

*І.В. Корендович, Т.О. Бабенко*

*Національний медичний  
університет ім. О.О. Богомольця,  
м. Київ*

# ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

## Резюме

У статті наведено сучасні літературні дані та результати власного дослідження ролі психотравмуючих чинників зовнішнього середовища у розвитку функціональних розладів шлунково-кишкового тракту в дітей. Під час роботи з дітьми та підлітками з функціональними розладами потрібно враховувати не лише клінічні прояви, а й негативний стрес із подальшим їх усуненням, що, у свою чергу, може сприяти зменшенню частоти даних розладів у дорослому віці.

## Ключові слова

Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, негативний стрес.

Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (ФР ШКТ) — це різноманітні комбінації хронічних та/чи рецидивуючих симптомів, що часто свідчать про порушення рухової функції та чутливості ШКТ [1, 2]. Не несучи загрози для життя пацієнта, вони значно погіршують якість життя. Найчастіше функціональні захворювання діагностують в осіб молодого працездатного віку (20-45 років). Це спричиняє великі економічні збитки для суспільства [2, 3], оскільки поширеність диспепсичних скарг серед дорослого населення досягає 45% (хоча по медичну допомогу звертаються лише до 25% пацієнтів). Поширеність одного з варіантів ФР, синдрому подразненої кишки (СПК), серед дітей різних вікових груп різна і переважає у критичні вікові періоди: 4-7 років — 21,2%, 12-15 років — 19,4% [3]. Зважаючи на схожі статистичні дані серед дорослих, є імовірність існування не лише генетичної схильності, а й інших механізмів, що запускаються тригерними чинниками та беруть свій початок у дитячому віці. Механізми виникнення ФР різноманітні та визначаються насамперед анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму, вегетативними дисфункціями, нерідко пов'язаними із психоемоційними й стресовими чинниками [4]. Психологічний стрес, у свою чергу, здатен індукувати порушення гастро-дуоденальної моторики, підвищення вісцеральної чутливості та можливі зміни з боку центральної нервової системи (ЦНС) (тривога, депресія) [5]. Це може призвести до збільшення частоти та інтенсивності больових відчуттів, а також до по-

силення психологічного дистресу [2]. Від третини до половини всіх випадків ФР ШКТ дорослого віку мають дану проблему з дитинства [3]. Отже, актуальність та соціальна значущість обраної теми обумовлюється поширеністю ФР ШКТ серед дітей середнього та старшого шкільного віку та можливими наслідками даних розладів.

Враховуючи вищезазначене, була визначена **мета даної роботи**: оцінити роль негативно-го стресу у розвитку функціональних розладів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей та підлітків.

## Матеріали та методи

Дане обсерваційне дослідження проводилося на базі Бориспільського навчально-виховного комплексу «Гімназія "Перспектива"», Бориспільського НВК «Ліцей "Дизайн-освіта"» імені Павла Чубинського, Бориспільської спеціалізованої школи I-III ступенів № 5 імені Костянтина Могилки протягом грудня 2014 — лютого 2015 років. У ньому могли взяти участь діти та підлітки віком від 10 до 17 років. Критеріями виключення були діти віком до 10 років і підлітки старші за 17 років.

Після згоди дитини на включення її у дослідження їй було запропоновано заповнити індивідуальну анкету — опитувальник функціональних розладів шлунково-кишкового тракту, що складається з п'яти розділів: «А», «Б», «В», «Г», «Д». У розділі «А» дитині пропонувалося відповісти на низку демографічних (вік, стать) та соціальних (звички, хобі, проведення вільного часу) запитань.

