

КЛУБ ПЕДИАТРОВ

газета для специалистов в области здравоохранения | №2 | 2024

Главная тема номера: заболевания кишечника у детей



ИНТЕРВЬЮ СО СПЕЦИАЛИСТОМ: Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей



Резеда Абдулахатовна Файзуллина

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Казанского государственного медицинского университета, отличник здравоохранения РФ, заслуженный врач РТ, врач высшей квалификационной категории, главный внештатный детский диетолог Минздрава РТ, эксперт Росздравнадзора, член аттестационной комиссии по специальности «Педиатрия» Минздрава РТ

– **Уважаемая Резеда Абдулахатовна, насколько распространены заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей в Российской Федерации?**

– Патология органов пищеварения среди детского населения – одна из составляющих серьезной проблемы здоровья подрастающего поколения. Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным заболеваниям детского возраста, занимая по частоте второе место в структуре общей заболеваемости.

У детей раннего возраста (до 3 лет) чаще регистрируются функциональные расстройства органов пищеварения (младенческая колика, синдром рвоты и срыгиваний, функциональный запор и пр.). У дошкольников

4–6 лет наряду с функциональными нарушениями органов пищеварения появляется органическая патология – возникают воспалительные изменения в органах пищеварения.

У школьников отмечается рост хронических заболеваний органов пищеварения (гастродуоденит, язвенная болезнь, панкреатит, воспалительные заболевания кишечника, заболевания печени и желчного пузыря). Сохраняют свою распространенность функциональные заболевания, хотя формы отличаются от форм у детей раннего возраста. У школьников чаще возникают синдром раздраженного кишечника, абдоминальная боль и абдоминальная мигрень, функциональная диспепсия.

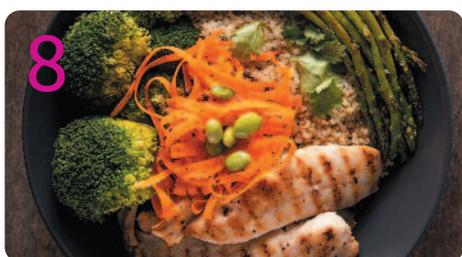
Продолжение на стр. 3

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ



Кишечный квиз

Проверьте свои знания



Диета и кишечник

Новые подходы



«Красные флаги» при заболеваниях ЖКТ у детей



Азбука биотиков

История медицины

А ТАКЖЕ:

Новости	2 стр.
Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей	6 стр.
Дневник питания при диете low FODMAP	10 стр.
Пробиотики и пребиотики в составе пищевых ингредиентов	12 стр.
Обновлено руководство по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых	13 стр.
Сравнение Римских Критериев и Российских клинических рекомендаций	14 стр.
Клинический случай	15 стр.

Агонисты рецептора GLP-1 «изменили правила игры» в педиатрии

У детей с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) наблюдалось значительное снижение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ) после лечения агонистами рецептора глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1). Это улучшение было более выраженным у пациентов, которым назначали агонисты рецептора GLP-1 по поводу сахарного диабета 2-го типа, чем у пациентов с ожирением.

Исследователи сообщили, что агонисты рецептора GLP-1 значительно снижают уровень АЛТ у детей, страдающих стеатозом печени, связанным с метаболической дисфункцией, особенно у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

В более ранней серии исследований, опубликованных в журнале детской гастроэнтерологии и питания («Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition»), сообщалось, что лираглутид (Saxenda/Victoza, Novo Nordisk) в сочетании с изменением образа жизни был эффективен в стимулировании и поддержании снижения массы тела и повышении чувствительности к инсулину у педиатрических пациентов со стеатогепатитом, связанным с метаболической дисфункцией, избыточным весом/ожирением и сахарным диабетом 2-го типа.

Чтобы оценить эффективность лечения агонистами рецепторов GLP-1 у педиатрических пациентов с НАЖБП, было проведено ретроспективное исследование пациентов в возрасте до 21 года (n=83; средний возраст – 16 лет), которые начали терапию агонистами рецептора GLP-1 с 1 января 2018 г. по 20 мая 2023 г.

Исследователи собрали демографические и биометрические данные, даты начала и завершения приема каждого из препаратов агонистов рецепторов GLP-1, а также показатели трансаминаз до и после лечения. Конечными точками исследования были изменения уровня АЛТ, Z-балла индекса массы тела (ИМТ) и веса до лечения GLP1-RA по сравнению с результатами после.

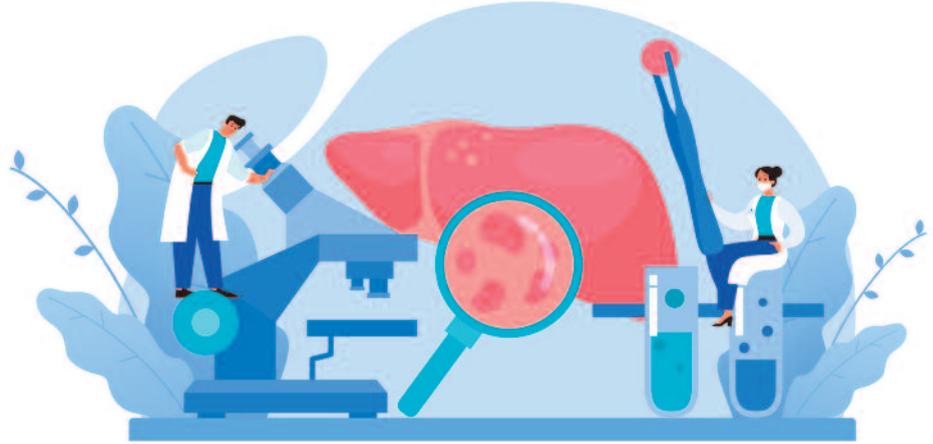
Согласно результатам исследования, хотя у пациентов наблюдалось значительное среднее снижение уровня АЛТ (-43 Ед/л; $p < 0,002$) после лечения GLP1-RA, средний Z-балл ИМТ снизился всего на 0,05 ($p = 0,292$). Когда исследователи распределили пациентов, которые начали лечение GLP1-RA по поводу ожирения (59%) по сравнению с диабетом (41%), они не обнаружили улучшения

Z-балла ИМТ или веса. Однако у пациентов с сахарным диабетом наблюдалось более значительное снижение уровня АЛТ (-50 Ед/л; $p = 0,037$) по сравнению с пациентами с ожирением (-35 ед/л; $p = 0,112$).

Отмечено, что 42% пациентов принимали более одного препарата от GLP1-RA, причем чаще всего назначался лираглутид, за которым следовали семаглутид (Ozempic/Wegovy, Novo Nordisk), дулаглутид (Trulicity, Lilly) и эксенатид (Bydureon, AstraZeneca).

Исследователи также сообщили, что, основываясь на этих результатах, необходимы дополнительные проспективные исследования для изучения применения GLP1-RA в педиатрической практике и изучения различных механизмов воздействия этих препаратов на печень.

Источник: GLP-1 receptor agonists 'have changed the playing field' in pediatric MASLD (healio.com).



КИШЕЧНЫЙ КВИЗ*

НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ ОСВЕДОМЛЕННЫ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ? ПРИМИТЕ УЧАСТИЕ В ВИКТОРИНЕ И ПРОВЕРЬТЕ СВОИ ЗНАНИЯ

Вы находитесь на дежурстве в круглосуточном стационаре и заканчиваете работу с историями болезни. В это время вам звонит дежурный врач-педиатр из приемного отделения и сообщает о поступлении **7-летней Кати** в сопровождении мамы с жалобами на **многократную рвоту и жидкий стул с примесью крови**. Из анамнеза известно, что семья отдыхала на пикнике за городом, где Катя съела гамбургер и выпила коктейль. К сожалению, дежурный по приемному отделению врач Н. спешит разобраться с другими пациентами и у нее нет времени сообщить вам более подробную информацию. Н. подтвердила, что состояние пациентки стабильно, и попросила вас посмотреть ее в отделении и определить дальнейшую тактику.



ВОПРОС 1

Направляясь в приемное отделение, вы можете выбрать возможный диагноз и назначить пациентке предварительный перечень исследований.

Выберите предварительный диагноз (возможны несколько вариантов ответов):

- Инвагинация.
- Инфекционная диарея.
- Эшерихиоз.
- Шигеллез.
- Кампилобактериоз.
- Сальмонеллез.
- Гемолитико-уремический синдром (ГУС).
- Псевдомембранозный колит.
- Острый аппендицит.
- Токсический мегаколон.
- Воспалительное заболевание кишечника.
- Вирусный гастроэнтерит.
- Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ).
- Геморрагический васкулит.
- Сосудистая мальформация.
- Дивертикул Меккеля.

Ответ на с. 4.

*Квиз – это англицизм, пришедший к нам из языка Шекспира и Диккенса: образовано от слова «quiz», что в переводе означает «викторина».

Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей



Резеда Абдулахатовна Файзуллина

Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Казанского государственного медицинского университета, отличник здравоохранения РФ, заслуженный врач РТ, врач высшей квалификационной категории, главный внештатный детский диетолог Минздрава РТ, эксперт Росздравнадзора, член аттестационной комиссии по специальности «Педиатрия» Минздрава РТ

Начало на стр. 1

– Каковы особенности заболеваний ЖКТ у детей и подростков?

– Из-за тесной анатомической и функциональной близости пищеварительных органов и особенностей реактивности растущего организма у детей формируется сочетанная патология органов пищеварения.

– Каковы факторы риска возникновения заболеваний ЖКТ?

– К факторам риска развития гастроэнтерологической патологии относятся наследственная предрасположенность, врожденные аномалии развития, ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание, частые вирусные, паразитарные и бактериальные инфекции, наличие хронических заболеваний других органов и систем, хронических очагов инфекции (кариозные зубы, хронический тонзиллит, пиелонефрит и др.), частое лечение антибиотиками, длительное применение различных медикаментов.

Способствуют возникновению болезней органов пищеварения пищевая аллергия, снижение иммунитета, нарушение нормальной микрофлоры кишечника (дисбиоз), низкая двигательная активность и чрезмерные перегрузки, нездоровая обстановка в семье и/или конфликты с ровесниками.

– Какие направления в профилактике возникновения заболеваний ЖКТ являются ведущими?

– Основные приоритеты в снижении заболеваемости органов пищеварения у детей: формирование культуры правильного питания, своевременное выявление начальных симптомов заболевания и лечение, предупреждение рецидивов хронических заболеваний.

– Что такое синдром повышенной кишечной проницаемости?

– Кишечный барьер представляет собой комплекс структур (кишечный эпителий, покрывающий их слой слизи и микробиом кишечника), который защищает внутреннюю среду организма от проникновения из просвета ЖКТ бактерий и их компонентов (эндотоксинов).

Считается, что стенка кишечника негерметична, благодаря чему вода и питательные вещества попадают в кровь и поступают в организм. С другой стороны, именно стенка кишечника защищает организм от эндотоксинов, проникновения бактерий и вирусов. Все это связано с кишечной проницае-

мостью и позволяет оценивать функционирование кишечного барьера.

Причинами нарушения кишечного барьера и повышения кишечной проницаемости могут быть различные нарушения питания, прием лекарственных препаратов, инфекции, прежде всего кишечные, стресс.

Соответственно, поддержание нормального состава микробиоты кишечника, здоровое питание позволят контролировать функционирование кишечного барьера и защитить организм человека от различных серьезных заболеваний.

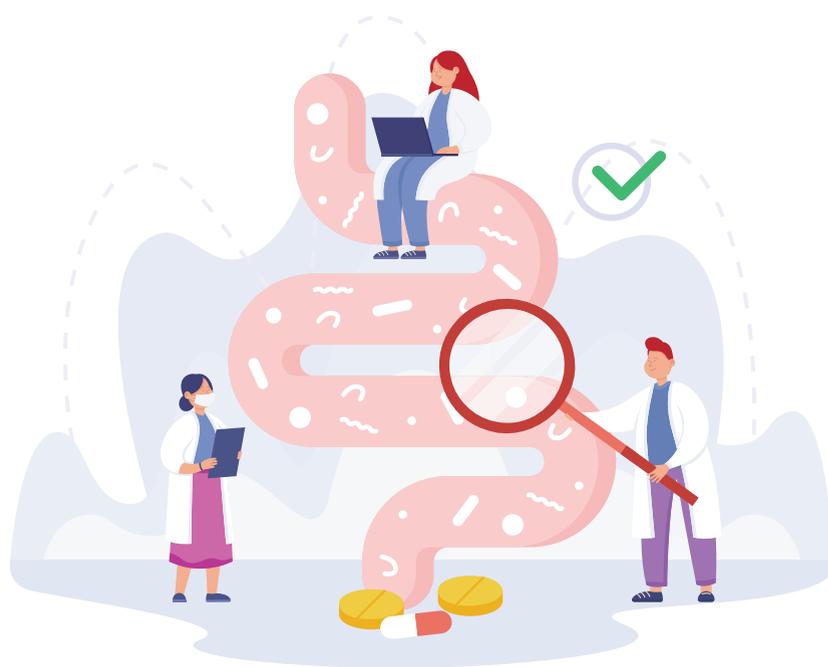
– Какая диета может быть рекомендована детям с заболеваниями ЖКТ?

– Диетическое лечение детей с заболеваниями органов пищеварения по своему

содержанию должно быть регулярным, в течение дня в дневное время 5 часов, а между последним вечерним и первым утренним – 10–11 часов. Наиболее целесообразно четырехразовое питание, которое способствует ритмичному возбуждению пищевого центра и выделению пищеварительных соков. Увеличение числа приемов пищи до 5–6 раз в сутки показано при обострении заболевания, такой режим способствует созданию функционального покоя больного органа, снижению часового напряжения желудочной секреции, более полному освобождению желчного пузыря. Переваривание и усвоение пищи протекают более полноценно, если едят ее не торопясь, хорошо пережевывая. Соответственно, определяют и оптимальную продолжительность приема пищи.

В острый период заболевания ранее допускалось временное снижение энергетической и пищевой ценности рациона из-за вынужденного исключения или резкого ограничения ряда продуктов. В настоящее время в остром периоде заболевания допускается сохранение возрастной потребности в основных нутриентах с заменой не-

” Заболевания желудочно-кишечного тракта во многом обусловлены образом жизни современного человека



значению не уступает лекарственному и физическому, а в большинстве случаев, без сомнения, играет доминирующую роль. В некоторых случаях лечебное питание может быть единственным методом лечения (например, при наследственных нарушениях усвоения отдельных пищевых веществ – целиакии, галактоземии, фенилкетонурии и др.) или одним из основных методов.

При заболеваниях органов пищеварения важно обеспечить регулярное ритмичное питание с соблюдением равномерных промежутков между приемами пищи. Перерыв между приемами пищи не должен превы-

шать объема пищи энтеральным питанием, которое полностью сбалансировано и щадяще воздействует на пищеварение.

Для детей с заболеваниями органов пищеварения используется индивидуализация питания в соответствии с характером заболевания, наличием сопутствующей патологии и нутритивным статусом ребенка. Для детей важно разнообразить питание и предлагать блюда с высокими вкусовыми качествами.

– Резеда Абдулахатовна, благодарим Вас за столь подробные ответы!

«Красные флаги» у детей с клиническими жалобами на гастроинтестинальные расстройства согласно Римским критериям IV

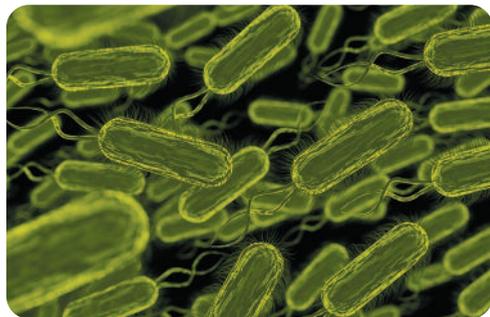
Младенцы и дети раннего возраста	Дети старшего возраста и подростки
<ul style="list-style-type: none"> ● Необъяснимая лихорадка ● Плоская весовая кривая ● Отставание в физическом развитии ● Отказ от еды ● Рвота с примесью крови ● Появление крови в кале ● Пассивное напряжение брюшной стенки ● Кривошея (синдром Сандифера) ● Отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям 	<ul style="list-style-type: none"> ● Необъяснимая лихорадка ● Дисфагия ● Кровотечения из ЖКТ ● Отставание в физическом развитии ● Задержка полового развития ● Потеря массы тела ● Боли в животе, которые будят во время сна ● Артриты ● Перианальное воспаление ● Диарея в ночное время ● Отягощенный семейный анамнез по воспалительным заболеваниям кишечника, целиакии, язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки 

Источник: Казюкова Т.В., Котлуков В.К. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста: современный взгляд на механизмы развития и возможности терапии. РМЖ. 2018;9:33-38.

КИШЕЧНЫЙ КВИЗ

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС 1 (см. стр. 2)

- Инфекционная диарея:
 - Эшерихиоз
 - Шигеллез
 - Кампилобактериоз
 - Сальмонеллез
- Гемолитико-уремический синдром
- Токсический мегаколон



NB! Дивертикул Меккеля обычно появляется примерно в возрасте 2 лет, но его нельзя упускать из виду как потенциальную причину безболезненного ректального кровотечения даже у ребенка старшего возраста.

Вы ознакомлены с результатами осмотра

Анамнез жизни: переболела правосторонней нижнедолевой внебольничной пневмонией в возрасте 4 лет, ОРВИ: 3–4 раза в год. Детские инфекции – ветряная оспа без осложнений в 4 года.

Постоянно употребляемые лекарственные препараты: нет.

Аллергоанамнез: арахис.

Прививки: согласно национальному календарю.

Семейный анамнез: не отягощен.

Социальный анамнез: ребенок из полной благополучной семьи.

