

Рациональный подход к диагностике и лечению синдрома диспепсии у детей

Д. В. ПЕЧКУРОВ, профессор.
Самарский государственный медицинский университет

Согласно современному определению под синдромом диспепсии (СД) понимается комплекс расстройств, включающий боль и/или дискомфорт в эпигастрии, чувство переполнения в подложечной области после еды, раннее насыщение, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу. Особенностью СД у детей является преимущественная локализация боли в околопупочной области. Распространенность синдрома в популяции составляет 25-50% и приблизительно одинакова во всех возрастных группах. При этом нужно учитывать, что согласно новой редакции Римских Критериев (2006), данный термин не может быть применен до достижения ребенком 4 лет, что объясняется необходимостью наличия достаточно структурированных жалоб со стороны пациента для постановки диагноза.

В том случае, если в результате гастроэнтерологического обследования органической патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не определяется, в настоящее время принято применять диагноз неязвенной диспепсии (НД) или функциональной диспепсии (ФД). Право на существование каждого из этих терминов в научной среде вызывает многолетние споры, оба обоснованно критикуются. Но для практического врача важно понимать, что эти диагнозы предполагают отсутствие у пациента язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического холецистита и панкреатита, желчно-каменной болезни, врожденных пороков ЖКТ или опухолей, других локальных поражений гастродуоденальной зоны.

Основанием для проведения детям с абдоминальными болями и диспепсическими симптомами ЭГДС долгое время считалась необходимость диагностики хронического гастрита. Однако, в амбулаторной практике этот диагноз почти всегда выставляется по эндоскопическим критериям, морфологическое исследование всем детям с СД при высокой распространенности этого состояния проводить нецелесообразно. В то же время, согласно действующим критериям Сиднейской классификации (1990) именно морфологическое заключение является основой диагностики гастрита и дуоденита.

Таким образом, термины НД или ФД подменяют собой длительно применявшиеся в отечественной гастроэнтерологической практике диагнозы функционального расстройства желудка, хронического гастрита и гастродуоденита, в какой-то мере, дискредитируя желчевыводящих путей и рецидивирующих абдоминальных болей.

Диагностические мероприятия при СД должны строиться с учетом его возрастных эпидемиологических и клинических особенностей. Среди заболеваний, которые составляют группу органической диспепсии у детей, наибольшее значение представляет язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, распространенность которой составляет около 1 случая на 1000 населения в возрасте от 0 до 14 лет. Причем, если среди детей раннего возраста случаи ЯБ единичны, в возрастной группе 4-9 лет ее распространенность не превышает 0,4%, то среди подростков заболеваемость ЯБ достигает 3 случаев на 1000.

Несмотря на то, что регистрируемая распространенность хронического холецистита у детей приблизительно соответствует ЯБ, детальное обследование, как правило, исключает этот диагноз. Поэтому можно согласиться

с мнением Э. П. Яковенко и других авторов о том, что для развития хронических воспалительных изменений билиарного тракта у детей необходимым условием является грубое нарушение оттока желчи, как, например, при пороках гепатобилиарной системы или желчно-каменной болезни, которая в детском возрасте, по нашим данным, встречается с частотой 18 случаев на 100 тысяч, как правило, не имеет характерной клинической картины и выявляется случайно при сонографии.

В литературе имеются сведения о том, что абдоминальные боли и диспепсические расстройства у детей могут быть обусловлены аномалиями ЖКТ, например, дивертикулами пищевода, желудка, тонкой кишки.

Клиническая диагностика перечисленных заболеваний часто является трудной задачей даже для опытного гастроэнтеролога, однако их обострения, а тем более осложнения проявляются достаточно ярко симптомами, которые в литературе обозначаются как «симптомы тревоги» (табл. 1).

