

Современные возможности лечения в детской гастроэнтерологии и нутрициологии

1–2 июня 2017 г. в Харькове прошла Межрегиональная научно-практическая конференция с международным участием «Инновации в детской гастроэнтерологии и нутрициологии в практике детского и семейного врача», посвященная памяти профессора Ю.В. Белоусова. Два дня насыщенной работы конференции позволили педиатрам, семейным врачам, детским гастроэнтерологам, нутрициологам узнать о новых методах диагностики и лечения гастроэнтерологической патологии, ознакомиться с современными стандартами ведения этих пациентов, рассмотреть проблемные вопросы, связанные с особенностями питания детей раннего возраста.



Торжественную часть конференции открыл профессор **Александр Хвисьюк**, ректор Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), отметивший, что детская гастроэнтерология и нутрициология — достаточно новая отрасль педиатрии, которая активно развивается и вбирает в себя лучшее, что есть в медицинской науке и практике. Проведение данной конференции является чрезвычайно актуальным, поскольку на рассмотрение вынесены проблемные вопросы лечения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.



Со словами приветствия выступил профессор **Олег Шадрин**, заведующий отделением проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук (НАМН) Украины», главный внештатный специалист Министерства здравоохранения (МЗ) Украины по специальности «Детская гастроэнтерология», президент Ассоциации педиатров-гастроэнтерологов и нутрициологов Украины. Он выразил благодарность организаторам конференции за сохранение традиций харьковской школы детской гастроэнтерологии, заложенных еще профессором Ю.В. Белоусовым, отметив, что основанная им кафедра по-прежнему является ведущей в области детской гастроэнтерологии и нутрициологии в нашей стране.

О. Шадрин выразил надежду на то, что проведение конференций станет постоянным, и на них будут представлены новые разработки не только ученых, но и практикующих врачей.



Мargarита Голубова, заместитель директора Департамента охраны здоровья Харьковского городского совета, поздравила всех участников мероприятия с его открытием, подчеркнув, что новая информация, которую получают врачи во время конференции, несомненно, им пригодится в повседневной практической работе.

Светлана Ковалева, главный специалист отдела по медицинской деятельности Департамента здравоохранения Харьковской областной государственной администрации, отметила, что



для Харьковской области традиционным является проведение конференций, посвященных лечению заболеваний у детей, поскольку сохранение здоровья детей является важным направлением педиатрии.



Слова поздравлений также прозвучали от **Анны Сенаторовой**, председателя Харьковской областной ассоциации педиатров Украины, профессора кафедры педиатрии № 1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета, пожелавшей организаторам и гостям конференции плодотворной работы, мира, добра и всего самого лучшего.

Рабочая часть конференции началась с выступления профессора **О. Шадрина**, представившего доклад, посвященный современным подходам к лечению детей с хроническим гастритом. Он обратил внимание на то, что, несмотря на меняющиеся протоколы и подходы к лечению, в Украине по-прежнему отмечается повышение заболеваемости хроническим гастритом, занимающего первое место среди всей гастроэнтерологической патологии.

О. Шадрин подчеркнул, что *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в 50–96% случаев является причиной возникновения гастрита, в 70–100% — язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в 70–80% — карциномы желудка и β -клеточной лимфомы. Важным является эрадикация данного возбудителя.

В рекомендациях консенсуса Маастрихт IV указано, что *H. pylori* является наиболее важным фактором риска рака желудка; эрадикация *H. pylori* — наиболее перспективная стратегия снижения заболеваемости данной патологией. Следует помнить, что эрадикация возбудителя как фактор, предупреждающий возникновение рака желудка, эффективна только на стадии перехода неатрофического гастрита в атрофический.

На сегодняшний день, согласно Европейским рекомендациям, эрадикационную терапию необходимо проводить как можно раньше. Существующие эрадикационные схемы считаются эффективными при уровне эрадикации не менее 80%. Важным фактором, позволяющим прогнозировать неудачу эрадикационной терапии *H. pylori*, является антибактериальная резистентность. На сегодня при применении тройной схемы (ингибитор протонной помпы (ИПП) + амоксициллин + кларитромицин) успешной эрадикации удается достичь в небольшом количестве случаев, что в значительной степени связано с формированием резистентности к кларитромицину.

