

© Коллектив авторов, 2008

*А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, В.А. Филлин, А.Б. Сафонов,  
Л.Н. Цветкова, П.Л. Щербаков*

## **ДОСТИЖЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ: ИСТОКИ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Российский государственный медицинский университет, Москва

Детская гастроэнтерология стала интенсивно развиваться значительно позднее, чем другие педиатрические специальности: кардиология, пульмонология, нефрология, гематология, неонатология и др. Во многом это было обусловлено сугубо методическими аспектами. Применявшиеся у детей биохимические, рентгенологические, некоторые инструментальные, в частности дуоденальное и желудочное зондирование, методы не позволяли с высокой степенью достоверности различать на ранних этапах заболевания различных органов системы пищеварения, осуществлять дифференциальную диагностику, проводить в надлежащем объеме профилактические и лечебные мероприятия.

Положение коренным образом изменилось в начале 70-х годов прошлого столетия, когда в педиатрической практике стала применяться эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), без преувеличения сыгравшая «революционную» роль в детской гастроэнтерологии. Начиная с 1972–1973 гг., планомерное использование ЭГДС у детей старшего школьного, затем дошкольного возрастов стало осуществляться в детской клинической больнице №3 г. Москвы, в которой с 1971 г. было сформировано первое в стране детское гастроэнтерологическое отделение (66 коек). В дальнейшем по показаниям ЭГДС выполнялась у детей до 3 лет, затем у младенцев, по показаниям – у новорожденных и недоношенных детей. Уже вскоре эндоскопические исследования стали проводиться амбулаторно.

Именно использование с диагностическими, а также лечебными целями ЭГДС фактически обусловило пересмотр номенклатуры заболеваний органов пищеварения в детском возрасте. Считалось, что наиболее частой причиной болей в животе у детей были болезни билиарного тракта (БТ) (дискинезии желчевыводящих протоков, холецистит и др.), глистные инвазии, лямблиоз. Однако после широкого распространения ЭГДС заболевания БТ у детей как бы утратили свой приоритет, поскольку появилась возможность диагностировать морфофункциональные изменения со стороны верхних отделов пищеварительного тракта

(ВОПТ): пищевода (эзофагит, гастроэзофагеальный рефлюкс, пищевод Барретта), желудка и 12-перстной кишки (ДПК) (гастрит, дуоденит, язвенная болезнь – ЯБ), тонкой кишки (еюнит).

С признания ведущей роли болезней ВОПТ в структуре гастроэнтерологических заболеваний началось как интенсивное, так и экстенсивное становление современной детской гастроэнтерологии, у истоков которой в начале 70-х годов XX века стояли член-корр. РАМН, проф. А.В. Мазурин, проф. И.Г. Зернов (Москва), проф. Б.Г. Апостолов (СПб). Являясь высококвалифицированными преподавателями и методистами, они, опираясь на опыт своих учителей и предшественников, сумели обосновать и определить принципиальные в научно-практическом отношении направления детской гастроэнтерологии. Возглавляемые ими кафедральные коллективы по существу явились первооткрывателями и исследователями актуальных проблем эпидемиологии, этиологии, патогенеза, клинических особенностей, диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения в детском возрасте.

Одновременно изучение гастроэнтерологических заболеваний у детей началось в Горьком, Казани, Киеве, Минске и других городах и регионах СССР. Благодаря разработанным Горьковским НИИ педиатрии (в настоящее время НИИ детской гастроэнтерологии) под руководством проф. А.А. Баранова (ныне акад. РАМН) организационно-методическим подходам, многие актуальные аспекты детской гастроэнтерологии, особенно эпидемиологии, стали анализироваться на основе унифицированных программно-целевых исследований. Появилась возможность учитывать показатели, в частности распространенность и особенности течения заболеваний органов пищеварения, объем диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в зависимости от экологической обстановки, климато-географических зон и др.

Применение ЭГДС открыло возможность для более широкого внедрения в педиатрическую гаст-

роэнтерологическую практику других эндоскопических методов исследования: колонофиброскопии (КФС), интестиноскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), лапароскопии.

