

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Грязнова Екатерина Игоревна

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
СОСТОЯНИЯХ МАТЕРЕЙ

3.1.21. Педиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Дубровская Мария Игоревна

Москва, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	12
1.1 Современные представления о ФРОП у детей первых 4 лет жизни.....	12
1.2 Методы диагностики ФРОП у детей первых 4 лет жизни	22
1.3 Особенности психоэмоционального состояния матерей в пре и постнатальный периоды жизни ребенка и методы его оценки.....	24
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1 Дизайн исследования.....	33
2.2 Характеристика детей, вошедших в исследование.....	35
2.3 Методы исследований.....	37
2.3.1 Анкетирование.....	37
2.3.2 Очный осмотр.....	39
2.3.3 Лабораторные методы исследований.....	39
2.3.4. Инструментальные методы исследований.....	40
2.3.5. Осмотр специалистами.....	41
2.4 Объём выполненных работ.....	41
2.5 Методы статистической обработки данных.....	42
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	43
3.1 Общая характеристика пациентов	43
3.2 Частота формирования ФРОП у детей первых 4 лет жизни по данным анкетирования	44
3.3 Оценка точности метода анкетирования матерей по выявлению ФРОП у их детей первых 4 лет жизни	53
3.4. Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни и психоэмоциональным состоянием матерей во время беременности.....	57
3.5 Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни и психоэмоциональным состоянием матерей после рождения ребенка.....	61

3.5.1 Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни с тревогой и депрессией матерей после рождения ребенка.....	67
3.5.1.1 Развитие запора у детей первых 4 лет жизни и динамика психоэмоционального состояния матерей по данным анкетирования.....	75
3.5.2 Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни с типом привязанности матери.....	79
3.6 Алгоритм наблюдения детей первых 4 лет жизни на амбулаторном этапе.....	93
Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	95
Выводы.....	109
Практические рекомендации.....	111
Перспективы разработки темы.....	112
Список сокращений.....	113
Список литературы.....	114
Приложение.....	130

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Функциональные расстройства органов пищеварения (ФРОП) у детей грудного и раннего возраста являются самой частой причиной обращения родителей к педиатру и детскому гастроэнтерологу (Rouster AS, Karpinski AC, Silver D, 2016г). В Российской Федерации созданы Российские Клинические Рекомендации «Функциональные расстройства органов пищеварения у детей» на основе Римских критериев IV пересмотра, адаптированные с учетом особенностей отечественного здравоохранения, лекарственного обеспечения, национальных традиций медицинской науки и практики (Бельмер С.В. с соавт., 2020).

Опросники на основе Римских критериев по выявлению ФРОП у детей путем анкетирования матерей являются объективными способами получения информации, позволяют оценить частоту патологии, качество жизни и частоту обращения за медпомощью, «красные флаги» (Van Tilburg M. et al, 2015; Rosen R. et al, 2018). С 2016 года для постановки диагноза ФРОП у детей первых 4 лет жизни рекомендовано применять опросник по Римским критериям IV пересмотра - Rome IV Diagnostic Questionnaire for Pediatrics FGIDs for ages 0-3 (R4PDQ-Toddler). В России этот опросник не использовался, поскольку не был переведен на русский язык и не валидирован.

В последнее время изучается взаимосвязь психологического состояния матери и развития ФРОП у ее ребенка (Dahlen H et al, 2018; Басина Р.М. с соавт, 2020). Высокий уровень тревоги матери в период беременности, ненадежная привязанность, молодой возраст матери влияли на развитие послеродовой депрессии и частоту колик у их детей (Çak H. et al. 2015). Тревожность матери была связана с выраженными срыгиваниями у их детей на первом году жизни (Dahlen H et al, 2018). ФРОП чаще встречались у детей матерей, страдавших ранней послеродовой депрессией (Baldassarre M. et al, 2023), шанс развития колик у детей повышался при депрессии у матери (Garnacho-Garnacho VE et al, 2024).

Согласно исследованиям, начинать профилактику психоэмоциональных расстройств необходимо еще во время беременности, поскольку с момента начала беременности и в динамике до 2-летнего возраста ребенка частота выявления симптомов депрессии у матерей составила 23,4% случаев, из них в 3,9% случаев на протяжении всего периода наблюдения сохранялись симптомы глубокой депрессии (Jacques N et al, 2020). Наличие перинатальной депрессии наиболее значимо влияло на материнскую смертность в первый год после родов и сохраняло свое значение в течение 18 лет наблюдения в сравнении с контрольной группой (Nagatulah N, et al., 2024).

Изменения психоэмоционального состояния матери могут негативно отражаться на здоровье ребенка, что требует адекватной оценки педиатра и оказание своевременной помощи.

Степень разработанности темы

Опросники начали применяться с середины XX века как один из научных методов сбора данных. В основном применяются оценочные шкалы, которые широко распространены в медицине, они используются как скрининг, позволяют оценить качество жизни, выраженность симптомов и прогнозировать течение заболевания (О.В. Казмирова, М.Н. Югай, 2023г). В 2016 году, после утверждения Римских критериев IV появились исследования по изучению частоты ФРОП у детей с использованием опросника Rome IV Diagnostic Questionnaire for Pediatrics FGIDs for ages 0-3 (R4PDQ-Toddler). Parent-report form. (Marc A Benninga et al., 2016, Rosen R. et al, 2018). В России данные исследования не проводились.

Перинатальная психология как раздел перинатологии стала развиваться в России с конца 1960х годов (Аршавский И.А., 1957; Добряков И.В., 1996, Филиппова Г.Г., 1998). Представления о фетальном программировании основаны на нарушении физиологических и нервно-психических процессов в антенатальный период, реализации стрессоров в постнатальный период.

(Baldassarre M. et al., 2023; Garnacho-Garnacho VE et al, 2024). Биопсихосоциальная модель развития ФРОП предполагает наличие сложных взаимодействий между генетической предрасположенностью и факторами риска, в конечном итоге приводящих к экспрессии определенных генов, дисрегуляции оси мозг-кишечник и возникновению ФРОП (Seino S et al, 2012). При изучении пары «мать – дитя» было отмечено, что у детей, страдающих срыгиваниями или коликами, матери имели более высокие баллы по шкалам депрессии и тревоги. (Dahlen H et al, 2018; Garnacho-Garnacho VE et al, 2024).

Исследования с использованием опросников по выявлению взаимосвязи ФРОП у ребенка и психоэмоциональным состоянием его матери в период беременности и после родов единичны (Çak H. et al. 2015), но раскрывают определенные тенденции. По результатам исследования, в котором применялись Римские критерии III, Эдинбургская шкала послеродовой депрессии и опросник по определению качества жизни, было показано, что колики чаще встречались у детей матерей с признаками депрессии (Bekem Ö. et al., 2021)

Изучение взаимосвязи частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни одномоментно с тревогой, депрессией и типом привязанности матери методом анкетирования до настоящего времени не проводились, что и определило цель нашего исследования.

Цель исследования

Оптимизация диагностики и профилактики функциональных расстройств органов пищеварения у детей первых 4 лет жизни в зависимости от выявленных особенностей психоэмоционального состояния их матерей.

Задачи исследования

1. Модифицировать опросник по выявлению функциональных расстройств органов пищеварения у детей первых 4 лет жизни для использования в амбулаторной практике в качестве скрининга.

2. Изучить частоту функциональных расстройств органов пищеварения у детей первых 4 лет жизни по результатам анкетирования их матерей.
3. Определить взаимосвязь между частотой и характером функциональных расстройств органов пищеварения у детей первых 4 лет жизни и психоэмоциональным состоянием матерей во время беременности.
4. Оценить взаимосвязь между частотой и характером функциональных расстройств органов пищеварения у детей первых 4 лет жизни и психоэмоциональным состоянием их матерей после рождения ребенка.
5. Разработать алгоритм наблюдения детей первых 4 лет жизни для раннего выявления и профилактики ФРОП.

Научная новизна

Впервые в России модифицирован и применен в качестве скрининговой диагностики опросник по выявлению ФРОП у детей первых 4 лет жизни, определен высокий уровень его чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической значимости.

Впервые доказано, что психоэмоциональное состояние матерей во время беременности влияло на формирование ФРОП у их детей. Шанс развития ФРОП у детей первого года жизни был статистически значимо выше при наличии тревожного компонента гестационной доминанты у их матерей. Шанс развития запора у детей старше года оказался статистически значимо выше при выявлении тревожного и депрессивного компонентов гестационной доминанты у их матерей.

Впервые показано, что сочетание тревоги и депрессии матери, а также ее тип привязанности существенно влияли на формирование и поддержание ФРОП у ее ребенка в первые 4 года жизни. Среди детей первого года жизни статистически значимо повышался шанс развития срыгиваний при наличии у матерей высокой степени тревожной привязанности, колик – при наличии у матерей признаков тревоги и депрессии. Шанс развития запора у детей первых 4 лет жизни статистически значимо повышался при наличии у матерей сочетания признаков

тревоги и депрессии, а также высокой степени избегающего типа ненадежной привязанности.

Впервые выявлена трансформация психологического состояния матери в течение года после рождения ребенка.

Теоретическая и практическая значимость

Было выявлено, что на формирование ФРОП у детей первых 4 лет жизни оказывало существенное влияние психоэмоциональное состояние матерей как во время беременности, так и после рождения ребенка. Определяющими факторами формирования ФРОП у детей оказались тревога матери во время беременности и сочетание тревоги и депрессии после рождения ребенка. В течение года после рождения ребенка у матерей выявлялась трансформация психоэмоционального состояния с нарастанием симптомов тревоги и депрессии, а также появление признаков тревоги и депрессии в группе матерей, у которых год назад этих признаков еще не было.

Опросник по выявлению ФРОП у детей первых 4 лет жизни имеет высокий уровень чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной прогностической значимости и может быть применен в качестве скрининговой диагностики. Выявление симптомов тревоги, депрессии, нарушения привязанности среди беременных и матерей детей первых 4 лет жизни обуславливает включение обязательной консультации психолога в план наблюдения детей раннего возраста с ФРОП на амбулаторном этапе.

Методология и методы исследования

Открытое нерандомизированное одномоментное исследование проводилось на базе медицинского центра «Амедклиник», г. Москва. в период 2022-2025гг. Проведено одномоментное онлайн анкетирование на платформе Google Forms, в котором приняли участие 1426 матерей детей первых 4 лет жизни, очный осмотр

218 детей в возрасте 0-4 лет. Проанализированы результаты заполнения опросника по выявлению ФРОП, по ретроспективному выявлению психологического компонента гестационной доминанты, по выявлению тревоги и депрессии Бека, по определению типа привязанности Чен. Применялись клинико-анамнестические, инструментальные, статистические методы исследования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Опросник может быть применен в качестве скрининговой диагностики по выявлению ФРОП у детей первых 4 лет жизни.
2. Психоэмоциональное состояние матерей во время беременности влияет на формирование ФРОП у их детей.
3. На характер ФРОП, его формирование и поддержание у детей первых 4 лет жизни, существенно влияют тревога и депрессия матери, а также тип ее привязанности после рождения ребенка.

Степень достоверности результатов и апробация результатов исследования

Достоверность результатов проведенного исследования подтверждается достаточным количеством детей, включенных в исследование, использованием актуальных методик исследования и современных методов статистической обработки. Полученные выводы соответствуют задачам исследования, их обоснованность подтверждается успешным применением на практике. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на XIX Российском конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием (Москва, 2020), Конгрессах детских гастроэнтерологов России и стран СНГ в (Москва, 2020, 2023, 2024 гг.), XIX Научно-практической конференции с Международным участием «Совершенствование педиатрической практики. От простого к сложному» 2024.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в практику работы педиатрического отделения медицинского центра «Амедклиник», г Москва. Материалы работы используются в учебном процессе на кафедре госпитальной педиатрии им. ак. В.А. Таболина Института материнства и детства ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н И. Пирогова при подготовке студентов 5, 6 курсов, клинических ординаторов, аспирантов, на циклах повышения квалификации врачей педиатров и гастроэнтерологов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 3.1.21. Педиатрия. Результаты работы соответствуют области исследования специальности, а именно пунктам 1, 3.

Личное участие автора

Автором проведен анализ данных научной литературы, посвященных эпидемиологии, патогенезу, методам диагностики ФРОП у детей раннего возраста. Разработан дизайн исследования, создана база данных для систематизации, хранения и статистической обработки данных. Адаптирован опросник по выявлению ФРОП у детей первых 4 лет жизни. Проведен анализ анкет матерей, медицинской документации, очный осмотр детей согласно намеченному плану. Выполнен анализ полученных данных, сформированы выводы и практические рекомендации.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 7 – в научных журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки РФ, из них в журналах К1 – 5 статей, в журналах К2 – 2 статьи.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 138 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций, перспектив разработки темы, списка литературы, приложения. Работа иллюстрирована 4 рисунками и 55 таблицами. Список литературы содержит 145 источников, из которых 38 отечественных и 107 зарубежных.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

1.1. Современные представления о ФРОП у детей раннего возраста

Функциональные расстройства органов пищеварения (ФРОП) - наиболее распространенная группа заболеваний органов пищеварения, в основе которых лежит совокупность факторов, таких как нарушение висцеральной чувствительности и моторики желудочно-кишечного тракта, регуляторных механизмов оси «мозг-кишка-микробиота», развитие пищевой непереносимости, особенности становления микробного пейзажа [75, 139].

У детей раннего возраста ФРОП являются самой частой причиной обращения к детскому гастроэнтерологу и педиатру [105, 122]. Согласно IV пересмотру Римских критериев, к функциональным нарушениям у новорожденных и детей раннего возраста относят младенческие срыгивания, руминацию, синдром циклической рвоты, младенческие колики, функциональную диарею, младенческую дисхезию, функциональный запор [53].

Среди детей грудного возраста с ФРОП наиболее часто встречаются младенческие срыгивания [53, 137], их частота колеблется от 26% до 85% по данным разных авторов [100, 141], не зависят от пола, национальности и страны проживания [53]. Срыгивания здорового доношенного новорожденного отражают анатомо-физиологические особенности развития желудочно-кишечного тракта. Наибольшая частота срыгиваний приходится на возраст 4 месяцев (41–67% случаев), когда ребенок начинает активно двигаться и переворачиваться, в связи с вертикализацией и развитием нервной системы симптомы постепенно купируются к 12 месяцам жизни [36, 42].

Согласно Римским критериям IV пересмотра срыгивания диагностируются при наличии 2 критериев у здоровых в остальном младенцев в возрасте от 3 недель до 12 месяцев:

1. Срыгивания два или более раз в день в течение трех или более недель.
2. Отсутствие позывов на рвоту, рвоты, аспирации, апноэ, задержки

физического развития, затруднений с кормлением и глотанием или вынужденного положения тела [53].

В отличие от младенческих срыгиваний, руминация является привычным забросом содержимого желудка в рот с целью самостимуляции и отражает эмоциональную и сенсорную депривацию, встречается у 1,9% младенцев 3–8 месяцев жизни [114].

Диагностические критерии руминации согласно Римским критериям IV включают все из нижеперечисленных на протяжении не менее двух месяцев:

1. Повторяющиеся сокращения мышц живота, диафрагмы и языка.
2. Не сопровождающееся напряжением срыгивание желудочного содержимого, которое в последующем сплевывается или повторно пережевывается и проглатывается.
3. Три или более из следующих условий:
 - начало между 3 и 8 месяцами;
 - не отвечает на лечение при ГЭРБ и срыгиваниях;
 - не сопровождается признаками недомогания;
 - не проявляется во время сна и когда младенец общается с окружающими.

Синдром циклической рвоты – резко возникающие стереотипные эпизоды выраженной тошноты и рвоты, длящиеся от нескольких часов до нескольких суток [130].

Диагностические критерии синдрома циклической рвоты согласно Римским критериям IV включают все из нижеперечисленного:

1. Два или более периода неукротимой пароксизмальной рвоты с или без позывов, продолжающейся от нескольких часов до нескольких дней.
2. Стереотипные эпизоды у каждого пациента.
3. Промежуток между эпизодами рвоты продолжается от нескольких недель до месяцев, в межприступный период ребенок здоров.

Патофизиологический механизм синдрома циклической рвоты многофакторный и до конца не изучен, возникновение эпизодов, вероятнее всего, связано с наследственной предрасположенностью, нарушением взаимодействия

«мозг-кишечник», митохондриальными нарушениями, патологией кальциевых каналов и повышенным возбуждением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [117].

Частота встречаемости синдрома циклической рвоты варьируется от 0,5 до 7% по данным различных исследований [54, 65]. В 46% случаев синдром циклической рвоты манифестирует в возрасте до 3 лет [88].

Вторыми по частоте встречаемости (3–28%) среди ФРОП у детей грудного возраста считаются младенческие колики - эпизоды болезненного плача и беспокойства ребенка длительностью не менее 3 часов в день. Приступы плача возникают и заканчиваются внезапно, не реже 3 раз в неделю, без каких-либо внешних провоцирующих причин, чаще в вечернее время [33].

Согласно Римским критериям IV для диагностирования колик необходимо наличие всех пунктов из нижеперечисленных:

1. Возраст ребенка младше 5 месяцев, в течение которых колики начинаются и прекращаются.
2. Повторяющиеся и продолжительные периоды плача, беспокойства и раздражительности, которые, как отмечают лица, ухаживающие за ребенком, не связаны с видимыми причинами и не могут быть ими предотвращены или купированы.
3. У ребенка отсутствуют признаки задержки развития, лихорадки или болезни.

Для исследовательских целей с целью объективизации симптомов, подтверждение колик у детей должно подтверждаться проспективным ведением дневника, отражающим поведение ребенка в течение 24 часов.

Колики чаще выявляются в возрасте до 6 недель [13, 41] и являются отражением нормального процесса развития и созревания ЖКТ и нервной системы ребенка, зависят от его темперамента и восприятия родителей, исчезают к 5 месяцам жизни [19, 47, 125]. В то же время, колики являются одним из основных факторов риска развития «синдрома встрянутого ребенка» [124, 132] и раннего отказа от грудного вскармливания [86]. При этом перевод детей на

искусственное вскармливание и назначение специализированных смесей при коликах происходит в том числе на фоне гипердиагностики со стороны медицинских работников, колики расцениваются как пищевая непереносимость, лактазная недостаточность [5, 6].

Функциональная диарея – это учащение безболезненной дефекации до 4 и более раз в сутки, длящееся более 4-х недель, при этом самочувствие ребенка не страдает, он растет и развивается по возрасту.

Функциональная диарея не связана с инфекционным заболеванием и может самостоятельно разрешиться к 5–7 годам. Необходим тщательный сбор анамнеза для исключения нарушения диеты матерью, перекармливания, лактазной недостаточности и пищевой аллергии [13, 15, 29].

