

ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Соболева Н. Г., Бойков С. А., Шатохина Н. С., Балянова Е. Г.

ГОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет

350063, Краснодар, ул. Седина, д. 4

Тел.: 8 (861) 268 3684

В настоящее время аллергические заболевания у детей, в частности атопический дерматит, занимают одно из ведущих мест в педиатрии и имеют тенденцию к увеличению. Данные литературы последних лет свидетельствуют о частом сочетании патологии пищеварительного тракта и атопического дерматита (М. Ю. Денисов, 2002; И. В. Яковлева, 2002; Е. С. Феденко, 2008).

Неуклонный рост хронической гастродуоденальной патологии в последние годы, рецидивирующее течение заболеваний, формирование основных видов патологии в наиболее ответственные периоды роста и развития ребенка, нарастание тяжести течения и частоты осложнений обуславливают неугасающий интерес исследователей к данной проблеме. В структуре заболеваний органов пищеварения ведущее место занимает патология гастродуоденальной зоны, на долю которой, по данным разных авторов, приходится от 29 до 60–70% (Е. П. Ситникова, 2003; О. Н. Солодчук, 2003; Ю. В. Белоусов, 2007).

По мнению ряда авторов (А. А. Исмаилова, 2002; Л. Ф. Казначеева, 2002; Е. В. Войтова, 2008), у больных с атопическим дерматитом слизистая оболочка ЖКТ является входными воротами для аллергенов и здесь развивается местная аллергическая реакция. С другой стороны, воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и ДПК способствуют повышению проницаемости слизистого барьера для пищевых аллергенов, повышая сенсibilизацию и усугубляя течение атопического дерматита, определяя в ряде случаев резистентность терапии (О. В. Скупова, 1998; М. К. Ермакова, 2002; Л. В. Кочурова, 2002).

Целью работы явилось изучение дебютных признаков поражения пищеварительной системы у детей раннего возраста, страдающих аллергическим дерматитом, при нарушениях вскармливания и питания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено эпидемиологическое исследование среди детей дошкольного возраста (с рождения до 5 лет включительно) Краснодарского края, поскольку они в силу особенностей развития наиболее чувствительны к воздействию неблагоприятных факторов, в том числе в допороговых концентрациях. Исследование проводилось по унифицированной методике выборочным методом наблюдения [6], включающей ряд этапов. На первом этапе с помощью специально разработанной карты проведен анализ 1544 медицинских карт (ф. 112/у). Исследование на этом этапе позволило на популяционном уровне выявить частоту распространенности аллергических заболеваний кожи у детей и оценить роль некоторых факторов риска на формирование атопического дерматита (АД). В результате скрининга выявлено 497 (16,2%) детей, у которых были зарегистрированы разные формы АД. Все выявленные дети были осмотрены педиатром в условиях поликлиники.

На втором этапе проведено дополнительное целенаправленное интервьюирование и анкетирование 498 детей и их родителей для более детального выявления симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и анализа организации вскармливания и питания ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным целенаправленного двухэтапного исследования выявлено 173 из 498 детей (24,9%) с признаками аллергического поражения кожных покровов. Анализ факторов формирования гастроэнтерологической патологии у детей-аллергиков включал детальное изучение наследственности, течения ante-, интра- и постнатального периода, характер

вскармливания ребенка на первом году жизни, в том числе сроки введения прикормов, особенности питания в течение последующих лет жизни (до 7 лет).

Наследственная отягощенность по заболеваниям ЖКТ выявлена у 74,8% детей, в основном по материнской линии. Кислотозависимые заболевания встречались чаще по отцовской линии. Генетическая предрасположенность по аллергическим заболеваниям обнаружена у 65,7% пациентов. Сочетанная отягощенность (по гастроэнтерологической и аллергической патологии) выявлена у половины детей исследуемой группы (50,4%).

