А.А. Баранов, П.Л. Щербаков

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Детская гастроэнтерология: проблемы и задачи на современном этапе

Контактная информация:
Баранов Александр Александрович, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, директор Научного центра здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (499) 134-70-01
Статья поступила 03.09.2007 г., принята к печати 01.10.2007 г.

Первые годы нового тысячелетия ознаменовалась заметным прогрессом педиатрической науки, в том числе и детской гастроэнтерологии, что привело к значительным достижениям в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов пищеварения у детей. Хотя хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются наиболее частой патологией, как у взрослых, так и у детей, общее количество детей, страдающих болезнями органов пищеварения, за последние годы изменилось незначительно. Так, в 1999 г. частота заболеваний органов пищеварения составляла 12 000, а в 2006 г. — 12 217 на 100 тыс. детского населения [1]. Общее число детей, страдающих болезнями пищеварительной системы, составило 3 300 834, из них с впервые установленным диагнозом в 2006 г. — 1 821 990. В тоже время значительно изменилась структура патологии. Так, по сравнению с 1999 г. общее количество детей, страдающих язвенной болезнью, сократилось с 1,3 до 0,48% (16 130 больных), гастритом или дуоденитом — с 2,3 до 1,8% (622 279). Одновременно на 0,4% увеличилось количество больных, страдающих функциональными расстройствами желудка (211 437 детей), на 4,5% (476 177 детей) — с патологией желчного пузыря и желчевыводящей системы, а также поджелудочной железы.

Наибольшая часть поражений органов пищеварения приходится на хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (эзофагит, гастрит, дуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки). В большинстве случаев врачи встречаются с сочетанным поражением разных отделов ЖКТ, что осложняет раннюю диагностику. Внедрение в клиническую практику результатов экспериментальных исследований и научных открытий, совершенствование диагностических методов позволяют добиться определенных успехов в решении сложных проблем детской гастроэнтерологии. Основными задачами, которые встают перед специалистами на современном этапе, являются совершенствование методов диагностики и лечения болезней органов пищеварения, проведение реабилитации больных детей и подготовка высококлассных специалистов, постоянное повышение их квалификации.

Внедрение в практику эндоскопии позволило пересмотреть многие аспекты диагностики и лечения гастродуоденальных заболеваний у детей.

Со времени осуществления в 1973 г. первого фиброэндоскопического исследования у детей в СССР прошло почти 35 лет. За это время были определены показания для проведения эндоскопии, разработана техника и описана методика осмотра различных отделов ЖКТ.

Параллельно с совершенствованием методики проведения исследований далеко вперед шагнуло и развитие самой эндоскопической техники. Первые детские эндоскопы типа Р («Olympus», Япония) уступили место аппаратам с 2 плоскостями свободы, имеющим различные диаметры рабочей

A.A. Baranov, P.L. Shcherbakov

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Infantile gastroenterology: issues and tasks at the modern stage

части — от 5 до 13 мм, что делает исследование возможным у детей разного возраста, начиная с момента рождения. Улучшенное качество световолокон намного расширило поле зрения. Вследствие прогресса эндоскопической техники на смену осмотру слизистой оболочки внутренних органов через окуляр эндоскопа пришла видеоэндоскопия (рис. 1). Функция цифрового изображения позволяет проводить «микроскопию» с увеличением измененных участков слизистой оболочки в 50 раз. После удаления блока управления от глаз исследователя стало возможным использовать различные технические приемы проведения аппарата, что значительно повысило маневренность и управляемость эндоскопа, а также тщательность осмотра зоны, доступной для эндоскопии. Использование видеоэндоскопических методов исследования позволяет фиксировать различные изменения слизистой оболочки в режиме видеозаписи или хранить цифровое изображение в памяти компьютера, а при необходимости — распечатать на принтере.

Эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — давно перестала быть прерогативой крупных стационаров и клиник. С 1980 г. расширены показания для внебольничного проведения эндоскопических исследований [2]. В настоящее время амбулаторно выполняется более 70% всех эндоскопических процедур, что высвобождает мощности стационара для проведения сложных диагностических и оперативно-лечебных исследований.

Новым рубежом в развитии эндоскопических исследований стала капсульная эндоскопия. В Российской Федерации это исследование у детей было впервые проведено в 2001 г. в Научном центре здоровья детей РАМН. Наиболее ценной при видеокапсульном исследовании является эндоскопическая картина, получаемая из глубоких отделов ЖКТ тощей и подвздошной кишок, — участка кишечника, ранее недоступного для эндоскопической диагностики. Хотя длина тонкой кишки составляет около 7 м, обычные эндоскопические методы (такие, как энтероскопия) позволяют исследовать ее участок, не превышающий 40–90 см от связки Трейца, а глубокие отделы кишечника были без применения хирургических методов недоступны для визуального исследования.

Диагностический комплекс капсульной эндоскопии представляет собой простую в использовании систему, Важнейшим ее компонентом является одноразовая эндоскопическая капсула длиной 26 мм и диаметром 11 мм, которая содержит миниатюрную цветную видеокамеру (рис. 2).

Изображения передаются принимающим датчиком, размещенным на теле пациента, и хранятся в записывающем устройстве, которое пациент носит на поясе. Затем полученная информация расшифровывается. После проглатывания капсулы ребенок покидает эндоскопическое отделение и ведет привычный для себя образ жизни в течение 8 ч. После этого полученные с помощью видеокапсулы изображения можно просмотреть и оценить, перенеся информацию с рекордера на компьютерную станцию (рис. 3 А, Б).

Информация может храниться на CD, что дает возможность при наличии специальной программы повторно просматривать и анализировать результаты исследования в любой медицинской организации.

Несомненным преимуществом видеокапсульной эндоскопии является отсутствие у пациента страха и чувства нехватки воздуха, сопровождающих традиционные эндоскопические исследования. Однако капсульная эндоскопия, позволившая осмотреть кишечник на всем его протяжении, имеет один недостаток — невозможность проведения манипуляций во время исследования.

