

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Т. Потупчик¹, кандидат медицинских наук,

Л. Зверт², доктор медицинских наук,

Я. Корман¹,

М. Маслова³,

Т. Васильева³

¹Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

²Федеральный исследовательский центр
«Красноярский научный центр Сибирского отделения
Российской академии наук», НИИ медицинских проблем Севера

³Городская детская поликлиника №3, Красноярск

E-mail: potupchik_tatyana@mail.ru

В статье приведены данные о распространенности функциональных нарушений кишечника (ФНК) у детей старше 1 года, их зависимости от пола и времени года. Проведен анализ факторов риска и клинических проявлений ФНК у детей.

Ключевые слова: педиатрия, гастроэнтерология, функциональные нарушения кишечника, дети, кишечная инфекция, гельминтозы, внутриутробная гипоксия, церебральная ишемия.

Функциональное нарушение кишечника (ФНК) – симптомокомплекс, выделяемый у детей и включающий в себя боли; дискомфорт или чувство переполнения в подложечной области, связанное или не связанное с приемом пищи или физическими упражнениями; раннее насыщение; вздутие живота; тошноту; срыгивание; непереносимость жирной пищи и т.п., продолжительностью не менее 12 нед за последние 12 мес, при котором в процессе обследования не удается выявить какое-либо органическое заболевание [1].

Согласно новым данным Римских критериев функциональной диспепсии IV пересмотра (2016), функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) рекомендовано именовать расстройствами взаимодействия между головным мозгом и ЖКТ [2].

ФНК лидируют в группе патологий пищеварительной системы у детей; являются причиной 30% всех случаев госпитализации с жалобами на расстройства пищеварения. Значительная часть желудочно-кишечных расстройств у детей связана не с органическими поражениями органов пищеварения, а с нарушением регуляции той или иной их функции. Рекуррентные (повторные) абдоминальные боли у 90–95% детей носят функциональный характер и лишь у 5–10% связаны с органической патологией [3].

В последние годы хронические запоры являются одной из актуальных проблем не только взрослой, но и детской гастроэнтерологии. По некоторым данным, в педиатрии распространенность запоров составляет от 1–30%, что составляет 3–5% от всех амбулаторных визитов, а в структуре обращений к детскому гастроэнтерологу – от 25 до 40% [4].

Согласно данным американских ученых, запорами страдают от 5 до 20% детей общей популяции. Запоры как основ-

ная жалоба встречаются у 3–5% амбулаторных пациентов в педиатрической практике и у 25% – в гастроэнтерологической. При этом у 35% девочек и 55% мальчиков, страдающих запорами, отмечается энкопрез [5].

ФНК может сопровождаться функциональной диареей, связанной с нарушением моторики кишечника. Функциональная диарея – непрерывное или периодическое расстройство функций кишечника, проявляющееся учащением дефекации ≥ 3 раз в сутки с отхождением жидкого либо кашицеобразного стула. Боли в животе отсутствуют. Возможны императивные позывы, урчание, метеоризм и ощущение неполного опорожнения кишечника, в кале нередко обнаруживаются примеси слизи. При этом у детей нет отставания в росте, если рацион достаточно калорийный. Достоверная статистика распространенности функциональной диареи для детского возраста отсутствует [6].

Патогенез ФНК является комплексным и включает ряд патофизиологических факторов, к которым относится прежде всего нарушение эвакуаторной функции желудка (замедленное опорожнение у 25–35% больных и ускоренное – у <5% пациентов), выраженное замедление опорожнения, сопровождающееся рвотой и потерей аппетита. Расстройства accommodation желудка (способности фундального отдела расслабляться после приема пищи) наблюдаются примерно у 1/3 пациентов. У больных ФНК часто выявляется гиперчувствительность желудка и двенадцатиперстной кишки к растяжению, а также к соляной кислоте и липидам. В Римских критериях IV приводится и ряд новых патофизиологических факторов, которые отсутствовали в прежних критериях: перенесенные инфекции, воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки низкой степени активности, повышение ее проницаемости и увеличение содержания эозинофилов в указанной зоне (дуоденальная эозинофилия) [1].