С 80-х годов XX века прочно утвердилось ультразвуковое исследование (УЗИ), потеснившее, а по существу заменившее рентгенологическое исследование и дуоденальное зондирование, применявшиеся для диагностики болезней БТ в детском возрасте. Метод позволил также осуществлять диагностику заболеваний других органов брюшной полости, в частности поджелудочной железы (ПЖ), желудка и кишечника. В дальнейшем по показаниям стали назначаться такие методы медицинской интраскопии, как динамическая гепатобилисцинтиграфия (ДГБСГ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Параллельно в детскую гастроэнтерологию внедрялись современные биохимические, иммунологические, морфологические, микробиологические, вирусологические, генетические и иные методы исследования. Все это в совокупности с инструментальными методами способствовало не только значительному совершенствованию топической диагностики заболеваний органов пищеварения, но также привело к уточнению их структуры в детском возрасте. Важно подчеркнуть, что как лабораторные, так и инструментальные методы диагностики, не являясь самоцелью, обусловили значительное продвижение вперед в отношении разработки и внедрения в педиатрическую практику лечебно-профилактических программ с использованием новых поколений лекарственных средств.

На раннем этапе (70–80-е годы) развития детской гастроэнтерологии акцент делался на изучении особенностей клинических проявлений и течения в возрастном аспекте таких заболеваний, как эзофагит, гастрит, дуоденит, ЯБ, колит, болезни тонкой и толстой кишки, БТ, ПЖ и др. С самого начала было очевидно, что экстраполировать достижения взрослых гастроэнтерологов в педиатрию невозможно. Результаты клинко-лабораторных методов медицинской интраскопии (ЭГДС, УЗИ, КТ, МРТ, ДГБСГ и др.) прежде всего учитывались и анализировались с учетом возраста, варибельности темпов развития детей, состояния иммунитета, наследственности и др. Тем не менее это не означало игнорирования изучения этиологии и патогенеза гастроэнтерологических заболеваний применительно к детям, совершенствования лечебной помощи, разработки и внедрения в практику профилактических рекомендаций.

Заболевания пищевода до внедрения в детскую практику эндоскопии фактически не были известны врачам-педиатрам. Исключение составляли дети с ожогами пищевода, инородными телами и варикозным расширением вен пищевода, на-

блюдовавшиеся детскими хирургами. Однако уже первые эндоскопические исследования, выполненные у детей, начиная с раннего возраста (до 3 лет), показали значительные по частоте и варибельности изменения слизистой оболочки (СО) пищевода, главным образом его нижней трети – дистальный эзофагит. Особое внимание обращало наличие гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) как при эзофагите, так и заболеваниях гастродуоденальной зоны пищеварительного тракта, но также и кишечника.

Ретроградный заброс кислого содержимого желудка в пищевод, обозначаемый как «кислотный рефлюксант», способствует развитию не только рефлюкс-эзофита, но и других внепищеводных проявлений: оториноларингологических, пульмонологических, стоматологических, гастроэнтерологических. Самым серьезным осложнением длительного по времени ГЭР и, как следствие этого развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), является пищевод Барретта. Возникающая при ГЭР метаплазия эпителия пищевода, то есть перестройка сквамозного эпителия на специализированный цилиндрический, особенно интестинального типа, в настоящее время не только у взрослых, но и детей, рассматривается как один из самых существенных факторов риска развития в дальнейшем аденокарциномы пищевода. Если вначале пищевод Барретта считался прерогативой взрослых, то обнаружение его у детей кардинальным образом изменило существующее представление о морфогенезе болезней пищевода, включая новообразования. Фактором риска в возникновении пищевода Барретта у детей остается химиотерапия.

Занимая в структуре органов пищеварения первое место, болезни желудка и ДПК у детей не случайно привлекли пристальное внимание педиатров, хирургов, других специалистов. Стартуя в детском возрасте, эти заболевания нередко приобретают прогрессирующее течение, а их осложнения приводят к ранней инвалидизации больных детей и подростков. Примером служит ЯБ с преимущественной локализацией язвенных дефектов СО в ДПК. До середины 90-х годов, то есть до внедрения современных антисекреторных препаратов и схем эрадикационной терапии, у каждого десятого ребенка, главным образом мальчиков, ЯБ осложнялась кровотечением.

Проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) явилась новой и одной из актуальной в детской гастроэнтерологии. Оказалось, что ЖКК, осложнившие течение ЯБ, эрозивного гастрита (дуоденита) в детском возрасте в 40% случаев возникают на фоне нарушений агрегатного состояния крови. Речь идет о таких сопутствующих заболеваниях, как тромбастения, болезнь Виллебранда, гемофилия и др. Внезапно развившееся кровотечение представляет угрозу для жизни ребенка,

поскольку кровопотеря, даже умеренная по объему, существенным образом отражается на состоянии жизненно важных органов и систем, может за короткое время привести к геморрагическому шоку и диссеминированному внутрисосудистому свертыванию крови. Источники ЖКК, помимо желудка и ДПК, также определялись в пищеводе, тонкой и толстой кишке. Распознавание их у детей представляет большие трудности и подчас обуславливает выполнение экстренных диагностических приемов, включая ЭГДС, КФС, лапароскопию, ангиографию. Было установлено, что применение у детей некоторых медикаментозных препаратов, в первую очередь нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), может спровоцировать развитие не только «НПВС-гастропатии», но приводить к изъязвлению СО пищевода и кишечника с высоким риском возникновения кровотечений. Наконец, в процессе диагностики и дифференциации удалось выявлять редкие заболевания, приводящие к ЖКК: синдром Элерса–Данлоса, синдром Пейтца–Егерса–Турена, синдром Рандю–Вебера–Ослера, сосудистые эктазии кишечника, ювенильный полипоз кишечника и др. Являясь наследственно-обусловленными, эти заболевания манифестируют в различные периоды детства и требуют применения специальных диагностических приемов и методов лечения.

Благодаря ЭГДС удалось не только в определенной степени судить о состоянии кардиального и пилорического сфинктеров, но также визуализировать характер морфологических изменений СО желудка (СОЖ), ДПК, проксимальных отделов тощей кишки. Получил права гражданства диагноз «гастродуоденит». Появилась возможность прицельной биопсии с последующим патогистологическим исследованием «пострадавших» участков СО.

Установление этиологической и патогенетической роли инфекции *Helicobacter pylori* (НР) в развитии гастрита и ЯБ свидетельствовало об условности разделения гастроэнтерологии на инфекционную и неинфекционную. На базе гастроэнтерологического отделения Измайловской детской больницы г. Москвы в конце 80-х–начале 90-х годов были проведены первые в нашей стране наблюдения, касающиеся роли НР при заболеваниях ВОПТ. Были разработаны и апробированы различные схемы (протоколы) эрадикации НР применительно к детскому возрасту, принятые в окончательном виде на IX съезде педиатров России в 2001 г.

В то же время, отдавая приоритет инфекции НР, нельзя забывать о других причинно-значимых факторах возникновения гастрита и ЯБ у детей. Известно, что удельный вес НР-инфекции у больных с ЯБ желудка составляет не более 50–60%, при ЯБ ДПК – 80–90%.

Было бы крайне нецелесообразным игнорировать другие этиологические факторы и иные меха-

низмы формирования заболеваний ВОПТ применительно к детскому возрасту. Не случайно одной из характерных особенностей болезней органов пищеварения у детей является высокая частота нейровегетативных и психоэмоциональных отклонений, метеотропно-адаптационных нарушений, особенно выраженных в периоды физиологических вытяжений. Нельзя игнорировать многочисленные побочные эффекты при проведении «тройных» и «квардро» схем эрадикации. Входящие в них препараты не только «агрессивны», их широкое применение в последние годы нарушило «экологическую нишу», в которой существовали НР, резко возросло распространение антибиотикорезистентных штаммов. Важна и экономическая сторона, то есть стоимость лечения.

Тем не менее в поражении желудка и ДПК инфекционному фактору придается исключительная роль. Накапливаются данные о возможной роли цитомегаловирусной инфекции, вирусов герпеса 1-го и 2-го типа, Эпштейна–Барра в развитии аутоиммунного гастрита у детей.

