

ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ДІТЕЙ, ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ КРІЗЬ ПРИЗМУ СУЧАСНИХ ЄВРОПЕЙСЬКИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ

Г.В. Салтикова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Diseases of the upper part of the digestive canal in children, problems of diagnosis, through the prism of modern European recommendations

Haluna Saltykova

National medical university, Kyiv, Ukraine

Objective: To analyze the recommendations of the European and North American societies for pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition 2016-2019 for the diagnosis of organic diseases of the upper digestive canal, the need for biopsy during endoscopic examination, the choice of methods for determining *Helicobacter pylori*, the likelihood of complications during endoscopy in children and to develop algorithm for the management of children with functional dyspepsia.

Results and discussions: The article presents the indications for endoscopic examination in children and the conditions under which it is not carried out for diagnosis, presents the risk groups for the occurrence of complications during endoscopic examination, as well as the main approaches to the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori*. An algorithm for the management of a child with functional dyspepsia is presented and a place for performing upper endoscopy with a biopsy is defined in it.

Conclusions: It is possible to exclude an organic disease of the digestive canal only when performing endoscopic examination with an aiming biopsy. Endoscopic examination is necessary only for strict indications taking into account risk groups for complications and this examination is not necessary at the first stage of the diagnosis of functional dyspepsia. Primary diagnosis of *Helicobacter pylori* should be carried out by histological, bacteriological and cytological method. In children, *heliobacter pylori* is not determined by non-invasive methods with the aim of further treating it without confirming the inflammatory changes in the mucous membrane of the stomach and duodenum using top endoscopy with a targeted biopsy.

Key words: gastritis, duodenitis, functional dyspepsia, fibroesophagogastroduodenoscopy, children, *Helicobacter pylori*, algorithm.

Заболевания верхнего отдела пищеварительного канала у детей, проблемы диагностики, через призму современных европейских рекомендаций

Салтыкова Г.В.

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев, Украина

Цель: проанализировать рекомендации европейского и североамериканского обществ детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания 2016-2019 годов по диагностике органических заболеваний верхнего отдела пищеварительного канала, необходимости проведения биопсии при эндоскопическом обследовании, выборе методов для определения хеликобактер пилори, вероятности осложнений при проведении эндоскопии у детей и разработать алгоритм ведения детей с функциональной диспепсией.

Результаты и обсуждения: В статье представлены показания для проведения эндоскопического исследования у детей и состояния при которых его не проводят для диагностики, представлены группы риска по возникновению осложнений при проведении эндоскопического обследования, а также основные подходы к диагностике и лечению хеликобактер пилори. Представлен алгоритм ведения ребенка с функциональной диспепсией и в нем определено место для проведения верхней эндоскопии с биопсией.

Выводы: Исключить органическое заболевание пищеварительного канала можно только при проведении эндоскопического обследования с прицельной биопсией. Проводить эндоскопическое обследование необходимо только по строгим показаниям с учетом групп риска по осложнениям и это обследование не обязательно на первом этапе диагностики функциональной диспепсии. Первичная диагностика хеликобактер пилори должна проводиться гистологическим, бактериологическим и цитологическим методами. У детей не определяют хеликобактер пилори неинвазивными методами с целью дальнейшего его лечения без подтверждения воспалительных изменений слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи верхней эндоскопии с прицельной биопсией.

Ключевые слова: гастрит, дуоденит, функциональная диспепсия, фиброэзофагогастродуоденоскопия, дети, хеликобактер пилори, алгоритм.

Адреса для корреспонденції:

Салтыкова Г.В. – доцент кафедри педіатрії №4 НМУ імені О.О. Богомольця; адреса: м. Київ, вул. Л. Толстого, 10; e-mail: saltykovag.v@gmail.com

Актуальність: останнім часом велика увага приділяється порушенням цереброінтестинальної взаємодії у дітей, в частині випадків для їх діагностики достатньо лише наявності певного симптомокомплексу, в іншій – потрібно обов'язково виключати органічну патологію. Особливо це стосується такого розладу, як функціональна диспепсія (ФД), для діагностики якої відповідно до Римських критеріїв IV не обов'язкове проведення фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС).