Физикальный осмотр

Температура тела 37°C, частота дыханий 22 в минуту, частота сердечных сокращений 110 уд/мин, артериальное давление (АД) 122/70 мм рт. ст.

Общий осмотр: сознание ясное, контакту доступна. Положение в кровати вынужденное – лежит с приведенными к животу ногами.

Зев не гиперемирован, лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

Аускультация: тоны сердца ясные, громкие, патологических шумов нет. Дыхание: везикулярное, равномерное. Живот мягкий, не вздутый, но диффузно-болезненный со значительным напряжением. Кожные покровы бледно-розового цвета.

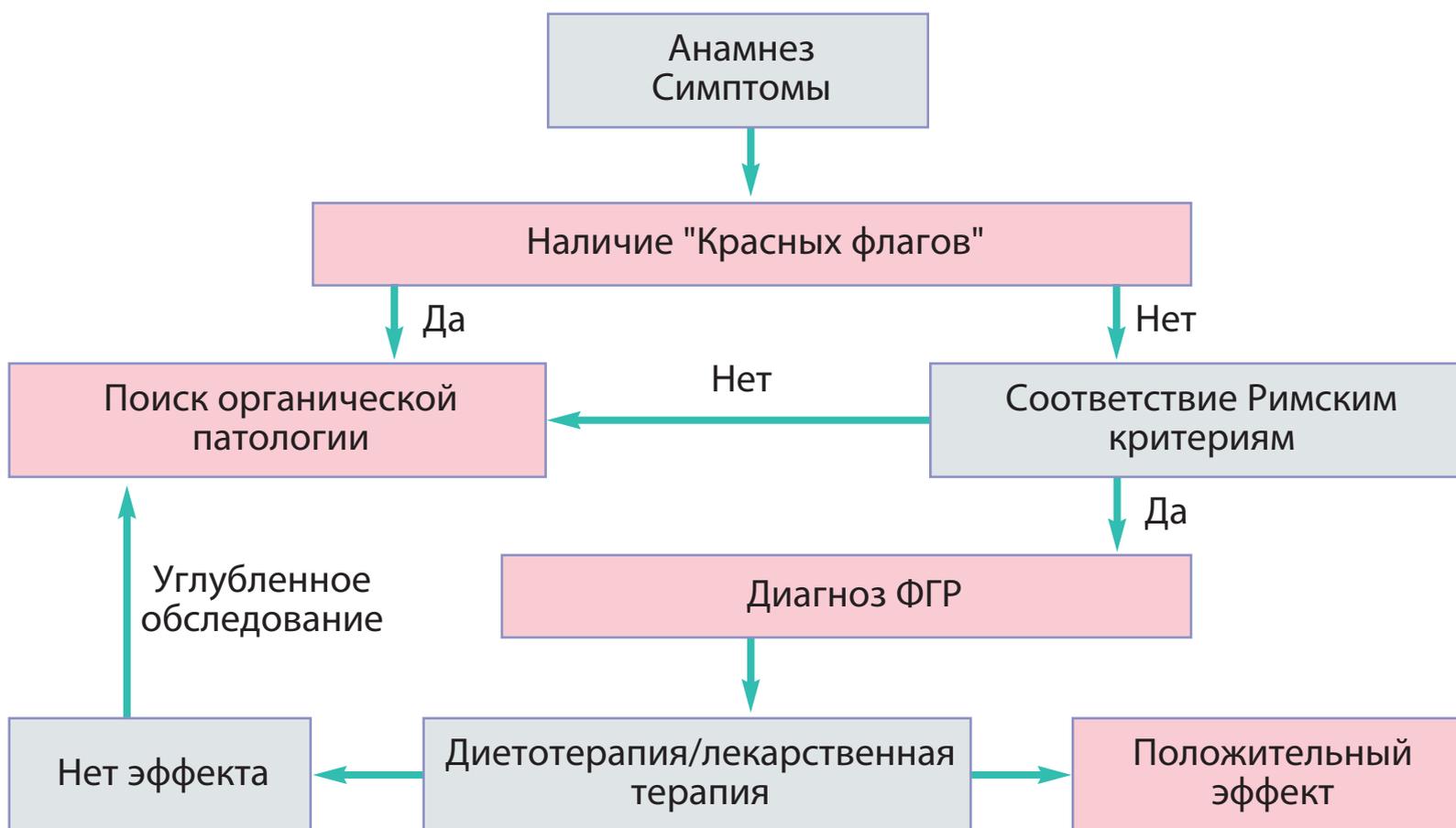
ВОПРОС 2

Какие исследования следует провести дополнительно?

- Общий анализ крови (ОАК).
- Кислотно-основное состояние (КОС), электролиты.
- Тромбоциты по Фонио.
- Креатинин.
- Мочевина.
- Общий анализ мочи (ОАМ).
- Аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза.
- Общий билирубин.
- Посев кишечного содержимого.
- Рентгенография брюшной полости и кишечника.
- УЗИ брюшной полости.

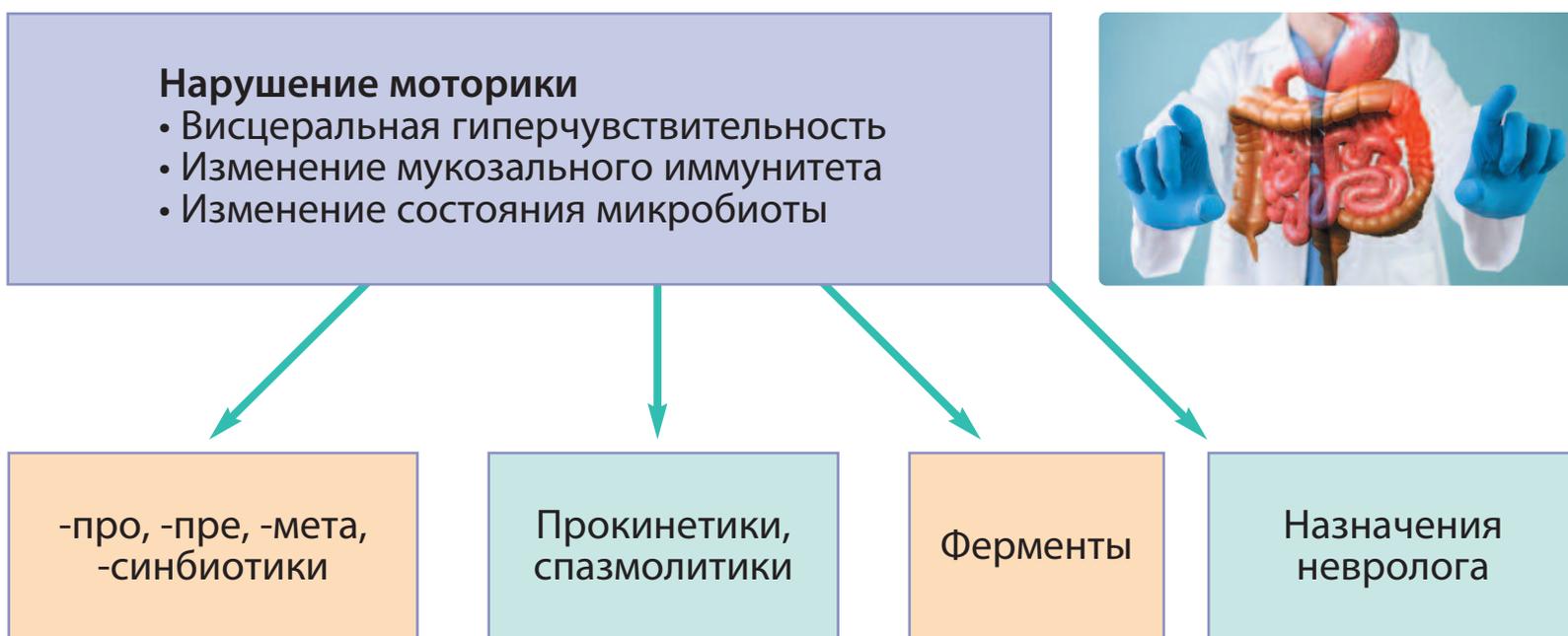
Ответ на с. 6.

Алгоритм диагностики функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей



Источник: Казюкова Т.В., Котлуков В.К. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста: современный взгляд на механизмы развития и возможности терапии. РМЖ. 2018;9:33-38.

Подходы к терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств



Источник: Казюкова Т.В., Котлуков В.К. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста: современный взгляд на механизмы развития и возможности терапии. РМЖ. 2018;9:33-38.

Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей



Историческая справка

Термин «функциональные гастроинтестинальные расстройства» – ФГР (functional gastrointestinal disorders) был предложен в середине 1960-х годов для обозначения состояний органов ЖКТ, не связанных с инфекционными, воспалительными (острыми и хроническими) болезнями и/или анатомо-морфологическими отклонениями в их структуре. Благодаря такому обособлению возрос научный интерес к этим состояниям, вызвав бурный рост исследований различных форм ФГР.