Полипы и полипоз желудка и ДПК, папиллит, болезнь (синдром) Менетрие, добавочная (и аберрантная) ПЖ в теле желудка и другие заболевания, всегда являвшиеся исключительным раритетом у детей, поставили перед педиатрами вопросы совершенствования их диагностики, потребовалось пересмотреть всю систему вторичной профилактики, начиная с первого года жизни ребенка. Значимость такого подхода с медико-социальных позиций вряд ли нуждается в обосновании.

Стремительное развитие детской гастроэнтерологии не могло обойти стороной заболевания БТ и ПЖ. Использование в педиатрической практике современных методов лучевой диагностики, таких как УЗИ, КТ, МРТ, ДГВБСГ, в совокупности с ЭРХПГ, способствовало расширению представлений о характере болезней БТ и ПЖ, установлению особенностей их морфофункциональных изменений. Педиатры получили реальную возможность распознавания таких заболеваний, как хронический панкреатит, аномалии развития дуоденопанкреатобилиарной зоны пищеварительного тракта, холе- и холедохолитиаз, папиллит и др. Были разработаны клинико-инструментальные критерии диагностики этих заболеваний у детей. Одновременно разрабатывались подходы к рациональной терапии и обоснованию хирургического лечения.

Благодаря широкому применению УЗИ как в стационарных, так и амбулаторных условиях у детей стали чаще определяться единичные и множественные конкременты в желчном пузыре (ЖП). Холелитиаз, ранее считавшийся крайне редким в детском возрасте, выявлялся не только у школьников и дошкольников, но даже у детей раннего возраста, включая младенцев. Дополнительные исследования, в частности использование ЭРХПГ, позволили диагностировать камни помимо ЖП

также в желчных протоках. Особенностью явилось одновременное наличие конкрементов в ЖП и желчных протоках. Рост желчекаменной болезни (ЖКБ) в детском возрасте очевиден, но причины не ясны. Следует отметить существенное (качественное) улучшение диагностики ЖКБ, особенно с внедрением методов медицинской интраскопии. С другой стороны, очевиден количественный рост заболевания у детей всех возрастов. Среди вероятных причинно-значимых факторов, обуславливающих увеличение ЖКБ в детской популяции, нельзя не отметить нарушения питания качественного и количественного характера, экологическое неблагополучие, включая употребление не соответствующей стандартам питьевой воды, изменение образа жизни, когда ребенок подвергается стрессам, испытывает аудиовизуальные и иные перегрузки, приобщается к ранней производственной деятельности и др.

Примечательно, что в отличие от взрослых у детей значительно чаще (40%) встречаются билирубиновые по составу камни. Механизмы формирования билирубиновых конкрементов в детском возрасте требуют дальнейшего изучения, однако важно подчеркнуть, что у больных имеется дефицит в организме таких эссенциальных микроэлементов, как селен и цинк. У каждого второго ребенка с ЖКБ имеются различные аномалии развития ЖП и желчных протоков. Сама по себе проблема аномалий развития органов пищеварения, несмотря на актуальность, является не до конца понятной.

Отдельное направление современной гастроэнтерологии – воспалительные и невоспалительные заболевания ЖП. Дети с острым холециститом, как правило, поступают в стационар с диагнозами «острый аппендицит», «острый живот», а девочки с подозрением на гинекологические заболевания. Сложна диагностика хронического бескаменного холецистита. Тем не менее сомневаться в таком диагнозе у детей вряд ли необходимо. Морфологические исследования ЖП, удаленных оперативно у детей с ЖКБ, показали различной степени выраженности изменения, свидетельствующие о длительном хроническом процессе. Исключительно важным является своевременное распознавание врожденных и приобретенных заболеваний, в частности болезни (синдрома) Кароли, кисты общего желчного протока и др.

Необходимо учитывать риск морфофункциональных изменений БТ, включая желчные протоки, вследствие гельминтозов: аскаридоза, описторхоза, фасциолеза, клонорхоза. Особенно это относится к детям, проживающим в эндемичных районах.

