



Проблема функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта у детей в свете действующих протоколов диагностики и лечения (препарат Тримедат®)

Проблема функциональных нарушений особенно актуальна в педиатрической практике. Ведущие детские гастроэнтерологи, принимавшие участие в работе симпозиума «Проблема функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта у детей в свете действующих протоколов диагностики и лечения», состоявшегося в рамках XX Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ (Москва, 20 марта 2013 г.), обобщили современные данные о механизмах развития функциональных нарушений ЖКТ, представили современные критерии диагностики и новые подходы к лечению данной группы заболеваний у детей разного возраста с учетом действующих Римских критериев III. Говоря о медикаментозной терапии функциональных расстройств ЖКТ у детей, докладчики подчеркивали высокую эффективность агониста опиоидных рецепторов тримебутина (Тримедат®). Во Франции препарат (гранулы тримебутина для приготовления суспензии) разрешен к применению у детей первого года жизни (в России – в таблетках с 3 лет). Тримедат® корректирует моторную функцию на всем протяжении ЖКТ, нормализует микробиоценоз в кишечнике и его метаболическую активность, уменьшает висцеральную гиперчувствительность, абдоминальную боль и другие проявления функциональных расстройств ЖКТ.



Профессор
Е.А. Корниенко

В начале своего выступления д.м.н., профессор Елена Александровна КОРНИЕНКО (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, главный детский гастроэнтеролог Санкт-Петербурга) подчеркнула, что причи-

Патофизиология моторных нарушений ЖКТ и их коррекция

ны нарушения моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) относятся к наименее понятным и плохо корректируемым, поскольку имеют многоуровневый характер. Это и нарушение иннервации внутри кишечника, и нарушение моторики гладкой мускулатуры, и висцеральная гиперчувствительность, и центральное влияние, взаимосвязь между кишечником и мозгом.

По ЖКТ проходит энтеральная нервная система, образующая два сплетения – подслизистое и межмышечное. Ребенок рождается с уже сформированными ганглиями, но их примерно в сто раз меньше, чем у взрослого человека. Поэтому формирование у детей энтеральной нервной сис-

темы с возрастом продолжается. Энтеральная нервная система так же сложна в функционировании, как и центральная нервная система, и фактически имеет те же морфологические элементы: сенсорный и двигательный нейроны, интернейроны, сложные синаптические механизмы, множество нейротрансмиттеров. При передаче сигналов от центральной нервной системы блуждающий нерв (лат. *nervus vagus*) играет роль основного нерва, но впоследствии информацию обрабатывают нейроны энтеральной нервной системы. Конечная функция зависит от того, какие сигналы поступают от энтеральных нейронов. Кроме того, моторная активность ЖКТ регулируется боль-

Сателлитный симпозиум компании «Валента Фарм»

шой группой желудочно-кишечных пептидов и биоактивных молекул, действующих паракринно и как нейротрансмиттеры. Одновременное воздействие множества веществ либо расслабляет, либо усиливает моторику.

Мышечная стенка кишечника имеет достаточно сложную структуру – в ней есть и продольные, и циркулярные мышцы, кроме того, она сокращается автоматически. Интерстициальные клетки Кахаля – это основные передающие клетки, инициирующие моторику. Они улавливают стимулирующие и тормозящие нейротрансмиттеры и гормоны и передают их влияние непосредственно на мускулатуру. Эти клетки самые чувствительные к неблагоприятным внешним факторам. Инфекция, токсины, гипоксия, гипоперфузия, стресс воздействуют на клетки Кахаля, и они гибнут первыми. Интерстициальные клетки Кахаля задают частоту медленных волн электрического потенциала гладкой мышечной ткани ЖКТ, определяющих частоту перистальтики. Эти пейсмейкерные клетки расположены в разных участках, но есть главные пейсмейкеры, которые подавляют импульсы, поступающие из других отделов. Так, в толстой кишке основной пейсмейкер находится в поперечно-ободочной кишке, поэтому движение в правых отделах кишечника происходит преимущественно ретроградно, самый медленный транзит наблюдается именно в этих отделах.

