

Детская гастроэнтерология: формирование, развитие, перспективы изучения

А.М. Запруднов

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Pediatric gastroenterology: Formation, development, prospects for studies

А.М. Zaprudnov

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow

Затрагиваются актуальные проблемы современной детской гастроэнтерологии. Рассматриваются истоки формирования детской гастроэнтерологии как одного из актуальных направлений педиатрии. Развитию этого направления способствовали лабораторные, морфологические, инструментальные методы исследования. Применение их у детей, в том числе младшего возраста, обусловило совершенствование ранней диагностики заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечника, поджелудочной железы и гепатобилиарной системы. Существенным образом улучшилось лечение заболеваний органов пищеварения в детском возрасте.

Ключевые слова: дети, детская гастроэнтерология, диагностика заболеваний органов пищеварения, лечение.

The paper touches upon the urgent problems of modern pediatric gastroenterology. It considers the origins of pediatric gastroenterology as one of the relevant areas in pediatrics. The development of this area is favored by laboratory, morphological, and instrumental studies. Their use in children, including young ones, has improved the early diagnosis of diseases of the esophagus, stomach, duodenum, intestine, pancreas, and hepatobiliary system. The treatment of childhood digestive diseases has improved substantially.

Key words: children, pediatric gastroenterology, diagnosis of digestive diseases, treatment.

Детская гастроэнтерология является одним из актуальных направлений современной педиатрии. Формирование этой специальности происходило в последнюю четверть XX века и в настоящее время имеет как интенсивный, так и экстенсивный характер. Обособление гастроэнтерологии в педиатрии было неслучайным. Благодаря достижениям медицинской науки и практики появились принципиально новые методы диагностики. Речь в первую очередь идет о методах медицинской интроскопии: эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, ультразвуковом исследовании, колонофиброскопии (КФС), компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, гепатобилисцинтиграфии. Основанные на идеях Н.И. Пирогова, они не только улучшили диагностику болезней органов пищеварения у детей, но также и существенным образом изменили структуру гастроэнтерологических заболеваний у детей, в том числе раннего (до 3 лет) и младенческого (до 1 года) возраста.

Одновременно при лечении многих заболеваний возникла «заинтересованность» кардиологов, пульмонологов, нефрологов, аллергологов, невропатологов и других специалистов в отношении морфофункционального состояния органов пищеварения. При дли-

тельном приеме лекарственных средств, часто обладающих выраженными фармакологическими эффектами, развиваются различные нежелательные побочные реакции со стороны:

- желудка и двенадцатиперстной кишки — НПВС-гастропатии;
- гепатобилиарной системы — синдром холестаза и цитолиза, гепатит, хронические болезни печени и др.;
- поджелудочной железы — хронический панкреатит;
- кишечника — синдром малабсорбции и мальдигестии, кровотечения.

Это обусловило необходимость разработки рациональных методов фармакотерапии с учетом преморбидного фона ребенка, его возраста, особенностей развития, в том числе детоксикационных систем организма, направленных на метаболизацию продуктов распада лекарственных средств, исходя из индивидуальной переносимости препаратов, их взаимодействия с другими средствами. Экстраполировать результаты исследований, полученных у взрослых, оказалось практически невозможным из-за анатомо-физиологических особенностей ребенка, темпов его развития, становления всех органов и систем, в первую очередь центральной нервной системы.

Эти и другие факторы обусловили формирование и обособление специальности детская гастроэнтерология. У истоков этого научно-практического направления в начале 70-х годов XX века стояли член-корр. РАМН, проф. А.В. Мазурин, проф. Н.Г. Зернов (Москва), проф. Б.Г. Апостолов (Санкт-Петербург). Являясь высококвалифицированными преподава-

© А.М. Запруднов, 2016

Ros Vestn Perinatol Pediat 2016; 1:7–14

Адрес для корреспонденции: Запруднов Анатолий Михайлович — д.м.н., проф. кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

117997 Москва, ул. Островитянова, д.1

телями и методистами, они, опираясь на опыт своих учителей и предшественников, сумели обосновать и определить принципиальные в научно-практическом отношении направления детской гастроэнтерологии. Возглавляемые ими кафедральные коллективы по существу стали первооткрывателями и исследователями актуальных проблем эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клинических особенностей, диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения в детском возрасте.

В дальнейшем изучение гастроэнтерологических заболеваний у детей началось в г. Горьком (Н. Новгород), Казани, Киеве, Минске, Самаре, Саратове, Новосибирске, Свердловске, Твери и других регионах страны. Благодаря разработанным Горьковским НИИ под руководством А.А. Баранова (ныне академик РАН) организационно-методическим подходам, многие актуальные аспекты детской гастроэнтерологии, особенно эпидемиология, стали анализироваться и изучаться на основе унифицированных программно-целевых исследований. Появилась возможность учитывать показатели, в частности, распространенность и особенность течения заболеваний органов пищеварения, объем диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от экологической обстановки, климатогеографических зон и др. Возникла настоятельная необходимость разработки принципов клинической фармакологии и фармакотерапии, внедрение их на всех этапах лечения, особенно на уровне первичного звена здравоохранения.