Диагностические критерии функциональной диареи согласно Римским критериям IV включают в себя:

1. Ежедневный безболезненный обильный неоформленный стул 4 раза и более.
2. Симптомы, длящиеся более 4-х недель.
3. Симптомы начинаются в возрасте от 6 до 60 месяцев.
4. Нет отставания в физическом развитии при достаточном суточном калораже.

В основе функциональной диареи лежит ускорение транзита кишечного содержимого, связанное с усилением двигательной активности кишечника. Также нарушение моторики может быть обусловлено повышенной чувствительностью рецепторного аппарата стенки кишечника к растяжению и психоэмоциональной компонентой [15, 13].

Повышенная чувствительность рецепторного аппарата стенки кишечника может приводить к позывам на дефекацию, возникающим даже при незначительном растяжении стенки кишечника. Психоэмоциональные факторы могут вызывать нарушения центральной регуляции моторной, секреторной и других функций кишечника, что, в свою очередь, влечет гиперкинетическую дискинезию кишечника, повышенную возбудимость и сократительную

активность кишечной мускулатуры в покое и под влиянием эмоциональных и пищевых нагрузок.

Дисхезия – беспокойство, связанное с актом дефекации, эпизодически возникающее в течение дня, может встречаться у детей до 9 месяцев жизни вследствие дискоординации мышц тазового дна, передней брюшной стенки и анальных сфинктеров, по данным литературы встречается в 1,9-20,1% [49, 94].

Диагностические критерии младенческой дисхезии должны включать у детей до 9 месяцев нижеперечисленное:

1. Не менее 10 минут натуживания и плача перед успешным или безуспешным отхождением мягкого кала.
2. Отсутствие других проблем со здоровьем.

Дисхезия может нарушать моторику вышележащих отделов толстой кишки, в совокупности определяя клинические симптомы запора. В 2022г было опубликовано исследование, показавшее, что дисхезия встречалась при долихосигме и удлинении прямой кишки почти в 2 раза чаще [107].

Функциональный запор диагностируется по совокупности нескольких признаков: урежение частоты дефекаций, изменение консистенции стула и/или регулярное неполное опорожнение кишечника. Патофизиологический механизм многофакторный, связан с дискоординацией мышц тазового дна и анального канала, особенностями питания, генетической предрасположенностью и психологической задержкой стула. Чем младше ребенок, тем более выражен психологический компонент запора, связанный со страхом болезненного акта дефекации [134]. Развитию запора предшествует острый эпизод задержки стула, приводящий к болезненной дефекации. В дальнейшем ребенок инстинктивно задерживает дефекацию из-за более или неприятных ощущений, что становится основным разрешающим фактором функционального запора.

Причиной острого запора у детей раннего возраста могут быть смена типа вскармливания или употребление неадаптированных продуктов на основе коровьего (козьего) молока, быстрое увеличение объема прикорма, лактазная недостаточность, раннее принудительное (конфликтное) приучение к горшку.

Нередкой формой хронических функциональных запоров могут быть расстройства дефекации, когда механизм обусловлен изменениями в аноректальной зоне – диссинергией мышц тазового дна. У детей она чаще всего развивается из-за привычной задержки дефекации. Диссинергия может проявляться спазмом наружного анального сфинктера, спазмом пуборектальной петли, недостаточным расслаблением мышц тазового дна [23]. Было показано, что дисфункция мышц тазового дна и прямой кишки у детей с хроническими запорами формируется уже в первые 2 года жизни. Относительный риск развития запора в 10 летнем возрасте при наличии появления стула после раздражения ануса на 1-м году жизни возрастает в 3,4 раза [10].

Диагностические критерии функционального запора у детей до 4 лет (Рим-IV) должны включать в течение месяца по крайней мере 2 из следующих признаков:

1. Две или менее дефекации в неделю.
2. В анамнезе чрезмерная задержка стула.
3. В анамнезе опорожнение кишечника болезненное или с твердым стулом.
4. В анамнезе стул большого диаметра.
5. Наличие большого количества фекальных масс в прямой кишке.

У детей, приученных к пользованию туалетом, могут использоваться дополнительные критерии:

6. По крайней мере 1 эпизод в неделю недержания кала после приобретения навыков пользования туалетом.

7. В анамнезе стул большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Запоры на первом году жизни встречаются около 5-6,9% случаев, с пиковой заболеваемостью в возрасте от 3 до 6 месяцев [55, 104]. В возрасте старше года частота нарастает до 14%-32,0% [139]. Во всем мире до 25% визитов к детским гастроэнтерологам и 3% всех общих педиатрических амбулаторных визитов связаны с запором. [40, 134]. Было показано, что запор у детей в 50% случаев был причиной острой боли в животе среди детей раннего возраста [134].

По результатам анкетирования 2159 родителей в Российской Федерации частота хронического запора в целом составила 53%, с максимумом в младшем школьном возрасте 56%, имея тенденцию к снижению в старшем школьном возрасте до 41%. Дети страдали запором независимо от пола, соотношение мальчиков и девочек было 1:0,8. В исследовании была выявлена высокая частота симптомов, свидетельствовавших об осложненном течении запора: каломазание отмечалось у 20,6% детей, боль в области заднего прохода ощущали 29% опрошенных, наличие прожилок крови при каждом акте дефекации имело место у 1,5% детей, а время от времени — у 16%. Высокая частота перечисленных патологических признаков свидетельствует о необходимости тщательного обследования детей с запорами, так как они могут быть проявлением не только функционального, но и органического заболевания дистальных отделов кишечника. Каждый пятый ребенок (20,5%) сообщил о применении ручного пособия с целью опорожнить кишечник [38].

Аллергические реакции в виде могут быть ошибочно расценены как ФРОП у детей грудного возраста при отсутствии кожных реакций. В первую очередь, это развитие не IgE – опосредованной непереносимости белка коровьего молока у детей на искусственном вскармливании или избыточное содержание в рационе кормящей матери молочных продуктов при грудном вскармливании. Гастроинтестинальными проявлениями пищевой аллергии могут быть упорные срыгивания, колики, запор [27, 74, 123].

Также симулировать симптомы ФРОП могут такие патологические состояния, как непереносимость продукта (лактазная недостаточность), инфекции (бактериальные, вирусные, паразитарные), фармакологические эффекты (кофеин, гистамин, тирамин), анатомические аномалии (пилоростеноз), заболевания ЖКТ (холецистит, недостаточность функции поджелудочной железы), метаболические нарушения (галактоземия), токсины (бактериальные, рыбный яд), непищевая аллергия (реакция на пыльцу, плесень, домашнюю пыль, перхоть), вазомоторные реакции (насморк как реакция на острую пищу, покраснение лица при употреблении кислой, терпкой пищи), симуляция (синдром Мюнхгаузена) [71].

Изучалась взаимосвязь повышенного уровня мотилина у новорожденных и детей грудного возраста с коликами, которая может приводить к усилению перистальтики кишечника на фоне физиологической незрелости вегетативной нервной системы ребенка [47, 98].

В развитии ФРОП может играть роль незрелость синтеза желчных кислот в печени, которая приводит к снижению внутрипросветного уровня желчных кислот, нарушению всасывания желчных кислот, жиров и других питательных веществ в ЖКТ, что может нарушать его моторику. У большинства детей грудного возраста наблюдается снижение соотношения холевой, хенодезоксихолевой кислот и конъюгатов глицина к таурину в течение первых 4–5 месяцев, что соответствует времени разрешения колик [56, 142].

Изменения микробиома в желудочно-кишечном тракте оказывают влияние на слизистый барьер кишечника и приводят к так называемому low-grade inflammation – воспалению низкой степени активности, что проявляется повышением уровня фекального кальпротектина, снижению секреторного IgA и бутирата, уровня серотонина в крови [16, 89].

Становление кишечной микробиоты совпадает по времени с быстрым развитием мозга и считается, что существует «критическое окно» – период наибольшей чувствительности органов к повреждениям [50]. В настоящее время предполагают, что этим критическим окном являются первые 1000 дней жизни от момента зачатия до конца 2-го года жизни. Именно в этот период происходит становление всех физиологических функций органов и систем – иммунной системы, метаболической, ЦНС. В развитии всех этих органов и систем организма кишечная микробиота, несомненно, принимает огромное участие [22].

Сразу после рождения происходит колонизация кишечника различной флорой: стафилококки, стрептококки, энтерококки и энтеробактерии. На второй день жизни происходит анаэробная колонизация, начинают заселяться бифидобактерии [92]. Становление микробиома начинается в перинатальный период: передача бактерий происходит через пуповинную кровь, при контакте с вагинальной и кишечной микробиотой матери при рождении и при контакте с

кожей и молоком во время грудного вскармливания. Эта колонизация необходима для созревания лимфоидной ткани, связанной с кишечником, и кишечного эпителия [92, 118]. В этот период жизни важную роль играет микробиота матери. Было показано, что матери с признаками тревоги и депрессии с большей вероятностью имеют неблагоприятный микробиом кишечника [78].

Становление кишечного микробиома активно происходит в первый год жизни ребенка, но и в более старшем возрасте происходит созревание и смена микробиома, приближаясь к взрослому типу [109]. Согласно различным метаанализам рандомизированных контролируемых исследований, использование *L.reuteri* (DSM 17938) и *L.reuteri* (ATCC 55730) было связано со снижением частоты срыгиваний, а также *L.reuteri* (DSM 17938) и *B.lactis* (BB-12) было связано со значительным сокращением среднего времени плача при младенческих коликах у детей, находящихся на грудном вскармливании, однако у детей на искусственном вскармливании регресса колик выявлено не было [85].

Считается, что тип питания и способ родоразрешения оказывают большое влияние на состав кишечного микробиома [35, 64]. В то же время, другие авторы не выявили значимые различия в распространенности ФРОП у детей на грудном вскармливании по сравнению с детьми, получающими смесь, а также у детей, родившихся естественным путем по сравнению с детьми, родившимися путем кесарева сечения [52].

Клинические и экспериментальные данные свидетельствуют, что кишечная микробиота не только взаимодействует местно с интестинальными клетками и энтеральной нервной системой, но и обладает способностью посылать непосредственно сигналы в ЦНС через нейроэндокринные и метаболические пути. Нарушения состояния кишечной микробиоты наблюдаются при различных состояниях, связанных с изменением функции ЦНС. Так, наличие стресса приводит к целому ряду физиологических процессов, направленных на поддержание гомеостаза. В то же время эти физиологические процессы могут приводить к нарушениям кишечной микробиоты. Ответ ЦНС на стресс связан с активацией гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси и симпатической нервной

системы, далее с выбросом кортизола и адреналина. Эти гормоны влияют на физиологическую активность ЖКТ, снижают моторику желудка и тонкой кишки, одновременно усиливают моторику толстой кишки, снижают секрецию соляной кислоты в желудке. Несомненно, это сказывается на составе и количестве КМБ. Так, было показано, что стрессовые ситуации, например, отлучение от матери у младенца обезьяны макака-резус вызывает снижение количества лакто-бацилл [48]. При изучении новорожденных крысят, было показано, что отлучение по 3 часа в день в течение первых 12 дней жизни стойко изменяло структуру и количество кишечной микробиоты даже в зрелом периоде [108].

Биопсихосоциальная модель развития ФРОП предполагает, что стрессоры раннего периода жизни могут запустить каскад сложных взаимодействий между генетической предрасположенностью и факторами риска, в конечном итоге приводящих к экспрессии определенных генов и при наличии факторов риска привести к дисрегуляции оси мозг-кишечник и возникновению ФРОП в постнатальный период (фетальное программирование) [79, 80, 145].

Было проведено исследование, в котором было показано, что матери младенцев со срыгиванием, начавшимся через 1 месяц после рождения, имеют более высокую степень ненадежной привязанности. Была обнаружена связь между симптомами послеродовой депрессии, начавшейся через 3-7 дней после родов, и наличием колик и срыгиваний через 1 месяц после рождения. В этом же исследовании было показано, что ФРОП встречалось чаще у детей, чьи матери страдали послеродовой депрессией с первых дней после родов: срыгивания у этих детей были выявлены у 26 (23%) младенцев, колики у 31 (27,4%), дисхезия у 17 (15%) и функциональный запор у 9 (8%) [46].

По результатам изучения взаимосвязи частоты ФРОП у детей раннего возраста с психоэмоциональным состоянием их матерей во время беременности выявлено, что при наличии признаков тревоги и депрессии у беременных женщин шанс развития колик у их детей был в 2 раза выше по сравнению с детьми группы сравнения [7]. Риск формирования рецидивирующих абдоминалгий у детей матерей с высоким чувством тревоги был в 2 раза выше по сравнению с детьми

здоровых матерей [63]. Патологическая тревожность родителей на первом году жизни ребенка в 11% случаев сочетается с функциональными болями в животе в более старшем возрасте (6 лет) [116].

Доказано, что психологический стресс у матерей может влиять на развитие ФРОП и когнитивные функции у их детей [111, 116]. При этом ряд авторов указывают, что факторы окружающей среды оказывают равное или большее влияние на развитие ФРОП, чем генетические факторы [97, 126]. Было показано, что не только патологическая тревожность, но и чрезмерная опека, нарушение привязанности влияют на состояние здоровья их детей [77, 101].

Исследования показывают, что надёжная привязанность и материнская поддержка связаны с более высоким уровнем позитивного настроения, более конструктивным подходом к решению проблем и лучшей регуляцией эмоций [131]. Другое исследование продемонстрировало значительное влияние психологического состояния матери на частоту функционального запора у детей раннего возраста. Установлено, что тревожность и депрессия связаны с повышенным риском появления запоров у ребенка. Более того, недостаток родительской поддержки увеличивает риск длительного течения заболевания и ухудшения качества жизни всей семьи [76].

1.2 Методы диагностики ФРОП у детей грудного и раннего возраста

У детей раннего возраста ФРОП всегда являются диагнозом исключения. В то же время, для диагностики ФРОП не требуется лабораторно-инструментального обследования, диагностика основана на жалобах матери и клинических симптомах, имеющихся у ребенка.

Для диагностики ФРОП у детей и у взрослых с середины XX века применяют различные опросники. Так, М.А. Wessel в 1954г определил младенческие колики как эпизоды беспричинного плача, которые длятся не менее 3 часов в день, 3 раза в неделю и чаще в течение последних 3 недель [129].

В 1993г I.Vandenplas создал шкалу оценки интенсивности срыгиваний, которая в последующем была повторно модифицирована [138]. В 2006 году были опубликованы Римские критерии III, в которые впервые были включены ФРОП детского возраста [44]. Там же впервые были сформулированы критерии постановки функционального запора у детей в разные возрастные периоды и в зависимости от развития туалетных навыков.

В 2016г вышли обновленные Римские критерии IV пересмотра, в которых выделяют 2 раздела ФРОП у детей в зависимости от возраста. Первый раздел посвящен ФРОП первых 4 лет жизни и включает в себя: G1 – срыгивания, G2 – руминацию, G3 – синдром циклической рвоты, G4 – колики, G5 – функциональную диарею, G6 – младенческую дисхезию, G7 – функциональный запор. Второй раздел посвящен ФРОП у детей в возрасте 4-18 лет [2, 5].

В 2020 г созданы Российские Клинические Рекомендации «Функциональные расстройства органов пищеварения», которые были разработаны на основе Римских критериев IV, 2016 г. Они адаптированы и модифицированы с учетом особенностей отечественного здравоохранения, лекарственного обеспечения, национальных традиций медицинской науки и практики. В этих рекомендациях скорректирована периодизация ФРОП согласно принятой в России классификации Д.Б. Эльконина: на младенческий (0-12 мес) и ранний возраст (1-3 года). Также в Российских рекомендациях добавлена функциональная абдоминальная боль для детей 1-3 лет, но отсутствуют руминация и функциональная диарея [2].

Одним из традиционных скрининговых методов выявления ФРОП у детей, согласно мировой практике, является анкетирование родителей с использованием опросника. В 2005 г. по результатам анкетирования 2879 родителей детей первых 6 месяцев жизни частота ФРОП составила 54,9%, при этом в 3,2% случаев дети были госпитализированы в связи с выраженностью клинических симптомов [83].

В 2015 г. было проведено онлайн-анкетирование по утвержденному опроснику Римских критериев III среди матерей детей в возрасте 0–3 лет, которое показало, что в этой возрастной группе частота ФРОП в среднем составляла 27%,

при этом отмечалось снижение качества жизни и повышение частоты обращения за медпомощью [137]. С 2016 года применяется опросник для родителей Rome IV Diagnostic Questionnaire for Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Toddler R4PDQ-toddler [120].

Конструкция опросника должна включать не только критерии постановки диагноза ФРОП, опираясь на выявленные жалобы матери, но и критерии исключения - «красные флаги». «Красные флаги» свидетельствуют о наличии органических заболеваний: отсутствие весовых прибавок, отказ от еды, лихорадка, рвота, патологические примеси в рефлюктате, патологические примеси в стуле, пассивное напряжение брюшной стенки, наличие признаков атопии, упорные запоры [5].

При отсутствии «красных флагов» не требуется проведение лабораторной и инструментальной диагностики, такой как: определение уровня пепсина в слюне, анализа кала на патогенную флору, уровень углеводов в кале, рентгенография ЖКТ с барием или ирригография, УЗИ пищевода и желудка, эндоскопическое исследование, суточная рН-метрия, рН-импедансометрия [121].

1.3 Особенности психоэмоционального состояния матерей в пре и постнатальный периоды жизни ребенка и методы его оценки

В последние годы изучается зависимость выраженности ФРОП у детей раннего возраста от психоэмоционального состояния матери [1, 73].

Для оценки состояния психического здоровья матери существуют различные шкалы и опросники, которые варьируются в зависимости от психологического расстройства и исследуемых аспектов взаимоотношений и чаще всего представляют собой самоопросники.

Цель этих опросников – выявление женщин с высокой степенью риска по развитию психоэмоциональных расстройств, нуждающихся в проведении дополнительной диагностики [106].

Для определения типа гестационной доминанты в отечественной перинатальной психологии наиболее распространен тест отношения беременной. Он был разработан И.В. Добряковым и применяется во 2–3-м триместре беременности и позволяет выявить выраженные нарушения по отдельным компонентам гестационной доминанты и более узко проводить психологическую коррекцию [8]. У матерей после родов используется модифицированный тест отношения беременной (тест отношения беременной ретроспективный) (ТОБ(р)), основанный на воспоминаниях о прошедшей беременности, который позволяет ретроспективно оценить психологические компоненты доминанты [8].

Адекватная забота о потомстве составляет суть эволюционного смысла материнского поведения, которое обеспечивается материнской доминантой. Материнская доминанта последовательно трансформируется из доминанты зачатия в гестационную, родовую и затем лактационную доминанту длительностью до 24 месяцев [8]. Во время беременности у женщины уже должна появиться устойчивая гестационная доминанта, направленная на формирование материнского поведения по отношению к своей беременности и будущему ребенку [9, 24].

Один из основоположников российской школы перинатальной психологии И.В. Добряков выделил 5 типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, эйфорический, гипогнозический, тревожный, депрессивный, а также разработал тест отношения беременных для ранней диагностики нервно-психических расстройств у беременных женщин [8].

