

Хронический гастродуоденит у детей. Спорные вопросы

С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина

Chronic gastroduodenitis in children: Controversial points

S.V. Belmer, T.V. Gasilina

Российский государственный медицинский университет, Москва

Хронический гастродуоденит ставит перед практическим врачом ряд неоднозначных вопросов, ответы на которые не вполне очевидны. К ним относятся следующие: как правильно формулировать диагноз (хронический гастродуоденит или хронический гастрит и хронический дуоденит), какова роль пилорического хеликобактера в развитии хронического гастродуоденита, на основании каких данных обследования правомерно ставить диагноз, каковы последствия хронического гастродуоденита, как его лечить, надо ли соблюдать диету. Эти и некоторые другие вопросы обсуждаются в представленной статье, имеющей дискуссионный характер.

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, пилорический хеликобактер, антацидная терапия, антисекреторные препараты, диетотерапия.

Chronic gastroduodenitis poses for practitioners a number of open-ended questions whose answers are not quite apparent. These include the questions as to how correctly a diagnosis (of chronic gastroduodenitis or chronic gastritis and chronic duodenitis) should be made, how *Helicobacter pylori* is responsible for the development of chronic gastroduodenitis, on what examination data are based to establish a diagnosis relevantly, what sequels of chronic gastroduodenitis are, how to treat the latter, whether the diet should be kept to. These and some other points are discussed in the presented debatable paper.

Key words: children, chronic gastroduodenitis, *Helicobacter pylori*, antacid therapy, antisecretory agents, dietary therapy.

Хронический гастродуоденит — диагноз весьма частый в педиатрической практике. На фоне нарастания в последние десятилетия распространенности гастроэнтерологической патологии среди детей [1] на хронический гастродуоденит приходится почти 45% случаев среди всех болезней верхних отделов пищеварительного тракта у детей младшего школьного возраста, 73% — у детей среднего школьного возраста и 65% — у старших школьников (снижение относительной частоты за счет увеличения доли язвенной болезни!) [2]. Указанные обстоятельства ставят перед врачом множество важных вопросов как практического, так и теоретического свойства.

Вопрос первый: Хронический гастродуоденит или хронический гастрит и хронический дуоденит? Международная классификация болезней (МКБ-Х, раздел К29) предлагает ставить диагноз: хронический гастрит (хронический поверхностный гастрит — К29.3, хронический атрофический гастрит — К29.4, хронический гастрит неуточненный — К29.5) и ду-

оденит (К29.), оставляя тем не менее возможность комбинации в виде пункта К29.9 — гастродуоденит неуточненный. При этом очевидно, что смысл, который был изначально заложен в данный пункт авторами классификации, отличается от того, что предполагают отечественные педиатры, тем более что в нем отсутствует уточнение «хронический».

С одной стороны, гастрит и дуоденит действительно являются разными заболеваниями с различными, на первый взгляд, патогенетическими механизмами. С другой стороны, эти различия представляются существенными лишь на первый взгляд. Оба заболевания имеют немало общего, что приводит к их сочетанию практически у всех пациентов и относительной редкости изолированных форм в детском возрасте. Оба заболевания можно отнести к так называемым кислотозависимым состояниям, развивающимся при дисбалансе защитных и агрессивных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Одним из таких факторов агрессии является пилорический хеликобактер, однако его роль доказана в случае хронического гастрита и менее очевидна при хроническом дуодените. В развитии последнего более значительную роль, по-видимому, играет кислотно-пептический фактор. Скорее всего, имеет место единый патогенетический процесс, приводящий к развитию гастрита в желудке и дуоденита в двенадцатиперстной кишке. Более того, процесс в желудке обуславливает и поддерживает процесс в двенадцатиперстной кишке и

© С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина, 2009

Ros Vestn Perinatol Pediat 2009; 3:80-83

Адрес для корреспонденции: Бельмер Сергей Викторович — д.м.н., проф. кафедры детских болезней № 2 РГМУ

Гасилина Татьяна Владимировна — к.м.н., старший научный сотрудник ПНИЛ патологии детского возраста РГМУ.