Длительное время считалось, что причиной возникновения данных состояний являлись заболевания воспалительного характера: гастрит, дуоденит, колит, холецистит и др. Функциональные/моторные расстройства (дискинезии, дистонии) рассматривались как вторичные. Исторически сложилось, что Рим является городом, в котором проводились систематические заседания по выработке согласительных документов еще с 1988 г. В 1994 г. был опубликован первый вариант консенсуса по ФГР (Римские критерии I), где в основном обсуждались вопросы патогенеза и диагностики ФН ЖКТ у взрослых. В этой связи при подготовке второго варианта консенсуса (Римские критерии II) была создана педиатрическая рабочая группа (1997), разработавшая Рекомендации по классификации, критериям диагностики и лечения ФГР у детей, где было выделено 5 групп нарушений (M., 2004). Затем по мере накопления знаний в Римские критерии III (2006) было включено уже 17 форм ФГР у детей. После 10-летней работы экспертов многих стран мира формы были переработаны и дополнены в 2016 г. новыми формами ФГР, включенными в Римские критерии IV.

В Римских критериях IV выдвинуто предположение о главенствующей роли энтеральной нервной системы в системе мукозального гомеостаза, обеспечивающей его фор-

с. 6 →

Функциональные нарушения (ФН) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – одна из самых распространенных проблем в детской гастроэнтерологии. Согласно различным статистическим данным, ФН ЖКТ встречаются у 55–75% детей первых месяцев жизни. По мере взросления ребенка частота функциональных расстройств нарастает, а формы их становятся более разнообразными.

Эпидемиология

Наиболее часто среди детей и подростков выявляются следующие ФН ЖКТ:

- абдоминальная боль (25–40% случаев);
- функциональная диспепсия (до 27% случаев);
- синдром раздраженного кишечника – СРК (до 45% детей);
- функциональный запор (до 25% случаев).

Остальные расстройства (рвота и аэрофагия, абдоминальная мигрень, детская функциональная абдоминальная боль, недержание стула) наблюдаются значительно реже [1].

КИШЕЧНЫЙ КВИЗ

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС 2 (см. стр. 4)

• КОС, электролиты, мочевины, креатинин, ОАМ

NB! В данном клиническом случае нет показаний для исследования функциональных проб печени, ферментов печени или билирубина, поскольку это не повлияет на текущее лечение.

• Рентгенография или УЗИ брюшной полости, т.е. визуализация брюшной полости, не требуется, если только клиническая картина не указывает на перфорацию кишечника.



ВОПРОС 3

Какая схема лечения, на ваш взгляд, была бы предпочтительной в ведении пациентки до получения результатов обследования?

- Оценить состояние сосудистого русла и и провести регидратацию перорально или внутривенно.
- Никаких показаний для проведения симптоматического или этиотропного лечения до получения результатов анализов.
- Начать внутривенное введение антибиотиков.
- Назначить перорально антибиотики.
- Произвести инфузию тромбоцитов.
- Ввести Ибупрофен внутривенно.

Ответ на с. 10.



” ФН ЖКТ – это заболевания с благоприятным течением. Однако отсутствие контроля терапии может приводить к развитию серьезных структурных нарушений в дальнейшей жизни.

мирование и осуществляющей регуляторную деятельность во взаимодействиях центральной нервной системы и ЖКТ. Таким образом, эпоха диагностики ФН ЖКТ только при исключении органических заболеваний ушла в прошлое, поскольку появились доказательства, подтверждающие диагноз, основанный на симптомах. В новом варианте классификации (2016) важно не столько появление новых значимых дополнений, касающихся ФГР у детей, сколько новое понимание самого определения «функциональные расстройства ЖКТ». Что же они собой представляют [2]?

Римский консенсус (2016) предлагает новое определение ФГР: это устойчивые комплексы гастроинтестинальных симптомов, развивающихся вследствие комбинации нарушений моторики, висцеральной чувствительности и мукозального гомеостаза в определенных социально-средовых условиях и/или при наличии психологических, личностных особенностей либо семейной предрасположенности. При этом принципиально новым в определении ФГР является термин «мукозальный гомеостаз» – структурно-функциональный комплекс слизистой оболочки, включающий эпителиоциты, миоциты, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания и сплетения энтеральной нервной системы, слизь, пристеночную микробиоту. Значительная доля иммуноцитов находится на слизистой оболочке кишечника и связана с симбиотическими бактериями, которые обеспечивают важные модулирующие воздействия на иммунную систему [3].

Кроме того, последние исследования показывают, что состав и структура кишечной микробиоты тесно связаны с возрастом, генетическим фоном, общим состоянием здоровья, диетическими факторами, приемом

лекарств, pH кишечника, перистальтикой и временем прохождения пищи, секрецией слизи, слизистым иммуноглобулином и окислительно-восстановительным потенциалом тканей [4].

Лекарственная терапия

В повседневной клинической практике с учетом многообразия клинической картины функциональных гастроинтестинальных расстройств лечащему врачу приходится часто корректировать лечение пациента в связи с изменяющейся клинической картиной, в том числе при сочетанных функциональных нарушениях, например: функциональная диспепсия + СРК, СРК + билиарная дисфункция и т.д. Какие же лекарства должны быть препаратами выбора в подобных ситуациях [5]?

Антисекреторные препараты, ингибиторы протонной помпы и блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов являются препаратами выбора при эпигастральном болевом синдроме.

В лечении пациентов с диспепсическими симптомами, вызываемыми приемом пищи, основное место отводится назначению прокинетики – препаратов, нормализующих двигательную функцию ЖКТ. Эффективность прокинетики в лечении функциональной диспепсии в соответствии с российскими и международными рекомендациями существенно превышает эффект плацебо [6].

Лечение функциональной тошноты и/или рвоты основывается на применении противорвотных препаратов, прокинетики и малых доз трициклических антидепрессантов [7].

Важнейшую роль играют ферменты и препараты, помогающие восстанавливать нормальную кишечную микрофлору.

Дополнительные обследования могут включать компьютерную томографию,

рентгеновскую энтерографию, антродуоденальную манометрию и многое другое.

Также следует отметить важность психосоциальных аспектов в лечении ФН ЖКТ: работа с пищевым поведением и пищевыми привычками в семье, консультация психотерапевта по показаниям и т.д. [8].

Таким образом, мы видим, что термин «функциональные гастроинтестинальные нарушения» в определенной степени условен, учитывая более широкий органический спектр патологии, чем это следует из буквального значения термина. Современный подход к лечению пациента должен включать междисциплинарный, персонифицированный подход и подбор индивидуальных схем терапии.

Литература

1. Яблокова Е.А., Горелов А.В. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей: диагностика и возможности спазмолитической терапии. ПМЖ. 2015; 21: 1263–7.
2. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV – Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology 2016; 150 (6): 1257–61.
3. Rasquin A, Di Lorenzo C, Fobbes D et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. Gastroenterology 2006; 130: 1519–26.
4. Di Lorenzo C, Colletti RB, Lehmann HP et al. Chronic abdominal pain in children: a clinical report of the American Academy of Pediatrics and the North American society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatric Gastroenterol Nutr 2005; 40: 245–8.
5. Печкуров Д.В., Горелов А.В. Синдром диспепсии у детей, дифференциальный диагноз, дифференцированный подход к лечению. ПМЖ. 2012; 17.
6. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S et al. Effectiveness of prokinetic agents against diseases external to the gastrointestinal tract. J Gastroenterol Hepatol 2009; 24 (4): 537–46.
7. Miwa H, Ghoshal UC, Gonlachanvit S et al. Asian consensus report on functional dyspepsia. J Neurogastroenterol Motil 2012; 18: 150–68.
8. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M et al. Functional Disorders: Children and Adolescents. Gastroenterology. 2016; S0016-5085(16)00181-5. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.015. Epub ahead of print. PMID: 27144632.

Диета и кишечник: новые подходы

Пищеварительный тракт и связанные с ним органы играют центральную роль в процессах переваривания и усваивания пищи, так как поступающие с пищей микроэлементы вступают в сложнейшую цепочку взаимодействий с желудочно-кишечным трактом и микробиотой. На процесс и результат этих взаимодействий влияет не только диета и состояние желудочно-кишечного тракта, но и психологические и социокультурные факторы. Поэтому пациенты зачастую обоснованно считают свою диету главной детерминантой появления симптомов и ищут выход в оптимальных диетических вариантах. К несчастью, многие практикующие врачи, включая гастроэнтерологов, часто плохо подготовлены к решению таких проблем. Это является отражением отсутствия должного образования в вопросах диеты и питания во многих программах обучения. Однако правильно подобранная диета может как уменьшить симптоматику, так и привести к дефициту важных питательных компонентов. Поэтому врачам на современном этапе следует не только прибегать к услугам опытного диетолога/нутрициолога, но и повышать личный уровень образования по диетическим методикам, одной из которых является диета с низким содержанием FODMAP, разработанная исследователями Университета Monash в Мельбурне (Австралия) для помощи пациентам с синдромом раздраженного кишечника (СРК) [1–4]. Исследования, проведенные по всему миру, на настоящий момент подтвердили ее эффективность при ведении пациентов с симптомами СРК [4–8].