Параллельно в детскую гастроэнтерологию, наряду с методами медицинской интроскопии (в том числе лучевой диагностики), внедрялись современные биохимические, микробиологические, вирусологические, морфологические методы исследования. Особое внимание было уделено иммунологическим и генетическим исследованиям, которые решали научные и практические задачи и оказались востребованными в практическом здравоохранении. Заслуга в этом принадлежит академику РАМН, проф. Ю.Е. Вельтишеву. Многие аспекты иммунологии и клинической генетики стали учитываться при изучении этиологии и патогенеза болезней органов пищеварения, что могло служить своего рода триггером к поиску новых терапевтических подходов.

В номенклатуре гастроэнтерологических заболеваний у детей появились «новые» болезни, в том числе свойственные взрослым:

- пищевода — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта;
- желудка и двенадцатиперстной кишки — гастродуоденит, язвенная болезнь, полипы;
- кишечника — еюнит, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит;
- билиарного тракта — желчнокаменная болезнь, аномалии развития желчного пузыря, отключен-

ный желчный пузырь, полипоз и холестероз желчного пузыря;

- поджелудочной железы — острый и хронический панкреатит.

Небезынтересно, что у детей, как и у взрослых, имеет место сочетание нескольких болезней органов пищеварения. Например, при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, как правило, выявляется поражение дистальных отделов кишечника (колит). Заболевания билиарного тракта, особенно в сочетании с аномалиями его развития, часто сопровождаются морфофункциональными изменениями поджелудочной железы, трактуемыми как диспанкреатизм, реактивный панкреатит. Такого рода синтропия обуславливает проблему первичности и вторичности поражения органов пищеварения. С другой стороны, наличие одновременно нескольких заболеваний следует рассматривать с позиций единства системы, какой является желудочно-кишечный тракт.

Установлен ряд особенностей гастроэнтерологических заболеваний у детей:

- частый аллергический фон;
- высокий уровень нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств;
- полиморбидность или синтропия поражения органов пищеварения;
- высокий риск инвалидизации детей.

Тот факт, что гастроэнтерологическая патология у детей имеет важное медико-социальное значение, в настоящее время не вызывает сомнений. Гастроэнтерологи взрослой практики как аксиому воспринимают положения, что истоки либо формирование многих заболеваний имеют место в детском возрасте. Ранняя манифестация язвенной болезни, глютеновой энтеропатии (целиакия), болезни Крона и др. существенно образом снижают качество жизни больных детей. Возникают проблемы обучения, занятий спортом, выбора профессии, контактов со сверстниками и т.п. Следует учитывать высокую стоимость лечебно-профилактических мероприятий с использованием новых генераций лекарственных средств. К тому же нередко необходимы консультации и наблюдение специалистов, медицинских работников с использованием принципиально новых методов диагностики. Все это обуславливает проблемы в детской гастроэнтерологии как прикладного, так и научного характера.

Уже на ранних стадиях изучения и становления детской гастроэнтерологии стали очевидными различия клинических проявлений и течения болезней органов пищеварения у детей по сравнению со взрослыми. Симптоматика многих, едва ли не большинства, гастроэнтерологических заболеваний в детском возрасте характеризуется большой вариабельностью, в значительной степени отличаясь от клинических проявлений у взрослых. Это касается болевого абдоминального синдрома, а также желудочной и кишечной диспепсии. Боли в животе как при остром, так и при хроническом

течении болезни у детей имеют унифицированный характер. Становилось невозможным определить так называемые точечные болевые симптомы. В наименьшей мере трудна клиническая интерпретация желудочной (рвота, отрыжка, тошнота, изжога) и кишечной (диарея, запор, метеоризм) диспепсии. Эти клинические проявления у детей настолько многообразны, что, не укладываясь в строгие пропедевтические каноны, предполагают широкий диапазон диагностических значений при непосредственном обследовании больного ребенка. Именно сопоставления клинических проявлений заболеваний в сочетании с результатами новых диагностических подходов, в первую очередь методов медицинской интроскопии, логично обусловили развитие детской гастроэнтерологии как оригинальной дисциплины в педиатрии.

Первые научно-практические достижения в детской гастроэнтерологии привели к необходимости пересмотра прежних представлений о характере болезней органов пищеварения у детей, разработке принципиально новых диагностических и лечебных мероприятий. В практической деятельности педиатров появились нозологические формы, ранее не привлекавшие должного внимания.

