**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения.

За последние 20 лет распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей выросла на 30 %, причем существенных региональных особенностей она не имеет.

Повышение заболеваемости у детей отмечается в возрасте 5 – 6 и 9 – 12 лет, т.е. в периоды наиболее интенсивных морфофункциональных изменений в детском организме, когда вследствие неравномерного роста и созревания отдельных органов и систем возникают диспропорции роста и дисфункция органов. Установлено, что до 30 % выявленных в эти возрастные периоды заболеваний являются не чем иным, как функциональными расстройствами, более половины которых бесследно проходит без какого-либо лечения. В то же время значительная часть функциональных нарушений при условии постоянного воздействия на ребенка неблагоприятных факторов внешней среды прогрессирует и переходит в хронический процесс.

Важна и такая особенность гастроэнтерологической патологии детского возраста, как сочетанный характер поражения системы пищеварения, что составляет 70 – 90 % случаев. Это обосновывает необходимость всестороннего и комплексного обследования гастроэнтерологического больного.

За последние 10 лет существенно возросла роль нервно-психического фактора в формировании патологии органов пищеварения. Психосоматический генез гастроэнтерологических болезней прослеживается в той или иной степени у 40 – 50 % больных.

Долгое время причиной возникновения хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела ЖКТ у детей считалось несколько этиологических факторов – алиментарный, нервно-психический, генетический, иммунологические нарушения, нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, пищевая аллергия. На современном этапе большой научный и практический интерес представляют данные о роли Helicobacter pylori (H.pylori), как одной из основных этиопатогенетических единиц в развитии и течении гастродуоденальной патологии. Среди детей с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки инфицированность H.pylori составила до 81 % при хронических гастритах и 90 – 100 % при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной зоны.

Роль H.pylori объясняется тем, что под его влиянием развивается атрофия слизистой оболочки и/или происходит развитие кишечной метаплазии или дисплазии, что повышает риск появления злокачественных процессов. В последнее время уже у новорожденных детей H.pylori обнаруживается в 5,4 % случаев, а к 13 – 15 годам инфицированность достигает 58 – 72 %.

Одной из центральных проблем детской гастроэнтерологии является изучение механизмов развития хронического патологического процесса, а также факторов, влияющих на характер течения болезни. Среди эндогенных факторов развития заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки важнейшее значение придается соотношению между агрессивными факторами, воздействующими на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки (уровень кислотной продукции, высокая протеолитическая активность желудочного сока).

В последние годы получены новые данные о механизмах развития хронического гастродуоденита у детей. Установлено, что в детском возрасте патологический процесс не ограничивается желудком и в него, как правило, вовлекается и двенадцатиперстная кишка.

У детей дошкольного возраста хронический гастродуоденит нередко развивается на фоне аллергического поражения слизистой оболочки.

У детей всех возрастных групп частота воспалительных изменений в фундальном отделе желудка встречается реже и степень их выраженности в слизистой тела желудка значительно меньше, чем в антральном отделе. Топография гастрита очень важна при определении прогноза. Выраженный атрофический антральный гастрит при сохраненной структуре и функции фундального отдела считается прогностическим признаком развития у больного дуоденальной язвы, о чем свидетельствуют результаты многолетних наблюдений. Сравнительная оценка морфологии слизистой оболочки в различные возрастные периоды показала нарастание частоты более тяжелых патологических изменений в подростковом периоде. У подростков в 3 раза чаще наблюдается атрофический гастрит, появляется нарушение регенерации покровно-ямочного эпителия (дисплазия и метаплазия).

Общепризнанно, что болезни органов пищеварения возникают как результат взаимодействия генетических факторов и влияния среды. Роль семьи, микроэкологической среды в формировании фенотипа здоровья и болезни ребенка несомненны. Не меньшее значение в этом отношении имеет и макроэкология, т.е. среда обитания семьи, так как пищеварительная система в условиях неблагоприятной экологической обстановки нередко оказывается мишенью. Согласно результатам исследований, гастродуоденальная патология у детей в «чистых» регионах встречается относительно редко, что указывает на ее экологическую детерминированность. Неблагоприятная экология усугубляет наследственную предрасположенность, усиливает влияние отрицательных семейных факторов, что приводит к более частому возникновению и более тяжелому течению заболеваний органов пищеварения.

Ухудшение экологической обстановки, увеличение частоты аллергических заболеваний, режим повышенных нервно-психических нагрузок, испытываемых в детском коллективе, малоподвижный образ жизни, несбалансированность питания и нарушение режима приводят к росту частоты заболеваний пищеварительного тракта.

В последние годы у детей в 2,5 раза увеличился удельный вес язвенной болезни. Множественные и хронические язвы регистрируются у 40,8 % больных с этой патологией, 6,3 % из них не поддаются консервативной терапии. У 25 – 30 % больных, несмотря на проведение комплексной терапии, отмечаются рецидивы заболевания. Если в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в последние годы удалось достигнуть определенных успехов, то предупреждение рецидивов весьма актуально и требует совершенствования.

