

Гастроэнтерология детская и взрослая: точка зрения педиатра

С.В. Бельмер

Pediatric and adult gastroenterology: a pediatrician's point of view

S.V. Belmer

Российский государственный медицинский университет, Москва

Одной из проблем, которая регулярно обсуждается на самых разнообразных медицинских форумах, является целесообразность разделения той или иной специальности по возрастному признаку. Это в полной мере относится и к гастроэнтерологии. Несмотря на то что гастроэнтерология, безусловно, едина, особенности этиологии, патогенеза, диагностических и лечебных подходов в различных возрастных группах заставляют разделять ее, по крайней мере, на две части — детскую и взрослую. Вместе с тем процесс развития организма непрерывен и таким же непрерывным должен быть процесс лечения, а многие болезни взрослого организма имеют свои корни в детстве, что следует учитывать независимо от возраста пациента. Задача педиатров определяется необходимостью таким образом строить тактику лечения, чтобы в максимальной степени облегчить больному бремя накопленных в детстве медицинских проблем. Работа педиатров и терапевтов в этих аспектах должна быть скоординирована.

Ключевые слова: гастроэнтерология, эпидемиология, диагностика, лечение, врожденная хлоридная диарея, функциональные нарушения органов пищеварения, воспалительные заболевания кишечника.

Whether it is expedient to separate this or that specialty by age is one of the problems regularly discussed at diverse medical forums. This fully applies to gastroenterology. Despite the fact that gastroenterology is absolutely unique, the specific features of etiology, pathogenesis, and diagnostic and therapeutic approaches in different age groups make it be separated into at least two parts — pediatric and adult. At the same time, the process of development of an organism is continuous and so must the therapeutic process be; and many adult diseases have their roots in childhood, which should be taken into account irrespective of the patient's age. The task of pediatricians is governed by the need to develop their treatment policy so as to maximally make the burden of the medical problems accumulated in childhood easier for the patient. The work of pediatricians and therapists in this area should be coordinated.

Key words: gastroenterology, epidemiology, diagnosis, treatment, congenital chloride diarrhea, digestive functional impairments, inflammatory bowel diseases.

Одной из проблем, которые регулярно обсуждаются на самых разнообразных медицинских форумах, является целесообразность разделения той или иной специальности по возрастному признаку. Это в полной мере относится к гастроэнтерологии. Существуют ли отдельно гастроэнтерология детская и взрослая, и если существуют, каковы основания для их разделения?

Выделение детской гастроэнтерологии, безусловно, оправдано в связи с разным спектром патологических процессов и заболеваний, которые встречаются в различных возрастных группах. Среди болезней преимущественно детского возраста в первую очередь следует выделить аномалии развития и наследственные заболевания, в том числе врожденные энзимопатии.

Примером таких заболеваний может служить врожденная хлоридная диарея, которая является ре-

зультатом мальабсорбции электролитов и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. С рождения заболевание проявляется обильным водянистым стулом с массивной потерей хлоридов и обезвоживанием организма. В то же время уже внутриутробно можно выявить расширение петель кишечника плода. Диагноз устанавливается при выявлении повышенной концентрации хлоридов в стуле ребенка на фоне гипохлоремии, гипокалиемии и метаболического алкалоза. Новорожденные с хлоридной диареей с первых часов жизни нуждаются в заместительной терапии для предотвращения тяжелого обезвоживания, а лечение заключается в пожизненном восполнении потери солей. В то же время, по данным С. Holmberg и соавт., некоторые младенцы выживают даже без адекватной заместительной терапии в неонатальном периоде. Однако позже у таких детей наблюдались замедление роста, задержка психомоторного развития, нефропатия и гиперальдостеронизм на фоне гипохлоремии, гипокалиемии и метаболического алкалоза [1]. Следовательно, ранняя, т.е. своевременная диагностика на первом году жизни в большинстве случаев сохраняет жизнь, а у части пациентов с более легким тече-

© С.В. Бельмер, 2011

Ros Vestn Perinatol Pediat 2011; 4:6–9

Адрес для корреспонденции: Бельмер Сергей Викторович — д.м.н., проф., зав. каф. Российского государственного медицинского университета 119153 Москва, Ленинский просп., д. 117

нием предупреждает развитие тяжелых осложнений.

На первом году жизни манифестирует энтеропатический акродерматит (синдром Брандта), впервые описанный в 1942 г. и обусловленный врожденным нарушением всасывания цинка. В типичных случаях заболевание характеризуется изменениями со стороны кожи, диареей, алопецией, отставанием в росте и психомоторном развитии, а также снижением функции иммунной системы. Кожный синдром проявляется эритематозным, везикулобуллезным или пустулезным дерматитом с локализацией на дистальных участках конечностей и вокруг естественных отверстий. В тонкой кишке обнаруживается различной степени выраженности атрофия эпителия, обуславливающая синдром мальабсорбции. Характерна манифестация заболевания после отмены грудного вскармливания. Диагностика на первом году жизни позволяет начать заместительную терапию и способствует благоприятному прогнозу для больного.

