

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования

# Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: преморбид, донозология или клинические синдромы?

**Функциональные нарушения органов пищеварения занимают среди множества болезней этой группы особое место. Длительное время эти расстройства были своего рода «пасынками» медицины, что связано с терминологическим многообразием, неоднозначностью самого понятия «функциональные расстройства», определенными трудностями их диагностики и отсутствием четких критериев лечения [2].**

В основе наших представлений о функциональных расстройствах пищеварительной системы должен находиться принцип единства структуры и функции.

С одной стороны, не существует ни чисто функциональных, ни чисто структурных (морфологических) изменений, поскольку этиологические факторы воздействуют прежде всего на структуру, гистологические изменения обуславливают изменение функций, то есть при любых функциональных расстройствах обязательно существует их органический субстрат [7]. Структурная основа функциональных заболеваний рано или поздно определяется на других уровнях организации живого — молекулярном, геномном и т.д. Ни один фактор внутренней и внешней среды не может оказывать влияние на ту или иную функцию непосредственно — они изменяются исключительно под воздействием этих факторов на соответствующие структуры, осуществляющие определенную функцию, то есть функциональный характер изменений условен, отнесен и зависит от уровня применяемых исследований: отсутствие изменений на клеточном, органном и тканевом уровнях не исключает наличия молекулярных и субклеточных изменений [5].

С другой стороны, нарушение функции может привести к развитию органической патологии: повышение кислотообразования и длительный контакт агрессивного желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода является одним из факторов формирования рефлюкс-эзофагита, ослабление кишечной моторики и связанный с этим хронический запор способствуют развитию хронического неязвенного колита и т.д.

Функциональными нарушениями пищеварительной системы (этот термин достаточно прочно вошел в клиническую практику) принято называть заболевания, которым присущи изменения какой-либо из функций пищеварительной системы — моторики, секреции, переваривания (мальабсорбция), всасывания (мальабсорбция), состояния микрофлоры (дисбиоз), активности иммунной системы при отсутствии органических изменений, выявление которых возможно с помощью современных методов исследования, доступных практической медицине [1].

Выделение функциональных нарушений в отдельную группу, вопреки определенным теоретическим возражениям, оправдано в связи с тем, что практикующие врачи не имеют возможности использовать методы исследования на молекулярном и субклеточном уровнях, а обычные методы исследования (в том числе гистологический) не выявляют структурных изменений у больных с функциональной патологией. Кроме того, функциональные нарушения объединяет общность патогенетических механизмов — нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной систем, регулирующих функции органов пищеварения. Наконец, функциональные расстройства в большинстве случаев обратимы.

С этой точки зрения можно согласиться с мнением D.S. Grossman о том, что «функциональные заболевания — это комбинация гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений» [7].

Однако наиболее полное определение функциональных расстройств, подчеркивая при этом условность деления патологии на функциональную и органическую, приводят В.Т. Ивашкин и А.А. Шептулин: «В гастроэнтерологии функциональные заболевания — это различные устойчивые комбинации хронических и/или рецидивирующих симптомов, чаще свидетельствующих о нарушении

двигательной функции и чувствительности и относящихся к глотке, пищеводу, желудку, билиарному тракту, тонкой, толстой кишке, аноректальной зоне, которые не находят в настоящее время объяснения известными морфологическими или метаболическими изменениями».

Причины функциональных нарушений связаны с расстройством регуляции органа, функция которого нарушена. Это изменения нервной регуляции, связанные с психоэмоциональными и стрессовыми факторами и обусловленные вегетативными дисфункциями или органическим поражением ЦНС с последующим развитием вегетативной дистонии. Внеорганными причинами функциональных нарушений, обусловленными гуморальными воздействиями, объясняются ситуации, когда на фоне заболевания одного органа развивается дисфункция соседних: гастроэзофагеальный рефлюкс при гастроуденальной патологии, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта при заболеваниях щитовидной железы и т.д.

Анализируя современное состояние вопроса о функциональных нарушениях пищеварительной системы, следует подчеркнуть, что морфологические изменения, выявляемые обычными методами, при этой патологии отсутствуют. Поэтому предположение о возможности наличия начальных, катаральных, переходящих, обратимых изменений слизистой оболочки пищеварительных органов при функциональных заболеваниях, как это допускают зарубежные авторы, например, при синдроме раздраженного кишечника, с нашей точки зрения, является неправомерным и представляет собой не что иное, как игнорирование классических канонов воспаления.