Таблица 1. Симптомы тревоги при органической диспепсии

Симптомы	Заболевания	Осложнения
Интенсивная и некупирующаяся боль	Язвенная болезнь, холецистит, панкреатит, ЖКБ, дивертикул	Пенетрация, перфорация, обтурация, дивертикулит
Повышение температуры, интоксикация, воспалительные изменения в крови	Холецистит, панкреатит, ЖКБ, дивертикул	Абсцесс, эмпиема, обтурация, дивертикулит
Примесь крови в рвотных массах или стуле, бледность, слабость, обмороки, падение АД, анемия	Язвенная болезнь, дивертикул	Кровотечение
Потеря массы тела	Тяжелые общие заболевания с абдоминальным синдромом, опухоли	

Как указывалось выше, в структуре СД у детей преобладает ЯБ, поэтому ее ранняя диагностика является приоритетной задачей. Эпидемиологическими критериями, повышающими риск ЯБ, являются возраст старше 10 лет (примерно в 10 раз), принадлежность к мужскому полу (в 3-4 раза), отягощенная наследственность (в 6-8 раз). Клинически на наличие у пациента ЯБ будут указывать ночные и голодные боли, сильные редкие боли, изжога и отрыжка кислым (рис. 1). При наличии у ребенка хотя бы одного из перечисленных симптомов или симптомов тревоги, ему должна быть проведена ЭГДС в первоочередном порядке. При отсутствии таких показаний назначается симптоматическая терапия.

Сонография является неинвазивным и доступным методом скрининга в популяции широкого круга патологических состояний. Если ребенку в течение длительного времени не проводилось УЗИ печени, поджелудочной железы и желчного пузыря, оно так же должно быть назначено для исключения аномалий развития этих органов, опухолей и кист, а так же ЖКБ, портальной гипертензии и цирроза печени. Учитывая необходимость скрининга этих заболеваний, требующих ранней диагностики, однократное

проведение УЗИ брюшной полости каждому ребенку с СД, по нашему мнению, является обязательным. Определение сократительной функции желчного пузыря при первичном обращении, как правило, является излишним и необоснованно увеличивает сроки и стоимость обследования.

Под функциональной или неязвенной понимают те случаи диспепсии, когда при тщательном гастроэнтерологическом обследовании, ее причину установить не удастся. В основе клинических проявлений ФД лежат две группы факторов: двигательные расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки, а также висцеральная гиперчувствительность.

Круг патологических состояний, способных за счет гуморальных и нервно-рефлекторных влияний вызвать расстройства пищеварительного тракта, достаточно широк. Он включает невротические нарушения и социальную дезадаптацию, вегетативные расстройства, хронические инфекции и инвазии ЖКТ, пищевую аллергию, возможно, другие факторы. Выявление и устранение этих причин в комплексе с симптоматическим лечением, будет способствовать стойкому купированию проявлений диспепсии.

Диспепсия может являться одним из висцеральных проявлений вегетативных дисфункций. В этом случае патогенетически обосновано применение вегетотропных препаратов. Для того, чтобы облегчить практическому врачу выявление и уточнение формы вегетативного расстройства ЖКТ, мы предлагаем использовать таблицу А. М. Вейна в модификации (табл. 2).

Таблица 2. Признаки, лежащие в основе исследования вегетативного тонуса ЖКТ (в модификации по А. М. Вейну, 2000)

Признак	Симпатическая реакция	Парасимпатическая реакция
Саливация	Уменьшено, слюна густая	Усилено, слюна жидкая
Кислотность	Нормальная	Повышена, отрыжка кислым, изжога
Кишечная моторика	Снижена, атонические запоры	Повышена, диарея, спастические запоры
Тошнота	Нехарактерна	Характерна
Тип болей	Постоянные	Приступообразные

По преобладанию у пациента тех или иных симптомов можно судить о наличии и типе вегетативной дистонии, назначать соответствующие вегетотропные препараты. По нашим данным в двух третях случаев у детей с СД имеет место преобладание парасимпатической регуляции ЖКТ.

