

УДК 616.33/.34-053.36-08:616-056.3

О.Г. Шадрін, Т.Л. Марушко, Т.Ю. Радущинська,  
Р.В. Марушко, В.М. Фисун, А.А. Ковальчук, Н.Ю. Бондаренко

## Харчова непереносимість у патогенезі функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту в дітей раннього віку: підходи до діагностики та лікування

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2016.1(65):104-111;doi 10.15574/PP.2016.65.104

**Мета** — вивчити клініко-параклінічні особливості гастроінтестинальних проявів харчової непереносимості та підвищити ефективність їх лікування.  
**Пацієнти та методи.** На підставі клініко-параклінічного обстеження 147 дітей раннього віку з функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту виділено 65 пацієнтів, у яких гастроінтестинальні розлади носили вторинний характер на фоні харчової непереносимості. Залежно від тактики лікування діти з харчовою непереносимістю були розділені на дві групи: основну (40 дітей, які поряд із симптоматичною терапією гастроінтестинальних розладів отримували лікування основного захворювання) та групу порівняння (25 дітей, які отримували виключно симптоматичне лікування згідно з протоколами).  
**Результати.** У 44,2% дітей раннього віку з гастроінтестинальними розладами виявлено харчову непереносимість (неалергічну гіперчутливість до їжі). Включення до комплексу терапії як симптоматичного лікування (симетикон, прокінетики, спазмолітики та ін.), так і лікування основного захворювання (залежно від причини харчової непереносимості — ферменти, жовчогінні, пробіотики тощо) дало змогу досить швидко усунути або значно зменшити інтенсивність клінічних проявів функціональних розладів шлунково-кишкового тракту у 90% дітей.  
**Висновки.** Гастроінтестинальні розлади в дітей з харчовою непереносимістю клінічно не відрізняються від функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту, але характеризуються високою інтенсивністю, поєднанням розладів у різних відділах шлунково-кишкового тракту, недостатньою ефективністю застосування симптоматичного лікування. Для підвищення ефективності лікування дітей з вторинними гастроінтестинальними розладами необхідна своєчасна діагностика харчової непереносимості та лікування основного захворювання.  
**Ключові слова:** діти раннього віку, шлунково-кишковий тракт, функціональні захворювання, харчова непереносимість, лікування.

### Вступ

Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) посідають одне з провідних місць у структурі патології органів травлення в дітей. Їх поширеність у теперішній час становить близько 15% і має тенденцію до збільшення. За визначенням Римського III Консенсусу, прийнятого на підставі принципів доказової медицини у 2006 р., функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) — це порушення функції органів травлення, які пов'язані зі зміною їх регуляції та супроводжуються різноманітною комбінацією гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень. ФГР погіршують стан здоров'я дітей, досить часто супроводжуються розвитком ускладнень, мають довготривалі негативні наслідки, що пояснює необхідність удосконалення методів їх діагностики та лікування.

Відповідно до міжнародної Римської класифікації та протоколів МОЗ України, до ФГР у дітей раннього віку належать синдром регургітації (Infant Regurgitation або маюкова регургітація), синдром румінації (Infant Rumination Syndrome), синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome), кишкові кольки (або маюкові кольки — Infant Colic), функціональна діарея (Functional Diarrhea), дисchezія (дитяча дисchezія — Infant Dyschezia), функціональний закреп (Functional Constipation).

З точки зору практикуючого педіатра, серед дітей раннього віку найбільш поширеними формами ФГР є кишкові кольки, маюкова регургітація та порушення частоти і характеру випорожнень (діарея, закреп).

За даними епідеміологічних досліджень, кишкові кольки є найбільш поширеним видом ФГР серед дітей першого року життя. Вони реєструються у 10–15%, а за деякими даними, — у 30–70% немовлят [6, 20]. За даними Ю.В. Белоусова, поширеність маюкових кольок серед дітей перших місяців життя становить від 5 до 19% серед доношених і близько 70% — серед недоношених дітей [7].

Малюкові кишкові кольки — одна з найчастіших причин занепокоєння батьків та їх звернення до лікаря.

Численні дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених показали, що кишкові кольки мають тривалі негативні наслідки. Передусім це стосується порушення тривалості сну дитини (зменшення загальної тривалості сну протягом доби та часті пробудження дитини) і негативного впливу на стан нервової системи дитини (при обстеженні неврологом у дітей частіше виявляються синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, вегетативні дисфункції) [3]. У дітей, які мали тривалі та інтенсивні кольки в ранньому віці, порушення сну зберігаються і в більш старшому віці. Так, наприклад, у віці 3 років серед дітей, які мали маюкові кольки, порушення сну (труднощі із засинанням, часті пробудження тощо) спостерігаються в 3 рази частіше, ніж у групі контролю, а негативні варіанти поведінки, агресія, порушення харчової поведінки — у 6 разів частіше, ніж у групі контролю [22, 23].

Аналогічні проблеми зберігаються в дітей шкільного віку, які в анамнезі мали маюкові кишкові кольки. Дослідження психологів показали, що в цих дітей набагато частіше порівняно з групою контролю спостерігаються негативні емоції за шкалою темпераменту, гіперактивність, порушення поведінки, психосоматичні проблеми. Для цієї категорії дітей характерним є поганий настрій під час їди, біль, часте стаціонарне лікування, скарги на біль у животі. Порушення сну в немовлят проєктуються в дорослому віці підвищеною тривожністю, агресією, порушенням функцій уваги та зосередження [24].

До найбільш поширених серед дітей раннього віку гастроінтестинальних розладів належить маюкова регургітація (синдром зригувань) — пасивний викид вмісту шлунка до ротової порожнини та назовні. Як відомо, схильність до зригувань у ранньому віці пов'язана з анатомо-фізіологічними особливостями верхніх відділів ШКТ — відносна слабкість нижнього стравохідного сфінктера при

добре сформованому пілоричному сфінктеру, шароподібна форма шлунка та його малий об'єм, незрілість регуляції системи просунання їжі по ШКТ (гіпокінетичний тип моторики, її лабільність і легкість виникнення дискоординації роботи сфінктерів у відповідь на вплив різноманітних негативних чинників).

Зригування можуть призвести до розвитку таких ускладнень, як езофагіт, анемія, аспіраційна пневмонія, затримка фізичного розвитку, і навіть спричинити раптову смерть дитини. Субклінічне ураження стравоходу (рецидивний езофагіт) при даній формі ФГП у дітей раннього віку може привести до формування езофагеальної рефлюксної хвороби, тяжкими ускладненнями якої в дітей старшого віку та дорослих є стриктури, стравохід Баррета, аденокарцинома стравоходу. Крім того, малюкова регургітація корелює з погіршенням якості життя сім'ї дитини.

