



## ПОДРОСТКОВАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ ИЗУЧЕНИЯ

Запруднов А.М., Харитонова Л.А., Григорьев К.И.

ФУВ Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова

Харитонова Любовь Алексеевна

E-mail: luba2k@mail.ru

Публикаций, касающихся изучению особенностей клинических проявлений, течения, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения в подростковом возрасте, как в отечественной, так и зарубежной литературе относительно мало. Между тем как аксиома признается, что многие наиболее распространенные болезни желудочно-кишечного тракта (эзофагит, гастродуоденит, язвенная болезнь, холелитиаз, неспецифический колит и др.) у взрослых свои истоки имеют в детстве. Начинаясь у дошкольников, включая детей возраста (до 3 лет), некоторые болезни (хронический гепатит, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.) довольно часто приобретают прогрессивное течение, осложняются, приводят к инвалидизации. Это сказывается не только на качестве жизни детей и их родителей, но обуславливает необходимость осуществления экономически затратных лечебных и профилактических (третичных<sup>1</sup>) мероприятий [1]. Своего пика по частоте распространенности болезни органов пищеварения достигают в подростковом возрасте: 13–17 лет — у лиц мужского пола, 12–16 лет — женского пола [2].

На основании результатов мониторинга диспансеризации детского населения установлено, что у детей 6-летнего возраста гастроэнтерологические заболевания в 2005–2007 гг. составляли 10 699 на 100 000 детского населения. У подростков 14–25 лет был рост болезней органов пищеварения в среднем на 25% [3].

Примечательно, что детям раннего и дошкольного возрастов свойственны инфекционные гастроэнтерологические заболевания, а у школьников и подростков чаще выявляются хронические болезни органов пищеварения.

<sup>1</sup> Третичная профилактика — меры, направленные на предотвращение ухудшения течения или осложнений заболевания после того, как болезнь проявилась [1].

Принципиально важным является сочетанный характер различных гастроэнтерологических заболеваний, в том числе с поражением других органов и систем. Например, болезни кишечника и мочевой системы, верхних отделов пищеварительного тракта и легких. К тому же поражения органов пищеварения редко бывают изолированными, но преимущественно, особенно у подростков, сочетанными: гастродуоденит и дисфункция желчного пузыря, колит и реактивный панкреатит и т. п. Такие сочетания или синтропия представляются неслучайными, поскольку большинство соматических заболеваний имеют полигенный тип наследования и относятся к мультифакториальным в отношении причин их возникновения. Например, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или других заболеваний органов чаще встречается у подростков по сравнению с другими периодами детства. У некоторых детей имеется быстрая хронизация того или иного заболевания, присоединение других болезней органов и систем; само заболевание (язвенная болезнь, неспецифический колит и др.) приобретает прогрессивное течение с частыми рецидивами, нередко осложняясь (рис. 1).

Этиология большинства заболеваний органов пищеварения у подростков, как и у взрослых, за наибольшим исключением не установлена, хотя многим причинно-значимым факторам придается немаловажное значение (рис. 2).

В последние годы особое внимание привлекают факторы экологического благополучия внешней среды, преимущественно в промышленно развитых регионах и мегаполисах. Различные факторы (загрязненный воздух, недоброкачественная питьевая вода, радиация и др.) одновременно воздействуют на многие органы-мишени: дыхания, пищеварительного тракта, мочеполовой системы и др. Практически у всех больных детей имеются нейровегетативные изменения и психоэмоциональные

нарушения, достигающие своего максимума у подростков. Эти нарушения, подчас превалируя, могут существенным образом изменять клинические проявления некоторых болезней органов пищеварения.

Именно у подростков начинает проявляться феномен «накопления» неблагоприятных экзогенных (экологически обусловленных) и эндогенных (обменно обусловленных, например, вследствие метаболического синдрома) факторов, рассматриваемые в широком диапазоне от сугубо функциональных до клинической манифестации заболевания.



Рис. 1. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у подростков  
Примечание: БОП — болезни органов пищеварения.

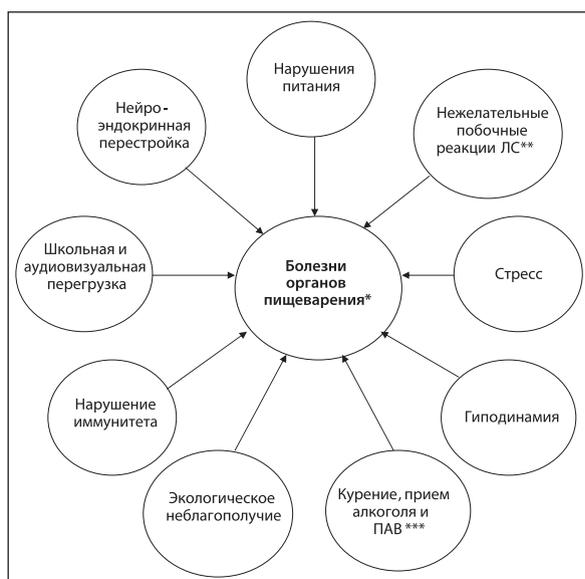


Рис. 2. Некоторые причинно-значимые факторы, способствующие развитию болезней органов пищеварения у подростков  
Примечание: \* — в подростковом возрасте наиболее часто происходит манифестация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, гастродуоденита, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, холелитиаза, синдрома раздраженного кишечника, и др.; \*\* — лекарственные средства; \*\*\* — психоактивные средства, включая наркотики.