Длительное время **пищевод** рассматривался как клинически малозначимый орган. Однако эзофагогастроуденоскопия (ЭФГДС), выявившая различные морфофункциональные изменения пищевода у детей с гастродуоденитом, язвенной болезнью, другими болезнями органов пищеварения, изменила существовавшие воззрения на роль и значение этого органа в деятельности желудочно-кишечного тракта.

Определяемый при ЭФГДС гастроэзофагеальный рефлюкс, длительное время рассматриваемый как физиологическое явление, стал считаться даже при отсутствии клинической симптоматики (изжога) предшественником развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Особое внимание привлекло то, что у таких детей в младенчестве и раннем возрасте довольно частот имелись срыгивания, привычная рвота, аэрофагия. Исходом у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью были респираторные, гастроэнтерологические, стоматологические, кардиологические осложнения. Наиболее важным в прогностическом отношении являлось развитие пищевода Барретта.

Считавшийся прерогативой взрослых, пищевод Барретта стал определяться у детей пубертатного периода (11–13 лет), когда вместо многослойного плоского эпителия выявлялась его метаплазия по интестинальному типу. Подобного рода метаплазия является базисом для возникновения аденокарциномы пищевода у взрослых. Заслуживают внимания факторы риска гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищевода Барретта. Помимо кислотного рефлюксанта значение придается воздействию лекарственных средств, других химических агентов, недифференцированной дисплазии соединительной ткани,

избыточной массы тела и особенно ожирению. Тенденция к увеличению в популяции частоты ожирения приобретает особое медико-социальное значение, поскольку повышенная вероятность развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, сахарного диабета, артериальной гипертензии, наконец, метаболического синдрома представляет чрезвычайно важную проблему современного социума.

Научно-практический интерес к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, исходам заболевания не снижается. Требуются усилия педиатров, детских хирургов, других специалистов в разработке клинко-диагностических подходов в зависимости от возраста детей и выработке лечебно-профилактических мероприятий. В отношении пищевода Барретта перспективны трансэндоскопические методы лечения: эндоскопическая электрокоагуляция, криотерапия, лазерная и ультразвуковая деструкция, аргон-плазменная коагуляция и др.

Занимая в структуре органов пищеварения первое место, **болезни желудка и двенадцатиперстной кишки** у детей не случайно привлекли пристальное внимание педиатров и других специалистов. Исключительное, едва ли не «революционизирующее» значение имела эндоскопия (ЭФГДС), позволившая диагностировать на ранних этапах заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей практически всех возрастов. Стартуя в детском возрасте, эти заболевания нередко приобретают прогрессирующее течение, а их осложнения приводят к ранней инвалидизации детей и подростков. Примером служит язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. До середины 90-х годов прошлого века, т.е. до внедрения современных антисекреторных препаратов и схем эрадикационной терапии, у каждого десятого ребенка, главным образом мужского пола, язвенная болезнь осложнялась кровотечением. Внезапно развившееся кровотечение представляет угрозу для жизни ребенка, поскольку кровопотеря, даже умеренная по объему, существенным образом отражается на состоянии жизненно важных органов и систем, может за короткое время привести к геморрагическому шоку и даже диссеминированному внутрисосудистому свертыванию крови.

Сама по себе проблема желудочно-кишечных кровотечений оказалась практически новой в педиатрии, так как ранее она рассматривалась детскими хирургами либо гематологами с осуществлением экстренных мероприятий. Но периодичность возникновения кровотечений закономерно обусловила тщательное клинко-инструментальное обследование детей, когда окончательный вердикт в установлении источника и причины желудочно-кишечного кровотечения принадлежал детским гастроэнтерологам. Источники кровотечений, помимо желудка и двенадцатиперстной кишки, также определялись в пищеводе, тонкой и толстой кишке. Распознавание их у детей представляет большие трудности и подчас

обуславливает выполнение экстренных диагностических приемов, включая ЭФГДС, колонофиброскопию, лапаротомию, ангиографию.

Формирование рынка безрецептурной продажи лекарственных средств привело не только к стремительному применению их населением, включая детей, но и к высокому уровню развития нежелательных побочных реакций со стороны органов пищеварения. Ульцерогенным свойством обладает большое количество медикаментов, применяемых в детской практике *per os*, чаще всего ацетилсалициловая кислота, индометацин, другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Возникающие поражения слизистой оболочки получили название «НПВС-гастропатии». Подобным действием обладают цитостатики, глюкокортикоиды, препараты солей тяжелых металлов, железа, диуретики и др. Патогенез лекарственных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта, а также пищевода, кишечника, поджелудочной железы, гепатобилиарной системы сложен и неоднозначен в зависимости от применяемого лекарственного средства.