Загальноприйнятими механізмами розвитку синдрому зригувань, як функціонального захворювання, є підвищення тиску в шлунку та черевній порожнині (аерофагія, переїдання, метеоризм, порушення моторики верхніх і нижніх відділів ШКТ, напруження дитини при кишкових кольках). Детальне опитування батьків та обстеження дітей показують, що зригування навіть у здорових дітей рідко бувають самостійними, а частіше супроводжуються й підтримуються вищезгаданими функціональними порушеннями, які пов'язують із морфо-функціонально незрілістю периферичної інервації ШКТ, дисфункціями центральної регуляції, транзиторною недостатністю ферментної системи, особливостями становлення кишкової мікробіоти. Так, дискоординацією між актами смоктання, ковтання та дихання пояснюється значне поширення аерофагії серед дітей перших тижнів життя. Крім того, за даними клінічних досліджень, однією з основних патогенетичних ланок синдрому зригувань є метеоризм — патологічний стан, який характеризується накопиченням газів у ШКТ унаслідок підвищеного газоутворення та/або недостатнього виділення [2, 20].

Серед дітей раннього віку значно поширені функціональні захворювання не тільки верхніх відділів ШКТ, але й кишечника (функціональний закрепи, функціональна діарея). У дітей раннього віку функціональна патологія кишечника найчастіше представлена функціональним закрепом, який проявляється збільшенням інтервалів між дефекаціями (порівняно з віковою та індивідуальною нормою) або систематичним недостатнім спорожнюванням кишечника. Звертання до педіатра з приводу функціонального закрепу становить 3% від усіх візитів і близько 30% — до дитячого гастроентеролога. Негативними наслідками функціональних захворювань кишечника можуть бути формування недостатності травлення (мальдигестія та мальабсорбція нутрієнтів у кишечнику), якісні та кількісні порушення мікробіоти кишечника.

У дітей раннього віку досить часто має місце поєднання функціональних розладів різних відділів ШКТ, а також поєднання ФГП із функціональними розладами біліарного тракту. Так, у немовлят малюкова регургітація часто супроводжується малюковими кольками та/або функціональним закрепом. Наші клінічні спостереження показують, що понад 80% дітей раннього віку з функціональними розладами ШКТ мають паралельно функціональні розлади біліарного тракту. При цьому для дітей першого року, і особливо перших місяців, життя характерними є гіпертонічні форми функціональних розладів біліарної системи (спазм сфінктера Одді з гіпокінезією жовчного міхура).

Функціональні захворювання ШКТ погіршують стан здоров'я дітей, досить часто супроводжуються розвитком

ускладнень, мають довготривалі негативні наслідки, в тому числі в багатьох випадках приводять до формування хронічної органічної патології ШКТ, патології нервової системи, що обґрунтовує необхідність їх своєчасного та ефективного лікування. Згідно з міжнародними рекомендаціями (Римський Консенсус III), терапія первинних функціональних захворювань повинна проводитись послідовно, переходячи при відсутності ефекту від одного етапу до іншого (терапія «step-by-step»): психологічна підтримка батьків → нормалізація режиму та техніки годувань → дієтотерапія (корекція харчування матері та дитини) → постуральна терапія → фізіотерапія (масаж живота, тепло на живіт, стимуляція випорожнень) → фітотерапія (трав'яні чаї на основі ромашки, фенхелю, кропу, м'яти перцевої та ін.) → медикаментозна терапія (симетикон, спазмолітики, прокінетики, пробіотики та ін.) → хірургічна корекція (в найбільш тяжких випадках). Між тим, як показує педіатрична практика, така симптоматична етапна терапія в досить значній частині дітей не чинить вираженого клінічного ефекту.

У теперішній час переглядається загальноприйнята точка зору на ФГП як виключно функціональну патологію, в основі якої лежать порушення моторики ШКТ без органічних причин. Як показують дослідження останніх років, у значній частки дітей суттєва роль у виникненні гастроінтестинальних розладів належить органічним змінам ШКТ, що обґрунтовує необхідність більш детального обстеження дітей (особливо у випадках інтенсивних гастроінтестинальних проявів, поєднання різних форм ФГП, недостатньої ефективності загальних організаційних заходів) для виявлення причинно значущих факторів і своєчасного адекватного лікування.

У цьому плані все більшу увагу науковців привертають питання взаємозв'язку між функціональними захворюваннями ШКТ і гіперчутливістю до їжі алергічного або неалергічного характеру [5, 10, 18]. Епідеміологічні дослідження показали, що від 30 до 90% населення світу не переносять один або більше харчових продуктів. Але алергічний характер гіперчутливості до їжі мають тільки 4–5% дітей та 2–3% дорослих, а решта — це прояви харчової непереносимості (ХН), або неалергічної гіперчутливості до їжі, до якої відносяться будь-які негативні реакції на продукти харчування, обумовлені нездатністю організму засвоювати деякі продукти або їх складові, що не супроводжуються асоційованими з алергією механізмами [4, 16, 19]. За іншими даними, поширеність справжніх алергічних реакцій на продукти харчування серед дорослого населення становить усього 2%, а харчову непереносимість (ХН) мають близько 80% населення розвинутих країн [5, 13]. Найчастіше ХН із вираженими клінічними проявами спостерігається в дітей раннього віку, що потребує певних обмежень у раціоні харчування, негативно впливає на стан здоров'я та розвиток дитини, має довготривалі негативні наслідки [8, 9, 14]. Це обумовлює необхідність своєчасної діагностики та ефективної терапії.

Причинами виникнення в дитини ХН можуть бути патологія ШКТ (ферментопатії, у тому числі лактазна недостатність, кишкові інфекції, дисбіоз кишечника), захворювання печінки та підшлункової залози, гельмінтози, лямбліоз, гіповітамінози, дефіцит мікроелементів, спадкові захворювання, муковісцидоз, целиакія та інші.

Основним фактором, який зумовлює схильність організму до розвитку дійсної ХН, є генетично детермінована підвищена чутливість тучних клітин до неспецифічних подразників, що проявляється здатністю вивільняти меді-

атори на подразники такої сили, на які клітини здорової людини не відповідають [11, 15].

У реалізації ХН не беруть участь специфічні імунні механізми, як при харчовій алергії. В основі розвитку псевдоалергічних реакцій лежить неспецифічне вивільнення медіаторів (гістаміну, лейкотрієнів, простагландинів, цитокінів тощо) з клітин-мішеней алергії, тобто в їх реалізації беруть участь ті самі механізми, що й при харчовій алергії, але вивільнення з клітин-мішеней відбувається без участі антитіл або сенсibiliзованих лімфоцитів. Цим пояснюється схожість клінічних проявів даної форми ХН і харчової алергії [17, 21].