Хронические заболевания печени являются одной из центральных проблем гепатологии. Наряду с вирусами причинами заболеваний печени у детей могут быть метаболические нарушения, часто наследственно обусловленного генеза: болезнь Вильсона–Коновалова, дефицит  $\alpha_1$ -антитрипсина,

муковисцидоз, синдром Алажиля, галактоземия и др. Поздняя диагностика этих заболеваний по существу предопределяет их неудовлетворительный прогноз. Единственным методом лечения таких больных часто является ортотопическая трансплантация печени. В нашей стране первую пересадку печени практически одномоментно в 1990 г. с разницей в несколько дней провели акад. РАМН В.И. Шумаков в НИИ трансплантологии и искусственных органов и проф. С.В. Готье в Российском научном центре хирургии (в настоящее время РНЦХ им. Б.В. Петровского).

Медикаментозные поражения печени, столь трудно диагностируемые как у детей, так и у взрослых, нередко протекают латентно, без достаточно выраженных клинических проявлений, свидетельствующих о заболевании этого важнейшего органа. Подчас непредсказуемые исходы поражения печени после приема различных в фармакологическом отношении лекарственных средств (ЛС) со всей остротой обуславливают актуальность медикаментозных поражений гепатобилиарной системы. Об этом могут свидетельствовать отклонения биохимических показателей: повышение уровня билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, трансаминаз и др. в сыворотке крови. Клинико-лабораторным подтверждением функционального нарушения печени является синдром холестаза. Однако возможны и более серьезные последствия приема ЛС: фиброз, активный хронический гепатит, жировая дистрофия, цирроз печени.

Важно подчеркнуть, что медикаментозным поражениям не только печени, но всего пищеварительного тракта у детей до настоящего времени уделяется мало внимания. Между тем ЛС принадлежит ведущая роль в поражении практически всех органов пищеварения, включая ПЖ. В условиях безрецептурного рынка ЛС в стране с этим фактом нельзя не считаться.

Панкреатология как, пожалуй, одна из труднодоступных и к тому же недостаточно всесторонне изученных областей современной гастроэнтерологии тем не менее делает определенные успехи. У детей стали своевременно диагностироваться острый и хронический панкреатит. Несмотря на то, что этиологию их не всегда удается установить, изучение патогенеза позволило улучшить оказание специализированной помощи детям с поражением ПЖ. Разработаны принципы рационального использования ЛС, в первую очередь новых поколений ферментных препаратов, в лечении хронического панкреатита, муковисцидоза, синдрома Швахмана и др. Исключительно важным у детей с поражением ПЖ является дальнейшее внедрение современных методов диагностики, а также разработка профилактических мер, направленных на защиту этого органа.

Использование КФС и интестиноскопии, начиная с конца 70-х годов, дало возможность уточ-

нить характер поражения толстой кишки, а также проксимальных (еюнит) и дистальных (илеит) отделов кишки. Хотя частота распространенности хронических неспецифических воспалительных заболеваний (ХНВЗ) кишечника в детском возрасте по сравнению со взрослыми несопоставима, очевиден рост поражений данной зоны у детей. Особенно это касается неспецифического язвенного колита и болезни Крона, которые в доэндоскопический период у педиатров рассматривались как казуистика. Возможность осуществления прицельной биопсии с последующим морфологическим исследованием – основа диагностики ХНВЗ кишечника на ранних этапах и, безусловно, правильной и целенаправленной терапии. Следовательно, возникли реалии для сужения показаний к хирургическим вмешательствам.

Много внимания стало уделяться наследственным дефектам, проявляющимся синдромами мальабсорбции и мальдигестии. Определенные успехи достигнуты в лечении детей с целиакией, лактазной недостаточностью и др. Тем не менее колопроктология и энтерология являются перспективными направлениями детской гастроэнтерологии, требующими изучения с современных позиций морфологии, иммунологии, генетики, нутрициологии. Нелишне подчеркнуть, что болезни кишечника часто обусловлены перенесенными острыми кишечными инфекциями, приемом ЛС, количественно-качественными нарушениями питания. Тревогу вызывает употребление недоброкачественной воды, поступление в организм ребенка в избыточном количестве солей тяжелых металлов, ксенобиотиков. Высок риск развития не только болезней кишечника, но и других органов пищеварения вследствие разнообразных по силе и характеру воздействия факторов экологического неблагополучия.