Рост новых генераций лекарственных препаратов ставит новые задачи в рамках фармако-экономического моделирования, где в равной степени должны учитываться эффективность препарата, его безопасность и стоимость. Этому аспекту уделяется недостаточное внимание со стороны педиатров. Также мало изучаются лекарственно-пищевые взаимодействия. С одной стороны, некоторые лекарственные средства в комплексе с пищей или ее составными частями могут оказывать негативное действие на слизистую желудка и двенадцатиперстной кишки, с другой — некоторые виды пищи в совокупности с лекарственными средствами изменяют функциональную деятельность верхних отделов пищеварительного тракта, что в свою очередь нарушает пассаж пищи, запуск полостного, затем мембранного пищеварения.

Установление этиологической и патогенетической роли инфекции *Helicobacter pylori* (*Hp*) в развитии гастрита и язвенной болезни привело к необходимости корректирования существовавших схем лечения. В то же время стала очевидной условность разделения гастроэнтерологии на инфекционную и неинфекционную. Были разработаны и внедрены в практику здравоохранения «тройные» и «кварто-» схемы лечения *Hp*-инфекции, активно применяющиеся как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

Однако, отдавая приоритет *Hp*-инфекции, нельзя забывать и о других причинно-значимых факторах возникновения гастрита и язвенной болезни у детей. Существуют данные, что удельный вес *Hp*-инфекции у взрослых больных с язвенной болезнью желудка составляет не более 50–60%, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — 80–90%. Такие положения в той или иной мере можно экстраполировать по отношению к детям, так как крайне нецелесообразно игно-

рировать другие причины и механизмы формирования указанных заболеваний применительно к детскому возрасту. Не случайно одной из характерных особенностей болезней органов пищеварения у детей является высокая частота нейровегетативных и психоэмоциональных отклонений, особенно выраженных в период второго (10–12 лет) физиологического вытяжения. Заслуживает внимания факт, что у некоторых детей язвенная болезнь может диагностироваться в дошкольном возрасте и характеризоваться упорным, не поддающимся общепринятым методам лечения течением. Подобного рода феномен «упреждения», как правило, наблюдается у детей, родители которых страдают язвенной болезнью и другими гастроэнтерологическими заболеваниями. Выяснение и изучение этих и многих иных факторов представляется перспективным с целью профилактики, а также современной диагностики на ранних стадиях формирования болезни.

В настоящее время накапливаются данные о возможном повреждающем (прямом либо опосредованном) действии цитомегаловирусной инфекции, вирусов герпеса 1 и 2 типов, Эпштейна–Барр и их роли в поражении желудка и двенадцатиперстной кишки. Допускается их патогенная роль в развитии аутоиммунного гастрита. Вполне вероятно, что ассоциации инфекционных патогенов способны давать своеобразный толчок к началу заболевания: желудочная диспепсия → гастрит → язвенная болезнь.

Хронические неспецифические воспалительные заболевания кишечника являются одной из актуальных проблем педиатрии, что не случайно привело к обособлению энтерологии и колопроктологии. Использование интестиноскопии, колонофиброскопии, а в последние годы видеовизуальной эндоскопии позволило осуществлять топическую диагностику заболеваний. Возникла возможность определения и уточнения характера поражения толстой кишки, а также проксимальных (еюнит) и дистальных (илеит) отделов тонкой кишки. Очевиден рост хронических поражений кишечника у детей, в том числе раннего возраста, хотя их распространенность в детском возрасте по сравнению со взрослыми несопоставима. Особенно это касается неспецифического язвенного колита и болезни Крона, которые в доэндоскопический период рассматривались педиатрами как казуистика. Возможность прицельной биопсии измененной слизистой оболочки кишечника с последующим морфологическим исследованием — основа диагностики указанных заболеваний на ранних этапах с назначением соответствующей терапии. Сузились показания к хирургическим вмешательствам.

Помимо базисной терапии, включающей аминокислоты, глюкокортикоиды и иммуносупрессоры, стали применяться биологические препараты: инфликсимаб (25% мышинового и 75% человеческого иммуноглобулина G₁) и адализумаб (100% человеческого иммуноглобулина). Они блокируют фактор некроза опухоли-α, играющий центральную роль в развитии

хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишечника. Разрабатываются и другие средства биологической терапии неспецифического язвенного колита и болезни Крона, еще не нашедшие своего применения у детей.

Между тем даже современные методы исследования не всегда позволяют верифицировать характер поражения кишечника, что обусловило появление у взрослых, а также и у детей диагноза «неопределенный колит».

Синдромы мальабсорбции и мальдигестии до настоящего времени привлекают внимание широкого круга специалистов, но в первую очередь педиатров. В наибольшей степени изучены лактазная недостаточность и целиакия, что позволило установить критерии этих заболеваний у детей, выработать комплекс лечебных мероприятий. Другие причины синдрома мальабсорбции требуют разработки диагностических и лечебных программ и осуществления их в практическом здравоохранении.

