

От редакции. В № 6 (2014) журнала Педиатрия была опубликована статья В.Г. Арсентьева и соавт. «Хронический гастродуоденит и функциональная диспепсия у детей с позиций доказательной медицины. Мифы и реальность», которая открыла дискуссию о проблемах функциональной диспепсии и хронического гастродуоденита в детском возрасте. В дискуссии приняли участие А.А. Звягин (Воронеж), Д.В. Печкуров и А.А. Тянова (Самара), их отклики были опубликованы в № 6 (2015) журнала. Ниже представляем редакционную статью по итогам дискуссии по этой теме.

© Коллектив авторов, 2016

М.И. Дубровская¹, П.В. Шумилов¹, Ю.Г. Мухина¹, Н.В. Давиденко²

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ ПО ИТОГАМ ДИСКУССИИ ПО ТЕРМИНОЛОГИИ И СУТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАГНОЗОВ ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

¹ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, ²ДГКБ № 9 им. Г.Н.Сперанского, Москва, РФ

M.I. Dubrovskaya¹, P.V. Shumilov¹, Y.G. Muhina¹, N.V. Davidenko²

EDITORIAL ON RESULTS OF THE DISCUSSION ON TERMINOLOGY AND POINTS OF DIAGNOSES CHRONIC GASTRODUODENITIS AND FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN

¹Pirogov Russian National Research Medical University; ²G.N. Speransky City Children's Hospital № 9, Moscow, Russia

В № 6/2014 журнала «Педиатрия» была опубликована дискуссионная статья В.Г. Арсентьева, Ю.С. Сергеева, Ю.И. Староверова «Хронический гастродуоденит и функциональная диспепсия у детей с позиций доказательной медицины: мифы и реальность». Авторы предлагали обсудить возможность замены диагноза хронический гастрит (ХГ) или гастродуоденит (ХГД) на диагноз функциональная диспепсия (ФД), и как следствие этого – минимизировать обследование детей с рецидивирующими болями в животе при отсутствии у них «симптомов тревоги», прежде всего за счет инвазивных методов. К активному участию в дискуссии по вопросам, поднятым в этой статье, были приглашены детские гастроэнтерологи, педиатры общей практики, другие специалисты.

В дискуссионной статье В.Г. Арсентьева и соавт. рассматриваются бытующие в отечественной детской гастроэнтерологии точки зрения на применение клинического диагноза ХГ или ХГД для объяснения различных диспепсических проявлений, в частности, рецидивирующих абдоминальных болей и дискомфорта в верхней половине живота у детей. Обсуждается альтернативный взгляд с позиций доказательной медицины и мирового опыта. Авторы считают, что при рецидивирующих абдоминальных болях и дискомфорте в верхней половине живота у детей и при отсутствии «симптомов тревоги» целесообразно применять диагноз ФД. При отсутствии у ребенка «симптомов тревоги» проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при первичном обследовании не требуется, тем более что боль-

Контактная информация:

Шумилов Петр Валентинович – д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной педиатрии им. акад. В.А. Таболина ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
Адрес: Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, 1
Тел.: (903) 173-90-93, E-mail: peter-shumilov@mail.ru
Статья поступила 20.09.16, принята к печати 16.11.16.

Contact Information:

Shumilov Peter Valentinovich – MD., prof., Head of Hospital Pediatrics Department named after Academician V.A. Tabolin, Pirogov Russian National Research Medical University
Address: Russia, 117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1
Tel.: (903) 173-90-93, E-mail: peter-shumilov@mail.ru
Received on Sep. 20, 2016, submitted for publication on Nov. 16, 2016.

шинство детей негативно реагирует на данное исследование.

Авторы предлагают ограничить активность фармакотерапевтического вмешательства, поскольку, согласно позициям доказательной медицины, хеликобактерная инфекция в большинстве случаев не имеет патогномичных клинических симптомов, даже при выявлении эндоскопических и морфологических изменений слизистой оболочки желудка. Кроме того, преимущества использования прокинетики, блокаторов H_2 -гистаминорецепторов, ингибиторов протонной помпы и антидепрессантов в сравнении с плацебо не обнаружены. Эрадикационная терапия может обладать выраженным плацебо-эффектом, частота которого при функциональных заболеваниях органов пищеварения у детей достигает 60%. Рекомендуются психотерапевтические воздействия и использование масла перечной мяты с доказанной стойкой эффективностью.