Псевдоалергічні реакції можливі за умов прямої дії білків продукту харчування (без участі алергічних антитіл) на клітини-мішені (зокрема, тучні клітини) та опосередковано, при активації антигеном деяких біологічних систем (кінінової, системи комплементу та ін.). Серед медіаторів, які відповідають за розвиток симптомів псевдоалергічної ХН, особливо роль відіграє гістамін. Найчастіше даний вид ХН розвивається після споживання продуктів, багатих на гістамін, тірамін, гістамінолібератори.

Досить часто причиною розвитку псевдоалергічної реакції на їжу є не сам продукт, а різні хімічні добавки для поліпшення смаку, запаху, кольору або забезпечення тривалого зберігання. Гістамінолібератори включають велику групу речовин: барвники, ароматизатори, антиоксиданти, емульгатори, ферменти, згущувачі, бактеріостатичні речовини, консерванти, сполуки, які утворюються в результаті життєдіяльності бактерій та нижчих грибів при заквашуванні й зброджуванні тощо.

Підвищення рівня гістаміну в крові може спостерігатись не тільки при надмірному потраплянні або утворенні в кишечнику, але й унаслідок інактивації при запальних захворюваннях травного тракту.

Встановлено, що в патогенезі розладів моторики ШКТ при ХН важливе місце посідає порушення процесів центральної та вегетативної (на рівні аферентно-еферентних механізмів) регуляції внаслідок негативної дії компонентів їжі на стінку кишечника, яке призводить до розладу скоординованої роботи гладких м'язів і сфінктерів травного тракту [10].

У розвитку клінічних проявів непереносимості лактози, в основі патогенезу якої лежить відсутність або зниження активності ферменту лактази (лактазо-флоризин гідролази), основну роль відіграє надмірне надходження лактози в товсту кишку, яке призводить до якісних і кількісних змін мікробіоти кишечника та підвищення осмотичного тиску в кишці. Накопичення нерозщепленої лактози супроводжується активацією умовно-патогенних мікроорганізмів, розвитком метаболічного дисбалансу, утворенням великої кількості органічних кислот, що призводить до зниження рН інтестинального вмісту, посилення перистальтики, надмірного утворення органічних кислот, газів (водню, метану, вуглекислоти) та води [1].

При целіакії неперетравлений унаслідок дефіциту ферментів глютен всмоктується в кишечнику та активує імунну систему, в результаті чого розвивається імунне запалення слизової оболонки кишечника, яке призводить до її атрофії та порушення секреції інтерстиціальних гормонів, розвитку дискоординації та гальмування всіх процесів травлення в цілому.

Унаслідок стресів або інших негативних змін у психоемоційному статусі дитини можливе виникнення психогенної ХН, або ідіосинкразії. У розвитку даного виду ХН важливу роль відіграє пригнічення імунної системи під впливом стресових гормонів.

У клінічній практиці досить часто зустрічається поєднання алергічної та неалергічної гіперчутливості до їжі [17, 19, 21]. Варіантом клінічних проявів ХН може бути тільки «нелюбов» або відраза дитини до відповідних продуктів харчування без видимого порушення в стані здоров'я при їх споживанні [8, 18].

Як свідчить педіатрична практика, у дітей раннього віку найчастіше формується неалергічна гіперчутливість до їжі, тобто ХН, унаслідок лактазної недостатності, гострих кишкових інфекцій, недостатності зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, хронічних захворювань і дисбіозу кишечника.

Серед клінічних проявів ХН найбільш частими та вираженими можна вважати функціональні розлади в роботі ШКТ. Встановлено, що в патогенезі гастроінтестинальних проявів при різних формах ХН у дітей раннього віку і, особливо, у немовлят перших місяців життя, важливу роль відіграють порушення моторики гладкої мускулатури та роботи сфінктерів ШКТ, метеоризм, якісні та кількісні порушення мікробіоти кишечника, зокрема надлишковий бактеріальний ріст у тонкому кишечнику, мальдигестія та мальабсорбція компонентів їжі. Це стосується не тільки синдрому зригувань, порушень характеру випорожнень (діарея, закрепи), метеоризму, але й абдомінального больового синдрому. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) та електрогастрографії, у дітей з кишковими кольками мають місце різноманітні порушення моторики ШКТ, які найчастіше характеризуються уповільненням евакуації їжі, що посилює метеоризм, і спазмом гладкої мускулатури, сфінктерів різних відділів травного каналу та біліарного тракту, яке викликає болісні відчуття в дитини.

Педіатрична практика показує, що при ХН гастроінтестинальні розлади в немовлят мають найбільш виражений характер, має місце поєднання розладів моторики різних відділів травного та біліарного тракту, вони погано піддаються корекції за допомогою організаційних заходів і дієтотерапії, що призводить до погіршення перебігу захворювання і збільшення тривалості лікування.

Крім того, існують суттєві відмінності в тактиці лікування гастроінтестинальних розладів різної етіології. На відміну від первинних ФГПР, симптоматичне лікування яких детально висвітлене в міжнародних і вітчизняних нормативних документах, питання терапії вторинних функціональних розладів ШКТ розроблені недостатньо.

При виборі тактики лікування гіперчутливості до їжі необхідно зазначити, що, на відміну від харчової алергії, лікування якої передусім передбачає застосування елімінаційної дієти, та псевдоалергічних реакцій на їжу, в терапії яких основною також є дієтотерапія з виключенням продуктів, що містять гістамін, тіамін, гістамінолібератори, і застосування антигістамінних препаратів, терапія при ХН полягає насамперед у лікуванні основного захворювання та в застосуванні симптоматичної патогенетичної терапії.

Крім того, застосування фітотерапії в дітей з ХН обмежене передусім у зв'язку з можливістю поєднання неалергічних та алергічних реакцій на їжу, в разі чого фітокомпоненти, такі як ромашка, анісова та м'ятна олія, коріандр тощо, можуть викликати алергічну реакцію. Деякі з фітопрепаратів містять лактозу і тому мають обмеження в застосуванні при непереносимості лактози.

Це вказує на важливість диференціальної діагностики між первинними функціональними захворюваннями і гастроінтестинальними розладами, як проявом ХН, та необхідність перегляду тактики лікування функціональних захворювань ШКТ у дітей раннього віку.



**Мета** роботи — вивчити клініко-параклінічні особливості гастроінтестинальних проявів харчової непереносимості та підвищити ефективність їхнього лікування.

### Матеріали та методи дослідження

У ході виконання дослідження обстежено 140 дітей раннього віку. Критерієм включення в дослідження була наявність у дитини ФГПР. Діти, включені в дослідження, знаходились на стаціонарному або амбулаторному лікуванні у відділенні проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ НАМН України».

Усім пацієнтам на початку дослідження проведено комплексне обстеження, в тому числі алергологічне для виключення діагнозу гастроінтестинальної харчової алергії, УЗД, за показаннями — фіброгастроскопію та ректороманоскопію. На підставі скарг, особливостей клінічного перебігу захворювання, даних харчового щоденника, результатів лабораторно-інструментальних обстежень, виділено групу дітей для подальшого спостереження — 65 пацієнтів, у яких ФГПР носили вторинний характер на фоні ХН.