Таким образом, вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения у детей в последние годы вышли за рамки собственно педиатрии и представляют собой сложную и большую медико-социальную проблему.

Весна у многих ассоциируется с обострением. Обостряются чувства, потребности и хронические заболевания, в т.ч. болезни ЖКТ. Наиболее распространенное среди заболеваний органов пищеварения, встречающееся почти у каждого третьего пациента, – гастрит.

Гастриты только на первый взгляд относительно безобидны – почти в 20 % случаев они осложняются образованием язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Чтобы избежать тяжелых последствий, надо внимательно следить за рационом, а если уберечься не довелось – начинать тщательно следовать рекомендациям гастроэнтерологов и диетологов.

**ПРИЧИНЫ**

Гастрит проявляется воспалением и разрушением слизистой оболочки желудка. Повреждающими факторами для желудка являются инфекция, химические вещества, высокие или низкие температуры.

Любопытно, что относительно недавно был установлен один из самых распространенных механизмов развития гастрита – болезнь провоцирует инфицирование слизистой желудка бактерией helicobacter (инфекция получила название «хеликобактериоз»). Она избирательно поражает слизистую оболочку желудка и вызывает ее поверхностное разрушение по типу гастрита либо более глубокое разрушение по типу язвенной болезни.

Кроме того, гастрит может развиться в результате ожога слизистой оболочки желудка различными химическими веществами – спиртом, щелочью, кислотой. Негативно действует на слизистую прием некоторых лекарств (различные противовоспалительные препараты, некоторые антибиотики). Причем лекарства из группы противовоспалительных препаратов вызывают гастрит не только за счет прямого раздражения слизистой оболочки желудка, но и за счет нарушения молекулярных механизмов ее защиты. Проще говоря, болезнь можно заработать и при участии лекарств, использующихся в виде инъекций или мазей.

**СИМПТОМЫ**

Зависят от формы болезни. Для острого гастрита характерна боль в животе - резкая приступообразная или постоянная мучительная. Причем она часто зависит от приема пищи – усиливается натощак или через некоторое время после еды. Часто после еды может возникать тошнота; появляется изжога (неприятное чувство жжения в груди), отрыжка с кислым запахом, повышенное слюноотделение (как реакция организма на расстройство пищеварения), иногда сухость во рту и нарушение стула. Кроме этого присутствует ярко выраженная слабость, головокружение, снижение артериального давления, повышение температуры.

Для хронического гастрита характерны снижение аппетита, неприятный привкус во рту, отрыжка с гнилостным запахом, тяжесть в животе после еды и урчание, вздутие, метеоризм. Эти нарушения процесса пищеварения ведут к потере веса, выраженной слабости, сонливости и раздражительности. К тому же хронический гастрит протекает с периодическими обострениями и ремиссиями. Обострение хронического гастрита может носить сезонный характер (например, весной и осенью), а также может провоцироваться нарушением режима питания, употреблением некоторых лекарств.

**ДИАГНОСТИКА**

Основные способы обнаружения гастрита – фиброгастродуоденоэндоскопия (ФГДС) и биопсия. В первом случае внутренняя поверхность желудка изучается при помощи зонда, во втором – изымается небольшой фрагмент тканей для исследования. ФГДС дает возможность не перепутать гастрит и язву, а также помогает определить вид заболевания: эрозивный или неэрозивный.

При эрозивном гастрите на слизистой образуются явные эрозии. Подобная форма развивается при употреблении ряда препаратов а также при заглатывании разъедающих слизистую оболочку химикатов. Если повреждение слизистой не слишком глубокое, пациент ощущает лишь тошноту, «камень» в желудке после еды. Если же эрозия глубокая, на ней образуются кровоизлияния. Из всех форм гастрита эта наиболее часто перерастает в язву.

Неэрозивный гастрит различается поверхностной формы и атрофической. Поверхностная разновидность отличается неглубокими нарушениями верхнего слоя слизистой – при этом железы, вырабатывающие желудочный сок, не повреждаются. Все формы заболевания начинаются именно с неэрозивной. Атрофическая форма затрагивает железы, вырабатывающие желудочный сок. Атрофия представляет собой перерождение желез в соединительные волокна.

**ПРОФИЛАКТИКА**

При хроническом гастрите важно предупреждение его обострений. При этом основное значение имеет не медикаментозное лечение, а фактор питания, включающий тщательный санитарный контроль за организацией общественного питания, а также индивидуальные меры профилактики. Помимо соблюдения режима питания, необходимо исключить переедание, а также некоторые медикаменты. Важную роль играют режим труда и отдыха, лечение сопутствующих заболеваний.

