

А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонова, Л.В. Богомаз

**ИСТОКИ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва, РФ

А.М. Zaprudnov, К.И. Grigoriev, Л.А. Kharitonova, Л.В. Bogomaz

**THE ORIGINS OF THE FORMATION AND DEVELOPMENT
OF NATIONAL PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY**

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Детская гастроэнтерология (ДГ) является одним из наиболее актуальных и перспективных научно-практических направлений современной педиатрии. Истоки ДГ относятся к 70-м годам XX столетия, когда наряду с существующими методами исследования стали применяться принципиально новые диагностические приемы и подходы, по существу изменившие прежние представления об этиологии и патогенезе большинства болезней органов пищеварения у детей, начиная с периода новорожденности. Речь идет о так называемых методах медицинской интроскопии, в основе которых лежат идеи Н.И. Пирогова о трехмерном изображении внутренних органов человека. Исключительная роль принадлежит внедрению в практику эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) – методики, имевшей «революционное» значение не только в гастроэнтерологии, но и в медицине в целом наряду с открытием *Helicobacter pylori*. «*Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии» (В.Т. Ивашкин, Ф. Мегро, Т.Л. Лапина. М.: Триада, 1999) – книга, подводившая итоги «революционным» событиям в гастроэнтерологии, включая стремительное развитие геликобактериологии как отдельного научного направления.

Небезынтересно, что первое исследование у подростка было выполнено проф. Ю.В. Васильевым в 1971 г., а планомерное использование ЭГДС началось в 1972–1973 гг. на базе 3-й Детской городской клинической больницы г. Москвы, располагавшейся на 13-й Парковой улице в Измайлово. В начале ЭГДС осуществлялась в специализированном гастроэнтерологическом отделении на 66 коек, впервые организованном в нашей стране, затем амбулаторно. Метод довольно быстро распространился на другие больницы и был внедрен во многих городах СССР.

В дальнейшем стали применяться колоноскопия и методы лучевой диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Применение динамической гепатобилисцинтиграфии позволило верифицировать степень нарушения гепатобилиарной системы, определять функциональные нарушения как

непосредственно печени, так и процессов желчеобразования и желчевыведения. По показаниям назначалась ретроградная холецистопанкреатография – сложная и травматичная методика, выполнение которой в настоящее время у детей практически сошло на нет.

Педиатры, принимая во внимание научно-практические достижения гастроэнтерологов, с учетом принципиально новых диагностических возможностей логично подошли к необходимости обособления ДГ как новой специальности.

Идейное и практическое оформление ДГ как отдельного направления в педиатрии осуществили известные педиатры проф. А.В. Мазурин (затем чл. корр. РАМН), проф. Н.Г. Зернов (Москва), проф. Б.Г. Апостолов (Ленинград), по праву считающиеся пионерами нового научно-практического направления в педиатрии. Вместе с многочисленными учениками они обосновали необходимость развития ДГ в нашей стране. Подчеркнем лидерскую роль А.В. Мазурина, сумевшего силами своих сотрудников и учеников организовать исследования (защита докторских диссертаций) по актуальным направлениям детской гастроэнтерологии: эзофагиты (В.А. Филин, 1989), гастродуодениты (А.М. Запруднов, 1986; В.А. Мирошниченко, 1992), язвенная болезнь (Г.К. Гуляев, 1983; Л.Н. Цветкова, 1993), энтероколиты (А.Б. Сафонов, 1991; Л.А. Дулькин, 1993), болезни билиарного тракта (Э.И. Дружинина, 1980; В.П. Булатов, 1986), эндоскопические исследования (П.Л. Щербаков, 1997), реабилитация (К.И. Григорьев, 1990) и др.

Обладая большим педагогическим и методическим опытом, «детский гастроэнтерологический триумвират», их ученики и последователи сумели определить особенности изучения болезней органов пищеварения у детей, способствовали широкому внедрению в практику здравоохранения результатов научных исследований, своим трудом поддержали развитие нового направления в педиатрии.

