

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ИЗБИРАТЕЛЬНЫМ АППЕТИТОМ

М. Денисов, доктор медицинских наук, профессор,
Е. Гильд,
А. Якушин,
Е. Шрайнер, кандидат медицинских наук
Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет
E-mail: mi.den@mail.ru

Изучена частота функциональных заболеваний органов пищеварения у дошкольников с избирательным аппетитом (ИА). При анкетировании родителей выявлено, что ИА наблюдался у 46,1% детей. В 45,8% случаев у пациентов установлена белково-энергетическая недостаточность вследствие неполноценного питания. У детей с ИА достоверно чаще, чем у здоровых, диагностированы функциональные заболевания органов пищеварения, преимущественно расстройства билиарного тракта и функциональный запор. Полученные данные указывают на необходимость реабилитации дошкольников с ИА.

Ключевые слова: педиатрия, гастроэнтерология, избирательный аппетит, функциональные заболевания, запор.

Гастроэнтерологи все больше внимания уделяют проблеме избирательности аппетита (ИА) у детей. Во многих странах люди получили широкий доступ к разнообразным продуктам, отсутствует дефицит сладкой и высококалорийной пищи. Однако низкий уровень информированности родителей по вопросам питания детей, недостаточное внимание к этой теме педиатров и педагогов во всем мире привели к широкому распространению проблемы ИА. Для объективной оценки ИА существуют 3 основных вида критериев – по I. Chatoog и соавт. [1], DSM-5 [2] и Wolfson Medical Center [3]: стойкий отказ от приема пищи, патологическое пищевое поведение и отсутствие первичной органической патологии.

Встречаемость ИА у детей колеблется от 17 до 60% в зависимости от возрастной группы, территории проживания и методов выявления патологии. Так, в целевой для нашего исследования возрастной группе пациентов от 2 до 6 лет частота ИА установлена примерно у 50% [3].

Задержка физического и психомоторного развития, снижение эффективности когнитивных процессов при ИА формируются вследствие недостаточного потребления нутриентов [4, 5]. Показано, что объем поступающих в организм детей с ИА основных пищевых компонентов ниже физиологической потребности [6–9]. Безусловно, дефицит нутриентов сопровождается недостатком потребления пищевых волокон. Измененный психоэмоциональный фон в семье из-за специфического пищевого поведения ребенка [10], дефицитные нарушения, по нашему мнению, приводят к формированию функциональных расстройств

желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Данный патогенетический процесс до сих пор не анализировался должным образом.

Нами изучены частота ИА у детей дошкольного возраста и клинические особенности у них функциональных заболеланий ЖКТ.

В соответствии со статистическими правилами, в исследование включали лиц, которые обучались в 2 крупных территориальных детских дошкольных учреждениях Советского района Новосибирска, обслуживающих >50 тыс. человек. Изначально 86 родителям целевой возрастной группы детей от 3 до 4 лет были розданы анкета и инструкция для ее самостоятельного заполнения, объясняющая цель исследования. Заполнили анкету, подлежащую статистическому анализу, 52 родителя (положительный отклик – 60,5%); остальные опросники забракованы или не возвращены.

Нами обследованы 52 ребенка, в том числе 20 (38,5%) мальчиков и 32 (61,5%) девочки. Все родители этих детей подписали информированное согласие на участие в исследовании, включая оценку состояния ребенка неинвазивными методами. На 1-м этапе проведена обработка анкет для выявления факта ИА. Протокол анкетирования разработан в соответствии с описанными критериями; при этом исследование имел право модифицировать анкету в соответствии с конкретными задачами и детскими коллективами [1–3].

На 2-м (очном) этапе проводился детализированный клинический осмотр дошкольников в присутствии родителей, включающий в себя перцентильную оценку физического развития (измерение роста, массы тела, окружности грудной клетки и головы, силы мышц). Для анализа антропометрических показателей использовались одномерные таблицы, рекомендованные ВОЗ. Сниженными считали показатели массы тела, роста <25-го перцентилля относительно возраста и пола.

Уточняющие клинко-инструментальные исследования (сонография органов брюшной полости, общий анализ крови, копрограмма и т. д.) проводились в условиях районной поликлиники. В случае выявления характерных жалоб и клинических симптомов окончательный диагноз функциональной патологии ЖКТ ставился с учетом Римских критериев IV [11].