В соответствии с консенсусом Немецкого общества по заболеваниям пищеварительной системы и обмена веществ (German Society of Gastroenterology and Digestive Metabolic Diseases — DGVS) по лечению *H. pylori*-ассоциированных заболеваний (Guideline *Helicobacter pylori* and gastroduodenal ulcer disease; 2017), определение антибиотикорезистентности *H. pylori* у детей следует проводить до начала терапии. Эффективность первой схемы лечения должна быть настолько высокой, насколько это



возможно, поскольку неудачные курсы лечения могут приводить к тяжелым последствиям для детей и их родителей (увеличение тревоги, необходимость повторных биопсий в случае неясной резистентности, последующая терапия с потенциальными побочными действиями). Рекомендуется тройная терапия длительностью 14 дней. В связи с высоким уровнем резистентности к кларитромицину в европейских странах последовательную 10-дневную терапию или тройную терапию на основе кларитромицина без определения антибиотикорезистентности не следует применять у детей и подростков.

Согласно украинским протоколам ведения *H. pylori*-инфекции у детей, современные схемы эрадикации включают недельный курс тройной терапии у детей в возрасте до 12 лет — препараты висмута + амоксициллин + нифурател; у детей старше 12 лет — омепразол + амоксициллин + нифурател.

Показана высокая и достаточная эффективность данных режимов антихеликобактерной терапии, а также хорошая переносимость и безопасность, что позволяет рекомендовать их применение в лечении при *H. pylori*-ассоциированном гастрите, гастродуодените и пептической язве у детей.



Говоря о диагностике и лечении функциональных расстройств (ФР) желчного пузыря (ЖП) у детей, профессор **Ольга Белоусова**, заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО, ознакомила слушателей с основными изменениями, внесенными Римскими критериями IV (PK IV) в отношении ФР. Она отметила, что функциональные заболевания билиарного тракта — наименее изученный раздел функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В то же время заболевания желчевыводящей системы, по данным разных авторов, составляют 55–80% среди детей с функциональными нарушениями ЖКТ и наблюдаются у 25–50% детей, обращающихся к гастроэнтерологу.

О. Белоусова подчеркнула, что адаптация измененной классификации в педиатрическую практику будет затруднительной. Так, в PK IV под нарушением функции сфинктера Одди подразумевают наличие билиарной боли после холецистэктомии при исключении органической патологии; наличие данного ФР у лиц с сохраненным ЖП маловероятно. ФР панкреатического сфинктера Одди рассматривают как причину возникновения эпизодов панкреатита. Критерием диагностики этого расстройства являются эпизоды острого панкреатита (боли с повышением уровня амилазы или липазы более чем в 3 раза, и объективные доказательства наличия панкреатита) при исключении другой этиологии заболевания (алкоголь, опиаты) и отсутствии патологии билиарного тракта при использовании разных методов диагностики. Подобные состояния в педиатрической практике не распространены. Именно поэтому, по мнению докладчика, необходимо сохранение существующего понятия дисфункции сфинктера Одди как комплекса ФР длительностью >3 мес, основными клиническими симптомами которого являются рецидивирующие приступы сильной или умеренной боли длительностью ≥20 мин, ко-

торая локализуется в эпигастрии или правом подреберье (билиарный тип), в левом подреберье, уменьшающаяся при наклоне вперед (панкреатический тип), опоясывающая боль (объединенный тип), сопровождающаяся такими признаками: начало после приема пищи, появление в ночные часы, тошнота и/или рвота.

Критерии нарушений функции ЖП включают наличие билиарной боли при сохраненном ЖП, отсутствие конкрементов и другой органической патологии. Основными критериями билиарной боли являются локализация в эпигастрии/правом верхнем квадранте живота, длительностью до 30 мин, возникающая с разными интервалами, нарушающая обычный образ жизни, снижающая дневную активность. К поддерживающим критериям относят нормальные показатели билирубина, печеночных проб, амилазы и липазы, возможную связь с тошнотой, рвотой, иррадиацию боли в спину, правую подлопаточную область, возникновение симптома в ночное время. Связь боли с моторикой кишечника, изменением положения тела и кислотосупрессией выявляют у не более чем 20% больных.

