

Е.П. Ситникова

Ярославская государственная медицинская академия

Состояние пищеварительной системы детей с кардиоревматологической патологией

В СТАТЬЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ВЫЯВЛЕНА ВЫСОКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДАННОЙ КАТЕГОРИИ. СДЕЛАНЫ ВЫВОДЫ О СИНТРОПИИ И ИНТЕРФЕРЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ. ЭТА СВЯЗЬ УКАЗЫВАЕТ НА НЕОБХОДИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КАРДИОЛОГОВ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ДЕТИ, БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СУСТАВОВ, БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Контактная информация:

Ситникова Елена Павловна,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры факультетской
педиатрии с пропедевтикой детских
болезней Ярославской государственной
медицинской академии
Адрес: 150000, Ярославль,
ул. Революционная, д. 5,
тел. (4852) 44-32-17
Статья поступила 09.08.2007 г.,
принята к печати 03.12.2007 г.

136

Болезни органов пищеварения относятся к наиболее распространенным у детей, «уступая» лишь патологии дыхательной системы. Возникнув в детском и подростковом возрасте, поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не только снижают качество жизни ребенка, но и определяют его будущее здоровье и работоспособность [1].

В медицинской литературе в настоящее время появились термины «синтропия», «интерференция», «мультиморбидность», «коморбидность», обозначающие связь различных заболеваний между собой [2]. Наиболее часто в педиатрической практике говорят о синтропии (наличии 2 или более патогенетически связанных заболеваний) и интерференции (влиянии одного заболевания на другое). Оба термина применимы к взаимоотношениям между гастроэнтерологической, кардиальной и ревматологической патологией. Установлено, что, несмотря на гетерогенность патогенеза хронической патологии органов пищеварения и многих заболеваний сердечно-сосудистой системы, существует и общность ряда факторов нервно-гуморального, наследственного, инфекционного, экологического и социального характера, ответственных за их возникновение [3, 4]. Это приводит к утяжелению течения основного заболевания, к полиорганности патологии в рамках одной системы с вовлечением в процесс сопряженных органов (изолированное поражение только пищеварительного органа у детей является исключением), к возникновению сочетанной патологии других органов и систем.

Наблюдение за 562 детьми (мальчики 49,8%) в возрасте от 1 мес до 15 лет, которые находились в 2006–2007 гг. на лечении в детском кардиологическом отделении по поводу болезней сердца и суставов позволило оценить функциональные изменения и патологические состояния пищеваритель-

Ye.P. Sitnikova

Yaroslavl' State Medical Academy

**Status of digestive system
of the children, suffering
from cardioreumatologic
pathology**

THE ARTICLE PROVIDES THE FINDINGS OF OBSERVATION FOR THE CHILDREN, SUFFERING FROM CARDIOREUMATOLOGIC PATHOLOGY. THE AUTHOR REVEALS THE HIGH SPREAD OF THE GASTROINTESTINAL TRACT DISEASES AMONG THE CHILDREN FROM THIS CATEGORY. SHE MAKES A NUMBER OF CONCLUSIONS ON THE SYNTROPY AND INTERFERENCE OF DIGESTIVE AND CARDIOVASCULAR SYSTEM DISEASES. THIS RELATION INDICATES THE NECESSITY TO CARRY OUT A COMPLEX EXAMINATION OF THE CHILDREN AND PROVIDE INTERACTION BETWEEN THE CARDIOLOGISTS AND GASTROENTEROLOGISTS.

KEY WORDS: CHILDREN, HEART AND JOINT DISEASES, DISEASES OF THE DIGESTIVE ORGANS.

ной системы у данной категории детей. Помимо базисного кардиологического обследования (ЭКГ, эхокардиография, мониторинг артериального давления и ЭКГ по Холтеру, биохимические и серологические исследования), детям проводилось обследование по поводу выявленных клиничко-анамнестическими методами нарушений со стороны ЖКТ и гепатобилиарной системы (эзофагогастродуоденоскопия, рН-метрия, УЗИ органов брюшной полости, бактериологические и серологические исследования, копрограмма и др.).

В результате обследования симптомы поражения ЖКТ выявлены у 318 (56,6%) больных. Спектр форм патологии системы пищеварения был широким. В связи с этим, следуя принципам синтропии и интерференции заболеваний, мы разделили больных с изменениями со стороны пищеварительной системы на группы в зависимости от основной кардиологической или ревматологической патологии.

1-ю группу составили 109 детей, у которых сердечно-сосудистая патология была обусловлена вегетативной дисфункцией. Пациенты поступали на обследование и лечение с диагнозом «вегетососудистая дистония» или «функциональная кардиопатия» и жалобами на периодическую слабость, обмороки, мигрени, потливость, непереносимость транспорта, тахи- и брадикардию, нарушение ритма и т.д. При углубленном исследовании системы пищеварения в этой группе были выявлены:

- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в период обострения — у 15 (14%) детей;
- хронический гастрит и гастродуоденит в период обострения — у 31 (28%) ребенка (из них у 8 — эрозивный гастродуоденит);
- хронический атрофический гастрит — у 3 (3%) детей;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — у 21 (19%) ребенка;
- хронический холецистит и холецистохолангит — у 5 (5%) детей;
- желчнокаменная болезнь — у 2 (2%) детей.