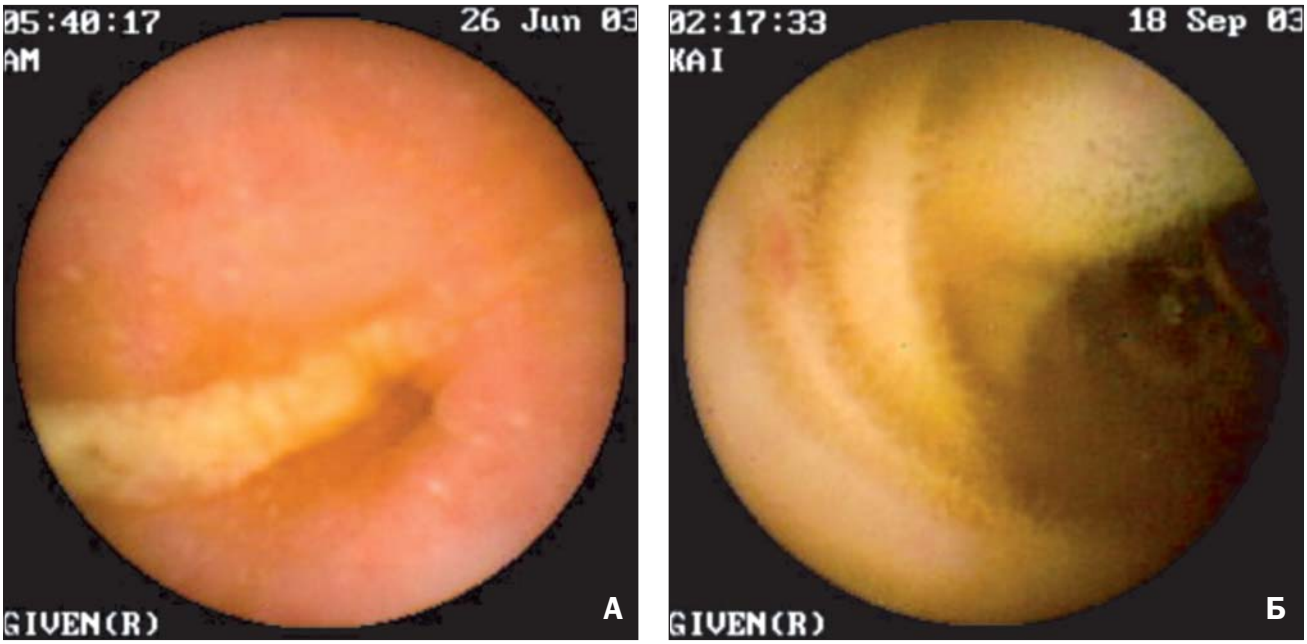
Для преодоления недостатка капсулы была создана двухбаллонная эндоскопическая система, позволяющая детально осматривать кишечник на всем протяжении проведения с одновременной возможностью различных манипуляций. В 2004 г. в Научном центре здоровья детей РАМН была впервые в России проведена двухбалонная энтероскопия.

Энтероскоп (рис. 4 А, Б) делает возможным проникновение в глубокие отделы тонкой кишки с помощью специальной подвижной насадки, надеваемой на энтероскоп и снабженной 2 резиновыми баллонами, распо-

Рис. 1. Современная гастроскопическая видеосистема

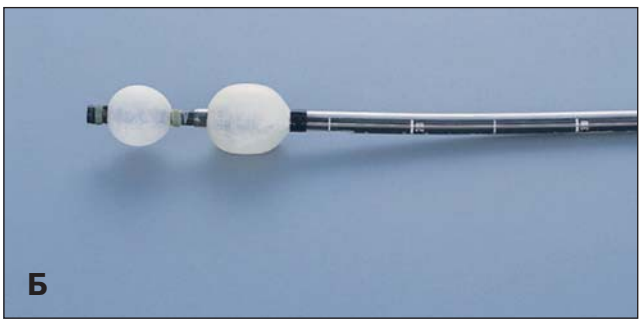
Рис. 2. Видеокапсула в контейнере

Рис. 3. Видеокапсульная эндоскопия. А — болезнь Крона; Б — подвздошная кишка



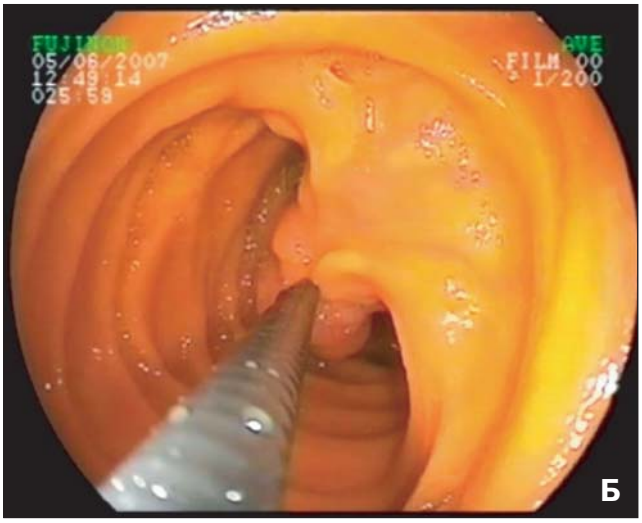
ложенными на полярных концах. Посменное нагнетание воздуха в резиновые баллоны позволяет «присборивать» тонкую кишку, обеспечивая продвижение по ней энтероскопа на глубину 2–5 м с возможностью выполнения эндоскопических манипуляций в осматриваемых отделах. Этот метод помогает избежать тяжелых инвалидизирующих хирургических операций при различных поражениях органов пищеварения, (рис. 5 А, Б) что значительно повышает качество жизни пациентов.

Рис. 4. Энтероскоп (А) со специальной подвижной насадкой (Б)



В последнее время во многом изменились взгляды на этиологические факторы гастроэнтерологических заболеваний, патогенетические особенности их развития. Исследования, посвященные изучению *Helicobacter pylori*, проводимые в России с 1986 г., позволили значительно сократить количество детей, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, а также с гастритом, ассоциированным с инфекцией *H. pylori*. Однако в современной литературе имеется многочисленные описания так называемого носительства *H. pylori*, которое никак себя не проявляет не только клинически, но и при эндоскопическом исследовании. Что делать с такими «носителями»? Этот вопрос, еще недавно риторический, в настоящее время получил вполне конкретный ответ. Проспективные эпидемиологические исследования, проводимые в разных странах, показали, что *H. pylori*, заселяя слизистую оболочку желудка, всегда вызывает качественные ее изменения, ведущие к атрофии последней, развитию кишечной метаплазии, что способствует канцерогенезу [3, 4]. Наблюдения в течение 2 лет за детьми, страдающими хеликобактериозом без явных клинических признаков заболевания, показали, что на протяжении всего периода наблюдения у больного сохраняется один и тот же штамм *H. pylori*, при этом плотность колонизации тела желудка и антрального отдела была постоянной. Однако отмечалось прогрессирование гистологических признаков воспаления, более выраженное на 2-м году наблюдения, преимущественно у мальчиков и CagA-пациентов. Эндоскопические признаки нодулярного гастрита, косвенно указывающие на степень воспалительных изменений, в начале наблюдения выявлялись у 11% детей, к концу 1-го года — у 64% к концу 2-го года — у 80% [5]. У больных с бессимптомно протекающей инфекцией *H. pylori* изменения в слизистой оболочке бывают, как правило, более выраженными и труднее поддаются коррекции. Атрофия и злокачественное пе-