Роль *Helicobacter pylori* (НР) в развитии НД широко обсуждается и до настоящего времени не кажется очевидной. С одной стороны, неоспоримо доказано, что персистенция НР вызывает воспалительные изменения слизистой желудка, с другой стороны эти изменения часто не коррелируют с клиническими данными. Эпидемиологическими иссле-

дованиями не удалось получить достоверных отличий частоты встречаемости НР в группе лиц с диспепсией и без диспепсии.

Противоречивы результаты исследований, касающихся эффективности АХТ. Malfertheiner P. в проведенном исследовании установил, что АХТ приводит к облегчению симптомов только у 9%, а явления гастрита купируются у 80%. По данным Blum A. L. et al., исчезновение симптомов диспепсии в течение 1 года достигалось у 27% больных, получавших АХТ и у 21%, получавших омепразол. Таким образом, можно сделать вывод о том, что эрадикация НР не устраняет симптомы неязвенной диспепсии, но способствует исчезновению признаков гастрита.

Еще одним этиопатогенетическим фактором, способным вызвать НД, являются глистные и паразитарные инвазии ЖКТ. Ведущим механизмом в этом случае является не воспаление слизистой ВОПТ, а воздействие токсинов, функциональное состояние мышечного и секреторного аппарата. Известно не менее 10 гельминтозов, протекающих с диспепсическим синдромом. Признаками, указывающими на высокую вероятность инвазии, являются сочетанное поражение отделов ЖКТ, сопутствующие аллергические поражения, эозинофилия или анемия, выраженный астеновегетативный синдром.

Определенную роль в развитии НД могут сыграть аллергические механизмы. Хорошо известно, что некоторые биогенные амины, являющиеся модуляторами аллергических реакций, регулируют секрецию и моторику желудка и двенадцатиперстной кишки. Нарушения обмена биологически активных веществ, а так же лабильность мембран тучных клеток при аллергии, носят генерализованный характер, поэтому независимо от пути попадания аллергена и локализации аллергического поражения, вероятность гастроэнтерологической патологии повышается.

Лечение, исходя из имеющихся симптомов, необходимо назначать уже на первичном приеме. Однако, для того чтобы оно было эффективным, нужно правильно интерпретировать жалобы больного, так как многие современные препараты высокоселективны в отношении клинического эффекта и точки приложения.

Согласно Римским Критериям III (2006), выделяется постпрандиальный (дискинетический) и болевой (язвенноподобный) варианты НД. Патогномоничными для НД считаются ранние, то есть возникающие после приема пищи боли, быстрое насыщение, вздутие и переполнение в верхней половине живота. Часто боли бывают ситуационными — утром перед уходом в дошкольное учреждение или школу, накануне экзаменов или других волнующих событий в жизни ребенка. Во многих случаях ребенок или его родители не могут сами указать на связь болей с какими-либо факторами.

При дискинетическом варианте хороший клинический эффект дает прием антагониста периферических допаминовых рецепторов домперидона (Мотилиум, Мотилак). Этот препарат обладает прокинетическим эффектом, повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшает желудочную аккомодацию и антродуоденальную координацию, что способствует устранению диспепсических симптомов. Дозировка с 5 до 11 лет по 5 мг 3-4 раза в день за 20 мин до еды, с 12 лет разовая доза составляет 10 мг, курс лечения от 2 до 4 недель.

При болевом варианте НД прокинетики часто бывают неэффективны. В этих случаях предпочтительнее использовать спазмолитики: миотропные или действующие на вегетативные нервные окончания. Миотропный спазмолитик дротаверин (Но-шпа) действует независимо от типа вегетативной иннервации.

