



Коморбидные состояния в педиатрической практике

Мельникова И. Ю., Шаповалов Е. Г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Россия, (Кирочная ул., д. 41, Санкт-Петербург, 195067, Россия)

Для цитирования: Мельникова И. Ю., Шаповалов Е. Г. Коморбидные состояния в педиатрической практике. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024; 226 (6): 169–175. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-226-6-169-175

✉ *Для переписки:*

Мельникова

Ирина Юрьевна

melnikovai@yandex.ru

Мельникова Ирина Юрьевна, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии и детской кардиологии

Шаповалов Евгений Геннадьевич, к. м. н., ассистент кафедры педиатрии и детской кардиологии

Резюме

Коморбидность — актуальная научно-практическая проблема современной педиатрии. Практическая значимость сочетанной патологии у детей определяется ее широкой распространенностью и универсальным влиянием на все стороны здоровья ребенка и возможности лечения. У пациентов с врожденными пороками сердца на исходы влияют многочисленные некардиальные и генетические факторы. При бронхиальной астме в детском и подростковом возрасте сопутствующие заболевания являются частой причиной неблагоприятных исходов, таких как плохой контроль над заболеванием, частые приступы, снижение качества жизни и повышение затрат в здравоохранении. Доказана устойчивая взаимозависимость между состоянием желудочно-кишечного тракта и развитием аллергических или аутоиммунных заболеваний. В статье представлено описание клинического случая поздней диагностики сопутствующей патологии у ребенка с хроническим гастритом с клиническими симптомами, диагностическими критериями и вариантами медикаментозного лечения. Понимание этиологии и патогенеза сопутствующих состояний у детей поможет выявить группы риска формирования хронических неинфекционных заболеваний и разработать план их профилактики.

Ключевые слова: коморбидность, сопутствующие заболевания, врожденные пороки сердца, бронхиальная астма, недоношенность, пищеварительный тракт, нутритивный статус дифференциальная диагностика, дети

EDN: DRTJMG



Comorbid conditions in pediatric practice

I. Yu. Melnikova, E. G. Shapovalov

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, (41, Kirochnaya Street, Saint Petersburg, 191015, Russia)

For citation: Melnikova I. Yu., Shapovalov E. G. Comorbid conditions in pediatric practice. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2024; 226 (6): 169–175. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-226-6-169-175

✉ *Corresponding*

author:

Irina Yu. Melnikova

melnikovai@yandex.ru

Irina Yu. Melnikova, MD, PhD, DSc. Professor, Head of the Department of Pediatrics and Pediatric Cardiology.

ORCID: 0000-0002-1284-5890, SPIN: 8053-1512

Evgeny Shapovalov, MD, Ph D. Assistant of Professor of the Department of Pediatrics and Pediatric Cardiology.

ORCID: 0009-0003-5562-4494, SPIN: 7176-8212

Summary

The comorbidity is an urgent scientific and practical problem of modern pediatrics. The practical significance of combined pathology in children is determined by its widespread occurrence and universal impact on all aspects of a child's health and treatment options. In patients with congenital heart defects, outcomes are influenced by numerous non-cardiac and genetic factors. In childhood and adolescent bronchial asthma, concomitant diseases are a common cause of adverse outcomes, such as poor disease control, frequent seizures, decreased quality of life and increased healthcare costs. A stable interdependence

between the state of the gastrointestinal tract and the development of allergic or autoimmune diseases has been proven. The article describes a clinical case of late diagnosis of concomitant pathology in a child with chronic gastritis with clinical symptoms, diagnostic criteria and drug treatment options. The understanding the etiology and pathogenesis of concomitant conditions in children will help identify risk groups for the formation of chronic noncommunicable diseases and develop a plan for their prevention.

Key words: comorbidity, concomitant diseases, congenital heart defects, bronchial asthma, prematurity, digestive tract, nutritional status, differential diagnosis, children

Введение

Наша современность — время постоянных вызовов, и один из них — состояние здоровья детского населения страны. Вызов, ставший настолько очевидным и тревожным, что период 2018–2027 годов объявлен в России десятилетием детства [1]. Особую тревогу у педиатров вызывают негативные тенденции здоровья детей первого года жизни. Медицинские проблемы детей, их анатомо-физиологические особенности способствует уже в раннем возрасте увеличению числа различных нозологических форм болезней, приобретающих длительное, волнообразное течение с обострениями, рецидивами и осложнениями.

