

# Функциональные гастроинтестинальные расстройства

**Начало нового тысячелетия ознаменовалось значительным прогрессом педиатрической науки в области гастроэнтерологии, что привело к важным достижениям в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов пищеварения у детей. В последние десятилетия происходят заметные изменения в структуре заболеваний органов пищеварения у детей, что связано с увеличением количества больных с функциональными гастроинтестинальными расстройствами (ФГР). В развитых странах ФГР становятся причиной 60-65% всех обращений к врачам общей практики. В то же время внедрение в клиническую практику результатов экспериментальных исследований и научных открытий, совершенствование диагностических методов позволяют добиться успехов в решении сложных проблем детской гастроэнтерологии, в том числе и у пациентов с ФГР.**

На прошедшем 1-2 марта научно-практическом симпозиуме с международным участием «Проблемные вопросы лечения детей и подростков» доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Ольга Юрьевна Белоусова в докладе «Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: вопросы питания и принципы коррекции» рассказала о современных взглядах на классификацию, диагностику и лечение ФГР у детей.

— Среди многочисленных нарушений деятельности пищеварительной системы, встречающихся в клинической практике участкового педиатра и семейного врача, особое место занимают функциональные заболевания, которым присущи изменения какой-либо функций пищеварительной системы (секреции, моторики, переваривания, всасывания) при отсутствии органических изменений. То есть, при наличии клинической симптоматики обнаружить морфологические изменения с использованием рутинных методов обследования не удается. Все же применение специальных методов (микроскопической гистохимии, иммуноцитохимии и автордиографии) позволяет определить нарушения на уровне ультраструктур клеток и тканей. Это подтверждает современные представления о неразрывной связи между функциональными и органическими поражениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Известный российский патологоанатом академик Д.С. Саркисов в своей работе более 10 лет назад написал следующее: «...чисто функциональных заболеваний и синдромов в природе не существует, все они являются структурно-функциональными, поскольку при электронной микроскопии всегда может быть выявлен их структурный эквивалент на клеточном и субклеточном уровнях (изменения структуры мембран, нарушения структуры рецепторов и др.)».

Основываясь на исследованиях в области гистологии последних лет при ФГР, к сходному выводу пришли и международные эксперты, участвовавшие в разработке Римского консенсуса III. Это подтверждает текст, включенный в дополнение к консенсусу: «...в последние годы ... гистологические находки показали, что различия между функциональными и органическими изменениями размыты...» На протяжении многих лет ученые пытались максимально разграничить функциональную и органическую патологию, но пришли к выводу, что различия между ними размыты. Тем не менее в современных руководствах все гастроинтестинальные заболевания четко разделяют на функциональные и органические.

На состоявшемся 23 мая 2006 г. в Лос-Анджелесе симпозиуме в рамках гастроэнтерологической недели под эгидой Американской ассоциации гастроэнтерологов была принята усовершенствованная классификация и критерии диагностики ФГР у детей. Согласно Римским критериям III под ФГР понимают разнообразную комбинацию гастроинтестинальных симптомов без структурных и биохимических нарушений. В настоящее время ФГР в зависимости от возраста ребенка разделяют на две группы (новорожденных и детей раннего возраста и детей и подростков). К первой группе (группа G) относят: регургитацию у младенцев, синдром руминации у младенцев, синдром циклической рвоты, младенческие колики, функциональную диарею, дисхезию младенцев, функциональный запор. Во второй группе выделяют следующие состояния: рвота и аэрофагия, абдоминальная боль, связанная с ФГР, запор и недержание кала.

Проблема диагностики функциональных состояний у новорожденных детей волнует педиатров давно. У детей раннего возраста очень часто встречаются и привлекают внимание родителей и врачей именно кишечные функциональные расстройства: колики, запор и дисхезия.

В американской специализированной литературе, говоря о кишечных коликах, часто употребляют выражение «100 дней плача», которое очень точно и ярко характеризует данное заболевание. Согласно правилу «троек» младенческие колики развиваются в течение трех первых недель жизни, длятся более 3 ч в день, повторяются по меньшей мере 3 дня в неделю, продолжаются как минимум 3 недели и исчезают в возрасте 3 месяцев. Для дисхезии у младенцев, помимо болезненной

дефекации, характерно затруднение акта дефекации, может быть дефекация малыми порциями с болезненными ощущениями. Наиболее характерным для дисхезии является выделение твердого сухого кала, нередко фрагментированного или носящего характер твердой фекаломы, превышающей размеры анального отверстия. Функциональный запор также относится к частой патологии детского возраста и встречается в 95% случаев запоров. Запор возникает в результате нарушения механизмов регуляции моторной деятельности ЖКТ. Согласно Римским критериям III у детей до 4 лет функциональный запор устанавливается при наличии в течение месяца не менее двух признаков:

- два или менее опорожнения в неделю;
- по меньшей мере 1 эпизод недержания в неделю (после приобретения гигиенических навыков);
- наличие эпизодов задержки дефекации;
- наличие болезненного опорожнения кишечника или твердых испражнений (тип 1 и 2 по Бристольской шкале);
- присутствие большого количества фекальных масс в прямой кишке;
- образование каловых камней, которые могут затруднить дефекацию.