ФНК у детей могут быть связаны с особенностями беременности, родов, течением постнатального периода [7].

ФНК чаще диагностируется у детей, матери которых во время беременности страдали повышенным уровнем тревожности, имели нарушения питания, а также воспитывающихся в семьях с неблагоприятным эмоциональным климатом [8]. К группе риска также относят детей от матерей с избытком или дефицитом массы тела на момент зачатия. Курение родителей во время беременности и после родов также повышает риск формирования функциональных отклонений у ребенка. Отдельную группу риска представляют дети от матерей, родоразрешение которых проводилось путем кесарева сечения. Антибактериальная терапия, получаемая женщиной в перинатальном периоде, может изменить или нарушить процесс биоценоза кишечника [9].

Риск развития ФНК отмечается у недоношенных и незрелых детей с массой тела <2500 г, так как у них более медленно происходит выработка гормонов кишечника, увеличена длительность реакции ЦНС на болевые импульсы, не скоординирована моторика желудка и двенадцатиперстной кишки [6].

Причины развития функциональных расстройств пищеварительного тракта тесно связаны с анатомо-физиологическими особенностями, ростом ребенка, постепенным созреванием нервной регуляции и моторной функции пищеварительного тракта и сфинктеров, его морфофункциональной незрелостью, что в сочетании с моторно-эвакуаторными нарушениями и поражением нервной системы (чаще гипоксического характера) в подавляющем большинстве случаев является причиной абдоминалгий и диспепсических расстройств [10].

У детей с ФНК нередко встречаются гельминтозы, протозоозы и аллергические заболевания [11]. Постинфекционные ФНК возникают у 10–20% больных, перенесших острую кишечную инфекцию. К их развитию предрасполагают генетические факторы и особенности самого инфекционного агента [1].

Известно, что ЦНС регулирует работу всех органов и систем, в том числе пищеварительной. Если нервная система ребенка перенапряжена, то это обязательно отразится на работе пищеварительной системы. При устранении указанных факторов состояние ребенка полностью нормализуется без каких-либо последствий, в том числе отдаленных. Если же не принимать необходимых мер для устранения этих функциональных расстройств, то они могут трансформироваться в органическую патологию [12].

Учитывая сказанное, нами был проведен анализ факторов риска ФНК у детей старше 1 года в одной из городских детских поликлиник Красноярска, для чего были исследованы истории развития детей (форма 112/у), перенесших ФНК.

По данным за 2014–2016 гг., отмечается рост ФНК как по поликлинике в целом (соответственно 251, 233 и 501 случай), так и на одном из педиатрических участков (соответственно 24, 32 и 42 случая); рис. 1.

За период 2014–2016 гг. на одном из педиатрических участков зарегистрировано 98 случаев ФНК. Анализ сезонности ФНК показал, что их частота зимой составила 33,7%, осенью – 27,6%, весной – 22,4%, летом – 16,3%. Наибольшее число детей с ФНК выявлено в декабре – 9 случаев, реже – в октябре (3 случая). По результатам сравнительного анализа выявлены возрастные особенности ФНК: так, в структуре данной патологии 30% случаев составляли дети 1–3 лет; 33,3% – 4–6 лет; 36,3% – 7–13 лет; 0,4% – 14–18 лет (чаще мальчики – 66,7%).

С учетом данных научной литературы перед исследованием нами составлена карта исследования факторов риска ФНК, в которую вносились данные из истории развития детей с ФНК. Так, при изучении семейного анамнеза выявлены заболевания органов пищеварения (43,3%), аллергические заболевания (10%), различные заболевания (16,7%) родителей (сахарный диабет типа 2, артериальная гипертензия, туберкулез, псориаз). У 30% детей семейный анамнез не был отягощен.