Для представления о патофизиологии функциональных расстройств пищеварительной системы целесообразно коснуться определения понятий преморбидного и донозологического состояний. Так называемый преморбид — состояние, предшествующее и способствующее развитию болезни, на грани болезни, когда защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены. Преморбидное состояние обратимо и может закончиться нормализацией функций организма, но может смениться донозологическим состоянием. Последнее также предшествует болезни (как нозологической формы), но уже появляются отдельные клинические симптомы, которые в последующем дифференцируются, сочетаются между собой, составляя клиническую картину того или иного функционального расстройства.

Являются ли функциональные расстройства пищеварительной системы у детей преморбидным состоянием? Нет, поскольку в преморбиде какие-либо клинические проявления отсутствуют. Являются ли функциональные расстройства пищеварительной системы донозологией? Да, являются, поскольку при них появляются первые, еще нечеткие и не сформировавшиеся в определенную клиническую картину симптомы, однако их нельзя классифицировать в ту или иную нозологическую форму. Но как же быть тогда с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника, которые не только выделены в самостоятельные синдромы, но и классифицируются в МКБ-10? По-видимому, группа функциональных заболеваний неоднородна [6]. Это заставляет обратиться к классификации функциональных расстройств пищеварительной системы у детей и проанализировать ее с этой точки зрения.

В 1999 году Комитет по изучению функциональных расстройств у детей и Международная рабочая группа по разработке критериев функциональных расстройств (Римские

критерии II) дали определение функциональным заболеваниям и предложили их классификацию у детей, выделенную в раздел G и построенную в соответствии с клиническими критериями в зависимости от преобладающих симптомов [4].

Согласно этим решениям к функциональным заболеваниям следует относить патологические состояния, характеризующиеся нарушением функций тех или иных отделов системы пищеварения, длящиеся не менее 12 недель в году и обусловленные нарушениями регуляции пищеварения.

## Римские критерии II (педиатрическая)

Расстройства, проявляющиеся рвотой: G1a — регургитация; G1b — руминация; G1c — циклическая рвота.

Расстройства, проявляющиеся абдоминальной болью: G2a — функциональная диспепсия; G2b — синдром раздраженного кишечника; G2c — функциональная абдоминальная боль; G2d — абдоминальная мигрень; G2e — аэрофагия.

Расстройства дефекации: G3a — детская дисхезия; G3b — функциональный запор; G3c — функциональная задержка стула; G3d — функциональный энкопроз.

Классификация расстройств билиарного тракта выделена в Римских критериях в раздел E: E1 — дисфункция желчного пузыря; E2 — дисфункция сфинктера Одди.

Несмотря на значительный шаг вперед (до этого никакой классификации функциональных расстройств у детей не существовало), международной классификации свойственна незавершенность и некоторая условность.

Во-первых, на наш взгляд, построение классификации на основании ведущих клинических симптомов — рвоты, боли, нарушений стула — чрезвычайно условно: у значительного количества детей с функциональными заболеваниями эти признаки сочетаются, и выделение ведущего не всегда возможно. Во-вторых, некоторые синдромы (например, руминация) вряд ли заслуживают отдельной графы, в то же время в классификациях не нашли отражения гораздо более частые заболевания — эзофагоспазм, пилоростеноз, дуоденогастральный рефлюкс и ряд других. А как практически дифференцировать функциональную абдоминальную боль и абдоминальную мигрень, функциональную задержку стула и функциональный запор? Какие исследования должен провести практический врач, чтобы дифференцировать дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди? Это далеко не все вопросы, возникающие при знакомстве с педиатрическими классификациями. В то же время нельзя не признать, что разработка классификации функциональных нарушений пищеварительной системы у детей — это не только попытка взглянуть на эту патологию во всем ее многообразии, но и существенный шаг вперед, позволяющий осмыслить и применить на практике основные принципы диагностики и лечения функциональных заболеваний.

Однако жизнь не стоит на месте, и в 2006 году в г. Лос-Анджелесе была принята новая классификация гастроинтестинальных расстройств у детей. В соответствии с ней различают функциональные гастроинтестинальные расстройства новорожденных и детей раннего возраста (группа G), детей и подростков (группа H).

В группу G включены регургитация новорожденных (G1), синдром руминации новорожденных (G2), синдром циклической рвоты (G3), колики новорожденных (G4), функциональная диарея (G5), дисхезия новорожденных (G6), функциональный запор (G7).



Ю.В. Белоусов

В группу H включены:

- H1 — рвота и аэрофагия; H1a — синдром руминации у подростков; H1b — синдром циклической рвоты; H1c — аэрофагия.