В дальнейшем актуальным аспектам ДГ, помимо Москвы и Ленинграда, стало уделяться внимание в дру-

гих регионах РФ: Нижний Новгород, Екатеринбург, Ярославль, Пермь, Иваново и др. [1]. Существенный вклад в изучение болезней органов пищеварения у детей внесли сотрудники Нижегородского научно-исследовательского института детской гастроэнтерологии (А.А. Баранов, Г.В. Римарчук, А.И. Волков, А.Г. Закомерный и др.). Это единственный в настоящее время в стране научный центр, специализирующийся на изучении заболеваний органов пищеварения у детей, располагающий, помимо современной лабораторно-диагностической базы, также клиникой на 210 коек. Функционирует с 2014 г. в рамках «Приволжского федерального медицинского исследовательского центра».

С 1975 г. в Москве начал функционировать гастроэнтерологический центр на базе ДКБ № 3. Комплекс лечебных и профилактических мероприятий охватывал все этапы наблюдения за ребенком: поликлиника–стационар–санаторий (в летний период времени – пионерский лагерь–гастроэнтерологический центр) [2]. По примеру данного центра были созданы аналогичные центры и в других городах страны. К сожалению, в связи с оптимизацией большинство из них в 2014–2015 гг. были закрыты.

Круг изучаемых вопросов по ДГ был довольно широк и охватывал различные аспекты клинических проявлений, диагностики, лечения и профилактики заболеваний органов пищеварения у детей.

Таким образом, в процессе многолетних исследований были определены принципиальные научно-практические положения в организации ДГ:

- улучшилась ранняя диагностика болезней органов пищеварения у детей, предъявляющих жалобы на абдоминальный болевой синдром и диспепсические проявления;
- были уточнены многие звенья патогенеза, установлены причины некоторых болезней ЖКТ;
- намечены новые пути лечения и профилактики болезней органов пищеварения;
- пересмотрены или предложены новые классификации болезней органов пищеварения.

Примечательно, что до начала 70-х годов XX века в структуре неинфекционных заболеваний органов пищеварения приоритеты приходились на болезни желчевыводящих путей – 72,9% [3].

Однако, благодаря использованию современных методов медицинской интраскопии, основные места заняли болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечника. Стали диагностироваться гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), язвенная болезнь (ЯБ), полипы и дивертикулы желудка, болезнь Менетрие, хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), холестероз желчного пузыря, болезнь Крона (БК) и др. Появилась возможность распознавания орфанных болезней.

Результаты научно-практических исследований докладывались на конференциях, симпозиумах, конгрессах, съездах, публиковались на страницах журналов и в сборниках научных материалов, весьма популярных в то время. Итогом становления ДГ стал выход в свет в 1984 г. руководства для врачей тиражом в 40 000 экземпляров [4]. Следующее руководство вышло в 2002 г., тираж его составлял 1500 экземпляров [5].

Правда, такое падение тиража связано, как мы понимаем, не с падением популярности ДГ, а информационно-экономической перестройкой общества.

За почти полувековой период существования (с 1972 г.) ДГ прочно утвердилась в современной педиатрии, получила признание взрослых гастроэнтерологов. В последние годы на всех съездах и конгрессах взрослых гастроэнтерологов обязательно организуются симпозиумы детских гастроэнтерологов.

Научные исследования по ДГ проводились и продолжают практически во всех регионах страны. Следует отметить характерную особенность исследований – интенсивную и экстенсивную направленность (рис. 1). В первом случае – это совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики болезней органов пищеварения при тесном взаимодействии с такими специальностями, как иммунология, генетика, морфология, фармакология и др., в другом случае – внедрение в практику здравоохранения фундаментальных научно-технических достижений физики, химии, биологии, информатики.

Именно совокупность научно-практических направлений и многих факторов придает особую перспективу изучения болезней органов пищеварения у детей.

Нельзя обойти стороной следующий факт. Успехи, достигнутые в гастроэнтерологии у взрослых, невозможно автоматически было перенести в педиатрию. Для этого существуют веские причины как объективного, так и субъективного характера. Одна из них – анатомо-физиологические особенности ребенка, темпы его роста и развития. Особое значение имеют критические периоды постнатального развития ребенка, определяемые особым состоянием ЦНС, иммунной системы и метаболизма [6]. Следует выделить ранний возраст (до 3 лет), периоды первого (6–8 лет) и второго (10–12 лет) физиологических вытяжений ребенка, когда организм чувствителен к ряду негативных факторов, способствующих возникновению многих, в т.ч. гастроэнтерологических заболеваний. Поэтому новые технологии в отношении диагностики и лечения в педиатрии имеют свои особенности и направленности.