Оптимальный тип является прогностически благоприятным, для него характерно ответственное отношение к своей беременности, но без излишней тревоги, гармоничные супружеские отношения.

Гипогестогнозическому типу свойственны слабые знания о своей беременности, женщины не склонны менять свой жизненный уклад, после родов часто отмечается гипогалактия, за ребенком ухаживает другое лицо, стиль воспитания – гипопротекция, родители уделяют своему ребенку крайне мало внимания или эмоционально отвергают его.

К эйфорическому типу относятся женщины с истерическими чертами личности, длительно лечившиеся от бесплодия и требующие от окружающих повышенного внимания. При этом происходит нарушение гармонии в супружеских отношениях.

Тревожному типу присущ высокий уровень тревоги беременной. При депрессивном типе резко снижен фон настроения беременной, возникают страхи, плаксивость, бредовые ипохондрические идеи, суицидальные тенденции. Другие типы гестационной доминанты (переживания беременности) свидетельствуют об определенных сложностях в формировании материнского отношения и требуют индивидуальной коррекции.

После родов материнское поведение создает стойкую конструкцию между базовой тревогой и базовой безопасностью, что во многом предопределяет здоровье и развитие ребенка раннего возраста [112]. Наиболее желательным для ребенка является оптимальный тип гестационной доминанты, при котором происходит безусловное принятие ребенка, развивается интуитивная чувствительность и отзывчивость к его потребностям.

Для определения тревоги матери в послеродовой период используются следующие опросники:

- «Методика оценки тревожности» Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина является шкалой самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика личности) и применяется в клинике для определения выраженности тревожных переживаний, оценки состояния в динамике и др. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации [34, 128];

- Шкала самооценки тревоги Д. Шихана предназначена для скрининговой диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра у взрослых лиц. Шкала создана на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает в себя наиболее распространенные проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги.

Данный опросник включен в клинические рекомендации по тревожно-фобическим расстройствам у взрослых, однако оценка точности данного опросника у женщин в послеродовой период не проводилась [69];

- Шкала тревоги А. Бека разработана в 1961г – скрининговая шкала, используется для предварительной оценки степени выраженности тревожных расстройств у взрослых и детей с 14-летнего возраста, включена в клинические рекомендации по тревожно-фобическим расстройствам у взрослых [31].

Многочисленные исследования отмечают тесную взаимосвязь между психологическим состоянием матери и реакциями ребенка. У тревожных матерей в период беременности, родов и в послеродовой период чаще отмечаются эмоциональные проблемы и нарушения в диаде мать–дитя, дети плачут громче и дольше [57, 112]. Материнская тревожность взаимосвязана с выраженными срыгиваниями у их детей на первом году жизни. Матери детей грудного возраста, поступивших в стационар в связи с гастроэзофагеальным рефлюксом, в 5 раз чаще страдают психическими расстройствами. ($p < 0,0001$) [73]. Была выявлена взаимосвязь высокого уровня тревоги матери в период беременности, ненадежной привязанности, молодого возраста и низкого уровня образования с развитием послеродовой депрессии и частотой колик у их детей [46].

Для определения депрессии матери в послеродовой период используются следующие опросники.

- Эдинбургская шкала послеродовой депрессии – наиболее распространена для скрининговой диагностики депрессивного состояния у матерей в первые месяцы после родов. Эта шкала, первоначально разработанная Коксом, Холденом и Саговски в 1987 году, в настоящее время валидирована во многих странах [39]. Шкала направлена на диагностику эмоциональных и когнитивных симптомов послеродовой депрессии. Из данной шкалы целенаправленно исключены соматические симптомы депрессии, т. к. исследование соматических симптомов в послеродовом периоде мало информативно. Однако в исследовании 2009г точность данного опросника составила 50%, при этом чем менее яркими были симптомы депрессии, тем меньше была степень надежности [113].

- Шкала послеродовой депрессии Бромлей была разработана в 1992г для оценки как настоящих, так и прошедших эпизодов послеродовой депрессии. Шкала уникальна тем, что позволяет женщинам описать свое состояние как в период беременности, так и в послеродовом периоде, включая как настоящие роды, так и все бывшие ранее [139].

- Скрининговая шкала послеродовой депрессии – предложена А. Бэком и Геббелем в 2001 году, учитывает семь параметров специфичных для послеродового периода: нарушения сна и питания, тревога, эмоциональная лабильность, когнитивные нарушения, потеря своего я, вина, мысли о причинении вреда. Шкала показала хорошие чувствительность и специфичность для выявления депрессии, соответствующей критериям малого депрессивного расстройства. Шкала анализировалась в основном в Америке и Великобритании, в связи с чем необходимо проведение дальнейших исследований для определения транскультуральных особенностей ее применения [128].

- Шкала самооценки депрессии Цунга – была предложена в 1965г. и переведена на множество языков, шкала использовалась для выявления депрессии в послеродовом периоде у женщин в Австралии, Японии, Нигерии, Австрии [72, 93]. Внутренняя согласованность в большинстве исследований была хорошей, ретестовая надежность опросника не публиковалась. При проведении исследования в Японии и Австрии отмечались низкая чувствительность и прогностическая ценность положительного результата на фоне умеренной специфичности [95].

- Шкала депрессии А. Бэка - предложена А. Т. Беком в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. На сегодняшний день шкала применяется в большинстве исследований послеродовой депрессии. Ее использование для диагностики послеродовой депрессии часто критикуется из-за зависимости шкалы Бека от соматических симптомов депрессии, которые перекликаются с естественными физиологическими процессами, свойственными послеродовому

периоду [135]. Тем не менее она используется в большинстве исследований для диагностики послеродовой депрессии. Надежность методики определяется как умеренная, также шкала показала удовлетворительную устойчивость результатов теста, или ретестовую надежность [93]. Опросник включен в клинические рекомендации по диагностике депрессивных состояний у взрослых.

- Шкала Гамильтона для оценки выраженности депрессии была разработана М. Гамильтоном в 1960г и применяется для оценки степени выраженности депрессивных симптомов во время интервьюирования пациента. Совместно со шкалой применяется специально разработанное клиническое интервью [82].

- В качестве дополнения к шкале оценки депрессии Гамильтона в 1979г С. Монтгомери и М. Асберг, была разработана шкала оценки депрессии Монтгомери – Асберг, которая, также заполняется интервьюером в процессе клинической беседы [103].

Существуют две различные теории развития послеродовой депрессии.

Первая теория рассматривает послеродовую депрессию как самостоятельный диагноз, соответственно предполагает необходимость создания специализированных шкал, которые прицельно выявляют симптомы депрессии. Вторая теория утверждает, что послеродовая депрессия — это проявление депрессивного [99] или биполярного расстройства [67, 143], и в такой ситуации более корректно использовать традиционные скрининговые шкалы [128].

Послеродовая материнская депрессия является распространенным состоянием, частота которого 15 - 22% случаев среди матерей, при этом около 50% случаев послеродовой депрессии остаются не диагностированными [133].

В послеродовой период на фоне смены гормонального фона матери возникает период послеродовой меланхолии, или бэби-блюз. В этот период матери могут испытывать подавленное настроение, грусть, плаксивость, нарушение сна и лабильность настроения, но эти симптомы проходят самостоятельно в течение 2 недель. При персистенции симптомов более 2 недель диагностируют послеродовую депрессию [45].

По данным исследования 1015 пар мать–дитя, у матерей с более выраженной депрессией по Эдинбургской послеродовой шкале депрессии дети (по сравнению с детьми здоровых матерей) значимо чаще страдали младенческими коликами и длительно плакали. Признаки депрессии сохранялись и через 6 месяцев после рождения ребенка, когда младенческих колик и плача уже не наблюдалось, что позволяет предположить, что детские колики могут быть значимым фактором риска сохранения депрессии у матерей [51].

По результатам еще одного исследования было выявлено статистически значимая связь между полученными баллами по шкале послеродовой депрессии у матерей и интенсивностью колик у младенцев. При этом более чем у половины женщин с признаками депрессии дети страдали коликами и у 75% матерей, чьи дети не страдали коликами отсутствовали признаки депрессии [79].

При изучении 121 диады ребенок– мать было показано, что недостаточный телесный контакт с матерью и ее подавленное настроение негативно влияют на качество сна ребенка, плач и беспокойство в течение дня [102].

Для оценки материнской привязанности также существует два подхода.

При первом подходе возможно использование шкал самооценки, которые непосредственно содержат вопросы о взаимодействии и чувствах по отношению к своему ребенку. Вторым подходом предлагается использовать самоопросники для определения межличностных взаимодействий без вопросов о ребенке, так как использование этих опросников позволяет исключить эффект социальной желательности – т.е. выбора того ответа, который с точки зрения матери, выглядят предпочтительнее в глазах окружающих.

«Шкала материнской привязанности в послеродовой период» и «опросник послеродовой привязанности» схожи и определяют тип привязанности матери в первый год жизни ребенка. Оцениваются качество привязанности, удовольствие от взаимодействия и отсутствие агрессии [81].

Шкала стиля привязанности взрослых – это шкала самоопросника, впервые разработанная Коллинзом и опубликованная в 1990 году [68]. По ней оцениваются все три типа привязанности взрослых: безопасная, избегающая,

тревожная / амбивалентная. Шкала была использована Çak для разделения матерей в зависимости от надежного или ненадежного стиля привязанности [61].

Определение типа и степени привязанности Чен – современная шкала для оценки типа и степени привязанности, создана Э.Чен в 2019 году. Определяет степень надежности и ненадежности привязанности, а также типы ненадежной привязанности – тревожный, избегающий и смешанный. Этот опросник не содержит прямых вопросов в отношении взаимодействий со своим ребенком, что позволяет исключить эффект социальной желательности [66].

Согласно теории Джона Боулби, в течение первых месяцев жизни формируется привязанность, т.е. взаимоотношение матери и ребенка, которому необходимо испытывать близкий продолжительный эмоциональный контакт с матерью. Эволюционно сформированное чувство привязанности к матери жизненно важно для ребенка, оно обеспечивает биологическую и психологическую защиту. Потребность в близости является базовой потребностью ребенка, как чувство безопасности – базовой потребностью взрослого [4, 17].

Если мать понимает и правильно интерпретирует желания ребенка, пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и безопасности, то формируется надежный, или безопасный тип привязанности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной или непоследовательна в поведении, активизируется деятельность, направленная на восстановление близости, формируется ненадежный тип привязанности: уровень тревоги нарастает, деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. К ненадежному типу привязанности относят тревожный и избегающий типы. При тревожном типе привязанности даже в присутствии матери ребенок тревожится, при этом стремится к матери, но контакту сопротивляется. При избегающем типе привязанности дети демонстрируют безразличие в ответ на внимание и помощь, не ищут контакта с матерью, даже когда мать начинает с ними играть [4].

Детский опыт привязанности матери влияет на регуляцию эмоций и стрессоустойчивость во взрослом возрасте, обуславливает формирование различных типов привязанности (надежный, тревожный, избегающий), черты которых ярко проявляются в отношениях с окружающими и влияют на формирование привязанности у ее ребенка.

Надежность по отношению к своему ребенку предполагает совершение действий для обеспечения его безопасной жизнедеятельности (кормление, забота, эмоциональный контакт). Ненадежная привязанность матери формируется в ее детстве и отражает те эмоции и чувства, которые возникают у нее при общении с ребенком. Чем выше степень ненадежности привязанности матери, тем сложнее ей поддерживать близкие отношения с ребенком и справляться с собственными эмоциями по отношению к нему [66].

Нарушения привязанности могут проявляться в форме отсутствия положительных чувств по отношению к младенцу (в виде задержки развития, амбивалентности или потери ранее испытанной эмоциональной связи с ребенком), чувства тревоги при нахождении с младенцем, чувства патологического гнева (тяжелая форма включает физическое насилие) или желания, чтобы младенец исчез временно или навсегда [58].

Беременность, а также послеродовой период являются стрессовыми периодами в жизни женщины, физические и гормональные изменения, беспокойство по поводу родов, переход в новую социальную роль и неуверенность в том, что будет дальше, во многом способствуют возникновению беспокойства, симптомов тревоги и депрессии.

Многочисленные исследования изучали влияние чрезмерного плача на материнскую депрессию [59, 70, 100, 115], в то время как некоторые авторы также исследовали обратное влияние психологического стресса и тревоги матери во время беременности на чрезмерный плач и беспокойство младенца. Было продемонстрировано, что материнская тревожность сама по себе может увеличить риск чрезмерного плача, возможно, из-за навязчивости матери, которая в свою очередь усиливает плач младенца [112].

В подавляющем большинстве исследований было обнаружено, что у детей, страдающих срыгиваниями [73, 84, 127] или коликами [51, 110] матери с большей вероятностью имели более высокие баллы по шкалам, оценивающим симптомы депрессии или тревоги. Но важно понимать, что исследования основаны на материнской субъективной оценке симптомов ребенка по опросникам ФРОП и степень «чрезмерного плача» каждая мать оценивает по-разному [51, 71, 127]. Оказывает влияние и воспитание детей тревожными, неопытными матерями, что может спровоцировать усиление детского плача, который, в свою очередь, часто неверно истолковывается как ФРОП [73, 112].

В настоящее время связь между психоэмоциональным состоянием матерей и возникновением ФРОП у детей изучена недостаточно, что и обусловило цель нашего исследования: изучить взаимосвязь частоты развития ФРОП у детей первого года жизни и типом привязанности их матерей.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Дизайн исследования

Работа выполнена на кафедре госпитальной педиатрии имени академика В.А. Таболина ИМД (зав. кафедрой – профессор Шумилов П.В.) ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России в период 2022-2025гг.

Исследование проведено в соответствии с принципами Хельсинской декларации по правам человека и одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (протокол №237 от 19.02.2024).

Исследование состояло из 3 этапов.

На I этапе было проведено:

- одномоментное онлайн анкетирование 1426 матерей детей первых 4 лет жизни на платформе Google Forms. Матери заполняли опросник по выявлению ФРОП у детей раннего возраста (Приложение 1), а также отвечали на вопросы для уточнения акушерского и социального анамнеза. Матери не были информированы о цели исследования во избежание систематической ошибки выбора;

- очный осмотр и обследование 218 детей, матери которых заполнили данный опросник и наблюдались у педиатра с 1 месяца жизни, проходили регулярный осмотр в декретированные сроки на 1м году жизни в 3, 6, 9, 12 месяцев и старше года 1 раз в 3-6 месяцев на базе медицинского центра «Амедклиник», г.Москва. Все матери подписывали информированное согласие об участии в исследовании. Обследование включало в себя сбор акушерско-гинекологического анамнеза матери, анамнеза жизни ребенка и физикальный осмотр. Все дети проходили стандартное обследование в рамках диспансерных осмотров на первом году жизни: лабораторное исследование (общий анализ крови и мочи, копрограмма, углеводы в кале), инструментальное обследование: УЗИ органов брюшной полости и почек, НСГ, УЗИ ТБС, ЭХО-кг. Осмотр специалистами: невролог, окулист, хирург-ортопед, оториноларинголога.

На II этапе было проведено:

- анкетирование 1038 матерей, которые отвечали на опросник для ретроспективного выявления психологического компонента гестационной доминанты в период беременности (ПКГД);

- анкетирование 388 матерей, которые заполнили опросники по выявлению депрессии Бека, тревоги Бека, из них у 326 был определен тип привязанности Чен.

На III этапе проводился анализ полученных данных (Рисунок 1).

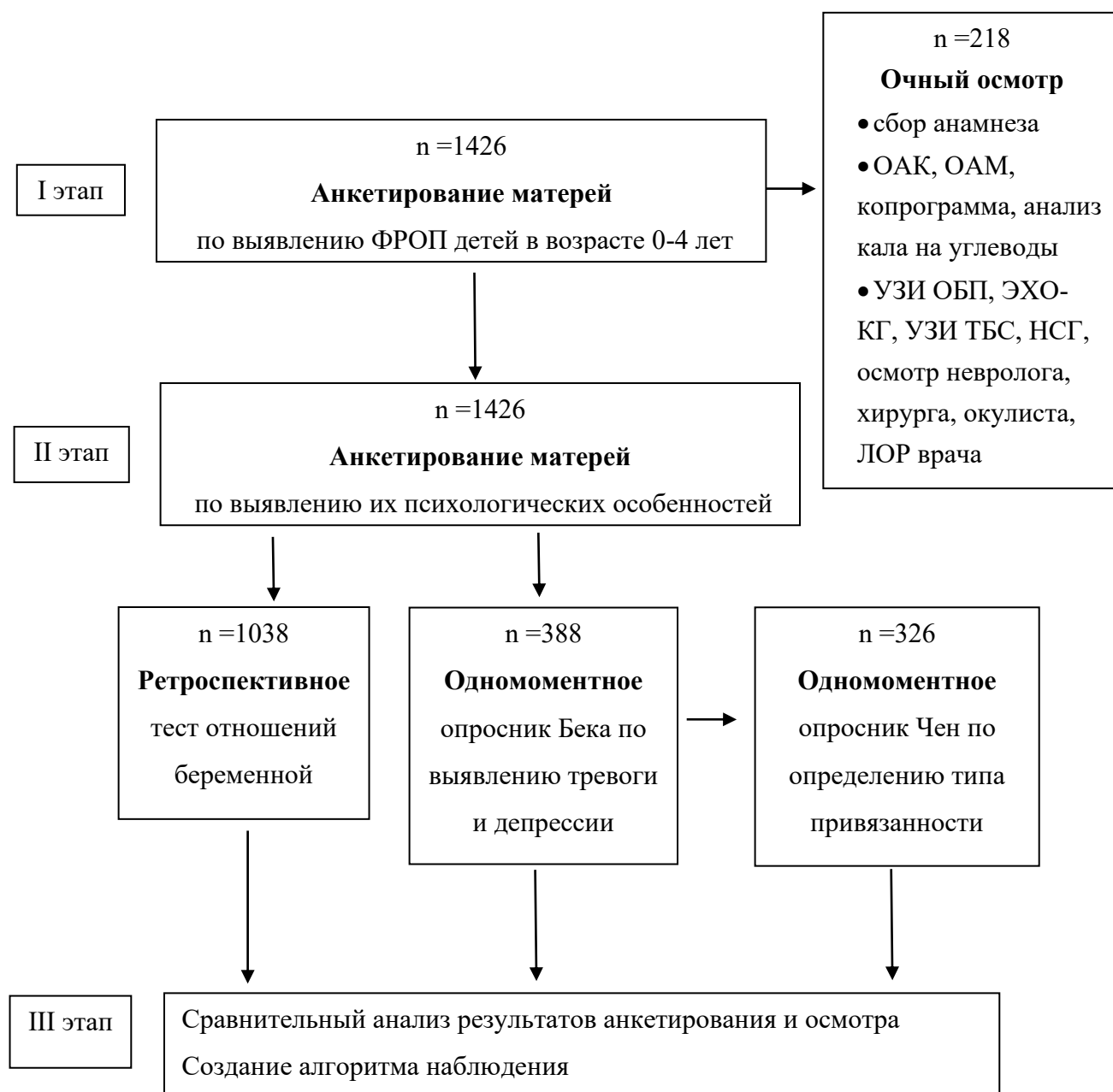


Рисунок 1 – Дизайн исследования

Критерии включения в исследование:

- Возраст ребенка от 0 до 3 лет 11 месяцев.
- Отсутствие у ребенка соматических заболеваний, органической патологии и пороков развития внутренних органов, в том числе желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы.
- Наличие подписанного родителями добровольного информированного согласия на участие в клиническом исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- Возраст детей старше 4 лет жизни.
- Наличие соматических заболеваний, органической патологии и пороков развития внутренних органов, в том числе желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы.

