

## О месте и значении эзофагогастродуоденоскопии в диагностике синдрома диспепсии у детей

С.А. Блашенцева, Д.В. Печкуров

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Согласно современному определению, под синдромом диспепсии (СД) понимаются клинический симптомо-комплекс, включающий боль и/или дискомфорт в области эпигастрита, ближе к средней линии живота [8]. Особенностью синдрома в детском возрасте является преимущественная локализация болей в околодуоденальной области [4]. Выделяют органическую диспепсию, которая обусловлена такими поражениями пищеварительного тракта, как язвенная болезнь, хронический холецистит, панкреатит, аномалиями развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), злокачественными опухолями и другими более редкими причинами [5]. В детском возрасте относительно чаще встречаются аномалии ЖКТ и реже опухоли.

В том случае, если органической причины абдоминальной боли и дискомфорта не обнаружено, говорят о функциональной диспепсии (ФД). Чем старше пациент, тем вероятнее у него органическая диспепсия и, наоборот, в детском возрасте, как правило, СД имеет функциональную природу. Тем не менее, в структуре регистрируемой гастроэнтерологической заболеваемости в России традиционно превалирует диагноз хронического гастрита (гастродуоденита), а функциональные расстройства желудка и диспепсия встречаются менее чем в 5% случаев [3].

Действующие до последнего времени стандарты обследования гастроэнтерологических больных предусматривали полное обследование всех пациентов с абдоминальными болями, независимо от их возраста, пола, эпидемиологических особенностей и клинической картины заболевания [6]. Такой подход расценивался как «глубокий клинический» и считался эталоном врачебной тактики. Неудивительно, что в процессе обследования пациенты «обрастают» многочисленными гастроэнтерологическими диагнозами.

В то же время, многие врачи, занимавшиеся проблемами детской гастроэнтерологии, отмечали стойкость проявлений и склонность к рецидивам гастроэнтерологических заболеваний. Работы, посвященные выявлению различий в симптоматике «функциональных» и «органических» поражений желудка, не дали сущ-

ственного результата, было признано, что проявления эти стереотипны при поражениях различных органов ЖКТ и в большей мере зависят от психических факторов и особенностей вегетативной регуляции [1]. Изучение роли хеликобактера в развитии хронического воспаления слизистой оболочки желудка способствовало большему пониманию природы пептических язв и рака желудка, но отнюдь не СД. Эрадикация этого микроорганизма далеко не всегда способствует устранению симптомов диспепсии, что нашло отражение в Маастрихтских рекомендациях 2000 года [7].

Современная медицина настолько богата диагностическими возможностями, что можно согласиться с известным утверждением, о том, что «здоровых людей нет, а есть временно не обследованные». Проблема не только в том, что эти обследования зачастую дороги и необоснованы. Избыток информации так же вреден, как и ее недостаток, особенно в тех случаях, когда диагностический метод используется без учета его достоверности. В частности, известно, что диагноз хронического гастрита является морфологическим, а его эндоскопическая диагностика является низкоспецифичной. По нашим данным, эндоскопическое заключение о наличии хронического гастрита было положительным с высокой степенью вероятности и в популяции лиц с подтвержденным морфологически гастритом, и среди лиц без него. Собственные исследования показали, что при морфологической верификации диагноза, «хронический гастрит», выявленный при эндоскопическом исследовании, подтвердился лишь в 69,9% случаев [4]. При этом нами не выявлена корреляция между степенью воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и выраженностью СД.

Тем не менее, в нашей стране, и в научных исследованиях, и в клинической практике эзофагогастродуоденоскопия рассматривается как достоверный метод верификации гастрита, что приводит к гипердиагностике этого заболевания. Мы полагаем и попытаемся ниже доказать, что такой подход имеет ряд негативных последствий.

**1. Эндоскопическое заключение о наличии воспалительного заболевания рассматривается как приоритетное по отношению к клинической оценке.** Клинический пример: Витя К., 9 лет обратился к участковому педиатру с жалобами на колющие боли в околопупочной области, не связанные с приемом пищи. Ему было проведено гастроэнтерологическое обследование, включающее ЭДС, УЗИ печени и желчевыделительной системы, общие и биохимический анализы крови, анализ кала на яйца гельминтов и простейшие. Выявлен «поверхностный гастрит», который расценен как причина болей. Мальчику было назначено лечение гастрита, включающее прокинетик, антацид. Состояние не улучшилось и родители самостоятельно обратились за помощью к гастроэнтерологу. При более детальном опросе выявлено, что помимо абдоминальных болей у ребенка отмечается затрудненные дефекации, «сегментированный» стул. Выставлен диагноз функционального спастического запора, назначено соответствующее лечение, которое полностью устранило имеющуюся симптоматику.