© І.В. Корендович, Т.О. Бабенко

Розділи «Б»-«Д» склалися із запитань, запропонованих Римським комітетом з вивчення функціональної патології органів ШКТ (2006 р.). Розділи «Б» і «В» стосувалися диспепсичних скарг і больового синдрому в різних ділянках живота, а саме вище, навколо та нижче пупка. Розділ «Б» складався з 14 запитань. Перші п'ять запитань стосувалися наявності больового синдрому у верхній частині живота та диспепсичних скарг. Вісім останніх запитань стосувалися частоти та характеру випорожнень, розладів серцево-судинної та нервової систем і опорно-рухового апарату, які могли турбувати дитину чи підлітка, та були оцінені за 5-бальною інтервальною шкалою Лайкерта (0 — ніколи, 5 — завжди).

Розділ «В» також складався з 14 питань. У цій частині перші чотири та чотирнадцять запитання стосувалися наявності больового синдрому в зоні навколо та нижче пупка й диспепсичних скарг. Інші питання були оцінені за 5-бальною інтервальною шкалою Лайкерта (0 — ніколи, 5 — завжди): з 5-го по 8-е запитання стосувалися частоти та характеру випорожнень, а з 9-го по 13-е — розладів серцево-судинної та нервової систем і опорно-рухового апарату, які могли турбувати дитину чи підлітка.

У розділі «Г» містилися питання про частоту і характер випорожнень протягом останніх 2 місяців. Він складався з дев'яти запитань. Перші три, а також восьме та дев'яте запитання стосувалися визначення характеру випорожнень дітей та підлітків за останній період. З четвертого по сьоме запитання були оцінені за 5-бальною інтервальною шкалою Лайкерта (0 — ніколи, 5 — завжди).

У частині «Д» були запропоновані запитання про інші диспепсичні симптоми, що характерні, зокрема, й для функціональних розладів, які могли турбувати дитину чи підлітка. Даний розділ складався з шести запитань. Перші чотири були оцінені за 5-бальною інтервальною шкалою Лайкерта (0 — ніколи, 5 — завжди). Наступні два запитання стосувалися диспепсичних скарг у дітей та підлітків. Отримані результати були занесені до таблиці та обчислені відповідно до інструкції з роботи з опитувальником.

Оскільки метою нашого дослідження було оцінити роль негативного стресу у розвитку ФР ШКТ, усі діти та підлітки, що погодилися взяти участь у дослідженні та заповнили анкету-опитувальник, були розділені на дві групи. Першу групу склали особи, що постійно або щонайменше протягом двох останніх років проживали на території м. Борисполя. До другої групи увійшли діти, що під впливом зовнішніх негативних обставин були переселені до м. Борисполя зі східної частини України протягом 2014 року.

Зважаючи на те, що дане дослідження проведено на вибірковій сукупності, для характеристики статистичних параметрів і можливості їх оцінки для генеральної сукупності розраховувалась середня похибка відповідного показника ( $m$ ). Для оцінки статистичної значущості різниці між порівнюваними групами використовувалась  $t$ -критерій. Розраховані показники оцінювалися при заданому граничному рівні похибки першого роду не вище ніж 5% —  $p < 0,05$ . Такий методичний підхід забезпечив достатній рівень статистичної потужності дослідження (не нижче ніж 80%). Статистична обробка проводилась із використанням статистичних програм Microsoft Office Excel 2007.

### Результати та їх обговорення

У наше дослідження увійшло 65 дітей віком від 10 до 17 років. Першу групу склали 37 дітей, серед них хлопців — 18 (48,64%), дівчат — 19 (51,35%). У другу групу увійшло 28 дітей: 13 (46,42%) хлопців та 15 (53,57%) дівчат. Статистично значущої різниці за статтю між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ). При проведенні обробки результатів дослідження нами були окремо проаналізовані діти середнього (10-13 років) та старшого (14-17 років) шкільного віку.