Становление ДГ происходило не на пустом месте. Педиатры всегда уделяли внимание абдоминальному болевому синдрому, одной из причин которого считались болезни гепатобилиарной системы. Эта актуальная педиатрическая про-



Рис. 1. Научно-практические направления изучения ДГ. И – интенсивная направленность, Э – экстенсивная направленность, ДГ – детская гастроэнтерология.

блема рассматривалась в статьях, монографиях, руководствах, опубликованных М.С. Масловым, А.Ф. Смышляевой, Н.И. Нисевич, В.Г. Акопян, Л.А. Савельевой, Л.В. Чистовой и др.

Другая немаловажная проблема – синдром мальабсорбции у детей раннего возраста, в изучении которого велика роль разработавших начиная с конца 70–80-х годов эту тему В.А. Таболина, Ю.Е. Вельтищева, Е.Г. Лившиц, Т.А. Медне, Ю.И. Изачик, Ю.Г. Мухиной и др. Одним из важных результатов этих исследований была отработка стандартов диагностики и лечения целиакии, лактазной недостаточности, эксудативной энтеропатии [7].

Нисколько не умаляя значение и роль отдельных синдромов (и болезней) в детском возрасте, следует указать на их парциальность. У детей, как и у взрослых, имеется сочетанное (или синтропия) поражение органов пищеварения. Например, при болезнях пищевода могут быть морфофункциональные изменения в толстой кишке и наоборот. ЯБ нередко сопровождается нарушением деятельности поджелудочной железы и гепатобилиарной системы.

Такого рода синтропия обуславливает немалые трудности в:

- определении первичности и вторичности болезни;
- выборе оптимального лечения, включая рациональную фармакотерапию;
- прогнозировании исходов болезней органов пищеварения;
- сохранении качества жизни детей и их родителей.

Многолетние и многочисленные исследования, проводившиеся в различных регионах РФ, свидетельствуют об особенностях клинических проявлений, течения болезней органов пищеварения у детей, отличных по сравнению с таковыми у взрослых. Свой негативный отпечаток при развитии болезней накладывают экологическое неблагополучие, употребление недоброкачественной воды и др. Это касается подходов к лечебно-профилактическим мероприятиям. Очевидно, что экстраполировать многие положения, выводы, протоколы (схемы) лечения, наработанные у взрослых, в детском возрасте не всегда осуществимо.

Благодаря принятым в советские годы организационно-методическим подходам многие разделы ДГ стали анализироваться на основе унифицированных программно-целевых исследований. Уникальными были эпидемиологические исследования инфекции *Helicobacter pylori* у детей, начатые в 80-е годы XX века, и всесторонние исследования, продолженные в рамках Российской группы по изучению *Helicobacter pylori* при участии сотрудников ведущих научных учреждений МЗ РФ. Результаты исследований были опубликованы в монографиях: 15-летний опыт – А.А. Корсунским и соавт. [8], 25-летний – Е.А. Корниенко [9].

Немаловажно, что манифестация болезней органов пищеварения у детей, как правило, происходит на фоне аллергических состояний (диатезов) либо заболеваний (пищевая аллергия), нередко при отягощенной наследственности, наличии других соматических болезней. Многие дети наблюдались как часто болеющие. Вызывают озабоченность перегрузка детей аудио-визуальной информацией, начиная с

дошкольного возраста, снижение моторно-двигательной активности, что приводит к гипокинетическому синдрому. Развивается нарушение деятельности органов пищеварения. Особая тревога существует в приобщении детей к табакокурению, употреблению энергосодержащих и алкогольсодержащих напитков, наркотиков не только подростками, но даже детьми младших возрастов [10].

По мере развития ДГ решались актуальные аспекты классификации болезней органов пищеварения, разрабатывались методы медикаментозного лечения. Исключительное значение придавалось тесному контакту с детскими хирургами, которые должны мыслить как педиатры, но действовать как хирурги [11].