Основополагающими рекомендациями по диагностике и лечению функциональных гастроинтестинальных расстройств у пациентов разного возраста служат Римские критерии IV. Согласно Римскому консенсусу IV СРК определяется как функциональное расстройство кишечника, при котором рецидивирующая абдоминальная боль ассоциирована с дефекацией или изменением характера стула (запор, диарея или их сочетание). Наличие таких симптомов, как абдоминальное вздутие/растяжение, также характерно для данных пациентов.

Аббревиатура FODMAP группирует вместе специфические типы короткоцепочечных углеводов, которые медленно абсорбируются или не перевариваются в тонком кишечнике. За счет своего малого молекулярного размера они посредством осмотического эффекта увеличивают водное содержание тонкого кишечника и так как они легко ферментируются бактериями их перемещение в толстый кишечник вызывает газообразование [1, 2, 9]. Таким образом, FODMAP могут растягивать (или расширять) кишку. У пациентов с СРК, которые гиперчувствительны к такому расширению, появляются следующие симптомы:

- абдоминальная боль, вздутие живота;
- избыточное количество газов и нарушение деятельности кишечника (запор и/или диарея) [10].

Диета с низким содержанием FODMAP включает уменьшение количества пяти главных подгрупп углеводов:

Схема клинического ведения при использовании диеты с низким содержанием FODMAP

Семейный врач (врач общей практики) и/или гастроэнтеролог

- Медицинское обследование
- Исключение другой желудочно-кишечной патологии
- Клинический диагноз СРК

Направление к диетологу

Диетолог

- Оценка привычной диеты и симптомов
- Пробная диета с низким содержанием FODMAP на 2–6 недель
- Оценка соблюдения диеты

Улучшение симптомов

- Пищевая провокация
- Индивидуальные пищевые триггеры идентифицированы: назначена «индивидуальная модифицированная диета с низким содержанием FODMAP»

Плохой ответ

- Возвращение продуктов с высоким содержанием FODMAP
- Рассмотреть другие триггеры/методы лечения:
 - Химический состав пищи
 - Стресс
 - Избыточный бактериальный рост в тонком кишечнике

ника часто отмечаются СРК-подобные симптомы. Применение диеты с низким содержанием FODMAP, следовательно, направлено на контроль над данными симптомами в большей степени, чем над воспалением, связанным с самим заболеванием. То же самое относится и к целиакии.

Применение диеты с низким содержанием FODMAP в настоящее время исследуется и при других состояниях, таких как эндометриоз [13], детская колика [14], функциональная диспепсия, фибромиалгия [15], склеродерма и синдром хронической усталости. Тем не менее доказательства эффективности данной диеты при этих состояниях минимальны и, следовательно, на данный момент ее применение не рекомендовано.

«Золотой стандарт» каскада рекомендаций по FODMAP

- Клиническая оценка для подтверждения диагноза СРК с исключением целиакии
- Консультация опытного диетолога для оценки получаемых продуктов, схемы питания, уровня потребления FODMAP
- Диетические инструкции с регулярной динамической проверкой
- Первичное уменьшение потребления FODMAP на 2–6 недель, консультация по пищевым продуктам, которых необходимо избегать и которые разрешены, а также адаптация к другим диетическим нуж-

Пищевые источники FODMAP и приемлемые альтернативы [1]

Пищевая группа	Наибольшее количество FODMAP	Приемлемые альтернативы
Фрукты 	Яблоки, абрикосы, вишня, ежевика, бойзенова ягода, манго, нектарины, персики, груши, хурма, сливы, арбузы	Бананы, черника, канталупа, грейпфрут, виноград, лимон, лайм, мандарин, апельсин, маракуйя, малина, ревень, клубника
Овощи 	Артишоки, спаржа, цветная капуста, чеснок, грибы, лук, лук-шалот, горох, зеленый лук (белая часть)	Морковь, чили, чеснок, огурец, баклажан, имбирь, зеленая фасоль, салат-латук, оливки, пастернак, перец, картофель, шпинат, томаты, цуккини
Источники протеина 	Бобовые	Вся свежая говядина, курица, ягненок, свинина, телятина
	Фисташки	Орех макадамия, арахис, фундук и кедровые орешки
	Кешью	Яйца, темпе, тофу
Хлеб и крупы 	Пшеница, рожь, ячмень	Греча, кукуруза, овес, полента, киноа, рис, полба
Молочные продукты 	Сгущенное или концентрированное молоко, домашний сыр или рикотта, заварной крем, мороженое, молоко, йогурт	Сливочное масло, безлактозное молоко, безлактозный йогурт, другие сыры, рисовое молоко
Другое 	Мед, сорбитол или маннитол, кукурузный сироп с высоким содержанием фруктозы, фруктоза	Золотистый сироп, кленовый сироп, стандартный сахар (сукроза), глюкоза

Примечание: FODMAP – продукты, содержащие ферментируемые олигосахариды, дисахариды, моносахариды и (and) полиолы.

Источник: Makharia G et al. Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации (WGO): Диета и кишечник. 2018.

” FODMAP – это аббревиатура, которая означает ферментируемые олигосахариды, дисахариды, моносахариды и (and) полиолы.

дам пациента (например, наличие непереносимости каких-либо других продуктов, предпочтений в пище, религиозных требований).

- Динамическое наблюдение через 2–6 недель для оценки эффекта диеты с низким содержанием FODMAP на симптоматику.
- При достижении хорошего контроля над симптомами: стратегическая пищевая провокация для оценки переносимости индивидуальных подгрупп FODMAP с последующим долгосрочным планированием ведения пациента на основании ответа на нее.
- При недостаточном контроле над симптомами: оценка согласия с диетическими рекомендациями, рассмотрение вопроса о других диетических и недиеетических стратегиях ведения.

При ограниченных ресурсах используется:

- Клиническая оценка для подтверждения диагноза СРК с исключением целиакии.
- Консультация диетолога, если она доступна, для оценки получаемых продуктов.
- Диетические инструкции с нечастым динамическим наблюдением, если оно возможно.
- Первичное уменьшение потребления FODMAP на 2–6 недель.
- Динамическое наблюдение через 6 месяцев для оценки эффекта диеты с низким содержанием FODMAP на контроль над симптомами.

- При достижении хорошего контроля над симптомами: стратегическая пищевая провокация для оценки переносимости индивидуальных подгрупп FODMAP.

Таким образом, понимание сути заболевания и знания о продуктах-триггерах, вызывающих обострения, помогут модифицировать образ жизни и повысить приверженность пациентов соблюдению определенного диетического режима. Однако остается необходимым дальнейшее изучение эффективности диеты low-FODMAP у пациентов, страдающих СРК с различными подтипами. Особенно это актуально в педиатрической практике, учитывая наличие возрастных ограничений большинства фармацевтических препаратов, используемых для лечения СРК у детей.

Литература

1. Makharia G et al. Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации (WGO): Диета и кишечник. 2018.
2. Буторова Л.И., Токмулина Г.М., Плавник Т.Э. и др. Римские критерии IV синдрома раздраженного кишечника: эволюция взглядов на патогенез, диагностику и лечение. Лечащий врач. 2017; 3: 61.
3. Barrett JS, Geary RB, Muir JG et al. Dietary poorly absorbed, short-chain carbohydrates increase delivery of water and fermentable substrates to the proximal colon. Aliment Pharmacol Ther 2010; 31 (8): 874–82.
4. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ et al. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2014; 146 (1): 67–75. e5.
5. Eswaran SL, Chey WD, Han-Markey T et al. A randomized controlled trial comparing the low FODMAP diet vs. modified NICE guidelines in US adults with IBS-D. Am J Gastroenterol 2016; 111 (12): 1824–32.