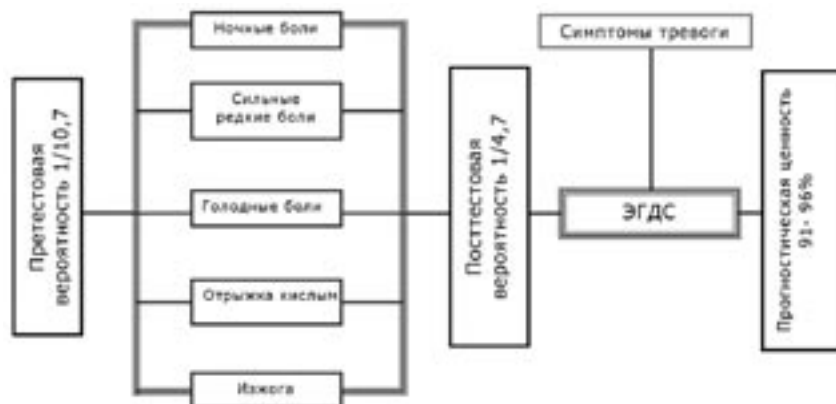


Рисунок 1. Комбинированное применение тестов для диагностики язвенной болезни.



Рисунок 2. Лечебно-диагностический алгоритм при синдроме диспепсии у детей

Однако его действие не является избирательным в отношении ЖКТ, он действует и на сердечно-сосудистую, мочеполовую, центральную нервную системы, что не всегда желательно. Суточная доза от 80 до 200 мг в 2-5 приемов, курс лечения обычно не превышает 7 дней.

Как отмечалось выше, во многих случаях боли и дискомфорт связаны с нарушением вегетативной регуляции ВОПТ по парасимпатическому типу. Блуждающий нерв стимулирует желудочную секрецию, повышает тонус и моторику гладкой мускулатуры. В этих случаях более обоснованным представляется назначение антихолинергических средств, однако их применение долгое время было связано с выраженными побочными эффектами. Сейчас доступны селективные холинолитики, обладающие тропностью в отношении желудочно-кишечного тракта.

Пирензепин (Гастроцепин®), являясь антисекреторным средством, эффективен при голодных болях, изжоге, отрыжке кислым, назначается детям с 6 лет в суточной дозе 25-50 мг в два приема. Гиосцина бутилбромид (Бускопан®) избирательно накапливается в местах возникновения спазма гладкой мускулатуры, расслабляя ее, снижает секрецию пищеварительных желез, обладает ганглиоблокирующим эффектом, что обеспечивает эффективное купирование болевого синдрома. Препарат назначается детям с 6 лет по 5-20 мг 3 раза в сутки внутрь или ректально курсом до 2 недель.

Одной из наиболее распространенных и безопасных групп лекарственных средств, применяемых при ФД, являются антациды. Современные невсасывающиеся антациды на основе алюминия и магния помимо кислотонейтрализующего эффекта обладают адсорбирующим и цитопротективным действием. Это позволяет им уменьшать выраженность широкого спектра симптомов, хотя следует признать, что при монотерапии выраженных болей или тошноты, эффективность их совершенно недостаточна. Антациды с низким содержанием алюминия обладают некоторым послабляющим эффектом, что полезно использовать при сочетании НД со склонностью к запорам.

Антисекреторные средства в лечении НД у детей до 12 лет применяют редко, что связано и с некоторыми возрастными ограничениями, и тем, что гиперсекреция в патогенезе НД у детей играет меньшую роль. При необходимости в этой возрастной группе препаратом выбора является Гастроцепин.

Наличие НД не требует назначения строгой диеты или режима питания. Пациенту следует рекомендовать ограничить употребление продуктов, содержащих ксенобиотики и исключить прием пищи в вечернее время (после 19 часов). Нормализации нервно-психической сферы способствуют прогулки на свежем воздухе, продолжительный сон, ограничение просмотра телепередач и, особенно, компьютерных игр.

Пациенты с невротическими расстройствами и депрессией нуждаются в направлении к психотерапевту. Однако, менее выраженные астенические и тревожные расстройства встречаются у большинства детей и подростков с НД, поэтому их коррекцию должны проводить педиатры и гастроэнтерологи уже на первичном приеме.