Воспаление, которое развивается в кишечнике в силу разных причин, влияет и на моторику. На уровне электронно-микроскопических и гистохимических исследований было показано, что существует связь между нейронами и иммунными клетками кишечника. Воспалительные процессы, связанные с перенесенными инфекциями, изменениями в составе микрофлоры, пищевой аллергией, могут сказываться на

моторике кишечника. Множество современных исследований свидетельствует о повышении уровня провоспалительных цитокинов, увеличении числа тучных клеток в тонкой и толстой кишке и наличии в слизистой оболочке воспаления низкой степени активности при синдроме раздраженного кишечника (СРК). Это может лежать в основе формирования висцеральной гиперчувствительности и нарушений моторики.

Нарушения моторики ЖКТ могут иметь разные причины. К функциональным расстройствам, вызванным нарушением моторики ЖКТ, относятся функциональная диспепсия, СРК, функциональные запоры. Кроме того, имеется целый ряд органических заболеваний с нарушением моторики ЖКТ, например врожденных (болезнь Гиршпрунга, пилоростеноз) и приобретенных (аутоиммунная склеродермия, системная красная волчанка, сахарный диабет, идиопатическая нейронная дисплазия, миопатия). Тяжелое нарушение моторики объясняется либо отсутствием ганглиев, либо гибелью клеток Кахаля в результате перенесенных инфекций, действия токсинов, а также различных нарушений метаболизма, в частности при гипергликемии, уремии, гипоксии и аутоиммунной агрессии. Клетки Кахаля погибают при хронической псевдообструкции, тяжелых нарастающих запорах, сахарном диабете, пилоростенозе, воспалительных заболеваниях кишечника. У новорожденного в первые месяцы жизни нарушение созревания клеток Кахаля может стать причиной запоров, которые впоследствии способны купироваться.

Понимая механизмы данных процессов и многоуровневый характер регуляции моторики, можно найти необходимые точки приложения для коррекции моторики. Это могут быть

Тримебутин (Тримедат®), воздействующий одновременно на все рецепторы, координирует работу кишечника и за счет снижения висцеральной чувствительности нормализует моторику.

центральные механизмы мозга, центральная нервная система на уровне вагуса или симпатических нервов, рецепторы, нейротрансмиттеры и гормоны энтеральной нервной системы. Наконец, это может быть уровень мышц гладкой мускулатуры, влияние на кальциевые каналы, фосфодиэстеразу.

На моторику ЖКТ воздействуют многие лекарственные препараты, в том числе такие прокинетики, как ингибиторы холинэстеразы (Прозерин, Убрегид), агонисты рецепторов мотилина (эритромицин), антагонисты допаминовых рецепторов (Церукал, Мотилиум), агонисты серотониновых 5-HT₄-рецепторов (прукалоприд), препараты сочетанного действия (Ганатон), опиоиды (Тримедат®), а также спазмолитики-холинолитики, прежде всего Бускопан, блокатор натриевых каналов мебеверин (Дюспаталин), селективный блокатор кальциевых каналов пинаверия бромид (Дизетел), отилония бромид (Спазмомен), Метеоспазмил и блокаторы фосфодиэстеразы (папаверин, Но-шпа).

Агонистов серотониновых рецепторов, разрешенных к применению в детском возрасте, в настоящее время нет.

Одной из наиболее перспективных групп прокинетики с доказанной эффективностью у детей считаются используемые на протяжении долгих лет опиоиды. Поскольку опиоидные рецепторы наряду с серотонинергическими являются одни-



ми из основных, опиоиды могут как усиливать, так и ослаблять моторику. Так, лоперамид – агонист мю-рецепторов – давно используется у детей с шести лет как антидиарейный препарат, но требует очень осторожного подхода. Агонист мю-, каппа- и бета-рецепторов тримебутин (Тримедат®), воздействующий одновременно на все рецепторы, координирует работу кишечника и за счет снижения висцеральной чувствительности нормализует моторику. Ни один из других препаратов, влияющих на моторику, не снижает висцеральную чувствительность. Между тем именно она лежит в основе СРК и функциональной диспепсии. Каким образом происходит координация? Косвенное воздействие на стимулирующие нейроны и уменьшение чрезмерного влияния других стимуляторов приводят к тому, что исключаются

лишние воздействия и моторика нормализуется. То есть тримебутин нельзя назвать прокинетиком или спазмолитиком. Он скорее относится к препаратам, гармонизирующим моторику. Тримебутин также снижает болевую гиперчувствительность. Он действует на всем протяжении ЖКТ и поэтому эффективен при запорах, нормальном транзите, диарее, его можно использовать для коррекции моторики желудка, снижения висцеральной чувствительности, при воспалении и СРК. Препарат сочетается с другими лекарственными средствами и обладает хорошим профилем безопасности. Тримедат® разрешен к применению у детей, режим дозирования зависит от возраста.