Согласно PK IV, алгоритм диагностики билиарной боли включает проведение ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости, эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ, другие методы лучевой диагностики (компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, по показаниям — эндоскопическое УЗИ). В отсутствие органических заболеваний и при наличии характерной клинической картины устанавливают диагноз нарушений функции ЖП.

О. Белоусова подчеркнула, что в патогенезе всех ФР лежат нарушения моторики. Включение в схемы терапии препарата, оказывающего селективное спазмолитическое действие на сфинктерный аппарат и влияющего на моторную функцию желчных путей, позволяет купировать боль и достичь лучших результатов лечения, улучшить самочувствие и повысить качество жизни больных. Для устранения моторно-тонической дисфункции желчных путей важным в терапии является применение холинолитиков. В частности, прифиния бромид не только эффективно устраняет билиарный болевой синдром при ФР билиарного тракта, но и оказывает благоприятное действие при наличии коморбидной патологии.



Профессор **Юрий Марушко**, заведующий кафедрой педиатрии Института последипломного образования Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, уделит внимание роли пролекарств в схемах антибактериальной терапии у детей. Он отметил, что основной проблемой антибиотикотерапии является нерациональное применение антибактериальных препаратов. Так, при анализе назначений антибиотиков при лечении

инфекций дыхательных путей у детей в амбулаторных условиях показано, что необоснованную антибиотикотерапию назначали в 44,1% случаев при лечении острого ринофарингита, в 47,8% — острого бронхита. В первый день начала заболевания антибиотик назначали в 85% случаев. Среди возрастных групп наиболее склонны к необоснованному назначению антибиотиков преваляровали дети в возрасте до 1 года и школьники.

Применение антибиотиков наряду с положительными эффектами имеет ряд недостатков, в частности может приводить к поражению ЖКТ в виде снижения ферментативной функции кишечника, агрессивного действия антибиотиков на слизистую оболочку, угнетения роста нормальной микрофлоры кишечника и развития дисбиоза.

При бронхите бактериальной этиологии, пневмонии, как правило, назначают полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, современные макролиды. Перспективным, по мнению докладчика, также является применение пролекарств. Показано, что цефуроксим аксетил является эффективным средством антибактериального действия, которое можно применять для лечения детей с респираторными заболеваниями бактериальной этиологии и сопутствующей патологией пищеварительного тракта. Терапия цефуроксимом аксетилом на протяжении 6–7 дней у детей с острым бронхитом и сопутствующей патологией пищеваритель-

ного тракта практически не влияет на состояние микрофлоры кишечника у детей.

Ю. Марушко привел результаты исследования по изучению применения цефподоксима проксетила в схеме ступенчатой терапии пневмонии у детей, показавшего свою высокую эффективность. Данный препарат обладает высоким профилем безопасности, хорошо переносится детьми, в отличие от инъекций не вызывает психологической травмы и повышает качество жизни ребенка; побочных эффектов после его применения не выявлено.

Кроме того, результаты многочисленных исследований по изучению микробиологической безопасности цефподоксима проксетила при лечении детей с острыми респираторными заболеваниями свидетельствуют о том, цефподоксим проксетил характеризуется микробиологической безопасностью для кишечного микробиологического биотопа детей. Его применение не вызывает проявлений гастроинтестинальных нарушений у детей на протяжении всего приема препарата, а также при динамическом наблюдении на протяжении месяца после выздоровления.

Ю. Марушко отметил, что при назначении антибактериальной терапии необходимо придерживаться определенных правил: антибиотики назначать по четким показаниям, соблюдать длительность приема и дозирование, использовать ступенчатые схемы терапии и пролекарства, позволяющие уменьшить негативное влияние на ЖКТ.