Необходимо подчеркнуть своеобразие подросткового возраста, весьма отличного от других периодов детства, также имеющих свои особенности. Подростковый период жизни характеризуется не только интенсивным, с различной степенью выраженности ростом и созреванием всех без исключения органов и систем, но и активной индивидуальной социализацией подрастающего индивидуума, играя роль своего рода буфера между детством и юношеством.

В этот период происходит нейроэндокринная перестройка организма подростка, обуславливающая не только уровень здоровья и качество жизни, но и в немалой степени защиту в будущем от возникновения многих заболеваний. В этом возрасте наиболее активно формируются и переходят на качественно новый уровень деятельности основные регуляторные механизмы, определяется новый тип нейроэндокринных взаимоотношений. Структурные изменения мозга и лимбико-ретикулярного комплекса обеспечивают объединение нейrogenного и гуморально-гормонального путей регуляции, изменение их функциональных взаимоотношений, необходимых для завершения онтогенетического развития.

Активация деятельности гипофиза и тесно связанного с ним гипоталамуса, становление функции половых желез в конечном счете определяют сомато- или морфотип человека. Происходит становление подростка в личностном плане, окончательное закрепление характерологических особенностей, заложенных в раннем детстве.

Эти и многие другие факторы способствуют условиям, на фоне которых происходят рост и манифестация болезней органов пищеварения, прежде всего кислотозависимых заболеваний, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастрит, язвенная болезнь. Нередко диагностируются и другие болезни, обычно свойственные взрослым: желчнокаменная болезнь, панкреатит, болезнь Крона, полипоз кишечника и др. Частота хронических болезней органов пищеварения у подростков до настоящего времени не установлена, что во многом обусловлено методическими трудностями. Тем не менее у подростков в популяции уровень некоторых гастроэнтерологических болезней может быть от 1% (язвенная болезнь) до 10–12% (синдром раздраженного кишечника, колит).

Небезынтересно, что, проявляясь в подростковом возрасте, эти заболевания с самого начала протекают тяжело, нередко с осложнениями. Так, у каждого десятого подростка мужского пола язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки осложняется деформацией луковицы двенадцатиперстной кишки, пенетрацией, перфорацией, кровотечением [4].

Несмотря на то что дети болеют в течение многих лет, их физическое развитие не страдает и соответствует возрастным нормативам — является средним гармоничным. Несколько неожиданным,

по собственным данным, является то, что у 20% наблюдаемых больных, главным образом лиц мужского пола в возрасте 13–14 лет, уровень физического развития был выше среднего. Нельзя исключить, что быстрый рост может способствовать возникновению патологических состояний в пищеварительной системе, вызывая дезинтеграцию и нарушение сложных нейрорегуляторных процессов. С другой стороны, впервые нами установленный факт «соматотропинизации» у детей с гастродуоденитом, обусловленный высоким уровнем секреции соматотропного гормона (СТГ), может рассматриваться как один из неблагоприятных заболеваний и даже развития осложнений [5]. Допускается возникновение желудочно-кишечных кровотечений в силу взаимодействия СТГ и гастрина (из-за сложного химического строения) при одновременном усилении «агрессивных» кислотно-пептических факторов [6].

Немаловажно, что большинство заболеваний пищеварительной системы относят к «болезням цивилизации» и по патогенетической сущности они признаются психосоматическими. Действительно, интенсивный рост у подростков, с одной стороны, значительные и чрезмерные по характеру и объему нервно-психические и физические нагрузки — с другой не могут не сказываться на показателях здоровья. В случае наследственной предрасположенности, перенесенных инфекционных заболеваний, прежде всего острых кишечных инфекций, вирусного гепатита, создаются условия для возникновения хронических болезней органов пищеварения. Базисом формирования различных заболеваний, в том числе гастроэнтерологических, служат психические расстройства, неврозы и невротические реакции, диагностируемые в настоящее время у каждого второго подростка.

Современный подросток подвержен воздействию комплекса стрессовых (невротизирующих) факторов. Это в большинстве случаев неконтролируемый поток аудиовизуальной информации, перегрузка в школе, дополнительные занятия по разным предметам, многочисленные экзамены. К негативным последствиям для подростка приводят семейные неурядицы, алкоголизм родителей, низкий материальный уровень семьи, нерациональное питание и т. п.

Под воздействием стресса изменяются активность симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, характер секреции глюкокортикоидов и тиреоидных гормонов («гормоны стресса»), что отражается на функции различных отделов желудочно-кишечного тракта. Особенно страдают структура и функция G-клеток слизистой оболочки антрального отдела желудка и верхнего отдела тонкой кишки (вырабатывают гастрин), энтероцитов тонкой кишки (отвечают за переваривание пищи), гепатоцитов (отвечают за синтез желчных кислот) и т. д.

Особую проблему составляет распространенность среди подростков алкоголизма, курения,

токсикомании, особенно наркомании. Как в отдельности, так и в совокупности они прямо или опосредованно влияют на деятельность органов пищеварения, оказывая подчас прямое повреждающее действие. Речь в первую очередь идет о лекарственных средствах, которые в комбинации с некоторыми веществами в силу изменения фармакологических свойств способны оказывать повреждающее действие на органы пищеварения (печень, поджелудочная железа и т. п.) и другие органы, прежде всего ЦНС.