В подтверждение эффективности лечения Тримедатом СРК у детей профессор Е.А. Корниенко представила собственные данные.

В проведенном исследовании при лечении Тримедатом в течение трех недель у всех детей с СРК уменьшалась выраженность болевого синдрома и снижалась объемно пороговая чувствительность. После курса лечения Тримедатом у детей с СРК уменьшался уровень маркера кишечного воспаления кальпротектина и приходили в норму показатели микробиоты в кишечнике. Нормализация микробиоты при коррекции моторики свидетельствует о том, что изменения микробиоты кишечника могут быть вторичными на фоне нарушения моторики. Таким образом, Тримедат® оказывает гармонизирующее воздействие на моторику кишечника, уменьшает объемно-пороговую чувствительность. При этом достигается положительное влияние на микрофлору и снижается воспалительная активность.



Профессор
С.В. Бельмер

По мнению д.м.н., профессора Сергея Викторовича БЕЛЬМЕРА (РНИМУ им. Н.И. Пирогова), существуют два принципиально важных аспекта обсуждаемой проблемы. Во-первых, несмотря на многообразие и противоречивость определений функциональных нарушений, надо признать, что в основе этих состояний лежат нарушения регуляции функции ЖКТ, а не первичная патология органа-мишени. В любом случае, даже когда

Метаболический статус кишечной микрофлоры при функциональных нарушениях у детей

речь идет о влиянии воспаления или микрофлоры, имеет место нарушение регуляции, опосредованное через эти механизмы. Во-вторых, на протяжении многих лет развитие функциональной патологии ЖКТ связывали преимущественно с изменениями нервной регуляции. Но на данный момент известны другие механизмы, которые вовлекаются и интегрируются в систему регуляции. Это единая система, нарушения в которой приводят к изменениям на различных «этажах» ЖКТ.

Профессор С.В. Бельмер подробно остановился на проблеме сочетанного взаимосвязанного нарушения функции различных «этажей» ЖКТ. Функциональные запоры способствуют развитию гастроэзофагеального рефлюкса. В последнее время стали обращать внимание на то, что и патология верхних отделов

пищеварительного тракта влияет на состояние нижних отделов. У 33% больных с функциональной диспепсией наблюдается гастроэзофагеальный рефлюкс, у 70% – нарушения нижнего пищеводного сфинктера. Признаки СРК отмечаются у 46% больных с функциональной диспепсией. Говоря о значении метаболических изменений при нарушениях функции кишечника, профессор С.В. Бельмер выделил нарушения метаболизма короткоцепочечных жирных кислот (КЦЖК) – уксусной, пропионовой, масляной/изомасляной и других, образующихся при переработке углеводов микрофлорой толстой кишки, играющих важнейшую роль в регуляции моторики ЖКТ, поддерживающих трофику толстой кишки и тем самым обеспечивающих стабильное состояние колоноцитов. Состав



Сателлитный симпозиум компании «Валента Фарм»

и количество КЦЖК зависят от факторов питания микрофлоры. По данным исследования, проведенного профессором С.В. Бельмером и соавт. в группе детей с гастроэзофагеальным рефлюксом, у подавляющего большинства пациентов нарушался спектр продукции КЦЖК, изменялся анаэробный индекс, значительно повышалась продукция масляной кислоты. Вероятно, это отражает соответствующее изменение спектра микробиоты. У пациентов с СРК в данном исследовании характер метаболических изменений был аналогичным, но уровень масляной кислоты изменялся меньше, а изменения анаэробного индекса были наиболее выражены. Взаимосвязь между состоянием микробиоценоза и моторикой при СРК можно представить следующим образом. Через модуляцию микробиотой воспаления низкой активности воспаление модулирует чувствительность рецепторов и висцеральную гиперреактивность, которая частично определяет характер моторных нарушений. Это звенья одной цепи, и разрывать их в процессе лечения нецелесообразно. Исходя из этого в схему лечения следует включать прокинетики или иные препараты, влияющие на микробиоценоз кишечника и его метаболическую активность.

