

Ю.Е. АЛЛЕНОВА

Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова

**ФАКТОРЫ РИСКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ,
ПРОТЕКАЮЩИХ С АБДОМИНАЛЬНЫМИ БОЛЯМИ,
У ПОДРОСТКОВ**

Этиопатогенетические аспекты функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ФР ЖКТ), проявляющихся абдоминальными болями, у подростков изучены недостаточно, и до настоящего времени существуют проблемы лечения этих состояний. Наиболее приемлемой на современном этапе представляется биопсихосоциальная модель ФР ЖКТ. С этих позиций нами установлено, что ведущими факторами формирования ФР ЖКТ в указанных возрастных группах являются преимущественно психосоциальные факторы.

Ключевые слова: функциональные расстройства, абдоминальная боль, подростковый возраст, биопсихосоциальная модель

*Алленова Юлия Евгеньевна - врач-гастроэнтеролог консультативно-диагностической поликлиники Пензенской областной детской клинической больницы им. Н.Ф. Филатова.
E-mail: yulya_allenova@mail.ru*

Y. E. ALLENOVA

Penza Regional Clinical Hospital named after N.F. Filatov

**THE RISK FACTORS FOR FUNCTIONAL DISORDERS ASSOCIATED
WITH ABDOMINAL PAIN IN ADOLESCENTS**

Etiopathogenetic aspects of functional disorders of the gastrointestinal tract (GI FD) manifested in abdominal pain in adolescents are under-investigated, and currently there are certain problems in treatment of these conditions. At the present stage, biopsychosocial model of GI FD seems to be the most reasonable. From this perspective, we found that the leading factors of formation of the GI FD in these age groups are mainly psychosocial factors.

Keywords: functional disorders, abdominal pain, adolescents, biopsychosocial model

*Yuliya Allenova - gastroenterologist, Penza Regional Clinical Hospital named after N.F. Filatov.
E-mail: yulya_allenova@mail.ru*

Несмотря на достижения гастроэнтерологии и внедрение в практику протоколов лечения и высокоэффективных лекарственных средств, продолжается рост распространенности болезней органов пищеварения у детей. Наиболее частой причиной обращения за медицинской помощью детского населения являются абдоминальные боли (АБ) [1]. В настоящее время активно развивается концепция ФР ЖКТ как основных в структуре гастроэнтерологической патологии.

ФР ЖКТ у подростков вызывают особый интерес в связи с тем, что этот возраст является критическим периодом развития, характеризующимся гормональной перестройкой регуляции всех органов и систем, определяющей риск хронических заболеваний и обуславливающей уровень здоровья, качество жизни.

Действующая классификация ФР ЖКТ (так называемые Римские критерии III) предусматривает деление на три возраст-

ные категории: «Новорожденные и дети младшего возраста» (до 4 лет), «Дети и подростки» (от 4 до 17 лет) и «Взрослые». В классификации выделяются и отдельные нозологические формы ФР, проявляющихся абдоминальной болью: функциональная диспепсия (ФД), синдром раздраженного кишечника (СРК), абдоминальная мигрень и функциональная абдоминальная боль (ФАБ), в отдельном разделе сгруппированы функциональные расстройства билиарного тракта (БД) – дисфункция сфинктера Одди и желчного пузыря [1, 3].

Наиболее приемлемой на современном этапе представляется биопсихосоциальная модель ФР ЖКТ, согласно которой симптомы развиваются из-за комбинации нескольких физиологических детерминант: нарушение моторики, висцеральная гиперчувствительность, изменение мукозального иммунитета и воспалительного потенциала, включающих

в себя изменения в бактериальной флоре, а также изменения регулирования оси ЦНС-ЭНС, как находящейся под влиянием психологических и социокультурных факторов [13].

Поскольку в развитии болевого синдрома имеет значение не только местный уровень (повышение чувствительности рецепторов), но и восприятие болевого сигнала мозгом, то центральные механизмы, в частности формирование стойкого очага болевого возбуждения в ЦНС, могут поддерживать и усиливать боль. Таким образом, причинами висцеральных болей в животе могут быть нарушения иннервации, висцеральная гиперчувствительность, нарушение сокращений гладкой мускулатуры ЖКТ и дисфункция оси «кишечник-мозг» [2].