- H2 — абдоминальная боль, связанная с функциональными гастродуоденальными расстройствами; H2a — функциональная диспепсия; H2b — синдром раздраженного кишечника; H2c — абдоминальная мигрень; H2d — детская функциональная абдоминальная боль; H2d1 — синдром детской функциональной абдоминальной боли.

- H3 — запор и недержание кала; H3a — функциональный запор; H3b — недержание кала.

Уже при первом взгляде на предложенную классификацию бросается в глаза ее некоторая ограниченность: это действительно классификация гастро(желудок)-интестинальных (кишечник) расстройств. Она не включает функциональной патологии пищевода и желчевыводящих путей. Однако в нашу задачу не входит оценка предложенной (и утвержденной) классификации. Хотя объяснить, чем рубрика H2d1 — синдром детской функциональной абдоминальной боли — отличается от рубрики H2d — детской функциональной абдоминальной боли, непростое даже авторам. И это далеко не единственный вопрос к классификации. Важно другое: по нашему мнению, все перечисленные нозологические формы функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей как раннего возраста, так и старших нозологическими формами не являются и представляют собой донозологические изменения, которые иначе как синдромами назвать нельзя. Исключением, и то с известной долей условности, являются лишь синдром раздраженного кишечника [3] и синдром функциональной диспепсии (именно синдром, а не функциональная диспепсия, как это принято обозначать). Только эти два синдрома настолько клинически очерчены и патогенетически расшифрованы, что упоминаются в МКБ-10 как диагнозы. Но это именно синдромы, а не заболевания, так как они не имеют под собой морфологической основы, выявляемой с помощью обычных методов исследования (а не методов электронно-микроскопической гистохимии, иммуноцитохимии, автордиографии и т.д.).

Возникает вопрос: так ли необходимо практически врачу ориентироваться в сути патологических процессов, происходящих в организме больного ребенка, при формировании заболевания преморбидно-донозологическое функциональное расстройство-органическое заболевание (нозологическая форма)? Безусловно, необходимо, так как незнание патофизиологии и патоморфологии приводит не только к выполнению целого ряда необязательных и порой небезразличных для больного исследований, но и к полипрагмазии при назначении лечения.

## Литература

1. Белоусов Ю.В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей / Ю.В. Белоусов, О.Ю. Белоусова // Харьков: Инжэк, 2005. — 256 с.
2. Белоусов Ю.В. Функциональные нарушения пищеварения у детей раннего возраста // Med. natur. — 2010. — № 2. — С. 28-32.
3. Белоусова О.Ю. Синдром раздраженного кишечника у детей: верификация диагноза / О.Ю. Белоусова // Сучасна гастроентерологія. — 2004. — № 1. — С. 40-41.
4. Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей // Наказ № 438 від 26.05.2010 р. «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей». Київ, 2010. — 94 с.
5. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии / Д.С. Саркисов. — Москва: Медицина, 1988. — 333 с.
6. Харченко Н.В. Синдром диареи / Н.В. Харченко // Doctor. — 2002. — № 2. — С. 20-25.
7. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders // Gut. — 1999. — Vol. 45. — № 2. — P. 111-115.



# ЛЕКСИН®

Напівсинтетичний  
цефалоспориновий антибіотик  
I покоління  
для перорального застосування



Інформація для спеціалістів. З повною інформацією про препарат Ви можете ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Р.п.: UA/1484/01/03, UA/1484/01/02, UA/1484/01/01

## Вірний старт

- Ефективність при гострому бронхіті у дітей 93,3%.<sup>1</sup>
- Висока ефективність у дітей при лікуванні таких ускладнених форм ГРВІ, як середній отит, гострий бронхіт, гострий обструктивний бронхіт...<sup>2</sup>
- Наявність чутливості до Лексину у 90,1% штамів *Streptococcus pneumoniae*, у 87,2% штамів *Streptococcus pyogenes*, у 80% колоній *Staphylococcus aureus*... є підставою для його включення до комплексу терапії загострення хронічного тонзиліту у дітей...<sup>3</sup>

<sup>1</sup>О.В. Тяжка та соавт. Застосування препарату Лексин в лікуванні хворих на гострий бронхіт

<sup>2</sup>Абатуров А.Е. и соавт. Место цефалоспоринов первого поколения в лечении осложненных форм респираторных вирусных инфекций у детей

<sup>3</sup>Нагорная Н.В. и соавт. Особенности микрофлоры зева и пути ее коррекции при обострении хронического тонзиллита у детей с соединительно-тканной дисплазией сердца