Функциональные нарушения толстой кишки отмечаются у 30–35% больных гастроэнтерологического профиля и у 55–60% детей с проктологической патологией. В связи с этим в диагностике заболеваний толстой кишки огромное значение имело применение функциональных методов исследования, внедрение которых продолжается в практику детской гастроэнтерологической службы. В частности, использование сфинктеро- и манометрии показало, что ведущую роль в патогенезе хронического запора у детей выполняют кинетические расстройства в виде гипо-, атонических, гипермоторных нарушений толстой кишки. Определенная роль принадлежит таким возможным факторам риска, как врожденные аномалии развития, перенесенные кишечные инфекции, нарушения питания, психологические факторы.

Одной из актуальных проблем гастроэнтерологии считается дисбиоз (дисбактериоз, нарушения микробной флоры) кишечника, обнаруживаемый как при гастроэнтерологических, но также

при заболеваниях других органов и систем ребенка. Изменения микробиоценоза в детском возрасте характеризуются большим разнообразием, в небольшой степени зависят от приема пищи, ЛС, нарушения режима и др. Следует подчеркнуть, что дисбиоз кишечника относится к заболеваниям и/или состояниям, не входящим в состав канонизированных нозологических кластеров. Тем не менее приходится учитывать его опосредованное с другими заболеваниями клиническое значение.

Уже первые исследования выявили некоторые проблемы, не существовавшие до эры медицинской интраскопии. Оказалось, что у детей, как и у взрослых, но значительно чаще, имеется сочетанное поражение органов пищеварения, обозначаемое как «синтропия». Морфофункциональные изменения органов пищеварения, например, одновременно желудка, ДПК, ПЖ, БТ представляются не случайными. Помимо анатомо-топографических особенностей, общности крово- и лимфообращения, нервной регуляции, следует учитывать единство эмбрионального развития этих органов пищеварения. Эти основополагающие положения – краеугольный камень при изучении болезней в детской гастроэнтерологии. В то же время потребовались усилия для избежания полипрагмазии, негативно отражающейся на состоянии организма ребенка, особенно в периоды так называемых «критических периодов», включая наиболее уязвимые в отношении ЛС ранний и подростковый периоды.

XXI век ознаменовался созданием стандартов диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения у детей: хеликобактерассоциированных заболеваний, ГЭРБ, функциональных заболеваний органов пищеварения, целиакии, дисахаридазной недостаточности и др. Разработаны фармакоэкономически обоснованные схемы помощи больным детям как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях. Резко сокращен перечень показаний к госпитализации детей с заболеваниями органов пищеварения.

Помимо широкого применения ЛС с самого начала внимание обращалось на санаторно-курортное лечение детей как в благоприятных климатобальнеологических зонах (Кавминводы), так и в местных условиях. Организация медицинской помощи больным детям предусматривала на последующем после стационара этапе максимальное использование природных естественных факторов: минеральные воды, грязи, озокерит и др. Разработка показаний к санаторно-курортному лечению способствовала повышению эффективности этапной схемы лечения: стационар – санаторий – поликлиника. Поскольку экономические условия, возникшие после 1991 г., привели к разрушению этой простой схемы, перепрофилированию многих санаториев и др., то принцип комплексного наблюдения за детьми в настоящее время приходится соблюдать в более сложной системе лечеб-

но-профилактических учреждений: детское специализированное отделение, поликлиника, консультативно-диагностический центр, стационар дневного пребывания, восстановительный или реабилитационный центры, санаторий, школа или детский сад.