Серед включених у подальше дослідження дітей було 39 хлопчиків і 26 дівчаток. Розподіл дітей за віком такий: новонароджені — 12 (18,5%), діти віком від 1 до 6 місяців — 17 (26,2%), від 6 до 12 місяців — 19 (29,2%), діти 2-го року життя — 12 (18,4%), 3-го року життя — 5 (7,7%) дітей.

Після встановлення діагнозу дітям призначено лікування ФГПР згідно з протоколами МОЗ України, яке включало немедикаментозні заходи (психологічну підтримку, організаційні заходи, постуральну терапію, дієтотерапію) та медикаментозну терапію (симетикон, спазмолітики, прокінетики та ін. — залежно від форми ФГПР) [2, 3, 6].

Методом простої рандомізації діти з виявленою ХН були поділені на дві групи: 1-у (основну групу) та 2-у (групу порівняння).

До 1-ї (основної) групи увійшло 40 дітей з ХН, які поряд із симптоматичною терапією гастроінтестинальних розладів отримували ферменти, у тому числі лактазу та панкреатин, пробіотики, протизапальні, цитопротекторні, жовчогінні тощо (залежно від встановленої причини ХН).

До 2-ї групи (групи порівняння) увійшло 25 дітей з ХН, які отримували виключно симптоматичне лікування гастроінтестинальних розладів згідно з протоколами.

Пацієнти основної та групи порівняння були ідентичні за статтю, віком і тяжкістю захворювання.

Ефективність лікування оцінена на основі динаміки скарг та об'єктивних даних на 3, 7, 14-й день лікування. Для уніфікації визначення проявів клінічних симптомів реєстрація суб'єктивних скарг та об'єктивних даних проведена у бальній системі з урахуванням їх ступеня вираженості: 0 балів — відсутність прояву (ознаки) симптому; 1 бал — слабкий ступінь прояву (ознаки) симптому; 2 бали — помірний ступінь; 3 бали — значний ступінь прояву (ознаки) симптому. Для оцінки динаміки клінічних проявів вираховано показник середнього балу.

Обробка отриманих результатів проведена загальноприйнятими математичними методами варіаційної статистики.

### Результати дослідження та їх обговорення

Серед узятих у дослідження дітей з ХН у більшості (46 дітей — 70,8%) відмічались негативні реакції на коров'яче молоко, молочні суміші або інші продукти на його основі, що підтверджує роль коров'ячого молока та продуктів на його основі у формуванні ХН у дітей та співпадає з даними інших досліджень [9, 5, 10]. У тому числі у 36 дітей вони були пов'язані із непереносимістю лакто-

зи, у 10 дітей — з реалізацією інших механізмів неалергічної гіперчутливості до їжі, 23 (35,4%) дитини мали негативні реакції на вироби з пшениці та інші продукти, що містять глютен, 21 (32,3%) дитина — на крупи (найчастіше на гречку), 19 (29,2%) дітей — на картоплю або інші овочі. У 25 (38,4%) дітей в анамнезі захворювання були негативні реакції на введення в раціон фруктів і фруктових соків, 13 (20,0%) — на м'ясо, 14 (21,5%) — на куряче яйце, 10 (15,4%) — на рибу. У 16 (24,6%) дітей спостерігалась гіперчутливість до двох або більше продуктів харчування.

Детальне обстеження дало змогу виявити, що в більшості обстежених дітей (46 дітей — 70,7%) неалергічна гіперчутливість до їжі розвинулась на фоні хронічних захворювань ШКТ, переважно постінфекційного ентероколіту (32 дитини), недостатності екзокринної функції підшлункової залози (20 дітей), патології гепатобіліарної системи (13 дітей). У 10 дітей мав місце аскаридоз, у 7 — лямблій, які супроводжувались недостатністю травлення. Комплексне обстеження дітей дало підставу вважати, що у 12 із них у патогенезі ХН основне значення мав глибокий дисбіоз кишечника, причинами якого були нераціональне вигодовування, раннє переведення дитини на штучне вигодовування, несвочасне введення прикорму, дисбіотичні порушення в матері, антибіотикотерапія з приводу гострих інфекцій тощо.

У 34 дітей на підставі клініко-лабораторного обстеження, у тому числі дихального водневого тесту, а за необхідності — генетичного дослідження, відмічалась непереносимість лактози, із них у 8 дітей — транзиторна недостатність лактази недоношених або дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку, у 4 дітей — первинна непереносимість лактози. Але більшість (22 дитини) мала вторинну непереносимість лактози (на фоні інших функціональних та органічних захворювань). Аналіз анамнезу показав, що серед дітей першого півріччя життя у виникненні даної патології найбільшу роль відігравали пренатальна асфіксія та інтранатальна гіпоксія, раннє штучне вигодовування, медикаментозна терапія в періоді новонародженості. У дітей більш старшого віку найбільш вагомими етіологічними чинниками виникнення непереносимості лактози були гострі вірусні та бактеріальні кишкові інфекції, затяжний ентероколіт, дисбіоз кишечника, нераціональне харчування.

У дітей раннього віку з ХН найчастішою формою гастроінтестинальних розладів був больовий абдомінальний синдром — 55 (84,6%) взятих під спостереження дітей мали кишкові кольки, середня інтенсивність яких на початку дослідження становила  $2,32 \pm 0,26$  балу, середня тривалість протягом доби —  $4,8 \pm 0,7$  год./добу. При цьому матері 46 (70,8%) дітей вказували на чіткий взаємозв'язок нападів кишкової кольки із вживанням їжі. На відсутність зв'язку із вживанням їжі вказали матері 9 дітей (слід зазначити, що всі ці діти були старше 1 року і мали значну тривалість захворювання). У більшості дітей з ХН (51 дитина — 78,5%) кишкові кольки поєднувались із вираженими клінічними проявами метеоризму (здуття та урчання живота, посилена флатуленція).

Як показало обстеження дітей, до найбільш частих клінічних гастроінтестинальних симптомів ХН можна віднести також зміни частоти й характеру випорожнень. Характерними для неалергічної гіперчутливості до їжі можна вважати як схильність до діареї (виявлена у 33 дітей — 50,8%), так і схильність до закрепу (виявлена у 26 дітей — 40,0%). При цьому при ХН, пов'язаною з недостатністю лактази, як правило, відмічались часті розріджені випорожнення — у 24 (70,6%) із 34 дітей, а

схильність до закрепчу — тільки в 6 (17,6%) із 34 дітей. Слиз у випорожненнях спостерігався в 47 (72,3%) дітей із ХН, епізодично прожилки крові — у 7 (10,8%) дітей.