Функціональні розлади частіше реєструвалися серед підлітків 14-17 років. Особливістю клінічної картини дітей та підлітків як I, так і II дослідної груп стала наявність двох або більше розладів з боку ШКТ. Однак комбінація розладів переважала серед дітей-переселенців (II група). Найчастіше одночасно проявлялися функціональна диспепсія, синдром подразненої кишки та аерофагія. Даний «перехрест» був зареєстрований у 4 (36,4%) дітей II групи віком від 10-13 років та у 8 (47,0%) підлітків віком 14-17 років.

Під час аналізу дітей віком 10-13 років було виявлено, що ФД, так само, як й СПК, статистично значуще частіше виявлялися серед хлопців та дівчат II групи ( $p < 0,05$ ) зі значною перевагою СПК у дівчат ( $p < 0,05$ ). Аерофагія визначалася з однаковою частотою у дітей як I, так і II дослідних груп. Серед підлітків віком 14-17 років ФД та СПК мали аналогічну тенденцію з переважанням у II групі ( $p < 0,05$ ). Однак у старшому віці аерофагія частіше відмічалася у хлопців II дослідної групи ( $p < 0,05$ ). Отримані дані наведені у табл. 1.

Досить часто пацієнти з ФР ШКТ мають супутні скарги, зокрема на біль у різних частинах тіла, головний біль, поганий сон, виражену слабкість. Ми оцінили вираженість даних симптомів у дітей. Отримані дані продемонстровані у табл. 2.

**Таблиця 1. Частота різних типів функціональних розладів у дітей та підлітків I та II досліджуваних груп (n,%)**

Функціональний розлад	Діти віком 10-13 років				Підлітки віком 14-17 років				P <sub>I-II</sub> (10-13 р)	P <sub>I-II</sub> (14-17 р)
	I група (n=14)		II група (n=11)		I група (n=23)		II група (n=17)			
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата		
Функціональна диспепсія	0	0	2 (18,2%)	2 (18,2%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)	5 (29,4%)	5 (29,4%)	<0,05	<0,05
Синдром подразненої кишки	0	3 (21,4%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)	2 (11,8%)	5 (29,4%)	<0,05	<0,05
Аерофагія	1 (7,2%)	0	1 (9,1%)	0	4 (17,4%)	2 (8,7%)	4 (23,5%)	3 (17,6%)	>0,05	>0,05
Наявність двох або більше розладів	0	0	2 (18,2%)	2 (18,2%)	3 (13,1%)	1 (4,3%)	5 (29,4%)	3 (17,6%)	<0,05	<0,05

**Таблиця 2. Характеристика інших розладів у дітей та підлітків I та II досліджуваних груп (n,%)**

Інші скарги	Діти віком 10-13 років				Підлітки віком 14-17 років				P <sub>I-II</sub> (10-13р)	P <sub>I-II</sub> (14-17р)
	I група (n=14)		II група (n=11)		I група (n=23)		II група (n=17)			
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата		
Головний біль	1 (7,1%)	2 (14,3)	2 (18,2%)	3 (27,3%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	7 (41,2%)	7 (41,2%)	<0,05	<0,05
Поганий сон	1 (7,1%)	1 (7,1%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)	2 (11,8%)	5 (29,4%)	<0,05	<0,05
Біль у руках, ногах, спині	0	1 (7,1%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	6 (35,3%)	5 (29,4%)	>0,05	>0,05
Виражена слабкість	1 (7,1%)	0	2 (18,2%)	2 (18,2%)	5 (21,7%)	1 (4,3%)	6 (35,3%)	3 (17,6%)	<0,05	<0,05
Чи пропускав фізичну активність?	1 (7,1%)	0	1 (9,1%)	0	4 (17,4%)	1 (4,3%)	5 (29,4%)	2 (11,8%)	>0,05	<0,05

Вищевказані додаткові симптоми частіше реєструвалися у підлітків віком 14-17 років, ніж у дітей середнього шкільного віку. При порівнянні частоти симптомів між I та II дослідними групами нами було відмічено, що додаткові симптоми частіше реєструються у дітей II дослідної групи обох вікових категорій (p<0,05).