Известно, что медикаменты могут быть причиной тяжелых поражений органов пищеварения. Зарегистрировано более 50 препаратов, вызывающих острое изъязвление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Высок риск развития панкреатита при приеме нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), метронидазола, нитрофуранов, глюкокортикоидов, тетрациклинов.

В настоящее время в классификацию хронических заболеваний печени включен лекарственный, или медикаментозный, гепатит. Поражение печени обусловлено ее детоксицирующей ролью и непосредственным действием химических соединений, попадающих в кровь, на гепатоциты, митохондрии, каналикулярный аппарат. Обычно повреждение зависит от дозы лекарственного средства. Прямое токсическое действие оказывают анальгетики, особенно при их передозировке (парацетамол, ацетилсалициловая кислота), тетрациклины, цитостатики, гормоны, некоторые психотропные средства и т. п.

Повреждающим действием на кишечник обладают препараты различных фармакологических групп: цитостатики, антикоагулянты, НПВС, глюкокортикоиды, диуретики, антибиотики и многие другие. Хорошо известны побочные эффекты от применения лекарственных средств на слизистую полости рта, пищевода, прямой кишки. Известны экологически обусловленные повреждения слизистой оболочки кишечника, связанные с солями тяжелых металлов.

Следует акцентировать внимание подростков и их родителей на недопустимости бесконтрольного приема медикаментов, поскольку в условиях безрецептурной продажи многие препараты становятся вполне доступными. Подростки применяют их самостоятельно и неправильно.

В развитии гастроэнтерологических заболеваний современная нутрициология большое значение придает алиментарному фактору. Нарушения питания как количественного, так и качественного характера существенным образом изменяют работу органов пищеварения. Подростки в силу разных причин склонны к нерегулярному приему пищи, характерны большие перерывы между едой, сухоядение, однообразное питание и т. д. Меняется физиологический ритм «голод — еда — насыщение — усвоение



пищи — голод», что негативно влияет на секреторные, двигательные, абсорбционные и ассимиляционные процессы пищеварительного тракта. Возникают отклонения в секреции инсулина, гастрин, холецистокинина и других полипептидов, не только регулирующих работу желудочно-кишечного тракта, но и влияющих на организм в целом. Создаются предпосылки для возникновения вначале так называемых функциональных заболеваний органов пищеварения: дискинезий пищевода, желудка, желчевыводящих путей, желудочной диспепсии, синдрома раздраженного кишечника, диспанкреатизма и др.

На здоровье подростков оказывают негативное влияние изменения качества питания. Современный подросток потребляет много рафинированных и легкоусвояемых белков и углеводов, а также консервированных продуктов. Усугубляется несбалансированность питания, в частности по основным пищевым ингредиентам. Как и другие группы населения, подростки злоупотребляют продуктами с большим содержанием липидов. Одновременно в пищевом рационе обычно наблюдают недостаток свежих фруктов и овощей, богатых витаминами, структурными макроэлементами (кальций, фосфор, магний), эссенциальными микроэлементами (цинк, медь, селен), пищевыми волокнами.

Особое значение в последние годы придается употреблению пищевых волокон, выполняющих роль естественных энтеросорбентов и обеспечивающих работу желудочно-кишечного тракта. Для дошкольников, школьников и особенно подростков они должны составлять в среднем 0,5–0,7 г/кг массы тела в сутки соответственно. Важно учитывать, что абсолютное большинство свежих фруктов и овощей обеспечивают антиоксидантную защиту организма.

Заслуживает внимание, что большинство подростков вне зависимости от характера гастроэнтерологических заболеваний в младенчестве лишь непродолжительное время находились на грудном вскармливании (до 3 месяцев), а некоторые с первых недель жизни начинали получать молочные смеси. Накапливается все больше данных, что искусственное вскармливание может способствовать заболеваниям в раннем возрасте (пилороспазм, целиакия, пищевая аллергия), так и сказываться в более отдаленные сроки. У таких детей уже в подростковом возрасте возможно развитие гиперлипидемии, гиперинсулинизма, ранних признаков атеросклероза.

Свой негативный вклад в ухудшение состояния здоровья подростков вносит изменение образа жизни, в совокупности представляющего уровень благосостояния, индивидуальные особенности поведения, качественные стороны условий быта. Нарушения режима дня, несбалансированное питание, хроническая подверженность стрессорным воздействиям, наконец, гиподинамия — вот далеко не полный перечень последствий изменившегося образа жизни.

Неправильное поведение в быту, пренебрежение своим здоровьем служатотягощающими факторами и при прочих равных условиях являются причиной заболевания. Считается, что в развитии болезней желудочно-кишечного тракта на долю нарушений образа жизни приходится 30%. Для сравнения: у больных с заболеваниями органов дыхания — более 30%, сердечно-сосудистой системы — до 50%.