6. Staudacher HM, Lomer MCE, Anderson JL et al. Fermentable carbohydrate restriction reduces luminal bifidobacteria and gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome. J Nutr 2012; 142 (8): 1510–8.
7. McIntosh K, Reed DE, Schneider T et al. FODMAPs alter symptoms and the metabolome of patients with IBS: a randomised controlled trial. Gut 2016; 66 (7): 1241–51.
8. de Roest RH, Dobbs BR, Chapman BA et al. The low FODMAP diet improves gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a prospective study. Int J Clin Pract 2013; 67 (9): 895–903.
9. Pedersen N, Vegh Z, Burisch J et al. Ehealth monitoring in irritable bowel syndrome patients treated with low fermentable oligo-, di-, mono-saccharides and polyols diet. World J Gastroenterol 2014; 20 (21): 6680–4.
10. Murray K, Wilkinson-Smith V, Hoad C et al. Differential effects of FODMAPs (fermentable oligo-, di-, mono-saccharides and polyols) on small and large intestinal contents in healthy subjects shown by MRI. Am J Gastroenterol 2014; 109 (1): 110–9.
11. Major G, Pritchard S, Murray K et al. Colon hypersensitivity to distension, rather than excessive gas production, produces carbohydrate-related symptoms in individuals with irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2017; 152 (1): 124-133.e2.
12. Geary RB, Irving PM, Barrett JS et al. Reduction of dietary poorly absorbed short-chain carbohydrates (FODMAPs) improves abdominal symptoms in patients with inflammatory bowel disease—a pilot study. J Crohns Colitis 2009; 3 (1): 8–14. 13. Prince AC, Myers CE, Joyce T et al. Fermentable carbohydrate restriction (low FODMAP diet) in clinical practice improves functional gastrointestinal symptoms in patients with inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis 2016; 22 (5): 1129–36.
14. Moore JS, Gibson PR, Perry RE, Burgell RE. Endometriosis in patients with irritable bowel syndrome: specific symptomatic and demographic profile, and response to the low FODMAP diet. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2017; 57 (2): 201–5.
15. Iacovou M, Mulcahy EC, Truby H et al. Reducing the maternal dietary intake of indigestible and slowly absorbed short-chain carbohydrates is associated with improved infantile colic: a proof-of-concept study. J Hum Nutr Diet 2017; 31 (2): 256–65.
16. Marum AP, Moreira C, Saraiva F et al. A low fermentable oligo di-mono saccharides and polyols (FODMAP) diet reduced pain and improved daily life in fibromyalgia patients. Scand J Pain 2016; 13: 166–72.

Шаблон дневника питания для пациентов, соблюдающих диету low FODMAP (этап расширения диеты)

Оцениваемые параметры	Вводимый углевод*	Вводимый углевод*	Вводимый углевод*
	(вписать нужное)	(вписать нужное)	(вписать нужное)
Дата и время введения углевода в рацион			
Продукт и его количество			
Симптомы, возникшие в течение 1 часа после употребления продуктов (опишите их)			
Симптомы, возникшие в течение 2–12 часов после употребления продуктов (опишите их)			
Симптомы, возникшие в течение 12–24 часов после употребления продуктов (опишите их)			
Ваши комментарии			

* Выберите название углевода из перечня: фруктоза, лактоза, фруктаны, галактаны, сорбитол, маннитол.

Скачайте и поделитесь с вашими пациентами



КИШЕЧНЫЙ КВИЗ

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС 3 (см. стр. 6)

Оценить состояние сосудистого русла и и провести регидратацию перорально или внутривенно.

NB!

- Использование антибиотикотерапии может ухудшить клиническое течение и последствия гемолизико-уремического синдрома, поскольку приводит к увеличению высвобождения шигаподобного токсина из бактерий.
- Срочное переливание тромбоцитарной массы необходимо только перед оперативным вмешательством или инвазивной процедурой.
- У этого ребенка значительно снижен диурез и имеются клинические признаки тяжелого обезвоживания. Кроме того, одним из главных диагнозов в этом случае является гемолизико-уремический синдром. В обоих случаях повышается вероятность острого повреждения почек, вызванного нефротоксиком, и, поскольку известно, что Ибупрофен нефротоксичен, его следует избегать.

ВОПРОС 4

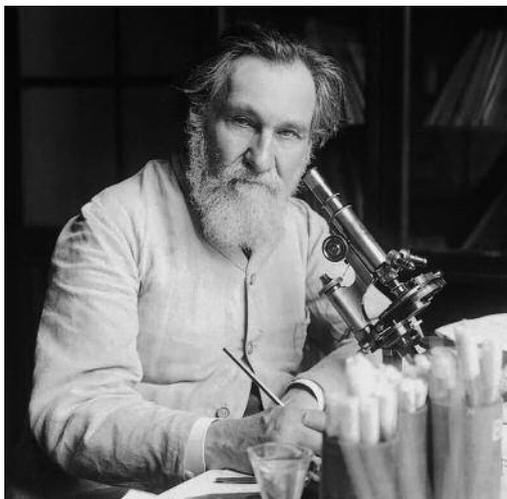
Вы ознакомлены с результатами анализов (возможны несколько вариантов ответов):

- Hb 90 г/л, тромбоциты 40×10^9 /л, лейкоциты 22×10^9 /л.
- КОС: нормальные, кроме повышенного уровня K^+ .
- Мочевина: 20 ммоль/л, креатинин: 180 мкмоль/л.

Какой диагноз/синдром наиболее вероятен?

- Микроангиопатическая гемолитическая анемия.
- Тромбоцитопения.
- Тромбоцитоз.
- Активное кровотечение.
- Нейтропения.
- Олигурия.
- Острое повреждение почек.

Ответ на с. 13.



И.И. Мечников разработал и предложил концепцию изучения нормальной микрофлоры организма человека.

Пробиотики, включая бактерии и дрожжи, представляют собой живые микроорганизмы, которые продемонстрировали благотворное влияние на здоровье человека:

- Блокирование адгезии патогенных бактерий к кишечному эпителию и продуцирование ингибирующих агентов [5].
- Повышение иммунного ответа кишечника [6].
- Модулирование функции иммунной системы, подавление кишечных провоспалительных цитокинов [7].
- Уменьшение проницаемости кишечника [8].
- Подавление роста патогенных бактерий путем прямого антагонизма с грамотрицательными бактериями [9] и многое другое.

Среди врачей и пациентов существуют различные заблуждения в отношении отличий разных видов продуктов микробного происхождения. К основным видам этих продуктов относятся:

- **Пробиотики** – живые микроорганизмы, которые при введении в адекватных количествах оказывают положительное влияние на состояние здоровья хозяина.
- **Пребиотики** – селективно ферментированные ингредиенты, которые образуются при специфических изменениях в составе и/или активности желудочно-кишечной микробиоты.
- **Синбиотики** – продукты, содержащие как пробиотики, так и пребиотики, оказывают положительное влияние на состояние здоровья.
- **Молочнокислая бактерия** – функциональная классификация непатогенной, нетоксигенной, грамположительной, ферментативной бактерии, которая связана с продукцией молочной кислоты из углеводов, что делает их пригодными для ферментации пищи.
- **Метабиотики** – физиологически функциональные пищевые ингредиенты, содержащие готовые активные метаболиты известных представителей естественной микрофлоры.

Также пробиотики делятся на монокомпонентные, поликомпонентные, мультикомпонентные, самоэлиминирующиеся антагонисты, комбинированные (синбиотики) и рекомбинантные (генно-инженерные) [10].

История применения различных ферментов и биодобавок берет свое начало из глубокой древности, ведь человечество на протяжении всей своей истории находилось в поиске средств, улучшающих пищеварение и укрепляющих иммунитет, в том числе в борьбе против инфекционных заболеваний. Так, ферментированное молоко описывается как средство от гастроэнтерита еще в древнеримских источниках (76 г. до н.э.) [1]. В первом десятилетии XX в. (1907–1910 гг.) русский нобелевский лауреат И.И. Мечников разработал и предложил концепцию изучения нормальной микрофлоры организма человека, а также продемонстрировал в своих исследованиях, что некоторые группы кишечных бактерий подавляют рост вибриона холеры [2]. В 1917 г., во время вспышки сальмонеллеза, применялись пробиотические бактерии, не принадлежащие к группе молочной кислоты, – кишечная палочка Nissle (*Escherichia coli Nissle*) [3].

Впервые понятие «пробиотики» появилось в медицинской терминологии в 1954 г. благодаря Ferdinand Vergina, который описал в газете *Anti-und Probiotika* отрицательные воздействия антибиотиков и других антибактериальных препаратов на микрофлору кишечника, а также описал бактерии, оказывающие положительный эффект на интестинальную микрофлору, и назвал их «probiotika» [4].

В России пробиотики, которые применяются для профилактики и лечения разных заболеваний, представлены в государственной фармакопее. В настоящее время в соответствии с Государственным реестром лекарственных средств в Российской Федерации зарегистрировано более 50 препаратов пробиотиков, представлен-

” Роль пробиотиков в становлении и поддержании функции кишечника является актуальной не только для гастроэнтерологов, но и других врачей

ных в разных лекарственных формах [7]. В государственной фармакопее пробиотики относятся к группе иммунобиологических лекарственных препаратов.

Нынешние взгляды на клиническое применение разных пробиотиков или пребиотиков в гастроэнтерологии обобщены в руководстве Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO). К ним относятся:

1. Профилактика колоректального рака.
2. Лечение и профилактика диареи.
3. Эрадикация *Helicobacter pylori*.
4. Воспалительная болезнь кишечника.
5. Синдром раздраженного кишечника.
6. Колика.
7. Нарушение всасываемости лактозы.
8. Некротический энтероколит.
9. Неалкогольная жировая болезнь печени.
10. Профилактика системных инфекций.
11. Функциональный запор.
12. Дивертикулярная болезнь.
13. Послеоперационный сепсис.