Нельзя обойти вниманием такую актуальную проблему не только гастроэнтерологии, но и медицины, как **дисбиоз** (нарушение микробиоты) кишечника. Становится очевидным, что кишечный микробиом следует рассматривать как особый орган человека, представляющий собой своеобразный буфер между телом и окружающей средой. Микробиом динамично реагирует на изменения во внешней среде, меняя свой состав и активность, и передает сигналы клеткам «хозяина». Это представляется важным, учитывая динамику роста и развития ребенка, возможность воздействия различных по объему и характеру внешних факторов. Нарушения микробиоты в детском возрасте имеют разнообразные проявления и в немалой степени зависят от вида пищи, приема лекарственных средств, факторов экосреды, состояния ЦНС и др.

Следует подчеркнуть, что дисбиоз кишечника относится к состояниям, не входящим в состав канонизированных нозологических кластеров. Тем не менее приходится принимать во внимание его опосредованное, а в некоторых случаях — прямое значение для заболеваний. Нарушение микробиоты кишечника в той или иной мере имеется у детей с хроническим запором и диареей, особенно острой. Поэтому состояние кишечного микробиома всегда необходимо учитывать для выбора лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях кишечника как функционального, так и воспалительного характера.

В детской гастроэнтерологии недостаточно внимания уделяется синдрому избыточного бактериального роста в тонкой кишке (Small intestinal Bacterial overgrowth syndrome — SIBOS). Под синдромом понимают патологическое состояние, в основе которого лежит повышенное заселение тонкой кишки преимущественно фекальной микрофлорой (кишечная палочка и штаммы облигатных анаэробов: бактероиды и клостридии), сопровождающееся хронической диареей

и мальабсорбцией, в первую очередь жиров и витамина B₁₂. Причины данного синдрома многочисленны и разнообразны. Основными являются:

- нарушения моторики тонкой кишки — последствия хирургических операций;
- нарушения функционирования илеоцекального клапана;
- нарушения секреции соляной кислоты, внешне-секреторной функции поджелудочной железы и желчевыводящих путей.

При синдроме избыточного бактериального роста возникают условия для поступления микроорганизмов из толстой в тонкую кишку. Одновременно происходит размножение микроорганизмов в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Данный синдром выявляется при таких заболеваниях, как гастрит, язвенная болезнь, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, панкреатит, синдром раздраженного кишечника и др. Синдром избыточного бактериального роста еще раз подчеркивает условное разделение болезней органов пищеварения на инфекционные и неинфекционные. Сам синдром является своего рода парадигмой, сочетающей внешние и внутренние факторы, при определенных условиях становящиеся патогенными, уровень и характер иммунного ответа, состояние нейрогуморальной регуляции и ЦНС.

Современные методы исследования во многом изменили прежние представления о структуре заболеваний **гепатобилиарной системы** в детском возрасте. Комплексное применение в педиатрии лабораторных (биохимических, иммунологических, генетических и др.), морфологических и особенно методов медицинской интраскопии в одном случае улучшили диагностику некоторых заболеваний, например, хронического гепатита, цирроза печени, в других — привели к выявлению так называемых «новых» болезней, ранее остававшихся крайне редкими, как то желчнокаменная болезнь, холестероз желчного пузыря и т.п. Желчнокаменная болезнь прочно утвердилась среди других заболеваний билиарного тракта и стала определяться у детей всех возрастов. Конкременты в желчном пузыре выявляются случайно в процессе диспансеризации либо при наличии у детей абдоминального болевого синдрома. Накопленный в нашей стране опыт свидетельствует о различии клинических проявлений заболевания у детей и взрослых, иных механизмах формирования конкрементов в желчном пузыре и желчных протоках, других подходах к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Многие научно-практические аспекты холелитиаза, в том числе холестероза желчного пузыря у детей, представляются далеко не решенными и находятся в стадии изучения. Тем не менее количественный рост числа новых случаев заболеваний билиарного тракта обусловлен не только совершенствованием их диагностики, но и другими причинно-значимыми факторами. В последние годы следует констатировать изменения

количественно-качественного характера питания, неблагоприятную экологическую обстановку, огромный информационный поток, нередко способствующий перегрузке ребенка как в школе, так и в домашних условиях. Все это в совокупности создает предпосылки для формирования стрессовых ситуаций, реализуемых на ранних этапах развития детей.