Профессор **Геннадий Леженко**, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии Запорожского государственного медицинского университета, представил обзор рекомендаций Европейского общества педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition — ESPGHAN) по лечению острого гастроэнтерита (ОГЭ). Он напомнил, что данное заболевание определяется изменением консистенции стула (жидкий или неоформленный) и/или увеличением его частоты (≥ 3 за 24 ч) с/без лихорадки или рвоты, обратив внимание на то, что изменение консистенции стула является более четким индикатором диареи, чем частота стула, особенно в первые месяцы жизни ребенка.

В рекомендациях подчеркивается, что этиология диареи (бактериальная или небактериальная) существенно не влияет на лечение, поэтому терапию следует начинать незамедлительно, независимо от этиологического фактора острой инфекции. Клиническая картина как вирусной, так и бактериальной диареи, как правило, неспецифична, информативность бактериологических исследований несвоевременная, а специфичность результатов лабораторных исследований недостаточная, именно поэтому ОГЭ не требует специфической диагностики, лечение необходимо начинать сразу.

Дополнительные исследования следует проводить детям с сопутствующей патологией, в критическом состоянии, с кровавым стулом и приехавшим из-за границы, а также для дифференциальной диагностики ОГЭ с воспалительными заболеваниями кишечника.

Показаниями к госпитализации являются неэффективная пероральная регидратация, тяжелое обезвоживание, неврологические нарушения, шок, упорная рвота желчью, подозрение на хирургическую патологию, невозможность обеспечить необходимый уход в домашних условиях.

Согласно рекомендациям ESPGHAN, необходимо выбрать единый алгоритм ведения детей с ОГЭ, который поможет выбрать адекватную терапию. В его основе должна лежать оценка тяжести состояния ребенка, необходимо учитывать степень дегидратации (оценивают по шкале клинических проявлений дегидратации для детей), лечение следует начинать незамедлительно, независимо от этиологического фактора острой инфекции.

Единый алгоритм ведения детей с ОГЭ включает регидратацию (гипоосмолярные растворы) и активную терапию (пробиотик + энтеросорбент). Основа терапии — пероральная регидра-



тация с гипоосмолярным раствором, которую необходимо начинать сразу. Ультрабыстрые схемы внутривенной регидратации не превосходят стандартные режимы введения жидкостей, внутривенную регидратацию проводят только в случае невозможности пероральной регидратации. Как правило, ребенка выпаивают постепенно (по 1–2 чайные ложки или из пипетки каждые 5–10 мин), в случае рвоты через 5–10 мин пероральное введение жидкости повторяют. У детей раннего возраста солевые растворы сочетают с бессолевыми (чай, вода, рисовый отвар, отвар шиповника и др.). При этом грудное вскармливание не прерывают, обычное питание ребенка продолжают без изменений диеты, включая молоко. Безлактозные смеси рекомендуют использовать только у детей в возрасте до 5 лет при стационарном лечении.

Для уменьшения выраженности симптомов и длительности ОГЭ целесообразно добавление некоторых пробиотиков, в частности *Saccharomyces boulardii* и *Lactobacillus GG*. Антибиотики назначают редко, а применение других препаратов (противорвотные препараты, лоперамид, нитазоксанид, активированный уголь, фолиевая кислота, нифуроксазид, пребиотики и др.) не рекомендовано.



Профессор **Татьяна Крючко**, заведующая кафедрой педиатрии № 2 Высшего государственного учебного заведения Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», уделила внимание особенностям диагностики и лечения при абдоминальной боли, отметив, что абдоминальный болевой синдром у детей является ведущим клиническим проявлением заболеваний органов пищеварения и в 90–96% случаев обусловлен функциональными при-

чинами.

При обследовании ребенка с болью в животе врач, прежде всего, должен ответить на следующие вопросы:

- является ли абдоминальная боль отражением острой хирургической патологии;
- в случае хронической или рецидивирующей боли, какой характер носит боль (органический или функциональный);
- если боль носит органический характер, о каком заболевании идет речь.

Выделяют основные симптомы, свидетельствующие о высокой вероятности хирургической патологии. К ним относят появление боли как первого симптома болезни (громкий плач, резкое беспокойство или малоподвижность), пробуждение от боли или невозможность уснуть, появление рвоты на фоне боли, отсутствие стула и газов, бледность, холодный пот, тахикардия, не соответствующая температуре тела, напряжение мышц передней брюшной стенки.