На фоне ФР часто развиваются изменения секреторной и всасывающей функций, а также микрофлоры ЖКТ. Последняя совместно со слизистой оболочкой формирует микробно-тканевый комплекс [4]. Одним из важных элементов регуляции мукозального гомеостаза является местная иммунная система, изменения в соотношении про- и противовоспалительных факторов могут являться компонентом патогенеза ФР ЖКТ [5].

Цель исследования: изучить структуру и факторы риска ФР ЖКТ, протекающих с АБ у подростков, с позиций биопсихосоциальной модели.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 129 подростков в возрасте от 11 до 17 лет с ФР ЖКТ. Ведущими жалобами у детей была абдоминальная боль, локализованная преимущественно в эпигастральной зоне в сочетании с симптомами диспепсии. Оценка клинической симптоматики проводилась по специально разработанным анкетам с балльной оценкой жалоб, анамнестических данных и объективных признаков болезни. Группу сравнения составили 70 условно здоровых подростков сопоставимых по возрасту и гендерному составу с детьми основной группы.

Всем детям проведено исследование анализов крови и мочи, биохимия крови, трехкратное копрологическое исследование, кал на яйца гельминтов, цисты лямблий, иммуноферментный анализ крови на антитела к антигенам *H. pylori* и морфологическое исследование биоптата, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС). Отсутствие симптомов «тревоги» и лабораторно-инструментальных данных за органиче-

скую патологию позволило отнести все случаи к ФР ЖКТ.

Статистическая обработка данных проведена с использованием Microsoft Excel 7.0 для Windows XP. Для сравнения качественных данных в двух группах рассчитывался 95-процентный доверительный интервал (ДИ) и расчет отношения шансов (ОШ). Полученные результаты оценивались как статистически значимые при уровне вероятности $p < 0,05$.

Результаты

Основной жалобой у подростков с ФР ЖКТ были АБ эпигастральной локализации (78,2%), в остальных случаях боль отмечалась в околопупочной области или правом подреберье. Преобладали частые (более 1 раза в неделю) боли (86,8%) сильной и умеренной интенсивности (82,9%).

У большинства подростков АБ сочетались с головными (68,9%). В группе сравнения головные боли имелись у 14,2% детей, различие достоверно (ОШ=12,8; 95% ДИ 5,9-27,6). Столь высокая частота головных болей у подростков с ФР ЖКТ согласуется с мнением исследователей о боли как об универсальной реакции на психосоциальное неблагополучие, нервное напряжение независимо от ее локализации, и более очевидна эта реакция при болях множественной локализации [8]. Частой сопутствующей патологией у подростков с ФД являлись вегетативные нарушения (59,7%), в группе сравнения (15,7%) (ОШ=7,9; ДИ 3,8-16,5).

Абдоминальную боль в большинстве случаев сопровождали диспепсические жалобы. Дискомфорт в эпигастрии отметили 80 детей (62,0%), изжогу 2 (1,5%), отрыжку воздухом 71 (55,0%), жаловались на тошноту 28 (21,7%). Вздутие, урчание у 33,3% с ФР, запах изо рта у 14 подростков (10,8%) (рис.1). Связь АБ с расстройствами стула у детей с ФР ЖКТ: склонность к диарее имела место у 21,7% подростка, к запорам - у 12,4% (рис. 1).

В структуре ФР у детей функциональная диспепсия (ФД) была наиболее частой формой ФР ЖКТ, она была диагностирована у 91 подростка (70,5%), СРК страдали 17 подростков (13,2%), в 14,7% случаев дети жаловались на боли в правом подреберье и лишь 2 ребенка - на боли около пупка (1,5%). В том числе с СРК с запором (СРК-3) у 6 (4,7%), а СРК с диареей у 11 (8,5%). В части случаев симптомы ФД и СРК сочетались (рис. 2).