Не утратили своего внимания прежние заболевания, часто выявлявшиеся до применения методов лучевой диагностики. Речь идет, в частности, о хроническом бескаменном холецистите. Его наличие подтверждается при патогистологическом исследовании желчного пузыря, удаленного у детей с желчнокаменной болезнью. Выявление различной степени выраженности морфологических изменений в желчном пузыре свидетельствует о длительном хроническом процессе. Механизмы развития хронического бескаменного холецистита до конца не изучены. В последние годы немаловажное значение придается аутоиммунным процессам, когда помимо желчного пузыря поражаются желчные протоки. Это привело к реанимированию ранее общепринятого термина — холецистохолангит.

Нуждаются во внимании дети с рецидивирующим абдоминальным синдромом, аномалиями развития билиарного тракта, сопутствующими заболеваниями гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта, нарушениями иммунитета. Нельзя недоучитывать роль гельминтов и протозоозов, приводящих к морфофункциональным изменениям в билиарном тракте. Особенно это касается эндемичных регионов как в РФ, так и в других странах, куда дети выезжают для отдыха, попадая в неблагоприятные эпидемиологические условия.

Немалые успехи достигнуты в **детской гепатологии**. Накопился опыт в изучении вирусных поражений печени, установлены особенности клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов А, В, С, D, E. Рассматривается возможная роль вирусов G, F, Sen, TTV. Немалые диагностические трудности представляют метаболические, наследственного характера болезни печени: галактоземия, дефицит α -антитрипсина, болезнь Вильсона—Коновалова, синдром Алажиля, болезнь Гоше и др. Они требуют выполнения сложных в техническом и методическом отношении диагностических подходов, целенаправленной патогенетической терапии. Поздняя диагностика многих заболеваний обуславливает неблагоприятный исход, что приводит к единственному методу терапии — ортотопической трансплантации печени.

Неалкогольная жировая болезнь печени в детском возрасте по сравнению со взрослыми встречается значительно реже. Ранее под этим заболеванием подразумевали гепатоз, жировую дистрофию печени. Внимание к этому заболеванию в последнее время обусловлено увеличением таких причинно-значимых факторов, как ожирение и метаболический синдром. Настораживает тенденция к росту случаев избыточной массы тела, а затем ожирения в детской популяции,

достигших 10–12% у детей и подростков. Это вызывает необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение лечебно-профилактических программ, направленных на предотвращение формирования неалкогольной жировой болезни печени, трансформации в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному у взрослых. Перспективным является установление генетических факторов заболевания.

Лекарственные поражения печени считаются одними из сложных в клинико-патогенетическом и диагностическом отношении. Причины разнообразны:

- передозировка препаратов;
- специфическое органотропное действие;
- повышенная чувствительность больного ребенка;
- ослабление иммунной защиты;
- лекарственная непереносимость;
- синдром отмены препарата.

Эти и другие факторы могут приводить к поражению органа — от субклинических форм до фульминантного гепатита. Острые поражения печени возникают вследствие широкого применения таких лекарственных средств, как парацетамол, ампициллин, тетрациклины, глюкокортикоиды, а также препаратов, назначаемых с целью специфической терапии (изониазид, вальпроевая кислота, ранитидин, аллопуринол, метотрексат). Исходы лекарственных поражений печени непредсказуемы: острый гепатит, фульминантная печеночная недостаточность, стеатозы и др. В огромной мере опасны хронические поражения печени, проявляющиеся хроническим гепатитом, циррозом, деструктивным холангитом и др. Именно выбор лекарственного средства является самым ответственным в профессиональной деятельности врача любой специальности, но особенно в педиатрии. Не подвергаются сомнению профессиональные, этические, деонтологические и другие аспекты работы врача-педиатра, который всегда должен принимать во внимание возможность развития гепатотоксического действия препарата. Крайне важно учитывать факторы, влияющие на формирование лекарственных поражений печени:

- возраст ребенка — чем он меньше, тем более высок риск повреждения, особенно у новорожденных и младенцев;
- дозы и длительность приема препарата;
- лекарственные взаимодействия, включая лекарственно-пищевые;
- индивидуальная непереносимость;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- состояние почек.

Одной из задач гепатологии является совершенствование методов диагностики лекарственных поражений печени. Это тем более важно в связи с ростом количества лекарственных средств новых поколений, обладающих выраженной фармакологической активностью и оказывающих подчас неблагоприятное действие на органы и системы, особенно печень, в которой осуществляется метаболизация препаратов.

Панкреатология — один из сложных и недостаточно изученных разделов современной гастроэнтерологии. Несмотря на диагностические возможности, использование лабораторных, функциональных и инструментальных методов, распознавание заболеваний поджелудочной железы у детей и у взрослых представляет немалые трудности. Интерпретация полученных результатов исследований довольно разнообразна, что не позволяет диагностировать заболевания на ранних этапах. Однако, пожалуй, причина методических разночтений и клинических ошибок заключается в том, что из-за анатомо-топографических особенностей поджелудочной железы невозможно получить материал органа для морфологического исследования.