Показатели заболеваемости детей грудного и раннего возраста связаны с периодом новорожденности, здоровьем матери, социально-экономической и экологической обстановкой, характером вскармливания ребенка, а также стандартизацией подходов к диспансерному обследованию и наблюдению.

Заболеваемость среди детей первого года жизни характеризуется значительным преобладанием болезней органов дыхания, а также традиционно отмечается рост гастроинтестинальной и сердечно-сосудистой патологии, возникающей уже в перинатальном периоде, и коморбидных состояний.

Коморбидность — актуальная научно-практическая проблема современной педиатрии и семейной медицины. Ее расценивают как сочетание у ребенка двух или более этиопатогенетически связанных между собой заболеваний. Коморбидность может быть детализирована по каждой медицинской специальности. В терапевтической практике давно и с успехом применяются индексы коморбидности для прогнозирования риска осложнений и летального

исхода при наличии у больного нескольких заболеваний, а на основе методов статистического анализа установлены достоверные и устойчивые сочетания различных нозологических форм [2].

В педиатрии на проблему коморбидности обратили активное внимание относительно недавно, хотя коморбидные заболевания выявляются у детей уже с момента рождения. Практическая значимость сочетанной патологии у детей определяется ее широкой распространенностью и универсальным влиянием на все стороны здоровья ребенка и возможности лечения. Современным врачам трудно достичь баланса между специализацией и владением общими медицинскими знаниями, позволяющими оптимизировать и повысить качество оказываемой пациентам помощи. Объем информации, которой должен оперировать врач, огромен и постоянно растет. Качество жизни и проблемы маленького пациента при сочетанной и изолированной патологии могут отличаться существенным образом. Наличие коморбидности в значительной степени определяет прогноз основного заболевания и увеличивает финансовые затраты на лечение больного. Дети с множественными и сочетанными проблемами с большей вероятностью потребуют стационарного лечения, в то время как маленькие пациенты, например, с острой респираторной инфекцией или неосложненной диареей могут успешно проходить лечение амбулаторно.

Цель обзора — анализ данных об актуальности и разработанности проблемы коморбидности в педиатрии, оценка влияния сопутствующей патологии на исходы часто встречающихся в педиатрической практике заболеваний.

Материал и методы

Проведен анализ публикаций в системах PubMed, EMBASE и Web of Science в период с января 1970 по май 2024 года, связанных с разработанностью проблемы коморбидности в педиатрии, исследованиями эпидемиологических, клинико-патогенетических аспектов коморбидной патологии у детей и взрослых. Также были проанализированы

варианты часто встречающихся в педиатрической практике полиморбидных состояний, клинические проявления заболевания, данные лабораторных и инструментальных исследований детей, обратившихся за медицинской помощью в Детский консультативно-диагностический центр СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Результаты

Считается, что частота сочетанной патологии у детей ниже в сравнении с последующими возрастными группами. Однако требуется проведение

систематического анализа факторов риска педиатрических полипатий, а пока наибольшее значение придается генетическим и перинатальным причинам,

Таблица 1

Структура коморбидности групп детей, рожденных с низкой и очень низкой массой тела (Давыдова О. В., Черкасов Н. С., Макухина Л. П., Сироткин Е. А., Енгибарян К. Ж., 2015)

Заболевания	Группа 1 НМТ (n = 53)	Группа 2 ОНМТ (n = 17)	£
Сердечно-сосудистая патология	33	9	42
Патология нервной системы	33	13	46
Патология мочевыделительной системы	27	10	37
Анемия	24	5	29
Бронхолегочная патология	13	7	20
Персистирующая герпесвирусная инфекция и вторичный иммунодефицит	13	6	19
Аллергия	7	5	12

неблагоприятным социальным и экологическим воздействиям, алиментарному фактору. Нужно помнить о том, что у детей имеются не только количественные различия с взрослыми — дети имеют другую структуру коморбидной патологии, отражающую отличающиеся причины и факторы риска.