119513 Москва, Ленинский просп., 117, Российская детская клиническая больница

e-mail: belmersv@mail.ru

наоборот. В этом свете гастродуоденит следует рассматривать как единое целое. Отечественная педиатрическая школа традиционно придерживалась объединения этих нозологических единиц в единый диагноз, и нет оснований для пересмотра данного положения.

Вопрос второй: Какова роль пилорического хеликобактера в развитии хронического гастродуоденита? Патогенетическая роль пилорического хеликобактера доказана для хронического гастрита. Тем не менее остается вопрос во всех ли случаях хронического гастрита у детей пилорический хеликобактер играет решающую роль. Для такого вопроса есть несколько оснований. Во-первых, инфицированность пилорическим хеликобактером в целом в нашей стране достаточно высока (60—70%) [3], а частота хронического гастродуоденита и, тем более, язвенной болезни — значительно ниже. Т.е. факт инфицирования пилорическим хеликобактером не является решающим для развития названных заболеваний. Данное несоответствие может быть связано как с существованием различных штаммов пилорического хеликобактера, обладающих разным набором факторов патогенности, так и с особенностями конкретного макроорганизма, допускающими инфицирование и повреждение слизистой оболочки. Во-вторых, инфицированность детей обратно пропорциональна их возрасту. У дошкольников она встречается реже, однако диагноз гастродуоденита и даже язвенной болезни встречается и в этой возрастной группе. Данная закономерность была установлена уже в первых работах по изучению роли хеликобактерной инфекции у детей, и отечественные исследователи были пионерами в этом направлении [4—6].

Обращает на себя внимание значительный рост частоты хронического гастродуоденита после начала обучения в школе. Данное обстоятельство можно объяснить увеличением круга общения ребенка и, следовательно, повышением риска инфицированности пилорическим хеликобактером. Однако не менее вероятным представляется значение психогенного фактора, так как начало обучения в школе радикально меняет весь образ жизни ребенка, характеризуется увеличением физических и эмоциональных нагрузок и изменением питания. Значительный стресс, провоцирующий вегетативные расстройства и, как следствие, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта и желудочной секреции, приводит к формированию сначала функциональных нарушений пищеварительной системы, а затем — и органических. Действительно, доля функциональных нарушений, которые преобладают у детей дошкольного возраста, прогрессивно снижается с возрастом: примерно 50% у детей младшего школьного возраста, 19% — у среднего возраста и 16% — у старшего возраста [2]. На значение психоэмоционального фактора и вегетативных расстройств в развитии гастродуоденальной патологии указывалось в работах гастроэнтерологов «дохеликобактерной» эпохи,

эта идея находит свое подтверждение по результатам современных исследований [7]. Наконец, безусловную роль играет наследственная предрасположенность.

И все же зарубежные исследования в области гастритов вообще и у детей, в частности, концентрируются в основном именно на пилорическом хеликобактере. На сегодняшний день достаточно подробно изучены механизмы его взаимодействия с макроорганизмом, разработаны алгоритмы диагностики и эрадикации. В то же время «нехеликобактерные» пути развития гастрита и дуоденита (которые не отрицаются) в этих исследованиях практически не затрагиваются [8—14]. Например, в обширном исследовании болгарских специалистов были проанализированы результаты тестирования детей на *Helicobacter pylori*, а также на *Helicobacter heilmannii* за период с 1996 по 2006 г. Пилорический хеликобактер был выявлен у 77,8% детей с язвенной болезнью и у 64,5% детей с хроническим гастритом; в 2 случаях был выявлен *H. heilmannii* [15]. В другом исследовании, в ходе которого было проведено 210 эндоскопий, пилорический хеликобактер был обнаружен у 45,9% детей. При этом средний возраст детей с выявленным хеликобактером был достоверно выше возраста детей без хеликобактера (11 лет и 8,9 года соответственно; $p=0,009$). По результатам данной работы, нодулярный гастрит определенно ассоциировался с присутствием пилорического хеликобактера, а эзофагит — с его отсутствием. Наличие хронического гастрита было подтверждено гистологически у всех хеликобактеропозитивных пациентов [16].