Одной из явных негативных сторон современного образа жизни подросткового поколения является гиподинамия. Постоянно уменьшается время пребывания на свежем воздухе, все меньше подростков занимаются физкультурой и спортом, ходят в турпоходы и т. п. Формируется так называемый гипокинетический синдром, когда наряду с уменьшением двигательной и мышечной активности нарушена деятельность внутренних органов и систем. В условиях снижения или отсутствия адекватной двигательной активности вне зависимости от возраста ребенка увеличивается риск нарушения функций системы органов пищеварения. Возрастает уровень желудочной секреции, снижается внешне-секреторная деятельность поджелудочной железы и печени, нарушается пассаж желчи, уменьшаются переваривающая способность ферментов и пропульсивная активность кишечника.

Функциональные состояния органов пищеварения в немалой степени способствуют развитию болезней. У подростков это, как правило, заболевания, свойственные взрослым, — синдром (пищевод) Барретта, холелитиаз, хронический панкреатит, дивертикулез кишечника и др. Возникая на фоне стрессовых ситуаций, экологического неблагополучия, разнообразных по силе и характеру внешних и внутренних воздействий, эти заболевания не случайно в научной литературе выделяют как «новые» болезни, у некоторых подростков они сразу же приобретают прогрессивное течение и характеризуются склонностью к осложнениям [7]. Показателен в этом отношении пример с болезнью Крона, которая ближе к 80-летию со дня своего первого описания (В. Crohn, L. Ginsburg и G. Oppenheimer, 1932) все чаще стала встречаться у подростков, хотя известно, что пик заболеваемости приходится на возраст 20–30 лет.

Особенности течения гастроэнтерологических заболеваний у взрослых в зависимости от возраста и пола достаточно хорошо известны и учитываются в диагностическом отношении, а также в осуществлении лечебных программ, включая неотложные мероприятия. У подростков, напротив, многие аспекты диагностики, лечения, профилактики болезней органов пищеварения, в том числе наиболее распространенных, являются проблематичными, то есть требуют научно-практического разрешения либо исследования с учетом достижений в области фундаментальных направлений современной медицины. Тем не менее собственный и других исследователей накопленный опыт позволяет в определенной мере судить о некоторых

особенностях клинических проявлений, течения и исходах гастроэнтерологических заболеваний в подростковом возрасте (см. табл.).

Так, у подростков мужского пола манифестация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) более выражена, чем у лиц женского пола. Это связано с интенсивным линейным ростом мальчиков-подростков, когда внутренние органы, включая пищевод, отстают в своем развитии. Возникает феномен «натяжения» пищевода, развивается несостоятельность нижнего пищеводного сфинктера, что способствует гастроэзофагеальному рефлюксу, затем формированию ГЭРБ с пищеводными (изжога, боль за грудиной, дисфагия и др.) и внепищеводными оторинологическими, бронхолегочными и гастроэнтерологическими проявлениями. Усугубляют развитие ГЭРБ прием алкогольсодержащих напитков, некоторых лекарственных средств, в том

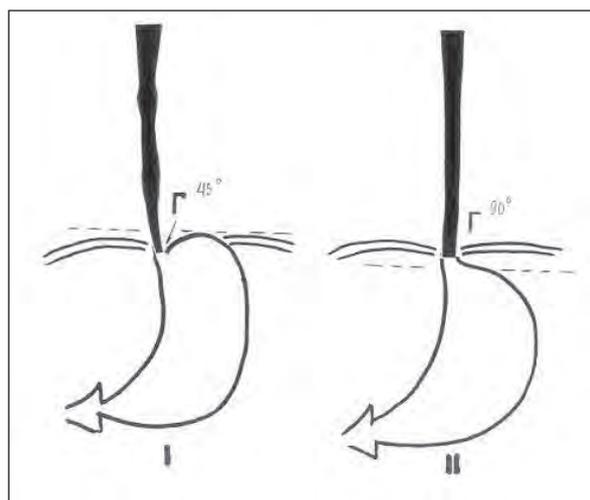


Рис. 3. Форма пищевода у дошкольников (I) при наличии острого угла Гиса (45°) и подростка (II) при наличии прямого угла Гиса (90°)

числе психоактивных веществ, табакокурение (рис. 3).

Язвенная болезнь с преимущественной локализацией в двенадцатиперстной кишке, редко в желудке, у каждого десятого больного мужского пола осложняется кровотечением.

Гастродуоденит у подростков женского пола, особенно с нейровегетативными изменениями и психоэмоциональными отклонениями, нередко приобретает торпидное течение, плохо поддается лечению диетой и антисекреторными препаратами. Антихеликобактерная терапия часто приводит к нарушениям микроэкологии кишечника с явлениями кишечной диспепсии.

Острый панкреатит свойствен подросткам мужского пола, у которых имеет место употребление алкоголя, табакокурение. Велик риск травматического повреждения поджелудочной железы вследствие занятий профессиональным спортом, в домашних и школьных условиях.

Одним из наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний является синдром раздраженного кишечника (СРК), чаще наблюдаемый у подростков-девочек. Такие больные не только эмоционально лабильны, но и подвержены стрессам, различным невротизирующим факторам и т. п.

