

## Інновації в дитячій гастроентерології і нутриціології

20–21 жовтня 2016 г. в Харківі пройшла Міжрегіональна науково-практична конференція з міжнародним участю, присвячена пам'яті професора Юрія Владимировича Белоусова «Інновації в дитячій гастроентерології і нутриціології в практиці дитячого і сімейного лікаря». Во время конференції розглянуті проблемні питання діагностики і терапії функціональних і органічних захворювань шлунково-кишкового тракту, дієтозависимих захворювань, уделено увагу харчуванню дітей першого року життя, дітей з соматичними захворюваннями, їжевою алергією і їжевою непереносимістю, представлені новітні діагностичні і лікувальні технології в дитячій гастроентерології.



вклад Ю.В. Белоусова в становлення і розвитку дитячої гастроентерології і нутриціології в Україні.



Торжественную часть конференции открыл профессор **Александр Хвисько**, ректор Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), отметивший высокий вклад Ю.В. Белоусова в становление и развитии дитячої гастроентерології і нутриціології в Україні.

Профессор **Ольга Белоусова**, заведующая кафедрой педиатрической гастроентерологии и нутрициологии ХМАПО, в своем выступлении уделила внимание научно-практическим вопросам гастроэнтерологического профиля безопасности антибактериальной терапии у детей. Она отметила, что самолечение, необоснованность и нерациональность применения антибиотиков привели к значительному росту резистентности к ним наиболее распространенных возбудителей инфекций. При выборе антибиотиков важно учитывать их побочные эффекты, безопасность и степень влияния на микробиом. Побочные реакции служат причиной прекращения терапии у 50% пациентов и требуют дополнительного лечения в 1/3 случаев. Наиболее частыми являются поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нервной, мочевыделительной систем, гематологические поражения и аллергические реакции.

О. Белоусова представила результаты исследований, свидетельствующие о взаимосвязи внекишечных поражений с микробиомом кишечника. Так, применение антибиотиков в раннем возрасте повышает риск развития аллергических заболеваний. Установлено, что из-за раннего приема антибиотиков риск развития экземы в дальнейшем повышается на 15–41%, поллиноза — на 14–56%. Вероятность возникновения аллергических заболеваний возрастает,

если пациент проходит более одного курса терапии антибиотиками. Причина тому — разрушение микроорганизмов кишечника вследствие приема этого класса препаратов и подавление иммунных реакций. Также показано, что прием антибиотиков детьми в возрасте до 2 лет повышает риск развития ожирения.

Все классы антибиотиков широкого спектра действия в той или иной степени угнетают нормальную микрофлору толстого кишечника. Клинические проявления нарушений кишечного микробиоценоза могут варьировать от легкой диареи до тяжелейшего колита и проявляться отсрочено: известны случаи развития псевдомембранозного колита спустя 2 мес после завершения курса антибактериальной терапии. Антибиотикотерапия, применяемая для эрадикации *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), также может отрицательно повлиять на кишечную флору.



Профессор **Сергей Няновский**, заведующий кафедрой педиатрии Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого, рассказал о современных рекомендациях по функциональным расстройствам ЖКТ у детей раннего возраста. Согласно рекомендациям, коррекция питания более эффективна для устранения функциональных расстройств ЖКТ, нежели медикаментозная коррекция.

Наиболее часто среди функциональных желудочно-кишечных расстройств у детей раннего возраста отмечают срыгивание, колики и запор. Срыгивание распространено в возрасте до 6 мес; причиной его является незрелость эзофагеального сфинктера. Срыгивания могут сопровождаться такими осложнениями, как железодефицитная анемия, отит, эзофагит, аспирационная пневмония, синдром вне-

запной смерти, ухудшение качества жизни семьи ребенка. Важно исключение «красных флажков», которые могут помочь врачам отличить симптомы опасности и своевременно направить ребенка на дообследование. Родителям следует немедленно обратиться к врачу в случае прогрессирующего нарастания срыгивания у ребенка, рвоты желчью, гастроинтестинального кровотечения, повторной рвоты «фонтаном», начала рвоты в возрасте >6 мес, напряжения или вздутия живота, прогрессирующего ухудшения состояния ребенка, гепатоспленомегалии, уменьшения массы тела, задержки физического развития, воспалительных изменений со стороны системы крови, гипертермии, выступании/пульсации темени, судорог.