Совместная работа педиатров с детскими хирургами позволила совершенствовать лечение детей с заболеваниями пищевода (ГЭРБ, пищевод Барретта), желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ, хроническая дуоденальная непроходимость), гепатобилиарной системы (пороки билиарного тракта, ЖКБ, цирроз печени), кишечника (дивертикул Меккеля, болезнь Гиршпрунга). Причем в настоящее время придается особое значение эндоскопическим методам оперативных вмешательств, помощи при желудочно-кишечных кровотечениях [12]. Изменилось отношение к детям с ЖКБ, и хирурги не очень обижаются, когда рекомендации к хирургическому лечению дает детский гастроэнтеролог, использовавший весь арсенал консервативных средств, включая литолитическую терапию.

Одновременно возникали новые проблемы. Одной из недостаточно изученных являются исходы болезней органов пищеварения у детей. Это:

- ранняя инвалидизация детей;
- снижение качества жизни больных и их родителей;
- уменьшение спектра профориентации.

Все это в целом имеет большое медико-социальное значение. На лечение некоторых болезней и профилактики (третичную) требуются немалые в финансовом отношении затраты, что отражается на экономическом состоянии семьи. Подростающее поколение не может полностью включаться в современный социум. Следовательно, гражданские позиции такого больного нарушаются. Современное общество прямо или косвенно недополучает ожидаемого вклада от конкретного индивида.

Еще одно достижение ученых нашей страны – разработка санаторно-курортного этапа восстановительного лечения больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения, в т.ч. у детей. Были созданы уникальные методики с использованием бальнеологических факторов местных санаториев (Малаховка, Икорец, Варзи-Ятчи, Хилово, Дорохово, Краинка и др.), курортов Кавказских Минеральных Вод (Ессентуки, Железноводск). Не менее впечатляющими выглядели и успехи в использовании физиотерапии. Методы физиотерапии оценивались специалистами даже выше, чем медикаментозное лечение. Сложности были связаны с обилием предлагаемых методов физиотерапевтического воздействия (СМТ, ультразвук, микроволновая терапия, УВЧ-терапия, импульсная электротерапия и др.) и наличием про-

тивопоказаний при осложнениях ЯБ и подозрении на малигнизацию [13]. Ситуация изменилась только после внедрения в практику ранитидина (зантак) в конце 80-х годов. Мы можем выразить лишь огорчение, что данному направлению в последние годы уделяется меньше внимания, тем более что в фазе затухающего обострения и ремиссии при многих хронических заболеваниях, особенно при кислотозависимых заболеваниях и большинстве функциональных состояний органов пищеварения, других эффективных способов воздействия просто нет.

Высокий уровень работ по гастроэнтерологии, проводимых в нашей стране, заслужил внимание медицинской общественности и был отмечен правительственными наградами. В 1986 г. группе ученых во главе с проф. А.В. Мазуриным была присуждена Государственная премия СССР за внедрение методов эндоскопии в детскую практику. В 1995 г. Премией мэра Москвы отмечена работа «Лечение желудочно-кишечных кровотечений у детей» (А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, В.И. Садовников).

ДГ, как новая специальность в педиатрии, развивалась не изолированно, а в ассоциации с такими фундаментальными направлениями, как нутрициология, клиническая фармакология и фармакотерапия. Последние своими корнями уходят в глубь веков и тысячелетий. Пожалуй ни одна из медицинских специальностей не находится в такой взаимосвязи и взаимозависимости (рис. 2).

Количественно-качественным нарушениям питания придается большое значение в развитии болезней органов пищеварения у детей. Собственный и других авторов опыт свидетельствует, что естественное (грудное) вскармливание получает небольшое количество больных детей. Большинство из них находится на смешанном или искусственном вскармливании. Между тем установлены состояния, против которых естественное вскармливание оказывает пожизненный эффект: 1) гиперлипидемия, 2) тучность и ожирение, 3) ранний атеросклероз. Напротив, с искусственным вскармливанием существенно ассоциированы такие заболевания и состояния, как: 1) некротизирующий энтероколит, 2) склонность к инфекциям ЖКТ, 3) пилоростеноз, 4) энтеропатический энтероколит, 5) наличие запоров (синдром раздраженного кишечника), 6) целиакия, 7) БК, 8) цирроз печени при недостаточности α_1 -антитрипсина [14].