Більшість дітей із ХН мала синдром регургітації та періодичні блювання, що вказує на високий відсоток порушень моторики верхніх відділів травного тракту при даній патології. Крім того, значна поширеність зригувань або блювання серед дітей із ХН вірогідно може бути пояснена значним підвищенням внутрішньочеревного тиску, який відіграє значну роль у патогенезі синдрому регургітації та блювання, особливо в дітей перших місяців життя [12, 14]. На початку дослідження відмічалися зригування або блювання в 37 (56,9%) дітей, середня інтенсивність синдрому становила  $2,15 \pm 0,24$  балу.

При проведенні УЗД органів черевної порожнини у 52 (81,5%) дітей з ХН спостерігалися ознаки порушення моторики верхніх відділів ШКТ і метеоризму (затримка їжі в шлунку через 3 год. і більше після годування, спазм або недостатність сфінктерів, дуоденогастральний та/або гастроезофагеальний рефлюкс, здуття та підвищена пневматизація кишечника тощо). Встановлено, що 26 (40,0%) дітей мали прояви функціональних порушень біліарної системи (збільшення розмірів печінки та/або жовчного міхура, порушення скоротливої функції жовчного міхура, щільності стінок внутрішньопечінкових жовчних протоків).

При бактеріологічному дослідженні фекалій виявлявся дисбіоз різного ступеня практично у всіх взятих під спостереження дітей з ХН (у 61 дитини). На початку дослідження (до лікування) більшість (29 дітей — 44,6%) мала дисбіоз 2-го ступеня, у досить великої частки дітей (18 дітей — 27,7%) спостерігалися глибокі дисбіотичні порушення (дисбіоз 3-го ступеня), тільки 14 (21,5%) дітей на початку дослідження мали незначні дисбіотичні розлади (дисбіоз 1-го ступеня).

Опитування матерів і клінічне спостереження показало, що внаслідок гастроінтестинальних розладів і погіршення самопочуття на початку дослідження у більшості дітей з ХН відмічалось зменшення апетиту та добового об'єму спожитої їжі (у 42 дітей — 64,6%), незадовільна прибавка маси тіла (у 28 дітей — 43,1%), порушення з боку нервової системи, у тому числі зменшення середньодобової тривалості сну та його глибини (у 51 дитини — 78,5%).

Таким чином, обстеження дітей показало, що практично всі діти з ХН мають розлади ШКТ, які характеризуються значною інтенсивністю клінічних проявів, поєднанням різних нозологічних форм ФГПР і функціональними змінами практично у всіх відділах ШКТ, а також глибокими дисбіотичними розладами в системі мікробіоти кишечника.

Опитування матерів на початку дослідження показало, що більшість із них (45 матерів) раніше за рекомендацією лікаря або самостійно застосовувала заходи щодо лікування ФГПР. Переважно це були немедикаментозні заходи — виключення або значне обмеження деяких продуктів харчування в раціоні матері-годувальниці, масаж і тепло на живіт, постуральна терапія, застосування спеціальних молочних сумішей для профілактики і корекції функціональних порушень травної системи, фітотерапія. Але переважна більшість матерів (майже 80%) вказала на відсутність помітного позитивного ефекту від такої терапії, що в поєднанні зі значною інтенсивністю гастроінтестинальних розладів у більшості випадків слугувало підставою для більш детального та поглибленого обстеження дитини в плані виявлення в неї гіперчутливості до їжі (харчової алергії або неалергічної ХН).

До комплексу терапії всіх дітей, узятих у дослідження, вже на старті лікування були включені як немедикамен-

тозні заходи, так і медикаментозні препарати. За сучасними рекомендаціями, у плані немедикаментозних заходів застосовувалися психологічна підтримка матері та членів родини, створення спокійної атмосфери в сім'ї, детальне опитування батьків із метою встановлення можливих причин функціональних розладів ШКТ у дитини; нормалізація раціону харчування жінки-годувальниці, при необхідності зміна молочної суміші при штучному годуванні, нормалізація режиму та техніки годувань, навчання матері методом допомоги при кольках (тепло — зміна положення — масаж живота — газовідвідна трубка), постуральна терапія [2, 3, 6].

Крім немедикаментозних заходів, на старті лікування всі діти почали отримувати медикаментозні препарати (симетикон, прокінетики, пробіотики, у разі необхідності — спазмолітики).

У патогенезі гастроінтестинальних розладів при ХН, особливо при непереносимості лактози, важливу роль відіграє метеоризм, що підтверджує виявлення клінічних ознак метеоризму майже у 80% взятих під спостереження дітей. Тому патогенетично обґрунтованим можна вважати включення до комплексу лікування дітей з ХН препаратів на основі симетикону, який є поверхнево-активною речовиною і застосовується в якості піногасника. Препарати симетикону входили до комплексу терапії всіх узятих у дослідження дітей.

Клінічне обстеження дітей та результати УЗД органів черевної порожнини показали значну поширеність порушень моторики гладкої мускулатури та сфінктерів травного тракту і біліарного тракту, а також больового компонента, що вказує на їх роль у патогенезі гастроінтестинальних розладів при ХН, що патогенетично обґрунтовує включення прокінетиків та спазмолітиків до комплексу терапії дітей із ХН. Найбільш застосовуваним у педіатричній практиці прокінетиком у теперішній час можна вважати домперидон. Це пояснюється його клінічною ефективністю, відсутністю вікових обмежень, високим рівнем безпеки. Прокінетики входили до комплексу терапії 39 (60,0%) дітей з ХН, які мали клінічні прояви порушення моторної функції верхніх відділів ШКТ.

До комплексу лікування 18 (27,7%) дітей з найбільш інтенсивними проявами абдомінального больового синдрому, ультразвуковими ознаками спазму сфінктерів травного тракту та гіперкінетичного типу функціональних розладів ШКТ і біліарної системи також входили спазмолітики.

На старті лікування дітям 1-ї (основної) групи поряд із симптоматичною терапією гастроінтестинальних розладів залежно від встановленої причини ХН призначалася ферментотерапія (лактаза, ферменти підшлункової залоз-

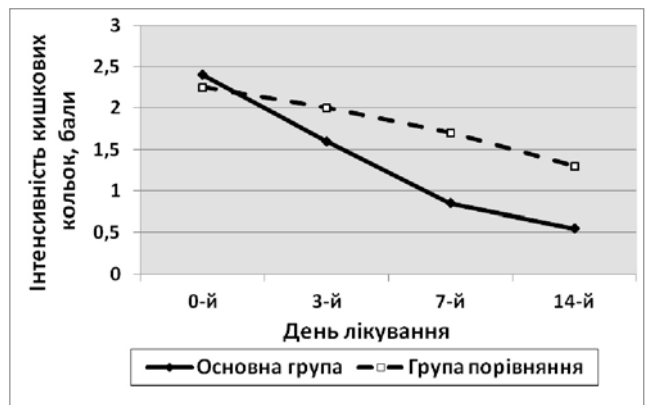


Рис. 1. Інтенсивність кишкових кольок у дітей з харчовою непереносимістю в динаміці лікування