Так при астеническом синдроме показано назначение витаминов, растительных биостимуляторов (женьшень, аралия, лимонник), соляно-хвойные ванны, больным рекомендуется более продолжительный сон, прогулки на свежем воздухе, временное снижение нагрузок.

При тревожных расстройствах, нарушениях сна хорошим эффектом обладают седативные средства растительного происхождения: валериана, мята перечная и меласса. Все эти компоненты входят в состав препарата Персен®, который, помимо седативного, обладает и спазмолитическим действием. Разрешен к применению с 3 лет в форме таблеток (1-3 таблетки в сутки), с 12 лет в форме капсул (1-2 капсулы в сутки).

Показания к проведению антихеликобактерной терапии (АХТ) при НД до настоящего времени не определены. Несмотря на то, что в последнем проекте Маастрихтского соглашения (2005) эти показания расширены практически до абсолютных, принятым на национальном уровне остается консенсус 2000 года, где указывается, что эрадикация НР только у части больных приводит к устранению симптомов.

С учетом высокой распространенности СД, ведение таких пациентов в большинстве случаев должно осуществляться амбулаторно. Достаточно полную информацию о природе СД можно получить уже при изучении анамнеза и анализе клинических симптомов заболевания, если их собирать целенаправленно и правильно интерпретировать.

Лечебно-диагностический алгоритм при первичном обращении по поводу СД отображен на рисунке 2. Включение в алгоритм билиарных дисфункций, функциональных абдоминальных болей (ФАБ) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) объясняется тем, что у детей жалобы часто носят неопределенный характер, а такой симптом, как локализация болей, вообще малоспецифичен. В связи с этим врач, проводящий обследование ребенка с функциональным расстройством ЖКТ, должен опираться на более широкий круг объективных симптомов, таких как частота и консистенция стула, особенности мочеиспускания, а также анализ кала и мочи. Отсутствие эффекта от проводимой в течение 2 недель терапии функционального расстройства должно расцениваться как признак тревоги и требует более полного гастроэнтерологического обследования.

Такое обследование большинству детей целесообразно проводить амбулаторно на базе оснащенных современным

оборудованием консультативно-диагностических центров или специализированных гастроэнтерологических центров. Консультант должен иметь возможность при необходимости провести определенный минимум обследований уже в день обращения (ЭГДС, УЗИ, анализы крови и кала). Отложенные обследования требуют повторной явки пациентов, увеличивают экономические затраты, снижают выявляемость органической патологии.

В госпитализации нуждается не более 2-5% больных с СД. Показанием для нее является наличие симптомов тревоги и отсутствие эффекта от проводимой амбулаторно терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. — М., 2000. — 304 с.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А. М. Вейна. — М., Мед. информ. агентство, 2000. — 749 с.
3. Ивашкин В. Т. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские Критерии II. / В. Т. Ивашкин, В. М. Нечаев. // Рус. мед. журн. — 2000. — Т. 2, № 2. — С. 20-22.
4. Минимальная стандартная терминология в эндоскопии пищеварительной системы. Пособ. для врачей. — М.: ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2001. — 80 с.
5. Печкуров Д. В. Синдром диспепсии у детей. / Д. В. Печкуров, П. Л. Щербakov, Т. И. Каганова — М., 2007 — 143 с.

Запоры у детей: диагностика, лечение

Р. А. ФАЙЗУЛЛИНА, д.м.н., доцент

Казанская государственная медицинская академия

Запоры представляют собой чрезвычайно широко распространенное состояние. По статистическим данным, запорами страдают от 5 до 50% трудоспособного населения, а среди гастроэнтерологических больных его частота достигает 70%. Среди детей точной статистики нет. Считается, что запорами страдают от 10 до 25% детей. Однако, распространенность этих состояний значительно выше.