При неосложненном гастроэзофагеальном рефлюксе достаточно диеты для матери с исключением коровьего молока и яиц на 1 мес, контроля техники вскармливания, постурального положения ребенка. При осложненном гастроэзофагеальном рефлюксе необходима консультация гастроэнтеролога и перевод ребенка на специальное питание. В соответствии с европейскими и украинскими рекомендациями, при срыгивании рекомендовано применение сгущенной антирефлюксной формулы. Назначение антирефлюксной смеси начинают с 5 мл и постепенно достигают объема, предотвращающего срыгивание, назначая ее перед основной едой или кормлением грудным молоком.

Кишечная колика характеризуется возникновением у ребенка в возрасте 3–4 мес пароксизмального, чрезмерного и неконтролируемого крика/плача вследствие колик. «Красными флажками» при колике яв-



яются частая регургитация, рвота и кашель, клинические симптомы атопии у ребенка или членов семьи, гастроинтестинальное кровотечение, задержка развития, вздутие живота и метеоризм, прогрессирующее ухудшение состояния ребенка. Диагностический и лечебный алгоритм при кишечной колике включает определение наличия у ребенка аллергии на белок коровьего молока, лактазной недостаточности (проводят коррекцию и дополнительные обследования). При отсутствии аллергии используют дополнительные мероприятия (теплую пеленку, ношение на руках, качание, пение, ритмичные движения и др.).

«Красными флажками» при запорах являются рвота, клинические симптомы атопии в семье, гастроинтестинальное кровотечение, вздутие живота, прогрессирующее ухудшение состояния ребенка, неэффективность диетических вмешательств и медикаментозного лечения.



О роли магния в развитии астении и желудочно-кишечных заболеваний у детей шла речь в выступлении профессора **Юрия Марушко**, заведующего кафедрой педиатрии последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца.

У детей в возрасте до 4 лет низкий уровень магния в плазме крови выявляют в 12% случаев, в возрасте 5–11 лет — в 28%. В возрасте 12–19 лет дефицит магния более выражен, чем дефицит меди, цинка и железа. Такие дети отличаются более высоким индексом массы тела, уровнем стресса, у девочек часто выявляют расстройства менструальной функции.

При хроническом стрессе у детей формируется астенический синдром, характеризующийся ухудшением самочувствия, настроения и качества ночного сна, снижением активности, а также дефицитом магния в организме. Ю. Марушко привел результаты исследования, свидетельствующие о том, что применение препаратов магния у детей с астеническим синдромом на фоне дефицита магния стимулирует синтаксические программы адаптации, что проявляется нормализацией уровня магния в организме, уменьшением выраженности астенических проявлений.



Профессор **Татьяна Клименко**, заведующая кафедрой неонатологии ХМАПО, представила доклад, посвященный новым дефицитам в диагностике и лечении неонатального холестаза.

О наличии последнего свидетельствуют на-

растание интенсивности желтухи, зеленоватый оттенок кожных покровов наряду с постепенным увеличением размеров печени, изменением ее консистенции от эластичной до плотной, появление ахолии стула и темного цвета мочи.

При диагностике неонатального холестаза у новорожденных необходимо провести дифференциальную диагностику между вне- и внутрипеченочным холестазом. Проводят ее по таким показателям, как стойкость ахолии стула, уровень  $\gamma$ -глутамилтрансферазы и визуализация желчного пузыря (ЖП) при ультразвуковом исследовании.