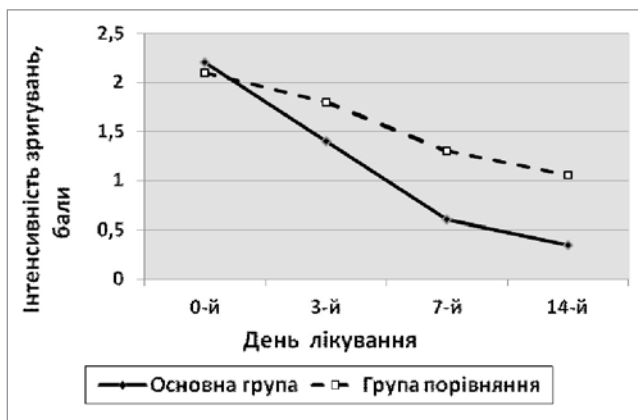


Рис. 2. Інтенсивність зригувань у дітей з харчовою непереносимістю в динаміці лікування

зи), протизапальні та цитопротекторні препарати для поліпшення стану кишечника, жовчогінні та гепатопротекторні препарати тощо.

Отримані результати бактеріологічних обстежень, які показали високу частоту та ступінь дисбіозу кишечника у дітей з ХН, обґрунтовують необхідність включення пробіотиків до комплексної терапії функціональних розладів у дітей з цією патологією. У всіх дітей до комплексу лікування входили препарати з про- та пребіотичною дією.

Обстеження дітей основної групи в динаміці лікування показало швидке зменшення частоти та інтенсивності кишкових кольок і метеоризму (рис. 1).

Зменшення інтенсивності та тривалості кишкових кольок, вираженості метеоризму в переважній більшості дітей 1-ї групи (25 дітей – 62,5%) відмічалось батьками вже на 3-ю добу лікування, а на 7-му добу лікування батьки 22 (55,0%) дітей даної групи вказали на повне зникнення кишкових кольок або їх мінімальну інтенсивність. У динаміці лікування в дітей основної групи відмічалось значне зменшення тривалості та частоти епізодів кольок протягом доби. Так, на старті лікування кількість епізодів кишкових кольок у дітей даної групи становила  $5,3 \pm 0,6$ , після лікування –  $1,2 \pm 0,08$ , тривалість кольок протягом доби – відповідно  $4,4 \pm 0,6$  год./добу та  $0,7 \pm 0,1$  год./добу.

У групі порівняння в динаміці лікування дітей також відмічалось зменшення інтенсивності та тривалості кишкових кольок, але цей процес відбувався повільніше – на 3-тю добу лікування інтенсивність кишкових кольок у цій групі зберігалась на рівні  $2,05 \pm 0,3$  бали, на 7-му добу –  $1,71 \pm 0,15$  бали (рис. 1). Тільки на 14-му добу лікування захворювання у дітей групи порівняння відмічалось

достовірне зменшення інтенсивності кишкових кольок (до  $1,31 \pm 0,09$  бали), водночас, кількість епізодів і тривалість кольок протягом доби у них залишались на досить високому рівні. Так, на старті лікування кількість епізодів кишкових кольок у дітей 2-ї групи становила  $4,6 \pm 0,5$ , після лікування –  $2,5 \pm 0,5$ , тривалість кольок протягом доби – відповідно  $4,2 \pm 0,45$  год./добу та  $1,8 \pm 0,3$  год./добу, що достовірно вище за показники основної групи.

Крім абдомінального болювого синдрому, характерними клінічними проявами гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку із ХН можна вважати зригування та блювання (синдром регургітації та синдром циклічної блювоти), виявлені на початку дослідження у 24 (60,0%) дітей 1-ї групи. Результати обстеження в динаміці лікування показали швидке та суттєве зменшення частоти та інтенсивності даної форми ФГР у дітей основної групи (рис. 2). На 14-й день лікування тільки у 5 (12,5%) дітей 1-ї групи зберігались мало інтенсивні нечасті зригування.

У групі порівняння інтенсивність зригувань у процесі лікування також поступово зменшувалась, але на 14-й день терапії вона залишалась на досить високому рівні ( $0,83 \pm 0,9$  бали), що достовірно відрізнялося від показника в основній групі ( $P < 0,05$ ).

Обстеження дітей після лікування показало відсутність гастроінтестинальних проявів ХН у більшості дітей основної групи (таблиця). У групі порівняння після проведеного лікування відмічалось суттєве зменшення частоти виявлення таких симптомів, як болювий абдомінальний синдром, метеоризм, зригування, блювання, хоча частота виявлення цих симптомів і була у 2–2,5 рази вищою, ніж в основній групі ( $P < 0,05$ ). Водночас, частота таких клінічних симптомів, як зниження апетиту, порушення частоти та/або характеру випорожнень, незадовільна прибавка маси тіла, у дітей групи порівняння (на відміну від дітей основної групи) залишалась на досить високому рівні, що вірогідно пояснювалося клінічними проявами основного захворювання і підтверджувало необхідність комплексного лікування гастроінтестинальних розладів при ХН, включаючи симптоматичну терапію та лікування основного захворювання.

Нормалізація стану ШКТ у результаті проведеного лікування чинила позитивний вплив на психоневрологічний стан дітей основної групи. Так, при опитуванні матерів 1-ї групи понад 75% із них на початку дослідження відмічали порушення характеру сну дітей (уривчастий, нетривалий, неглибокий). Після проведеного лікування в більшості дітей основної групи нормалізувався сон, значно зменшилися прояви підвищеної нервової збудли-

Таблиця

Частота виявлення клінічних симптомів у дітей з харчовою непереносимістю в динаміці лікування, абс. (%)

Клінічні симптоми	До лікування (n=65) абс./%	Після лікування	
		основна група (n=40) абс./%	група порівняння (n=25) абс./%
Болювий абдомінальний синдром	55 / 84,6	8 / 20,0*	12 / 48,0^
Метеоризм	51 / 78,5	6 / 15,0*	8 / 32,0^*
Зригування та/або блювання	37 / 56,9	5 / 12,5*	7 / 28,0^*
Порушення частоти та/або характеру випорожнень	59 / 90,8	8 / 20,0*	12 / 48,0^*
Порушення апетиту	42 / 64,6	5 / 12,5*	11 / 44,0^
Порушення середньодобової прибавки маси тіла	28 / 43,1	-	8 / 32,0
Порушення тривалості та/або глибини сну	51 / 78,5	8 / 20,0*	12 / 48,0^*
Підвищена нервово-рефлекторна збудливість або гіперактивність	31 / 47,7	9 / 25,5*	8 / 32,0

Примітки: \* – різниця вірогідна в динаміці лікування ( $P < 0,05$ ); ^ – різниця вірогідна в основній групі та групі порівняння ( $P < 0,05$ ).