В более старших возрастах в питании у детей преобладают легко и быстро усвояемые продукты с преобладанием углеводов и липидов, с дефицитом содержания пищевых волокон, недостаточным количеством витаминов, эссенциальных минеральных веществ антиоксидантов.

Не случайно «Справочник по детской диетике» под редакцией И.М. Воронцова и А.В. Мазурина, вышедший в 1977 г., был издан тиражом 140 000 экземпляров – настолько большой интерес был к теме у врачей. В справочнике вопросы питания больных детей рассматривались с позиции достижений клинической биохимии и гигиены питания. Уже через год потребовалось повторное издание большим тиражом.

В настоящее время нутрициология от первых теорий питания и ассимиляции пищи достигла боль-

ших успехов. Об этом свидетельствуют разработка и внедрение в педиатрию/медицину различных видов питания: физиологическое, профилактическое, оптимальное, лечебное, функциональное [15].

Все они имеют место в ДГ. Внимания заслуживают все современные концепции питания: сбалансированное питание по А.Д. Покровскому, адекватное питание по А.М. Уголеву, оптимальное питание по В.А. Тутельяну, холистическое питание по Е.И. Ткаченко. Важный момент – все эти теоретические модели обрабатывались прежде всего в педиатрической практике. Современный подход – необходимость рассматривать вопросы питания с междисциплинарных позиций. Питание ребенка предусматривает определение абсолютных количеств каждого пищевого фактора и их строгое соответствие между собой при учете физиологической зрелости и особенностей метаболического статуса ребенка данного возраста. Речь идет по существу об индивидуальном питании, что обуславливает коррекцию в существующие протоколы лечебных мероприятий у детей с болезнями органов пищеварения.

Новыми направлениями в нутрициологии, следовательно гастроэнтерологии и педиатрии, являются нутригенетика и нутригеномика [16]. Нутригеномика предполагает влияние химических компонентов пищи на геном человека, изменяя работу генов. При определенных условиях и определенном генотипе питания это может быть важным фактором риска болезней. Нутригенетика определяет отношение генов с пищей. Новые знания о нутритивных и ненутритивных компонентах грудного молока позволили разработать новые ингредиенты для молочных смесей в целях улучшения качества молочных продуктов, оптимизации процессов роста и развития ребенка, состояния кишечной микробиоты, а также обеспечения долгосрочного протективного влияния на состояние здоровья.

Немаловажно, что некоторые пищевые продукты обладают фармакологической активностью, как у лекарственных средств (ЛС), что следует учитывать в процессе лечения и профилактики. Эти новые направления открывают возможность совершенствования лечебно-профилактических мероприятий многих заболеваний у детей и взрослых, включая наследственно обусловленные болезни органов пищеварения.

Одним из аспектов ДГ, очень важным в практической деятельности врача, являются лекарственно-пищевые взаимодействия либо наоборот [17]. Хорошо известно, что при неправильном приеме ЛС возника-



Рис. 2. Схема взаимосвязи ДГ с другими дисциплинами.

ют побочные реакции. Развитие таких побочных реакций может быть предупреждено как при учете фармакологического действия ЛС, так и характера (состава) пищевых продуктов. Эти лекарственно-пищевые взаимодействия требуют постоянного изучения, учитывая появление новых поколений лекарств.

Выбор ЛС при лечении болезней органов пищеварения представляет собой одну из актуальных проблем педиатрии, но также и медицины. Из-за большого количества ЛС и существующих в настоящее время схем (протоколов) лечения врач нередко испытывает трудности в назначении медикаментозных средств. К тому же не всегда учитываются либо игнорируются принципы фармакоэкономического моделирования (ФЭМ). Именно в ДГ так важно принимать во внимание составляющие ФЭМ: эффективность, безопасность, стоимость препарата(ов).