При холестазах отмечают недостаточное поступление компонентов желчи в ЖКТ, вследствие чего происходит нарушение эмульгирования жиров, всасывания жиров и жирорастворимых витаминов А, D, E, K. Холестаз оказывает повреждающее действие на канальцевый эпителий желчных протоков и гепатоциты, способствует воспалению и фиброзу протоков и паренхимы печени.



Профессор **Галина Бекетова**, заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, уделила внимание коррекции билиарного сладжа у детей и подростков. Билиарный сладж, как правило, проявляется в виде микролитиаза, эхонеоднородной желчи с наличием сгустков, сочетания замазкоподобной желчи и сгустков. Причинами его развития могут быть затяжная гипербилирубинемия, гипоксическое поражение центральной нервной системы (синдром вегето-висцеральных нарушений), дисфункция ЖП и сфинктера Одди, синдром ацетонемической рвоты, нервное перенапряжение, гиподинамический синдром, длительная антибиотикотерапия.

Антибиотики могут отрицательно влиять на печень, вызывая некроз гепатоцитов, холестаз или их сочетание. Факторами риска этих воздействий являются повторные курсы антибиотикотерапии, применение лекарственных средств с преимущественно печеночным метаболизмом, принадлежность к женскому полу, полиморбидность, полипрагмазия. Чаще холестаз и билиарный сладж вызывают антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда. Пенициллины могут быть причиной центрлобулярного холестаза, смешанно-клеточного портального инфильтрата, отека портальных трактов, повреждения междольевых желчных протоков с пролиферацией. Цефтриаксон ассоциированный билиарный сладж и псевдолитиаз дозозависимы, чаще развиваются при недостаточном потреблении жидкости; их отмечают у >40% детей на фоне длительной терапии цефтриаксоном.



Большой интерес участников вызвала лекция профессора **Олега Шадрина**, заведующего проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «Институт педиатрии, акушерства

и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», посвященная особенностям терапии сочетанных поражений ЖКТ у детей. Он обратил внимание на проблему диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в раннем детском возрасте. У детей гастроэзофагеальный рефлюкс чаще физиологический, в то время как формирование патологического гастроэзофагеального рефлюкса может привести к повреждению слизистой оболочки пищевода и формированию пищеводных и внепищеводных проявлений. У детей старшего возраста и подростков для диагностики ГЭРБ и инициации лечения, как правило, достаточно данных анамнеза и физического обследования. Дети раннего возраста не могут сообщить о симптомах заболевания; при диагностике ГЭРБ у них следует обращать внимание на такие симптомы, как срыгивание, отказ от еды, утрата аппетита, беспричинный плач, отрыжка, кашель, нарушение сна и др.

У детей старшей возрастной группы препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). В возрасте старше 1 года при наличии эндоскопически подтвержденной ГЭРБ применение ИПП предпочтительно, до 1 года — оправдано при наличии пищеводных поражений (эрозий, язв), в остальных случаях рекомендованы антациды и прокинетики.

Эрадикация *H. pylori* у пациентов, длительно принимающих ИПП, способствует устранению воспаления и предупреждает прогрессирование гастрита до атрофической формы. Наличие ГЭРБ не должно негативно влиять на принятие врачом решения относительно назначения эрадикационной терапии. Эрадикация *H. pylori* не ухудшает течение уже имеющейся ГЭРБ и не влияет на эффективность ее лечения ИПП.

Два дня работы конференции были чрезвычайно насыщенными. Во время пленарных заседаний и спонсорских симпозиумов педиатрам, детским гастроэнтерологам, нутрициологам, семейным врачам удалось получить новую информацию об инновационных методах диагностики и лечения нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, аутоиммунного поражения поджелудочной железы, психосоматических расстройств при ГЭРБ, метаболических нарушений, хронического гастрита, заболеваний печени, язвенного колита, ротавирусной инфекции. Особый интерес вызвали доклады, посвященные современным возможностям коррекции пищевой аллергии, лактазной недостаточности, проблемам грудного вскармливания, рационального питания.

**Марина Колесник,**  
фото автора