Исходя из того, что для ФД характерны рецидивирующие абдоминалгии и чувство дискомфорта в верхней половине живота, авторы вынесли на обсуждение следующие вопросы:

1. Какие показания имеются для проведения инвазивных методов диагностики (ЭГДС, внутрижелудочная рН-метрия и др.) при первичном обращении по поводу рецидивирующих абдоминальных болей?

2. В каких случаях ЭГДС должна сопровождаться взятием образцов тканей для последующего морфологического исследования?

3. Как формулировать предварительный или клинический (заключительный) диагноз, если проведение ЭГДС не показано или в связи с какой-либо причиной не проведено, например, при отказе пациента?

4. Насколько целесообразно в качестве клинического диагноза сохранить и использовать ХГД (ХГ)? Если данную нозологию сохранить, то каким образом дифференцировать это состояние с ФД? Какие надежные, полученные методами доказательной медицины, проверенные и ориентированные на мировой опыт критерии для этого использовать?

В обсуждении приняли участие Д.В. Печкуров, А.А. Тяжева (Самарский государственный медицинский университет) и А.А. Звягин (Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко).

Участники обсуждения в целом согласились с существованием проблемы гипердиагностики ХГ и ХГД у детей, страдающих функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и привели свои аргументы в пользу использования в клинической практике диагноза ФД.

Д.В. Печкуров и А.А. Тяжева отметили, что последнюю четверть века можно назвать «маршем» ХГД по нашей стране, когда распространенность ХГД достигла 100–550 случаев на 1000 детей. Но постановка вопроса об альтернативе диагнозов «хронический гастрит»

и «функциональная диспепсия» не имеет перспектив, поскольку в клинической практике эти диагнозы не противоречат друг другу, существует взаимосвязь между хроническими воспалительными изменениями слизистой оболочки (СО) верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) и симптомокомплексом ФД. В своих научных исследованиях авторы доказали, что функциональные нарушения ЖКТ, проявляющиеся абдоминальными болями, являются устойчивыми комплексами гастроинтестинальных симптомов, отражающими нарушения моторики, висцеральной чувствительности и мукозального гомеостаза в определенных социально-средовых условиях. Существенную роль также играют психологические личностные особенности и семейная предрасположенность. ФД широко распространена в детской популяции (не менее 20%), абсолютное большинство детей с ФД ведется амбулаторно, эндоскопическое исследование проводится только детям, госпитализированным в Гастроэнтерологический центр г. Самары. В настоящее время эпидемиологических предпосылок (ранняя канцеропревенция) к проведению ЭГДС с биопсией СО у детей с ФД не существует, поэтому и нет необходимости внедрения этого метода в широкую клиническую практику.

Д.В. Печкуров и А.А. Тяжева считают, что показаниями к проведению ЭГДС являются:

- сильная и некупирующаяся боль;
- местные и общие симптомы кровотечения;
- анемия;
- торпидность к проводимой терапии так называемого «функционального расстройства» или «гастроудоденита»;
- симптомы, обладающие достаточно высокой специфичностью по отношению к язвенной болезни (голодные боли, ночные боли, изжога, сильные редкие боли, отрыжка кислым);
- рецидивирующее и торпидное к стандартной терапии течение заболевания требует взятия биопсии СО.

При отсутствии показаний к проведению эндоскопии для диагностики *H. pylori* целесообразно использовать неинвазивные методы (дыхательный уреазный тест, ПЦР), определение антител к возбудителю в сыворотке крови. Клинический опыт авторов позволяет утверждать, что обследование на *H. pylori* показано далеко не всем детям с симптомами ФД, особенно младших возрастных групп и дошкольников, тем более, что эрадикационная терапия имеет возрастные ограничения.

Д.В. Печкуров и А.А. Тяжева согласны с В.Г. Арсентьевым и соавт., что при первичном обращении пациента с симптомокомплексом ФД при отсутствии «симптомов тревоги» и соответствии клинической картины Римским критериям III совершенно обоснованным будет диагноз ФД. Для формулировки диагноза ФД в абсолютном большинстве случаев достаточно только количественного и качественного описания

характеристик болевого и других диспепсических симптомов, а также данных осмотра пациента. В качестве скрининговых тестов могут быть проведены общий анализ крови (анемия, воспалительные изменения), кала (скрытая кровь) и мочи (у детей дошкольного возраста в связи с неспецифичностью болевого синдрома). К сожалению, рекомендуемый серологический скрининг целиакии достаточно дорог и часто делается по усмотрению родителей. В течение последних 10 лет в результате непрерывного профессионального образования педиатров и детских гастроэнтерологов Самарской области удельный вес ФД в структуре общей гастродуоденальной заболеваемости повысился с 10 до 35%, а первичной заболеваемости – до 55%.