Достаточно обширен спектр функциональных расстройств органов системы органов пищеварения у подростков [8]. Такие состояния, как синдромы подростковой руминации, циклической рвоты, раздраженного кишечника, а также дисфагия, функциональная диспепсия, функциональный запор и инконтиненция и т. д. сегодня диагностируются согласно Римским критериям III (2006). Практически у всех больных подростков имеются

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	
Заболевания	Факторы риска*
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Пол мужской. Интенсивный рост в 13–14 лет, сопровождающийся несостоятельностью нижнего пищеводного сфинктера. Наличие соединительнотканной дисплазии кардиопищеводной зоны
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (желудка)	Пол мужской. Желудочно-кишечные кровотечения у каждого десятого больного
Гастродуоденит	У лиц женского пола чаще «уход в болезнь». Торпидное и рецидивирующее течение заболевания
Панкреатит острый	Чаще у лиц мужского пола, употребляющих алкоголь и алкогольсодержащие напитки, подвергающихся травмам брюшной полости
Синдром раздраженного кишечника	Выражен у лиц женского пола, при воздействии стресса и невротизирующих факторов, имеющих в анамнезе перенесенные кишечные инфекции
Сочетанное поражение кишечника и мочеполовой системы	Дисшизия (дисфункция мышечного аппарата таза и/или сфинктеров прямой/ сигмовидной кишок), обусловленная гиподинамией, пищевыми погрешностями, вегетососудистыми изменениями, наличием гинекологических заболеваний

Примечание: \* Фактор риска — особенность организма или внешнее воздействие, приводящее к увеличению риска возникновения заболевания или иному неблагоприятному исходу [1].

нейровегетативные изменения и психоэмоциональные нарушения. С нашей точки зрения, при назначении лечения ребенку подросткового возраста принципиальную роль играют новые подходы к мониторингу здоровья с оценкой вегетативного статуса и метеочувствительности [9].

Врачи общей практики слабо осведомлены о соединительнотканых дисплазиях и их роли в происхождении ГЭРБ, заболеваний желудка, кишечника, билиарного тракта, что накладывает на врача-гастроэнтеролога особую ответственность [10; 11]. Усугубляющими дисплазию факторами являются гиподинамия, употребление пищевых продуктов, большей частью легко усвояемых, рафинированных, с недостаточным (на уровне 0,2–0,3 г/кг массы тела) содержанием балластных веществ. Настораживает тенденция к росту сочетанных функциональных нарушений дистального отдела толстой кишки и мочевого пузыря не только у детей дошкольного возраста, но и у подростков [12].

Тем не менее изучение клинических особенностей наиболее распространенных болезней органов пищеварения в подростковом возрасте представляет трудности. Во многом это связано с отсутствием соответствующих анализа и оценки клинических проявлений заболеваний в зависимости от возраста: дошкольники, подростки, лица молодого возраста (20–23 года).

Исходы гастроэнтерологических заболеваний в подростковом периоде не всегда предсказуемы. Например, у детей 12–15 лет с язвенной болезнью, осложненной кровотечением, возможны рецидивы в старшем возрасте, как правило, через 5–7 лет. Механизмы подобных «возвратов» заболеваний неясны, но иногда по экстренным показаниям приходится прибегать даже к оперативным вмешательствам.

Рассматриваемое в качестве аксиомы гастроэнтерологии положение, что истоки болезней органов пищеварения у взрослых находятся в детстве, полностью может быть экстраполировано на подростковый возраст. У многих, едва ли не у большинства, подростков манифестация заболеваний происходит в дошкольном и даже раннем (до 3 лет) возрасте.

Наблюдения показывают, что в течении наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний наблюдается несколько последовательных стадий. Так, например, при ГЭРБ, «функциональной» диспепсии, синдроме раздраженного кишечника существует первая стадия, характеризующаяся наличием клинических симптомов без патологических изменений слизистой оболочки, ее сменяет вторая стадия болезни с достаточно разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки вплоть до эрозий и язв. Клинико-эндоскопические и морфологические классификации позволяют объединять существующие на протяжении длительного времени заболевания в единое целое, а возникающие кровотечения, стриктуры и другие тяжелые симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта рассматривать как их осложнения.

Проблема лечения подростков, страдающих заболеваниями органов пищеварения, находится в стадии изучения. Обычно используют наработки, касающиеся взрослых больных. Пока не получила всеобщего одобрения педиатров тенденция выделять подростков в отдельную категорию при назначении схем лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения. Тем не менее выполнение алгоритма действий врача в плане диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики у подростков, предъявляющих жалобы на боли в животе и диспептические расстройства, в большей степени может определить успех дела (рис. 4).

К числу наименее изученных разделов подростковой гастроэнтерологии относится инвалидизация больных, которая, несомненно, имеет исключительное медико-социальное значение. Длительно протекая, такие тяжелые и характеризующиеся прогрессирующей болезненностью заболевания, как язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хронический гепатит, цирроз печени и другие, могут осложняться и приводить у подростков к стойкой, подчас необратимой инвалидности.

Хотя признано, что опухоли органов пищеварения у подростков встречаются редко, именно поэтому большое значение приобретает своевременная их диагностика. Объективно опухоли желудочно-кишечного тракта, крайне гетерогенные по своей природе, проявляются полиморфной клинической картиной, нередко уводящей диагностический процесс от истинного диагноза. Учитывая серьезный прогноз, активной лечебной тактики от врача требуют гормонально-активные опухоли, проявляющиеся в основном в подростковом возрасте, такие как синдром Золлингера–Эллисона (опухоль, продуцирующая гастрин), ВИПома (вазоактивный интестинальный пептид), соматостатинома (соматостатин) и РР-ома (панкреатический полипептид). Следует отметить, что нейробластома (занимает второе место среди причин смерти у детей в возрасте до 5 лет) с ее типичной маской синдрома мальабсорбции у подростков практически не отмечается.