Дискинезия желчевыводящих путей на фоне деформаций желчного пузыря диагностирована у 95 (87%) детей, реактивный панкреатит — в 10 (9%) случаях. Практически у всех пациентов этой группы патология пищеварительной системы носила сочетанный характер.

Ранее проведенными исследованиями [4–6] установлено, что в реализации хронических гастродуоденальных болезней у детей и формировании у них нарушений функций желудка и двенадцатиперстной кишки имеют значение не только местные, но и системные механизмы гомеостаза, включая автономную нервную и гуморальную системы. Клинические проявления заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, характер морфологического субстрата и способность к восстановлению напрямую определяются глубиной нарушений нейрогуморальной системы [6]. В основе развивающегося дисбаланса могут лежать конституциональная неполноценность, а также перинатальное повреждение мозговых структур ребенка гипоксическим ишемическим генезом. Гипоксия негативно воздействует на эмбриогенез супрасегментарных и вегетативных образований, что в дальнейшем проявляется снижением адаптивных возможностей автономной нервной системы в постнатальном периоде. При неблагоприятных ро-

дах происходит альтерация вегетативных образований, локализованных в ЦНС [7].

Установлено, что у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта и нарушениями моторной и секреторной функций имеется неполноценность надсегментарного отдела вегетативной нервной системы, в частности структур гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса [7]. Клинически это проявляется признаками периферической дисфункции автономной нервной системы разной степени выраженности и нарушением функций органов пищеварения. Структурно-функциональная недостаточность способна декомпенсировать конституциональные, а также перинатальные дисфункции гипоталамуса и в целом структур лимбико-ретикулярного комплекса. Дисбаланс может формироваться на любом этапе развития ребенка и проявляться при перенапряжении адаптивных механизмов. Роль триггеров играет при этом группа экзогенных факторов [4–6]. 2-ю группу составили пациенты с заболеваниями суставов, этиология и патогенез которых традиционно ассоциируется с заболеваниями пищеварительной системы. В эту группу вошли 105 детей с артритом (ювенильный ревматоидный артрит, ювенильный хронический артрит, реактивные артриты). По результатам копрологических, бактериологических и серологических исследований у них выявлены: лямблиоз — у 62 (59%) детей, амебиаз — у 5 (5%), энтеробиоз — у 10 (10%), аскаридоз — у 8 (8%), токсокароз — у 3 (3%), дифиллоботриоз — у 2 (2%). Повышение в плазме крови титра антител к бактериям кишечной группы установлено у 40 (38%) обследованных. У 30 (29%) пациентов этой группы определено наличие в анамнезе в течение последних 3 лет острого энтерита, колита, энтероколита, по поводу которых дети получали массивную терапию антибиотиками, бактериофагами и пробиотиками в высоких дозах. При использовании эндоскопических методов исследования у 42 (40%) детей с артритом выявлены хронический гастрит и гастродуоденит, у 7 (7%) — эрозивный гастродуоденит, у 5 (5%) — язвенная болезнь, у 3 (3%) — хронический энтероколит. У 1 ребенка диагностирована болезнь Крона.

3-ю группу составил 21 пациент, у которых патология пищеварительной системы была ассоциирована с терапией болезнью суставов. У одного больного выявлена язва желудка, индуцированная нестероидными противовоспалительными препаратами. Симптомы дисбактериоза кишечника на фоне предыдущего лечения антибиотиками определялись у 13 (62%) детей. Признаки стеатогепатоза установлены у 6 (29%) пациентов, получавших терапию стероидами и метотрексатом. Хронический гепатит диагностирован у 1 ребенка, неоднократно оперированного по поводу сопутствующей патологии ЦНС.

4-ю группу составили 34 ребенка, у которых врожденная патология сердечно-сосудистой системы сочеталась с врожденными заболеваниями системы пищеварения (чаще в виде малых аномалий развития). В данном случае речь идет о полисистемном нарушении процессов закладки и развития органов, о сочетанной патологии раннего антенатального периода.

5-ю группу составили 31 ребенок грудного возраста с врожденными пороками сердца «бледного типа», осложненными «ранней» недостаточностью кровообращения,

которая манифестировала в возрасте от 1 до 4 мес, т.е. в фазе гемодинамической адаптации. У 9 (29%) больных этой группы был открыт артериальный проток, у 10 (32%) — дефект межжелудочковой и у 12 (39%) — межпредсердной перегородки. У большинства детей при кормлении отмечалось беспокойство и плач, отказ от груди матери, ухудшение аппетита, срыгивание и рвота с развитием синдрома трофологической недостаточности — отставание в физическом развитии (гипотрофия I–II степени), снижение тургора тканей и эластичности кожи и др. Эти симптомы заставляли врачей и родителей искать патологию пищеварительной системы, в том числе хирургическую, и проверять качество грудного молока [8].

