Поднятые проблемные вопросы свидетельствуют об актуальности выбранной проблемы и необходимость ее решения.

Ключевые слова: дети, подростки, хронический гастродуоденит, кандидоз.

M.I. Nekhaienko

Current views on chronic disease of gastroduodenal area in adolescents

Shupyk National medical academy of postgraduate education

Summary. The article focuses on current issues relating to the progress of chronic gastroduodenitis in adolescents. Present knowledge of epidemiology, aetiology, pathogenesis, risk factors, early diagnosis, clinical picture, treatment of chronic gastroduodenitis is presented. The raised problem areas prove the urgency of the issue and necessity to solve it.

Key words: children, adolescents, chronic gastroduodenitis, candidiasis.

Відомості про автора:

Нехасько Марія Іванівна – асистент кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. Копилівська, 1/7, тел.: (044) 468-40-51.

УДК: 617.586.1-002.45

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016

С.І.Саволук¹, М.М.Гвоздяк¹, М.І.Музь², М.М.Білан¹

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

¹Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ,

²Київська міська клінічна лікарня №8, м. Київ

Вступ. Актуальною проблемою сучасної хірургії є ускладнення на стопах у хворих на цукровий діабет, що обумовлюють значне зниження якості та тривалості життя і є важливою медико-соціальною проблемою. Виникнення діабетичних виразок є найзначущим несприятливим прогностичним фактором у цих хворих. До 85% всіх ампутацій на нижніх кінцівках передують виразки стоп.

Мета. Ознайомити лікарів з методами профілактики виникнення діабетичних виразок стоп.

Матеріали і методи. В роботі виконано огляд світової літератури по проблемі профілактики виникнення діабетичних виразок.

Висновки. Профілактика ускладнень зі сторони стопи у хворих на цукровий діабет (ЦД) має розпочинатися безпосередньо з моменту встановлення діагнозу. Оперативні втручання є не лише методами лікування ускладнень ЦД на стопах, але можуть слугувати і профілактичній меті. Отримані дані свідчать про наявність ефективних методів профілактики виникнення діабетичних виразок стоп.

Ключові слова: цукровий діабет, діабетична виразка стопи, профілактика

«Майбутнє належить медицині профілактичній»

М.І. Пирогов

Вступ. Значення цукрового діабету (ЦД) в структурі захворюваності українців важко переоцінити. Так, за даними офіційної статистики розповсюдженість ЦД за 2014 по Україні складає 2790 на 100 тис. населення, але якщо прослідкувати динаміку зростання цього показника, стає зрозумілим, що у випадку відсутності ефективних заходів протидії цьому захворюванню в найближчому майбутньому слід очікувати масштабну епідемію (рис.1).