Симптомокомплекс, що зустрічається у дітей старше 1 року та супроводжується синдромом епігастрального болю (СЕБ) або постпрандіальним дистрес синдромом (ПДС), при якому переважає важкість, нудота, переповнення в епігастрії, може бути, як проявами ФД так і проявами органічних захворювань верхнього відділу травного каналу. Різниця між цими станами – лише морфологічні зміни слизової шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), що гістологічно відповідають ознакам запалення при хронічних гастритах (ХГ) та хронічних гастродуоденітах (ХГД). Тобто, для виключення цієї патології необхідне проведення фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) з прицільною біопсією та визначенням причинних чинників (алергія, целиакія, хелікобактер пілорі, хвороба Крона, ХГ, ХГД) тих симптомів, що має дитина. Враховуючи, що ФЕГДС це інвазивний метод обстеження, а біопсія, на думку багатьох, робить його небезпечним, виникає проблема діагностики органічних захворювань у дітей, особливо до 12 років.

Мета: проаналізувати рекомендації ESPGHAN, NASPGHAN, ESGE 2016-2019 років, щодо діагностики органічної патології верхнього відділу травного каналу, необхідності проведення біопсії при ФЕГДС, визначення *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), вірогідності ускладнень при проведенні ФЕГДС у дітей та розробити алгоритм ведення дітей з ФД, з визначенням місця ФЕГДС для кожної дитини, залежно від динаміки симптомів на фоні лікування ФД відповідно до провідного симптому.

Результати та обговорення:

Відповідно до рекомендацій Pediatric Gastrointestinal Endoscopy: European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition and European Society of Gastrointestinal Endoscopy у 2017 році були сформульовані рекомендації по проведенню ФЕГДС у дітей, з урахуванням сили положень настанов (від А до D) доказової медицини [1].

1. (C) ФЕГДС дітям проводити під загальним наркозом, або з глибокою седацією, якщо наркоз неможливий.
2. (C) ФЕГДС дітям має бути проведена обладнанням, відповідно до ваги та зросту дитини.
3. (C) взяття тканин для біопсії при відсутності видимих ендоскопічних змін всім дітям, яким проводять ФЕГДС з різних ділянок.
4. (C) взяття біопсії з певних місць і в визначеній кількості при підозрі на конкретне захворювання (еози-

нофільний езофагіт, целиакія, запальне захворювання кишечника, *H. pylori*).

5. (B) визначені стани при яких рекомендована та не рекомендована ФЕГДС у дітей з метою діагностики.

Рекомендоване проведення ФЕГДС при таких станах:

- втрата ваги тіла або відставання в розвитку
- невідома за походженням анемія
- підозра на органічне захворювання (гастрит, виразка, дуоденіт, хвороба Крона та інші)
- дисфагія
- одиофагія
- блювання, що рецидивує без відомих причин
- кровотеча або блювання кавовою гущею
- хронічна діарея
- гастроінтестинальна алергія
- хронічний ГЕРХ для виключення стравоходу Баррета
- підозра на реакцію трансплантат проти хазяїна

Не рекомендоване проведення ФЕГДС дітям для діагностики наступних станів:

- при неускладненій ГЕРХ
- при функціональній диспепсії
- для діагностики перфорації

Враховуючи, що ФЕГДС – це інвазивний метод діагностики, який рекомендовано проводити під загальною анестезією та з обов'язковим проведенням прицільної біопсії, багато лікарів вважають його небезпечним та не призначають для діагностики органічних захворювань шлунку і дванадцятипалої кишки, або призначають без проведення прицільної біопсії, що в свою чергу обмежує діагностичне значення цього методу. Тому хотілось би в цій статті ознайомити з клінічним звітом педіатричної ендоскопічної організації NASPGHAN за 2019 рік, що до факторів ризику ускладнень при проведенні ФЕГДС дітям, та від чого вони залежать.

Основні положення звіту сформульовані на підставі аналізу рандомізованих досліджень та мета-аналізів, що до ризику виникнення ускладнень при проведенні ФЕГДС у дітей.

- ФЕГДС – це максимально інформативна діагностична та лікувальна процедура, що вважається безпечною для дітей будь якого віку, але певні ускладнення можуть мати місце у 1-5%, особливо у дітей з груп ризику.
- Жодне ускладнення з проаналізованих за даними різних досліджень не було летальним.
- Важливо мінімізувати ризик ускладнень: проводити це обстеження виключно за показаннями та враховувати супутню патологію у пацієнта, знати групи ризику можливих ускладнень.

