

Особенности индивидуального развития детей с синдромом раздраженного кишечника

К.В. Юрчик, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Резюме

В статье проанализированы особенности раннего развития пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Отмечены отягощенность семейного анамнеза по различным гастроэнтерологическим заболеваниям, высокая частота заболеваний неврологического характера, а также нарушений моторики и функции желудочно-кишечного тракта на первом году жизни у детей с данным заболеванием. Изучение образа жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника позволило установить своеобразие диетических предпочтений, низкую физическую активность и достаточно высокую частоту вредных привычек у детей с различными клиническими вариантами синдрома.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дети, образ жизни.

Special child development of patients with IBS

Yurchyk K. V.

Some special features of early childhood in patients with irritable bowel syndrome are analysed in this article. Was established that patients had special family history of various gastrointestinal diseases, as well, as a high frequency of neurological diseases and motility disorders in the first year of life. The study of life habits has shown that children with different clinical types of IBS have special dietary preferences, lack of physical activity and high frequency of bad habits.

Key words: irritable bowel syndrome, children, life habits.

Введение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – одна из самых распространенных функциональных патологий желудочно-кишечного тракта. Те или иные симптомы СРК беспокоят постоянно или периодически до 60% взрослых людей [1,2]. Тем не менее, многие вопросы относительно этиологии, патогенеза данного заболевания остаются не выясненными до сих пор [3,4]. Особенно это касается детского возраста [5]. В настоящее время наибольшую распространенность получила биопсихосоциальная модель развития заболевания в основе которой лежит неадекватная реакция кишечника на сигналы нервной системы при участии психосоциальных факторов [6,7]. В некоторых исследованиях высказывается также мнение о роли наследственности и особенностей раннего развития в проявлении СРК. В частности, Levy et al. выявили более высокую частоту встречаемости заболевания у монозиготных близнецов, по сравнению с дизиготными [8]. Ученые предполагают, что изменения на генетическом уровне функционирования периферических чувствительных висцеральных нейронов и центрального процесса восприятия информации играют важную роль в нарушении соматовисцеральной чувствительности и появлении моторной дисфункции у пациентов с СРК [9].

Недостаточно изученные причины и механизмы развития СРК весьма затрудняют выбор адекватной и эффективной терапии. Часто ни одна из предложенных схем медикаментозного лечения не позволяет добиться значительного улучшения в состоянии пациентов. Это заставляет врачей обращать пристальное внимание на образ жизни своих пациентов с целью выявления возможных неблагоприятных факторов, ухудшающих течение заболевания.

Все это обусловило цель нашего исследования: оценить параметры индивидуального развития детей с СРК с целью выявления возможных факторов риска развития заболевания.

Материал и методы. В группу наблюдения вошли 87 детей с СРК, находившихся на лечении в УЗ «4-я ДГКБ» г. Минска в 2009 – 2011 гг.

Средний возраст детей с СРК составил 13,3 года, девочек в группе было 66, мальчиков – 21. Все пациенты были поделены на 3 группы в зависимости от клинического варианта заболевания. Группу 1 составили пациенты с недифференцированным СРК (n=17), во вторую вошли дети с преобладанием диареи (n=30), третья группа была сформирована из пациентов с преобладанием запоров (n=40).

Группу сравнения для изучения особенностей раннего развития составили 40 детей 1-2 групп здоровья, наблюдавшихся в УЗ «10-я детская поликлиника» г. Минска. Средний возраст детей в группе – 12,6 лет; девочек – 29, мальчиков – 11. В группу сравнения для анализа образа жизни были выбраны 30 практически школьников г. Минска (средний возраст – 12,9 лет; девочек – 21, мальчиков – 9). Все группы были сопоставимы по возрасту и полу. Дети были опрошены относительно их диетических предпочтений, физической активности и вредным привычкам по специально разработанной анкете.