Незважаючи на досягнуті успіхи у вивченні функціональних розладів, питання досі є недостатньо розкритим. Актуальність та соціальна значущість обраної теми обумовлюються поширеністю ФР ШКТ серед дітей середнього та старшого шкільного віку та можливими наслідками даних розладів у старшому працездатному віці. Згідно з даними літератури, найчастішими причинами розвитку ФР у дитячому віці є стрес та психологічна травма дитини. ФР частіше реєструються у критичні вікові періоди, зокрема у віці 14-17 [6], що не суперечить даним нашого дослідження. Термін «біль» визначається як неприємне сенсорне та емоційне переживання, що пов'язане з істинним чи потенційним пошкодженням тканини [7, 8]. Тому вираженість, час появи та локалізація болю значною мірою залежать від емоційного стану особи на момент його появи. Враховуючи вищеописане різноманіття скарг при ФР, можна припустити, що в цьому і полягає причина мож-

ливої наявності багатьох симптомів в одній дитини.

Спрямоване на поліпшення розуміння та максимальне покращення якості медичної допомоги дітям та підліткам із даною групою розладів. Емоційні стани, які викликають епізоди болю в животі, провокують появу закрепів, проносів, аерофагії та інших симптомів, повинні бути визначені і, за можливості, ліквідовані. Доведено, що діти з постійним абдомінальним болем мають вищі рівні тривоги і депресії, ніж здорові діти. Високий рівень депресії, у свою чергу, індукує розвиток розладів, який можна прогнозувати більш ніж на 5 років [2, 6]. Діти шкільного віку стверджують, що вони зовсім не орієнтуються й не обізнані з проблемою ФР. Схвальні укріплення хворобливого стану дитини батьками сприяють хронізації абдомінального болю [2]. Діти, чиї мами посилюють і загострюють увагу на ФР, мають значно сильніший і триваліший біль у животі і набагато більше пропускають навчання порівняно з дітьми без ФР [2]. Уважне спостереження за поведінкою дитини, своєчасне реагування на відхилення, досягнення дитиною стану емоційної рівноваги та психологічного комфорту в сім'ї та школі, пояснення дитині причин розвитку того чи іншого розладу — першочергові рекомендації щодо ведення ФР ШКТ у дітей. Навчання контролю симптомів

ФР вже у дитячому та підлітковому віці сприятиме зменшенню захворюваності на ФР ШКТ у дорослому віці.

### Висновки

Визначено, що функціональні розлади частіше реєструвалися у віці 14-17 років та з більшою частотою ( $p < 0,05$ ) у дітей, які зазнали впливу психотравмуючих чинників зовнішнього середовища. Виявлено, що в дітей та підлітків II дослідної групи частіше визна-

чалися два або більше розладів з боку шлунково-кишкового тракту: найчастіше одночасно проявлялися функціональна диспепсія, синдром подразненої кишки та аерофагія ( $p < 0,05$ ). Під час роботи з дітьми та підлітками з функціональними розладами потрібно враховувати не лише клінічні прояви, а й зовнішні психотравмуючі чинники з подальшим можливим їх усуненням, що, у свою чергу, може сприяти зменшенню частоти даних розладів у дорослому віці.

