

*Гогберашвили К., MD., профессор; г. Тбилиси*

Функциональная диспепсия представляет собой гетерогенный симптомокомплекс с высокой превалентностью для врачей общей практики. Высока ее частота и в педиатрической практике.

По современному определению функциональная диспепсия представляет собой симптомокомплекс, который диагностируется у детей всех возрастов и проявляется болями и дискомфортом в верхней части желудочно-кишечного тракта, эпигастральной области (может быть связан с приемом пищи или проявляться независимо от него); характеризуется чувством переполнения желудка, срыгиванием, тошнотой, рвотой, непереносимостью жирной пищи, молока и т.д., длится не менее 12 недель на протяжении одного года, при этом всестороннее комплексное лабораторно-инструментальное обследование не выявляет какой-либо органической патологии со стороны желудочно-кишечного тракта.

Исходя из многообразия клинических проявлений симптомокомплекса, на основе т.н. "Рим III" критериев разработана новая классификация функциональной диспепсии. В соответствии с ней клиническими формами функциональной диспепсии являются: "язвенноподобная", рефлюксоподобная, дискинетическая и неспецифическая.

"Язвенноподобная" форма функциональной диспепсии проявляется симптомокомплексом раздраженного желудка: боль в эпигастральной области, которая связана с приемом пищи, иногда - ночные боли.

Основные симптомы рефлюксоподобной формы: срыгивание, отрыжка, изжога, рвота, кислый привкус во рту.

При дискинетической форме больные отмечают чувство тяжести в области желудка, чувство быстрого насыщения, тошноту, рвоту, метеоризм, непереносимость жирной пищи и молока.

В случае неспецифической формы сложно классифицировать принадлежность к какой-либо из вышеперечисленных форм.

Из причин, ведущих к функциональной диспепсии, необходимо отметить следующие: эмоциональное перенапряжение, психические стрессы, нарушение режима питания, тяжелая физическая нагрузка, табакокурение, прием алкоголя с раннего возраста. У детей функциональная диспепсия часто связана с приемом медикаментов и пищевой аллергией.

Ведущая роль в патогенезе заболевания принадлежит нарушению моторики верхней части желудочно-кишечного тракта (что у детей проявляется гастродуоденальным рефлюксом), слабостью и недостаточностью сфинктеров, различными комбинациями гипо-, гиперкинетических и тонических дискинезий. Эти проявления связаны с нарушениями вегетативной иннервации и нейрогуморальной регуляции. Интенсивность проявления заболевания у детей зависит от уровня кислотопродукции в желудке. Вопрос о роли инфекции (*Helicobacter pylori*) в настоящее время считается спорным.

Другое направление развития болезни - синдром раздраженного кишечника. В таких случаях основными проявлениями являются боли в животе, периодические запоры или диарея, чувство неудовлетворенности после дефекации, вегето-сосудистая дистония.

Основные проявления функциональной диспепсии в детском возрасте: гастроэзофагеальный рефлюкс, регургитация, руминация, циклическая (функциональная) рвота, аэрофагия.

При гастроэзофагеальном рефлюксе происходит ретроградный заброс, обратное движение химуса из желудка и/или кишечника в пищевод. Рефлюкс может быть физиологичным. Патологический рефлюкс связан с нарушением нейрорегуляторных механизмов или является проявлением органической патологии.

В генезе гастроэзофагеального рефлюкса ведущая роль принадлежит снижению тонуса нижнего сфинктера пищевода и повышению интрагастрального давления. Высокая кислотность в желудке играет дополнительную роль и имеет основное значение в повреждении слизистой пищевода.

В результате имеет место превращение развившегося рефлюкс-эзофагита и других поражений (аспирация пищи в воздухоносные пути, поражение слизистой рта в результате заброса кислого содержимого желудка) из функциональных в органическую патологию. Среди функциональных заболеваний детского возраста к наиболее часто встречающейся патологии принадлежит регургитация (срыгивание) – возврат пищевых масс вскоре после приема пищи. В первые месяцы после рождения срыгивание у детей считается физиологическим проявлением, если происходит редко, в небольшом количестве и в течение 1-го часа после кормления.

Причины срыгивания следующие: анатомо-физиологические особенности верхней части желудочно-кишечного тракта и незрелость нейро-гуморальной регуляции сфинктеров и моторики желудка. Хотя и в этом возрасте регургитация считается патологией, если повторяется несколько раз в день, обильна и развивается спустя 1 час после кормления или позже. Срыгивание обусловлено неправильным питанием, избыточным объемом пищи или поражением центральной нервной системы.

Руминация – это периодические приступообразные сократительные движения мышц брюшного пресса, диафрагмы и языка, что приводит к выбросу желудочного содержимого в полость рта, которое ребенок пережевывает и вновь проглатывает. Обычно проявляется в период с 3-х до 8-ми месяцев и не зависит от вида пищи. Признаки дискомфорта не выражены.

Циклическая (функциональная) рвота – это острые приступы рвоты. Приступы могут длиться от нескольких часов до нескольких дней с периодами ремиссии. Встречается в основном у детей в возрасте старше 3-х лет и указывает на тяжелое поражение ЦНС.

Аэрофагия – заглатывание воздуха, что вызывает вторичную отрыжку и метеоризм. Умеренная аэрофагия нередко встречается среди детей на протяжении первого месяца после рождения и обусловлена незрелостью нервной регуляции процесса глотания. Аэрофагия более характерна для недоношенных и незрелых младенцев. Детям старше года в случае аэрофагии показано неврологическое обследование. Аэрофагия также может быть вызвана разговорами во время принятия пищи, приемом в избыточных количествах газированной воды и т.д.