Рис. 5. Двухбалонная энтероскопия. А —кишечное кровотечение; Б — удаление полипа



рерождение слизистой оболочки у них наступают чаще и быстрее, поскольку при отсутствии определенной динамики клинической картины у этих больных сложнее заподозрить наличие того или иного заболевания. Именно поэтому ведущие исследователи проблемы *H. pylori* во всем мире рекомендуют всегда проводить эрадикационную терапию при выявлении этого микроорганизма и наличии клинических симптомов поражения органов пищеварения.

В настоящее время разработан алгоритм диагностики и лечения у детей заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H. pylori*, соответствующий всем требованиям педиатрической секции Европейской группы по изучению *H. pylori* и утвержденный Союзом педиатров России. Лечение заболеваний, ассоциированных с этим микроорганизмом, основано на:

- применении высокоэффективных препаратов с антибактериальной направленностью (флемоксин, кларитромицин, де-нол, нифуратель) в сочетании с кислотообразующими средствами (тройная или квадротерапия); использовании кислотоустойчивых групп антибиотиков, всасывание которых в присутствии де-нола и антисекреторных препаратов замедляется, обеспечивая их депонирование в желудке;
- назначении схем лечения с минимальной кратностью приема в сутки на 7–14 дней;
- использовании препаратов, к которым сохраняется высокая чувствительность *H. pylori*.

К сожалению, в последнее время неуклонно растет число больных со штаммами *H. pylori*, резистентными к используемым антибиотикам. В настоящее время уровень резистентности штаммов хеликобактерий к метронидазолу в различных регионах РФ составляет от 26 до 57%, а к кларитромицину — приближается к 25%. Обычно, это связано с неправильным назначением антибиотиков без анализа предыдущего их приема, или нарушением комплаентности пациентами. Именно поэтому в схемах лечения вместо метронидазола с успехом используются нитрофурановые препараты (нифуратель и нифуроксазид).

Проблема хеликобактериоза далеко выходит за рамки только гастроэнтерологической патологии. Затраты на больничные листы родителей детей, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, только при одном обострении в год превышают в настоящее время 8,5 тыс рублей в среднем по РФ. Рецидивирующее течение обходится еще дороже. Не говоря уже о других кислотозависимых заболеваниях, ассоциированных с этим микроорганизмом (например, гастрит, рак желудка). Хеликобактериоз в настоящее время является поистине социальной болезнью. Внутрисемейное персистирование микроорганизмов приводит к увеличению резистентных к антибиотикам штаммов. В этом случае очень важен комплексный подход к диагностике и лечению этой инфекции у всех членов семьи с использованием скрининговых неинвазивных тестов. В России имеются отечественные тесты, которые общепризнанны в качестве «золотого стандарта» диагностики *H. pylori*-инфекции во всех странах мира, например, дыхательный тест с мечеными атомами углерода, разработанный в лабораториях РНЦ «Курчатовский институт». Вместе с тем, необходимо отметить, что комплексное лечение всех членов семьи в РФ ограничено высокой стоимостью оригинальных препаратов, используемых в эрадикационной терапии. Однако и здесь в настоящее время имеются хорошие результаты по использованию дженерических лицензированных препаратов с проверенным качеством.

В качестве примера можно привести результаты исследования, проведенного в Научном центре здоровья детей РАМН и направленного на преодоление растущей резистентности *H. pylori* к метронидазолу и, одновременно, решение фармакоэкономических вопросов лечения данной инфекции. В исследовании была применена ранее разработанная и апробированная схема эрадикационной терапии, включающая ингибитор протонной помпы омепразол (Ультоп, КРКА, Словения), антибактериальный препарат кларитромицин (Фромилид, КРКА, Словения) и нифуроксазид (Энтерофурил, Босналек, Босния и Герцоговина) в виде суспензии. В результате проведенного исследования было показано, что тройная схема терапии хеликобактериоза является достаточно эффективной эрадикационной схемой у детей. При применении данной схемы быстро купируются основные клинические проявления заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, наблюдается значительная положительная динамика эндоскопических из-

менений слизистой оболочки. Данная схема терапии нетоксична, хорошо переносится детьми, в проводимом исследовании не сопровождалась побочными явлениями. Немаловажным фактом в пользу использования данной схемы эрадикации (учитывая семейный характер заболевания и необходимость проведения эрадикационной терапии после соответствующего обследования всех членов семьи) является ее низкая стоимость по сравнению с другими аналогичными схемами. Проведенный фармакоэкономический анализ, с определением коэффициента CEA [CEA = (DC + IC)/Ef, где CEA — соотношение «затраты–эффективность», DC — прямые затраты, IC — непрямые затраты, Ef — эффективность лечения] показал значительное преимущество данной схемы лечения, при ее достаточно высоком уровне эффективности по сравнению с другими эрадикационными схемами (см. таблицу).

Эрадикация *H. pylori* не всегда полностью решает проблемы гастродуоденальной патологии у детей. После завершения кислотоподавляющей терапии, входящей в состав эрадикационных схем лечения, восстанавливается кислотообразование в желудке. На фоне уменьшения моторной активности желудка накопление кислого содержимого создает предпосылки для развития рефлюкс-эзофагита.

По нашим данным, уже сегодня более чем у 53,1% детей имеется сочетанное поражение пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а у 1,5% — изолированный эзофагит.