вості або синдрому гіперактивності. Після лікування батьки відмічали порушення сну тільки у 9 дітей основної групи. Переважна більшість батьків пов'язувала нормалізацію сну та поліпшення психоневрологічного статусу дітей зі зменшенням або зникненням у результаті лікування больового синдрому. Враховуючи важливість нормального сну для психоемоційного та фізичного розвитку дитини, його нормалізацію в більшості пацієнтів можна вважати важливим результатом терапії дітей з гастроінтестинальними проявами ХН.

### Висновки

Негативний вплив гастроінтестинальних розладів на стан здоров'я дитини, небезпека розвитку тяжких ускладнень, погіршення якості життя дитини та сім'ї в цілому, різні підходи до лікування обгрунтовують необхідність своєчасної діагностики, проведення диференційної діагностики між первинними ФГПР, функціональними гастроінтестинальними проявами харчової алергії та ХН з метою призначення патогенетично обгрунтованої терапії.

Результати клініко-параклінічного обстеження дітей раннього віку з гастроінтестинальними розладами свідчать про наявність у 44,2% ХН (неалергічної гіперчутливості до їжі).

Гастроінтестинальні розлади при ХН клінічно не відрізняються від функціональних захворювань ШКТ, але характеризуються високою інтенсивністю, поєднанням розладів у різних відділах ШКТ, недостатньою ефективністю застосування симптоматичного лікування, що негативно впливає на стан здоров'я дитини і призводить до збільшення тривалості лікування. У дітей з ХН поряд із кишковими кольками часто спостерігається змінений характер випорожнень (рідкий або щільний, змінений колір або запах, патологічні домішки), незадовільна прибавка маси тіла, поєднання кишкових кольок з іншими порушеннями моторики ШКТ (зригування, блювання, закрепи, діарея).

При ХН, як правило, має місце поєднання функціональних розладів різних відділів ШКТ дитини

з функціональними розладами біліарного тракту (у 40% дітей).

Аналіз анамнезу дітей з непереносимістю лактози свідчить, що серед дітей першого півріччя життя у виникненні даної форми ХН найбільшу роль відіграють пренатальна асфіксія та інтранатальна гіпоксія, раннє штучне вигодовування, медикаментозна терапія в періоді новонародженості. У дітей старшого віку найбільш вагомими етіологічними чинниками виникнення непереносимості лактози є гострі вірусні та бактеріальні кишкові інфекції, затяжний ентероколіт, дисбіоз кишечника, нерациональне харчування.

Клінічні спостереження показують, що включення до комплексу терапії ФГПР у дітей з ХН як симптоматичного лікування (симетикон, прокінетики, спазмолітики тощо), так і лікування основного захворювання (залежно від причини ХН — ферменти, жовчогінні, пробіотики тощо) дає змогу швидко усунути клінічні прояви гастроінтестинальних розладів, що позитивно впливає на результати лікування і стан здоров'я дітей. Після лікування прояви ФГПР зникають або значно зменшуються (90% дітей основної групи, на відміну від групи порівняння, в якій прояви ФГПР виявлені у 44% пацієнтів).

Застосування тільки симптоматичної терапії ФГПР при ХН дає змогу дещо зменшити частоту виявлення та інтенсивність кишкових кольок, метеоризму, зригувань у дітей групи порівняння, але їх інтенсивність протягом усього періоду спостережень зберігається на достовірно вищому рівні, ніж в основній групі. Крім того, проведена терапія достовірно не впливає на частоту виявлення в дітей групи порівняння таких клінічних симптомів, як порушення апетиту, порушення частоти і характеру випорожнень, темпи середньодобової прибавки маси тіла дитини.

Таким чином, зважаючи на значну роль ХН у патогенезі функціональних розладів ШКТ, протоколи їх діагностики та лікування слід доповнити алгоритмами діагностики і лікування вторинних гастроінтестинальних розладів у дітей з алергічною та неалергічною гіперчутливістю до їжі.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Абдоминальный болевой синдром у детей с лактазной недостаточностью / Н.В. Нагорная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая [и др.] // Современная педиатрия. — 2014. — № 1 (57). — С. 106—112.
2. Аряев Н.Л. Младенческая кишечная колика: современные подходы к лечению / Н.Л. Аряев, Р.В. Кожевин // Современная педиатрия. — 2010. — № 5 (33). — С. 162—166.
3. Корниенко Е.Ф. Младенческие кишечные колики: современные представления о механизмах развития и новые возможности терапии / Е.Ф. Корниенко, Н.В. Вагеманс, О.К. Нетребенко // Современная педиатрия. — 2010. — № 5 (33). — С. 176—183.
4. Лусс Л.В. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость / Л.В. Лусс // АллергоКласс: живите в мире с аллергией. — 2005. — № 2 (5). — С. 2—3.
5. Поражения желудочно-кишечного тракта у детей с пищевой аллергией / П.В. Шумилов, М.И. Дубровская, О.В. Юдина [и др.] // Трудный пациент. — 2007. — № 10. — С. 19—25.
6. Рачкова Н.С. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии / Н.С. Рачкова // РМЖ. — 2007. — Т. 15, № 17. — С. 1—4.
7. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей / под ред. Ю.В. Белоусова, О.Ю. Белоусовой. — Харьков: ИД «ИНЖЭК», 2005. — 256 с.
8. Харчування в педіатрії / за ред. П.К. Самур, К. Кінг. — Львів: Медицина світу, 2012. — 562 с.
9. Шапошникова Ю.Н. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость: современный взгляд на проблему / Ю.Н. Шапошникова // Сучасна гастроентерологія. — 2008. — № 4 (42). — С. 90—101.
10. Adverse Food Reaction and Functional Gastrointestinal Disorders: Role of the Dietetic / F. Pasqui, C. Poli, A. Colecchia [et al.] // Approach. J. Gastrointestin. Liver. Dis. — 2015. — Vol. 24, № 3. — P. 319—327.
11. American College of Allergy, Asthma, & Immunology. Food allergy: a practice parameter // Ann. Allergy Asthma. Immunol. — 2006. — Vol. 96 (3 Suppl. 2). — P. S1—S68.
12. Ammoury R. Malabsorptive Disorders of Childhood / R. Ammoury, J. Croffie // Pediatrics in Review. — 2010. — Vol. 31, № 10. — P. 407—416.
13. Cantani A. Benefits and concerns associated with biotechnology-derived foods: can additional research reduce children health risks? / A. Cantani // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. — 2006. — Vol. 10 (4). — P. 197—206.
14. Child and parent perceived food-induced gastrointestinal symptoms and quality of life in children with functional gastrointestinal disorders / M.J. Carlson, C.E. Moore, C.M. Tsai [et al.] // J. Acad. Nutr. Diet. — 2014. — Vol. 14. — P. 403—413.
15. Dreskin S.C. Genetics of food allergy / S.C. Dreskin // Curr. Allergy Asthma Rep. — 2006. — Vol. 6 (1). — P. 58—64.