Окреслені основні групи ризику серед дітей, щодо можливості виникнення ускладнень при проведенні ФЕГДС:

- **Серцево-судинні ускладнення:** діти молодше 1 року, малюки з вродженими вадами серця, з легеневою гіпертензією, муковісцидозом, м'язовою дистрофією, ожирінням та з гострими респіраторними захворюваннями.
- **Нейротоксичність на мозок** що розвивається виявляють всі препарати для загальної анестезії, але це стосується лише дітей до 3 років, що отримують загальну анестезію довше 3 годин – важливо це пояснювати батькам.
- **Кровотеча після біопсії або іншої маніпуляції** – значне запалення, або розширення судин, коагулопатія, гемофілія, тромбоцитопенія, лейкози, цироз печінки, вживання гепарину та інші препарати антитромботичні препарати.
- **Інфікування бактеріальними агентами** (погано оброблені ендоскопи) [2].

Необхідність проведення біопсії при ФЕГДС у дітей була проаналізована в частині обстежень. У двох дослідженнях у дітей оцінювали цінність рутинної біопсії стравоходу, шлунку та ДПК – нові діагнози були виявлені у 17% та 11% випадків [3, 4]. Дослідження, що включало 823 дитини віком до 1 року, у яких ендоскопічні симптоми важко було інтерпретувати, гістологічні дані під час ФЕГДС та колоноскопії допомогли в діагностиці 68% дітей [5]. В іншому дослідженні проведено аналіз результатів біопсій та ендоскопій у 2772 дітей зі скаргами на болі в животі, діареєю та мальабсорбцією протягом останніх 5 років. У 64% випадках – гастродуоденіт, 46% – ізольований гастрит за даними гістологічних результатів. Серед дітей з ознаками дуоденіту 32% гістологічно – целиакія, 13% – хвороба Крона. В 63% при нормальній ендоскопічній картині слизової ШКТ гістологічно – зміни крипт, ворсинок, або клітинна інфільтрація. Автори зазначають погану кореляцію ендоскопічних змін з гістологічними [6].

Наприклад, в наступному дослідженні аналіз гістологічних змін при ендоскопічній картині хімічної гастропатії (рефлюкс-гастриту, хімічного гастриту) в 19 з 21 дитини у яких відмічалась при ФЕГДС гіперемія слизової антрального відділу шлунку, наявність густої жовчі в просвіті гістологічно – описана фовеолярна гіперплазія, набряк пластинки та волокон, але запальної інфільтрації виявлено не було (ознак запалення – хронічного гастриту немає) [7]. В наступному дослідженні всім дітям з симптомами функціональної диспепсії провели ФЕГДС з прицільною біопсією з метою виключення органічної патології шлунку та ДПК, в результатах у більшості дітей з ознаками гастропатії (набряк та гіперемія СОШ) не було ознак запалення (інфільтрації будь якими клітинами СОШ та зміни структури залоз). Відповідно у дітей з ФД можуть бути ознаки хімічної гастропатії, що пов'язані з порушенням моторики [8].

На сьогодні найдискутабельнішим питанням дитячої гастроентерології є питання значення хелікобактер пілорі

у виникненні симптомів, що турбують дитину і чи потрібно його всім визначати та лікувати при його виявленні неінвазивними методами.

Рекомендації ESPGHAN/NASPGHAN по діагностиці та лікуванню H. Pylori у дітей до 18 років [9]:

1. Мета клінічного обстеження дитини – виявлення причини симптомів, що турбують, а не пошук H. Pylori
 2. Не проводити ендоскопію тільки для виявлення H. Pylori
 3. У дітей з виразковими ураженнями шлунку та ДПК обов'язково визначати, лікувати та контролювати ерадикацію H. Pylori
 4. Дітям з функціональними болями в животі (ФД) не проводити діагностичне тестування H. Pylori (навіть неінвазивним способом)
 5. Не проводити тестування на H. Pylori у дітей з анемією (ЗДА) у якості первинного обстеження (при рефрактерності до лікування – призначати ФЕГДС з біопсією та визначенням H. Pylori)
 6. Первинна діагностика H. Pylori має бути на підставі гістологічного, бактеріологічного (з чутливістю), цитологічного дослідження, ПЛР СОШ (або одного в комбінації з швидким уреазним тестом) – єдина позиція біля якої стоїть позначка найбільшої сили настанови (А).
 7. Не використовувати тести IgA, G до H. Pylori ні для первинної діагностики, ні для контролю лікування.
 8. Визначати чутливість H. Pylori до антибактеріальних препаратів та з урахуванням цього призначати терапію (або враховувати регіональні дослідження по чутливості).
 9. Терапія має проводитися не менше 14 днів, для досягнення ерадикації 90%.
- Виходячи з вище наведеного існує принципова різниця в тактиці ведення функціональної диспепсії у дітей та дорослих. У дітей не використовується тактика, щодо хелікобактера пілорі – «виявляй та лікуй».
- Алгоритм дій педіатра або сімейного лікаря (рис. 1) починається з констатації у дитини симптомокомплексу (ФД), наступним є оцінка наявності симптомів тривоги (дисфагія, схуднення, біль за грудиною, лихоманка, мелена, блювання з домішками крові, нічний біль, анемія, лейкоцитоз, збільшене ШОЕ в попередніх обстеженнях, якщо вони наявні дитині проводять повне обстеження (ЗАК з формулою, АЛТ, СТ, ГГТ, білірубін з фракціями, амілаза, загальний білок, СРБ, копрограма, кал на я/гельмінтів, УЗД органів черевної порожнини та ФЕГДС з біопсією та гістологічним тестом на наявність H. pylori. При визначенні гістологічних запальних змін у ШКТ, або інших специфічних змін – дитині виставляють відповідний діагноз та призначають лікування. При відсутності ознак запалення в гістологічних препаратах – дитині виставляють діагноз ФД навіть при наявності поверхневих ендоскопічних змін набряку та гіперемії слизової оболонки та наявності ендоскопічних ознак порушення моторики.