По данным некоторых исследователей, после эрадикации *H. pylori* у больных, страдающих язвенной болезнью, увеличивается риск развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), особенно в течение 1-го года. При этом отмечено, что после эрадикации *H. pylori* ГЭРБ развивается преимущественно у мужчин с более выраженным фундальным гастритом до эрадикации и нарастанием массы тела после нее [6–9]. Кроме того, кларитромицин, входящий в основные схемы лечения хеликобактериоза, стимулирует моторику желудка. После окончания курса эрадикационной терапии перистальтическая активность, уже не поддерживаемая ни *H. pylori*, ни кларитромицином, значительно снижается, что создает дополнительные предпосылки для заброса кислого желудочного содержимого в пищевод и развитию в нем воспалительных изменений [10]. Знание особенностей клинического течения поражения пищевода у детей разных возрастных групп позволяет провести своевременную диагностику и в ранние сроки назначить адекватную терапию.

Вполне оправданным может быть назначение препаратов, нормализующих моторику желудка, и антацидных средств не только после окончания курса эрадикационной терапии, но и для лечения детей с воспалительными заболеваниями пищевода.

Комплексное применение лекарственных препаратов в сочетании с нормализацией физической и нервно-психической нагрузки позволяет значительно уменьшить частоту эзофагита и ГЭРБ, а также развитие осложнений, возникающих при этой патологии у детей.

Очень близко к проблеме хеликобактериоза примыкает проблема поражения поджелудочной железы у детей. В экспериментальных работах показано, что вакуолизирующий токсин *H. pylori* ингибирует выработку ферментов поджелудочной железы у лабораторных животных [11]. Очевидно, именно этим воздействием объясняется частое сочетание заболеваний, ассоциированных с инфекцией *H. pylori*, с проявлениями вторичной панкреатической недостаточности. Для коррекции развивающихся нарушений таким больным назначают заместительную и корригирующую терапию ферментными препаратами.

Широко используемый термин «реактивный панкреатит» подчас гастроэнтерологами трактуется неоднозначно. Недооценка или гипероценка эхографических признаков изменения поджелудочной железы, недостаточное изучение вызывающих их причин нередко приводят к гипердиагностике панкреатитов у детей и неоправданному назначению мощных ферментных препаратов на длительные сроки.

Широкое применение ультрасонографии дало возможность ранней диагностики различных заболеваний желчного пузыря, поджелудочной железы и их выводных протоков. Однако даже самой совершенной ультразвуковой техники бывает недостаточно для адекватной оценки состояния желчевыделительной системы. Для верификации характера ее поражений успешно используется ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ). У детей выполнить это исследование технически сложно из-за отсутствия аппаратуры, адаптированной для детского возраста. Проведена большая работа по совершенствованию методики этого исследования у детей разных возрастных групп. Разработаны показания для проведения РПХГ у детей; в их числе подозрение на пороки развития выводных протоков печени, поджелудочной железы и желчного пузыря; уточнение локализации, количества и формы конкрементов в желчном пузыре и выводных протоках; наличие механической желтухи.

РПХГ у детей является сложным в техническом плане исследованием, требующим от эндоскописта высокой точности и аккуратности при проведении. Включение в арсенал детской эндоскопии папиллосфинктеротомии позволяет не только проводить диагностические исследования, но и выполнять эндоскопические операции, избавляющие детей от тяжелых полостных вмешательств. Широкое внед-

Таблица. Анализ «затраты–эффективность»

Схема	Затраты, руб	Эффективность, %	CEA, руб
Клацид, Макмирор, Лосек МАПС	2152	94,1	2281
Клацид, Макмирор, Лосек МАПС	2292	90,4	2429
Фромилид, Макмирор, Лосек МАПС	1461	91,2	1547
Фромилид, Амоксициллин, Ультоп	720	81	964
Фромилид, Фуразолидон, Лосек МАПС	1074	82,4	1428
Фромилид, Макмирор, Ультоп	848	93	896
Фромилид, Ультоп, Энтерофурил	780	87	803

рение РПХГ требует уточнения мероприятий по динамическому наблюдению детей при подготовке к исследованию и разработки последующей терапевтической тактики, позволяющей избежать различных осложнений.

Одной из центральных проблем детской гастроэнтерологии является увеличение частоты поражения кишечника на фоне выраженной аллергизации. Сегодня в структуре заболеваний кожи более 40% приходится на аллергические поражения [12]. К клиническим проявлениям аллергодерматозов зачастую присоединяется и гастроинтестинальная симптоматика. Слизистая оболочка ЖКТ является входными воротами для большинства пищевых аллергенов. Развитию патологических процессов при аллергии способствует не только общее влияние, оказываемое на организм аллергенами, но и местное воздействие различных продуктов питания при контакте со слизистой оболочкой. Реакция повреждения слизистой оболочки тонкой кишки может быть обусловлена врожденными факторами или развивается при непосредственном контакте с агрессивным агентом. Все чаще встречающаяся проблема нарушения кишечного всасывания у детей первого года жизни обусловлена не только наследственной непереносимостью некоторых продуктов питания (белка коровьего молока, глиадина), но во многом зависит от социально-экономических факторов жизни детей и их родителей. Синдром нарушенного кишечного всасывания, часто сопровождающий различные аллергические состояния, нередко встречается у детей с низким социально-экономическим уровнем развития, определяющим, в свою очередь снижение общей иммунореактивности организма. Поэтому для решения проблемы нарушений пищеварения, связанных с недостаточностью ферментной системы, повышенной аллергизацией организма, нарушением процессов всасывания в слизистой оболочке тонкой кишки, в первую очередь следует направить действия как медицинских работников, так и всего общества на создание нормальных условий жизни детей и их родителей (особенно кормящих матерей), снижение количества аллергенов, окружающих человека, проведение общих оздоровительных мероприятий. При уже развившемся состоянии нарушенного всасывания в тонкой кишке или выраженном атопическом дерматите с поражением органов пищеварения, а также врожденных или приобретенных ферментопатиях в первую очередь необходимо назначить адекватное состояние ребенка питание при отсутствии в нем раздражающих веществ (глиадин, белок коровьего молока и пр.), провести ферментную терапию.

Новые функциональные и морфологические методы исследования расширили наши представления об этиологии и патогенезе хронических заболеваний кишечника. Функциональные нарушения толстой кишки отмечаются у 30–35% больных гастроэнтерологического профиля и у 55–60% детей с проктологической патологией [13]. В связи с этим в диагностике заболеваний толстой кишки огромное значение придается функциональным методам исследования, применение которых активно внедряется в практику детской гастроэнтерологии. В частности, использование в детской клинике сфинктеро- и манометрии показало, что ведущая роль в патогенезе хронического запора у детей отводится кинетическим расстройствам в виде гипоатонических состояний, спазмов, гипермоторных нарушений толстой кишки. При возникновении этой патологии не исключено влияние таких возможных факторов риска, как врожденные аномалии толстой кишки, перенесенные кишечные инфекции, нарушения питания, психологические факторы.