Диагностика острого панкреатита, как правило, не представляет трудностей с учетом анамнестических данных, клинической картины, результатов лабораторно-инструментальных исследований. В случае отечно-индуриативной формы острого панкреатита осуществляются консервативные мероприятия, а при панкреонекрозе — хирургическое вмешательство.

Диагностика хронического панкреатита, в отличие от острого поражения органа, во многом проблематична. До настоящего времени отсутствуют единые и общепринятые критерии заболевания. Рассматриваются различные причины хронического панкреатита в детском возрасте. В педиатрии приоритет отдается заболеваниям желудка и двенадцатиперстной кишки, аномалиям развития гастродуоденопанкреатобилиарной зоны пищеварительного тракта. Имеет значение холелитиаз, все чаще диагностируемый у детей. Возникновение хронического панкреатита возможно у больных, страдающих хроническими гепатитами В и С. Высок риск поражения поджелудочной железы при других вирусных заболеваниях: корь, ветряная оспа, эпидемический паротит, герпес типов 1 и 2. Всегда настораживает прием таких лекарственных средств, как азатиоприн, 6-меркаптопурин, эстрогены, тетрациклины, глюкокортикоиды и др. В последние годы допускается возможность поражения поджелудочной железы как одно из проявлений IgG₄-болезни, представляющей собой самостоятельную нозологическую форму. Некоторые этиологические факторы повреждения поджелудочной железы обобщены в классификации хронического панкреатита, названной по аббревиатуре TIGAR-O: токсический, идиопатический, генетический, аутоиммунный рецидивирующий и обструктивный.

Многие из причинно-значимых факторов рассматриваются в педиатрии, но без учета принципов доказательной медицины. К тому же трактовка полученных результатов исследования в детском возрасте подчас неоднозначна и противоречива. Возникающее терминологическое разнообразие допускает следующие заключения: хронический панкреатит, реактивный панкреатит, диспанкреатизм и др. Возникают

условия и для гипердиагностики, и для гиподиагностики поражения поджелудочной железы. Педиатрами не всегда учитывается морфогенез хронического панкреатита, включающий воспаление, фиброз, деструкцию ацинарной ткани и протоковой системы органа. Важна оценка внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы, когда имеет место снижение секреторной функции органа, уменьшение активности панкреатических энзимов, недостаточность бикарбонатного объема.

Перспективным направлением являются разработки принципов нутритивной поддержки при заболеваниях поджелудочной железы у детей, выбор методов рациональной фармакотерапии с использованием новых генераций лекарственных средств, применение системного подхода в процессе этапного лечения.

Широкое применение в педиатрической практике современных методов исследования не только обеспечило своевременную диагностику заболеваний органов пищеварения, но также и дало возможность выявлять так называемые **редкие, или орфанные болезни**. Единых критериев частоты распространенности этих болезней не существует. В США доля редких болезней составляет 1:1500 родившихся, в Европе — 1:2000, в РФ — 1:10000. Распознавание этих болезней является сложным диагностическим процессом, когда верификация диагноза происходит при исключении наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Редкими болезнями пищевода у детей являются дивертикулы, желудка — полипы, болезнь Менетрие, двенадцатиперстной кишки — артериомезентериальная непроходимость и т.п. Лечебно-профилактические мероприятия при обнаружении редких болезней в детском возрасте не укладываются в общепринятые стандарты (протоколы), поскольку требуется применение дорогостоящих препаратов либо осуществление сложных в техническом отношении оперативных вмешательств.

Важной особенностью детской гастроэнтерологии, как и других специальностей, является **возрастная периодизация**. Каждый период детства характеризуется своими анатомо-физиологическими особенностями, что во многом определяет клиническую картину болезни и обуславливает диагностические и лечебные мероприятия. Такой подход крайне целесообразен, ибо позволяет правильно интерпретировать результаты проведенных исследований, избежать врачебных ошибок и назначить адекватное возрасту ребенка лечение, включая рациональную фармакотерапию. Это важное направление в детской гастроэнтерологии является основополагающим и требует подготовки и постоянного совершенствования соответствующих кадров — детских гастроэнтерологов.

Лечение болезней органов пищеварения у детей представляет собой динамичный и одновременно эволюционный процесс, заимствующий опыт у взрослых гастроэнтерологов, но главным образом

основанный на достижениях современной педиатрии. Как аксиома, представляется взаимосвязанность и взаимообусловленность гастроэнтерологии и нутрициологии. Успех лечения — консервативного либо хирургического в первую очередь зависит от питания. В каждом конкретном случае используется общепринятое, основанное на физиологических потребностях или специально разработанное применительно к состоянию ребенка и конкретному заболеванию лечение. Любое количественно-качественное нарушение питания может быть существенным фактором развития гастроэнтерологической патологии, но, с другой стороны, морфофункциональные изменения органов желудочно-кишечного тракта способны нарушать процессы пищеварения, отражаясь на состоянии здоровья ребенка.