Анализ 52 доступных опросников выявил у 5 (9,6%) детей устойчивые признаки ИА. В соответствии с международными критериями, они отвергали пищу, которую едят остальные члены семьи; родителям приходилось готовить отдельные блюда; ели дети медленно, не проявляя особого интереса. Кроме того, 19 (36,5%) дошкольников, по мнению родителей, время от времени отказывались от блюд семейного стола, выбирая только те, которые нравятся им самим. Таким образом, опрос родителей выявил ИА у 26 (46,1%) пациентов целевого возраста, посещавших детские дошкольные учреждения.

Целенаправленное изучение рациона по данным анкет позволило констатировать, что 10 (19,2%) детей настойчиво отказывались от овощных блюд, отвергая их с негодованием. Еще 11 (21,1%) дошкольников потребляли только некоторые виды овощей, к которым были приучены с грудного возраста, например сладкую тыкву, но в небольшом объеме. Наибольший негативизм касался таких овощей, как брокколи и цветная капуста – очевидно, в силу их специфического запаха и вкуса. Кроме того, 8 (15,4%) родителей заявили, что дети категорически отказываются от каш и иных крупяных блюд; еще 8 (15,4%) детей с трудом удавалось накормить такими блюда-

ми. Условные группы детей, в той или иной степени игнорирующих овощные и крупяные блюда, частично пересекались. Поэтому следует констатировать, что 28 (53,8%) детей в силу особых пищевых предпочтений испытывали периодический или постоянный дефицит пищевых волокон.

Большинство пациентов с ИА – 23 (88,5%) из 26 – предпочитали перекусы полноценным приемам пищи или требовали развлечения во время еды (просмотр телевизора или планшета). В рационе преобладали хлебобулочные изделия, молоко или молочная смесь, фруктовые пюре, сладкие йогурты, творог и т.д. Удивительно, но большинство родителей поддерживали подобное пищевое поведение, не задумываясь о его пагубном влиянии.

Темп принятия пищи у 7 (26,9%) пациентов, по суждению родителей, оказался замедленным, нередко характеризовался длительным удержанием пищи во рту, а также симуляцией рвоты. В 14 (53,9%) случаях «плохой аппетит» ребенка вызывал критику родителей, способствовал насильственному кормлению, внутрисемейным конфликтам.

Опросник зафиксировал также, что участковый педиатр при контрольных обследованиях у 10 (19,2%) из 52 дошкольников акцентировал внимание родителей на дефиците массы тела, вызванном недостаточным питанием.

Установлено, что у 14 (26,9%) из 52 обследованных при анкетировании выявлены жалобы на боли в животе, разнообразные диспепсические расстройства. Лишь 3 (5,8%) родителей обращались за специализированной помощью к гастроэнтерологу; остальные не уделяли этому никакого внимания до проведения настоящего исследования.

Для дальнейшего анализа выделены 2 группы: основная (n=24) – дети с ИА (2 семьи из 26 отказались от исследования) и группа сравнения (n=26) – дети с адекватным пищевым поведением.

В ходе осмотра в обеих группах выявлены дети с нарушением физического развития, признаками белково-энергетической недостаточности, что проявлялось снижением антропометрических параметров (табл. 1).

У 11 (45,8%) детей основной группы выявлена белково-энергетическая недостаточность I степени, проявлявшаяся снижением массы тела, роста, окружностей головы и грудной клетки. В группе сравнения был только 1 (3,8%; p<0,01) такой ребенок.

Явления белково-энергетической недостаточности, выявленные у половины детей с ИА, выражались не только в нарушении антропометрических данных, но и в снижении мышечной силы. Ослабление силы и тонуса мускулатуры, снижение доли пищевых волокон в рационе потенциально способствуют нарушениям перистальтики, сопровождаются обстипационными расстройствами. Предпочтение избранной, преимущественно высококалорийной и малощлаковой пищи, беспорядочное кормление, снижение тонуса гладкой мускулатуры, с нашей точки зрения, создают условия для возникновения сопутствующих расстройств билиарного тракта.

По совокупности субъективных данных, у 15 (62,5%) пациентов с ИА выявлены жалобы на периодические боли в животе, диспепсические расстройства (тошнота, периодическая рвота и др.) и нарушения дефекации. Так, болевой абдоминальный синдром диагностирован в 8 (33,3%) случаях у лиц основной группы, тогда как в группе сравнения подобных проявлений не отмечалось. Боли преимущественно провоцировались приемом пищи, затруднениями дефекации и облегчались после отхождения газов.

Субъективно самыми частыми в основной группе оказались нарушения дефекации. На периодически или постоянно возникающие затруднения дефекации у детей, тугой и плотный кал, соответствующий 1-му или 2-му типу по Бристольской шкале стула, жаловались врачи 11 (45,8%) из 24 родителей дошкольников основной группы. В группе сравнения периодические нарушения дефекации диагностированы в 1 случае. Принимая во внимание данную ситуацию, остается лишь удивляться, что за специализированной медицинской помощью когда-либо обращались всего 3 родителя детей из 24 обследованных основной группы. Родители либо не обращали внимания на подобные симптомы, либо проводили самолечение.