Постоянного внимания требует полипрагмазия, ибо лекарственные взаимодействия у детей изучены мало, хотя врач-педиатр ориентирован на возможные проявления как антагонизма, так и синергизма препаратов. Нельзя не учитывать ряд факторов, влияющих на кинетику и метаболизм ЛС [18]. К ним относятся особенности обмена веществ в детском возрасте:

- изменяющийся с возрастом относительный объем распределения жидкости у детей – относительное преобладание внеклеточной жидкости, что обуславливает особенности распределения в организме ребенка как водорастворимых, так и жирорастворимых ЛС;

- замедленные темпы созревания ферментных систем печени, преобразующих лекарства в неактивные и водорастворимые формы;

- низкая величина почечной гломерулярной фильтрации у детей, ограничивающая процессы выведения лекарств и их метаболитов с мочой;

- сниженная способность белков печени (лигандины) и плазмы крови связывать лекарственные препараты и ксенобиотики;

- повышенная проницаемость мембранных структур капилляров, гематоэнцефалитического барьера.

Необходимо также учитывать состояние желез внутренней секреции, играющих немаловажную роль в метаболизме ЛС.

Эти известные положения не всегда учитываются в процессе лечебно-профилактических мероприятий при заболеваниях органов пищеварения.

К числу неизученных аспектов ДГ относится фармакогенетика, хотя именно генетическими факторами, детерминирующими процессы метаболизма, рецепции, иммунного ответа и др., во многом определяются переносимость ЛС, их безопасность и эффективность. Связано это с тем, что клиническая генетика, включая фармакогенетику, находится лишь на стадии своего развития, но тем не менее предполагает исключительные перспективы как в выборе препарата, так и в создании на основе современных технологичных принципов новых поколений ЛС, применяющихся в педиатрии.

ДГ стоит на пороге применения таргетной терапии; в онкологии и при нервно-мышечных заболеваниях у детей получены обнадеживающие результаты [19]. Под термином таргетной терапии подразумеваются лекарственные воздействия на конкретные молекулы,

молекулярные комплексы или субклеточные структуры, дефект которых обуславливает развитие заболевания.

Можно предполагать, что таргетная терапия будет эффективна при болезнях поджелудочной железы (синдром Швахмана), печени (галактоземия), при синдромах мальабсорбции, обусловленных наследственными нарушениями всасывания аминокислот и минеральных веществ, таких как:

- синдром Хартнапа – снижение всасывания нейтральных аминокислот;
- синдром Менкеса – снижение всасывания меди;
- цистинурия – снижение всасывания цистина и основных аминокислот;
- акродерматит энтеропатический – снижение всасывания цинка и др.

Эти болезни и синдромы являются редкими или орфанными, которые диагностируются путем исключения распространенных заболеваний органов пищеварения в детском возрасте. Другой важный аспект – выбор терапевтических мероприятий, как правило, сугубо индивидуализированных, требующих нестандартных подходов и высокочувствительных в экономическом отношении [20].

Гельминтозы и протозоозы, несмотря на многолетнее изучение у детей, остаются одной из актуальных проблем в ДГ. Это касается практически всех органов пищеварения, которые поражаются паразитами на ранних стадиях инвазии и протекают нередко бессимптомно. Сохраняет актуальность проблема лямблиоза [21]. Следует учитывать риск заражения в связи с миграционными процессами, поездками детей с родителями в иные климато-географические регионы, ухудшающейся экологической обстановкой и др.

Научно-практические успехи ДГ привлекли внимание таких специалистов, как пульмонологов, кардиологов, нефрологов, неврологов, неонатологов и др. Применяющиеся препараты нередко длительное время способны вызвать поражение органов пищеварения [22]. Особенно это касается антибактериальных средств, нестероидных противовоспалительных средств и многих других препаратов. Обладая высокой фармакологической активностью, ЛС обуславливали морфофункциональные нарушения деятельности пищевода, гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта, кишечника, поджелудочной железы, гепатобилиарной системы. С другой стороны, поражение органов пищеварения следует рассматривать с системных позиций, учитывая возможность заинтересованности того или иного органа как при соматических, так и инфекционных заболеваниях. В том или ином случае это использование гепатопротекторов, антацидов, прокинетики, ферментных препаратов и др. Однако это не всегда используется педиатрами в должной мере.

Существует немалое количество актуальных проблем в ДГ. До настоящего времени отсутствуют единые критерии хронических панкреатитов, холециститов, последствий хронической диареи и запоров, исходов ГЭРБ, включая пищевод Барретта у детей. Следует признать необходимость разработки новых поколений фармпрепаратов, дающих возможность

осуществлять рациональное лечение, в т.ч. таргетную терапию и др. Итак, отечественная ДГ, заняв должное место в педиатрии, продолжает дальнейшее развитие. Об этом свидетельствуют ряд серьезных публикаций,

появившихся в последние годы, и география исследований [23–26].