16. Fiocchi A. Food allergy and the introduction of solid foods to infants: a consensus document. Adverse Reactions to Foods Committee, American College of Allergy, Asthma and Immunology / A. Fiocchi, A. Assa'ad, S. Bahna // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* — 2006. — Vol. 97 (1). — P. 10—20.
17. Food allergy and non allergic food hypersensitivity in children and adolescents / C.C. Roehr, G. Edenharter, S. Reimann [et al.] // *Clin. Exp. Allergy.* — 2004. — Vol. 34 (10). — P. 1534—1541.
18. Hill R.J. The role of food intolerance in functional gastrointestinal disorders in children / R.J. Hill // Reprinted from *Australian Family Physician.* — 2014. — Vol. 43, № 10. — P. 686—689.
19. Kurowski K. Food allergies: detection and management / K. Kurowski, W.R. Boxer // *Am. Fam. Physician.* — 2008. — Vol. 77 (12). — P. 1678—1686.
20. Leung A. Infantile colic: a review / A. Leung, J. Lemau // *J. R. Soc. Health.* — 2004. — Vol. 124 (4). — P. 162—180.
21. Moneret-Bautrin D.A. Adult food allergy / D.A. Moneret-Bautrin, M. Morisset // *Curr. Allergy Asthma Rep.* — 2005. — Vol. 5 (1). — P. 80—85.
22. Prevalence, stability and outcome of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: a community-based study / M. Wake, E. Morton-Allen, Z. Poulakis [et al.] // *Pediatrics.* — 2006. — Vol. 117. — P. 836—842.
23. Von Kries R. Excessive crying beyond 3 months herald other features of multiple regulatory problems / R. von Kries, E. Kalies, M. Papousek // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* — 2006. — Vol. 160. — P. 508—511.
24. Wolke D. Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood / D. Wolke, P. Rizzo, S. Woods // *Pediatrics.* — 2002. — Vol. 109. — P. 1054—1060.

### Пищевая непереносимость в патогенезе функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста: подходы к диагностике и лечению

*О.Г. Шадрин, Т.Л. Марушко, Т.Ю. Радушинская, Р.В. Марушко, В.Н. Фисун, А.А. Ковальчук, Н.Ю. Бондаренко*

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украины

**Цель** — изучить клинико-параклинические особенности гастроинтестинальных проявлений пищевой непереносимости и повысить эффективность их лечения.

**Пациенты и методы.** На основании клинико-параклинического обследования 147 детей раннего возраста с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта выделено 65 пациентов, у которых гастроинтестинальные нарушения носили вторичный характер на фоне пищевой непереносимости. В зависимости от тактики лечения дети с пищевой непереносимостью были разделены на две группы: основную (40 детей, в комплекс терапии которых наряду с симптоматической терапией гастроинтестинальных нарушений было включено лечение основного заболевания) и группу сравнения (25 детей, которые получали исключительно симптоматическое лечение согласно протоколов).

**Результаты.** У 44,2% детей раннего возраста с гастроинтестинальными нарушениями выявлена пищевая непереносимость (неаллергическая гиперчувствительность к пище). Включение в комплекс терапии как симптоматического лечения (симетикон, прокинетики, спазмолитики и др.), так и лечения основного заболевания (в зависимости от причины пищевой непереносимости — ферменты, желчегонные, пробиотики и т.д.) позволило достаточно быстро устранить или значительно уменьшить интенсивность клинических проявлений функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у 90% детей.

**Выводы.** Гастроинтестинальные нарушения у детей с пищевой непереносимостью клинически не отличаются от функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, но характеризуются высокой интенсивностью, сочетанием нарушений в различных отделах желудочно-кишечного тракта, недостаточной эффективностью применения симптоматического лечения. Для повышения эффективности лечения детей с вторичными гастроинтестинальными нарушениями необходима своевременная диагностика пищевой непереносимости и лечение основного заболевания.

**Ключевые слова:** дети раннего возраста, желудочно-кишечный тракт, функциональные заболевания, пищевая непереносимость, лечение.

### Food intolerance in the pathogenesis of functional gastrointestinal disorders in infants: approaches to diagnosis and treatment

*O.G. Shadrin, T.L. Marushko, T.Yu. Radushinskaya, R.V. Marushko, V.N. Fisun, A.A. Kovalchuk, N.Y. Bondarenko*

SI «Institute of pediatrics, obstetrics and gynecology NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Purpose** — to study the clinical and paraclinical features of gastrointestinal manifestations of food intolerance and improve the efficiency of their treatment.

**Patients and methods.** Among 147 infants with functional gastrointestinal disorders based on clinical and paraclinical examinations, identified 65 patients with gastrointestinal disorders caused by food intolerance. Depending on the plan of the treatment, children with food intolerance were divided into two groups — the main group (40 children apart from symptomatic treatment received treatment for the main disease) and control group (25 children who received only symptomatic treatment according to the protocols).

**Results.** In 44.2% of young children with gastrointestinal disorders was revealed food intolerance (non-allergic food hypersensitivity). Combination of symptomatic treatment (simethicone, prokinetics, spasmolytics, etc.) and treatment of the main disease (depending on the cause of food intolerance — enzymes, cholagogic preparation, probiotics, etc.) in the complex therapy allowed to eliminate or significantly reduce the intensity of clinical manifestations of gastrointestinal disorders in 90% of children of main group.

**Conclusions.** Gastrointestinal disorders in children with food intolerances are not clinically different from functional gastrointestinal diseases, but are characterized by high intensity, combination of various gastrointestinal disorders, lack of efficiency of symptomatic treatment. To improve the efficiency of treatment in children with secondary gastrointestinal disorders, it is required the timely appropriate diagnostics of food intolerance and the treatment of underlying disease.

**Key words:** infants, gastrointestinal tract, functional disorders, food intolerance, treatment.

### Сведения об авторах:

**Шадрин Олег Геннадиевич** — д.мед.н, проф., руководитель отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-81-17.

**Марушко Татьяна Лемаровна** — к.мед.н., ст. н. с. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044)483-62-51.

**Марушко Ростислав Владимирович** — к. мед. н., вед. науч. сотр. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста, зав. науч. отделением, медико-информационных технологий в педиатрии, акушерстве, гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

**Фисун Валентина Николаевна** — Заслуженный врач Украины, зав. инфекционно-боксированным отделением для детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044)483-62-51.

**Ковальчук Алла Андреевна** — к.мед.н., ст. н. с. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044)483-62-51.

**Бондаренко Наталья Юрьевна** — к.мед.н., ст. н. с. отделения проблем питания и соматических заболеваний детей раннего возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044)483-62-51.

Статья поступила в редакцию 4.02.2016 г.