Результаты и обсуждение. При изучении семейного анамнеза выявлено, что у 57 (65,5%) детей с СРК наблюдались различные заболевания ЖКТ у близких родственников, в то время, как среди здоровых детей подобные проблемы были выявлены лишь у 3 (7,5%) обследованных ($p<0,01$). Изучение состава семьи выявило, что 30 детей с СРК (34,5%) воспитываются в неполных семьях, из них 4 (4,6%) – воспитываются опекуном, а в группе здоровых только 6 человек (15,0%) воспитываются одним из родителей ($p<0,05$). Несомненно, развод и, тем более, смерть родителей (родителя) является значимым травматическим переживанием. Накладываясь на особенности личности и эмоционального реагирования, выявленные в дальнейшем в нашем исследовании, эти переживания переводятся из эмоционально-психической в соматическую сферу, обуславливая возникновение большого количества жалоб, в том числе, и со стороны ЖКТ.

Анализ течения беременности и родов показал, что различные заболевания и осложнения в данном периоде наблюдались с одинаковой частотой и среди группы пациентов – 78 человек (89,7%), и среди здоровых детей – 33 ребенка (82,5%). Недоношенность наблюдалась несколько чаще среди детей с СРК (8 человек или 9,2%), по сравнению со здоровыми детьми (1 человек или 2,5%), однако эти различия не были достоверны.

Также был проведен подробный анализ заболеваний, которыми страдали дети обеих групп в неонатальном периоде и на первом году жизни (таблица 1). Установлено, что неврологические нарушения (ПЭП, повышенная нервно-рефлекторная возбудимость, невропатии) достоверно чаще встречались у пациентов с СРК, чем у практически здоровых детей. Поражения головного мозга у данной группы детей повышают риск развития дисбаланса нейромедиаторов (энкефалины, серотонин и др.), что в дальнейшем приводит к слабости регуляторных механизмов. Полученные данные согласуются с современными представлениями о патогенезе СРК, в котором важную роль играет нарушение взаимодействия по оси «головной мозг-кишка», изменение висцеральной чувствительности энтеральных рецепторов. Также выявлено, что различные функциональные нарушения со стороны ЖКТ (срыгивания, колики), и изменения микрофлоры кишки значительно чаще наблюдались у детей с СРК, чем у детей из второй группы. Можно предположить, что предпосылки к развитию патологии ЖКТ функционального характера, к которым относится и СРК, закладываются еще в раннем детстве. При анализе остальных заболеваний (инфекционные, аллергические, анемия) не установлено значимых различий между детьми двух групп.

Таблица 1 - Особенности раннего развития детей с СРК

Характеристики раннего развития	Группы обследованных детей		
	пациенты с СРК (n=87) абс (%)	здоровые (n=40) абс (%)	P

Неврологические нарушения	32 (36,8%)	5 (12,5%)	<0,01
Недоношенность	8 (9,2%)	1 (2,5%)	-
Трофические нарушения	16 (18,4%)	3 (7,5%)	-
Инфекции	64 (73,6%)	39 (97,5%)	-
Анемия	12 (13,8%)	3 (7,5%)	-
Аллергические реакции	24 (27,6%)	8 (20,0%)	-
Функциональные нарушения ЖКТ	25 (28,7%)	2 (5,0%)	<0,01
ОКИ на первом году	6 (6,9%)	2 (5,0%)	-
ОКИ в анамнезе	12 (13,8%)	7 (17,5%)	-

Интересные данные получены в отношении острых кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллез, ротавирусная) у детей с СРК. В развитии данной патологии большое внимание уделяется возможным нейроиммунным изменениям после перенесенных инфекционных гастроэнтеритов, которые могут быть причиной сенсорно – моторной дисфункции. Сравнение частоты встречаемости данной группы заболеваний у пациентов (13,8%) и здоровых детей (17,5%) не выявил значимых различий. Однако, среди детей с различными клиническими вариантами СРК достоверно чаще ($p < 0,05$) инфекционные заболевания кишечника встречались у пациентов с диареей (23,3%) и недифференцированным вариантом (23,5%), чем у детей с запорами (5,0%). Вероятно, перенесенные кишечные инфекции создают предпосылки для развития клинического варианта СРК с диареей. Следует учитывать, что эти цифры могут быть несколько выше, поскольку родители не всегда обращаются за медицинской помощью в случае нетяжелого течения заболевания.