Комплексное изучение состояния здоровья детей первого года жизни в различных территориальных субъектах демонстрирует отставание в нервно-психическом развитии на 1–2 эпикризных срока в 36% случаев, значительное число фоновых состояний, коморбидных заболеваний и врожденных аномалий развития у 93% детей, наличие дефицита массы тела I–II степени почти у 10% младенцев. У недоношенных новорожденных из-за гипоксии и травм во время родов обычно присутствуют неврологические нарушения, которые могут проявляться судорогами, гипотонией и трудностями при кормлении [3]. В таблице 1 приведены структура коморбидности на примере групп детей, рожденных с низкой и очень низкой массой тела.

Среднее число заболеваний, приходящихся на одного ребенка, рожденного с низкой массой тела, по разным данным составляет от $3,58 \pm 1,24$ до $4,85 \pm 0,08$ и выше).

Риск неврологических осложнений еще больше повышается у новорожденных с ВПС. Врожденные пороки сердца часто диагностируются уже в период новорожденности. Электрокардиографическое исследование включено в диагностические алгоритмы оценки состояния здоровья детей грудного и раннего возраста. При изучении состояния сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни более чем в 60% случаев можно выявить постгипоксическую кардиопатию, изменения в виде нарушения обменных и энергетических процессов в миокарде (34%) и снижения вольтажа зубцов комплекса QRS (10%). Эхокардиографическое обследование детей первого полугодия жизни свидетельствует о высокой частоте встречаемости малых аномалий развития сердца, в частности, дополнительных трабекул в полости левого желудочка [6].

У пациентов с врожденными пороками сердца на исходы влияют многочисленные некардиальные и генетические факторы. К ним могут относиться такие проблемы новорожденных, как недоношенность и низкий вес при рождении, а также врожденные аномалии дыхательных путей, легких, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы. Например, вес новорожденного на момент кардиохирургического вмешательства является важным предиктором заболеваемости и смертности. В различных исследованиях оценивалась корреляция между весом и послеоперационной заболеваемостью и смертностью для определения целевого

веса для проведения хирургического вмешательства. Хотя многие исследования выявили более высокую смертность у пациентов с низкой массой тела при рождении (<2,5 кг), было обнаружено, что отсрочка операции для достижения адекватного веса может оказывать более пагубное воздействие на гемодинамику сердца по сравнению с пользой. Таким образом, оперативное вмешательство может быть выполнено на ранней стадии даже у пациентов с весом < 2,5 кг. Однако, прежде чем приступать к операции, следует оценить коморбидные состояния, которые могут повлиять на прогноз. Они могут включать недоношенность, инфекции, врожденные аномалии и генетические отклонения [10].

На общем состоянии ребенка может отражаться даже небольшой дефицит питательных веществ: замедляются процессы роста, снижаются темпы нарастания массы тела, что приводит к гипотрофии, нарушается нервно-психическое развитие, страдают процессы кроветворения, развивается анемия, снижается иммунологическая активность, в результате возникают частые заболевания, нередко принимающие затяжное течение. Ряд факторов связаны с недостаточным питанием и врожденными пороками сердца. Из-за сердечной недостаточности, нарушения координации сосания и глотания, структурных или функциональных неврологических аномалий может быть затруднено кормление. Если скорость роста не оптимальна, может потребоваться повышение калорийности сцеженного грудного молока или детских смесей, включая обучение родителей правильному приготовлению молочных смесей. У пациентов с ВПС могут развиваться желудочно-кишечные осложнения, такие как гастроэзофагеальный рефлюкс, аспирация, осмотическая диарея, запор и, в ряде случаев, некротизирующий энтероколит.

У детей грудного возраста с заболеваниями дыхательных путей, патологией желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях и во время госпитализации более чем в 1/3 случаев может встречаться и оказывать влияние на клинические исходы дефицит массы тела. При длительном дефиците питания, происходят изменения обмена веществ, направленные на максимальное сохранение энергии и у ребенка формируется так называемый экономный фенотип, в основе которого лежит снижение активности ферментов многих органов (печени, поджелудочной железы, кишечника). Поэтому у детей с коморбидными заболеваниями существует настоятельная необходимость раннего выявления изменений нутритивного статуса и проведения мероприятий по диетической поддержке для обеспечения оптимального развития ребенка и предотвращения дальнейших осложнений. В таких ситуациях

привлечение диетолога или специалиста по питанию к стационарному и амбулаторному уходу за новорожденными с пороками сердца может быть полезным, особенно у пациентов, нуждающихся в изменении режима кормления [4].