Более часто встречается такая функциональная патология, как недостаточность кардии (халазия кардии, недостаточность нижнего сфинктера пищевода). У новорожденных в месте перехода пищевода в желудок нет выраженного анатомического сфинктера. Закрытие кардии происходит за счет аппарата Губарева, в функционировании которого важнейшую роль играет угол Гиса. У здоровых грудничков этот угол меньше 90°. Его увеличение ведет к нарушению смыкания кардии и к недостаточности нижнего клапана пищевода.

В случаях функциональных заболеваний очень важна точная диагностика. Для этого должно быть произведено всестороннее лабораторно-инструментальное обследование с целью исключения органической патологии. К заболеваниям этого вида относятся: пилоростеноз, язва желудка и/или 12-ти перстной кишки, хронический гастрит и гастродуоденит, рефлюкс-эзофагит, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит, заболевания печени и др.

Постановка диагноза основывается на следующих данных (показателях):

- Анамнез. Необходимо выявить предпосылки развития болезни, наследственную предрасположенность, социально-экономические и психологические нюансы жизни ребенка.
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Копроскопия

- Анализ кала на скрытую кровь
- Общий анализ крови
- Активность ферментов поджелудочной железы в крови и в моче
- Биохимические тесты

В случае необходимости, если диагноз функционального заболевания под сомнением, также необходимо выполнить:

- Эндоскопию
- pH-метрию желудочного сока
- Рентгенологическое исследование
- Серологическое исследование на выявление антител

После установки диагноза, исходя из этиопатогенеза, лечение функциональной диспепсии должно базироваться на следующих принципах:

- Коррекция психоневрологического статуса, устранение провоцирующих факторов, лечение сопутствующих заболеваний
- Коррекция моторики
- Коррекция расстройств, обусловленных нарушением моторики

Как уже было отмечено, основная роль в лечении функциональной диспепсии придается коррекции моторики. Коррекция моторики подразумевает соблюдение режима, диетотерапию и медикаментозное лечение прокинетики (домперидон) и антисекреторными препаратами (блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов и ингибиторы протонного насоса).

Основной препарат из группы прокинетиков, рекомендованный для использования в детском возрасте – это Домпрокин (домперидон) “World Medicine”, Англия. Он является блокатором дофаминовых рецепторов (D<sub>2</sub>) и характеризуется антагонизмом по отношению к периферическим дофаминовым рецепторам. В отличие от Церукала, Домпрокин не проникает через гемато-энцефалический барьер и поэтому характеризуется меньшими побочными явлениями в отличие от других блокаторов дофаминовых рецепторов центрального действия.

При использовании Домпрокина у новорожденных необходимо точное соблюдение режима дозирования в связи с незрелостью и проницаемостью у них гемато-энцефалического барьера.

Домпрокин повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливает перистальтику желудка, ускоряет опорожнение желудка, улучшает антро-дуоденальную координацию. Домпрокин широко используется в педиатрической практике. Назначается по 2.5 мг (1/4 таблетки)/ на 10 кг веса 3 раза в сутки в течение 1-2-х месяцев. Побочные явления (головная боль, общая адинамия, сонливость) встречаются в 0.5-1.8% случаев.

Противопоказания к назначению Домпрокина: повышенная чувствительность к домперидону; кровотечения из желудочно-кишечного тракта; механическая непроходимость кишечника или перфорация; пролактинпродуцирующая опухоль гипофиза.

В случае язвенноподобной формы применяются антисекреторные препараты (например, Улсепан) и антацидные препараты (например, Сималгель).

При неспецифической форме проводится симптоматическое лечение (с учетом ведущих симптомов) прокинетики, ферментными препаратами, антацидами.

Важны также длительность лечения, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

Медикаментозное лечение халазии кардии направлено на усиление сфинктера кардии: назначаются холиномиметики- бетанекол в дозе 0,2 мг/кг веса 3 раза в день и блокатор дофаминовых рецепторов – домперидон (Допрокин) в дозе 1 мг/кг веса 3 раза в день за 30 минут до еды.

Прогноз заболевания благоприятный, хотя, если своевременно не была произведена коррекция состояния, возможна трансформация функционального заболевания в органическую форму.

#### *Литература:*

1. *Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology, and treatment. A Multinational Consensus. Little, brown and Company. Boston/ New York/ Toronto/ London. 1994. 370 p.*
2. *Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome II process.// Gut 1999; 45 (Suppl. 2).- P.II1-II5.*
3. *Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М., 2005.*
4. *С.В.Бельмер, Т.В.Гасилина, А.И.Хавкин, А.С.Эйберман. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. М., 2005.- 36 с.*
5. *Печкуров Д.В., Щербаков П.Л., Канганова Т.И. Синдром диспепсии у детей: современные подходы к диагностике и лечению. Информационно-методические материалы для педиатров, гастроэнтерологов и семейных врачей. Самара, 2005.20 с.*
6. *P.U. Satta, M. Scarpa, F. Oppia, F. Loriga. C-octanoid acid breath test in unctional and organic diseases : critical review of literature*
7. *A.C.Hernando-Harder, A.Franke, M.U.Singer, H.Harder. Functional dyspepsia. New pathophysiologic knowledge with therapeutic implications. Medicina, 2007;67(4):379-88*
8. *Шабалов Н.Р. Неонатология, том II, 1997г. 233-234 ст.*