По данным разных авторов запор встречается у 10–25% детей. В связи с ростом частоты данной патологии большое внимание уделяется совершенствованию диагностики запора у детей и разработке этиологических и патогенетических подходов к лечению. Дальнейшего изучения требуют причины запора у детей раннего возраста, в том числе грудных, находящихся на естественном вскармливании, а также остро возникающий запор и пути его коррекции. Одной из причин такого запора являются нарушения микробиоценоза кишечника на фоне различных инфекционных заболеваний или нерациональной антибиотикотерапии.

Нормальная микрофлора с ее специфическими функциями — защитной, обменной и иммуноиндуцирующей — определяет биоценоз кишечника; нарушение одной из функций приводит к изменению различных видов метаболизма, возникновению дефицита микронутриентов — витаминов, микроэлементов, минеральных веществ организма, снижению иммунологического статуса, что обусловливает возникновение необратимых процессов в органах и системах макроорганизма.

Нарушения качественного и количественного состава нормальной микрофлоры (дисбактериоз или дисбиоз) возникают вследствие разнообразных причин: характера питания человека, возраста, времени года, состояния окружающей среды, может быть следствием хронических заболеваний ЖКТ, а также заболеваний, протекающих с поражением кишечника — таких, как острые кишечные инфекции, вызванные патогенными микроорганизмами, хронические колит и энтероколит, неспецифический язвенный колит и др. Массивное поступление в организм антибиотиков с лечебной целью или длительный контакт с ними на производстве, применение химиотерапевтических средств, гормональных препаратов и лучевые воздействия также создают условия для формирования дисбактериоза. У новорожденных и детей грудного возраста дисбактериоз кишечника может быть следствием недоношенности, раннего перевода на искусственное вскармливание, а также патологии матери (токсикоз в период беременности, мастит и др.). Особенно тяжелые нарушения микрофлоры кишечника наблюдаются при развитии у детей гнойно-инфекционных заболеваний (сепсис, пневмония, пиодермия, омфалит, отит и др.) [14].

Нарушения деятельности нормальной микрофлоры, происходящие при дисбактериозе, тормозят расщепление и реабсорбцию ферментов энтерокиназы и щелочной фосфатазы, приводят к обеднению организма витаминами, особенно группы В; это отрицательно влияет на течение физиологических процессов и общую реактивность организма.

Изменения в микробиоценозе кишечника наступают задолго до клинических проявлений и служат предвестником отклонений в клинико-физиологическом статусе организма человека. Эти нарушения со временем проявляются местными симптомами, а затем и общими нарушениями, которые отягощают течение различных заболеваний и затрудняют лечение. Все это создает неблагоприятный фон для течения заболеваний как инфекционной, так и неинфекционной природы, а при определенных условиях становится патогенетическим фактором развития тяжелых вторичных расстройств, вплоть до генерализованных форм эндогенной инфекции. С этих позиций проблема борьбы с дисбактери-

озом приобретает большую актуальность для самых различных отраслей клинической медицины, а разработка рациональных средств восстановления нормальной микрофлоры рассматривается как один из путей повышения эффективности специфического лечения [15, 16].

Значительное место в детской гастроэнтерологии занимают воспалительные заболевания толстой кишки — такие, как болезнь Крона, неспецифический язвенный колит. Полисиндромность этих заболеваний, возрастные особенности поражения кишечника представляют определенную сложность для их ранней диагностики [17]. Совершенствование эндоскопической аппаратуры, использование прижизненной микроскопии слизистой оболочки, технических приемов, позволяющих проводить колоноскопическое исследование у детей раннего возраста, позволяют не только констатировать поражение слизистой оболочки, но также определить протяженность и в определенной степени глубину поражения. Несмотря на огромный опыт использования препаратов 5-аминосалициловой кислоты для лечения хронических воспалительных заболеваний кишечника, до настоящего времени не отработаны схемы и не определена длительность использования этих препаратов у детей, а прямая экстраполяция результатов многочисленных исследований у взрослых зачастую неприемлема для детей.

Трудности в подборе препаратов с учетом возраста ребенка при отсутствии детских стандартных доз диктуют необходимость изучения особенностей фармакотерапии болезней органов пищеварения у детей. Решение важнейших задач фармакокинетики и фармакотерапии позволит существенно повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий при гастроэнтерологических заболеваниях у детей.

В Советском Союзе была создана и апробирована модель этапного ведения больных с болезнями органов пищеварения. Она подразумевала 3 основных этапа ведения детей:

- лечение в стационаре;
- санаторное лечение и оздоровление больных;
- длительное активное наблюдение в поликлинике. Эта модель существовала при наличии широкой сети детских гастроэнтерологических санаториев, находившихся в разных республиках СССР.

Новые экономические условия, возникшие после 1991 г., перепрофилирование многих санаториев и домов отдыха, таможенные сложности и ограничения для лечения на курортах бывших Советских республик потребовали изменения существовавшей ранее схемы лечения и наблюдения за детьми с поражениями ЖКТ.

Основное правило, которое необходимо соблюдать при проведении комплексного наблюдения за детьми, — это непрерывность и преемственность врачебного наблюдения, использование этапности в лечении. Эта преемственность должна касаться всех лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ): поликлиник, консультативно-диагностических центров, стационаров дневного пребывания, детских клиник, реабилитационных центров, санаториев, школ и детских садов.

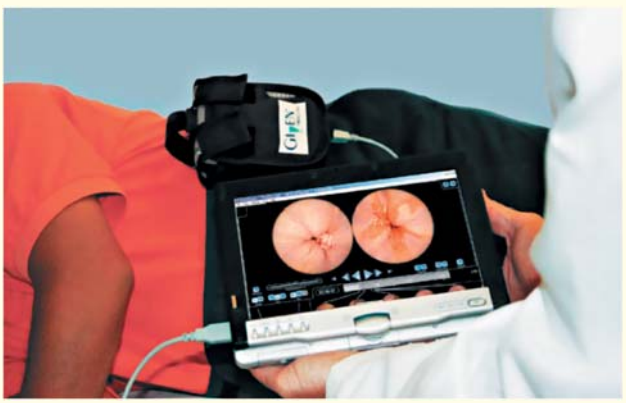
Объем восстановительного лечения должен предусматривать применение лечебного питания, медикаментозных средств, бальнеолечения, физиотерапии и лечебной физкультуры. Диета ребенка должна строиться с учетом качественного состава пищи, возрастных особенностей пищеварения, активности ферментной системы и состояния микрофлоры кишечника.