При объективном осмотре у половины дошкольников с ИА выявлены характерные признаки функциональной патологии органов пищеварения (табл. 2).

Несмотря на то, что жалобы на боль в животе предъявляли лишь 4 дошкольников основной группы (например, при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице), у каждого 3-го пациента констатировано увеличение печени преимущественно за счет левой доли, что подтверждено данными сонографии. Педиатрам известно, что желчные протоки органа в раннем возрасте относительно длинные, узкие и тонкие, особенно в левой доле печени, по сравнению с таковыми у взрослых, а также имеют недостаточное количество зрелых мышечных и эластичных волокон. Нарушения рациона, мышечная гипотония провоцируют холестатические явления.

Итак, клинико-инструментальное обследование позволило выявить у 16 (66,7%) детей с ИА те или иные функциональные заболевания органов ЖКТ. В группе сравнения гастроэнтерологическая патология диагностирована только у 2 (7,7%) пациентов ($p < 0,01$), что подтверждает факт нарушения питания в силу ИА и формирует функциональные расстройства органов пищеварения. В соответствии с преимущественными клиническими симптомами на основании Римских критериев IV нами диагностированы 2 варианта патологии. На 1-м месте в структуре заболеваний соответственно у 13 (54,1%) пациентов основной группы и 2 (7,7%) – группы сравнения зафиксированы функциональные расстройства билиарного тракта ($p < 0,01$). Расстройства желчевыводящих путей проявлялись болью в животе, ассоциированной с диспепсическими признаками (тошнота, неприятный запах изо рта и др.), характерными УЗ-признаками; 2-й по частоте патологией, выявленной только в основной группе, стал функциональный запор у 11 (45,8%) детей. Эта патология характеризовалась нерегулярным актом дефекации, тугим и плотным калом, в 3 случаях – каломазанием.

В ходе исследования каждая семья, дети в которой страдали ИА, получила рекомендации по организации питания, коррекции функциональных нарушений органов пищеварения. Прежде всего, исходя из международных рекомендаций [3], мы настаивали на организационных мерах: регулярное и почасовое кормление детей с учетом их аппетита; семейный принцип приема пищи; спокойная реакция на отказ от тех или иных блюд и обязательное отсутствие перекусов в межпищеварительный период. В течение определенного периода следовало увеличивать в рационе долю блюд с пищевыми волокнами (овощи, каши из серых круп, отруби), уменьшая при этом долю сладких и калорийных продуктов (хлебобулочные изделия, молоко и молочные смеси, сладости). Доля фруктов при этом не должна превышать суточную норму и даваться

в строго установленное время (например, во время второго завтрака или полдника). Это позволяло избегать дефицита фруктов и ягод в рационе, что характерно для российских детей в последние годы [12].

Особое внимание нами уделено коррекции белково-энергетической и микроэлементной недостаточности у пациентов с ИА. С учетом того, что, к сожалению, большинство из них избегали мясных, рыбных и овощных блюд, отличный эффект в первые месяцы лечения дали специализированные продукты с высоким содержанием усвояемого белка, микроэлементами и пищевыми волокнами – Клинутрен Юниор (Нестле) и Малоежка (Эбботт). Эти напитки позволяли достаточно быстро ликвидировать значимый белковый дефицит. Продукты хорошо воспринимались детьми с ИА в силу положительных органолептических свойств, дети употребляли их каждый день, например в полдник, на протяжении нескольких недель и даже месяцев.

Важную роль придавали пробиотической коррекции питания. В ранее проведенных нами исследованиях [13] показано, что некоторые виды пробиотических штаммов бактерий, например *Lactobacillus acidophilus* LA-5 и *Bifidobacterium lactis* BB-12, в сочетании с пробиотиками (фруктоолигосахариды) в составе препарата Нормобакт при длительном приеме улучшают характер стула при одновременной нормализации рациона и аппетита. Поэтому всем пациентам с ИА рекомендовался прием Нормобакта в течение 2–3 мес, курсы следовало повторять 2–3 раза в год. Для коррекции питания также использовали и другие пробиотики. Все эти меры, по нашему мнению, наряду с психологической и организационной поддержкой улучшали качество жизни детей и их семей.