Таким образом, пилорический хеликобактер, очевидно, играет роль в развитии хронического гастродуоденита, однако важное значение имеют также психогенные факторы, состояние вегетативной нервной системы и фактор питания.

Вопрос третий: На основании каких клинико-лабораторных показателей правомерно ставить данный диагноз? В повседневной практике диагноз хронического гастродуоденита устанавливается после эндоскопического исследования, которое практически стало рутинным для больных с жалобами на боли в животе, хотя в настоящее время есть тенденция к пересмотру данного подхода, в первую очередь, из финансовых соображений. При этом корреляция между эндоскопическим заключением и морфологической картиной относительно слабая. В то же время морфологическая диагностика в каждом случае, подозрительном на хронический гастродуоденит, нереальна и неоправданна ни финансово, ни этически. Значит ли это, что мы не имеем право ставить данный диагноз в большинстве клинических наблюдений? Если да, то следует идти по проторенному западными врачами и предлагаемому рядом отечественных педиатров [17] пути — ставить диагноз «синдром диспепсии» при соответствующей клинике, принимая за рабочую гипотезу, что у ребенка функциональная диспепсия. Если соответствующее

лечение приносит успех, то диагноз функциональной диспепсии считается подтвержденным, а если нет — проводится углубленное обследование, включающее и эндоскопию, и морфологическое исследование.

Другой подход — закрыть глаза на несоответствие эндоскопических и морфологических признаков воспалительного процесса и ставить диагноз «хронический гастродуоденит», как и прежде, на основании только эндоскопических данных, сознательно идя на гипердиагностику.

Конечно, первый путь — более честный и правильный, однако вопрос состоит в том, что во многих учреждениях морфологическое исследование пока еще не может быть реализовано, тогда как эндоскопию проводят практически повсеместно. В этой ситуации второй подход можно было бы считать оправданным, он сразу предусматривает более интенсивное лечение.

Однако вопрос о морфологическом исследовании имеет и другую сторону. Именно морфологическое исследование позволяет ставить дифференцированный диагноз, достоверно выявляя, в частности, атрофический гастрит, который в педиатрической практике не редкость. Так, по данным S. Boukthir и соавт., атрофический гастрит обнаруживается у 14,5% детей, причем почти у всех из них был выявлен пилорический хеликобактер и у многих — так называемый «нодулярный» гастрит [18]. Широкое использование морфологических данных позволило бы более эффективно подойти к лечению этих пациентов.

Вопрос четвертый: Каковы последствия хронического гастродуоденита? На протяжении длительного времени считалось, что хронический гастродуоденит является предъязвенным состоянием, однако во многих заслуживающих доверия исследованиях было показано, что это не так. Хронический гастродуоденит и язвенная болезнь, хотя и имеют много общего, все-таки представляют собой разные заболевания, различающиеся, видимо, на уровне наследственной предрасположенности. Только так можно объяснить, что при сходных условиях окружающей среды в одних случаях развиваются гастрит и дуоденит, а в других — язва.

Таким образом, на сегодняшний день убедительных данных о какой-либо эволюции хронического гастродуоденита у детей нет. Нет также работ, прослеживающих эволюцию его по мере перехода ребенка во взрослую жизнь. С другой стороны, атрофический гастрит определяет риск рака желудка, хотя и в отдаленном будущем, что подчеркивает важность расширенной диагностики, а также ставит вопрос о необходимости новых исследований в этом направлении.

Вопрос пятый: Как лечить хронический гастродуоденит? Лечение хронического гастродуоденита у детей, как правило, включает применение антацидных, антисекреторных и антихеликобактерных препаратов. Эффективность такой терапии была доказана во многих отечественных исследованиях, однако у прак-

тического врача создается впечатление некоторой ее избыточности.

Учитывая описанный выше поэтапный диагностический подход, лечение начинается с коррекции поведения, устранения психотравмирующих факторов, моторных нарушений, нормализации вегетативного статуса и т.д. Иными словами, с лечения функциональной диспепсии.