Беременность протекала часто с гестозами первой (42,9%) и второй (35,4%) половины. Предыдущие беременности у 12,1% матерей закончились выкидышами, в 35,4% случаев женщины перенесли аборт (от 1 до 10 раз). Обострения хронических заболеваний, в том числе гастроэнтерологических и аллергических, наблюдались во время вынашивания плода у 77 из 373 матерей (20,6%). Патология родового периода выявлена в 43,7% случаев. Недоношенными родились 14 детей, врожденную гипотрофию имели 21,4% младенцев.

В родовом зале и в послеродовой палате в первые 6 часов после рождения приложены к груди всего 28,1% детей, в то же время начали получать искусственное вскармливание с рождения более трети детей (35,9%). Грудным молоком питались до годовалого возраста 35,1% детей. В первые месяцы жизни раннее смешанное вскармливание по тем или иным причинам (гиполактация, болезнь матери и др.) стали получать 50,1% младенцев. В качестве докорма родители чаще всего использовали молочные смеси (55,7%) или коровье молоко (38,7%).

В исследуемой выборке первый прикорм был введен в возрасте $4,2 \pm 0,35$ месяца. Первый прикорм был введен раньше рекомендуемого возраста (4–4,5 месяца) более чем у половины детей (59,2%). Позднее назначение прикорма встречалось значительно реже (11,5%). Ретроспективно удалось выявить, что у большинства детей с аллергической патологией кожи был нарушен физиологический график вскармливания: раннее смешанное и искусственное вскармливание, несоблюдение сроков введения прикормов. Родители отметили, что в качестве первого прикорма овощные блюда использовались в 46,9% случаев, а каши (манная, рисовая, овсяная) — в 51,2% случаев, в остальных случаях ребенку давались продукты питания (каши + овощи).

Настораживает тот факт, что 13,1% детей были переведены на общий стол еще до годовалого возраста; именно у этих детей в 50,7% случаев в последующем обнаруживались первые симптомы поражения гастроинтестинальной системы.

Учитывая ведущую значимость клинической картины и характера течения для постановки диагноза гастроэнтерологического заболевания, особое внимание уделяли симптомам поражения желудочно-кишечного тракта, срокам и последовательности их появления. У 304 (81,5%) дошкольников

с атопическим дерматитом отмечены типичные симптомы поражения пищеварительной системы. На наличие изолированного болевого абдоминального синдрома указали 9 (2,4%) детей, сочетание болевого синдрома с диспепсическими расстройствами — 114 дошкольников (30,6%) и сочетание болевого синдрома, диспепсических расстройств и нарушений стула выявлено у 255 детей (68,4%). Диспепсические расстройства среди многообразия гастроэнтерологических симптомов встречались чаще, чем болевой синдром (48,5%). Наиболее часто у больных отмечались нарушения аппетита (41,5%), тошнота (37,8%), отрыжка (23,1%) и др.

Подробный респонс родителей дал возможность уточнить ранние симптомы нарушений деятельности органов пищеварения у детей с АД, которые начинали формироваться в возрасте от 0 до 2 лет. Наиболее часто выявлялись нарушения деятельности кишечника. Так, кишечные дисфункции в виде запоров уже в течение первых месяцев после рождения выявлялись у 29,2% детей. Частота дефекаций была с периодичностью 1 раз в 2–5 дней, кал был тугим, иногда с прожилками свежей крови в результате надрыва слизистой оболочки прямой кишки и анального канала, в 5,9% случаев определялось выпадение слизистой прямой кишки. В течение последующих лет жизни у 41% детей обстипационный синдром фиксировался, продолжительность задержек стула увеличивалась, нарастали симптомы хронической интоксикации и полигиповитаминоза. У 60 из 109 детей (55,0%) запоры возникали при раннем смешанном вскармливании, у трети детей (39,4%) — при кормлении грудью и недостаточной дотации питья, введении в качестве прикормов «белых» каш из манной или рисовой крупы. Раннее введение прикорма вне зависимости от типа вскармливания также способствовало нарушению моторной деятельности толстой кишки и возникновению запоров, подобная ситуация встречалась у детей-аллергиков в 57,8% случаев. Поздняя дача прикорма практически не влияла на формирование обстипации (3,7% детей), что подтверждает готовность пищеварительной системы к перевариванию новых видов продуктов питания.