Показаниями для консультации детского хирурга являются:

- выраженная или усиливающаяся боль в животе с прогрессирующими признаками дегидратации;
- рвота с примесью желчи или кишечного содержимого;
- пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки;
- наличие положительного симптома Щеткина — Блюмберга;



- выраженное вздутие живота с диффузным тимпанитом;
- признаки, свидетельствующие о наличии жидкости или крови в брюшной полости;
- выраженная абдоминальная травма;
- абдоминальная боль, причину которой определить затруднительно.

Проводя осмотр, пальпацию и аускультацию живота, необходимо установить наличие асимметрии живота, непривычных выпячиваний в области передней брюшной стенки, вздутия живота, видимой перистальтики кишечника, ригидности передней брюшной стенки, болезненных и/или пульсирующих образований, определяющихся пальпаторно, симптомов раздражения брюшины, кишечных шумов.

Т. Крючко отметила, что наиболее сложные пациенты — дети с рецидивирующей болью в животе. Важным является разграничение функциональной и органической боли. Так, функциональная боль может носить пароксизмальный по интенсивности характер боли, отдельные эпизоды боли могут длиться от нескольких недель до месяцев, при этом не нарушать обычную активность, боль характеризуется постепенным началом приступов, околопупочной локализацией, невозможностью описать ее характер, отсутствием четкой связи с едой или каким-либо видом деятельности. Симптомами,стораживающими в отношении органического характера боли, могут быть локализация боли далеко от пупка, лихорадка, потеря массы тела, кровь в кале, изменение характера дефекаций, пробуждение от боли ночью, анемия, дизурия, повышенная скорость оседания эритроцитов.

Основными направлениями терапии наряду с этиологическим и патогенетическим лечением основного заболевания являются нормализация двигательных расстройств, снижение висцеральной чувствительности, коррекция механизмов восприятия боли.

Лечение пациентов с заболеваниями ЖКТ, сопровождающимися моторными нарушениями, как правило, комплексное, однако подходы к коррекции собственно моторных нарушений практически сходны как при первичных (функциональных), так и при вторичных нарушениях. В основном применяют препараты двух классов — прокинетики и спазмолитики. Ведущую роль в структуре абдоминально-болевого синдрома играет спастическая боль, требующая назначения спазмолитиков с выборочной активностью, в частности прифиния бромид.



Профессор **Галина Бекетова**, заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Педиатрия», рассказала о современных подходах к рациональной терапии язвенного колита (ЯК) у детей. Она подчеркнула, что данное заболевание характеризуется хроническим прогрессирующим течением,

способствует развитию тяжелых жизнеугрожающих осложнений, требует пожизненного применения препаратов, оказывающих серьезные побочные эффекты, может приводить к инвалидизации

в результате хирургического лечения и высокому риску малигнизации слизистой оболочки толстой кишки.

Основой и золотым стандартом лечения при ЯК является консервативная терапия, благодаря которой достигается клиническая ремиссия (устранение симптоматики), улучшается качество жизни, минимизируются осложнения и показания к хирургическому лечению, уменьшается выраженность и частота побочных эффектов терапии.

Говоря о базисной терапии, Г. Бекетова отметила, что препаратом первой линии является 5-аминосалициловая кислота (5-АСК) (месалазин), второй линии — глюкокортикоиды (топические и системные). Следует учитывать, что преднизолон при длительном применении угнетает функцию надпочечников, в то время как будесонид — топический глюкокортикоид с низкой биодоступностью и высоким сродством к глюкокортикоидным рецепторам — также эффективен, как и преднизолон, но не вызывает тяжелых системных побочных эффектов.

К препаратам резерва относят неселективные (азатиоприн, азафальк, 6-меркаптопурин, метотрексат) и селективные (циклоsporин А/сандимун) иммуносупрессоры. Данную терапию применяют при рефрактерных и стероидзависимых формах заболевания, максимальный эффект достигается через 1–2 мес после начала лечения, однако препараты оказывают серьезные побочные действия, что ограничивает их применение.