Медикаментозная терапия при хронических гастродуоденитах может включать различные группы препаратов в зависимости от выраженности процесса, характера желудочной секреции или от выбранной тактики ведения пациента и доступного объема дополнительных методов обследования. Самый простейший подход, оправданный при незначительно выраженном процессе, — назначение антацидных лекарственных средств, обычно альмагеля, маалокса или фосфалюгеля, хотя выбор препаратов этой группы на сегодняшний день весьма значительный. Современные антацидные препараты, содержащие соединения алюминия, дают хороший репаративный эффект, в связи с чем в легких случаях они вполне могут выступать как монотерапевтическое средство.

При повышенной желудочной секреции антацидная терапия может дополняться (или замещаться) антисекреторными препаратами. Обычно в этой роли выступают блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа или мощные ингибиторы протонного насоса. Из первой группы наибольшее распространение получил фамотидин (фамосан, гастросидин, квамател и др.) в связи с его высокой эффективностью, редкой регистрацией побочного действия. Длительность эффекта фамотицина позволяет назначать его 1 раз в сутки и обеспечивает высокую приемлемость терапии.

Что касается ингибиторов протонного насоса, сегодня почти в равной степени применяются как препараты первого (омепразол), так и последних (рабепразол, эзомепразол) поколений, что объясняется значительным разбросом индивидуальной чувствительности. Хотя препараты последних поколений объективно обладают более высокой эффективностью, они же отличаются более высокой стоимостью. В то же время с точки зрения педиатра, безусловно, очень удобной для детей является растворимая форма омепразола — Лосек-МАПС.

При необходимости проведения антихеликобактерной терапии существующие рекомендации предусматривают трех- или четырехкомпонентные схемы лечения в течение 1–2 нед. Первым медикаментом этих схем может быть или антисекреторный препарат, или коллоидный субцитрат висмута (де-нол). Вторым, третьим и четвертым компонентами выступают собственно антихеликобактерные средства в различных комбинациях: амоксициллин, современные макролиды (кларитромицин), нитрофураны (нифуратель) или метронидазол. Последний применяется

все реже, в связи с высокой резистентностью к нему штаммов пилорического хеликобактера.

Кроме того, для коррекции моторных нарушений желудочно-кишечного тракта могут назначаться прокинетики (домперидон), а с учетом большого значения, которое имеет в развитии хронического гастродуоденита состояние вегетативной нервной системы, — вегетотропные препараты.

Вопрос шестой: Надо ли соблюдать диету при хроническом гастродуодените? На протяжении многих десятилетий больным с хроническим гастродуоденитом рекомендуют соблюдать диету, аналогичную таковой при язвенной болезни. При хроническом гастродуодените с повышенной кислотностью рекомендуется назначать столы № 1а, № 1б (Институт питания РАМН), при хроническом гастродуодените с секреторной недостаточностью — диету, в состав которой входят сокогонные вещества (стол № 2). Указанных диет рекомендуется придерживаться и после выписки ребенка из стационара в течение 3—12 мес. В дальнейшем диета расширяется, но исключаются копчености, консервы, баранина и свинина [19].

К сожалению, отсутствуют исследования эффек-

тивности такого подхода с позиций доказательной медицины, в связи с чем возникает вопрос, насколько он оправдан. Естественно, что без проведения соответствующей работы однозначно ответить на этот вопрос невозможно, но практический опыт подсказывает, что дети с хроническим гастродуоденитом могут получать адекватное возрасту сбалансированное питание без чрезмерно раздражающих слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта продуктов. Это тем более оправдано, что даже при язвенной болезни в настоящее время наметился отход от традиционных для нашей страны диетологических рекомендаций. Однако однозначно следует исключать из питания специи, пряности, соленья, копчености, жирные продукты (жирные мясо и рыбу), а также молочные продукты в связи с высокой частотой у таких больных лактазной недостаточности и аллергии на белки коровьего молока.