Критерии невключения в исследование:

- Непоследовательные, противоречивые ответы, не полные анкеты матерей.

2.2 Характеристика детей, вошедших в исследование

Всего в исследовании приняло участие 1426 детей и их матерей (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение детей первых 4 лет жизни по возрасту и полу (n=1426), n (%)

Возраст, мес	Мальчики, n=759	Девочки, n=667	Всего, n=1426
0-12 мес	298 (52,7)	267 (47,3)	565 (39,6)
12-24 мес	179 (54,2)	151 (45,8)	330 (23,1)
24-30 мес	138 (52,7)	124 (47,3)	262 (18,4)
36-48 мес	144 (53,5)	125 (46,5)	269 (18,9)

Анализ возрастных и гендерных особенностей детей, вошедших в исследование, показал, что во всех возрастных группах количество мальчиков незначительно преобладало по сравнению с девочками.

Наиболее многочисленную группу составили дети первого года жизни. Учитывая анатомо-физиологические особенности ребёнка первого жизни, его активный рост и различные типы вскармливания, мы разделили эту группу на 3 периода: от рождения до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев и от 6 до 12 месяцев жизни ребенка (Таблица 2).

Таблица 2 – Распределение детей первого года жизни по возрасту и полу (n=565), n (%)

Возраст, мес	Мальчики,	Девочки, n=267	Всего, n=565
0-3 мес	56 (46,3)	65 (53,7)	121 (21,4)
3-6 мес	96 (50,2)	95 (49,8)	191 (33,8)
6-12 мес	146 (57,7)	107 (42,3)	253 (44,8)

Среди детей первых 3 месяцев жизни девочек было 65 (53,7%), а начиная с 3 месяцев жизни в каждом возрастном периоде преобладали мальчики.

Очно было осмотрено 218 детей первых 4 лет жизни (Таблица 3).

Таблица 3 – Распределение детей по возрасту и полу при очном осмотре (n=218), n (%)

Возраст, мес	Мальчики, n=114	Девочки, n=104	Всего, n=218
0-12 мес	60 (52,2)	55 (47,8)	115 (52,7)
12-24 мес	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (14,7)
24-30 мес	18 (50,0)	18 (50,0)	36 (16,5)
36-48 мес	19 (54,3)	16 (45,7)	35 (16,1)

Согласно данным, полученным при амбулаторном осмотре детей в возрасте 0-4 лет оказалось, что больше половины детей (115 - 52,7%) составили группу в возрасте 0-12 месяцев. Распределение детей по полу при очном осмотре совпадало с результатами анкетирования, мальчики составляли от 50% до 54,3% в каждом возрастном периоде.

2.3 Методы исследования

2.3.1 Анкетирование

Этап анкетирования матерей состоял из нескольких опросников. Для исключения неполных отчетов респонденты могли перейти к следующему вопросу только ответив на предыдущий.

Опросник по выявлению ФРОП у детей раннего возраста (Приложение 1) был создан нами согласно Римским критериям IV пересмотра на основе опросника для родителей Rome IV Diagnostic Questionnaire for Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders-Toddler (R4PDQ-toddler).

Опросник был расширен общими вопросами про возраст матери на момент беременности, особенности течения беременности и родов, возраст, пол и тип вскармливания ребенка на момент анкетирования, продолжительность грудного вскармливания, наличие сопутствующих заболеваний, количество детей в семье.

Опросник разделен на 2 раздела и состоит из 32 вопросов как открытого, так и закрытого типов. Первый раздел состоит из 11 вопросов и предназначен для детей младше года, так как позволяет диагностировать функциональные расстройства, характерные только для детей данного возраста – срыгивания, колики, дисхезию. Второй раздел посвящен диагностике функционального запора, функциональной диареи, циклической рвоты, руминации. Также данный опросник содержит 5 вопросов для исключения органической патологии и симптомов, требующих дообследования. К этому опроснику создан ключ с ответами для диагностики ФРОП как медицинскими работниками, так и родителями.

Опросник по ретроспективному выявлению психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) является тестом отношения беременной (ТОБ(р)) и основан на воспоминаниях о своей беременности уже родившей женщины [9]. Данный опросник состоит из 9 вопросов по 3 темам: отношение женщины к себе во время беременности, отношение женщины в диаде

«мать-дитя» и отношение женщины к отношению окружающих. В каждом вопросе 5 вариантов ответов, соответствующих определенному психологическому компоненту гестационной доминанты - оптимальному, эйфорическому, гипогестогнозическому, тревожному, депрессивному. В зависимости от количества набранных ответов по каждому из типов и определялся тип гестационной доминанты.

Опросник по выявлению тревоги и депрессии Бека [31, 57].

Шкала тревоги Бека состоит из 21 вопроса и включает в себя вопросы о физиологических проявлениях тревоги (учащенное сердцебиение, головокружение, потоотделение и другие), нервозности и страхах, которые могли возникать в течение последней недели перед заполнением опросника.

Шкала депрессии Бека состоит из 21 группы утверждений и нужно выбрать утверждение в каждой группе, которое лучше всего соответствовало ощущениям себя в течение последней недели. Группы состоят из 4 утверждений, соответствующих определенному баллу. Степень депрессии оценивается по количеству набранных баллов.

Опросник по определению типа привязанности Чен [66]. Данный опросник состоит из двух частей. Первая часть состоит из 2 независимых шкал, определяющих разные уровни привязанности. Первая шкала состоит из 12 вопросов, выявляющих уровень ненадежности привязанности на основе оценки эмоций и чувств матери, а вторая шкала выявляет уровень надежности привязанности в зависимости от действий, которые мать предпринимает для достижения чувства безопасности в отношениях с окружающими. Вторая часть опросника состоит из 12 вопросов, определяющих тип ненадежной привязанности матери (избегающий, тревожный или смешанный) во время стрессовых ситуаций. Результаты оценивались по количеству набранных баллов в каждой из частей.

2.3.2. Очный осмотр

Было осмотрено 218 детей в возрасте 0-4 лет, которые посетили педиатра в возрасте 1 месяца, а затем в декретированные сроки на 1м году жизни в 3, 6 и 12 месяцев, в возрасте старше года - 1 раз в 3 месяца. Обследование включало в себя сбор акушерско-гинекологического анамнеза матери и анамнез жизни ребенка, его тип питания на первом году жизни, аллергологический анамнез и наследственность.

При физикальном осмотре оценивали антропометрические данные, температуру тела, цвет кожных покровов, состояние ногтей, волос, зубной эмали, признаков атопии, наличие жалоб со стороны органов пищеварения. Измерение антропометрических показателей детей первого года жизни проводилось с использованием настольных электронных весов для новорожденных В1-15-«Саша», масса тела в килограммах определялась с точностью до 15 гр. Вес детей старше 2 лет определялся на электронных настольных весах ВМЭН-150-50/100-А, с точностью до 50 гр. Измерение роста детей в до двухлетнего возраста проводилось в положении лежа с помощью детского медицинского ростомера РДМ-01, старше 2 лет с помощью настольного ростомера РМ-1, рост ребенка определялся в сантиметрах с точностью до 0,5см. Физическое развитие ребенка оценивалось по z-score с помощью программы Anthro.

2.3.3 Лабораторные методы исследований

Все пациенты, принимавшие участие в очном осмотре, проходили стандартное лабораторное обследование в рамках диспансерных осмотров на первом году жизни: расширенный клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой и определением СОЭ, общий анализ мочи. В случае затяжной желтухи у новорожденных детей определяли показатели биохимического анализа крови: фракции билирубина, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ЛДГ, ГГТП, глюкоза. В случае длительных запоров назначалось дополнительное обследование: определение

антител к тканевой транскляминазе IgA, уровень сывороточного иммуноглобулина IgA, уровень витамина Д, а также гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3св, Т4св). По показаниям назначали копрологическое исследование и анализ кала на углеводы методом Бенедикта, анализ кала на кальпротектин. Данные лабораторные исследования проводились с помощью автоматических анализаторов, в соответствии с рекомендациями производителя, в клинко-диагностических лабораториях г. Москвы.

2.3.4. Инструментальные методы исследований

Инструментальное обследование детей включало в себя проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости и почек, тазобедренных суставов, нейросонографию, эхокардиографию (ЭХО-КГ), в возрасте ребенка старше года – электрокардиографию (ЭКГ).

УЗИ органов брюшной полости проводилось на аппарате GE Voluson E10 высокочастотным датчиком строго натощак, оценивали строение паренхиматозных органов, а также газонаполнение, перистальтику и толщину стенок кишечника. УЗИ пищевода, желудка проводилось ребенку натощак, находившемуся на руках у матери в положении лежа на правом боку. Оценивался пилорический отдел желудка, толщина мышечного слоя стенки желудка и пилорического сфинктера. В случае обильных срыгиваний проводили «водно-сифонную пробу», в процессе исследования ребенок пил материнское молоко или детскую молочную смесь в положении лежа на спине, что позволяло оценить нижний пищеводный сфинктер, а также пассаж содержимого желудка через пилорический канал и двенадцатиперстную кишку.

УЗИ почек, нейросонография, ЭХО-КГ, УЗИ тазобедренных суставов проводились на аппарате GE Voluson E10 высокочастотным датчиком в декретированные сроки в возрасте 1 месяца, при наличии отклонений повторялось в динамике в возрасте 3, 6 или 12 месяцев.

ЭКГ проводилось в положении лежа в возрасте 1 года и старше на 1/3-канальном электрокардиографе ЭКЗТ-01-Р-Д/2 (Россия) в стандартных и грудных отведениях.

2.3.5 Осмотр специалистами

В возрасте 1 месяца и далее ежегодно все дети в рамках диспансерного осмотра осматривались специалистами: неврологом, окулистом, хирургом-ортопедом, ЛОР-врачом.

2.4 Объём выполненных работ

Таблица 4 – Объём проведенного обследования:

Метод исследования		Количество исследований
Анкетирование:	Опросник по выявлению ФРОП	1426
	Тест отношений беременной (ретроспективный)	1038
	Тест по выявлению тревоги Бека	388
	Тест по выявлению привязанности Бека	388
	Тест по выявлению привязанности Чен	326
Обследование ребенка:	Антропометрические данные	218
	Общий анализ крови	218
	Общий анализ мочи	218
	Копрология	46
	Анализ кала на углеводы	14
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	135
	УЗИ верхних отделов ЖКТ с проведением водно-сифонной пробы	8
	УЗИ почек, ЭХО-КГ, НСГ, УЗИ ТБС	115
	Осмотр специалистов (невролог, окулист, хирург, ЛОР)	218

2.5 Методы статистической обработки данных

Первоначальный анализ проводился на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel (Office 2013), в которой рассчитывали относительные частоты и отношения относительных частот. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе STATTECH (Статтех).

Качественные признаки описывались с помощью абсолютного числа наблюдаемых явлений и процентной доле от общего числа или определенной группы. Для количественной оценки связи факторов был использован метод отношения шансов с доверительным интервалом 95%. Для оценки значимости различий исходов в зависимости от воздействия фактора риска использовался критерий Хи-квадрат Пирсона или точный критерий Фишера. Сила связи сравниваемых групп оценивалась по Крамеру. Различия значений считались достоверными при уровне вероятности более 95% ($p < 0,05$)

Для оценки точности метода анкетирования с помощью адаптированного опросника, определялась чувствительность, специфичность, положительная прогностическая значимость, а также отрицательная прогностическая значимость.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Общая характеристика группы

Нами был проведен анализ анкет 1426 матерей детей первых 4 лет жизни, участвовавших в исследовании. Общие вопросы включали в себя возраст матери на момент беременности, количество детей в семье (Таблица 5, 6).

Таблица 5 – Возраст матери на момент беременности (n=1426), n (%)

Возраст, лет	Количество матерей
Младше 20 лет	13 (0,9)
20-25 лет	205 (14,4)
25-30 лет	523 (36,7)
30-35 лет	505 (35,4)
35 лет и старше	180 (12,6)

Таблица 6 – Количество детей в семье (n=1426), n (%)

Количество детей	Количество семей
1 ребенок	904 (63,4)
2 ребенка	406 (,5)
3 и более детей	116 (8,1)

Как видно из представленных данных, чаще всего беременность наступала у женщин в возрасте 25-35 лет, что составило более 70% случаев и отражало современную тенденцию осознанного и более позднего материнства [24]. Только 13 матерей (менее 1 %) были младше 20 лет, доля матерей старше 35 лет составила 12.6%.

На момент анкетирования более, чем половина семей имела единственного ребенка, около четверти (28,5%) воспитывали 2 детей, доля многодетных семей составила 8,1% случаев. Наши данные отражают современные демографические тенденции [28].

3.2. Частота и характер ФРОП у детей по данным анкетирования

Поскольку одной из задач нашего исследования было изучение частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни по результатам анкетирования их матерей, мы проанализировали полученные результаты, а также оценили частоту выявления 2-х и более ФРОП у одного ребенка.

На первом году жизни по одному ФРОП, таких как срыгивания, руминация, колики, функциональная диарея, дисхезия и запор, было выявлено у 186 (32,9%) детей, а сочетание 2-х и более ФРОП определялось у 65 (11,5%) детей.

Таким образом, частота развития ФРОП у детей первого года жизни составила 44,4% случаев.

В группе детей старше года было выявлено только по одному ФРОП, которые были представлены руминацией, синдромом циклической рвоты, функциональной диареей и запором. Сочетания этих состояний не было обнаружено. ФРОП выявлялись в возрасте 12-24 месяцев у 57 (17,3%) детей, в возрасте 24-36 месяцев у 64 (24,4%) детей, в возрасте 36-48 месяцев у 71 (26,4%) детей.

Таким образом, частота развития ФРОП у детей второго года жизни была минимальной и составила 17,7%, однако нарастала по мере взросления ребенка и в возрасте 36-48 месяцев составила 26,4%.

Мы оценили частоту каждого ФРОП в различные возрастные периоды (Таблица 7)

Среди 565 детей первого года жизни срыгивали 210 (37,2%). Наиболее часто (61,9%) срыгивали дети в возрасте от 0 до 3 месяцев, а ко второму полугодию жизни частота снизилась почти в 5 раз (до 13%).

Колики были выявлены у 192 детей первого года жизни, что составило 34%. Среди детей первых 3 месяцев жизни коликами страдала почти половина детей (49,6%). Во втором полугодии жизни симптомы, схожие с коликами, сохранялись и их частота составила 22,1%.

Таблица 7 – Частота и характер ФРОП у детей 0-4 лет по данным анкетирования матерей (n = 1426), n (%)

Возраст, кол-во детей	Срыгивания	Руминация	Синдром циклической рвоты	Колики	Функциональная диарея	Дисхезия	Запор
0-3 мес, n=121	75 (61,9)	-	-	60 (49,6)	-	30 (24,8)	7 (5,8)
3- 6 мес, n=191	102 (53,4)	-	-	76 (39,8)	-	18 (9,4)	18 (9,4)
6-12мес, n=253	33 (13,0)	1 (0,4)	-	56 (22,1)	1 (0,4)	6 (2,4)	41 (16,2)
12-24мес, n=330	-	-	2 (0,6)	-	2 (0,6)	-	53 (16,0)
24-36мес, n=262	-	-	1 (0,4)	-	2 (0,8)	-	61 (23,3)
36-48мес, n=269	-	-	3 (1,12)	-	1 (0,3)	-	67 (24,9)

Младенческая дисхезия диагностирована у 54 детей (9,5%) и встречалась преимущественно в первые 3 месяца жизни у четверти детей (24,8%), а в возрасте 6 мес и старше выявлена была лишь в 2% случаев.

Среди 565 детей первого года жизни запорами страдали 66 (11,7%) детей. На первом году жизни отмечалось неуклонное увеличение частоты с 5,8% в первые 3 месяца до 16,2% во втором полугодии жизни на фоне введения прикорма. Среди детей старше года запоры явились самым частым ФРОП и были выявлены у 247 детей, при этом в возрасте 3-4 лет их частота составила 24,8%.

В возрасте до 12 месяцев руминация и диарея были выявлены у 2 детей. Среди детей старше года синдром циклической рвоты и диарея встречались в единичных случаях (у 1, 6 и 5 детей соответственно), в связи с чем эти функциональные нарушения в дальнейшей работе не анализировались.

Исходя из задач исследования, мы прицельно изучили и проанализировали данные анкетирования матерей детей грудного возраста.

В группе 565 детей первого года жизни мальчиков было 298, девочек 267, что составило 52,7% и 47,3% соответственно. Мы оценили частоту каждого из ФРОП в зависимости от пола ребенка (Таблица 8).

Таблица 8 – Частота ФРОП у детей первого года жизни в зависимости от пола (n=565), n (%), p>0,05

ФРОП (n)	Мальчики, n= 298	Девочка, n= 267
Срыгивания, n=210	105 (35,2)	105 (39,3)
Колики, n=192	101 (33,9)	91 (34,0)
Дисхезия, n=54	28 (9,4)	26 (9,7)
Запор, n=66	29(9,7)	37 (13,8)

Мы не обнаружили статистически значимых различий в частоте ФРОП у детей первого года жизни в зависимости от пола. Срыгивания и колики встречались одинаково часто у мальчиков (35,2% и 33,9%) и у девочек (39,3% и 34,0%). Разница в частоте дисхезии составила менее 1%. Запоры

диагностировались чаще у девочек (13,8%) по сравнению с мальчиками (9,7%) первого года жизни.

Учитывая отсутствие гендерных различий в частоте ФРОП, мальчики и девочки были объединены в одну группу.

С целью изучения влияния характера вскармливания на развитие ФРОП у детей мы оценили тип вскармливания детей первого года жизни (Таблица 9).

Таблица 9 – Тип вскармливания детей первого года жизни (n=565), n (%)

Возраст, кол-во детей	Тип вскармливания		
	Грудное	Смешанное	Искусственное
0-3 мес, n=121	97 (80,2)	19 (15,7)	5 (4,1)
3-6 мес, n=191	118 (61,8)	29 (15,2)	44 (23,0)
6-12 мес, n=253	151 (59,7)	14 (5,5)	88 (34,8)
Всего, n=565	366 (64,8)	62 (11,0)	137 (24,2)

Согласно данным анкетирования, большинство матерей кормили грудью в первые 12 месяцев. С рождения 97 (80,2%) детей находились на грудном вскармливании, а во втором полугодии жизни продолжал получать материнское молоко 151 (59,7%) ребенок.