Подростки-инвалиды требуют специального медицинского обслуживания, привлечения работников социальных служб, осуществления особых мер восстановительному лечению, включая мероприятия по третичной профилактике с использованием дорогостоящих лекарственных препаратов, а также средств ухода и жизнеобеспечения. У таких больных в связи с ухудшением качества жизни особенно выражены нейровегетативные и психоэмоциональные отклонения. Этим подросткам свойственны психологические девиации, вплоть до нейропсихических расстройств.

Психологические особенности подростков, ранимость их психики с последующими неадекватными реакциями и, как следствие, усугубление основного заболевания до настоящего времени не контролируются на должном уровне со стороны как медицинских работников, так и клинических

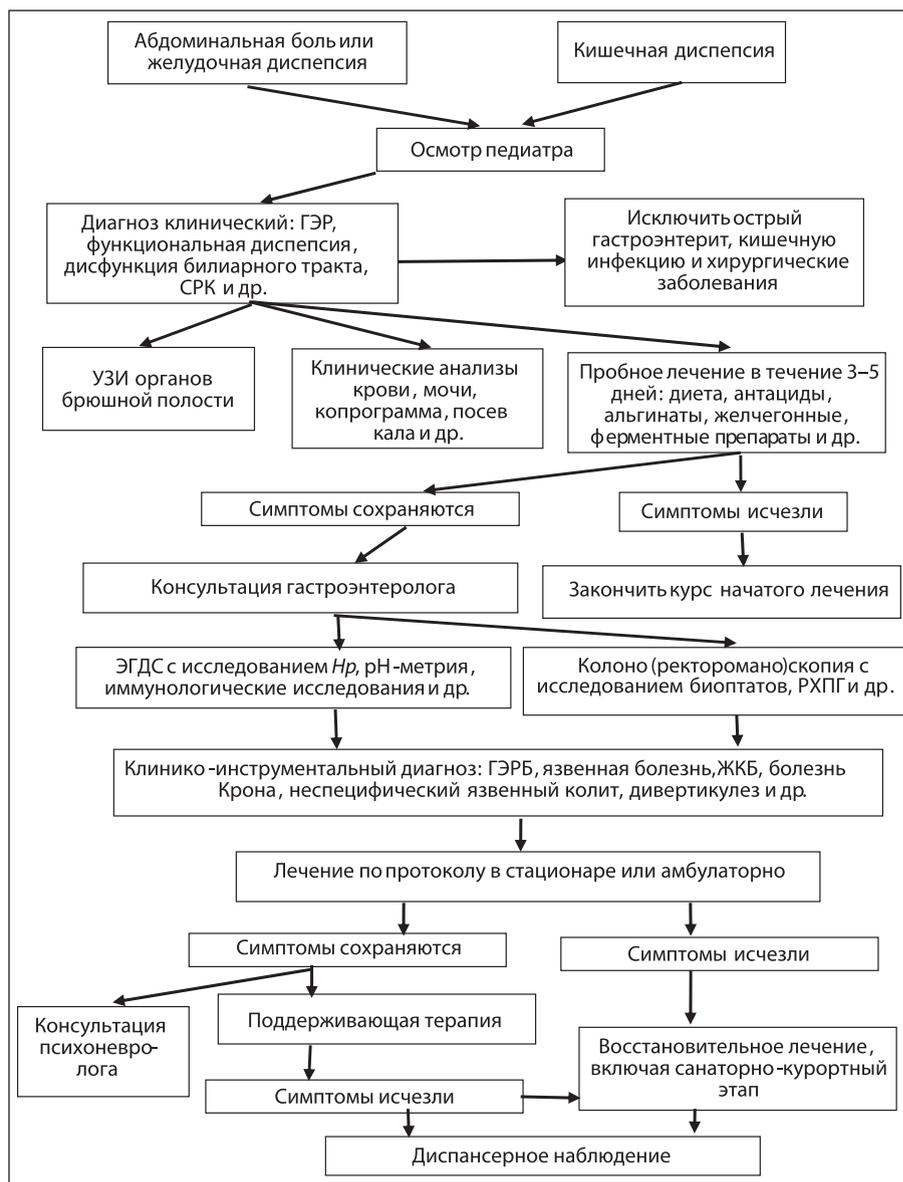
психологов. В целом нейропсихическая лабильность и/или неустойчивость, наблюдающиеся у подростков, без своевременной коррекции в дальнейшем могут усиливаться, обуславливая своеобразие личности, создавая трудности в общении с окружающими, освоении профессий, а иногда препятствуя формированию полноценных семейных отношений и т. п.

Один из кардинальных клинических симптомов — боль в животе — у подростков значительно чаще, чем в другие периоды детства, может быть связан не только с заболеваниями органов пищеварения, но и с психогенными и неврогенными причинами. Психические заболевания почти всегда сопровождаются соматическими расстройствами.