Перспективным является применение биологической (антицитокиновой) терапии (рекомбинантный противовоспалительный цитокин интерлейкин-10, рекомбинантный α -интерферон, ингибиторы фактора некроза опухоли- α -антител). В качестве вспомогательной терапии ЯК применяют детоксикационную и метаболическую терапию, парентеральное питание, пробиотики и ферменты, сорбционные методы детоксикации и др.

В соответствии с совместными рекомендациями Европейского общества по изучению болезни Крона и колита (European Crohn's and Colitis Organisation — ECCO)/ESPGHAN, при проктите легкой/средней степени тяжести назначают месалазин 1 г в суппозитории или месалазин пена/клизмы. Сочетание топического с пероральным месалазином или топическим стероидом эффективнее, чем монотерапия, и должно быть рассмотрено для эскалации лечения. У больных с левосторонним активным колитом легкой/средней степени тяжести следует начинать с терапии месалазином в виде клизмы 1 г/сут в комбинации с пероральным месалазином >2 г/сут, при отсутствии ремиссии добавлять топический стероид, если нет ответа на терапию — пероральный стероид. Тяжелый левосторонний колит является показанием для госпитализации и проведения интенсивной терапии препаратами системного действия. При распространенном активном ЯК легкой/средней степени тяжести необходимо начинать с терапии пероральным месалазином >2 г/сут в комбинации с топическим для повышения уровня ремиссии. Если нет ответа на терапию, предпочтение следует отдавать системным стероидам. Тяжелый распространенный колит всегда является показанием для госпитализации и проведения интенсивной терапии.

Ректальная 5-АСК — первая линия поддерживающей терапии при проктите и альтернатива при левостороннем колите. Комбинацию перорального и ректального месалазина можно применять как вторую линию поддерживающей терапии.



О значении пребиотиков в профилактике аллергических заболеваний в раннем возрасте шла речь в выступлении профессора **Виктории Клименко**, заведующей кафедрой пропедевтики педиатрии № 2 Харьковского национального медицинского университета. Доказано положительное влияние пребиотиков на микробиоту кишечника, уровень глюкозы, обмен жиров, абсорбцию минералов, моторику ЖКТ, иммунную модуляцию, предупреждение рака толстой кишки.

Эксперты Всемирной организации аллергологов (World Allergy Organization — WAO) признают, что сегодня пребиотики, точно также, как и пробиотики, можно длительно принимать у детей раннего возраста для модуляции иммунного ответа, они способ-

ны профилировать развитие аллергии природным путем. В частности, полноценно сформированный кишечный барьер предупреждает всасывание аллергенов из просвета кишечника, вследствие чего не запускается каскад аллергических реакций в организме (не происходит сенсибилизация), предупреждается чрезмерный синтез IgE, развитие пищевой аллергии и атопического марша (атопический дерматит, аллергическое поражение ЖКТ, бронхиальная астма и др.).

В. Клименко обратила внимание на то, что при выборе пребиотика предпочтение следует отдавать препаратам только с доказанной эффективностью. У детей раннего возраста для первичной и вторичной профилактики аллергии применяют смеси, содержащие частично гидролизованный белок и пребиотический компонент (галакто- и фруктоолигосахариды в определенном соотношении). Показано, что при применении такой смеси частота заболеваний атопическим дерматитом снижается на 58%.



Большой интерес участников конференции вызвал мастер-класс «Проблемные вопросы диагностики, терапии и профилактики гастроинтестинальной пищевой аллергии (ГИА) у детей», который провела профессор **Елена Охотникова**, заведующая кафедрой педиатрии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика. На клиническом примере она рассказала об особенностях течения данной патологии, отметив, что

при ГИА происходит поражение ЖКТ вследствие иммунного ответа на компоненты пищи с клиническими проявлениями аллергических реакций со стороны органов пищеварения и возможным повреждением различных отделов пищеварительного тракта.

Аллергические поражения ЖКТ могут проявляться в виде кожной сыпи, реже — поражения дыхательных путей, анафилактических реакций. Чаще всего причиной анафилактического шока является пищевая аллергия.