В большинстве случаев ФГР у детей сопровождаются болевым синдромом, который в зависимости от клинических проявлений требует различных подходов к терапии.

При метеоризме и спазме детям назначают препараты, обладающие спазмолитическим и ветрогонным действием. В случае преобладания дисхезии после исключения органической патологии и уточнения типа дисхезии используют надавливание на переднюю брюшную стенку живота и мягкие осмотические слабительные.

Однако при любом типе ФГР у младенцев необходимо в первую очередь назначить рациональное вскармливание и функциональное питание, которые лежат в основе проводимой терапии. Понятие рационального вскармливания включает: длительное грудное вскармливание, рациональный питьевой режим, своевременное введение прикорма. К продуктам функционального питания относятся: продукты или вещества естественного происхождения, которые при систематическом употреблении оказывают определенное регулирующее действие на организм. В первую очередь это продукты, содержащие бифидо- и лактобактерии, олигосахариды, пищевые волокна, органические кислоты, антиоксиданты.

Учитывая большую распространенность нарушений моторики нижних отделов пищеварительного тракта у детей на базе стационарного отделения Харьковской детской клинической больницы № 19 было проведено наблюдение за 29 детьми в возрасте от 1 до 11 месяцев, которые поступали для проведения лечения по поводу острых заболеваний респираторного тракта и сопутствующих признаков пищеварительной дисфункции. Все дети находились на искусственном или смешанном вскармливании. В состав питания включалась искусственная молочная смесь Humana Bifidus в количестве, содержащем пребиотическую дозу лактулозы. Группа сравнения находилась на грудном вскармливании.

Оценка эффективности смеси Humana Bifidus проводилась с учетом клинических и лабораторных показателей в динамике заболевания. Клинически отмечалось прекращение или значительное уменьшение абдоминального болевого синдрома, метеоризма, нормализация кратности стула, оптимизация характера каловых масс.

С 3-4-го дня введения смеси в рацион ребенка устанавливалась стабильная прибавка массы тела при постоянстве водного баланса.

При оценке лабораторных показателей оказалось, что смесь Humana Bifidus, содержащая лактулозу, в течение четырех недель эффективно стимулирует рост бифидо- и лактобактерий и снижает количество условно-патогенных бактерий. В микробиологическом исследовании кала, проводившемся у всех детей до начала введения смеси и спустя месяц после ее регулярного применения, наглядно прослеживалось снижение активности гнилостной и повышения активности нормальной микрофлоры. В течение 10-14 дней применения смеси улучшились и нормализовались показатели копрограммы (консистенция, цвет, реакция на скрытую кровь, количество



О.Ю. Белоусова

лейкоцитов, эритроцитов, клетчатки, нейтрализация жира, исчезновение слизи), что свидетельствовало как о хорошей толерантности к применяемым смесям, так и о улучшении регенерации эпителия ЖКТ.

Смесь Humana Bifidus наряду с хорошей переносимостью на первом году жизни обеспечивает нормальные антропометрические показатели развития детей (антропометрические данные детей основной и контрольной группы достоверных отличий не имели) и является оптимальной в условиях организации профилактической помощи здоровым детям первых месяцев жизни, лишенных материнского молока, а также у детей, нуждающихся в профилактике минимальных пищеварительных дисфункций и в коррекции уже возникших функциональных расстройств.

Показаниями к применению Humana Bifidus на сегодня являются:

- склонность к запору (задержка стула более 24 ч, плотный, сухой, фрагментированный стул по типу овечьего);
- выраженные привычные запоры (отсутствие самостоятельного стула на протяжении 36 ч);
- неустойчивый стул со склонностью к запорам (стул ежедневный, но плотная консистенция каловых масс, беспокойство ребенка);
- дисбактериоз и его профилактика;
- восстановление функций кишечника после антибиотикотерапии;
- поддержание оптимального состава кишечного микробного пула здорового ребенка.

Следует отметить, что результаты проведенного исследования согласуются с данными, опубликованными Европейским обществом педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии в 2011 году: «Молочные смеси, обогащенные пребиотиками, снижают pH каловых масс, увеличивают частоту опорожнения кишечника, смягчают каловые массы, увеличивают количество бифидо- и лактобактерий в составе кишечной микрофлоры. Основными показаниями для назначения смеси у доношенных младенцев является наличие функциональных запоров и явлений дисбиоза кишечника. Введение пребиотических смесей может начинаться с момента рождения и продолжаться не менее 2 недель».



Таким образом, молочная смесь Humana Bifidus является эффективным и безопасным средством, которое помогает нормализовать деятельность кишечника и поддержать его состояние при различных функциональных нарушениях, в первую очередь связанных с болевым синдромом и младенческими запорами.

Подготовил Владимир Савченко