Патология желудочно-кишечного тракта является наиболее частой преимущественной формой соматизации психических расстройств у подростков

(хотя менее выражена, чем у детей). При относительно ограниченном количестве симптомов эти состояния нередко диагностируются, в том числе гастроэнтерологами, как абдоминалгии неясного генеза, дисбактериоз, лактазная недостаточность, хронические гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, реактивный панкреатит, долихосигма, гепатит, проктосигмоидит, целиакия, хроническая дуоденальная непроходимость, хроническая спаечная болезнь и т. д. [13].

Подростки, преимущественно девочки, склонны к «уходу» в болезнь, клинические проявления которой (абдоминальная боль, рвота и т. д.) лишь в общих чертах соответствуют характеру основного заболевания, например хронического гастрита. Выделяют



**Рис. 4.** Алгоритм действий врача-педиатра и врача-гастроэнтеролога при обращении подростка с абдоминальной болью и диспепсией  
 Примечание: желудочная диспепсия (изжога, отрыжка, тошнота, рвота), кишечная диспепсия (диарея, запор, метеоризм, флатуленция)

психогенную анорексию, или сознательный отказ от приема пищи с целью похудения, с нарастающим физическим истощением. Верификация подобных ситуаций требует большого клинического опыта, длительного наблюдения за больными, разнообразных, подчас излишних, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Немаловажен психологический аспект проблемы. Подростки в отличие от детей младшего школьного возраста, ориентированных на соматическое благополучие, в оценке своего здоровья большее значение придают социальной активности. В зависимости от понимания «внутренней картины болезни» подростки, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта, соблюдают предписания, сотрудничают с врачом, соблюдают принципы здорового образа жизни и др. [14].

Необходимо подчеркнуть, что в подростковом возрасте продолжается формирование и становление иммунной системы. Этот процесс определяется взаимодействием генной регуляции развития с факторами внешней среды. Именно у подростков наступает один из критических периодов, когда в процессе роста происходят депрессия генов и переключение генной регуляции фенотипа, особенно функций иммунокомпетентных клеток.

Не случайно для подростков характерен подъем вирусных, бактериальных, грибковых, аллергических и других заболеваний. Нередко имеет место обострение хронических очагов инфекции — заболевания лор-органов, мочеполовой системы и пр. Ряд подростков составляют когорту часто болеющих детей. На этот возраст приходится «старт» медленно протекающих инфекций, заражениями инфекциями, передающимися половым путем, в том числе возможность ВИЧ-инфицирования и т. д.

Именно наличие у подростка малых аномалий иммунитета, нарушений в системе комплемента, иммунологических реакций организма в значительной мере обуславливает особенности течения гастроэнтерологических заболеваний, подчас усугубляя их исход.

Пищевая аллергия с возрастом имеет тенденцию к снижению и составляет у подростков 2–4% (у детей первого года жизни — 6–8%). Пищевая аллергия в подростковом возрасте проявляется чаще всего в виде орального аллергического синдрома, аллергического эозинофильного эзофагита и гастроэнтерита; нередко в этом возрасте пищевая аллергия манифестируется в виде крапивницы и ангиоотеков. Необходимо дифференцировать истинную (иммунологическую) пищевую аллергию от неиммунологической, или псевдоаллергии [15].

Высок уровень зараженности инфекцией *Helicobacter pylori* (*Hp*), достигающий у подростков 70–80%, особенно из групп социального риска. Даже при относительно благополучных условиях проживания и питания распространенность *Hp* в популяции подростков составляет 25–40%. Рекомендации по диагностике и лечению

заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, принятые в 2005 г. (Флоренция) на Европейском конгрессе гастроэнтерологов (Маастрихтский консенсус-III), требуют проведения обязательной антихеликобактерной терапии, в том числе у подростков, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, атрофическом гастрите, мальтоме желудка, наличии родителей или близких родственников, больных раком желудка [16].

Основной причиной неэффективности антихеликобактерной терапии является рост количества резистентных к антибиотикам штаммов *H. pylori*, что способствует поиску путей преодоления резистентности, новых эффективных лекарственных средств и схем лечения. В работах, посвященных изучению эффективности антихеликобактерной терапии, показано, что проведение успешной эрадикации требует повышения интрагастрального pH до 6,0–7,0. В этих условиях увеличивается популяция *H. pylori*, чувствительная к действию антибиотиков, повышается активность и стабильность антибактериальных препаратов, что способствует частичному преодолению резистентности *H. pylori*. Приведенные данные обуславливают необходимость включения в эрадикационную терапию антисекреторных лекарственных препаратов.

Было определено, что у подростков антисекреторное действие препаратов ингибиторов  $H^+$ -,  $K^+$ -АТФазы после первого приема выражено недостаточно для проведения эффективной эрадикации *H. pylori*. Необходимое кислотоингибирующее действие ингибиторов  $H^+$ -,  $K^+$ -АТФазы регистрируется к 5-му дню курсового приема, что обосновывает целесообразность предварительного назначения ингибиторов  $H^+$ -,  $K^+$ -АТФазы за 3–4 дня до начала приема антибактериальных препаратов в схемах антихеликобактерной терапии у подростков. Кроме того, антисекреторное действие раберазола реализуется быстрее и с более высокими значениями pH по сравнению с омепразолом и эзомепразолом [17].

Не следует забывать о старых инфекциях, например туберкулезе. Хотя поражение желудочно-кишечного тракта при туберкулезе является относительно редким, в порядке дифференциальной диагностики необходимо рассматривать эту социально значимую инфекцию.