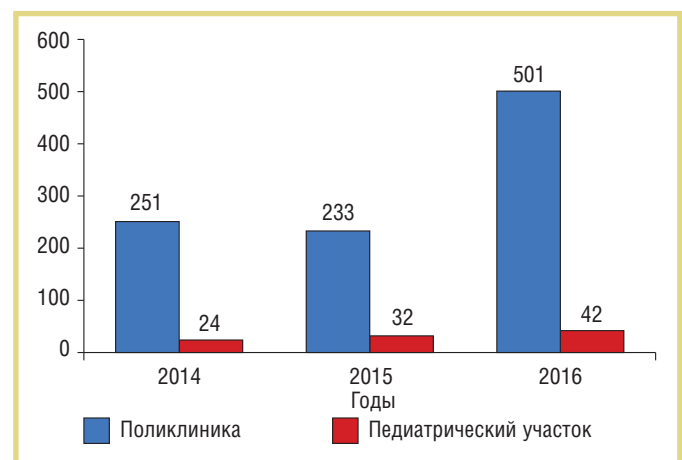


Рис. 1. Распространенность ФНК в городской детской поликлинике за 2014–2016 гг.

На момент беременности возраст 63,3% матерей составил ≤30 лет; 36,7% — старше 30 лет. У 43,3% матерей ребенок рожден от 1-й беременности, у 40,5% — от 2-й, у 10% — от 3-й, у 6,2% — от 4-й и более беременности; 50% матерей перенесли различные заболевания во время беременности — острую респираторную вирусную инфекцию, анемию, пиелонефрит, трихомоноз. Гестозы беременности наблюдались у 43,3% матерей.

Патология в родах регистрировалась у 86,6% матерей: кесарево сечение — у 50%, слабость родовой деятельности — у 33,3%, преждевременное отхождение околоплодных вод — у 3,3%. Внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 26,7%, церебральная ишемия — у 40%, натальная травма шейного отдела позвоночника — у 26,7% детей (рис. 2).

Детей с массой тела при рождении <2500 г в нашем исследовании не выявлено. Задержка внутриутробного развития регистрировалась у 6,7% детей. К груди были приложены сразу 40% детей, в 1-е сутки — 47,3%, на 2-е сутки — 10%. У 90% детей отмечен удовлетворительный сосательный рефлекс.

На искусственном вскармливании с 1-го месяца жизни находились 20% обследуемых, с 6 мес — 40%, с 1 года — 40% детей. Заболевания в период новорожденности отмечены у 20% детей (преимущественно в виде остаточных проявлений перинатального поражения ЦНС), синдром двигательных нарушений — у 80%. Пороки развития ЖКТ в анализируемой выборке встречались редко — у 1 ребенка отмечена долохосигма. Гипотрофия I степени наблюдалась у 6,7% детей, анемия I степени — у 6,7%, II степени — у 3,3% детей. В анамнезе у 10% детей установлены гельминтозы и протозоозы (энтеробиоз, лямблиоз); кишечные инфекции — у 40%; различные хронические заболевания (хронический гастрит, дискинезии

желчевыводящих путей, хронический аденоидит, синдром внутричерепной гипертензии, вегетососудистая дистония, гидронефроз) — у 33,3%. В 46,7% случаев регистрировался атопический дерматит (рис. 3).

Среди клинических проявлений ФНК у детей наблюдались запоры (40%), абдоминалгия (30%), рвота (33,3%); диарея (33,3%).

Таким образом, в детской поликлинике и на отдельно взятом педиатрическом участке за анализируемый период (2014–2016 гг.) отмечается рост ФНК у детей. Данные нарушения кишечника распределились равномерно у детей от 1 до 14 лет, чаще регистрировались в зимнее время, у мальчиков. С учетом данных анамнеза среди факторов риска развития ФНК у детей преобладали отягощенный семейный анамнез (наличие заболеваний органов пищеварения у родителей); наличие гестозов и заболеваний у матери во время беременности, родоразрешение через кесарево сечение; внутриутробная гипоксия и церебральная ишемия у ребенка; ранний перевод на искусственное вскармливание; перенесенные кишечные инфекции, гельминтозы и протозозы; аллергические заболевания.