Частота смешанного вскармливания была стабильна в первом полугодии и составляла около 15 %. Частота искусственного вскармливания в первые 3 месяца была минимальна (4,1%), однако в возрасте 3 месяцев и старше каждый четвертый ребенок был переведен на искусственное вскармливание.

Среди 330 детей 2 года жизни материнское молоко продолжали получать 162 (49,1%) ребенка, старше 2 лет грудное вскармливание сохранялось у 39 (14,9%) детей.

Мы проанализировали взаимосвязь частоты различных ФРОП у детей первого года жизни и типов вскармливания.

Частота срыгиваний в зависимости от типа вскармливания представлена в Таблице 10.

Таблица 10 – Частота срыгиваний у детей первого года жизни в зависимости от типа вскармливания (n=565), n (%)

Вскармливание Возраст, кол-во детей	Грудное		Смешанное		Искусственное	
	Наличие срыгиваний					
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
0-3 мес, n=121	62 (63,9)	35 (36,1)	9 (47,4)	10 (52,6)	4 (80,0)	1 (20)
3-6 мес, n=191	63 (53,4)	55 (46,6)	20 (68,9) **	9 (31,1)	19 (43,2)	25 (56,8)
6-12 мес, n=253	20 (13,2)	131 (86,8)	12 (85,7) *	2 (14,3)	1 (1,1)	87 (98,9)
Всего, n=565	145 (39,6)	221 (60,4)	41 (66,1) ***	21 (33,9)	24 (17,5)	113 (82,5)

Примечание: *p <0,05 по сравнению с другими типами вскармливания в возрасте 6-12 мес

**p <0,05- по сравнению с детьми на ИВ

*** p <0,001 по сравнению с другими типами вскармливания

Согласно представленным данным, в возрасте 0-3 месяцев срыгивали 4 из 5 (80,0%) детей, находящихся на искусственном вскармливании, при грудном вскармливании срыгивали больше половины детей. По мере роста ребенка частота срыгиваний при грудном и искусственном вскармливании постепенно снижалась, в то время как при смешанном вскармливании нарастала. Начиная с 3 месяцев жизни частота срыгиваний на смешанном вскармливании была статистически значимо выше по сравнению с другими типами вскармливания и составила 85,7% (p <0,05). Такая динамика срыгиваний могла быть обусловлена перекормом детей этой группы, в том числе на фоне введения прикорма при сохранении объема докорма.

Далее мы оценили частоту колик у детей в зависимости от типа вскармливания (Таблица 11).

Таблица 11 – Частота колик у детей первого года жизни в зависимости от типа вскармливания (n=565), n (%), p >0,05

Вскармливание Возраст, кол-во детей	Грудное		Смешанное		Искусственное	
	Наличие колик					
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
0-3 мес, n=121	46 (47,4)	51 (52,6)	11 (57,9)	8 (42,1)	3 (60,0)	2 (40,0)
3-6 мес, n=191	49 (13,4)	69 (86,6)	11 (37,9)	18 (62,1)	16 (36,3)	28 (63,7)
6-12 мес, n=253	30 (19,9)	121 (80,1)	3 (21,4)	11 (78,6)	23 (26,1)	65 (73,9)
Всего, n=565	125 (34,2)	241 (65,8)	25 (40,3)	37 (59,7)	42 (30,6)	95 (69,4)

В первые 3 месяца жизни коликами страдали около половины детей независимо от типа вскармливания. У детей 3-6 месяцев, находившихся на грудном вскармливании, частота колик уменьшилась в 3,5 раза (до 13,4%). На фоне смешанного и искусственного вскармливания частота колик в этом возрасте уменьшилась лишь в 2 раза. Для младенческих колик характерен возрастной период от 3 недель до 5 месяцев жизни, однако в нашем опроснике по ФРОП (Приложение 1) сохранялись единые вопросы для матерей детей всего первого года жизни, поэтому мы оценили сохраняющиеся жалобы и во втором полугодии. Так, в возрасте 6-12 месяцев у детей частота беспокойства по типу колик на смешанном и искусственном вскармливании продолжала уменьшаться, но сохранялась в пределах 20-26,0, в то время как при грудном вскармливании частота выросла до 19,9%. Вероятнее всего это обусловлено развившейся на фоне введения прикорма дисахаридазной недостаточностью, периодом прорезывания зубов с беспокойством и плачем [10].

Следующим этапом мы оценили частоту дисхезии у детей в зависимости от типа вскармливания (Таблица 12).

Таблица 12 – Частота дисхезии у детей первого года жизни в зависимости от типа вскармливания (n = 565), n (%)

Вскармливание Возраст, кол-во детей	Грудное		Смешанное		Искусственное	
	Наличие дисхезии					
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
0-3 мес, n=121	26 (26,8)	71 (73,2)	3 (15,8)	16 (84,2)	1 (20,0)	4 (80,0)
3-6 мес, n=191	16 (13,6)	102 (86,4)	2 (6,9)	27 (93,1)	0	44 (100,0)
6-12 мес, n=253	5 (3,3)	146 (96,7)	0	14 (100,0)	1 (1,1)	87 (98,9)
Всего, n=565	47 (12,8)	319 (87,2)	5 (8,1)	57 (91,9)	2 (1,5) *	135 (98,5)

Примечание: *p <0,05 по сравнению с другими типами вскармливания

Дисхезия статистически значимо чаще диагностировалась у детей на грудном вскармливании и практически купировалась во втором полугодии жизни независимо от типа вскармливания. На фоне искусственного вскармливания дисхезия была выявлена только у 2 детей (1,5%).

Было показано, что дисхезия на первом году жизни является фактором развития запора в более старшем возрасте, особенно при частой стимуляции ануса. Дисфункция мышц тазового дна и прямой кишки у детей с хроническими запорами формируется уже в первые 2 года жизни. Доказано, что при стимулированной дефекации раздражением ануса на 1-м году жизни ребенка относительный риск развития запора в 10 лет возрасте возрастал в 3,4 раза [10].

Далее мы оценили частоту запоров у детей первого года жизни в зависимости от типа вскармливания (Таблица 13).

Таблица 13 – Частота запора у детей первого года жизни в зависимости от типа вскармливания (n = 565), n (%), p >0,05

Вскармливание Возраст, кол-во детей	Грудное		Смешанное		Искусственное	
	Наличие запора					
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
0-3 мес, n=30	3 (3,1)	94 (96,9)	3 (15,8)	16 (84,2)	1 (20,0)	4 (80,0)
3-6 мес, n=18	10 (8,5)	108 (91,5)	3 (10,3)	26 (89,7)	5 (11,4)	39 (88,6)
6-12 мес, n=6	22 (14,5)	129 (85,5)	1 (7,1)	13 (92,9)	18 (20,4)	70 (79,6)
Всего, n=565	35 (9,5)	331 (90,5)	7 (11,3)	55 (91,9)	24 (17,5)*	113 (82,5)

Примечание: *p<0,05 по сравнению с детьми на грудном вскармливании

В первые 3 месяца жизни запоры были выявлены у 3 (3,1%) детей, получавших материнское молоко, в то же время частота запора у детей на смешанном и искусственном вскармливании составила 15,8 - 20% соответственно. По мере роста ребенка частота запоров увеличивалась во всех группах. В возрасте 6-12 месяцев запоры были диагностированы у 18 (20,4%) детей, находящихся на искусственном вскармливании, на фоне грудного и смешанного вскармливания запоры диагностированы в 14,5 и 7,1% случаев соответственно. Среди детей первого года жизни запоры статистически значимо чаще встречались у детей на искусственном вскармливании в сравнении с детьми, находившимися на грудном вскармливании.

Таким образом, по результатам анализа влияния типа вскармливания на частоту развития ФРОП у детей первого года жизни было показано, что, начиная с 3 месяцев жизни, при смешанном вскармливании частота срыгиваний была статистически значимо выше по сравнению с другими типами вскармливания.

Значимых различий в частоте колик выявлено не было, дисхезия статистически значимо реже встречалась у детей на искусственном вскармливании, а частота запора, наоборот превалировала у детей этой группы.

Обращало на себя внимание сохранение беспокойства и учащенного плача по типу колик во втором полугодии жизни ребенка, что вероятнее всего было обусловлено периодом введения прикорма, сменой микробного состава кишечника, дисахаридазной недостаточностью, а также фоновым психоэмоциональным состоянием матери.

3.3 Оценка точности метода анкетирования матерей по выявлению ФРОП у их детей грудного и раннего возраста

Одной из задач нашего исследования было оценить возможность применения опросника по выявлению ФРОП у детей раннего возраста для использования в амбулаторной практике в качестве скрининга.

В связи с этим мы провели очный осмотр 218 детей первых 4 лет жизни и сравнили их с данными, полученными при анкетировании матерей.

В возрасте 0-12 мес было 115 детей, старше 12 месяцев – 103 ребенка.

Все дети проходили регулярное обследование в медицинском центре «Амедклиник» и были осмотрены педиатром в возрасте 1 месяца, а далее регулярно посещали педиатра 1 раз в 2-3 месяца в течение первых 3-4 лет жизни. Обследование включало в себя сбор акушерско-гинекологического анамнеза матери, анамнеза жизни ребенка и физикальный осмотр. Все дети проходили стандартное обследование в возрасте 1 месяца жизни и далее ежегодно: лабораторное исследование (общий анализ крови и мочи, по жалобам копрограмма и анализ кала на углеводы, биохимическое исследование крови). Инструментальное обследование: УЗИ органов брюшной полости и почек, НСГ, УЗИ тазобедренных суставов, ЭХО-КГ, по показаниям УЗИ верхних отделов ЖКТ с водно-сифонной пробой, а также ЭКГ у детей старше года; осмотр специалистами: невролог, окулист, хирург-ортопед, ЛОР.

Массо-ростовые показатели оценивались у всех 218 детей по z-score с помощью программы Anthro. Вес и рост у всех детей находились в пределах двух стандартных отклонений от среднего значения. По данным клинического анализа крови эритроцитарные и тромбоцитарные показатели, лейкоцитарная формула были в пределах возрастной нормы. В общем анализе мочи отклонений выявлено не было ни у одного из 218 обследованных детей. У 49 детей было проведено копрологическое исследование, у 14 детей первого года жизни с подозрением на лактазную недостаточность проводился анализ кала на углеводы, результаты были в пределах референсных значений.

По данным ультразвукового обследования размеры паренхиматозных органов брюшной полости были в пределах возрастной нормы. НСГ, ЭХО-КГ и УЗИ тазобедренных суставов были проведены всем детям первого года жизни, отклонений также выявлено не было. В связи с упорными срыгиваниями 8 детям было проведено УЗИ с водно-сифонной пробой, которое позволило исключить органическую патологию желудочно-кишечного тракта.

Все 218 детей были осмотрены узкими специалистами (невролог, окулист, хирург, ЛОР) в рамках диспансерного осмотра, патологии выявлено не было.

Среди детей до года мы изучали частоту срыгиваний, колик, дисхезии, а у детей первых 4 лет жизни мы оценивали частоту развития запора. Руминация, синдром циклической рвоты и функциональная диарея не были выявлены ни у одного ребенка как при очном осмотре 218 детей раннего возраста, так и по данным анкетирования их матерей. Вероятнее всего это обусловлено малой выборкой.

Согласно задачам исследования, мы сравнили результаты анкетирования матерей с данными очного осмотра их детей (Таблица 14).

Таблица 14 – Частота выявления ФРОП по данным анкетирования матерей и очного осмотра детей 0-4 лет, n (%)

Возраст	ФРОП	Анкетирование	Очный осмотр	χ^2 ; p
0-12 месяцев (n = 115)	Срыгивания	43 (37,4)	39 (33,0)	0,3; 0,58
	Колики	27 (23,5)	24 (21,7)	0,23; 0,63
	Дисхезия	11 (9,6)	11 (11,3)	0; 1,0
	Запор	14 (12,1)	13 (8,7)	0,04; 0,84
12-48 месяцев (n = 103)	Запор	21 (20,4)	18 (17,5)	0,28; 0,6

При сравнении результатов анкетирования матерей и очного осмотра детей, статистически значимых различий в частоте развития ФРОП выявлено не было ($p > 0,05$).

Для определения точности анкетирования мы определяли чувствительность, специфичность, положительную и отрицательную прогностическую значимость (Таблица 15).

Таблица 15 – Точность метода анкетирования матерей по выявлению ФРОП у их детей, %

ФРОП	Чувствительность	Специфичность	Прогностическая значимость	
			Положительная	Отрицательная
Срыгивания	100	95,0	90,7	100
Колики	95,8	96,8	85,7	98,9
Дисхезия	91,67	99,0	91,7	99,0
Запор (0-12мес)	92,86	98,1	86,7	99,0
Запор (12-48мес)	100	97	85,7	100
Всего:	96,1	97,2	88,1	99,4

Чувствительность опросника отражала способность правильно идентифицировать ФРОП у ребенка методом анкетирования его матери. В зависимости от ФРОП чувствительность опросника была в диапазоне от 91,67% при дисхезии до 100% при срыгиваниях и запоре у детей старше года. Таким образом, вероятность выявления ФРОП у детей с характерными симптомами в среднем составила 96,1%.

Специфичность опросника отражала способность достоверно исключить ФРОП у ребенка при его отсутствии с помощью метода анкетирования его матери. В зависимости от ФРОП специфичность была в диапазоне от 95% при срыгиваниях до 99% при дисхезии у детей первого года жизни. Вероятность того, что у ребенка без ФРОП будут исключены ФРОП методом анкетирования его матери, составила в среднем 97,2%.

Диагностическая эффективность метода анкетирования в среднем составила 96,7%, и отражала способность метода правильно идентифицировать наличие или отсутствие ФРОП у ребенка, чья мать заполнила анкету.

Положительная прогностическая значимость (ППЗ) опросника отражала вероятность совпадения, диагностированного ФРОП при очном осмотре и результата анкетирования. ППЗ была в диапазоне от 85,7% при коликах и запоре в возрасте старше года до 91,7% при дисхезии. Это означает, что с вероятностью 88,1% при наличии ФРОП по данным анкетирования матери, оно было выявлено и при очном осмотре ребенка.

Отрицательная прогностическая значимость (ОПЗ) опросника отражала вероятность исключения ФРОП по данным анкетирования при отсутствии ФРОП по данным очного осмотра. ОПЗ опросника была в диапазоне от 98,9% при коликах до 100% при срыгиваниях и запоре среди детей старше года и в среднем составила 99,4%. Это означает, что с вероятностью 99,4% при отсутствии ФРОП по данным анкетирования матери, оно не выявлялось и при очном осмотре ребенка. Высокий уровень ОПЗ связан с большим количеством перекрестных и уточняющих вопросов, на которые необходимо ответить матери при анкетировании.

Таким образом, оценка точности метода анкетирования матерей по выявлению ФРОП у их детей грудного и раннего возраста показала высокие уровни чувствительности и специфичности (96,1% и 97,2% соответственно), а также положительной и отрицательной прогностической значимости (88,1%, и 99,4%, соответственно). Полученные результаты позволили использовать данный опросник в качестве скринингового метода диагностики ФРОП у детей раннего возраста.

3.4. Взаимосвязь частоты ФРОП у детей в возрасте 0-4 лет и психоэмоциональным состоянием матерей во время беременности

Адекватная забота о потомстве составляет суть эволюционного смысла материнского поведения, которое обеспечивается материнской доминантой. Материнская доминанта последовательно трансформируется из доминанты зачатия в гестационную, родовую и затем лактационную доминанту длительностью до 24 мес. [51].

Во время беременности у женщины уже должна появиться устойчивая гестационная доминанта, направленная на формирование материнского поведения по отношению к своей беременности и будущему ребенку [9, 24]. В России для определения компонентов гестационной доминанты применяется тест отношения беременной (ТОБ), который мы и использовали в нашей работе [9].

Исходя из цели и задач нашего исследования, мы ретроспективно оценили наличие психологических компонентов гестационной доминанты (ГД): оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного и депрессивного. Было проанализировано 1038 анкет матерей детей первых 4 лет жизни, определены типы гестационной доминанты, мотивы сохранения беременности, возраст матери на момент беременности, распределение детей по возрасту в группах матерей, наличие ФРОП у детей матерей выделенных групп

В зависимости от наличия или отсутствия тревожного и депрессивного компонентов ГД матери были разделены на 3 группы

I группа состояла из 417 (40,2%) матерей с оптимальным, эйфорическим и гипогестогнозическим типами ГД, в их ответах отсутствовал тревожный и депрессивный компоненты ГД.

II группа была представлена 444 (42,8%) матерями, в чьих ответах присутствовали тревожный компонент, но отсутствовал депрессивный компонент ГД.

III группа состояла из 177 (17,0%) матерей, в ответах которых присутствовал депрессивный компонент ГД (Таблица 16).

Таблица 16 – Типы гестационной доминанты в группах матерей детей 0-4 лет (n=1038), n (%)

Тип гестационной доминанты	I группа n = 417	II группа n = 444	III группа n = 177
Оптимальный	139 (33,3)		
Оптимально-гипогестогнозически- эйфорический	87 (20,9)		
Оптимально-эйфорический	94 (22,5)		
Оптимально-гипогестогнозический	49 (11,7)		
Эйфорический	12 (2,9)		
Гипогестогнозический	12 (2,9)		
Эйфорически-гипогестогнозический	24 (5,8)		
Тревожный		125 (28,2)	
Тревожно-гипогестогнозический		128 (28,9)	
Тревожно-эйфорический		145 (32,7)	
Тревожно-эйфорически- гипогестогнозический		46 (10,4)	
Депрессивный			22 (12,4)
Гипогестогнозически-депрессивный			72 (40,7)
Гипогестогнозически - депрессивно - эйфорический			4 (2,3)
Тревожно-депрессивный			30 (16,9)
Тревожно-депрессивно- гипогестогнозический			12 (6,8)
Тревожно-депрессивно- эйфорический			7 (4,0)
Депрессивно-эйфорический			30 (16,9)

I группу составили матери с отсутствием тревожного и депрессивного компонентов ГД, из них только треть (33,3%) имели исключительно оптимальный тип ГД. Обращает на себя внимание, что в ответах большинства матерей I группы

присутствовали различные варианты сочетания оптимального, эйфорического и гипогестогнозического типов ГД.

Во II группе матерей только тревожный компонент был выявлен у 125 (28,2%), в остальных случаях выявлены различные варианты сочетания эйфорического и гипогестогнозического типов ГД.

В III группе матерей наиболее часто встречался гипогестогнозически-депрессивный тип гестационной доминанты (40,7%), тревожно-депрессивный и депрессивно-эйфорический встречались одинаково часто – в 16,9% случаев. Депрессивный тип ГД диагностирован в 12,4% случаев, другие сочетания встречались менее чем в 10% случаев.