### Список використаної літератури

1. Психофармакологічний підхід з використанням селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну у терапії функціональної диспепсії / І.В. Корендович, А.С. Свінцицький, К.М. Ревенок, С.О. Малярів // Лікарська справа. Врачебное дело. — 2014. — № 10. — С. 58-64.
2. Rome III The Functional Gastrointestinal Disorders / D. Drossman, E. Corazziari, M. Delvaux [et al.] // Yale University Section of Digestive Disease: Degnon Associates, 2006. — Ed. 3. — 1052 p.
3. Dyspeptic symptoms in the general population: A factor and cluster analysis of symptom groupings / H. Piessevaux, B. De Winter, E. Louis [et al.] // Neurogastroenterol Motil. — 2009. — Vol. 21. — P. 378-388.
4. Ткач С.М. Функціональна диспепсія и хронический гастрит: сходство и различия / С.М. Ткач // Гастроентерологія. — 2014. — № 3. — С. 103-108.
5. Functional abdominal pain syndrome / R.E. Clouse, E.A. Mayer, Q. Aziz [et al.] // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1492-1497.
6. Van Oudenhove L. The role of psychosocial factors and psychiatric disorders in functional dyspepsia / L. Van Oudenhove, Q. Aziz // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2013. — Vol. 10. — P. 158-167.
7. Farmer A.D. Mechanisms of visceral pain in health and functional gastrointestinal disorders / A.D. Farmer, Q. Aziz // Scandinavian Journal of Pain. — 2014. — Vol. 5. — P. 51-60.
8. Farmer A.D. Visceral pain hypersensitivity in functional gastrointestinal disorders / A.D. Farmer, Q. Aziz // British Medical Bulletin. — 2009. — Vol. 91. — P. 123-136.

Надійшла до редакції 04.07.2016

### FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

I.V. Korendovych, T.O. Babenko

#### Abstract

The article presents contemporary literature data and the results of own investigation of the role of stressful environmental factors in the development of functional gastrointestinal disorders in children. When working with children and adolescents with functional disorders, one should take into account not only clinical manifestations, but also negative stress with its subsequent removal, which in turn may help to reduce the frequency of functional disorders in the adult age.

**Keywords:** functional gastrointestinal disorders, negative stress.

Міністерство охорони здоров'я України  
 Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської ОДА  
 ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»  
 Прикарпатське товариство терапевтів

## II Міжнародна науково-практична конференція:

# «Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів»

(присвячена пам'яті академіка НАМН України Є.М. Нейка)

6-7 жовтня 2016 року

Маємо за честь запросити Вас взяти участь у II Міжнародній науково-практичній конференції: «Терапевтичні читання: сучасні аспекти діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів», присвяченої пам'яті академіка НАМН України Є.М. Нейка, яка відбудеться 6-7 жовтня 2016 року в м. Івано-Франківську та м. Яремча.

Програма засідань розрахована не тільки на терапевтів, але й пульмонологів, кардіологів, нефрологів, гастроентерологів, ендокринологів, ревматологів, гематологів, а також на наших колег, які працюють у первинній ланці охорони здоров'я — лікарів загальної практики та сімейної медицини та терапевтів, і для представників суміжних спеціальностей — неврологів, фізіотерапевтів, фахівців із функціональної діагностики. Плануються виступи провідних вчених терапевтичної галузі України та зарубіжжя і мастер-класи за їх участю.

Цей науково-практичний захід внесений до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться в 2016 році» МОЗ та НАМН України (посвідчення № 198 від 01.07.2015 р.).

Під час окремої сесії буде проведений конкурс молодих вчених та сесія стендових доповідей. У межах форуму працюватиме виставка лікарських засобів та виробів медичного призначення. Після завершення конференції всі учасники отримають сертифікати затвердженого зразка.

### Тематика конференції:

- внутрішня медицина;
- кардіологія;
- пульмонологія;
- гастроентерологія;
- ревматологія;
- алергологія;
- нефрологія;
- гематологія;
- ендокринологія;
- фізіотерапія та реабілітація.

Реєстрація учасників — 6 жовтня 2016 року о 8:30  
 Відкриття конференції — 6 жовтня 2016 року о 9:30

Адреса: м. Івано-Франківськ, вул. Незалежності, 46, кіноконцертний зал «Арена-центр».

Адреса оргкомітету:

м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

тел. для довідок: +38050540343 — Вакалюк Ігор Петрович,

+380503388571 — Яцишин Роман Іванович,

+380509501166 — Герич Петро Романович.