Исследования по изучению микрогемоциркуляции при врожденных пороках сердца с артериовенозным сбросом крови позволили установить причины этого синдрома у данной категории больных [9, 10]: а) феномен патологической централизации микрогемодинамики; б) синдром капилляротрофической недостаточности; в) синдром несоответствия транкапиллярного кровотока сердечному выбросу крови.

Нутритивная поддержка детей с врожденными пороками сердца является необходимым элементом лечения. У 23 больных, находившихся при поступлении в стационар на искусственном вскармливании, мы использовали заменитель грудного молока «Нутрилон Комфорт» (Нутриция, Голландия), поскольку у больных были функциональные нарушения со стороны органов пищеварения. Частичный гидролизат сывороточного белка, пониженное содержание лактозы, наличие β -пальмитата и прежелатинизированного картофельного крахмала в составе данного продукта способствовали значительно уменьшению и (чаще) полному устранению функциональных нарушений пищеварения (колики, запора, срыгиваний) у наблюдавшихся детей. После подбора терапии основного заболевания и коррекции нарушений

со стороны системы пищеварения постепенно переходили на смесь «Нутрилон-1» или «Нутрилон-2» (в зависимости от возраста). В состав обоих продуктов входят пребиотики IMMUNOFORTIS, которые являются уникальной запатентованной смесью короткоцепочечных галактоолигосахаридов и длинноцепочечных фруктоолигосахаридов близкой к олигосахаридам грудного молока в отношении содержания галактозы и распределения молекулярной массы [11]. Именно благодаря такой структуре пребиотики IMMUNOFORTIS обладают естественными бифидогенными свойствами, подобно олигосахаридам женского молока и способствуют естественному укреплению иммунитета ребенка [12]. В 3 случаях детям со стойкими срыгиваниями был назначен «Нутрилон Антирефлюкс».

В 6-ю группу отнесено 18 пациентов, оперированных по поводу врожденных пороков сердца. Фаза адаптации у этих детей также была осложнена недостаточностью кровообращения; по данным УЗИ, у них длительное время после хирургической коррекции порока сердца сохранялись явления кардиального фиброза печени.

Таким образом, в результате проведенного анализа нами выявлен большой спектр гастроэнтерологических проблем при патологии сердца и суставов у детей. Количество диагностических ошибок, которые могут возникнуть в таких случаях, очень велико как по объективным, так и по субъективным причинам. При этом поздняя диагностика хронических заболеваний ЖКТ может иметь крайне негативные последствия для здоровья детей. Синтропию и интерференцию заболеваний пищеварительной и сердечно-сосудистой систем нельзя считать случайной. Эта связь подчеркивает необходимость комплексного обследования детей и взаимодействия кардиологов и гастроэнтерологов. Медикаментозная коррекция выявленных нарушений помогла облегчить течение основной патологии и улучшить прогноз.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Детская гастроэнтерология. Избранные главы. Под ред. Баранова А.А., Климанской Е.В., Римарчук Г.В. — М., 2002. — С. 592.
2. Белоусов Ю.В. Кардиологические аспекты детской гастроэнтерологии. Материалы 14-го Конгресса детских гастроэнтерологов России. — М., 2006. — С. 50–51.
3. Неудачин Е.В. Новые теоретические и практические аспекты хронической стрессовой реакции у детей / Сборник научных трудов РГМУ. — М., 2001. — С. 77–83.
4. Ситникова Е.П. Кислотозависимые заболевания у детей: особенности течения и нейрогуморальной регуляции: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 2004. — С. 48.
5. Ситникова Е.П., Солодчук О.Н. Состояние вегетативного гомеостаза при кислотозависимой патологии у детей / Сб. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». — М., 2002. — С. 66–68.
6. Ситникова Е.П. К вопросу о функциональных нарушениях желудка у детей // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 4, № 5. — С. 12–17.
7. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. — М., 2000. — С. 752.
8. Котлукова Н.П., Симонова Л.В., Радькова Е.В. и др. Гастроэнтерологические проблемы у новорожденных и грудных детей с врожденными пороками сердца / Материалы 13-го Конгресса детских гастроэнтерологов России. — М., 2007. — С. 59–61.
9. Николаева Т.Н. Состояние микрогемоциркуляции при врожденных пороках сердца с артериовенозным сбросом крови у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1987. — С. 18.
10. Кораблев А.В., Николаева Т.Н. Очерки по функциональной патоморфологии. — М.: РГМУ, 2002. — С. 112.
11. Boehm G., Jelinek J., Stahl B. et al. Prebiotics in infant formulas // J. Clin. Gastroenterol. — 2004. — V. 38, № 6. — P. 76–79.
12. Bruzzese E., Volpicelli M., Salvini F. et al. Early administration of GOS/FOS prevents intestinal and respiratory infections in infants // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2006. — V. 42, № 5. — P. 95.