Поскольку характер питания детей на первом году жизни является важным фактором для дальнейшего развития ребенка, нами была изучена продолжительность грудного вскармливания среди детей с заболеванием и

практически здоровых детей. В группе пациентов она была несколько меньшей ($4,3 \pm 0,5$ месяцев) по сравнению с детьми 1-2 группы здоровья ($5,3 \pm 0,7$ месяцев), однако эти различия не были достоверными. Скорее всего, длительность грудного вскармливания не влияет на частоту возникновения СРК в последующем.

При анализе особенностей образа жизни пациентов с СРК и здоровых детей выявлены некоторые интересные факты. Так, в обеих группах наблюдалось нерегулярное питание менее 3 раз в день, преимущественно в дневное и вечернее время (таблица 2). Выявлены некоторые различия во вкусовых предпочтениях детей разных групп. Здоровые дети чаще употребляли продукты из мяса, а не колбасные изделия ($p < 0,05$). Также они чаще ели овощи и фрукты, по сравнению с пациентами с СРК ($p < 0,05$). Следует отметить, что дети из второй группы несколько реже употребляли мучные продукты и сладости, газированные напитки. При этом более трети и здоровых детей, и пациентов с СРК отмечали в качестве любимых продукты фаст-фуда.

Таблица 2 - Характер питания детей с СРК

Особенности питания	Группы обследованных детей		
	пациенты с СРК (n=87) абс (%)	здоровые (n=30) абс (%)	P
Прием пищи, раз в день	2,5	2,8	-
Предпочитают мясо	27 (31,0%)	16 (53,3%)	<0,05
Предпочитают колбасные изделия	27 (31,0%)	11 (36,7%)	-
Предпочитают мучные продукты	44 (50,6%)	11 (36,7%)	-
Предпочитают овощи, фрукты	28 (32,2%)	17 (56,7%)	<0,05

Предпочитают фаст-фуд	30 (34,5%)	11 (36,7%)	-
Предпочитают шоколад, сладости	37 (42,5%)	10 (33,3%)	-
Предпочитают газированные напитки	23 (26,4%)	5 (16,7%)	-
Предпочитают крепкий чай, кофе	36 (41,4%)	8 (26,7%)	-

Нами выявлены значительные различия в физической активности детей разных групп (таблица 3). Опрошенные пациенты реже занимались спортом (41,2% детей с СРК по сравнению с 60,0% здоровых детей; $p < 0,05$). Возможно, это объясняется наличием заболевания, ограничивающего их активность. Однако, дети из данной группы также мало внимания уделяли умеренным физическим нагрузкам, к примеру, прогулкам на свежем воздухе ($p < 0,01$). Дети обеих групп более часа в день проводили за компьютером, а пациенты с СРК – и за просмотром телевизора ($p < 0,05$).

В первой группе респондентов отмечался также недостаток сна (менее 7 часов в день), в то время, как у здоровых детей продолжительность сна была практически нормальной ($p < 0,05$). Хроническое недосыпание оказывает отрицательное влияние на психоэмоциональный фон детей, способствует развитию тревожно-депрессивных состояний, усугубляет астеноневротические симптомы.

Таблица 3 - Образ жизни детей с СРК

Физическая активность и распорядок дня	Группы обследованных детей		
	пациенты с СРК (n=87) абс (%)	здоровые (n=30) абс (%)	P
Занятия спортом	30 (41,2%)	18 (60,0%)	<0,05

Просмотр ТВ, часов в день	1,2	0,9	<0,05
Работа с компьютером, часов в день	1,4	1,2	-
Сон, часов в день	6,5	7,0	<0,05
Прогулки, часов в неделю	4,1	5,9	<0,001

Анализ вредных привычек выявил более высокую частоту курения, употребления алкоголя и, особенно, частое употребление жевательной резинки (таблица 4).