По данным А.А. Звягина, корреляция между интенсивностью диспептических жалоб и степенью поражения СО желудка отсутствует. При ФД воспалительные изменения СО желудка имеются у 85,3% детей, и это не противоречит диагнозу функциональных нарушений. Диагноз ХГ может быть выставлен только на основании морфологического исследования и должен рассматриваться исключительно с позиции развития атрофии и предраковых изменений, которые развиваются в течение нескольких десятилетий и у детей отсутствуют.

В мировой практике в качестве клинического диагноза при рецидивирующих абдоминалгиях и чувстве дискомфорта в верхней половине живота используется диагноз «функциональная диспепсия».

В настоящее время, согласно действующим Римским критериям III (2006), для диагностики ФД у детей и подростков 4–18 лет предложены три критерия:

1) постоянные или рецидивирующие боли или дискомфорт в подложечной области (над пупком);

2) отсутствие данных, свидетельствующих, что симптомы диспепсии исчезают после дефекации или же связаны с изменением частоты и характера стула (т.е. нет синдрома раздраженного кишечника);

3) нет очевидных воспалительных, анатомических, метаболических, неопластических процессов, которыми можно объяснить развитие симптомов.

Диагноз ФД является совокупностью клинических симптомов: различных нарушений моторики гастродуоденальной зоны, висцеральной гиперчувствительности, нейрогуморальной регуляции в сочетании с личностными особенностями пациента (тревожность, депрессия, астения). Среди этиологических факторов обсуждается роль характера питания, ранее перенесенной пищевой токсикоинфекции, нервно-психических и социальных факторов.

А.А. Звягин согласен с авторами дискуссионной статьи, что диагноз ФД должен шире использоваться в клинической практике и фор-

мулироваться в соответствии с Римскими критериями III.

Подводя итоги обсуждения о возможности использования диагноза ФД вместо ХГ или ХГД, мы абсолютно согласны со всеми клиницистами – участниками дискуссии. Но за всей очевидностью и простотой диагноза стоит так называемая экономическая целесообразность, о которой писали Д.В. Печкуров и А.А. Тяжева. Диагноз ФД, по определению, является диагнозом исключения, что в стационаре требует выполнения всего протокола обследования при абдоминалгиях: ЭГДС, УЗИ, ректороманоскопии, рентгенологического исследования ЖКТ с барием – с целью исключения органических причин болей. Совершенно очевидно, что по результатам исследований будет собран диагноз из многих нозологий, в котором основным заболеванием будет наиболее дорогой шифр, что обусловлено существующей системой страховой медицины.

Кроме того, контингент родителей детей с ФД имеет свои характерные, хорошо знакомые педиатрам черты. Известно, что если мать страдает тревожностью и депрессией, то вероятность наличия функциональных абдоминалгий у ее ребенка возрастает в 6,1 раз. Диагноз ФД непонятен и не устраивает мать. Функциональное расстройство предполагает, что нарушение функции возникает по известным причинам, в подавляющем большинстве случаев, зависящих от матери: диета, стрессы, отношение к ребенку. Таким образом, мать является основной причиной заболевания собственного ребенка, но с этим никто из матерей не хочет соглашаться. Для матери, в большинстве случаев, желаемым является какое-то определенное заболевание, конкретный диагноз: ХГ, ХГД, Нр-инфекция, реактивный панкреатит, перегиб желчного пузыря (особенно популярный и приемлемый матерями), а в общей педиатрической практике – еще и вегетативная дистония... Вероятно, «получение» любого из указанных диагнозов снимает с матери ответственность и позволяет манипулировать «болезнью» ребенка в своих целях.

Тем не менее, существует положительный опыт внедрения в практику современных представлений о ФД. Использование в практической работе диагноза «функциональная диспепсия» позволит расширить выявление причин заболевания, минимизировать затраты на обследование и лечение, в конце концов, улучшить качество жизни этой категории нетяжелых, но проблемных пациентов.

Данная редакционная статья завершает дискуссию по вопросу о возможности замены диагноза ХГ или ХГД на диагноз «функциональная диспепсия». Безусловно, как высказались все участники обсуждения, диагноз ФД должен шире использоваться в клинической практике и полностью соответствовать Римским критериям III (2006).