В исследовании было проанализировано влияние некоторых биологических факторов, способных оказать негативное влияние на мукозальный гомеостаз, в частности лекарственных препа-



Рис.1. Диспепсические жалобы у подростков

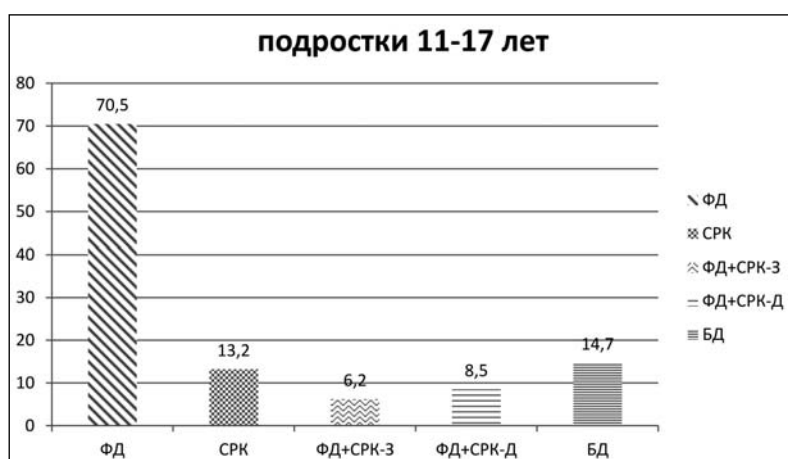


Рис. 2. Структура ФР ЖКТ, проявляющихся абдоминальными болями, у подростков

ратов, используемых в лечении простудных заболеваний (антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)), аллергии, перенесенных кишечных инфекций и глистных инвазий.

Прием НПВС 3 и более раз в год был отмечен у 23 подростков (17,8%), в группе сравнения у 2 (2,9%) (ОШ=7,3; 95% ДИ 1,6-32,3). Прием антибиотиков 3 и более раз в год - у 21 подростка (16,2%), в группе сравнения у 5 (7,1%) (ОШ=2,5; 95% ДИ 0,9-7,0). В исследовании перенесенный стафилококковый гастроэнтерит был отмечен у 5 (3,9%) подростков с ФР и 3 (2,9%) условно здоровых (ОШ= 2,4; 95% ДИ 0,4-12,2). Паразитозы выявлены у 23 детей (17,8%) с ФР и 7 (10,0%) в группе сравнения (ОШ=1,9; 95% ДИ 0,7-4,8). Фактор пищевой аллергии был отмечен у 27 подростков с ФР (20,9%) и у 6 (8,6%) в группе сравнения (ОШ=2,8; 95% ДИ 1,1-7,2).

Исследователи указывают на возможную связь симптомов диспепсии с алиментарными причинами, среди которых нерегулярное питание, резкая смена ди-

еты, еда всухомятку, переизбыток, злоупотребление рафинированными углеводами, жиром, грубой клетчаткой, специями [10]. В настоящем исследовании нерегулярное питание, погрешности в диете были выявлены у 75 подростков с ФР (58,1%) и у 39 (55,7%) в группе условно-здоровых (ОШ 1,1; 95% ДИ 0,6-1,9).

Из вредных привычек в формировании ФР большое значение отводится курению: имеются данные, что у курящих девочек диспепсия встречается в 2,5 раза чаще, чем среди некурящих [7]. В настоящем исследовании курение было выявлено у 10 подростков с ФР (7,8%) и у 2 (2,9%) условно здоровых (ОШ=2,8; 95% ДИ 0,6-13,4).

У детей с ФР ЖКТ, согласно данным научной литературы, в 2/3 случаев выявляется повышенная личностная и реактивная тревожность, интраверсивный тип личности, худшие условия проживания, более напряженные отношения с родителями, снижение успеваемости [1, 3, 6]. Была проанализирована частота и структура некоторых психосоциальных воздействий у подростков. Так, учитывались отношения в семье ребенка, факторы, связанные с организованным коллективом (школа), отношения со сверстниками.