Grigoriev K.I.  0000-0001-5826-4007

Литература

1. Мазурин А.В., Запруднов А.М. Состояние научных исследований и перспективы развития гастроэнтерологии в РСФСР. Вопросы охраны материнства и детства. 1979; 11: 7–12.
2. Шифрин В.В., Мазурин А.В., Башляева З.А., Запруднов А.М., Оранская В.П., Галушкина Л.Н. Опыт работы Московского детского гастроэнтерологического центра. Педиатрия. 1979; 3: 47–51.
3. Баранов А.А., Дзюбич Л.И., Домбровская В.А. Грехова И.П. Распространенность неинфекционных заболеваний органов пищеварения и перспективы развития гастроэнтерологической помощи детям. Педиатрия. 1972; 12: 49–52.
4. Болезни органов пищеварения у детей: рук-во для врачей. А.В. Мазурин, ред. М.: Медицина, 1984: 656.
5. Детская гастроэнтерология. А.А. Баранов, Е.В. Климанская, Г.В. Римарчук, ред. М.: НЦЗД РАМН, 2002: 592.
6. Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья детей, негативные тенденции и общая стратегия профилактики. Российский вестник перинатологии и педиатрии. Приложение. 1994: 65.
7. Гастроэнтерология. Ю.Г. Мухина, С.В. Бельмер, ред. Детские болезни: учебник. Н.Н. Володин, Ю.Г. Мухина, ред. М.: Династия, 2011; 2: 312.
8. Корсунский А.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2002: 168.
9. Корниенко Е.А. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011: 272.
10. Запруднов А.М., Харитонова Л.А., Григорьев К.И. Подростковая гастроэнтерология: современное состояние проблемы, пути изучения. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012; 1: 3–11.
11. Степанов Э.А. Пограничные проблемы педиатрии и детской хирургии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2005; 4: 6–9.
12. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Дронов А.Ф. Желудочно-кишечные кровотечения у детей. М.: Медицина, 1998: 208.
13. Разумов А.Н., Хан М.А. Актуальные проблемы детской курортологии и санаторно-курортное лечение детей. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016; 93 (1): 42–47.
14. Riordan J, Anerbach KE. Breastfeeding and Human Lactation. Jones and Bartlett, 1993: 696.
15. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб.: ИКФ «Фолиант», 1999: 928.
16. Новиков П.В. Нутригенетика и нутригеномика – новые направления в постгеномный период. Вопросы детской диетологии. 2012; 1: 44–52.
17. Запруднов А.М. Лекарственно-пищевые взаимодействия у детей. Вопросы детской диетологии. 2012; 4: 36–42.
18. Вельтищев Ю.Е., Запруднов А.М., Школьникова М.А. Проблемы клинической фармакологии детского возраста. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1997; 1: 7–14.
19. Царегородцев А.Д., Сухоруков В.С. Проблемы и перспективы таргетной терапии наследственных болезней у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013; 4: 7–12.
20. Запруднов А.М. Орфанные болезни и синдромы пищеварительного тракта у детей. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016; 1: 2–8.
21. Запруднов А.М. Лямблиоз в детском возрасте. Медицинская сестра. 2008; 3: 7–10.
22. Запруднов А.М. Лекарственные поражения органов пищеварения у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2003; 5: 24–29.
23. Заболевания пищевода у детей. С.В. Бельмер, А.Ю. Разумовский, В.Ф. Приворотский, А.И. Хавкин, ред. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2016: 316.
24. Заболевания кишечника в детском возрасте. А.М. Запруднов, Л.А. Харитонова, К.И. Григорьев, А.Ф. Дронов, ред. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018: 488.
25. Мазанкова Л.Н., Рыбальченко О.В., Николаева И.В. Микродисбиоз и эндогенные инфекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018: 336.
26. Спивак Е.М., Левит Р.М., Аккуратова И.С., Надежин А.С. Хронический гастродуоденит у детей: клинические варианты, особенности диагностики и лечения. Ярославль: Филигрань, 2016: 172.