**2. Выявление «воспалительных» изменений при ЭГДС снижает мотивацию поиска невротических расстройств и вегетативных дисфункций, которые часто являются истинной причиной диспепсии.** Клинический пример: Сережа С., 11 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на приступообразные боли в подложечной области, неприятные ощущения за грудиной, тошноту, головные боли. Несколько месяцами раньше прошел полное гастроэнтерологическое обследование в стационаре. При эндоскопии был выявлен катаральный рефлюкс-эзофагит, поверхностный гастрит, по данным УЗИ дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу. Двухнедельный курс стационарного лечения несколько ослабил, но не купировал симптоматику, выписан домой с рекомендациями по долечиванию. В течение 2 месяцев после выписки приступы болей повторялись несколько раз в связи с чем обратились за помощью. При осмотре обратила на себя внимание эмоциональная лабильность мальчика, потливость, кожные сосудистые реакции. Более детальная интерпретация жалоб мальчиком показала, что приступы представляли собой боли в животе, заканчивающиеся удушьем и сердцебиением. Гастроэнтеролог предположил наличие синдрома вегетативных дисфункций, панические атаки и направил пациента к невропатологу. Данный случай интересен еще и тем, что в основе такой выраженной вегетативной дисфункции может быть не только стресс и невротическое нарушение, но и органическое поражение головного мозга, что требует тщательного неврологического обследования, ранней диагностики.

**3. Необоснованное снижение показателей здоровья населения и расширение контингента детей, подлежащих диспансеризации в качестве «гастроэнтерологических» больных.** Клинический пример: Сережа А., 17 лет в течение 8 лет находился на диспансерном учете с диагнозом «хронический гастродуоденит». В соответствии с планом диспансеризации проходил ЭГДС, при которой регулярно выявлялся «поверхностный» гастрит. Из анамнеза было выяснено, что он заболел в 9 лет, находился на лечении в гастроэнтерологическом отделении. В дальнейшем боли и дискомфорт отмечались эпизодически и были связаны, преимущественно с повышенными нагрузками, нарушениями пищевого поведения.

В течение последних 3 лет жалобы не беспокоили. Направлен для «снятия диагноза» при переводе в терапевтическую сеть. При обследовании вновь выявлена очаговая гиперемия антрального отдела желудка, в связи с чем диагноз сохранен и юноша подлежит дальнейшему наблюдению уже в терапевтической сети.

В ситуации, когда в 80–95% эндоскопических заключений фигурирует диагноз воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), увеличение диагностической активности неизбежно влечет повышение заболеваемости. Создается впечатление неэффективности профилактических и реабилитационных мероприятий. Многие исследователи свои научные работы и выступления начинают с утверждения о неконтролируемом росте болезней пищеварительной системы. Однако этим проблемам уделялось большое внимание: в стране создана сеть специализированных отделений и центров, организован институт внештатных специалистов. Общепризнаны достижения гастроэнтерологии последнего десятилетия в профилактике и лечении многих болезней.

Приведенные выше клинические примеры показательны еще и с точки зрения формирования групп диспансерного наблюдения. Во всех приведенных случаях гастроэнтерологические расстройства, с высокой долей вероятности, имеют функциональную природу и нуждаются в соответствующем наблюдении, однако согласно «инструментальному» заключению, дети подлежат диспансеризации по месту жительства по поводу «хронического гастродуоденита». Это увеличивает нагрузку на педиатров, гастроэнтерологов, диагностические службы. Нужно понимать, что каждый год диспансеризации подразумевает дополнительные затраты на проведение лабораторно-инструментального обследования и осмотров специалистов. Многочисленные обследования увеличивают агрессивность медицины.

С учетом указанных соображений, используемая сегодня большинством эндоскопистов Европы, «Минимальная стандартная терминология эндоскопии пищеварительного тракта» (МСТ) под редакцией З. Маржатки, представляется нам наиболее оптимальной для формулировки эндоскопического заключения [2]. Основными положениями МСТ являются следующие.

Во-первых, авторы МСТ справедливо считают, что врач-эндоскопист не может установить диагноз «поверхностный гастрит», не выполняя биопсию слизистой оболочки, поскольку визуально невозможно оценить, насколько «поверхностным» является воспаление.

Во-вторых, сам факт наличия воспаления в слизистой также требует гистологического подтверждения, так как существуют вполне определенные морфологические критерии активности воспалительного процесса в слизистой желудка или ДПК. Если у взрослых выполнение биопсии слизистой желудка и ДПК не вызывает особых трудностей, то у детей эта процедура удлиняет время эндоскопического исследования и не все-

гда возможна технически и допустима этически. Например, в Самарском областном центре Детской Гастроэнтерологии и Гепатологии в 2000-2004 годах морфологическая верификация диагноза хронического гастродуоденита выполнена только у 12,6% госпитализированных детей, что составляет менее 1% от всех пациентов с СД, проживающих в области.