ROSSLYN MEDICAL®
передовые технологии

КАПСУЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЯ GIVEN (GIVEN IMAGING, ИЗРАИЛЬ) – ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

- Проводится с помощью миниатюрной эндоскопической капсулы, содержащей видеокамеру с источниками света и питания.
- Неинвазивная процедура, не требующая седации.
- Может проводиться в амбулаторных условиях.
- Эндоскопическая картина в «естественных» условиях без инсуффляции и механического раздражения.
- Высокая степень увеличения обеспечивает визуализацию всех структур вплоть до отдельных кишечных ворсин.
- Не требует работы профессиональных медицинских бригад, проводится одним специалистом.
- Наличие специальных растворимых тестовых капсул исключают возможность механической непроходимости.

Рабочая станция с программным обеспечением пятого поколения **RAPID 5** с новыми видеокапсулами **PillCam® SB2, ESO2, Agile** и **COLON** предоставляет небывалые возможности малоинвазивного эндоскопического обследования на всем протяжении желудочно-кишечного тракта.



Эксклюзивный представитель компании Given Imaging – Rosslyn Medical
123610, Москва, Краснопресненская наб., 12, ЦМТ, офисное зд., оф. 1708
Тел.: (495) 258 1509 (многоканальный), факс: (495) 258 2438
E-mail: info@rosslynmedical.com, http://www.rosslynmedical.com

Физиотерапевтические процедуры, назначаемые детям с заболеваниями органов пищеварения, должны быть направлены на улучшение общей реактивности организма, нормализацию функционального состояния ЦНС, регуляцию секреторной деятельности, стимуляцию обмена веществ и трофических процессов. При заболеваниях органов пищеварения у детей используются электролечение, токи и поля высокого напряжения и высокой частоты, светолечение. При назначении физиотерапевтических процедур необходимо учитывать стадию болезни, индивидуальную переносимость данного физического воздействия.

Современное лечение и последующая реабилитация детей с болезнями органов пищеварения способна существовать только при наличии этапного перехода детей от одного звена ЛПУ к другому.

Так, первичная диагностика и лечение болезней органов пищеварения должны проводиться в поликлиниках или консультативно-диагностических центрах, оснащенных современной диагностической аппаратурой и существующих в тесной взаимосвязи со специализированными стационарами. Стационарное лечение необходимо использовать только для лечения детей в период обострения или для проведения сложных специальных инструментальных методов исследования. Такое использование стационаров позволит снизить затраты на каждого госпитализированного ребенка, а с другой стороны — увеличить оборот койки в стационаре.

После стационарного лечения начинается самый длительный и «незаметный» период ведения детей с поражениями органов пищеварения — реабилитация. В это время проводятся собственно санаторное лечение и оздоровление, а также противорецидивное лечение. Оптимальным вариантом в этом периоде является нахождение ребенка в гастроэнтерологических санаториях или оздоровительных лагерях санаторного типа. Однако удорожание стоимости санаторного лечения, и в первую очередь дорожных расходов, резко ограничило число детей, которые имеют возможность воспользоваться санаторными путевками. В этой ситуации роль основного реабилитационного звена детской гастроэнтерологии приходится на гастроэнтерологические отделения дневного стационара и отделения стационарзамещающих технологий. В этих подразделениях дети, находясь здесь в течение всего дня, могут получать высококачественную медицинскую помощь и необходимое обследование с применением всего арсенала аппаратуры и оборудования стационаров.

Последний этап ведения детей заключается в диспансерном наблюдении и проведении лечебных и оздоровительных мероприятий в семье. Он, как правило, проходит в районной поликлинике по месту жительства ребенка.

Основные направления реабилитации при болезнях органов пищеварения следующие:

1. Обеспечение рациональным питанием (регулярное, сбалансированное по основным показателям, соответствующее возрасту ребенка).
2. Значительное внимание к социально-экономическим факторам, определяемым как качество жизни: (бытовые условия, продолжительность и качество сна, здоровая обстановка в семье, взаимоотношения со сверстниками и педагогами).
3. Нормализация перистальтики ЖКТ.
4. Лечение сопутствующих и (или) предрасполагающих заболеваний и состояний: паразитарных заболеваний, вторичного ослабления иммунной защиты организма, дисбиотических состояний, воспалительных заболеваний других органов и систем, аллергической патологии.

При частом изменении режима питания нарушаются секреторная и моторная функции органов пищеварения, в первую очередь желудка, приводя в дальнейшем к глубоким морфологическим изменениям в слизистой оболочке. При этом страдают и железы (прежде всего поджелудочная), участвующие в выработке пищеварительных ферментов. Изменение времени приема пищи в школе у младших школьников, пришедших после детского сада, привязка ко времени «большой» перемены в сочетании с отказом части детей принимать пищу до появления острого чувства голода создают угрозу нарушения нормальной деятельности пищеварительной системы.

Изменение режима приема пищи в связи с переходом детей на другой режим питания (при переходе с обучения в 1-ю смену на 2-ю) как правило, приводит к нарушению функционирования в первую очередь системы пищеварения и развитию воспалительных заболеваний.

При учебе во 2-ю смену и «раннем» обеде при отсутствии, как правило, полдника, дети достаточно поздно и обильно ужинают, что, наряду с другими перечисленными выше факторами, приводит к нарушению функции органов пищеварительной системы.

Рекомендации по режиму нагрузок и питания школьников (по А.А. Корсунскому) таковы:

1. Урок физкультуры должен стоять в расписании не ранее 2-го у учеников 8–11-го класса и 3-го — у учеников 1–7-го класса.
2. Уроки физкультуры должны проводиться до школьного приема пищи или в конце учебного дня (для детей, обучающихся в 1-ю смену).
3. Независимо от характера учебы (1-я или 2-я смена) необходимо сохранять постоянный режим дня — время пробуждения, завтрака, ужина, физических упражнений, отхода ко сну.
4. Независимо от режима обучения необходимо включать в вечерний рацион питания ребенка только легкоусвояемые продукты без использования жирных жареных, острых и соленых блюд.