Результаты исследования детей грудного возраста с поражениями нижних отделов респираторных путей демонстрируют достоверно меньшую прибавку массы тела у больных с пневмонией, бронхитом и бронхиолитом. Взаимосвязь между недоеданием, подавлением иммунитета и инфекцией осложняется серьезным воздействием ряда инфекций на нутритивный статус маленького пациента. Стимуляция иммунного ответа инфекцией увеличивает потребность в энергии и субстратах, что приводит к синергетическому порочному кругу неблагоприятного пищевого статуса и повышенной восприимчивости к инфекции. Сочетания болезней, их взаимосвязь с возрастом и нутритивным статусом ребенка способны значительно изменять классическую клиническую картину и течение основной нозологии, влияя на степень тяжести заболевания и формирование его осложнений.

Недостаточное питание не всегда легко выявить потому, что сложно отделить воздействие недостаточного питания от влияния ранее имевшегося заболевания по отношению к маркерам недостаточного питания (например, гипоальбуминемия — маркер как недостаточного питания, так и тяжелого воспаления). Также трудно прогнозировать на этой основе исход состояния. Недостаточное питание — это непрерывный процесс, который начинается с того, что потребление питательных веществ неадекватно физиологическим потребностям организма, вследствие чего возникают метаболические и функциональные изменения, а затем и изменение состава тела.

Одной из наиболее важных стратегий является организация нутритивной поддержки, особенно у детей грудного возраста. Нутритивная коррекция должна быть дифференцированной, в зависимости от вида вскармливания. Здоровье детей первого года жизни во многом зависит от вида вскармливания. Приоритетной в настоящее время является методика свободного грудного вскармливания. Дети, получавшие грудное молоко, имели более высокие показатели физического и нервно-психического развития, более низкую частоту развития острых респираторных заболеваний и атопического дерматита. Характер вскармливания детей на первом году жизни во многом зависит от ответственного отношения педиатра и семейного врача к данному разделу профилактической работы. При целенаправленной профилактической деятельности врача первичного звена отмечается рост грудного вскармливания, снижение заболеваемости детей первого года жизни (болезней пищеварения — на 40%, рахита — на 50%, заболеваний крови — на 40%, кожи — на 35%, органов дыхания на 9%) [4].

Бронхиальная астма остается наиболее распространенным хроническим респираторным заболеванием детского возраста, поражающим около 10–20% детей и подростков во всем мире. При бронхиальной астме в детском и подростковом возрасте сопутствующие заболевания являются частой причиной неблагоприятных исходов, таких как плохой

контроль над заболеванием, частые приступы, снижение качества жизни и повышение затрат в здравоохранении [5]. Респираторные сопутствующие заболевания в детском возрасте имеют специфические особенности. Хотя полиморбидность часто встречается у детей с большим астматическим стажем, сопутствующие заболевания могут быть причиной ошибок в диагностике и лечении. Терапия коморбидных состояний должна быть комплексной и междисциплинарной, учитывающей возрастные особенности. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы лучше понять взаимосвязь между астмой и респираторными коморбидными заболеваниями, а также корреляцию между длительными респираторными сопутствующими заболеваниями и ухудшением функции легких.

Коморбидные заболевания при бронхиальной астме часто поддаются лечению, способному положительно влиять на исходы при трудноизлечимой астме. Дальнейшие исследования, посвященные бронхиальной астме детского возраста, могут прояснить взаимную взаимосвязь между сопутствующими респираторными заболеваниями, что в конечном итоге приведет к разработке комплексной, эффективной терапии.

Сопутствующие заболевания при астме традиционно классифицируются как респираторные и внереспираторные заболевания, которые могут быть как аллергическими, так и неаллергическими. Кроме того, респираторные сопутствующие заболевания могут быть дополнительно классифицированы в зависимости от их поражения верхних или средне-нижних дыхательных путей. Респираторные и экстрареспираторные сопутствующие заболевания часто сосуществуют у пациентов с астмой, что еще больше усложняет диагностику и лечение. Хорошо известна связь между аллергическим ринитом и бронхиальной астмой у детей.

Теория, названная «объединенным заболеванием дыхательных путей» достоверно демонстрирует то, что аллергические и неаллергические поражения верхних дыхательных путей могут влиять на нижние дыхательные пути и наоборот. Становится все более очевидной провоспалительная роль дисфункции регуляторных Т-клеток и врожденных лимфоидных клеток 2-го типа (ILC2) как при астме, так и при аллергическом рините [8].