Достигнутые успехи детской гастроэнтерологии на начальном этапе ее развития не могли быть такими впечатляющими, если бы педиатры не сотрудничали с представителями других специальностей. В первую очередь речь идет о специалистах по методам медицинской интраскопии, среди которых приоритетными являются УЗИ и эндоскопия. Уточнению патогенеза болезней органов пищеварения в детском возрасте способствовали совместные исследования с морфологами, иммунологами, генетиками. А решение многих задач прикладного характера вряд ли бы было осуществимо без тесного контакта с детскими хирургами. Перспективы связывают с внедрением в практику методов эндоскопической и интраоперационной эхографии органов пищеварения. В детской гастроэнтерологии сфокусированы практически все наиболее значимые достижения современной медицинской науки и практики.

Начиная с 1973 г., когда появилась первая публикация о применении ЭГДС в детском возрасте, в педиатрической литературе все чаще стали появляться статьи, посвященные различным заболеваниям органов пищеварения у детей. В основе публикаций, вскоре ставших «лавинообразными», прежде всего рассматривались и анализировались результаты исследований, выполненных с помощью современных методов медицинской интраскопии. С 2001 г. ведется отсчет внедрения в российскую детскую гастроэнтерологическую практику капсульной эндоскопии, а двухбаллонная эндоскопическая система позволила не только детально осматривать кишечник на всем протяжении, но одновременно проводить различные манипуляции.

Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии докладывались на конференциях, симпозиумах, съездах. 18–20 марта 2008 г. состоялся уже юбилейный XV Международный конгресс детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. Ежегодные встречи детских гастроэнтерологов в Москве создали возможность специалистам широкого обмена мнениями и опытом работы по ставшим уже традиционными направлениям: болезням пищевода, желудка, ДПК, тонкой кишки, толстой кишки, печени, желчевыводящих путей, ПЖ, проблемам *Helicobacter pylori*, инфекционной и паразитарной патологии, функциональным нарушениям органов пищеварения, смежным областям знаний (аллергологии, нефрологии, гинекологии и др.). Активно работает секция детских гастроэнтерологов в рамках Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российская группа по

изучению *Helicobacter pylori*, региональные организации детских гастроэнтерологов (Санкт-Петербург, Казань, Ростов-на-Дону) и др. Молодое поколение детских гастроэнтерологов полно энтузиазма и идей.

Важную положительную роль сыграли подготовка и выход в свет руководства для врачей «Болезни органов пищеварения» (М.: Медицина, 1984) под редакцией проф. А.В. Мазурина. Это были итоги работы ученых гг. Москвы, Ленинграда, Нижнего Новгорода за десятилетний период. Руководство подвело итог первому (начальному) этапу развития детской гастроэнтерологии и определяло пути дальнейшей эволюции одного из актуальных и динамичных направлений современной педиатрии.

Примечательно, что через 10 лет был издан «Справочник по детской гастроэнтерологии» (М., Медицина, 1995) под редакцией проф. А.М. Запруднова и проф. А.И. Волкова, целью которого было вооружить практического врача практически методиками лечебной работы – первый аналог стандартов помощи детям с гастроэнтерологическими заболеваниями. Написанный учеными из Москвы, Санкт-Петербурга, Нижнего Новгорода, Казани справочник в известной мере послужил основой для дальнейших разработок основных принципов диагностики, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся в практической деятельности педиатров заболеваний органов пищеварения. В настоящее время в Нижнем Новгороде выходит специализированный журнал «Детская гастроэнтерология».

Достижения отечественной гастроэнтерологии очевидны. Вместе с тем имеется немало нерешенных задач. Перспективно изучение эпидемиологии заболеваний органов пищеварения с учетом критических возрастных периодов развития ребенка, характера питания, образа жизни, экологических условий. Весьма актуально дальнейшее совершенствование дифференциально-диагностических критериев различных заболеваний органов пищеварения. Исключительное значение имеет выявление детей повышенного риска по развитию особо тяжелых заболеваний в детском возрасте. Большое научно-практическое значение имеет применение инновационных технологий применительно к диагностике гастроэнтерологических заболеваний, в том числе у детей. Необходима дальнейшая разработка фармакологических средств, включая ЛС на базе нанотехнологий с возможностью локальной доставки активных компонентов к патологическому очагу. Нужны детские формы для многих препаратов. Как никогда актуальны разработка и внедрение в практику здравоохранения стационарзамещающих технологий, методов первичной и вторичной профилактики наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения у детей.