Отсутствие должного внимания к школьному питанию привело к появлению такого понятия, как «школьный гастрит», напрямую связанного с полным отсутствием питания в период пребывания в школе.

Одним из основных этапов реабилитации детей после перенесенных заболеваний органов пищеварения является санаторное лечение или восстановление работы различных органов ЖКТ в отделениях стационарзамещающих технологий. Основной массе больных показано лечение в местных санаториях, что значительно облегчает процессы реабилитации. В среднем период реабилитации, санаторного лечения или пребывания ребенка в оздоровительном лагере должен составлять не менее 26–30 дней.

Особое внимание следует уделять условиям, направленным на повышение психоэмоционального тонуса детей (в частности при нахождении на реабилитации в стационаре одного дня или в отделениях стационарзамещающих технологий). Следует (по возможности) предусматривать выезды детей в зеленую зону городов, парки, проведение гимнастики на открытом воздухе, а также культурных мероприятий (особенно для детей, находящихся в санаториях и лагерях).

Санаторно-курортное лечение предусматривает комплексное воздействие физических факторов на организм ребенка. Последние подразделяются на есте-

ственные (бальнео-, грязе-, климатолечение) и искусственные (электро-, светолечение и пр.) Большая роль принадлежит созданию оптимального санаторного режима и диетическому питанию. На весь период пребывания ребенка в санатории ему определяется соответствующий лечебно-оздоровительный режим: щадящий, тонизирующий или тренирующий. Нередко, по мере восстановления функций организма щадящий режим (назначаемый в ранний период реабилитационного лечения) меняется на более активный, включающий дополнительные физические и психоэмоциональные нагрузки. Сроки пребывания в различных реабилитационных учреждениях разнятся. Так, в детских санаториях, находящихся в курортной зоне, куда принимают детей в возрасте от 3–18 лет включительно продолжительность лечения должна быть не менее 45–60 дней (сюда включены периоды основной и заключительной акклиматизации). В санаториях типа «мать и дитя» лечение продолжается до 24–30 дней. В детских санаториях, стационарах дневного пребывания и отделениях стационарзамещающих технологий могут находиться дети от 1 года до 18 лет включительно; сроки пребывания ребенка, а соответственно, и продолжительность реабилитации, определяются индивидуально, с учетом особенностей состояния конкретного ребенка.

Диспансеризация при заболеваниях органов пищеварения направлена на ранее выявление больных — при начальных признаках заболевания, наблюдение за ними, проведение лечебно-профилактических и социальных мероприятий с целью предотвращения рецидивов и осложнений.

Основная роль в проведении диспансеризации принадлежит педиатрам-гастроэнтерологам, а также педиатрам ЛПУ. Диспансерному наблюдению в поликлинике, а также консультативно-диагностических центрах подлежат дети с хроническими заболеваниями органов пищеварения (гастрит, дуоденит), функциональными расстройствами желудка, ГРБ, холециститом, гепатитом и (или) циррозом печени, панкреатитом (в том числе с вторичной панкреатической недостаточностью), хроническим энтеритом, колитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, функциональными и органическими поражениями тонкой и толстой кишки, наследственными и врожденными заболеваниями органов пищеварения.

Диспансерное наблюдение и обследование детей должны проходить в тесной взаимосвязи между всеми звеньями этапного наблюдения за ребенком. В медицинском кабинете школы должен поводиться диспансерный контроль за всеми учащимися, страдающими хроническими или длительно текущими заболеваниями и поражениями системы органов пищеварения.

Все дети, находящиеся на диспансерном учете, должны проходить специализированное обследование в стационарах дневного пребывания или консультативно-диагностических центрах, оснащенных современной диагностической аппаратурой (эндоскопия, ультразвуковые аппараты, для pH- и сфинктерометрии, ЭЭГ, ЭКГ) в соответствии с индивидуальным графиком обострения основного заболевания или хотя бы в весенне-осенний период — время пика гастроэнтерологической патологии.

УльтоП®
омепразол
капсулы по 10 мг
капсулы по 20 мг
капсулы по 40 мг
Новинка

Единственный омепразол в России с полным спектром дозировок!

Показания к применению: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рефлюкс-эзофагит, эрозивно-язвенные поражения, связанные с приемом НПВП, синдром Золлингера-Эллисона. **Способ применения и дозы:** 20–40 мг в сутки, утром натощак, запивая небольшим количеством воды. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к омепразолу и другим компонентам препарата, детский возраст, беременность и период лактации.

Форма выпуска: Блистеры, пеналы
14 и 28 капсул по 10 мг
14 и 28 капсул по 20 мг
14 и 28 капсул по 40 мг
Условия отпуска из аптек: По рецепту врача.

Регистрационное удостоверение:
ПN014514/01-2002 от 10. 11. 2002 и ПNЛС-000695 от 02. 09. 2005

Входит в льготный список
УЛЬТОП
10 и 40 мг

За более подробной информацией обращайтесь в представительство.

Представительство в РФ
123022, г. Москва, ул. 2-я Звенигородская, д.13, стр. 41, эт. 5
Тел. (495) 739 66 00, Факс (495) 739 66 01, E-mail: info@krka.ru, www.krka.ru

KRKA

При выявлении у детей обострения заболевания их переводят в следующую по порядку группу диспансерного наблюдения. В зависимости от выраженности патологического процесса назначается специфическое лечение в амбулаторных или стационарных условиях. При положительной динамике, определяемой во время углубленного диспансерного осмотра, детям рекомендуется противорецидивное или санаторно-курортное лечение с учетом группы, в которой они в данный момент находятся.

В дошкольных учреждениях комплекс реабилитационных мероприятий и диспансерное наблюдение должны основываться на тех же принципах, что и у детей старшего возраста.