Не случайно рациональное питание — базис жизнедеятельности ребенка, его гармоничного развития, начиная с первого прикладывания новорожденного к груди матери. Поддержка естественного вскармливания, его оптимальное сохранение служит залогом предупреждения многих инфекционных заболеваний, в первую очередь острых кишечных инфекций. Именно вскармливание ребенка грудью матери способствует поздней манифестации некоторых наследственных заболеваний: галактоземии, глютенной энтеропатии (целиакии), муковисцидоза, фруктоземии и др. Как парадигма грудное вскармливание не требует никаких доказательств. Нарушение этого естественного процесса может иметь неблагоприятные последствия; в первую очередь это касается формирования болезней органов пищеварения.

Несмотря на общеизвестность концепции оптимального, сбалансированного, функционального и других видов питания, до настоящего времени отсутствуют единые указания относительно их применения на этапах лечения, включая восстановительное лечение при многих болезнях органов пищеварения. Достиженные успехи нутрициологии в настоящее время получают поддержку и перспективы развития с позиций нутригенетики. По существу это новое направление нутрициологии в постгеномный период. Нутригеномика изучает влияние употребляемой пищи на обмен веществ, а нутригенетика — влияние генотипа на развитие заболеваний, связанных с метаболизмом. Перед педиатрами открываются возможности длительного наблюдения с последующим анализом количественно-качественных нарушений питания в различные периоды детства. Особое научно-практическое значение приобретает исход состояний, когда в силу разных причин возникают отклонения процессов пищеварения, включая полостное, мембранное, клеточное. Наконец, с позиций нутригеномики создаются реалии разработки принципов

ально новых видов пищевых продуктов для детей не только с редкими наследственно обусловленными заболеваниями, но также и с наиболее распространенными болезнями органов пищеварения.

Новым направлением в педиатрической науке и практике является фармакогенетика. Создаются условия для повышения эффективности лекарственных средств и предотвращения нежелательных побочных реакций у детей. Таким образом, существенно повышается значимость фармако-экономического моделирования, основу которого составляют эффективность, безопасность, стоимость препаратов. В настоящее время эти составляющие фармако-экономического моделирования имеют немаловажное значение, поскольку на фармацевтическом рынке присутствуют лекарственные средства с оригинальным (международным) названием и дженерики.

Перспективна разработка лекарственных средств на основе нанотехнологий. Фармакологическое действие таких препаратов обуславливается непосредственно влиянием на орган-мишень. В этой связи многообещающей является таргетная терапия, когда лекарственное средство направлено на конкретные молекулы или субклеточные структуры, нарушение которых может приводить к заболеванию.

Эти и другие актуальные аспекты детской гастроэнтерологии постоянно освещались в журнале «Российский вестник перинатологии и педиатрии», которому в 2016 г. исполняется 60 лет со дня его создания. С самого начала журнал стал своеобразной трибуной, представляя известным ученым и молодым научным сотрудникам, а также врачам-педиатрам возможность делиться опытом, собственными результатами и достижениями в области детской гастроэнтерологии. Как новое направления в современной педиатрии оно было поддержано членами редколлегии и главными редакторами журнала — академиками РАМН Н.И. Нисевич, Ю.Е. Вельтищевым. В настоящее время возглавляющий редакцию журнала профессор А.Д. Царегородцев уделяет большое внимание как принципиально новым научным исследованиям, так и успехам гастроэнтерологии в практическом здравоохранении.

Достижения отечественной гастроэнтерологии очевидны. Вместе с тем имеется немало нерешенных задач, появление которых непосредственно связано с общим развитием педиатрической науки и практики в нашей стране. По уровню диагностики и характеру лечебно-профилактических мероприятий детская гастроэнтерология занимает достойное место. Результаты научно-практических исследований впечатляют. Исключительное значение имеет применение инновационных технологий, что делает детскую гастроэнтерологию одним из перспективных педиатрических направлений в России.

Поступила 24.12.15



АЦИПОЛ®

ЧТОБЫ ДИСКОМФОРТ
В КИШЕЧНИКЕ ПРОШЕЛ!

- Содержит 10 миллионов ЖИВЫХ полезных бактерий, которые помогают быстро восстановить нормальную микрофлору и нормализовать работу кишечника
- Для взрослых и детей с 3-х месяцев
- Не содержит лактозу

Рег. уд.: № ЛС-001915
ЗАО «Фармацевтическая фирма «ЛЕККО»

otc Pharm
ОТИСИФАРМ



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