Целиакия, или непереносимость злакового белка глютена на протяжении последних десятилетий привлекает к себе внимание ученых во всем мире. Если ранее она считалась редким заболеванием, то сегодня, наоборот, признается одним из наиболее распространенных наследственных заболеваний органов пищеварения, хотя механизмы наследования до конца не поняты. Целиакия диагностируется и у взрослых, и даже у пожилых людей, тем не менее в подавляющем большинстве случаев она манифестирует именно в детском возрасте, обычно в течение первых нескольких лет жизни.

Особую проблему составляют атипичные формы целиакии, которые нередко диагностируются со значительным запозданием. При этом чем позже ставится диагноз, тем более выражены в организме метаболические нарушения, некоторые из них имеют необратимый характер. В случае очень поздней диагностики (в возрасте старше 10 лет) по показателю роста дети обычно уже не могут догнать своих сверстников.

Характер аномалий развития органов пищеварения, безусловно, определяет сроки манифестации. В отдельных случаях они проявляют себя в старшем возрасте, но наиболее часто — у детей.

Таким образом, существует определенная, достаточно большая группа заболеваний органов пищеварения, манифестация которых происходит исключительно в детском возрасте. Больные с этими заболеваниями переходят во взрослую жизнь на определенной поддерживающей терапии, хотя некоторые из них могут быть вылечены в случае своевременной диагностики и адекватно назначенного лечения. Следовательно, объемы знаний врача-педиатра и врача-терапевта по данному кругу проблем могут существенно различаться.

Другая группа заболеваний — функциональные

нарушения органов пищеварения — встречается как у детей, так и у взрослых, однако у детей доля функциональных расстройств существенно выше. Так, неинфекционная диарея у детей в 80% случаев имеет функциональное происхождение [2], хронический запор в 95% случаев носит функциональный характер [3], рекуррентные абдоминальные боли также в большинстве случаев связаны с функциональной патологией [4].

Особой проблемой современной детской гастроэнтерологии является «омоложение» болезней. У детей чаще стали диагностироваться такие заболевания, которые раньше считались исключительно «взрослыми». В этих случаях педиатры обращаются к опыту терапевтов, на основании которого вырабатывают собственную тактику диагностики и лечения этих заболеваний с учетом особенностей детского организма. В настоящее время педиатры стали чаще ставить такие диагнозы, как язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Обсуждая педиатрические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, следует отметить, что у части детей с этим заболеванием выявляется метаплазия эпителия слизистой оболочки пищевода (пищевод Барретта), что может быть весьма неблагоприятным в отношении долговременного прогноза.

В этой связи встает вопрос об эволюции заболеваний детского возраста в долговременном аспекте. Так, эволюция функциональных нарушений органов пищеварения представляется не до конца установленной. Хотя в международном консенсусе по функциональным нарушениям органов пищеварения «Римских критериях III» записано, что данная группа заболеваний характеризуется благоприятным исходом, опыт показывает, что в долговременном аспекте это не совсем соответствует действительности. Так, по данным некоторых авторов, примерно у 10% взрослых наблюдаются признаки гастроэзофагеального рефлюкса; среди этих лиц рефлюкс-эзофагит выявляется у 40%, пищевод Барретта — у 10% [5]. В то же время у детей с эзофагитом пищевод Барретта встречается в 2,5–13% случаев [6–8]. По данным М. Solaymani-Dodaran и соавт., риск аденокарциномы пищевода у пациентов с пищеводом Барретта в 30 раз выше, чем в общей популяции. С другой стороны, у 30% больных с гастроэзофагеальным рефлюксом (включая детей) в течение 50 лет с высокой вероятностью произойдет трансформация процесса до развития дисплазии и аденокарциномы [9].

В ранее проведенном нами на базе Российской детской клинической больницы (РДКБ) Москвы исследовании было установлено, что из 2668 детей, поступивших в стационар за 2001–2004 гг., только в отделение гастроэнтерологии с поражением верхних

отделов пищеварительного тракта было госпитализировано 895 (33,54%) пациентов, а с симптомами гастроэзофагеального рефлюкса (боли и/или дискомфорт в верхних отделах живота, изжога, тошнота, отрыжка) — 118 (4,42%) соответственно. При этом дети с проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса составляют 13,18% от общего числа детей с поражением верхних отделов пищеварительного тракта. За указанный период в отделении эндоскопии РДКБ пациентам из различных отделений было выполнено 8143 исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Признаки гастроэзофагеальной рефлюксной болезни были выявлены у 473 (5,81%) детей. Осуществлено наблюдение за 109 детьми из этой группы, из них у 59 были выявлены эрозии пищевода без метаплазии, у 24 — желудочная метаплазия, а у 26 — кишечная метаплазия [10]. Представленные данные показывают, что метаплазия пищевода у детей нередкое явление в практике врача-педиатра и требует к себе внимания. В свете этих данных прогноз не только гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, но и функционального гастроэзофагеального рефлюкса уже не представляется благополучным.