Как сопутствующая патология, аллергический ринит приводит к ухудшению контроля над астмой и качества жизни, частым приступам астмы, ускоренному снижению функции легких, ухудшению ночных симптомов и увеличению количества дней, пропущенных в школе [5]. На протяжении многих лет были получены данные, свидетельствующие о том, что лечение ринита улучшает исходы астмы. Терапия первой линии включает избегание контактов с аллергенами, промывание носа физиологическим раствором и топические или системные H₁-антигистаминные препараты, которые могут сочетаться с интраназальными кортикостероидами. Антилейкотриены можно рассматривать в качестве дополнительной терапии в любое время, когда обычные препараты неэффективны или плохо переносятся, имея преимущество в одновременном лечении как верхних, так и нижних дыхательных путей.

Второе место в структуре соматической патологии у детей и подростков занимают заболевания желудочно-кишечного тракта. Количество случаев коморбидной патологии также имеет тенденцию к увеличению [7]. Наибольшие шансы на сочетание патологических состояний с развитием коморбидной патологии имеют заболевания гастродуоденальной зоны и нервной системы, кишечника и аутоиммунный тиреоидит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и нарушения пищевого поведения. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) могут быть связаны с различными расстройствами, включая дерматологические, ревматологические или психиатрические состояния. Однако мало что известно о частоте этих сопутствующих заболеваний при ВЗК в детском возрасте на популяционном уровне. В популяционной когорте с ВЗК у детей наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были инфекционные, дерматологические и легочные [9].

В последние десятилетия увеличилось число детей с хроническими заболеваниями, характеризующимися системными поражениями и частым вовлечением органов пищеварительного тракта, что усложняет диагностику и выбор терапевтической стратегии [7]. Объяснение этому можно найти, учитывая общие патогенетические звенья коморбидности, связанные с пищеварительным трактом, включающие:

- наличие повышенной проницаемости слизистой оболочки;
- субклиническое воспаление слизистой оболочки;
- висцеральная гиперчувствительность;
- нарушение моторики;
- изменение функции иммунной систем (дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов);
- нарушение качественного и количественного состава микробиоты ЖКТ, сходные психологические нарушения.

Доказана устойчивая взаимосвязь между состоянием желудочно-кишечного тракта и развитием аллергических или аутоиммунных заболеваний. Антитела, вырабатываемые в ответ на появление антигенов в условиях повышенной кишечной проницаемости, могут попадать в различные ткани и органы, вызывая развитие хронического воспаления [9].

Если рассмотреть наиболее распространенные коморбидности заболеваний пищеварительной системы, то можно отметить варианты внутрисистемной и мультисистемной коморбидности.

Примеры внутрисистемной (со стороны ЖКТ) коморбидности представлены в таблице 2.

Учитывая сопутствующую патологию, врачи часто назначают несколько препаратов (полипрагмазия), что может привести к побочным эффектам. В качестве варианта мультисистемной коморбидности позвольте предложить следующий клинический случай.

Мальчик 12 лет. При обращении предъявляет жалобы на редкие, умеренной интенсивности боли в мезогастральной области; тупые, длительностью до 1 часа, возникающие после еды и купирующиеся самостоятельно. Выражены диспепсические явления: тошнота, рвота, отрыжка воздухом, горечь во рту, метеоризм. Стул кашицеобразный, 3–4 раза в сутки. Отмечает также слабость, утомляемость, сонливость, плохую успеваемость, снижение аппетита.

Наследственность: у матери — целиакия, хронический гастрит НР позитивный, аутоиммунный тиреоидит, витилиго, у бабушки по материнской линии — сахарный диабет 2 типа, аутоиммунный тиреоидит, витилиго, у старшего брата — целиакия, хронический гастрит НР позитивный.

Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 и 2 половины, анемии, 2 срочных родов. Вес при рождении — 3125 г, длина тела — 50 см. Закричал сразу, к груди приложен в первые сутки. Сосал вяло, применяли режим свободного вскармливания.