Таблица 1

Сниженные антропометрические показатели у дошкольников обследованных групп; n (%)

Показатель	Основная группа (n=24)	Группа сравнения (n=26)	p
Рост, см	3 (12,5)	1 (3,8)	Н/д
Масса тела, кг	10 (41,7)	1 (3,8)	<0,01
Окружность головы, см	4 (16,7)	1 (3,8)	Н/д
Окружность груди, см	2 (8,3)	1 (3,8)	Н/д

Примечание. Здесь и в табл. 2: н/д – недостоверно.

Таблица 2

Частота объективных признаков поражения органов пищеварения у обследованных; n (%)

Показатель	Основная группа (n=24)	Группа сравнения (n=26)	p
Плотный налет на языке, запах изо рта	10 (41,7)	0 (0)	<0,01
Гепатомегалия	9 (37,5)	2 (7,7)	<0,05
Положительные болевые пузырьные симптомы	3 (12,5)	2 (7,7)	Н/д
Плотные каловые массы («камни») по ходу толстой кишки	5 (20,8)	0 (0)	<0,01

Исследование показало, что частота выявления ИА у детей, посещающих дошкольные учреждения, составила 46,1%. При комплексной оценке параметров физического развития детей с ИА у 45,8% дошкольников обнаружена белково-энергетическая недостаточность, выражающаяся в снижении массы тела, роста, окружностей головы и грудной клетки в пределах 10–25-го перцентилей. У пациентов с ИА в 66,7% случаев определялись функциональные заболевания ЖКТ – функциональные расстройства билиарного тракта (54,1%) и функциональный запор (45,8%). Приняты меры по психологической, организационной и пищевой коррекции жизнедеятельности.

Литература

1. Chatoor I., Ganiban J. Food refusal by infants and young children: Diagnosis and treatment // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2003; 10 (2): 138–46.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) / *American Psychiatric Association*, 2013; p. 329–54.
3. Levine A., Bachar L., Tsangen Z. et al. Screening Criteria for Diagnosis of Infantile Feeding Disorders as a Cause of Poor Feeding or Food Refusal // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* – 2011; 52 (5): 563–8.
4. Kar B., Rao S., Chandramouli B. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition // *Behav. Brain Funct.* – 2008; 4: 31.
5. Florence M., Asbridge M., Veugelers P. Diet quality and academic performance // *J. Sch. Health*. – 2008; 78 (4): 209–15.
6. Carruth B., Ziegler P., Gordon A. et al. Prevalence of picky eaters among Infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food // *J. Am. Diet. Assoc.* – 2004; 104 (1 Suppl. 1): 57–64.
7. Leal L., Salto R., Cardona L. et al. Dietary habits and nutrient intakes of a cohort of healthy children in Spain // *Open Nutr. J.* – 2012; 6: 123–30.
8. Lindberg L., Ostberg M., Isacson I. et al. Feeding disorders related to nutrition // *Acta Paediatr.* – 2006; 95 (4): 425–9.
9. Galloway A., Fiorito L., Lee Y. et al. Parental pressure, dietary patterns and weight status among girls who are «picky eaters» // *J. Am. Diet. Assoc.* – 2005; 105 (4): 541–8.
10. Manikam R., Perman J. Pediatric feeding disorders // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2000; 30 (1): 34–46.
11. Бельмер С.В., Хавкин А.И., Печуров Д.В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей (в свете Римских критериев IV) / М.: Изд-во «Ремдер», 2016; 140 с.
12. Мартинчик А.Н., Кешабянц Э.Э., Батурин А.К. и др. Практика вскармливания детей первого года жизни в России (анализ данных Федеральной службы государственной статистики (Росстат, 2013)) // *Вопр. детск. диетол.* – 2017; 15 (2): 5–11.
13. Денисов М. Ю. Перспективная оценка синбиотической поддержки детей, страдающих функциональным запором // *Педиатрия*. – 2013; 92 (3): 86–8.

FUNCTIONAL DISEASES OF THE DIGESTIVE ORGANS IN PRESCHOOL CHILDREN WITH SELECTIVE EATING

Professor **M. Denisov**, MD; **E. Gild**; **A. Yakushin**; **E. Shrainger**, Candidate of Medical Sciences

Novosibirsk National Research State University

The incidence of functional diseases of the digestive organs was investigated in preschool children with selective eating (SE). A questionnaire survey of their parents revealed that SE was observed in 46.1% of children. Protein-energy malnutrition due to poor malnutrition was established in 45.8% of cases. Unlike the healthy children, those with SE were significantly more frequently diagnosed with functional diseases of the digestive organs, mainly biliary tract disorders and functional constipation. The findings indicate that it is necessary to rehabilitate preschool children with SE.

Key words: pediatrics, gastroenterology, selective eating, functional diseases, constipation.