Таблица 4 - Вредные привычки пациентов с СРК и здоровых детей

Характер вредных привычек	Группы обследованных детей		
	пациенты с СРК (n=87) абс (%)	здоровые дети (n=30) абс (%)	P
Курение	26 (29,9%)	3 (10,0%)	-
Частое употребление жевательной резинки	51 (58,6%)	10 (33,3%)	<0,05
Употребление алкоголя	10 (11,5%)	2 (6,7%)	-

Различий в частоте встречаемости курения и употребления алкоголя не выявил достоверных различий между обеими группами. Следует учитывать, что данные цифры могут быть несколько больше, поскольку не все дети могли искренне ответить на данные вопросы.

В ходе исследования был проведен анализ возможных различий в характере питания и образе жизни детей с различными клиническими вариантами СРК. При изучении диетических привычек установлено, что дети с запорным вариантом СРК отдавали предпочтение хлебобулочным изделиям

($p < 0,01$), что еще более усугубляло имеющуюся симптоматику (таблица 5). Следует также отметить, что многие пациенты с СРК с болями выбрали шоколад в качестве любимого продукта. В то же время у 4 (23,5%) детей данной группы наблюдалось усиление болевого синдрома при употреблении сладкого, поскольку эти продукты усиливают моторику кишечника. Все дети в качестве перекусов предпочитали мучные изделия, бутерброды, фаст-фуд. Следует отметить, что дети с диареей значительно чаще других выбирали фрукты и овощи для утоления голода.

Таблица 5 - Характер питания детей с различными клиническими вариантами СРК

Особенности питания	Клинический вариант СРК			
	недифференцированный	с диареей	с запорами	P
	группа 1 (n=17) abc (%)	группа 2 (n=30) abc (%)	группа 3 (n=40) abc (%)	
Прием пищи, раз в день	2,7	2,5	2,5	-
Предпочитают мясо	6 (35,3%)	13 (43,3%)	8 (20,0%)	-
Предпочитают колбасные изделия	8 (47,1%)	18 (60,0%)	15 (37,5%)	-
Предпочитают мучные продукты	7 (41,2%)	9 (30,0%)	28 (70,0%)	<0,01*
Предпочитают овощи, фрукты	4 (23,5%)	12 (40,0%)	12 (30,0%)	-
Предпочитают фаст-фуд	6 (35,3%)	12 (40,0%)	12 (30,0%)	-
Предпочитают шоколад, сладости	12 (70,6%)	12 (40,0%)	13 (32,5%)	<0,05**
Предпочитают газированные напитки	8 (47,1%)	9 (30,0%)	6 (15,0%)	-

Предпочитают крепкий чай, кофе	6 (35,3%)	13 (43,3%)	17 (42,5%)	-
--------------------------------	-----------	------------	------------	---

Примечания:

* различия достоверны между 1,2 и 3 группами

** различия достоверны между 1 и 2,3 группами

Все дети предпочитали проводить время за компьютером и телевизором (более 1 часа в день) и редко гуляли на свежем воздухе (таблица 6). При этом пациенты с запорами реже других занимались спортом ($p < 0,05$). Можно предположить, что малоподвижный образ жизни способствует преобладанию запоров в клинической картине СРК.

Таблица 6 - Образ жизни детей с различными вариантами СРК

Образ жизни	Клинический вариант СРК			
	недифференцированный	с диареей	с запорами	P
	группа 1 (n=17)	группа 2 (n=30)	группа 3 (n=40)	
Занятия спортом, абс (%)	7 (41,2%)	15 (50,0%)	8 (20,0%)	<0,05*
Просмотр ТВ, часов в день	1,5	1,1	1,1	-
Работа с компьютером, часов в день	1,4	1,4	1,3	-
Сон, часов в день	6,9	6,9	6,1	<0,01**
Прогулки, часов в неделю	4,2	4,2	3,9	-
Курение, абс (%)	3 (17,7%)	12 (40,0%)	11 (27,5%)	-
Употребление жевательной резинки, абс (%)	8 (47,1%)	23 (76,7%)	20 (50,0%)	<0,01*
Употребление алкоголя, абс (%)	1 (5,9%)	5 (16,7%)	4 (10,0%)	-