В анамнезе обращает внимание, что с первого месяца жизни у ребенка отмечались запоры до 7 дней; во втором полугодии, после введения прикорма чаще отмечался кашицеобразный стул без примесей, пенистый стул. В 3 месяца лечился с диагнозом: перинатальная энцефалопатия, синдром гипервозбудимости, гипертензионный синдром, задержка психомоторного развития. В 4 месяца — инфекция мочевыводящих путей. В 1 год дефицит массы тела составлял 16%. С 7 лет отмечалась задержка роста. Боли в животе и диспепсические явления появились с 6–7 лет. Ребенок был обследован амбулаторно, обнаружены антиглиадиновые антитела IgA — 24 Е/мл, IgG — 47 Е/мл. Был выставлен диагноз: «Целиакия. Реактивный панкреатит, вторичная лактазная недостаточность. БЭН 2 ст.». С 9 лет соблюдает строгую аглиадиновую диету. На фоне диеты за первый год вырос на 13 см, улучшилось состояние кожи и слизистых (исчезли заеды и сыпь). Однако гастроэнтерологические жалобы сохраняются, аппетит снижен, в весе в последние полтора года не прибавил. Часто болеет простудными заболеваниями. Наблюдается пульмонологом с диагнозом: «респираторный аллергоз (аллергический ринит), поливалентная сенсибилизация».

Таблица 2
Примеры вариантов внутрисистемной коморбидности со стороны ЖКТ

Вариант коморбидности	Пример
Коморбидность функциональных и органических заболеваний ЖКТ	функциональная диспепсия + эрозивно-язвенный вариант гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
Коморбидность функциональных расстройств ЖКТ	функциональная диспепсия + синдром раздраженного кишечника
Коморбидность функциональных расстройств ЖКТ	Функциональная диспепсия + билиарная дисфункция
Коморбидность функциональных расстройств ЖКТ	билиарная дисфункция + синдром раздраженного кишечника
Коморбидность функциональных расстройств ЖКТ	функциональная диспепсия + билиарная дисфункция + синдром раздраженного кишечника
Коморбидность органических заболеваний ЖКТ	желчекаменная болезнь + хронический панкреатит

Объективный осмотр. Мальчик 12 лет правильного телосложения, пониженного питания. Рост — 146 см, вес — 32 кг. Физическое развитие дисгармоничное, дефицит массы — 14%. Половое созревание — 1 стадия по Tolper. Кожа сухая, бледная, на спине депигментированные пятна (витилиго). Подкожно-жировой слой равномерно истончен. Тurgор тканей снижен. Мышечная система без патологии. Вялая осанка. Пальпация щитовидной железы безболезненна, размеры ее не увеличены. Пульс 68 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в пилорoduоденальной области и по ходу кишечника. Пузырные симптомы отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы — без патологии. Стул кашицеобразный, без патологических примесей.

Проведенное в возрасте 11 лет гастроэнтерологическое обследование, в том числе фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и биопсия антрального отдела, фундального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки, подтвердившая развитие пангастрита (антрального и фундального отдела) *Helicobacter Pylori* позитивный с выраженной нейтрофильной и умеренной лимфоцитарной инфильтрацией, умеренно выраженным фиброзом стромы собственной пластинки слизистой оболочки желудка без атрофии желез кишечной метаплазии. Биоптат дуоденальной слизистой — дуоденит умеренной степени активности. Был проведен курс тройной стандартной эрадикационной терапии, включавшей ИПП+кларитромицин+амоксциллин (7 дней), а также Аципол 30 дней, Кипферон 10 дней с контролем эффективности через 2 месяца. Несмотря на проведенную терапию, периодически возникали жалобы на умеренной интенсивности боли в мезогастральной области; тупые, длительностью до 1 часа, метеоризм. В связи с сохраняющимися симптомами в 11,5 лет проведено повторное гастроэнтерологическое обследование, включавшее проведение ФГДС с биопсией 12-перстной кишки, а также антрального и фундального отделов желудка отдела и гистологическим исследованием биоптатов, гастроимпедансметрию, по результатам которых был сформулирован диагноз: «Хронический фундальный гастрит, НР негативный с умеренно выраженным фиброзом стромы собственной пластинки слизистой оболочки желудка без атрофии желез кишечной метаплазии». Результаты лабораторного обследования: Биохимический анализ крови: общ. билирубин — 12 мкмоль/л, глюкоза — 4,7 ммоль/л. Мочевина — 5,3 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, В-липопротеиды — 25 ммоль/л, амилаза — 20 ед., Са — 2,4 ммоль/л, Р — 1,42 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 852 ед./л. Проба на толерантность