При лечении СРК необходимо корректировать моторику, а также состав и активность микрофлоры кишечника. Отчасти эти проблемы призваны решить прокинетики, в том числе тримебутин (Тримедат®), модулирующий моторику ЖКТ, оказывающий воздействие на гастроинтестинальные пептиды, в зависимости от характера нарушений способствующий усилению или снижению моторики. Тримебутин обладает также спазмолитическим и анальгетическим эффектом и уменьшает висцеральную гиперчувствительность. По данным исследо-

ваний профессора С.В. Бельмера и соавт., применение тримебутина при СРК у детей оказывало нормализующее воздействие и на клинические проявления, и на электромиографическую картину. В подавляющем большинстве случаев у детей проходила боль, дискомфорт, нормализовался стул. Препарат был высокоэффективен более чем у половины больных детей. У некоторых эффективность оценена как удовлетворительная. У больных с гастроэзофагеальным рефлюксом назначение тримебутина приводило к снижению продукции масляной и других кислот. Несмотря на то что анаэробный индекс возрастал, общая клиническая картина на фоне применения препарата однозначно улучшалась. Обобщая собственные данные и результаты других исследований, профессор С.В. Бельмер выразил уверенность, что применение Тримедата при функциональных нарушениях ЖКТ приводит к нарастанию суммарной абсолютной продукции КЦЖК, нормализации уровня масляной кислоты, снижению уровня уксусной кислоты, отчасти к повышению уровня пропионовой кислоты и в целом к нормализации соотношения жирных кислот, образуемых микробиотой в кишечнике. Профессор С.В. Бельмер представил собственные данные, продемонстрировавшие эффективность Тримедата у детей с атопическим дерматитом, у которых часто наблюдалось функциональное нарушение ЖКТ. В подавляющем большинстве случаев достоверно чаще, чем в группе детей, не получавших прокинетики, отмечалась нормализация клинических проявлений, в том числе улучшение кожного покрова.

Чтобы максимально способствовать улучшению микробиоценоза, рекомендуется применять пребиотические препараты, положительно влияющие на кишечную микрофлору и нормали-

Тримебутин обладает также спазмолитическим и анальгетическим эффектом и уменьшает висцеральную гиперчувствительность.

зующие спектр КЦЖК. В педиатрической практике при запорах широко применяются препараты лактулозы, обладающие не только слабительным, но и выраженным пребиотическим действием. Перспективным может быть применение комбинированных средств, содержащих пребиотик и масляную кислоту, в качестве ключевого метаболита качественной микрофлоры, необходимого для нормальной функции толстой кишки (например, Закофальк NMX). Опираясь на результаты собственных исследований, профессор С.В. Бельмер отметил, что применение лактулозы при функциональных нарушениях ЖКТ, в частности при хронических запорах, способствует нормализации состояния больных, спектра КЦЖК и ряда расчетных показателей. Сочетанное применение Тримедата и Закофалька NMX у больных СРК способствовало повышению продукции масляной кислоты в толстой кишке в результате изменения кишечного микробиоценоза и положительно влияло на остальные показатели спектра КЦЖК.

В заключение профессор С.В. Бельмер констатировал, что при функциональных нарушениях ЖКТ изменяется моторика всех его отделов, независимо от ведущих клинических симптомов заболевания, а также нарушается состояние кишечного микробиоценоза. Чтобы нормализовать моторику, микробиоценоз и его метаболическую активность, целесообразно применять Тримедат® и Закофальк NMX или их комбинации.