К гастритам приводит употребление жирной, острой, соленой, копченой пищи, сладкой газированной воды. Сдоба также не очень хорошо воздействует на ЖКТ: питаться целый день булками, да еще в большом количестве, – это все равно что покатать мякиш в руке, сделать из него липкую массу и забить ей желудок.

Острый гастрит могут вызвать и некачественные продукты питания, а если пищевое отравление проигнорировать, со временем может развиться хронический гастрит. В наше время надо очень внимательно следить не только за сроками годности, но и за составом продукции: гастриты могут развиваться из-за консервантов и вкусовых синтетических добавок.

Дети злоупотребляют чипсами, желатинками и газированными напитками.

Если гастрит не удалось предотвратить, то, чтобы не усугубить ситуацию, надо внимательнее относиться к питанию. Для людей с проблемами ЖКТ желательно питаться не менее пяти раз в день небольшими порциями – желудок нельзя перегружать. Во время обострения болезни питание может доходить и до семи раз в день. Для профилактики важно, чтобы в рацион входило жидкое горячее питание и молочные продукты, но при этом надо учитывать, с какой кислотностью гастрит – повышенной (рекомендуется молоко) либо пониженной (предпочтительнее кефир). Также пища обязательно должна быть механически обработанной – от мяса большими кусками лучше воздержаться и перейти на котлеты, только не жаренные, а паровые. Можно употреблять отварную рыбу нежирных сортов. Из рациона надо исключить крепкий чай, ограничить потребление шоколада. Не помешают фруктовые пюре, термически обработанные овощи (кроме капусты и редиса). Овощи лучше всего готовить в вареном или тушеном виде, каши рекомендуются не рассыпчатые, а вязкие. Если соблюдать эти и другие правила, можно обезопасить себя от дальнейших последствий.

Большое значение в жизнедеятельности организма человека имеют и витамины.

Первый завтрак должен содержать 25—30% всего суточного рациона, второй – 10 – 15 %, обед – 40 – 45 % и ужин – 15 – 20 %.

Продукты, богатые белком (мясо, рыба, яйца), а также бобовые целесообразнее использовать на завтрак и обед. Белки требуют значительного количества пищеварительных соков и длительное время задерживаются в желудке. Поэтому продукты, богатые белком, перевариваются и усваиваются лучше днем. На ужин не следует употреблять овощные или крупяные блюда. Ужин должен быть легким. Принимать пищу следует не позже чем за 2 – 3 часа до сна. Если условия работы или другие обстоятельства не позволяют принимать пищу четыре раза в день, можно ограничиться трехразовым питанием: плотным завтраком до начала работы, вторым во время перерыва в работе и обедом после работы. Пища должна быть не очень горячей, но и не холодной.

Важное значение для рационального питания имеет и правильный питьевой режим. Вода является той необходимой средой, в которой происходят все химические реакции и превращения веществ, связанные с их непрерывным обменом. В организме человека вода составляет около 65 % его веса. Некоторое количество воды образуется в организме за счет окисления жиров, углеводов и белков (10 – 15 %). Здоровый человек употребляет. в сутки около 2 – 2,5 литра жидкости. Избыточное употребление жидкости затрудняет работу сердца, почек, желудочно-кишечного тракта и других органов.

Кроме общих мероприятий, способствующих профилактике желудочных болезней, необходимо остановиться и на конкретных для каждого из этих заболеваний. В частности, профилактика острого гастрита включает все мероприятия санитарного надзора, направленные на предупреждение населения от употребления в пищу недоброкачественных продуктов. При наличии кариозных зубов, хронических тонзиллитов, синуситов, воспаления желчных путей необходимо их лечить, при аскаридозе – изгонять глистов. С целью профилактики хронических гастритов необходимо своевременно лечить острый гастрит, а также воспалительные процессы других органов и систем – желчевыводящих путей (хронический гепатохолецистит, холангит), почек (хронический пиелонефрит).

Язва желудка или двенадцатиперстной кишки не является профессиональным заболеванием, но в каждой профессии имеются предрасполагающие к ее возникновению факторы, воздействия которых нужно избегать. Вредными факторами являются чрезмерные нагрузки, экстренные задания, работа в ночные часы, отсутствие регулярных разгрузок. Вредна и разъездная работа, если нарушается регулярное питание (частые командировки, работа на транспорте). Из этого следует, что предупреждению язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и ее рецидивов способствуют улучшение условий труда и быта, рационализация питания как в отношении режима, так и сети столовых, в частности столовых лечебного питания, целенаправленное использование выходных дней и отпусков.

Большое значение имеет своевременное и радикальное лечение острых и хронических гастритов, раннее выявление язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и достаточно полное лечение. В профилактике рака желудка имеют значение диетическая профилактика гастрита, своевременное лечение острого и хронического гастритов, радикальное лечение полипов и полипоза желудка, полноценное лечение язвенной болезни, включая и хирургическое.

Стелла Садовская,

врач-гигиенист (и.о. заведующего отделом)

отдела гигиены

Калинковичского районного ЦГЭ