к глюкозе — нормальная. Антитела к Н+К+/АТФ-азе париетальных клеток — 40 УЕ/мл. Антитела к тиреоглобулину — 201 МЕ/мл, антитела к микросомальной фракции — 0. Гормоны щитовидной железы: Т3–2,1 нмоль/л, Т4–96 нмоль/л, ТТГ — 2,08 мкМЕ/мл. УЗИ щитовидной железы: ткань ЩЖ среднезернистой структуры, однородна. Эхогенность не изменена. Размеры: перешеек — 0,2 см, правая доля — 1,2 см × 0,9 см × 3,2 см, левая доля — 1,2 см × 0,9 см × 3,6 см. Объем железы — 3,51 см³. При повторном обследовании после проведенной терапии — размеры щитовидной железы: Перешеек 0,5; правая доля 1,4 см × 1,4 см × 3,2 см; левая доля 1,0 см × 1,5 см × 3,2 см; Объем железы 5,4 см³. Ткань ЩЖ среднезернистой структуры, эхогенность в норме, Т3–2,5 нмоль/л, Т4–112 нмоль/л, ТТГ — 2,21 мкМЕ/мл. Антитела к тиреоглобулину — 1000МЕ/мл.

Диагноз аутоиммунного тиреоидита поставлен на основании изменения структуры щитовидной железы при УЗИ, увеличения титра антител к тиреоглобулину и наследственной предрасположенности (аутоиммунный тиреоидит в двух поколениях).

Диагноз аутоиммунного хронического гастрита — на основании морфологических данных (фундальный гастрит НР негативный) и повышении уровня антител Н+К+/АТФ-азе париетальных клеток.

Наличие сопутствующих целиакии и витилиго свидетельствуют о наличии у ребенка системного аутоиммунного заболевания с поражением кожи, желудка, 12-перстной кишки, щитовидной железы, в генезе которого ведущую роль играют наследственные факторы

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дополнительного обследования детей с патологией желудочно-кишечного тракта с целью ранней диагностики сопутствующих заболеваний и оказания необходимой комплексной помощи.

Нутритивный статус у детей является важным модифицируемым фактором, влияющим на течение и исходы как соматических заболеваний, так и острых респираторных инфекций. Важно не только состояние физического развития ребенка до начала заболевания, но и его изменение в ходе болезни. Не только дефицит, но и избыток массы тела определяет течение заболевания и иммунологическую реактивность организма, а также активность долгосрочного иммунного ответа [4]. Одним из механизмов диарейного синдрома у ребенка грудного возраста является нарушение нормальной микробиоты кишечника. Также изменению микробного пейзажа кишечника косвенно способствуют любые погрешности в питании: голодание, переход на новый пищевой рацион, введение прикорма, назначение парентерального питания. Микробиота кишечника выполняет ряд важнейших функций: метаболическую, защитную, иммуногенную. При изменении ее состава может меняться и спектр микробных метаболитов, что необходимо учитывать при проведении комплексной терапии.

Заключение

Влияние коморбидной патологии предъявляет серьезные требования по организации систематизированного подхода к диагностике, лечению,

профилактике и реабилитации заболеваний детского возраста. Поэтому актуальной задачей должен стать скрининг распространенных сопутствующих

заболеваний и поиск оптимальных стратегий профилактики дисбиотических нарушений, персистирующих и антибиотик-ассоциированных диарей при респираторной патологии у детей с избыточным или недостаточным питанием.

Понимая этиологию и патогенез сопутствующих состояний у детей, следует выявлять группы риска формирования хронических неинфекционных заболеваний и разрабатывать план их профилактики.

Врач, знающий семью, оказывающий медицинскую помощь всем ее членам, имеет возможности для раннего проведения превентивных мероприятий, направленных на устранение факторов риска, характерных именно для этой семьи, а, следовательно, наиболее значимых для этого ребенка. Так, например, при наличии у родителей или близких родственников бронхиальной астмы, артериальной гипертензии или сахарного диабета

профилактические мероприятия, начатые в раннем возрасте или даже до появления ребенка на свет, позволяют предотвратить или, по крайней мере, замедлить развитие этих заболеваний у ребенка.