Представленные выше вопросы и ответы носят, безусловно, дискуссионный характер, однако очевидно, что хронический гастродуоденит, несмотря на кажущуюся «банальность», ставит перед врачом и исследователем серьезные вопросы, требующие своего разрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А.И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей // Русский мед. журн. 1999. Т. 7, № 4. С. 179—186.
2. Краснова Е.Е. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. г. Иваново, 2005.
3. Щербаков П.Л. Эпидемиология хеликобактериоза. В кн.: Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С.В. Бельмера и А.И. Хавкина. М., 2003. С. 123—132.
4. Мазурин А.В., Щербаков П.Л., Гершман Г.Б. и др. Пилорический кампилобактериоз у детей (эндоскопические и гистологические исследования) // Вопр. охр. мат. и дет. 1989. № 3. С. 12—15.
5. Коровина Н.А., Левицкая С.В., Боксер Г.В. и др. Клинико-эпидемиологические особенности гастродуоденального кампилобактериоза у детей // Педиатрия. 1989. № 8. С. 9—13.
6. Мазурин А.В., Филин В.А., Цветкова Л.Н. и др. Особенности хеликобактерассоциированной патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей и современные подходы к ее лечению // Педиатрия. 1996. № 2. С. 42—45.
7. Котовский А.В. Прогностические критерии развития язвенной болезни и хронического гастродуоденита у детей и подростков (медико-социальный аспект) // Рос. био-мед. журн. 2007. Т. 8. С. 292—297.
8. Naous A., Al-Tannir M., Naja Z. et al. Fecoprevalence and determinants of Helicobacter pylori infection among asymptomatic children in Lebanon // J. Med. Liban. 2007. Vol. 55, № 3. P. 138—144.
9. Qualia C.M., Katzman P.J., Brown M.R., Kooros K. A report of two children with Helicobacter heilmannii gastritis and review of the literature // Pediatr. Dev. Pathol. 2007. Vol. 10, № 5. P. 391—394.
10. Poddar U., Yachha S.K. Helicobacter pylori in children: an Indian perspective // Indian Pediatr. 2007. Vol. 44, № 10. P. 761—770.
11. Harris P.R., Wright S.W., Serrano C. et al. Helicobacter pylori gastritis in children is associated with a regulatory T-cell response // Gastroenterology. 2008. Vol. 134, № 2. P. 491—499.
12. Sabbi T., De Angelis P., Dall'Oglio L. Helicobacter pylori infection in children: management and pharmacotherapy // Expert. Opin. Pharmacother. 2008. Vol. 9, № 4. P. 577—585.
13. Soylu O.B., Ozturk Y., Ozer E. Alpha-defensin expression in the gastric tissue of children with Helicobacter pylori-associated chronic gastritis: an immunohistochemical study // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2008. Vol. 46, № 4. P. 474—477.
14. Dzierzanowska-Fangrat K., Michalkiewicz J., Cielecka-Kuszyk J. et al. Enhanced gastric IL-18 mRNA expression in Helicobacter pylori-infected children is associated with macrophage infiltration, IL-8, and IL-1 beta mRNA expression // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2008. Vol. 20, № 4. P. 314—319.
15. Boyanova L., Lazarova E., Jeleв C. et al. Helicobacter pylori and Helicobacter heilmannii in untreated Bulgarian children over a period of 10 years // J. Med. Microbiol. 2007. Vol. 56. P. 1081—1085.
16. Urribarri A.M., Garcia J.C., Rivera A.B. et al. Helicobacter pylori in children seen in Cayetano Heredia National Hospital (HNCH) between 2003 and 2006 // Rev. Gastroenterol. Peru. 2008. Vol. 28, № 2. P. 109—118.
17. Печуров Д.В., Щербаков П.Л., Канганова Т.И. Синдром диспепсии у детей: современные подходы к диагностике и лечению. Информационно-методические материалы для педиатров, гастроэнтерологов и семейных врачей. Самара, 2005. 20 с.
18. Boukthir S., Aouididi F., Mazigh Mrad S. et al. Chronic gastritis in children // Tunis. Med. 2007. Vol. 85, № 9. P. 756—760.
19. Волков А.И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей // Русский мед. журн. 1999. Т. 7, № 4. С. 179—186.

Поступила 20.01.09