В исследовании школьный фактор как причину АБ отметили большинство подростков. Повышенные школьные нагрузки, дополнительные занятия были выявлены у 52 подростков (40,3%), а в группе сравнения у 14 (20,0%) (ОШ=2,7; ДИ 1,3-5,3). Среди причин АБ имеет место и семейный фактор – конфликты с близкими (6,2%), развод родителей (7,7%), смерть родственников (3,8%), всего стрессы в семье имелись у 77,5% подростков с ФР и у 31,4% в группе сравнения (ОШ=7,5; ДИ 3,9-14,4).

Выводы

Таким образом, у детей подросткового возраста с ФР ЖКТ, проявляющихся абдоминальными болями, имеются определенные особенности. Клинически это сочетание эпигастральных болей с разнообразными диспепсическими симптомами, а также головными болями в рамках вегетовисцеральных нарушений. В структуре ФР ЖКТ у подростков преобладает ФД, а также превалирует сочетание ФД и СРК с диарейным вариантом и БД.

Этиопатогенетическая модель формирования ФР ЖКТ у подростков представлена преимущественно психосоциальными составляющими, высокой частотой вегетативных дисфункций, вегетовисцерального синдрома. Немаловажную роль оказывают биологические факторы, изменяющие мукозальный гомеостаз (персистенция хеликобактера, пищевая аллергия, гельминтозы, прием НПВС, антибиотиков), а также курение и погрешности в питании. Следовательно, этиологическая диагностика и этиотропная терапия с позиций биопсихосоциальной модели ФР ЖКТ является условием стойкого устранения симптомов и профилактики рецидивов у детей.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М., 1997. – 198 с.
2. Корниенко Е.А. Висцеральная абдоминальная боль. Возможности спазмолитической терапии / Е. А. Корниенко, С.И. Эрдес, Е.Л. Игуменова // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т.8. №2. С.68-76.
3. Лембрик И.С. Нарушения функционального состояния гастродуоденальной зоны и психоэмоционального статуса у детей школьного возраста с синдромом функциональной

диспепсии: усовершенствование лечения. автореф. дис. ...канд. мед. Наук/ И.С. Лембрик; Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, 2006. - 20с.

4. Мухина Ю.Г., Чубарова А.И., Гераскина В.П. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей. Лекции по педиатрии. Т. 3. Гастроэнтерология. М., 2003; 112-35.

5. Маянский А.Н., Маянская И.В. Реактивность и медиаторные функции интестинальных эпителиоцитов в системе мукозального гомеостаза. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2004; 5:80-4.

6. Печуров Д.В., Пахомова И.А., Порецкова Г.Ю. Факторы риска функциональной диспепсии у детей младшего школьного возраста // Практическая медицина №1(48), 2011. - С. 96-100.

7. Терешонок И. Н. Диспепсия, гастроэзофагеальный рефлюкс и синдром раздраженного кишечника у подростков (распространенность, факторы риска): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004.

8. Успенский Ю.П. Синдром абдоминальной боли в гастроэнтерологической практике / Ю.П. Успенский, И.Г. Пахомова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии, 2007. - №5. – С.15-18.

9. Хорошилова Н.В. Лечебное и иммуномодулирующее действие пробиотиков // Иммунология. - 2003. - № 6. - С. 52-59.

10. Шабалов Н. П. Функциональная диспепсия. [http: med-stud / narod. ru/ natur/ paediatrics/fd. html](http://med-stud.narod.ru/natur/paediatrics/fd.html).

11. Эрдес С.И., Мухаметова Е.М. Абдоминальная боль у детей и пути ее терапии. Гастроревью. Педиатрия. Сборник избранных статей. - 2009.- С. 21–24.

12. Berkes J, Viswanathan V. K., Savrovic S. D. Intestinal epithelial responses to enteric pathogens: effects on tight junction barrier, ion transport and inflammation // Gut. - 2003.- Vol. 52. - P.439-451.

13. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology 2006; 130 (5): 1377-90.