Примечания

*различия достоверны между 1,3 и 2 группами

** различия достоверны между 1,2 и 3 группами

Мы обратили внимание на то, что во всех группах детей отмечалось высокое число курящих, однако чаще всего эта вредная привычка встречалась среди детей с диарейным синдромом (40,0% опрошенных). Известно, что у курильщиков с небольшим стажем никотин и табачные смолы вызывают значительное усиление моторики кишечника и приводят к возникновению диареи. Также пациенты именно этой группы больше других увлекаются жевательной резинкой, что способствует заглатыванию воздуха и усилению метеоризма. Кроме того, многие жевательные резинки содержат сорбитол, одним из эффектов которого является слабительное действие.

Выводы.

1. Проведенный анализ позволил определить, что у детей с любым клиническим вариантом СРК отмечается отягощенность семейного анамнеза по различным заболеваниям ЖКТ, высокая частота заболеваний неврологического характера, а также нарушений моторики и функции ЖКТ на первом году жизни. Это, в сочетании с неблагоприятными социально-семейными факторами и неправильным образом жизни, приводит к формированию особенностей личности и невротизации детей, и способствует развитию СРК. Полученные данные также подтверждают роль ЦНС и особенностей регуляции моторики ЖКТ у пациентов с СРК.
2. Перенесенные в анамнезе кишечные инфекции повышают риск развития СРК с диареей, а несбалансированная диета с избытком углеводов и малоподвижный образ жизни приводят к преобладанию запоров в клинической картине заболевания.
3. У всех пациентов особое внимание следует уделить диете, поскольку пациенты склонны употреблять продукты, усиливающие клинические проявления заболевания. Многие дети также нуждаются в коррекции их

образа жизни и распорядка дня в виде умеренного увеличения физической активности, организации полноценного ночного отдыха, отказа от вредных привычек.

Список литературы:

1. Agreus, I. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the population: overlap and lack of stability over time / I. Agreus [et al] // *Gastroenterology*. – 1995. – Vol. 109. – P. 671– 680.
2. Ragnarsson, G. Pain is temporally related to eating but not to defaecation in the irritable bowel syndrome (IBS). Patients' description of diarrhea, constipation and symptom variation during a prospective 6-week study / G. Ragnarsson, G. Bodemar. // *Eur J Gastroenterol Hepatol*. – 1998. – Vol. 10. – P. 415–421.
3. Camilleri, M. Review article: irritable bowel syndrome / M. Camilleri, M. Choi // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 1997. – Vol. 11 – P. 3-15.
4. Drossman, D.A. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact / D.A. Drossman [et al] // *Digestive Diseases and Sciences*. - 1993. – Vol. 38. – P. 1569 – 1580.
5. Щербаков, П.Л. Синдром раздраженного кишечника / П.Л. Щербаков // *Доктор Ру*. – 2004. - №5. – С. 18-23.
6. Drossman, D.A. American Gastroenterological Association technical review on irritable bowel syndrome / D.A. Drossman, M. Camilli, W.E. Whitehead // *Gastroenterology*. – 1998. – Vol. 95. – P. 701-708.
7. Drossman, D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process / D.A. Drossman // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130, №5. – P. 1377-1390.

8. Levy, R.L. Irritable bowel syndrome in twins (heredity and social learning both contribute to ethiology) / R.L. Levy et al. // Gastroenterology. – 2001. – 121. – P. 799-804.
9. Heaton K.W.. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters / K.W.Heaton, L.J.O*Donnell, F.E.Braddon et al // Gastroenterology. -1992. -Vol. 102,№4. -P. 1962-1967.

Юрчик Ксения Валерьевна

ассистент кафедры

пропедевтики детских болезней УО «БГМУ»

конт. тел. +375-29-684-07-02

e-mail: ksenichik_party@mail.ru