Пожалуй, ни в одной другой области здравоохранения нет стольких сомнений, неясностей, споров, как при проведении диспансеризации. Однако накопленный практический опыт убеждает в том, что среди специальных мер по профилактике хронического гастродуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и других заболеваний органов пищеварения у подростков решающее значение нужно отдать диспансеризации. В необходимых случаях используют ультразвуковые, эндоскопические, биохимические, иммуноферментные и морфологические методы исследования.

Несмотря на успехи в гастроэнтерологии, включая лечебно-профилактические мероприятия, до



настоящего времени сохраняется высокая степень хронизации болезней органов пищеварения у подростков, что обуславливает необходимость применения метода этапной реабилитации [18]. Многолетний опыт восстановительного лечения детей и подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями подтверждает высокую эффективность разработанной в нашей стране организационно-методической схемы: стационар — санаторий — центр восстановительного лечения — амбулаторно-поликлинический этап.

Среди немедикаментозных методов воздействия доказана эффективность применения диетического питания, лечебных минеральных вод, импульсных низкочастотных токов, инфракрасного лазерного излучения (0,89 мкм), переменных магнитных полей, электромагнитного поля дециметрового диапазона, гальванизации и лекарственного электрофореза с грязевым раствором и т. д. При наличии у детей атопических, психоневрологических, нефрологических и других сопутствующих заболеваний вносятся необходимые коррективы.

Разработаны показания к госпитализации подростков с заболеваниями органов пищеварения в стационары, в том числе для детей-инвалидов, дифференцированные критерии отбора больных детей для лечения в местных санаториях и на курортах, методика количественной оценки эффективности восстановительного лечения детей и подростков с

болезнями органов пищеварения. Большое значение придается предупреждению обострений в переходные сезоны года, метеопрофилактике; летнему восстановительному лечению и закаливанию детей в период ремиссии болезни.

В подростковой гастроэнтерологии важно учитывать много аспектов, влияющих на здоровье этой детской популяции. Нервно-психическое здоровье подростков в немалой степени зависит от социально-экономической стабильности, уровня жизни семьи, сбалансированности питания, наличия вредных привычек, выполнения врачебных рекомендаций и т. п. Эти и другие, в том числе социальные, факторы способны оказывать серьезное влияние на результаты лечения и исход хронических соматических, а также инфекционных гастроэнтерологических заболеваний.

Таким образом, распространенность и специфика заболеваний органов пищеварения у подростков, психологические особенности их поведения, социально-экономические и бытовые условия обуславливают оказание специализированной медицинской помощи. Имеются предпосылки для выделения подростков, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями, в отдельную группу с целью дальнейшего совершенствования методов диагностики, лечения и профилактики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. — М.: Медиа-Сфера, 1998. — 352 с.
2. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 1999. — 928 с.
3. Шарпаева В.И., Царегородцев А.Д., Кобринский Б.А., Воропаева Я.В. Мониторинг диспансеризации детского населения: состояние и задачи по повышению его эффективности. // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 2009. — № 4. — С. 4–10.
4. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Дронов А.Ф. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. — М.: Медицина, 1998. — 208 с.
5. Запруднов А.М. Гастродуоденит у детей (патогенез, клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1985. — 31 с.
6. Чорбинская С.А. Динамика базальной концентрации гормона роста и профилактин у больных с дуоденальной язвой в процессе проведения этапно-восстановительного лечения. // Тер. арх. — 1983. — № 9. — С. 112–115.
7. Запруднов А.М. «Новые» болезни в детской гастроэнтерологии // Педиатрия. — 1995. — № 1. — С. 77–80.
8. Думова Н.Б. Функциональные расстройства у детей и подростков / В кн: Детская гастроэнтерология. Под ред. Н.П. Шабалова. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — С. 213–249.
9. Григорьев К.И. Метеопрофилактика в педиатрии. — М.: Русский врач, 2010. — 120 с.
10. Алещенко Ю.С., Иванова И.И., Гнусаев С.Ф. Проявления соединительнотканной дисплазии у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Педиатрия. — 2006. — № 6. — С. 33–36.
11. Кильдиярова Р.Р., Бабушкина Н.Р. Гастроинтестинальная форма недифференцированной дисплазии соединительной ткани у лиц допризывного возраста. / Материалы XVI Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. — 2009. — С. 179–180.
12. Цветкова Л.Н., Моисеев А.Б. Дисфункция тазовых органов у детей — актуальная проблема педиатрии // Педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 128–132.
13. Антропов Ю.Ф., Балабанова В.А. Клинико-патогенетические закономерности соматизации психических расстройств у детей / Соматизация психических расстройств в детском возрасте. — М.: Медпрактика, 2003. — С. 263–306.
14. Свистунова Е.В. Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы // Consilium medicum. Приложение «Педиатрия». — 2010. — № 3. — С. 29–32.
15. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 459–470.
16. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H. pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) // Consilium medicum. Гастроэнтерология. — 2006. — № 1. — С. 3–8.
17. Хавкин А.И., Блат С.Ф. Оптимизация эрадикационной терапии хеликобактерной инфекции при хроническом гастрите у подростков // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 2009. — 5. — С. 53–55.
18. Филимонов Р.М. Подростковая гастроэнтерология. — М.: МИА, 2008. — 576 с.