Е. Охотникова отметила, что наиболее типичные проявления аллергии со стороны ЖКТ — тошнота, рвота, диарея, изменения во рту. Характерными признаками у детей в возрасте до 3 лет являются срыгивания и рвота, колики, диарея или запор. У детей в возрасте 3–6 лет аллергия может проявляться в виде изжоги, тошноты, рвоты, диареи, боли в животе (менее интенсивная). Для детей в возрасте 6–14 лет более характерна боль в животе, запор, отрыжка, тошнота, изжога (в стертой форме). К большому сожалению, в большинстве случаев данные проявления трактуются врачами как хронические воспалительные заболевания, не связанные с аллергией.

Ближайшими последствиями ГИА могут выступать транзиторная дисахаридазная недостаточность с характерной симптоматикой, вторичная лактазная и панкреатическая недостаточность, вторичный дисбиоз кишечника (у большинства детей). У детей в возрасте старше 3 лет ГИА проявляется хроническим гастритом, гастродуоденитом, хроническим эзофагитом, дискинезией желчевыводящих путей. При ГИА также часто могут возникать синдром раздраженного кишечника и синдром мальабсорбции.

Пищевая аллергия с возрастом утрачивает свою интенсивность, однако IgE-опосредованная аллергия может сохраняться долго. У большинства детей, имевших в раннем возрасте аллергию на белок коровьего молока, яйца, цитрусовые, сою и пшеничный белок (глютен), она постепенно исчезает. В то же время аллергия к рыбе, морепродуктам, лесным орехам, арахису и пищевым красителям остается на всю жизнь. Пищевая аллергия с дебютом в возрасте после 10 лет тоже пожизненна.

Длительная ГИА играет определенную роль в развитии хронического сигмоидита, синдрома раздраженного кишечника,



стриктуры пищевода с образованием колец Schatzki и ахалазии пищевода, хронического атрофического гастрита типа А, ЯК, болезни Крона. При белок-индуцированной энтеропатии повышается риск развития малигнизации.

Е. Охотникова обратила внимание на частые ошибки, отмечаемые в ведении детей с ГИА. В частности, плохо изучается персональный анамнез ребенка и семейный анамнез (особенно аллергологический), часто необоснованно назначают антибактериальные препараты, H₁-антигистаминные, препараты на растительной основе (фитопрепараты, отвары и настои трав). Распространенной ошибкой является назначение гипоаллергенной смеси детям с уже развившимися аллергическими реакциями и заболеваниями, безлактозной смеси без особой идентификации лактазной недостаточности. Излишне назначают пробиотики (как правило, для лечения при дисбиозе кишечника), часто и на длительный срок — ферментные препараты.

Во время конференции специалисты в области детской гастроэнтерологии, педиатрии, аллергологии, нутрициологии представили более 50 докладов, посвященных актуальным вопросам современной детской гастроэнтерологии и нутрициологии. Особое внимание уделено инновационным методам лечения энтероколитов, хронического вирусного гепатита С, функционального запора, патологии пищеварительного тракта, гастроинтестинальных нарушений, болезни Гоше, кишечных колик, гепатобилиарной патологии, мукополисахаридоза I типа, болезни Помпе, синдрома ацетонемической рвоты, аутоиммунного гепатита, постпрандиального гликемического синдрома, головной боли у детей с ожирением, пищевой непереносимости и аллергии. Познавательными стали доклады, посвященные опыту применения пробиотиков, витаминов группы В, ферментной терапии, препаратов кальция, смесей на основе козьего молока, диетотерапии у детей с различной гастроэнтерологической и аллергологической патологией.

В рамках конференции также прошел сателлитный симпозиум «Комплексный подход в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта в педиатрии — собственные наработки» и заседание молодых ученых, посвященное актуальным вопросам педиатрии.

Участники мероприятия выразили надежду на то, что подобные конференции будут проходить регулярно, поскольку именно такие встречи помогают получить новую информацию о современных методах диагностики и терапии гастроэнтерологических заболеваний, поделиться собственным опытом лечения пациентов с распространенными патологиями, обсудить сложные клинические случаи, отмечаемые в практической деятельности.

Марина Колесник,
фото автора