Также мы оценили отношение матерей к зачатию и беременности ребенком в каждой группе (Таблица 17).

Таблица 17 – Мотивы сохранения беременности в группах матерей (n=1038), n (%)

Мотивы беременности	I группа n= 417	II группа n=444	III группа n= 177
Да, планировала, очень хотела	369 (88,5)	375 (84,5)	130 (73,4) *
Не планировала сейчас, но не прерывала	46 (11,0)	62 (14,0)	32 (18,0) **
Не хотела, но не решилась прерывать беременность по медицинским показаниям	1 (0,25)	2 (0,4)	6 (3,4) *
Я не хотела, но муж (семья) настаивал на рождении ребенка	1 (0,25)	5 (1,1)	9 (5,0) *

Примечание: *p <0,05 по сравнению с I и II группами; ** p<0,05 по сравнению с I группой

Согласно данным анкетирования частота ответа о запланированной желанной беременности была статистически значимо ниже в группе матерей с депрессивным типом ГД (III группа) по сравнению с другими группами. В этой

же группе матерей частота ответов о нежеланной беременности была статистически значимо выше по сравнению с другими группами. Мы проанализировали возраст матерей на момент беременности в зависимости от типа ГД (Таблица 18).

Таблица 18 – Возраст матери на момент беременности в различных группах (n=1038), n (%), p>0,05

Возраст матери, лет	I группа, n = 417	II группа, n = 444	III группа, n = 177
Младше 20 лет, n= 10	4 (0,9)	4 (0,9)	2 (1,1)
20-25 лет, n=142	55 (13,2)	59 (13,3)	28 (15,8)
25-30 лет, n= 380	159 (38,1)	165 (37,2)	56 (31,6)
30-35 лет, n= 384	152 (36,5)	169 (38,0)	63 (35,6)
35 лет и старше, n= 122	47 (11,3)	47 (10,6)	28 (15,8)

Во всех возрастных группах не было выявлено статистически значимых различий между группами матерей. Однако в группе матерей с депрессивным типом ГД (III группа) реже рожали женщины в возрасте 25-30 лет и чаще в возрасте 35 лет и старше (p>0,05). Мы проанализировали количество и возраст детей на момент анкетирования в каждой из групп матерей (Таблица 19).

Таблица 19 – Распределение детей в группах матерей (n=1038), n (%)

Возраст, мес, количество	I группа n = 417	II группа n = 444	III группа n = 177
0-12 мес, n = 387	133 (34,3)	168 (43,4)	86 (22,2)
12-23 мес, n = 264	110 (41,6)	114 (43,2)	40 (15,1)
24-35 мес, n = 182	82 (45,0)	76 (41,8)	24 (13,2)
36-48 мес n = 205	92 (44,9)	86 (42,0)	27 (13,1)

Матери детей первого года жизни составили 387 человек. В этой возрастной группе детей преобладали дети матерей с тревожным компонентом ГД, в то же

время каждый пятый ребенок (22,2%) родился у матери с депрессивным компонентом ГД. Однако в возрасте детей старше года доля матерей с депрессивным компонентом ГД была ниже и составляла 15,1 – 13,1%, а доля матерей I и II группы были примерно одинаковыми.

Депрессивный компонент ГД у матери на первом году жизни ребенка возможно связан с ее гормональным фоном, развитием материнского блюза/депрессии, негативной оценкой уже прошедших событий. Наиболее частой причиной беспокойства матери на первом году жизни ребенка являются ФРОП, обусловленные возрастными анатомо-физиологическими особенностями ЖКТ.

Представлял интерес анализ характера вскармливания детей в различных группах матерей, но поскольку в онлайн анкетировании участвовали матери детей, которым на момент анкетирования еще не исполнилось 3 мес, мы проанализировали частоту искусственного вскармливания с рождения, грудного вскармливания менее и более 3 месяцев (Таблица 20).

Таблица 20 – Продолжительность грудного вскармливания детей в группах матерей (n=1038), n (%)

Тип питания детей	I группа n = 417	II группа n = 444	III группа n = 177
ИВ с рождения	10 (2,4)	12 (2,7)	21 (11,9) *
ГВ менее 3 месяцев	33 (7,9)	57 (12,8)	23 (13,0)
ГВ более 3 месяцев	374 (89,7) **	375 (84,5) **	133 (75,1) **

Примечание: * $p < 0,001$ по сравнению с I и II группами; ** $p < 0,05$ между I, II и III группами

Дети матерей с депрессивным типом ГД (III группа) статистически значимо чаще находились на искусственном вскармливании с самого рождения, в то же время дети матерей I группы статистически значимо дольше получали грудное молоко по сравнению с детьми матерей с тревожным (II группа) и депрессивным (III группа) типами ГД.

Результаты анализа типов ГД среди матерей детей первого года жизни представлены в Таблице 21.

Таблица 21 – Типы гестационной доминанты в группах матерей детей первого года жизни (n=387), n (%)

Тип гестационной доминанты	I группа n= 133	II группа n= 168	III группа n=86
Оптимальный	55 (41,4)		
Оптимально- гипогестогнозически - эйфорический	12 (9)		
Оптимально-эйфорический	41 (30,8)		
Оптимально- гипогестогнозически	12 (9)		
Эйфорический	7 (5,3)		
Гипогестогнозический	2 (1,5)		
Эйфорически- гипогестогнозически	4 (3)		
Тревожно- гипогестогнозически		46 (27,4)	
Тревожно-эйфорический		60 (35,7)	
Тревожный		62 (36,9)	
Гипогестогнозически-депрессивный			48 (55,8)
Тревожно-депрессивный			17 (19,8)
Депрессивно-эйфорический			16 (18,6)
Депрессивный			5 (5,8)

Меньше половины матерей детей первого года жизни 133 (34,3%) не имели тревожного или депрессивного компонента ГД. Тревожный компонент присутствовал у 168 матерей (43,4%). Депрессивный компонент ГД присутствовал у 86 (22,2%) матерей, из которых больше половины имели гипогестогнозически-депрессивный тип, т.е. вместе с негативными мыслями о периоде беременности отмечалось и ее игнорирование.

Выявленные особенности побудили нас проанализировать частоту ФРОП у детей первого года жизни отдельно в каждой группе матерей.

Результаты анализа частоты срыгиваний представлены в Таблице 22.

Таблица 22 – Частота срыгиваний у детей первого года жизни в различных группах матерей (n=387), n (%)

Наличие срыгиваний	I группа n= 133	II группа n= 168	III группа n=86	ОШ; ДИ; p
Да (n=138)	37 (27,8)	73 (43,4)	28 (32,6)	p _{I-II} 1,99; 1,23-3,24; p =0,006 p _{II-III} 1,59; 0,9-2,74; p =0,09 p _{I-III} 1,25; 0,7-2,26; p=0,45
Нет (n=249)	96 (72,2)	95 (56,5)	58 (67,4)	

На первом году жизни срыгивало 138 (27,8%) детей. Среди них статистически значимо чаще (p =0,006) срыгивали дети матерей с тревожным компонентом ГД (II группа) по сравнению с детьми матерей I группы. Шанс развития срыгиваний у детей матерей с тревожным компонентом ГД был статистически значимо выше в 2 раза (95% ДИ: 1.23-3,24) по сравнению с детьми матерей I группы.

Между сравниваемыми группами отмечалась слабая сила связи (V= 0,105).

Далее мы проанализировали частоту колик у детей первого года жизни в каждой из групп матерей (Таблица 23).

Таблица 23 – Частота колик у детей первого года жизни в группах матерей (n=387), n (%)

Наличие колик	I группа n= 133	II группа n= 168	III группа n=86	ОШ; ДИ; p
Да (n=49)	29 (21,8)	64 (38,1)	30 (34,9)	p _{I-II} 2,2; 1,32-3,7; p =0,003 p _{II-III} 1,15; 0,67-2,0; p=0,616 p _{I-III} 1,92; 1,05-3,52; p =0,034
Нет (n=264)	104 (78,2)	104 (61,9)	56 (65,1)	

Дети с коликами составили треть (32,5%) среди всех детей первого года жизни. Среди них статистически значимо чаще колики отмечались у детей

матерей как с тревожным (II группа), так и с депрессивным (III группа) типами ГД по сравнению с детьми матерей I группы ($p=0,003$ и $p=0,034$ соответственно). Шанс развития колик у детей матерей с тревожным типом ГД (II группа) был выше в 2,2 раза (95% ДИ: 1,32-3,7), а с депрессивным типом ГД (III группа) в 1,92 раза (95% ДИ: 1,05-3,52) по сравнению с детьми матерей I группы. Между сравниваемыми группами отмечалась слабая сила связи ($V=0,175$ и $V=0,144$ соответственно).

Младенческая дисхезия по данным анкетирования была выявлена у 37 (9,6%) детей первого года жизни (Таблица 24).

Таблица 24 – Частота дисхезии у детей первого года жизни в группах матерей ($n=387$), n (%)

Наличие дисхезии	I группа $n=133$	II группа $n=168$	III группа $n=86$	ОШ; ДИ; p
Да ($n=37$)	7(5,3)	22 (13,1)	8 (9,3)	$p_{I-II} 2,71; 1,12-6,56; p=0,023$ $p_{II-III} 1,47; 0,63-3,45; p=0,376$ $p_{I-III} 1,85; 0,64-5,3; p=0,248$
Нет ($n=350$)	126 (94,8)	146 (86,9)	78 (90,7)	

Дисхезия статистически значимо чаще отмечалась у детей матерей с тревожным типом ГД (II группа) по сравнению с детьми матерей I группы ($p=0,023$). Шанс развития дисхезии у детей матерей с тревожным типом ГД (II группа) был выше в 2,7 раза (95% ДИ: 1,12-6,56) по сравнению с детьми матерей I группы. Между сравниваемыми группами отмечалась слабая сила связи ($V=0,132$). Значимой разницы с матерями с депрессивным компонентом ГД (III группа) выявлено не было.

Функциональный запор по данным анкетирования был диагностирован у 46 (11,9%) детей первого года жизни (Таблица 25).

Таблица 25 – Частота запора у детей первого года жизни в зависимости от типа гестационной доминанты матери (n=387), n (%)

Наличие запора	I группа n= 133	II группа n= 168	III группа n=86	ОШ; ДИ; p
Да (n=46)	13 (9,8)	24 (14,3)	9 (10,5)	p _{I-II} 1,54; 0,75-3,15; p=0,237 p _{II-III} 1,43; 0,63-3,22; p=0,392 p _{I-III} 1,08; 0,44-2,64; p=0,869
Нет (n=341)	120 (90,2)	144 (85,7)	77 (89,5)	

У детей матерей всех исследуемых групп шансы развития запора в первый год жизни были невысокие и статистически не значимые.

У детей старше года функциональный запор по данным анкетирования был диагностирован в 18,7% случаев (122 ребенка) (Таблица 26).

Таблица 26 – Частота запора у детей раннего возраста в зависимости от типа гестационной доминанты матери (n=651), n (%)

Наличие запора	I группа n= 284	II группа n=276	III группа n=91	ОШ; ДИ; p
Да (n=122)	36 (12,7)	64 (23,2)	22 (24,2)	p _{I-II} 2,08; 1,33-3,25; p =0,002 p _{II-III} 1,06; 0,6-1,84; p=0,848 p _{I-III} 2,2; 1,21-3,98; p =0,009
Нет (n=529)	248 (87,3)	212 (76,8)	69 (75,8)	

В группе детей старше года запор статистически значимо чаще выявлялся у детей матерей II и III группы по сравнению с детьми матерей I группы (p=0,002 и p= 0,009 соответственно). Шанс развития запора у детей матерей II группы был выше в 2,08 (95% ДИ: 1,33-3,25), III группы был выше в 2,2 раза (95% ДИ: 1,21-3,98) по сравнению с детьми матерей I группы. Между сравниваемыми группами отмечалась слабая сила связи (V= 0,137 и V= 0,136 соответственно).

Таким образом, среди детей первого года жизни чаще выявлялись срыгивания, колики и дисхезия у детей матерей с тревожным типом ГД (II группа) по сравнению с детьми матерей I группы. Шанс развития ФРОП у этих детей был статистически значимо выше в 2 раза по сравнению с детьми матерей I группы. Шанс развития срыгиваний у детей матерей с тревожным типом ГД (II группа) был статистически значимо выше в 1,6 раза, чем в группе детей матерей с депрессивным типом ГД (III группа). Шанс развития колик у детей матерей III группы был статистически значимо выше в 1,92 раза по сравнению с детьми матерей I группы. В возрасте старше года шанс развития запора у детей матерей с тревожным и депрессивным типами ГД был статистически значимо выше в 2 раза по сравнению с детьми матерей I группы.

Ретроспективная оценка матерями своего состояния во время беременности показала значимую роль тревоги в формировании ФРОП у их детей как на первом году жизни, так и старше года, а также роль депрессии матери в антенатальный период в развитии запоров у детей старше года.

3.5 Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни и психоэмоциональным состоянием матерей после рождения ребенка

3.5.1 Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни с тревогой и депрессией матерей после рождения ребенка

Исходя из поставленной задачи, мы проанализировали ответы 388 матерей детей первых 4 лет жизни, которые помимо анкеты по ФРОП, заполняли опросники Бека по выявлению тревоги и депрессии (Рисунок 2, 3).

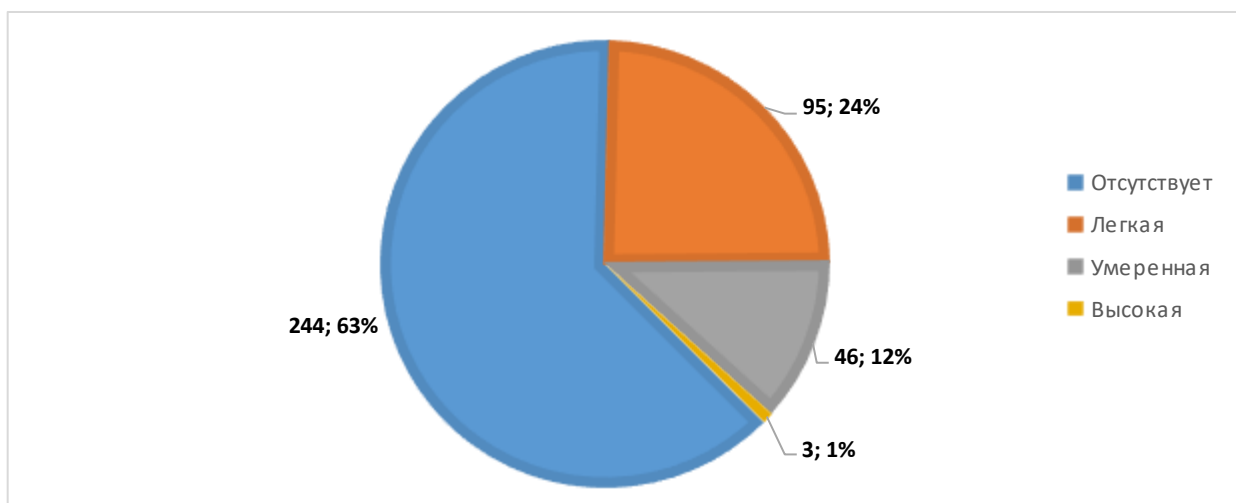


Рисунок 2 – Наличие тревоги у матерей по данным анкетирования (n=388), n; %

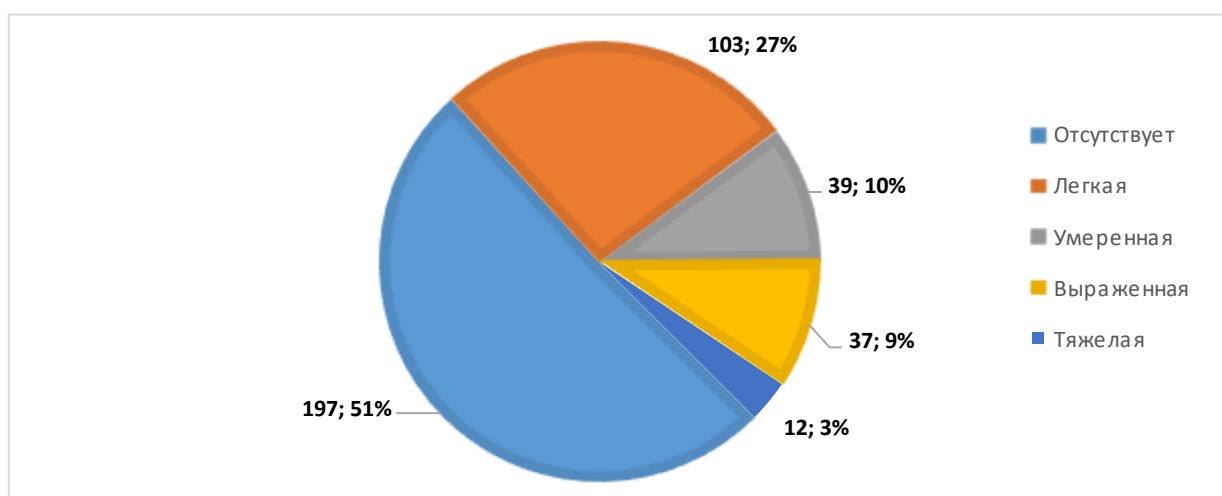


Рисунок 3 – Наличие депрессии у матерей по данным анкетирования (n=388), n; %

По результатам опросников у матерей выявлялось несколько степеней тревоги: легкая, умеренная и высокая, и несколько степеней депрессии: легкая, умеренная, выраженная, тяжелая.

В нашей выборке доля матерей с различной степенью тревоги составила 37,1%: легкая и умеренная степени определялась у 141 матери (36%), высокая степень тревоги была выявлена у 3 матерей (0,8%). Доля матерей с различной степенью депрессии составила 49,2%: легкая и умеренная степени были выявлены у 142 (37,0%) матерей. Выраженная и тяжелая степени депрессии отмечались у 37 (9%) и 12 (3%) матерей соответственно.

Мы проанализировали степень тревоги у матерей в зависимости от их возраста (Таблица 27).

Таблица 27 – Возраст матери на момент беременности с различной степенью тревоги (n=388), n (%), p>0,05

Возраст матери, лет	Отсутствует n = 244	Легкая n = 95	Умеренная n = 46	Высокая n = 3
Младше 20 лет, n = 3	2 (66,7)	1 (33,3)	-	-
20-25 лет, n = 63	45 (71,4)	14 (22,2)	4 (6,4)	-
25-30 лет, n = 143	93 (65,0)	27 (18,9)	23 (16,1)	-
30-35 лет, n= 121	79 (65,3)	26 (21,5)	14 (11,6)	2 (1,6)
35 лет и старше, n= 58	44 (75,9)	8 (13,8)	5 (8,6)	1 (1,7)

Как видно из представленных данных, в 62,9% случаев признаки тревоги у матери не выявлялись.