Пробиотики и пребиотики также показали свое влияние на некоторые клинические исходы заболеваний, не входящих в спектр гастроэнтерологических интересов. Многочисленные исследования показали, что пробиотики могут уменьшать явления атопического дерматита у новорожденных, редуцировать количество оральных патогенов и уменьшать кариес зубов, снижать частоту и длительность распространенных инфекций верхних дыхательных путей. Выраженный эффект пробиотиков в профилактике

аллергической болезни в перинатальном периоде привел к разработке рекомендаций Всемирной аллергологической организации по применению пробиотиков во время беременности, грудного вскармливания и отъема от груди в семьях с высоким риском развития аллергической болезни [10].

Таким образом, роль пробиотиков в становлении и поддержании функции кишечника является актуальной не только для гастроэнтерологов, но и других врачей. Разнообразие микробиома важно для поддержания здоровья, а пробиотики широкого спектра действия могут повысить эффективность лечения при разных заболеваниях.

Литература

1. Плотникова Е.Ю., Захарова Ю.В. Место пробиотиков в современной клинической практике. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2018; 1: 95–99. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.1.95-99
2. Metchnikoff E. The prolongation of life. New York: G. P. Putnam & Sons, 1908.
3. Nissle A. Die antagonistische Behandlung chronischer Darmstörungen mit Colibakterien. Med Klin 1918; 2: 29–33.
4. Vergin F. Anti und Probiotika. Hippokrates 1954; 25: 16–119.
5. Jones RJ, Hussein HM, Zagorec M et al. Isolation of lactic acid bacteria with inhibitory activity against pathogens and spoilage organisms associated with fresh meat. Food Micro-biol 2008; 25 (2): 228–34.
6. Paredes-Paredes M, Flores-Figueroa J, Dupont HL. Advances in the treatment of travelers' diarrhea. Curr Gastroenterol Rep 2011; 13 (5): 402–7.
7. Осипова И.Г., Евлашкина В.Ф., Давыдов Д.С., Саканян Е.И. Общие фармакопейные статьи на препараты пробиотики для государственной Фармакопее РФ XIII издания – первый опыт в мировой фармакопейной практике. Междунар. журн. прикладных и фундаментальных исследований. 2016; 6 (2): 272–6.
8. Dickinson B, Surawicz CM. Infectious diarrhea: an overview. Curr Gastroenterol Rep 2014; 16 (8): 399.
9. Gedek BR. Adherence of *Escherichia coli* serogroup O 157 and the *Salmonella typhimurium* mutant DT 104 to the surface of *Saccharomyces boulardii*. Mycoses 1999; 42 (4): 261–4.
10. Guarner F, Khan AG, Garisch J et al. Пробиотики и пребиотики. Всемирная гастроэнтерологическая организация. Практические рекомендации. 2017.

Классификация пробиотиков и пребиотиков в составе функциональных пищевых ингредиентов

Обозначение и наименование класса	Наименование группы	Наименование подгруппы	Наименование функционального пищевого ингредиента (примеры отдельных ингредиентов)
Эффект метаболизма субстратов	Метаболизм питательных веществ	Снижение уровня усвоения жиров	Пищевые волокна
		Регулирование аппетита	Пищевые волокна
	Метаболизм углеводов	Поддержание уровня глюкозы в крови	Пищевые волокна
	Устойчивость организма к онкологическим патологиям	Молочные железы	Пищевые волокна
		Толстая кишка	Пищевые волокна
		Предстательная железа	Пищевые волокна
Эффект поддержания деятельности сердечно-сосудистой системы	Липидный обмен	Поддержание уровня триацилглицеринов в крови	Пищевые волокна
		Поддержание уровня общего холестерина, липопротеинов высокой и низкой плотности в крови	Пищевые волокна
Эффект поддержания деятельности желудочно-кишечного тракта	Пищеварение и функциональное состояние желудочно-кишечного тракта	Поддержание и улучшение состояния слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта	Пребиотики
		Контроль функциональных свойств кишечной иммунокомпетентной лимфатической ткани	Пробиотики, пребиотики, синбиотики
		Обеспечение образования и ассимиляции короткоцепочечных жирных кислот	Пребиотики, синбиотики
	Моторно-эвакуаторная функция кишечника	Уменьшение времени транзита пищевой массы	Пищевые волокна
		Обеспечение формирования стула	Пищевые волокна
	Кишечная микрофлора	Восстановление микроэкологии (увеличение популяции и видового состава нормальной микрофлоры)	Пробиотики, синбиотики
Избирательная стимуляция роста и/или биологической активности нормальной микрофлоры		Пребиотики, синбиотики	
Эффект поддержания зубной и костной ткани	Снижение риска развития кариеса	Удаление зубного налета	Пищевые волокна
Эффект поддержания иммунной системы	Иммунотормозяющее действие	Обеспечение системного иммуномодулирующего действия	Пробиотики
		Поддержание формирования клеток кишечной иммунной системы	Пробиотики, синбиотики
		Поддержание формирования иммунных клеток кишечной лимфоидной системы	Пребиотики
	Нормализация функции иммунной системы при аллергических реакциях	Снижение адсорбции аллергенов в кишечнике	Пищевые волокна, пребиотики
		Улучшение состояния местного иммунитета в кишечнике	Пребиотики

Источник: Ивашкин В.Т., Маев И.В., Абдулганиева Д.И. и др. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков и обогащенных ими функциональных пищевых продуктов для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у детей и взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(2):65-91. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-2-65-91>

Обновлено руководство по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых

Обновлено руководство по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых Американской коллегии гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology – ACG) от 2013 г. В обновленном руководстве проанализированы различные положения клинической практики, включая показания к скринингу, диагностические стратегии, роль биопсии в подтверждении диагноза, общий подход к ведению пациентов, профилактическая помощь и многое другое.

Группа экспертов подготовила восемь обновленных рекомендаций, которые включают в себя следующие основные моменты:

- для диагностики целиакии необходимы множественные биопсии двенадцатиперстной кишки, которые включают одну или две биопсии луковицы и четыре биопсии дистального отдела двенадцатиперстной кишки;
- пациентам, у которых наблюдается отсутствие клинического ответа или рецидив, несмотря на соблюдение безглютеновой диеты, может быть рекомендовано эндоскопическое обследование верхних отделов кишечника с биопсией;
- хотя употребление овсяных хлопьев кажется безопасным для большинства пациентов с целиакией, у части пациентов они могут быть иммуногенными;
- пациенты с симптомами или признаками, указывающими на нарушение всасывания, включая хроническую диарею с потерей массы тела, стеаторею, боли в животе и вздутие живота, должны пройти обследование на целиакию;
- рекомендовано проводить тестирование на целиакию у детей в возрасте до 2 лет, включая определение тканевой трансглутаминазы (ТТГ) и дезамидированного пептида глиадина, хотя у этой подгруппы пациентов антитела к ТТГ и эндомизию могут быть менее точными.

В обновленном документе также особое внимание уделено уходу за пациентами. Тем, у кого наблюдаются симптомы хронической



ческой диареи, потеря массы тела, вздутие живота или боли в животе, а также тем, кто находится в группе высокого риска, следует пройти обследование на целиакию.

Рекомендован индивидуальный подход к каждому пациенту и отказ от массового скрининга. Иммуноглобулин А к трансглутаминазе тканей является важнейшим тестом для скрининга. Для подтверждения диагноза при положительном серологическом исследовании требуется эндоскопия верхних отделов с биопсией двенадцатиперстной кишки (от одной до двух луковиц и четырех дистальных отделов). После постановки диагноза пациенты должны находиться под длительным наблюдением с целью улучшения состояния кишечника.

В рекомендациях указано, что некоторые новые технологии и вспомогательные методы лечения требуют дополнительного изучения. Было обнаружено недостаточно доказательств в пользу использования устройств для определения содержания глютена. Аналогичным образом не было получено достаточных доказательств в пользу или против использования пробиотиков. Были выделены многочисленные области, представляющие интерес для дальнейшего изучения, и следующая версия руководства, вероятно, будет столь же насыщенной.

Источник: ACG updates guidance for celiac disease diagnosis, management in children, adults (healio.com)

КИШЕЧНЫЙ КВИЗ

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС 4 (см. стр. 11)

- Микроангиопатическая гемолитическая анемия.
- Тромбоцитопения.
- Острое повреждение почек.

NB! В этом случае наиболее вероятным виновником является заражение пищи из-за недожаренного мяса в гамбургере, причем наиболее распространенным микроорганизмом, передающимся через недожаренную говядину, является *E. coli*.



ВОПРОС 5

Что из перечисленного является другой возможной этиологией гемолитико-уремического синдрома? (возможны несколько вариантов ответов)

- Вызывается ТОЛЬКО *E. coli*.
- Пневмококковая инфекция (*Streptococcus pneumoniae*).
- ВИЧ.
- Прием пероральных антиагрегантов.
- Осложнение после химиотерапевтического лечения.
- Васкулитные заболевания.
- Семейный/атипический гемолитико-уремический синдром

Ответ на с. 15.