Профессор
А.И. Хавкин

Функциональные нарушения доминируют среди расстройств ЖКТ в раннем детском возрасте. Доктор медицинских наук, профессор Анатолий Ильич ХАВКИН (член-корреспондент РАЕН, руководитель отделения гастроэнтерологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии) отметил, что согласно классическому определению D.A. Drossman (1994)¹, функциональные нарушения – это комплекс различных клинических симптомов, диспепсических проявлений при отсутствии органических изменений со стороны ЖКТ. За прошедшее время появилась новая информация, указывающая на то, что в ряде таких случаев невозможно выявить структурные изменения на доступном уровне, но у больных наблюдаются нарушения в системе иерархии нейропептидов, в системе кишечного-мозговой оси, в системе рецептурного аппарата. Сегодня такую группу расстройств удобно называть функциональными. Но со временем и эта сложная группа будет расширена. Согласно последнему пересмотру классификации функциональных расстройств системы пищеварения 2006 г. (Римские критерии диагностики III) функциональные расстройства новорожденных включают срыгивание и синдром руминации, синдром цикличес-

Функциональные расстройства ЖКТ у детей первых лет жизни

кой рвоты, колики, функциональную диарею, затруднение дефекации, функциональный запор. Колики (приступообразная боль в животе, в литературе иногда именуется плачем ребенка) – гетерогенный клинический синдром. Это и повышенное газообразование кишечника, и спазмы кишечника, которые могут быть связаны с нарушением синтеза таких пептидов, как мотилин, и относительная незрелость системы регуляции моторики, и висцеральная гиперчувствительность. По наблюдениям профессора А.И. Хавкина, у некоторых детей раннего возраста с резистентными кишечными болями в дальнейшем развивался СРК. Появлению колик способствовали неправильное грудное вскармливание и прикладывание к груди с заглатыванием воздуха, повышенная тревожность и ненадлежащее питание матери, а также неверное приготовление молочных смесей. Другое распространенное функциональное расстройство у детей раннего возраста – синдром срыгивания. Анатомо-физиологические особенности ребенка раннего возраста облегчают входение воздуха при сосании. ЖКТ устроен таким образом, чтобы можно было избавляться от этого воздуха. Тем не менее у ряда детей срыгивание носит достаточно стойкий характер и приводит к серьезным нарушениям. Связь срыгивания с последующим развитием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, по данным профессора А.И. Хавкина, неочевидна: срыгивание может быть вариантом нормы. Постановка диагноза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей на первых месяцах жизни крайне затруднительна и возможна только при ярко выраженных нарушениях, например при появлении эрозии пищевода.

Дисхезия – болезненная дефекация, функциональное состояние, связанное иногда с функциональной задержкой стула, – обусловлено незрелой координацией, когда ребенок еще не умеет одновременно напрягать мышцы передней брюшной стенки и расслаблять мышцы малого таза. Обычно такое состояние проходит к шести месяцам. Запор диагностируется при превышении промежутков времени между актами дефекации по сравнению с физиологической нормой, недостаточном опорожнении кишечника и изменении формы и характера стула. Эксперты Североамериканской ассоциации детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания определили запор как задержку или затруднение дефекации, сохраняющиеся 2 недели и более и достаточно выраженные, чтобы быть значимой причиной нарушения состояния пациента. Определение Парижского консенсуса 2006 г., которое легло в основу определения Римских критериев III, иное и включает наличие двух или более из следующих симптомов: дефекация реже трех раз в неделю, неконтролируемая дефекация чаще одного раза в неделю, большой объем каловых масс, пальпируемые каловые массы в толстой или прямой кишке, задержка стула, болезненная дефекация. К функциональным запорам часто приводит формирование твердого кала при переводе ребенка на искусственное вскармливание, введении в рацион твердой пищи или в процессе приучения к горшку. Есть несколько критических периодов в жизни ребенка, когда риск развития функционального запора возрастает. К расстройству моторики с запором могут привести замедление движения каловых масс, слабость брюшного давления, спастические дискинезии

¹ Drossman D.A. Irritable bowel syndrome // Gastroenterologist. 1994. Vol. 2. № 4. P. 315–326.