У 43 из 109 аллергиков запоры сохранялись и последующие годы жизни, усугубляясь снижением кратности приемов пищи, длительными пищевыми паузами и злоупотреблением высококалорийной пищей при недостатке продуктов, богатых грубой растительной клетчаткой.

Можно утверждать, что нарушения тонуса и моторики кишечника формировались у грудных детей с аллергопатологией при раннем смешанном вскармливании и раннем введении первого прикорма. Это связано прежде всего с неготовностью пищеварительной системы грудного ребенка к утилизации определенных продуктов питания (молочные смеси, крупы, овощи), низкой двигательной активностью желудочно-кишечного тракта в течение первых лет жизни ребенка и недостаточной полостной

ферментативной способностью. Длительная задержка пищевого химуса при относительно большей площади кишечника по сравнению со старшими детьми и взрослыми приводит к повреждению системы кишечной цитопротекции, высокой проницаемости слизистой оболочки для высокомолекулярных веществ, в том числе и белковых молекул, формируя сенсibilизацию организма прежде всего к пищевым агентам.

Усугубляется этот процесс введением в рацион питания младенцев продуктов, которые пищеварительный тракт еще не способен адекватно переваривать (коровье молоко, мясо, куриные яйца, шоколад и др.). По нашим данным, у детей до годовалого возраста сенсibilизация к коровьему молоку и куриному яйцу является ведущей и составляет 88,2 и 83,0% соответственно. Второе место занимает аллергия к злакам; чаще всего она формируется к пшенице (манная крупа), кукурузе, ячменю (33,3%), реже — рису (18,7%) и гречневой крупе (6,3%). На третьем месте — сенсibilизация к мясу: почти у трети детей (27,7%) выявлена аллергия к свинине, у 17,6% — к говядине.

Разжижение стула у детей с АД в возрасте до года встречалось нечасто (14,2%). Диарея в подавляющем большинстве случаев возникла на грудном или раннем смешанном вскармливании (37,7 и 47,2% соответственно). С годами частота этого синдрома снижалась до 2,1% случаев в исследуемой группе. Литературные данные [3] подтверждают, что этот факт связан с энзимопатиями кишечника, когда нарушение стула возникает в результате несовершенства ферментативной системы ЖКТ; в последующем подобный дефект компенсируется и стул у ребенка нормализуется.

Критическим фактором раннего поражения пищеварительного тракта явилось то, что 52 из 373 детей с АД перенесли на первом году жизни острую кишечную инфекцию, подтвержденную бактериологически, в основном дизентерию. Неадекватная реабилитационная терапия после перенесенной инфекции, нерациональное вскармливание на фоне нарушений моторной активности толстой кишки, замедления пассажа пищевого химуса приводили к хронизации воспалительной реакции слизистой оболочки и дисбиозу кишечника. Все это проявлялось наряду с запорами или поносами вздутием живота, обильным отхождением газов, зловонным запахом кала со слизью, частичками непереваренной пищи у 52,3% детей. Стойкие изменения микрофлоры кишечника потенцировали хроническое воспаление кишечника, с одной стороны, а с другой — практически во всех случаях дисбиоз сопутствовал аллергическому заболеванию кожи.

Вторая группа дебютных симптомов поражения желудочно-кишечного тракта проявлялась синдромом срыгиваний и рвоты у 28,4% детей-аллергиков. У половины больных (49,1%) срыгивания и рвота были связаны с введением в рацион питания продуктов, содержащих облигатные аллергены

(коровье молоко, консервированные соки из фруктов, сок моркови, сок цитрусовых). Имеются данные [8] о влиянии вскармливания коровьим молоком на формирование желудочно-пищеводного рефлюкса у грудных детей с аллергией. Считаем, что подобная агрессивная ситуация может быть объяснена остро развивающимися моторными нарушениями со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта наряду со спонтанным расслаблением привратника, нижнего пищеводного сфинктера в результате своеобразной анафилактической реакции пищеварительной системы. Увеличение внутриполостного давления, сочетанное с задержкой опорожнения желудка от содержимого или перерастяжением желудка, со слабыми глотательными движениями, которые не стимулируют перистальтику, могут вызывать беспорядочные сокращения и расслабления клапанных структур пищеварительного тракта.