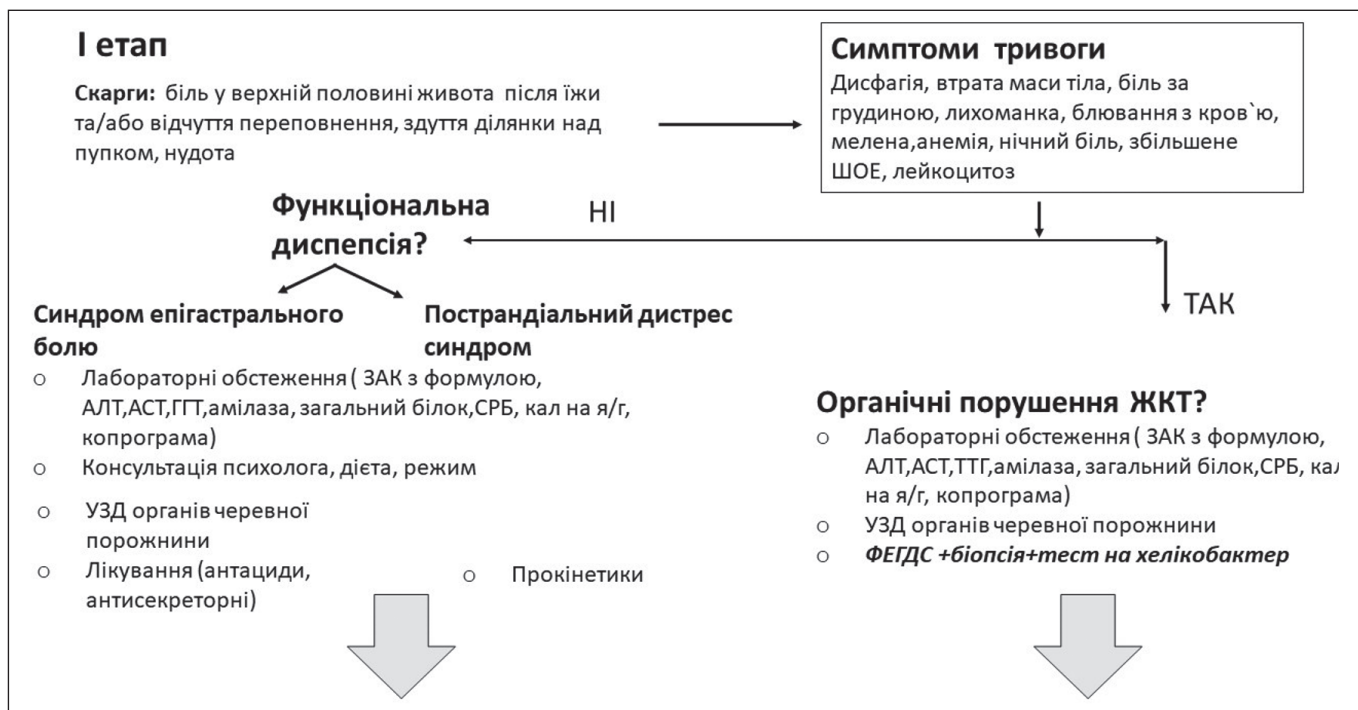


Рис. 1 Алгоритм дії педіатра та сімейного лікаря на етапі первинного звернення дитини з симптомами функціональної диспепсії