Сателлитный симпозиум компании «Валента Фарм»

толстой кишки, гиперсегментация, реже патология тазового дна, когда нарушено опорожнение прямой кишки и дефекация болезненна. Запор – это клинический синдром, который может быть связан с дисхезией, СРК, аллергической колопатией, нерациональным питанием, дефицитом пищевых волокон, подавлением позыва к дефекации. Чтобы поставить диагноз запора, нужно знать норму дефекаций. Принято считать, что частота стула у детей разных возрастов равна частоте кормления. Когда ребенок начинает сосать грудь, у него запускается целый каскад рефлексов и осуществляется дефекация. У здорового ребенка без предрасположенности к развитию тех или иных функциональных расстройств частота стула со временем уменьшается. У детей от 6 до 12 месяцев среднее число дефекаций в сутки – 1,8, от 1 до 3 лет – 1,4 и старше 3 лет – 1 дефекация в сутки. У детей, получающих полностью искусственное вскармливание, частота стула значительно реже, чем при грудном вскармливании. В связи с большим возрастным и индивидуальным разбросом частоты дефекаций следует учитывать не только частоту стула, но и ряд других клинических проявлений.

Как лечить функциональные запоры у детей? Цель терапии – стул нормальной консистенции 1–2 раза в день. В задачи лечения входит регуляция скорости транзита кала по кишечнику и консистенции кишечного содержимого. Прежде всего надо обеспечить ребенку достаточный питьевой режим, чтобы добиться появления мягкой стула и безболезненной дефекации. Важный компонент лечения – введение в рацион необходимого количества пищевых волокон. В диете детей всех возрастов, страдающих запорами, целесообразно использовать продукты, содержащие витамины, пищевые волокна, кисломолочные продукты, в раннем возрасте – продукты с добавлением пре- и пробиотиков. Другой важный момент немедикаментозного лечения – регулярное опорожнение кишечника, высаживание детей раннего возраста на горшок после каждого приема пищи. Медикаментозное лечение начинается через две недели от начала лечения немедикаментозными средствами, если оно неэффективно. Показано применение про- и пребиотиков. Безопасным препаратом выбора при лечении запоров у детей раннего возраста является лактулоза – не всасывающийся и не переваривающийся

в тонкой кишке синтетический дисахарид.

Следующий этап медикаментозного лечения – очищение кишечника. Зачастую он заполнен плотными сухими массами, и болезненная дефекация вызывает у ребенка страх. В таких случаях могут быть эффективны средства, позволяющие механически эвакуировать кал, – клизма, механическая стимуляция глицериновыми свечами. На сегодняшний день предпочтительно применение микроклизм, хотя в отдельных случаях не исключены и объемные клизмы. Применяются также вещества, размягчающие каловые массы. Вазелиновое масло по рекомендации Американской ассоциации гастроэнтерологов разрешено с 1 года. Из осмотических слабительных в нашей стране детям с 6 месяцев разрешен макрогол (Форлак). Могут использоваться спазмолитики с различными механизмами действия, нормализующие моторно-эвакуаторную функцию кишечника. Профессор А.И. Хавкин отметил, что в клинике гастроэнтерологии Московского НИИ педиатрии и детской хирургии в течение 20 лет при запорах и коликах у детей успешно применяют тримебутин (Тримедат®), нормализующий моторику и микрофлору кишечника.

Функциональные расстройства у детей и подростков

Как отметил д.м.н., профессор Дмитрий Владимирович ПЕЧКУРОВ (заведующий кафедрой детских болезней Самарского государственного медицинского университета, главный детский гастроэнтеролог Минздрава Самарской области), представление о функциональных нарушениях ЖКТ как одно из бурно развивающихся в последние годы направлений в гастроэнтерологии не лишено противоречий. Так, классические определения функциональных расстройств (ФР) ЖКТ базируются на том, что

подобные расстройства существуют сами по себе, в отрыве от реально существующей в детской популяции множественной патологии органов и систем. Нередко ФР рассматриваются как недообследованные случаи органических расстройств. Вопрос влияния или взаимовлияния этиологических факторов на развитие ФР упирается в причинно-значимые связи. С 2006 г. накоплены многочисленные данные, указывающие на то, что при ФР ЖКТ имеет значение генетическая предрасположенность, влияние определенных



Профессор
Д.В. Печуров

экзогенных факторов и даже пищевая непереносимость, которую следует выделять в отдельную патологию. Значительную роль



в развитии ФР ЖКТ играют инфекционные заболевания и их лечение, в том числе прием нестероидных противовоспалительных средств, вызывающих специфические поражения слизистой оболочки и развитие ФР. Сегодня обсуждается взаимовлияние инфекционного фактора в анамнезе и развития ФР. Безусловно, перенесенные в детском возрасте кишечные инфекции могут отдаленно оказывать влияние на функцию органов ЖКТ и вызывать СРК-подобные симптомы. Концепция ФР ЖКТ 2006 г. отражает эволюцию наших представлений: любой случай функционального расстройства по сути является результатом комбинации психологических, социальных и биологических факторов.