Литература

1. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра // РЖГГК. – 2016; 26 (4): 124–8.
2. Drossman D., Hasler W. Rome IV – Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction // Gastroenterology. – 2016; 150 (6): 1257–61.
3. Хавкин А.И., Бельмер С.В., Захарова И.Н. и др. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей раннего возраста // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2014; 1: 80–94.
4. Хавкин А.И. Коррекция функциональных запоров у детей // Рос. вестн. педиатр. и педиат. – 2012; 4 (1): 127–30.
5. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Современные подходы к лечению функциональных запоров у детей // РЖГГК. – 2009; 19 (1): 59–65.
6. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И. и др. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей / М.: РГМУ, 2005; 36.
7. Урсова Н.И. Нарушение функции желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста: проблема, анализ, обобщение данных // Вопр. совр. педиат. – 2009; 8: 48–54.
8. Рыбкина Н.Л. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей первого года жизни: причины, клинические проявления, современные подходы к коррекции // Вестн. совр. клин. медицины. – 2016; 2: 71–6.
9. Поликлиническая педиатрия. Под ред. А.С. Калмыковой / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 624.
10. Дубровская М.И. Современное состояние проблемы функциональных расстройств пищеварительного тракта у детей раннего возраста // Вопр. совр. педиат. – 2013; 4: 26–40.
11. Ткач С.М. Функциональная диспепсия в свете Римских критериев IV // Гастроэнтерология. – 2016; 4: 65–71.
12. Кайдашева И.Л. Изменение образа жизни, нарушение энергетического метаболизма и системное воспаление как факторы развития болезней цивилизации // Украинский медицинский часопис. – 2013; 5: 23–8.

CHARACTERISTICS OF RISK FACTORS FOR FUNCTIONAL BOWEL DISORDERS IN CHILDREN

T. Potupchik¹, Candidate of Medical Sciences; **L. Evert²**, MD; **Ya. Korman¹**; **M. Maslova³**; **T. Vasilyeva³**

¹Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

²Research Institute of Medical Problems of the North, Krasnoyarsk Research Center, Siberian Branch, Russian Academy of Sciences

³City Children's Polyclinic Three, Krasnoyarsk

The paper gives data on the prevalence of functional bowel disorders (FBD) in infants over 1 year of age and their relationship with sex and time of year. It analyzes the risk factors and clinical manifestations of FBD in infants.

Key words: pediatrics, gastroenterology, functional bowel disorders, infants, enteric infection, helminthiasis, intrauterine hypoxia, cerebral ischemia.

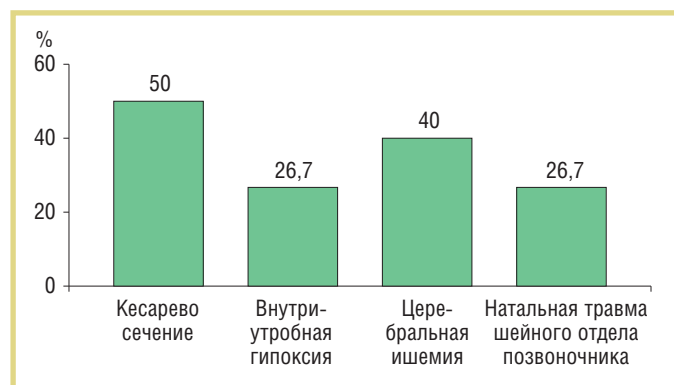


Рис. 2. Частота встречаемости перинатальной патологии

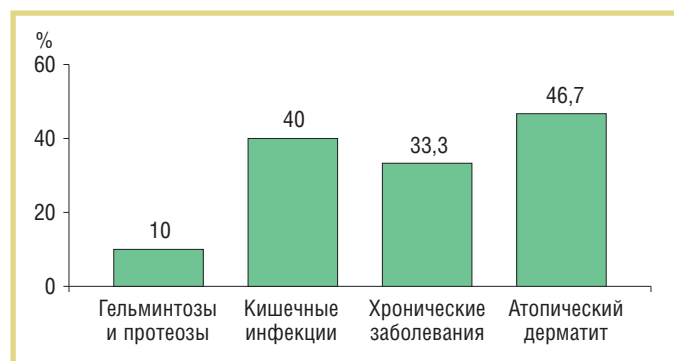


Рис. 3. Анамнез детей с ФНК