Якщо симптоми тривоги відсутні – дитині виставляють діагноз ФД (без проведення ФЕГДС, та без визначення Н. рулогі будь-яким методом) призначають додаткові лабораторні методи обстеження та УЗД ОЧП, для виключення інших причин цих симптомів. Залежно від клінічного варіанту ФД призначається лікування: ФД з СЕБ – антациди та антисекреторні препарати, ФД з ПДС – прокінетики. Дієтичні рекомендації, дотримання режиму харчування та консультація психолога рекомендовані всім дітям з проявами ФД. Лікування призначається не менше ніж на 14 днів, з подальшою оцінкою ефективності та результатів проведених обстежень.

При повторному зверненні дитини (рис. 2), якщо стан дитини покращився або нормалізувався, та відсутні зміни в призначених обстеженнях, які могли б зумовити прояви ФД, у дитини залишається діагноз – функціональна диспепсія, та лікування може бути подовжене до 3 тижнів, з рекомендацією ліквідації факторів, що провокують розвиток ФД. Якщо ефекту від лікування немає та отримані певні зміни в лабораторних обстеженнях або на УЗД – діагноз змінюється відповідно отриманим результатам та призначається відповідно лікування на 14 днів.

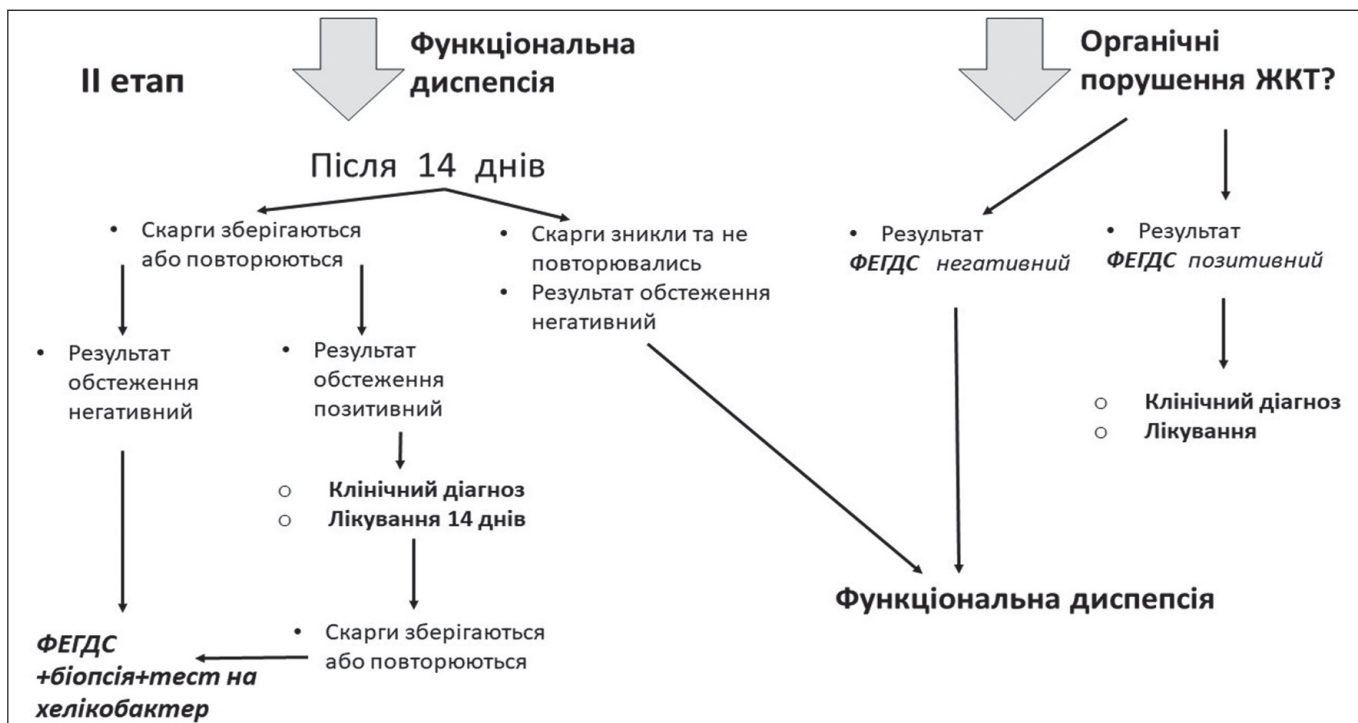


Рис. 2 Алгоритм дії педіатра та сімейного лікаря на етапі повторного звернення дитини з симптомами функціональної диспепсії після проведення обстежень