Далее – применение критериев диагностики функциональных расстройств в педиатрической практике. Согласно Римским критериям симптомы функциональной диспепсии могут быть описаны уже 4-летним ребенком. Но многочисленные исследования показывают, что у ребенка дошкольного возраста крайне трудно получить характеристику диспепсических симптомов. По мнению профессора Д.В. Печурова, целесообразно классифицировать ФР ЖКТ в возрастной группе от 1 года до 6 лет, поскольку ФР в этой группе имеют своеобразную клиническую картину и отличные от других возрастных групп этиологические факторы. Профессор Д.В. Печуров отметил частое сочетание ФР на раз-

ном уровне ЖКТ в возрастной группе дошкольного возраста. По его данным, во многих случаях на симптомы функциональной диспепсии наслаиваются симптомы билиарной дисфункции или СРК, и проведение четкой диагностики оказывается затруднительным. На современном этапе нет ни одного инструментально-метода, который позволил бы поставить диагноз функционального расстройства ЖКТ. Основа диагноза – клинический опрос, анамнез и т.д. При первичном обращении проводится диагностика для исключения органической патологии. Углубленная инструментальная диагностика назначается выборочно с учетом клинических, анамнестических и эпидемиологических данных.

При лечении ребенка особое внимание надо уделять психологическому статусу и социальным условиям. Важно выяснить факторы, связанные с началом заболевания и усиливающие симптомы. Обычно это «школьные» факторы, факторы личностных отношений с друзьями, семейные обстоятельства.

Среди лекарственных препаратов, применяемых при ФР у детей, прокинетики безусловно номер один в лечении расстройств, проявляющихся абдоминальной болью. Из всех прокинетиков в педиатрической практике можно использовать только блокаторы допаминергических рецепторов и патогенетические препараты, такие как тримебутин. Он особенно эффективен при ФР с запо-

рами. Исследования отечественных авторов подтверждают, что через 1 месяц терапии тримебутином частота стула увеличивается у 86% пациентов с запорами. Тримебутин обладает прокинетиическими свойствами, а также оказывает местное анестезирующее действие. Именно этим можно объяснить ряд эффектов, например купирование изжоги.

Профессор Д.В. Печуров охарактеризовал показания к применению спазмолитиков при функциональных расстройствах ЖКТ, а также обратил внимание на возможность использования антацидов и ингибиторов протонной помпы. Поскольку у детей кислотный фактор играет несущественную роль в развитии диспепсических симптомов, используется способность антацидов уменьшать висцеральную чувствительность прежде всего за счет мукопротективного, а не антацидного эффекта. В 60% случаев абдоминальные боли у детей дошкольного возраста связаны с нарушениями дефекации. Тогда чаще назначаются слабительные средства, например макрогол. В других ситуациях целесообразны антидиарейные препараты, мукопротекторы, в частности Смекта, снижающие висцеральную гиперчувствительность. Полезны методы психологической коррекции. Завершая выступление, профессор Д.В. Печуров высказал мнение, что многие аспекты ФР у детей нуждаются в дальнейшем исследовании, для чего требуется координация усилий в рамках мультицентровых исследований.

Заключение

Проблема функциональных расстройств ЖКТ одна из самых актуальных и сложных в детской гастроэнтерологии. При функциональных расстройствах в большей степени, чем в других ситуациях, подходит принцип лечения больного, а не

болезни, поскольку часто сложно выявить источник болезни. При функциональных расстройствах ЖКТ у детей необходим индивидуальный подход к пациентам, анализ всех возможных механизмов развития болезни, направленность лечебных воздействий на

разные системы регуляции и разные уровни ЖКТ. Из лекарственных средств, наиболее соответствующих такому подходу, при функциональных расстройствах ЖКТ у детей разного уровня рекомендовано применение тримебутина (Тримедат®) – агониста опиоидных рецепторов, нормализующего моторику, микробиоту и метаболизм кишечника. ●