Логично предположить, что отдаленным исходом синдрома раздраженного кишечника может быть формирование воспалительного процесса в толстой кишке как результат изменения состава внутренней среды в ее просвете и нарушения состава кишечного микробиоценоза. Хотя, по сведениям литературы, убедительных данных об эволюции синдрома раздраженного кишечника в неспецифический язвенный колит или болезнь Крона нет, не менее чем у 10% больных наблюдается так называемый микроскопический колит [11, 12]. Многие авторы придают ему патогенетическое значение в развитии синдрома раздраженного кишечника, так как воспаление может способствовать снижению порога висцеральной чувствительности. В то же время остается открытым вопрос, не является ли это воспаление не причиной, а следствием дискинезии толстой кишки. С другой стороны, установлено, что синдром раздраженного кишечника является фактором риска развития ишемического колита у взрослых пациентов, хотя некоторые исследователи связывают его развитие не только с нарушениями моторики [13]. Так или иначе, вопрос об эволюции синдрома раздраженного кишечника неоднозначен, остается открытым и требует своего разрешения.

Следовательно, требуются совместные усилия как педиатров, так и терапевтов, направленные на минимизацию развития риска самого неблагоприятного исхода указанных заболеваний и состояний.

Распространенность воспалительных заболеваний кишечника у детей и подростков также нарастает, и диагностика болезни Крона в детском возрасте уже не вызывает удивления. Так, по данным S. Kugathasan

и соавт., распространенность неспецифического язвенного колита в настоящее время составляет 2,4‰, а болезни Крона — 4,6‰ [14]. К этому направлению привлечено внимание значительного числа специалистов во всем мире. В последние годы были разработаны протоколы диагностики и лечения болезни Крона у детей, в основу которых положены многие принципы, использующиеся при лечении взрослых больных. Протокол лечения детей с неспецифическим язвенным колитом находится в активной разработке.

Обсуждая нарастающую в последние десятилетия частоту заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у детей, следует обратить внимание на проблему хеликобактерной инфекции, которая «пришла» в педиатрию также из «взрослой» практики. Так, ежегодная частота инфицирования *H.pylori* в развитых странах составляет 0,3–0,7%, а в развивающихся странах — 6–14%. Распространенность «активной» язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *H.pylori* инфекцией, охватывает 1% населения США (следовательно, данный формой болезни в США постоянно страдают не менее 1,5–2 млн человек). По данным британских исследователей, *H.pylori* инфекция ответственна за 8000 смертей каждый год в Великобритании и Уэльсе, за 65% кровотечений, связанных с язвенной болезнью. При наличии ассоциированного с *H.pylori* хронического гастрита без атрофии риск заболеть язвенной болезнью возрастает в 10 раз, а раком желудка — в 2 раза. При наличии атрофических изменений слизистой оболочки желудка в антральном отделе риск заболеть раком желудка возрастает в 3 раза. П. Я. Григорьев отмечает, что на фоне хронического гастрита, ассоциированного с *H.pylori*, в 95% случаев развивается язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, а в 70–80% — язвенная болезнь желудка [15].

Частота заражения *H.pylori* инфекцией среди детей варьирует в различных регионах планеты. В странах Западной Европы она колеблется от 8,9 до 31,9% детей, в африканских странах (Гамбия) достигает 84%. В США в штате Арканзас инфицированы до 31% детей (в возрасте до 5 лет — 24%, до 16 лет — 45%), а в штате Западная Вирджиния — до 40% детей (от 1 года до 5 лет — 15,6%, от 11 до 15 лет — 32%, в 16–20 лет — 40,5%). В Германии серопозитивными в отношении *H.pylori* оказались 17% детей (из них в возрасте от 3 до 5 лет — 8,3%, от 6 до 8 лет — 19,4%, среди подростков 14 лет и старше — 47,2%). В Российской Федерации в зависимости от региона инфицированность *H.pylori* среди взрослых колеблется от 70 до 92%. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в Москве и Московской области, свидетельствуют, что среди детей в возрасте 5–6 лет *H.pylori* обнаруживается у 40–45%, а среди 14–15-летних подростков — у 65–70% (среди взрослых — у 80–100% в некоторых обследованных груп-

пах) [16]. Педиатры активно разрабатывают и эту проблему, вводя в протоколы лечения соответствующие антихеликобактерные препараты.