Система этапного лечения, высокая самодисциплина детей и родителей — важное условие предупреждения хронизации патологического процесса и успеха реабилитационных мероприятий. Для грамотного проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий необходимо, чтобы врачи, проводящие эти исследования и назначающие ту или иную терапию, были высококлассными специалистами. В 2006 г. Минздравсоцразвития издан приказ № 615 от 29.08.2006 г. «О мерах по совершенствованию организации гастроэнтерологической помощи детскому населению Российской Федерации», в котором определяются порядок организации деятельности кабинета врача-педиатра, оказывающего гастроэнтерологическую помощь детям, а также деятельности отделения детской гастроэнтерологии, примерный перечень медицинского оборудования и инструментария, необходимых для организации деятельности указанного кабинета, положение об организации деятельности врача-педиатра, оказывающего гастроэнтерологическую помощь детям. В соответствии с этим приказом врач-педиатр, оказывающий гастроэнтерологическую помощь детям, определяется как специалист с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», прошедший подготовку по специальности «Гастроэнтерология» в клинической ординатуре в медицинском образовательном учреждении высшего или дополнительного профессионального образования либо в профильных научно-исследовательских медицинских институтах в соответствии с требованиями, предъявляемыми к образовательному стандарту, а также типовой программой и учебным планом профессиональной подготовки (переподготовки), утвержденными в установленном порядке.

Однако результаты, которых добилась отечественная детская гастроэнтерология, отнюдь не являются конечными. Наоборот, они становятся своеобразным трамплином для решения новых задач, стоящих перед гастроэнтерологами и педиатрами.

Большое внимание на современном этапе уделяется вопросам стандартизации диагностики и лечения заболеваний у детей. Внедрение в практику детской гастроэнтерологии формулярной системы позволило унифицировать терапевтические схемы хеликобактериоза, ГЭРБ. Однако до настоящего времени недостаточно четко отработаны алгоритмы диагностики функциональных нарушений кишечника и принципы рациональной терапии этих состояний.

Требуют уточнения этиологические и патогенетические аспекты заболеваний пищеварительных органов, необходимо совершенствование их диагностики, лечения и профилактики, с более широким внедрением неинвазивных методов исследования, скрининговых диагностических тестов.

Накопление знаний о патогенезе и течении различных болезней ЖКТ, совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний органов пищеварительной системы привели к необходимости пересмотра существующих классификаций воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, поражений поджелудочной железы, хронического гепатита различной этиологии. В ближайшем будущем детским гастроэнтерологам предстоит решать вопросы совершенствования диагностики и лечения сочетанных болезней органов пищеварения и других систем — дыхательной, сердечно-сосудистой, кожных покровов. Предстоит решить проблему пересадки различных органов, в частности печени и поджелудочной железы, а также внедрения новых, органосохраняющих методов при лечении «хирургических» заболеваний органов пищеварения — полипоза, болезней Гиршпрунга, Крона, врожденных и посттравматических повреждений органов пищеварения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А. Здоровье детей России — М., 1999. — С. 274.
2. Квирквелия М.А. Эзофагогастродуоденоскопия у детей в амбулаторных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1981. — С. 14.
3. Копейкин В.Н. Механизмы формирования и система оптимизации лечения неспецифического язвенного колита у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — С. 29.
4. Михайлова И.И., Митрохин С.Д., Иваников И.О. и др. Микроэкологический дисбаланс пищеварительного тракта как фактор прогрессирования аллергии и формирования псевдоаллергии // Клин. вестн. — 1997. — № 4. — С. 37–38.
5. Оптимизация подходов к лечению и профилактике дисбактериоза (дисбиоза) кишечника. Методические указания / Под ред. проф. Минушкина О.Н. — М., 1998. — С. 21.
6. Ревякина В.А., Балаболкин И.И., Вознесенская Н.И., Юхтина Н.В. Медикаментозная коррекция поражений верхних отделов пищеварительного тракта у детей с аллергическими заболеваниями // — Педиатрия. — 1998. — № 5. — С. 92–94.
7. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. — С-Пб., 1991. — С. 5–6, 88–98.
8. Щербаков П.Л., Волков И.А., Филин В.А. и др. Сравнительная эффективность тройной терапии у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Материалы VI конференции Актуальные проблемы абдоминальной патологи у детей. — М., 1999. — С. 65–66.
9. Bortolotti M., Brunelli F., Sarti P. et al. Effects of oral clarithromycin and amoxycillin on interdigestive gastrointestinal motility of patients with functional dyspepsia and Helicobacter pylori gastritis // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1998. — V. 12, № 10. — P. 1021–1025.
10. De Koster E. Indications for HP eradication: gastro-esophageal reflux disease // Acta Gastroenterol. Belg. — 1998. — V. 61, № 3. — P. 313–315.
11. Eradication of Helicobacter pylori normalizes elevated mucosal levels of epidermal growth factor and its receptor // Am. J. Gastroenterol. — 1999. — V. 94, № 10. — P. 2885–2889.
12. Ganga-Zandzou P.S., Michaud L., Vincent P. et al. Natural outcome of Helicobacter pylori infection in asymptomatic children: a two-year follow-up study. Pediatrics. — 1999. — V. 104 (2 Pt 1). — P. 216–221.
13. Hori Y., Takeyama Y., Shinkai M. et al. Inhibitory effect of vacuolating toxin of Helicobacter pylori on enzyme secretion from rat pancreatic acini // Pancreas. — 1999. — V. 18, № 3. — P. 324–327.
14. Koster E.D. Adverse events of HP eradication: long-term negative consequences of HP eradication // Acta Gastroenterol. Belg. — 1998. — V. 61, № 3. — P. 350–351.
15. Mikhailova I., Ivanikov I., Goriachkina L., Topoleva T. Gut flora in patients with allergic diseases and non-immune allergic reactions. XV International congress of allergolology and clinical immunology. — 1994. — Stokholm. — Sweden. — № 1637. — P. 450.
16. Realdi G., Dore M.P., Fastame L. Extradigestive manifestations of Helicobacter pylori infection: fact and fiction // Dig. Dis. Sci. — 1999. — V. 44, № 2. — P. 229–236.
17. Satoh K., Kimura K., Takimoto T., Kihira K. A follow-up study of atrophic gastritis and intestinal metaplasia after eradication of Helicobacter pylori // Helicobacter. — 1998. — V. 3, № 4. — P. 236–240.
18. Tepes B., Kavcic B., Gubina M., Krizman I. A four-year follow-up of duodenal ulcer patients after Helicobacter pylori eradication // Hepatogastroenterology. — 1999. — V. 46, № 27. — P. 1746–1750.
19. Xia H.H., Talley N.J. Helicobacter pylori infection, reflux esophagitis, and atrophic gastritis: an unexplored triangle // Am. J. Gastroenterol. — 1998. — V. 93, № 3. — P. 394–400.