В половине случаев срыгивания и рвота проявлялись, так же как и запоры, на фоне раннего смешанного вскармливания (50,9%), при перекормливании, злоупотреблении молочными смесями, спонтанном заглатывании воздуха ребенком при кормлении. В основном срыгивания явились «доброкачественным» состоянием, которое спонтанно проходило к 12–18 месяцам после рождения. Однако у большинства детей (75,7%) с синдромом срыгивания и рвоты диагностированным в годовалом возрасте в последующие годы жизни сформировалась стойкая рефлюксная патология ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дуоденогастральный рефлюкс).

В старшем возрасте нами диагностированы другие алиментарные факторы, способствующие дальнейшему закреплению функциональных расстройств органов пищеварения: длительные перерывы в приеме пищи — 18,2% случаев, снижение кратности приема пищи (3 раза и менее у детей дошкольного возраста) — 16,9%; перекармливания — 18,5%, избыток глицидсодержащей и консервированной пищи в рационе питания — 39,1%, еда всухомятку — 20,6%, недостаточное употребление овощей и фруктов (сезонно) — 54,4%, регулярное, длительное употребление жевательной резинки — 20,4%.

Таким образом, углубленный анализ исследуемой популяционной группы позволил выявить ряд дебютных симптомов поражения пищеварительного тракта, играющего важнейшую роль в формировании аллергической патологии организма. Такими симптомам являются запоры в первые месяцы и годы жизни; секреторные поносы и энзимопатии, срыгивания и рвота после употребления в пищу продуктов, содержащих облигатные аллергены или не свойственных для вскармливания ребенка в данном возрасте. Все эти проявления носят функциональный характер и связаны с нарушением



переваривающей, моторно-эвакуаторной функций пищеварительной системы и повреждением системы кишечной цитопротекции, местной иммунной защиты.

Определяющими биологическими и социальными факторами их формирования следует считать высокий удельный вес наследственной отягощенности как по гастроэнтерологической, так и аллергической патологии; патологию беременности и родов (предшествующие аборт, гестозы и др.); нарушения физиологического графика вскармливания и питания ребенка уже с первых дней жизни (позднее прикладывание к груди,

раннее смешанное и искусственное вскармливание, несвоевременное введение прикормов, кормление ребенка продуктами, не свойственных для его возраста или содержащих облигатные аллергены).

Своевременное выявление педиатрами ранних симптомов поражения желудочно-кишечного тракта и адекватная коррекция этих нарушений у детей с риском возникновения аллергической патологии, строгое соблюдение принципов диететики позволят прежде всего предотвратить утяжеление аллергического заболевания и вовлечение в патологический процесс других органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергические болезни у детей/Под ред. М. Я. Студеникина, И. И. Балаболкина. — М., 1998.
2. Боровик Г. Э., Рославцева Е. А., Семенова Н. Н. и др. // Рос. пед. журн. — 1998. — № 5. — С. 42–46.
3. Древаль Д. А., Красногорский И. Н., Ревнова М. О. и др. // Аллергология. — 2002. — № 1. — С. 30–36.
4. Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. Энтероколит у детей. — М., 1994.
5. Ипатов Ю. П., Комарова Л. Г., Перслегина И. А., Шабунина Е. И. Ключи к проблеме гастроэнтерологических заболеваний у детей. — Н. Новгород, 1997.
6. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. — М., 1974.
7. Современные технологии реабилитации детей с алергодерматозами/Под ред. Л. Ф. Казначеевой. — Новосибирск, 2000.
8. Iacono G., Carroccio A., Cavataio F. et al. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1996. — Vol. 97, № 3. — P. 822–827.
9. Williams H. C. // Dermatol. Clinics. — 1995. — Vol. 13. — P. 649–657.
10. Zeiger R. S., Heller S. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1995. — Vol. 95, № 6. — P. 1179–1190.