Существуют и организационные проблемы, возникшие на стыке детской и взрослой гастроэнтерологии. В плане диагностики — это адаптация методик и аппаратуры, которые используются у взрослых больных, с учетом особенностей детского организма.

При обсуждении вопросов лечения обращают на себя внимание существующие возрастные ограничения для ряда методов терапии и многих лекарственных препаратов, без которых лечение детей будет малоэффективным. Важным аспектом, обеспечивающим непрерывность и эффективность наблюдения и лечения больного, является преемственность при переходе от педиатра под наблюдение к терапевту, невозможная без знаний «взрослыми» гастроэнтерологами «детских» проблем и наоборот.

Таким образом, гастроэнтерология едина, однако особенности этиологии, патогенеза, диагностических

и лечебных подходов в различных возрастных группах заставляют разделять ее, по крайней мере, на две части — детскую и взрослую. Вместе с тем любой врач отдает себе отчет, что процесс развития организма непрерывен и таким же непрерывным должен быть процесс лечения. Терапевты понимают, что многие болезни взрослого организма имеют свои корни в детстве, и назначают лечение с учетом механизмов, много лет назад запустивших патологический процесс, и эволюции, которую этот процесс претерпел за прошедшие годы. Педиатры в свою очередь знают, что их пациент вступит во взрослую жизнь с грузом уже имеющихся проблем, и строят свою лечебную тактику таким образом, чтобы в максимальной степени облегчить бремя этого груза. Работа педиатров и терапевтов должна быть компетентно скоординирована. Многочисленные форумы, проходящие в последнее время и собирающие врачей, работающих с пациентами различных возрастных групп, должны способствовать этому важному процессу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Holmberg C., Perheentupa J., Pasternack A. The renal lesion in congenital chloride diarrhea. *J Pediatr* 1977; 91: 738—743.
2. Farfan Flores G., Sanchez G., Tello R., Villanueva G. Estudio clinico y etiologico de 90 casos de diarrea cronica. *Rev Gastroenterol Peru* 1993; 13: 1: 28—36.
3. Leung A.K.C., Chan P.Y.H., Cho H.Y.H. Constipation in children. *Am Fam Phys* 1996; 54: 611—618.
4. Scott R.B. Recurrent abdominal pain during childhood. *Can Fam Physician* 1994; 40: 539—547.
5. Levins D.S., Rubin C.E., Reid B.J., Haggitt R.C. Specialized metaplastic columnar epithelium in Barrett's esophagus. A comparative transmission electron microscopic study. *Lab Invest* 1989; 60: 418—432.
6. Cooper J.E., Spitz L., Wilkins B.M. Barrett's esophagus in children: a histologic and histochemical study of 11 cases. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 3: 191—196.
7. Dahms B.B., Rothstein F.C. Barrett's esophagus in children: a consequence of chronic gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 1984; 86: 318—323.
8. Skinner D.B., Walther B.C., Riddell R.H. et al. Barrett's esophagus. Comparison of benign and malignant cases. *Ann Surg* 1983; 198: 554—565.
9. Solaymani-Dodaran M., Logan R.F.A., West J. et al. Risk of oesophageal cancer in Barrett's oesophagus and gastro-oesophageal reflux. *Gut* 2004; 53: 1070—1074.
10. Герасимова Н.В., Мызин А.В., Бельмер С.В., Полюдов С.А. Гетерогенность метапластических изменений в пищеводе. *Вопр соврем педиат* 2006; 6: 36—39.
11. Chadwick V.S., Chen W., Shu D. et al. Activation of the mucosal immune system in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 122: 1778—1783.
12. Suh D.-C., Kahler K.H., Choi I.-S. et al. Patients with irritable bowel syndrome or constipation have an increased risk for ischaemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 681—692.
13. Hadley S.K., Gaarder S.M. Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Am Fam Physician* 2005; 72: 2501—2506.
14. Kugathasan S., Miranda A., Nocton J. et al. Dermatologic manifestations of Crohn disease in children: response to infliximab. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37: 50—54.
15. Григорьев П.Я. *Helicobacter pylori*: гастрит, дуоденит (гастродуоденит), язвенная болезнь. Практикующий врач 1999; 16: 2—4.
16. Щербаков П.Л., Нижевич А.А., Кашиников В.С. Инфекция *Helicobacter pylori*. В кн.: Практическое руководство по детским болезням. Под общей редакцией В.Ф. Коколин и А.Г. Румянцев. Том II. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, П.Л. Щербакова. Издание второе, переработанное и дополненное. М: Медпрактика 2010; 30—51.

Поступила 08.06.11