У разі відсутності ефекту від лікування, або якщо після нормалізації стану на фоні лікування скарги продовжують турбувати дитину більше 6 місяців рекомендоване проведення ФЕГДС з прицільною біопсією в 6 точках та гістологічним тестом на *H. pylori*. У разі виявлення ознак запалення у гістологічних препаратах, особливо з наявністю *H. Pylori* призначається антихелікобактерна терапія та лікування дитини залежно від морфологічної форми гастриту (атрофічний, неатрофічний, гіпертрофічний, еозинофільний і таке інше). У разі відсутності запальних змін та збереженні симптомів ФД, рекомендовано ретельніше дообстежити дитину у невролога та психіатра.

Висновки:

Виключити органічну патологію ШКТ у дітей можна лише за допомогою проведення ФЕГДС з прицільною біопсією, але призначати ФЕГДС потрібно за суворими показаннями, з урахуванням груп ризику по ускладненню і це обстеження не є обов'язковим на перших етапах встановлення діагнозу ФД. Первинна діагностика *H. Pylori* повинна проводитися гістологічним, бактеріологічним або цитологічним методом. У дітей з ФД, на відміну від дорослих, не виявляють *H. Pylori* неінвазивними методами з метою подальшого його лікування без підтвердження запального процесу у СОШ за допомогою ФЕГДС та прицільної біопсії.

Література/References

1. Pediatric Gastrointestinal Endoscopy: European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition and European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines Mike; Tringali, Andrea; Dumonceau, Jean-Marc; Tavares, Marta; Tabbers, Merit M.; Furlano, Raoul et al / Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: January 2017 - Volume 64 - Issue 1 - p 133-153.
2. Pediatric Endoscopy and High-risk Patients: A Clinical Report From the NASPGHAN Endoscopy Committee 2019 Lightdale, Jenifer R.; Liu, Quin Y.; Sahn, Benjamin; More Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 68(4):595-606, April 2019.
3. Prevalence and Clinical, Endoscopic, and Pathological Features of Duodenitis in Children Alper, Arik; Hardee, Steven; Rojas-Velasquez, Danilo; Escalera, Sandra; Morotti, Raffaella A.; Pashankar, Dinesh S. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: February 2016 - Volume 62 - Issue 2 - p 314-316.
4. Hummel TZ, ten Kate FJ, Reitsma JB, et al Additional value of upper GI tract endoscopy in the diagnostic assessment of childhood IBD. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 54:753-757. Cited Here... View Full Text /M PubMed/ Cross Ref.
5. Gladish V, Ziv-Sokolovskaya N, et al The significance of routine duodenal biopsies in pediatric patients undergoing upper intestinal endoscopy. J Clin Gastroenterol 2003 37:39-41.
6. Volonaki E, Sebire NJ, Borrelli O, et al Gastrointestinal endoscopy and mucosal biopsy in the first year of life: indications and outcome. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 55:62-65.
7. Prevalence and Clinical, Endoscopic, and Pathological Features of Duodenitis in Children Alper, Arik; Hardee, Steven; Rojas-Velasquez, Danilo; Escalera, Sandra; Morotti, Raffaella A.; Pashankar, Dinesh S. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: February 2016 - Volume 62 - Issue 2 - p 314-316.
8. Chemical Gastropathy: A Distinct Histopathologic Entity in Children Pashankar, Dinesh S.; Bishop, Warren P.; Mitros, Frank A. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: November 2002 - Volume 35 - Issue 5 - p 653-657 Original Articles: Gastroenterology.
9. Hyams JS, Davis P, Sylvester FA, et al. Dyspepsia in children and adolescents: A prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; 30:413-8.
10. Joint ESPGHAN/NASPGHAN Guidelines for the Management of Helicobacter pylori in Children and Adolescents (Update 2016) Jones, Nicola L.; Koletzko, Sibylle; Goodman, Karen; Bontems, Patrick; Cadranet, Samy; Caswall, Thomas; Czinn, Steve; Gold, Benjamin D.; Guarner, Jeannette; Elitsur, Yoram.

Відомості про автора:

Салтикова Г.В. – доцент кафедри педіатрії №4 НМУ імені О.О. Богомольця; адреса: м. Київ, вул. Л. Толстого, 10; e-mail: saltykovag.v@gmail.com

© Г.В. Салтикова, 2019