Запор (constipation, obstipacio — скопление) — нарушение функции кишечника, проявляющееся увеличением интервалов между дефекациями (по сравнению с индивидуальной нормой) или систематическим недостаточным опорожнением кишечника. Для детей раннего возраста запором можно считать такое состояние, когда отмечается самостоятельное опорожнение кишечника один или несколько раз в сутки, сопровождающееся сильным натуживанием ребенка, беспокойством, плачем, а каловые массы имеют вид «овечьего» или фрагментированного с нередким присутствием прожилок крови или слизи.

Для детей, в отличие от взрослых, в определении интервалов между дефекациями, необходимо учитывать возраст и характер вскармливания в данный момент. Для новорожденных, находящихся на грудном вскармливании — частота стула соответствует числу кормлений, до 2-3 месячного возраста кратность опорожнения кишечника составляет в среднем 2 раза в сутки. Грудные дети, находящиеся на искусственном вскармливании, могут иметь стул 1 раз в сутки. Для детей старше 3 лет число дефекаций составляет 1 раз в 24-36 часов, а у взрослых редкой эвакуацией содержимого кишечника считается задержка более чем на 48 часов.

Факторами риска возникновения запоров у детей раннего возраста являются наследственная предрасположенность, патологическое течение беременности и родов, нерациональное питание кормящей женщины, недостаточное потребление воды ребенком, ранний переход на смешанное или искусственное вскармливание, перинатальные поражения ЦНС ребенка, врожденный гипотиреоз и др.

Дисфункции желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста связаны, прежде всего, с морфо-функциональной незрелостью ЖКТ (более позднее развитие ВНС, поздний старт ферментных систем, несовершенство функционирования желез и иммунной системы слизистой оболочки ЖКТ), выраженными нарушениями питания, связанными с количественной или качественной перегрузкой, несоответствующим возрасту питанием, неправильной

техникой вскармливания, насильственным кормлением и др.

У детей более старшего возраста к развитию запоров могут привести алиментарные причины, а также гиподинамия, различные заболевания (ЦНС, желудочно-кишечного тракта, эндокринные, инфекционные болезни, аномалии развития толстого кишечника). Нередко запоры возникают после психической травмы или стресса (психогенные запоры), систематическом подавлении физиологических позывов на дефекацию, связанном, например, с началом посещения детского сада или школы и т.п. Различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости с высоким риском возникновения в последующем спаек, опухоли могут создавать механическое препятствие для полноценного опорожнения кишечника.

Употребление различных лекарственных препаратов (мио-релаксантов, ганглиоблокаторов, холинолитиков, опиатов, противосудорожных, антацидов, препаратов висмута, имодиума, бифидумбактерина, ферментных препаратов, мочегонных, барбитуратов, транквилизаторов, нестероидных противовоспалительных средств, препаратов железа и кальция, блокаторов кальциевых каналов, а также острые и хронические отравления ядовитыми веществами (свинцом, таллием, никотином) способствуют возникновению запоров.

В настоящее время нет общепринятой классификации запоров. По течению выделяют острые и хронические запоры. Острый запор чаще всего возникает внезапно, когда на фоне нормального стула отмечается задержка опорожнения кишечника на один или несколько дней. Они бывают связаны с нарушениями питания и питьевого режима, возникают на фоне обезвоженности организма в жаркое время года, реже — после перенесенных заболеваний, в частности, кишечной инфекции. Как правило, острый запор кратковременен и при соответствующей коррекции питания, режима, питья легко устраним. При остром запоре каких-либо органических причин (спайки, кишечная непроходимость и т. п.) не отмечается.

Хронические запоры, напротив, беспокоят более 3 мес. и для диагноза требуют комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования.

В патогенезе хронических запоров выделяют замедление продвижения каловых масс по кишечнику, слабость внутрибрюшного давления и нарушение дефекации.