Классификации функциональных расстройств по Римским Критериям и Российским клиническим рекомендациям

Римские критерии IV	Российские рекомендации
Г. ФРОП у детей раннего возраста (от 0 до 3 лет):	А. ФРОП у младенцев (до 1 года):
Младенческие срыгивания	Младенческие срыгивания
Синдром руминации	Младенческие колики
Синдром циклической рвоты	Младенческая дисхезия
	Функциональные запоры
Младенческие колики	Б. ФРОП у детей раннего возраста (1 - 3 г):
Функциональная диарея	Синдром циклических рвот
Младенческая дисхезия	Функциональные абдоминальные боли
Функциональные запоры	Функциональные запоры
Н. ФРОП у детей и подростков (от 3 до 17 лет)	В. ФРОП у детей и подростков (от 3 до 17 лет)
Функциональные расстройства с тошнотой и рвотой <ul style="list-style-type: none"> ● Синдром циклической рвоты ● Функциональная тошнота и функциональная рвота <ul style="list-style-type: none"> - Функциональная тошнота - Функциональная рвота 	Функциональные расстройства с тошнотой и рвотой <ul style="list-style-type: none"> ● Синдром циклической рвоты ● Функциональная тошнота и функциональная рвота <ul style="list-style-type: none"> - Функциональная тошнота - Функциональная рвота
Функциональные расстройства с абдоминальной болью <ul style="list-style-type: none"> ● Функциональная диспепсия ● Синдром раздраженного кишечника ● Абдоминальная мигрень ● Функциональная абдоминальная боль 	Функциональные расстройства с абдоминальной болью <ul style="list-style-type: none"> ● Функциональная диспепсия ● Синдром раздраженного кишечника ● Функциональная абдоминальная боль ● Билиарная дисфункция
Функциональные расстройства дефекации <ul style="list-style-type: none"> ● Функциональные запоры ● Неретенционное недержание кала 	Функциональные расстройства дефекации <ul style="list-style-type: none"> ● Функциональные запоры

Источник: Бельмер С.В., Волюнец Г.В. и др. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 1. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2020; 65:(4): 150–161. DOI: 10.21508/1027–4065–2020–65–4–150–161

Подросток с образованиями на сосках

К вам обратился 12-летний Н. в сопровождении мамы с жалобами на появление зудящих отечных образований на сосках. Со слов родителя, указанные образования появились около недели назад. Получал лечение: антигистаминные внутрь без эффекта.

Анамнез

Ребенок от второй беременности, протекавшей без осложнений. Роды в срок на 38-й неделе. Вес при рождении 3800 г, рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Рос и развивался по возрасту. Привит по календарю. Заболевания: острые респираторные вирусные инфекции 3–4 раза в год, ветряная оспа без осложнений в возрасте 5 лет. Наследственность – бронхиальная астма среднетяжелого течения у папы, получает базисную терапию.



Локализованный дерматит, поражающий кожу и альвеолу. Характерно появление эритемы и шелушения.

Хронические заболевания – атопический дерматит среднетяжелого течения, получает лечение кремами с эмолентами, топические стероиды при обострении. Состоит на диспансерном учете у дерматовенеролога по месту жительства.

Данные осмотра

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, контакту доступен. Кожные покровы сухие, атопический дерматит среднетяжелого течения в стадии обострения. Соски воспалены, гиперемированы, имеют следы лихенификации с обеих сторон. Волосы на сосках не изменены. Зев не гиперемирован. Температура тела 36,6°C. Частота сердечных сокращений 97 уд/мин, пульс 96 уд/мин, удовле-

творительного наполнения с обеих сторон. Артериальное давление 105/60 мм. рт. ст. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 25 уд/мин. Тоны сердца ясные, громкие, четкие. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Стул регулярный, оформленный. Диурез свободный. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальные симптомы отрицательны.

Каков предположительный диагноз?

В контексте рассмотренной клинической картины образование с большой долей вероятности указывает на экзему сосков. Это локализованный дерматит, поражающий сосок и ареолу. Часто возникает на фоне течения атопического дерматита, имея двусторонний характер очагов. Пациенты с атопическим дерматитом имеют более высокую вероятность развития экземы сосков. Основной дефект барьерной функции кожи усиливает сенсibilизацию и приводит к нарушению иммунного ответа на специфические антигены. Лихенификация, вызванная расчесыванием, может быть заметной, как и гиперпигментация. Экзема сосков чаще всего поражает кожу одной или обеих ареол, но часть ареолы у основания соска и сам сосок обычно не поражаются. Экзема сосков редко распространяется на периареолярную кожу (вокруг ареолы) или на остальную часть груди.

Острая экзема сосков может проявляться эритематозными папулами и бляшками, везикулами, выделениями, корками или эрозиями. Хроническая экзема сосков имеет сухой, шелушащийся вид с лихенификацией на эритематозной или гиперпигментированной основе.

Состояние кожи улучшается в ответ на местное применение стероидов и может быстро ухудшиться при раздражении от расчесываний, мыла, гелей для душа и моющих средств.

Иногда применение сильнодействующих местных стероидов с гидроколлоидной повязкой на несколько дней позволяет прервать цикл «зуд–расчесы».

Пациентам следует избегать любых раздражающих факторов и аллергенов. Основой лечения являются кремы с эмолентами и местные глюкокортикостероиды.

Источник: DermNet Case: Young boy with lumps on both nipples – DermNet (dermnetnz.org) <https://dermnetnz.org/cases/young-boy-with-lumps-on-both-nipples>

КИШЕЧНЫЙ КВИЗ

ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОС 5 (см. стр. 13)

- Пневмококковая инфекция (*Streptococcus pneumoniae*)



ВОПРОС 6

При наличии каких симптомов/синдромов потребует госпитализация пациенту с гемолитико-уремическим синдромом?

- Появление крови при диарее.
- Патологический ОАК с выявленной анемией/полицитемией.
- Нарушения электролитного обмена, свидетельствующие об остром повреждении почек.
- Олигурия.
- Гипертензия.
- Гипо/гиперволемия.
- Нарушение сознания.
- Выраженный болевой синдром.
- Вероятность потери контроля над состоянием пациента.

Продолжение квиза смотрите на портале **PEDIATR-CLUB.RU**



16+

PEDIATR

CLUB.RU



Приглашаем
в КЛУБ
ПЕДИАТРОВ!

pediatr-club.ru



Регистрируйтесь
на сайте клуба

@pediatr_club



Подписывайтесь
на Telegram-канал

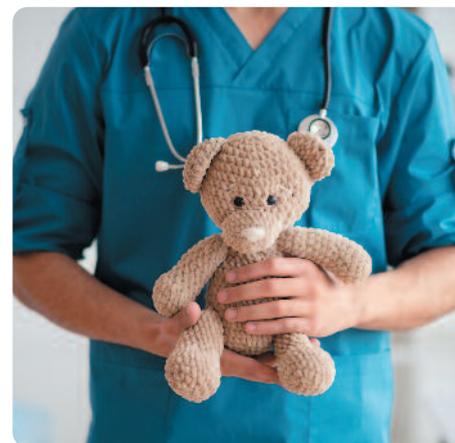
Научный руководитель проекта:

Проф. **В.К. Таточенко** – главный научный сотрудник НМИЦ здоровья детей МЗ РФ.

Эксперты клуба: д.м.н. **М.Д. Бакрадзе**, проф. **И.Н. Захарова**, проф. **О.В. Зайцева**, проф. **А.Н. Цыгин**, проф. **С.В. Мальцев**, проф. **О.Б. Тамразова**, проф. **Э.Э. Локшина**, проф. **О.М. Курбачева**, проф. **Н.М. Ненашева**, проф. **Р.С. Козлов**, проф. **С.К. Зырянов** и другие эксперты.

КЛУБ ПЕДИАТРОВ – это:

- последние новости педиатрии
- непрерывное медицинское образование (НМО)
- шпаргалки (шкалы, нормы), которые можно скачать в телефон
- архивы клинических рекомендаций
- клинические разборы, консилиумы
- материалы для ваших пациентов
- возможность задать вопросы экспертам
- многое другое



ВОРМИН

МЕБЕНДАЗОЛ



Для всей семьи!

Антигельминтный препарат
с широким спектром действия

ИЗБАВИТ
ОТ НЕЗВАНЫХ
ГОСТЕЙ



Газета «Клуб Педиатров» зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Рег. номер: ПИ № ФС 77-86849 от 04.03.2024 г.

Учредитель: ООО «МЕДИАФОРМАТ»

Сайт: pediatr-club.ru

Издатель: ООО «АЙКОНМЕД»

Почтовый адрес: 115054, Москва, а/я 43

Адрес редакции: г. Москва, Жуков проезд,
дом 19, эт. 2, пом. XI

По вопросам рекламы: elenaepihina@icon-media.ru

Адрес типографии: г. Москва, ул. Марксистская, дом 34,
корп. 10, пом. 1

Тираж общий: 10 000 экз.

Периодичность: 6 номеров в год.

Дата выхода: 22.07.2024

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции. Научное производственно-практическое издание для профессионалов в области здравоохранения. Согласно рекомендациям Роскомнадзора, выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции. Все права защищены. 2024 г. Газета распространяется бесплатно.