Среди матерей младше 20 лет наблюдалась только легкая степень тревоги. Начиная с 20-летнего возраста появились признаки умеренной степени тревоги, а у матерей старше 30 лет выявлялась высокая степень тревоги.

Далее мы проанализировали степень депрессии у матерей в зависимости от их возраста (Таблица 28).

Таблица 28 – Возраст матери на момент беременности с различной степенью депрессии (n=388), n (%), p>0,05

Возраст матери, лет	Отсутствует n = 197	Легкая n = 103	Умеренная n = 39	Выраженная n = 37	Тяжелая n = 12
Младше 20 лет, n = 3	2 (66,7)	1 (33,3)	-	-	-
20-25 лет, n = 63	29 (46,0)	20 (31,7)	6 (9,6)	5 (7,9)	3 (4,8)
25-30 лет, n = 143	71 (49,7)	37 (25,8)	18 (12,6)	13 (9,1)	4 (2,8)
30-35 лет, n= 121	67 (55,4)	27 (22,3)	12 (9,9)	12 (9,9)	3 (2,5)
35 лет и старше, n= 58	28 (48,3)	17 (29,3)	3 (5,2)	8 (13,8)	2 (3,4)

Как видно из представленных данных, в 51% случаев признаки депрессии у матери не выявлялись.

Среди матерей младше 20 лет наблюдалась только легкая степень депрессии. Среди матерей старше 20 лет, независимо от возраста, выявлялись признаки всех степеней депрессии, в том числе и тяжелой.

Выраженная степень депрессии чаще отмечалась у матерей в возрасте 35 лет и старше.

Для дальнейшего изучения взаимосвязи частоты ФРОП у детей грудного и раннего возраста с тревогой и депрессией их матерей мы сформировали группы матерей по критериям наличия или отсутствия признаков тревоги и депрессии.

1 группа матерей без признаков тревоги и депрессии была наиболее многочисленной и составила 165 человек (42,5%).

2 группа состояла из 32 матерей (8,2%) с выявленными признаками тревоги, но без признаков депрессии

3 группа состояла из 98 матерей (25,3%) с выявленными признаками депрессии, но без признаков тревоги.

4 группа состояла из 93 матерей (24%) с одновременно выявленными признаками тревоги и депрессии.

В группе 388 матерей, ответивших на опросники Бека по выявлению тревоги и депрессии, детей в возрасте 0-12 мес было 178 (45,9%) человек, 12 -24 мес – 66 (17,0%) человек, 24 - 36 мес – 80 (20,6%) человек, 36 - 48 мес – 64 (16,5%) человека. Среди детей первого года жизни срыгивания, колики, дисхезии и запор отмечались у 72 (40,4%), 69 (38,8%), 17 (9,6%) и 20 (11,2%) детей соответственно.

Мы проанализировали частоту срыгиваний у детей при различных психоэмоциональных состояниях их матерей (Таблица 29).

Таблица 29 – Частота срыгиваний в зависимости от психоэмоционального состояния матери (n=178), n (%)

Наличие срыгиваний	Группа				ОШ; 95% ДИ; p
	1 (n=63)	2 (n=23)	3 (n=37)	4 (n=55)	
Да (n=72)	25 (39,7)	5 (21,7)	15 (40,5)	25 (45,5)	p_{1-2} 0,42 (0,14-1,28), $p=0,12$ p_{1-3} 1,04 (0,45-2,37), $p=0,93$ p_{1-4} 1,27 (0,6-2,6), $p=0,53$ p_{2-3} 2,46 (0,75-8,1), $p=0,13$ p_{2-4} 3,0 (0,98-9,2), $p=0,05$ p_{3-4} 2,46 (0,75-8,1), $p=0,64$
Нет (n=106)	38 (60,3)	18 (78,3)	22 (59,5)	30 (54,5)	

При анализе зависимости частоты срыгиваний у детей первого года жизни от психоэмоционального состояния матери, не было получено статистически значимых различий, что могло быть обусловлено анатомо-физиологическими особенностями созревания ЖКТ у детей первого года жизни.

Далее мы проанализировали частоту колик у детей при различных психоэмоциональных состояниях их матерей (Таблица 30).

Таблица 30 – Частота колик у детей в зависимости от психоэмоционального состояния матери (n=178), n (%)

Наличие срыгиваний	Группа				ОШ; 95% ДИ; p
	1 (n=63)	2 (n=23)	3 (n=37)	4 (n=55)	
Да (n = 69)	16 (25,4)	6 (26,0)	16 (43,2)	31 (56,3)	p_{1-2} 1,04 (0,35-3,08), $p=0,95$ p_{1-3} 1,24 (0,94-5,3), $p=0,065$ p_{1-4} 3,79 (1,74-8,26), $p < 0,001$ p_{2-3} 2,16 (0,7-6,7), $p=0,18$ p_{2-4} 3,66 (1,25-10,7), $p=0,015$ p_{3-4} 1,7 (0,73-3,93), $p=0,21$
Нет (n= 109)	47 (74,6)	17 (74,0)	21 (56,8)	24 (43,6)	

Согласно представленным результатам частота колик у детей первого года жизни, родившихся у матерей 4 группы, т.е. с выявленным сочетанием признаков тревоги и депрессии, была статистически значимо выше по сравнению с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа) и с признаками тревоги (2 группа) ($p < 0,001$ и $p=0,015$, соответственно).

Шанс развития колик у детей матерей с признаками тревоги и депрессии (4 группа) был выше в 3,8 раз (95% ДИ: 1,74-8,26) в сравнении с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа), а также выше в 3,66 раз (95% ДИ: 1,25-10,7) по сравнению с детьми матерей с признаками тревоги (2 группа). Между сравниваемыми группами отмечалась средняя сила связи ($V= 0,316$ и $0,276$ соответственно).

Далее мы проанализировали частоту развития дисхезии при различных психоэмоциональных состояниях их матерей (Таблица 31).

Таблица 31 – Частота дисхезии у детей в зависимости от психоэмоционального состояния матери (n=178), n (%)

Наличие дисхезии	Группа				ОШ; 95% ДИ; p
	1 (n=63)	2 (n=23)	3 (n=37)	4 (n=55)	
Да (n = 17)	2 (3,2)	4 (17,4)	4 (10,8)	7 (12,7)	$p_{1-2} 6,4 (1,09-37,8), p=0,022$ $p_{1-3} 3,7 (0,64-21,26), p=0,121$ $p_{1-4} 4,45 (0,88-22,4), p=0,052$ $p_{2-3} 1,74 (0,39-7,76), p=0,47$ $p_{2-4} 1,44 (0,38-5,06), p=0,59$ $p_{3-4} 1,2 (0,33-4,44), p=0,78$
Нет (n = 161)	61 (96,8)	19 (82,6)	33 (89,2)	48 (87,3)	

Частота дисхезии у детей первого года жизни, родившихся у матерей с признаками тревоги (2 группа) была статистически значимо выше по сравнению с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа) ($p=0,022$).

Шанс развития дисхезии у детей матерей с признаками тревоги (2 группа) был выше в 6,4 раза (95% ДИ: 1,09-37,8) в сравнении с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа). Между сравниваемыми группами отмечалась средняя сила связи ($V=0.247$).

Среди детей первых 4 лет жизни запор был диагностирован у 79 (20,3%) детей. В группе детей до года запор выявился у 20 детей (11,2%), в возрасте 12-24 месяцев частота запора увеличилась до 21,2% и выросла до 37,5% в возрасте 3-4 лет.

Мы проанализировали зависимость частоты запора у детей грудного возраста от психоэмоционального состояния матери (Таблица 32).

Таблица 32 – Частота запора у детей грудного возраста в зависимости от психоэмоционального состояния матери (n=178), n (%)

Наличие запора	Группа				ОШ; 95% ДИ; p
	1 (n=63)	2 (n=23)	3 (n=37)	4 (n=55)	
Да (n = 20)	3 (4,8)	1 (4,3)	4 (10,8)	12 (21,8)	$p_{1-2} 0,9 (0,9-9,2), p=0,94$ $p_{1-3} 2,42 (0,51-11,5), p=0,25$ $p_{1-4} 5,0 (1,34-18,7), p=0,01$ $p_{2-3} 2,67 (0,28-25,5), p=0,38$ $p_{2-4} 5,5 (0,67-44,99), p=0,08$ $p_{3-4} 1,2 (0,33-4,44), p=0,24$
Нет (n = 161)	60 (95,2)	22 (95,7)	33 (89,2)	48 (78,2)	

Как видно из представленных данных, среди детей первого года жизни запор статистически значимо чаще выявлялся у детей матерей с сочетанием признаков тревоги и депрессии (4 группа) по сравнению с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа) ($p=0,01$).

Шанс развития запора у детей матерей с признаками тревоги и депрессии (4 группа) был выше в 5,0 раз (95% ДИ: 1,34-18,7) в сравнении с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа). Между сравниваемыми группами отмечалась средняя сила связи ($V=0,233$).

Среди детей матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа) и только с признаками тревоги (2 группа) частота составила менее 5% (4,8% и 4,3% соответственно), а в группе матерей с выявленными признаками депрессии – 10,8%, однако различия были статистически не значимы.

Далее мы проанализировали частоту запора у детей в возрасте от 1 до 4 лет в зависимости от психоэмоционального состояния матери (Таблица 33).

Таблица 33 – Частота запора у детей раннего возраста в зависимости от психоэмоционального состояния матери (n=210), n (%)

Наличие запора	Группа				ОШ; 95% ДИ; p
	1 (n=102)	2 (n=9)	3 (n=61)	4 (n=38)	
Да (n = 59)	17 (16,7)	3 (33,3)	13 (21,3)	20 (52,6)	$p_{I-II} 2,5 (0,57-11,0), p=0,21$ $p_{I-III} 1,35 (0,6-3,03), p=0,46$ $p_{I-IV} 5,56 (2,44-12,65), <0,001$ $p_{II-III} 0,54 (0,12-2,47), p=0,42$ $p_{II-IV} 2,22 (0,48-10,2), p=0,3$ $p_{III-IV} 4,1 (1,7-9,93), p=0,002$
Нет (n = 151)	85 (83,3)	6 (66,7)	48 (78,7)	18 (47,4)	

Как видно из представленных данных, больше половины детей в группе матерей с признаками тревоги и депрессии (4 группа) страдали запором (52,6%). У детей матерей этой группы запор значимо чаще выявлялся по сравнению с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа) ($p < 0,001$), а также по сравнению с детьми матерей с признаками только депрессии (3 группа) ($p=0,002$).

Шанс развития запора у детей матерей с признаками тревоги и депрессии (4 группа) был выше в 5,56 раз (95% ДИ: 2,44-12,65) в сравнении с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (1 группа), а также выше в 4,1 раза (95% ДИ: 1,7-9,93), чем у детей матерей только с признаками депрессии (3 группа). Между сравниваемыми группами отмечалась средняя сила связи ($V= 0,363$ и $V= 0,323$ соответственно).

3.5.1.1 Развитие запора у детей раннего возраста и динамика психоэмоционального состояния матерей по данным анкетирования

Согласно вышеописанным результатам ретроспективного анкетирования матерей с различными типами гестационной доминанты в период беременности, было показано, что в группе детей старше года шанс развития запора у детей матерей с тревожным и депрессивными компонентами ГД был статистически значимо выше в 2 раза по сравнению с детьми матерей с оптимальным типом ГД (Таблица 26).

По результатам исследования зависимости частоты запора у детей 0-4 лет от наличия тревоги и депрессии у их матерей на момент анкетирования, было обнаружено, что шанс развития запора у детей как первого года жизни, так и старше года был статистически значимо выше в 5,0 и 5,56 раз соответственно в сравнении с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии (Таблица 32, 33). Полученные результаты показали двухкратное увеличение шансов развития запора после рождения ребенка в исследуемой группе матерей.

Исходя из цели и задач нашей работы, мы изучили в динамике психологическое состояние матери во время беременности и после рождения ребенка. Мы проанализировали ответы 55 матерей, заполнивших опросник по ФРОП и ретроспективный тест отношений беременной на момент анкетирования. По результатам первого опроса – ретроспективного определения психологического компонента ГД (отношения к своей беременности), у 20 матерей I группы в ответах отсутствовал тревожный и депрессивный компоненты, у 26 матерей II группы был выявлен тревожный компонент, у 9 матерей III группа в ответах присутствовал депрессивный компонент ГД.

Спустя 12 месяцев эти же матери повторно заполнили опросник по ФРОП у детей на момент анкетирования и опросник Бека по выявлению тревоги и депрессии у матери (Таблица 34).

Таблица 34 – Наличие симптомов тревоги и депрессии у матери в зависимости от ее типа гестационной доминанты через 12 мес (n=55), n (%)

Матери	I группа (n=20)		II группа (n=26)		III группа (n=9)	
Наличие	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия	Тревога	Депрессия
симптомов	2 (10,0)	5 (25,0)	13 (50,0)	14 (53,8)	0	7 (77,8)

Примечания: Различия между I и II группами были статистически значимы ($p<0,05$).

Различия между I и II группами были статистически значимы ($p<0,05$).

Согласно полученным результатам, было показано, что среди 20 матерей I группы (без тревожного и депрессивного компонентов ГД при первом опросе) появилось 2 матери с признаками тревоги и 5 матерей с признаками депрессии. Депрессия была оценена как легкая у 3 матерей, умеренная у 1 матери и выраженной степени у 1 матери.

В группе 26 матерей с тревожным типом ГД в половине случаев (13 матерей) сохранялись симптомы тревоги. Симптомы депрессии появились у 14 (53,8%) матерей, при этом 4 матери имели выраженную степень депрессии, 1 – умеренную и 9 легкой степени. Относительный риск развития тревоги спустя год после первого анкетирования во II группе матерей (с выявленным тревожным компонентом ГД при первом анкетировании) был в 5 раз выше, чем в I группе (95% ДИ: 1,27-19,67).

В третьей группе среди 9 матерей с депрессивным компонентом ГД через год симптомы депрессии сохранялись у 7 (77,8%) матерей, из них 2 матери имели признаки тяжелой степени депрессии, 1 выраженной степени, 1 умеренной и 3 легкой степени депрессии. Относительный риск развития депрессии спустя год после первого анкетирования в III группе матерей (с депрессивным компонентом ГД) был в 3,11 раз выше, чем в I группе (95% ДИ: 1,35-7,15).

Таким образом, мы выявили сохраняющиеся симптомы тревоги и депрессии у матерей на протяжении беременности и в послеродовом периоде, что представляло существенную проблему как для ребенка, так и для самой матери.

Из ФРОП при повторном анкетировании матерей через 12 месяцев были выявлены только запоры. Далее мы оценили динамику развития запора у детей матерей с различными типами гестационной доминанты через 12 месяцев жизни (Таблица 35).

Таблица 35 – Частота запора у детей раннего возраста в зависимости от типа гестационной доминанты матери (n=55), n (%)

Тип гестационной доминанты матери	Оптимальный тип I группа (n=20)		Тревожный тип II группа (n=26)		Депрессивный тип III группа (n=9)	
	1	2	1	2	1	2
Наличие запора у ребенка	0	2 (10)	0	9 (34,6)	0	2 (22,2)

Примечание:

- опрос №1 - заполнение опросника по ФРОП у детей на момент анкетирования и ретроспективный тест отношений беременной;
- опрос №2 - спустя 12 месяцев заполнение опросника по ФРОП у детей на момент анкетирования.

По результатам первого опроса матерей симптомы запора у их детей не отмечались ни в одной из групп.

Спустя год при заполнении опросников этими же матерями было выявлено, что симптомы запора среди детей матерей I группы (не выявлено тревожного и депрессивного компонентов ГД при первом опросе) появились у 2 (10%) детей, среди детей матерей II группы (с тревожным компонентом ГД) – у 9 (34,6%) детей, среди детей матерей III группы (с депрессивным компонентом ГД) – у 2 (22,2%) детей.

Обращает на себя внимание, что реже всего запор формировался у детей матерей I группы (при отсутствии тревожного и депрессивного компонентов ГД при первом опросе). Наибольшая частота запора отмечалась у детей матерей с тревожным компонентом гестационной доминанты.

Таким образом, проведенное анкетирование 388 матерей по выявлению ФРОП у детей и опросникам Бека по выявлению тревоги и депрессии показало отсутствие взаимосвязи развития срыгиваний и психоэмоционального состояния матери. Срыгивания являются физиологическим процессом, отражающим анатомо-физиологические особенности развития желудочно-кишечного тракта ребенка, связаны с его быстрым ростом на первом году жизни, вертикализацией и созреванием нервной системы.

В то же время была выявлена статистически значимая связь развития колик, дисхезии и запора с тревогой матери, а также развития колик и запора с депрессией матери.

Несмотря на то, что наше исследование нацелено на педиатрический аспект ФРОП, мы наблюдали в течение года жизни ребенка трансформацию психоэмоционального состояния матерей с нарастанием симптомов тревоги и депрессии. Выраженность тревоги нарастала по мере увеличения возраста матери, достигая наибольших значений среди матерей старше 35 лет. В то же время признаки депрессии выявлялись у матерей всех возрастов, однако преобладала легкая степени депрессии. Признаки тяжелой и выраженной депрессии обнаруживались у матерей детей с ФРОП уже с 20-летнего возраста.

Обращает на себя внимание появление признаков тревоги и депрессии в группе матерей, у которых год назад этих признаков еще не выявлялось. Ухудшение психоэмоционального состояния матерей могло повлиять на формирование запора у их детей.

Эти результаты требуют совместного ведения матери с ребенком как педиатром, так и психологом в амбулаторных условиях.

3.5.2 Взаимосвязь частоты ФРОП у детей первых 4 лет жизни и типом привязанности матери

Для определения типа привязанности матери заполняли опросник по выявлению типа привязанности Чен, который состоял из двух независимых шкал, определяющих разные уровни привязанности.

Первая шкала включала в себя 24 вопроса, выявлявших уровень ненадежности привязанности на основе оценки эмоций и чувств матери, а также уровень надежности привязанности в зависимости от действий, которые мать предпринимала для достижения чувства безопасности в отношениях с окружающими.

Вторая шкала состояла из 12 вопросов, определявших тип ненадежной привязанности матери (избегающий, тревожный или смешанный) во время стрессовых ситуаций. Результаты оценивались по количеству набранных баллов в каждой из частей.

Согласно критериям опросника Чен, матери были разделены на группы по:

- степеням надежности привязанности – высокая 18–24 балла, средняя 9–17 баллов, низкая 0–8 баллов; чем ниже балл по шкале надежности, тем ниже ее степень, и тем меньше предпринимается действий со стороны матери чтобы укрепить взаимоотношения с ребенком;

- ненадежности привязанности – низкая 0–6 баллов, средняя 7–13 баллов и высокая 14–24 балла; чем выше балл по шкале ненадежности, тем выше её степень и тем сложнее матери поддерживать близкие отношения с ребенком и справляться с собственными эмоциями по отношению к нему.