Знание врачом социально-бытовых и психологических особенностей семьи позволяет проводить лечебно-профилактическую работу с учетом специфики семьи, семейных отношений, социальных и материально-бытовых условий. В связи с этим особую актуальность приобретают научное обоснование, разработка и внедрение новых подходов к организации и проведению работы по охране здоровья детей всех возрастов, в том числе детей первого года жизни, совершенствованию системы их медицинского обеспечения на этапе оказания первичной медицинской помощи с применением стандартов, современных информационных технологий.

Литература | References

- Decree of the President of the Russian Federation of 29.05.2017 No. 240 On the announcement of the Decade of Childhood in the Russian Federation. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954>
Указ Президента Российской Федерации от 29.05.2017 г. № 240 Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства. <http://www.kremlin.ru/acts/bank/41954>
- Comorbid pathology in clinical practice. Clinical guidelines, Moscow, 2017, 56 p. (In Russ.)
Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации, 2017. — Москва. — 56 с.
- Davydova O.V., Cherkasov N.S. et al. Comorbid pathology in infants born with low and very low birth weight. *Astrakhan Medical Journal*. 2015. v.10, no. 3, pp. 50–56. (In Russ.)
Давыдова О. В., Черкасов Н. С., Макухина Л. П., Сироткин Е. А., Енгибарян К. Ж. Коморбидная патология детей раннего возраста, рожденных с низкой и очень низкой массой тела. Астраханский медицинский журнал. 2015 Т. 10. № 3. С. 50–56.
- Clinical Dietetics for Children: A Guide for Physicians / Edited by Prof. T.E. Borovik, Prof. K.S. Ladodo. — 2nd ed., revised and enlarged. Moscow: ООО "Izdatelstvo "Medical Information Agency", 2015. 720 p.
Клиническая диетология детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. проф. Т. Э. Боровик, проф. К. С. Ладодо. — 2-е изд., перераб. и доп. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. 720 с.
- Mel'nikova I.Yu., Buryak V.N., Kimbiletova T.A., Platonova N.B. Peculiarities of external respiration in adolescents with a long history of allergic bronchial asthma. *Preventive and clinical medicine*. 2024;1 (90):4–13. (in Russ.) doi: 10.47843/2074-9120_2024_1_4.
Мельникова И. Ю., Буряк В. Н., Кимбилетова Т. А. Особенности внешнего дыхания у подростков с большим стажем аллергической бронхиальной астмы. Профилактическая и клиническая медицина. 2024;1 (90):4–13. doi: 10.47843/2074-9120_2024_1_4.
- Morozov A. A., Movsesyan R. R., Afonina Y. G., Vasichkina E. S. Analysis of preoperative and postoperative electrocardiogram in children with total anomalous pulmonary venous connection. *Russian Journal for Personalized Medicine*. 2023;3(2):23–30. (In Russ.) doi: 10.18705/2782-3806-2023-3-2-23-30.
Морозов А. А., Мовсесян Р. Р., Афонина Я. Г., Васичкина Е. С. Анализ электрокардиограммы у детей с тотальным аномальным дренажом легочных вен до и после оперативного лечения порока. Российский журнал персонализированной медицины. 2023;3(2):23–30. doi: 10.18705/2782-3806-2023-3-2-23-30.
- Kharitonova L. A., Grigoriev K. I., Osmanov I. M. et al. Digestive comorbidity in pediatrics. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2021;1(1):166–175. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-166-175.
Харитонов Л. А., Григорьев К. И., Османов И. М. и др. Дигестивная коморбидность в педиатрии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;1(1):166–175. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-185-1-166-175.
- Amelia Licari, Beatrice Andrenaccia, Maria Elisa Di Cicco et al. Respiratory comorbidities in severe asthma: focus on the pediatric age. *Expert review of respiratory medicine*. 2023;17(1):1–13. doi: 10.1080/17476348.2023.2168261.
- Angharad Vernon-Roberts, India Alexander, Andrew S. Day. Systematic Review of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders (Rome IV Criteria). *J Clin Med*. 2021 Nov; 10(21): 5087.
- Devyani Chowdhury, Rune Toms, Jane E. Brumbaugh et al. Evaluation and Management of Noncardiac Comorbidities in Children With Congenital Heart Disease. *Pediatrics*. 2022; 150 (Supplement 2): e2022056415E. doi: 10.1542/peds.2022-056415E.