В связи с этим, авторы МСТ предлагают на эндоскопическом этапе диагностики использовать термин «гастропатия» вместо «гастрит» и «дуоденопатия» вместе «дуоденит». Слово «поверхностный» заменяется на более точный описательный термин «эрitemатозный» (при наличии гиперемии слизистой) или «застойный» (при сочетании гиперемии и отека слизистой). Таким образом, эндоскопическое заключение может быть следующим: эритематозная гастропатия, эритематозная дуоденопатия, застойная гастропатия. МСТ предполагает и топическую диагностику процесса. Например, если гиперемия ограничена антравальным отделом желудка, то заключение может звучать так: эритематозная гастропатия антравального отдела желудка.

Насколько «удобен» предлагаемый МСТ подход для клинициста? Мы считаем, что приведенные выше варианты эндоскопического заключения дают возможность врачу-гастроэнтерологу или педиатру использовать результаты эндоскопического исследования как дополнение в формулировке окончательного клинического диагноза, не замыкаясь на безоговорочный диагноз врача-эндоскописта – «поверхностный гастрит».

Таким образом, распространенный в настоящее время стереотип эндоскопического заключения о наличии хронического гастрита у детей, препятствует выявлению внегастроинтестинальных причин СД, увеличивает агрессивность медицины и обуславливает дополнительные затраты в общественном здравоохранении. Очевидно, что эндоскопическое обследование детей должно применяться выборочно и по четким показаниям. Его цель должна быть ясно сформулирована, например, выявление эрозивно-язвенных

поражений ВОПТ. Само эндоскопическое заключение не должно носить императивный характер, особенно если оно не подтверждено морфологически. При формулировке эндоскопического заключения желательно использование «Минимальной стандартной терминологии эндоскопии пищеварительного тракта», что позволяет врачу-гастроэнтерологу наиболее обоснованно устанавливать клинический диагноз.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Мальцев С.В. Особенности психовегетативного состояния при хроническом гастродуодените у детей старшего школьного возраста / С.В.Мальцев, С.Я.Волгина // Педиатрия. – 1996. – № 4. – С. 38-42.
2. Маржатка З., Фёдоров Е.Д. Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта // Третье издание переработанное и дополненное (первая публикация на русском языке). - Normed Verlag. - 1996г.- 141стр.
3. Печкуров Д.В. Эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний у детей: достоверность ретроспективного анализа // Педиатрия журн. Им. Г.Н.Сперанского – 2004. - №2. – С. 4-8.
4. Печкуров Д.В. Синдром диспепсии у детей. Дисс. докт. мед. наук/ М., 2005. – 259 с.
5. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии/ В.Т.Ивашкин, А.А.Шептулин, Е.К.Баранская и др. – М., 2001. – 30 с.
6. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения, приказ МЗ РФ №125 // Практикующий врач. – 2002, № 1. – С. 2-32.
7. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht II, 2000 Consensus report / P.Malfertheiner, F.Megraud, C.O.Morain et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol. 16. – P. 167-180.
8. Talley N.J. and the working team for functional gastroduodenal disorders // The functional gastroduodenal disorders. – Boston-New York-Toronto-London, 1994. – P. 71-113.

## КОНТАКТЫ

Блашенцева Светлана Александровна, д.м.н., профессор кафедры хирургии Самарского государственного медицинского университета.  
e-mail – svalb63@yandex.ru



## ОТ РЕДАКЦИИ

В статье проф. С.А.Блашенцевой и соавт. затронут весьма важный раздел организационной и практической деятельности врача-эндоскописта – формулировки заключения, основанного, нередко, только на умозрительных, не подтвержденных вспомогательными объективными методиками (биопсия с последующим морфологическим исследованием биоптата, хромоскопия, уреазный тест и др.). Наиболее часто к таким можно отнести «хронический эзофагит», «недостаточность кардии», «поверхностный гастрит», «гастродуоденит» и т.д. Вместе с тем, хорошо известно, что цвет и вид слизистой оболочки исследуемого органа во многом зависит от степени износа аппарата, его технических характеристик, степени освещенности объекта, спектра источника света, соблюдения правил методики осмотра, наконец – опыта врача. Отсюда – значительное число «обследованных» с необоснованными представлениями о сути заболеваний и потребностях в конкретном виде лечения. Редакция приглашает читателей журнала принять участие в обсуждении проблемы и возможностях использования в практической деятельности «Минимальной стандартной терминологии».