- типам ненадежной привязанности: были разделены на тревожный и избегающий, когда по одному из типов было набрано 18 и более баллов, а также смешанный, когда ни один из типов не доминировал.

Поскольку опросник по выявлению привязанности Чен состоял из двух независимых шкал, то у одной матери определялась как надежная, так и ненадежная привязанность различной степени.

Среди 178 матерей детей первого года жизни высокая степень надежности привязанности была выявлена у 66 матерей (37,1%), средняя степень у 107 (60,1%), низкая степень лишь у 5 (2,8%) матерей.

При оценке степени ненадежности привязанности матери высокая степень была выявлена у 25 матерей (14,0%), средняя у 77 (43,3%), низкая у 76 (42,7%). При оценке типа ненадежной привязанности превалировал смешанный тип – у 131 матерей (73,6%), тревожный тип был выявлен у 35 (19,7%), избегающий у 12 (6,7%) матерей.

Согласно цели нашего исследования, была определена степень надежности привязанности матерей у детей со срыгиваниями (Таблица 36).

Таблица 36 – Частота срыгиваний у детей первого года жизни в зависимости от степени надежности привязанности матери (n=178), n (%), p> 0,05

Наличие срыгиваний	Степень надежной привязанности матери		
	Высокая (n = 66)	Средняя (n = 107)	Низкая (n = 5)
Да (n = 72)	25 (37,9)	44 (41,2)	3 (60,0)
Нет (n = 106)	41 (62,1)	63 (58,9)	2 (40,0)

Частота срыгиваний у детей не зависела от степени надежности привязанности их матерей. Далее мы определили степень ненадежности привязанности матерей у детей со срыгиваниями (Таблица 37).

Таблица 37 – Частота срыгиваний у детей первого года жизни в зависимости от степени ненадежности привязанности матери, n (%), p> 0,05

Наличие срыгиваний	Степень ненадежной привязанности матери		
	Высокая (n = 25)	Средняя (n = 77)	Низкая (n = 76)
Да (n = 72)	12 (48,0)	27 (35,1)	33 (43,4)
Нет (n = 106)	13 (52,0)	50 (64,9)	43 (56,6)

Степень надежности привязанности матери не влияла на частоту

срыгиваний у их детей, которые преимущественно обусловлены анатомо-физиологическими особенностями развития ЖКТ ребенка, его быстрым ростом на первом году жизни, вертикализацией и развитием нервной системы.

Далее мы проанализировали частоту срыгиваний у детей и типы ненадежной привязанности у их матерей (Таблица 38).

Таблица 38 – Частота срыгиваний у детей первого года жизни в зависимости от типа привязанности матери (n=178), n (%), p> 0,05

Наличие срыгиваний	Тип ненадежной привязанности матери		
	Тревожный (n = 35)	Избегающий (n = 12)	Смешанный (n = 131)
Да (n = 72)	15 (42,9)	4 (36,3)	53 (40,5)
Нет (n = 106)	20 (57,1)	7 (63,7)	78 (62,6)

Частота срыгиваний у детей не зависела от типа ненадежной привязанности матери, однако дети матерей с тревожным типом привязанности срыгивали немного чаще, поэтому мы проанализировали частоту срыгиваний в зависимости от степени тревожной привязанности матери (Таблица 39).

Таблица 39 – Частота срыгиваний у детей первого года жизни в зависимости от степени ненадежной привязанности матери (n = 35), n (%)

Наличие срыгиваний	Степень тревожной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Высокая (n = 10)	Средняя (n = 16)	Низкая (n = 9)	
Да (n = 15)	7 (70,0)	6 (37,5)	2 (22,2)	p _{I-II} 3,89; 0,72-21,1; p=0,107; p _{II-III} 2,1; 0,32-13,6; p=0,432; p _{I-III} 8,17; 1,03-64,94; p=0,038
Нет (n = 20)	3 (30,0)	10 (62,5)	7 (77,8)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Наличие срыгиваний у детей на первом году жизни зависело от степени ненадежности тревожного типа привязанности матерей. Наиболее высокий шанс развития срыгиваний отмечался среди детей матерей с высокой степенью ненадежности тревожного типа привязанности и был статистически значимо выше в 8,17 раз (95% ДИ: 1,03 - 64,94) в сравнении с детьми матерей с низкой степенью ненадежности тревожного типа привязанности ($p=0,038$). Между сравниваемыми группами отмечалась относительно сильная связь ($V=0,478$).

Следующим этапом работы была оценка частоты колик у детей в зависимости от степени надежности привязанности матери (Таблица 40).

Таблица 40 – Частота колик у детей первого года жизни в зависимости от степени надежности привязанности матери ($n=178$), n (%), $p>0,05$

Наличие колик	Степень надежной привязанности матери		
	Высокая ($n = 66$)	Средняя ($n = 107$)	Низкая ($n = 5$)
Да ($n = 69$)	22 (33,3)	45 (42,1)	2 (40,0)
Нет ($n = 109$)	44 (66,7)	62 (57,9)	3 (60,0)

Частота колик у детей первого года жизни не зависела от степени надежности их матерей. Далее мы оценили частоту колик у детей в зависимости от степени ненадежности привязанности матери (Таблица 41).

Таблица 41 – Частота колик у детей первого года жизни в зависимости от степени ненадежной привязанности матери ($n=178$), n (%)

Наличие колик	Степень ненадежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Высокая ($n = 25$)	Средняя ($n = 77$)	Низкая ($n = 76$)	
Да ($n = 69$)	13 (52,0)	36 (46,8)	20 (26,3)	$p_{I-II} 1,23; 0,5-3,04; p=0,649$; $p_{II-III} 2,46; 1,25-4,85; p=0,009$ $p_{I-III} 3,03; 1,19-7,74; p=0,018$
Нет ($n = 109$)	12 (48,0)	41 (53,2)	56 (73,7)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Согласно представленным данным, шанс развития колик среди детей матерей с низкой степенью ненадежной привязанности был статистически значимо ниже по сравнению с детьми матерей со средней и высокой степенью ненадежной привязанности в 2,46 и 3,03 раза соответственно ($p=0,009$).

Между сравниваемыми группами отмечалась средняя сила связи ($V= 0,212$ и $V= 0,236$ соответственно).

Мы проанализировали частоту колик у детей первого года жизни в зависимости от типа ненадежной привязанности у их матерей (Таблица 42).

Таблица 42 – Частота колик у детей первого года жизни в зависимости от типа ненадежной привязанности матери ($n=178$), n (%)

Наличие колик	Тип ненадежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Тревожный ($n = 35$)	Избегающий ($n = 12$)	Смешанный ($n = 131$)	
Да ($n = 69$)	20 (57,1)	3 (25,0)	46 (35,1)	$p_{I-II} 4,0; 0,92-17,37;$ $p=0,055;$ $p_{II-III} 0,62; 0,16-2,39;$ $p=0,48$ $p_{I-III} 2,46; 1,15-5,27; p$ $=0,019$
Нет ($n = 109$)	15 (42,9)	9 (75,0)	85 (64,9)	

Примечание: I – тревожный тип, II – избегающий тип, III – смешанный тип

Коликами чаще страдали дети матерей с тревожным типом ненадежной привязанности, шанс развития колик у этих детей был статистически значимо выше в 2,46 раза (95%ДИ: 1,15-5,27) по сравнению с детьми матерей со смешанным типом привязанности ($p=0,019$).

Между сравниваемыми группами отмечалась слабая сила связи ($V= 0,184$).

Поскольку на частоту развития колик у детей значимое влияние оказывал тревожный тип ненадежной привязанности их матерей, нами был выполнен анализ частоты колик в зависимости от степени ненадежности тревожной привязанности (Таблица 43).

Таблица 43 – Частота колик у детей матерей с тревожным типом привязанности в зависимости от степени ненадежности (n=35), n (%)

Наличие колик	Степень тревожной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Высокая (n = 10)	Средняя (n = 16)	Низкая (n = 9)	
Да (n = 20)	7 (70,0)	11 (68,7)	2 (40,0)	$p_{I-II} 1,06; 0,19-5,9;$ $p=0,947;$ $p_{II-III} 7,7; 1,16-51,17;$ $p=0,026;$ $p_{I-III} 8,17; 1,03-64,94;$ $p=0,038$
Нет (n = 15)	3 (30,0)	5 (31,3)	7 (60,0)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Согласно представленным результатам, коликами реже страдали дети матерей с низкой степенью ненадежности тревожной привязанности, шанс развития колик среди них был в 8 раз ниже по сравнению с детьми матерей со средней и высокой степенью ненадежности ($p < 0,05$).

Между сравниваемыми группами отмечалась относительно сильная сила связи ($V = 0,478$ и $V = 0,447$ соответственно).

Далее мы оценили частоту дисхезии у детей первого года жизни в зависимости от степени надежности привязанности их матерей (Таблица 44).

Таблица 44 – Частота дисхезии у детей в зависимости от степени надежной привязанности матери (n=178), n (%), p> 0,05

Наличие дисхезии	Степень надежной привязанности матери		
	Высокая (n = 66)	Средняя (n = 107)	Низкая (n = 5)
Да (n = 17)	7 (10,6)	9 (8,4)	1 (20,0)
Нет (n = 161)	59 (89,4)	98 (91,6)	4 (80,0)

Частота дисхезии у детей первого года жизни не зависела от степени надежной привязанности их матерей. Далее мы оценили частоту дисхезии у детей в зависимости от степени ненадежной привязанности их матерей (Таблица 45).

Таблица 45 – Частота дисхезии у детей первого года жизни в зависимости от степени ненадежной привязанности матери (n=178), n (%), p> 0,05

Наличие дисхезии	Степень ненадежной привязанности матери		
	Высокая (n = 25)	Средняя (n = 77)	Низкая (n = 76)
Да (n = 17)	4 (16,0)	6 (7,8)	7 (9,2)
Нет (n = 161)	21 (84,0)	71 (92,2)	69 (90,8)

Частота дисхезии у детей первого года жизни также не зависела от степени ненадежной привязанности их матерей. Далее мы оценили частоту дисхезии у детей в зависимости от типа ненадежной привязанности их матерей (Таблица 46).

Таблица 46 – Частота дисхезии у детей первого года жизни в зависимости от типа ненадежной привязанности матери (n=178), n (%), p> 0,05

Наличие дисхезии	Тип ненадежной привязанности матери		
	Тревожный (n = 35)	Избегающий (n = 12)	Смешанный (n = 131)
Да (n = 17)	5 (14,3)	1 (8,3)	11 (8,4)
Нет (n = 161)	30 (85,7)	11 (91,7)	120 (91,6)

Дисхезия чаще встречалась среди детей матерей с тревожным типом привязанности, однако статистически значимых различий выявлено не было, в связи с чем далее мы оценили степени ненадежности этой привязанности (Таблица 47).

Таблица 47 – Частота дисхезии у детей матерей с тревожным типом привязанности в зависимости от степени ненадежности ($n=35$), n (%), $p > 0,05$

Наличие дисхезии	Степень тревожной привязанности матери		
	Высокая ($n = 10$)	Средняя ($n = 16$)	Низкая ($n = 9$)
Да ($n = 5$)	3 (30,0)	1 (6,2)	1 (11,1)
Нет ($n = 30$)	7 (70,0)	15 (93,8)	8 (88,9)

Дисхезия наиболее часто встречалась среди детей матерей с высокой степенью тревожной привязанности, однако статистически значимых различий выявлено не было.

Мы изучили частоту запоров у детей первого года жизни в зависимости от степени надежной привязанности матери (Таблица 48).

Таблица 48 – Частота запора у детей первого года жизни в зависимости от степени надежной привязанности матери ($n=178$), n (%), $p > 0,05$

Наличие запора	Степень надежной привязанности матери		
	Высокая ($n = 65$)	Средняя ($n = 98$)	Низкая ($n = 5$)
Да ($n = 20$)	8 (12,3)	11 (11,2)	1 (20,0)
Нет ($n = 158$)	57 (87,7)	87 (88,8)	4 (80,0)

Частота запора у детей первого года жизни была выше среди детей матерей с низкой степенью надежной привязанности, но различия были статистически не значимы.

Затем мы изучили частоту запоров у детей первого года жизни в зависимости от степени ненадежной привязанности матери (Таблица 49).

Таблица 49 – Частота запора у детей первого года жизни в зависимости от степени ненадежной привязанности матери (n=178), n (%)

Наличие запора	Степень ненадежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Высокая (n = 24)	Средняя (n = 74)	Низкая (n = 70)	
Да (n = 20)	6 (25,3)	10 (13,5)	4 (5,7)	p _{I-II} 2,13; 0,68-6,67; p=0,186; p _{II-III} 2,58; 0,77-8,64; p=0,115 p _{I-III} 5,5; 1,4-21,6; p=0,009
Нет (n = 158)	18 (75,0)	64 (86,5)	66 (94,3)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Частота запора была выше среди детей матерей с высокой степенью ненадежного типа привязанности. Шанс развития запора среди детей матерей с высокой степенью ненадежной привязанности был статистически значимо выше (p=0,009) по сравнению с детьми матерей с низкой степенью ненадежной привязанности в 5,5 раз (95% ДИ: 1,4-21,6). Между сравниваемыми группами отмечалась средняя сила связи (V= 0,273).

Далее мы проанализировали частоту запора в зависимости от типа ненадежной привязанности матери (Таблица 50).

Таблица 50 – Частота запора у детей первого года жизни в зависимости от типа привязанности матери (n=178), n (%)

Наличие запора	Тип ненадежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Тревожный (n = 35)	Избегающий (n = 12)	Смешанный (n = 131)	
Да (n = 20)	6 (17,1)	5 (41,7)	9 (8,4)	p _{I-II} 3,45; 0,81-14,6; p=0,084; p _{II-III} 9,5; 2,51-36,1; p <0,001 p _{I-III} 2,76; 0,9-8,4; p=0,065;
Нет (n = 158)	29 (82,9)	7 (58,3)	120 (91,6)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Как видно из представленных данных, шанс развития запора среди детей матерей с избегающим типом ненадежной привязанности был статистически значимо выше ($p < 0,001$) по сравнению с детьми матерей со смешанным типом ненадежной привязанности в 9,5 раз (95% ДИ: 2,51-36,1). Между этими группами отмечалась средняя сила связи ($V = 0,324$). Учитывая полученные данные, мы проанализировали частоту запора в зависимости от степени избегающего типа привязанности матери (Таблица 51).

Таблица 51 – Частота запора у детей матерей с избегающим типом привязанности в зависимости от степени ненадежности ($n=12$), n (%)

Наличие запора	Степень избегающей привязанности матери		
	Высокая ($n = 3$)	Средняя ($n = 9$)	Низкая ($n = 0$)
Да ($n = 5$)	3 (100,0)	2 (22,2)	-
Нет ($n = 7$)	0	7 (77,8)	-

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Как видно из таблицы, из 5 детей первого года жизни, страдающих запором, 3 воспитывались матерями с высокой степенью избегающего типа привязанности. В группе детей старше года мы также проанализировали частоту развития запора в зависимости от степени надежности матери (Таблица 52).

Таблица 52 – Частота развития запоров у детей старше года в зависимости от степени надежности привязанности матери ($n=148$), n (%),

Наличие запора	Степень надежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Высокая ($n = 43$)	Средняя ($n = 100$)	Низкая ($n = 5$)	
Да ($n = 34$)	5 (11,6)	27 (27,0)	2 (40,0)	$p_{I-II} 2,81; 1,002-7,89; p=0,044;$ $p_{II-III} 1,8; 0,28-11,38; p=0,529$ $p_{I-III} 5,06; 0,67-38,1; p=0,089;$
Нет ($n = 114$)	38 (88,4)	73 (73,0)	3 (60,0)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

Как видно из представленных данных, частота запора в возрасте старше года ниже среди детей матерей с высокой степенью надежной привязанности матери, шанс развития запора среди детей матерей с высокой степенью надежной привязанности статистически значимо уменьшался в 2,8 раза (95% ДИ: 1,002-7,89) по сравнению с детьми матерей со средней степенью надежной привязанности ($p = 0,044$). Между этими группами отмечалась слабая сила связи ($V = 0,169$).

Далее мы проанализировали частоту запора в зависимости от степени ненадежной привязанности матери (Таблица 53).

Таблица 53 – Частота развития запоров у детей старше года в зависимости от степени ненадежной привязанности матери ($n=148$), n (%)

Наличие запора	Степень ненадежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Высокая ($n = 41$)	Средняя ($n = 63$)	Низкая ($n = 44$)	
Да ($n = 34$)	15 (36,6)	13 (20,6)	6 (13,6)	$p_{I-II} 2,22; 0,9-5,35; p=0,074;$ $p_{II-III} 1,65; 0,57-4,73; p=0,352$ $p_{I-III} 3,65; 1,25-10,6; p=0,015$
Нет ($n = 114$)	26 (63,4)	50 (79,4)	38 (86,4)	

Примечание: I – высокая степень, II – средняя степень, III – низкая степень

У детей старше года частота запора была выше среди детей матерей с высокой степенью ненадежной привязанности, шанс развития запора среди них статистически значимо увеличивался в 3,65 раз (95% ДИ: 1,25-10,6) по сравнению с детьми матерей с низкой степенью ненадежной привязанности ($p < 0,015$).

Между этими группами отмечалась средняя сила связи ($V = 0,266$).

Далее мы проанализировали частоту запора в зависимости от типа ненадежной привязанности матери (Таблица 54).

Таблица 54 – Частота запора у детей старше года в зависимости от типа привязанности матери (n=148), n (%), p> 0,05

Наличие запора	Тип ненадежной привязанности матери			ОШ; ДИ; p
	Тревожный (n = 16)	Избегающий (n = 13)	Смешанный (n = 119)	
Да (n = 34)	4 (25,0)	7 (53,8)	23 (19,3)	p _{I-II} 3,5; 0,73-16,8; p=0,112; p _{II-III} 4,87; 1,5-15,9; p=0,005 p _{I-III} 1,39; 0,41-4,7; p=0,595;
Нет (n = 114)	12 (75,0)	6 (46,2)	96 (80,7)	

Примечание: I – тревожный тип, II – избегающий тип, III – смешанный тип

Как и среди детей первого года жизни, в возрасте старше года запором чаще страдали дети матерей с избегающим типом ненадежной привязанности. Шанс развития запора среди них статистически значимо увеличивался в 4,87 раза (95% ДИ: 1,5-15,9) по сравнению с детьми матерей со смешанным типом ненадежной привязанности (p = 0,005). Между этими группами отмечалась средняя сила связи (V= 0,245). Учитывая полученные данные, мы проанализировали частоту запора в зависимости от степени избегающего типа привязанности матери (Таблица 55).

Таблица 55 – Частота запора у детей старше года среди матерей с избегающим типом привязанности (n=13), n (%)

Наличие запора	Степень ненадежности избегающей привязанности матери		
	Высокая (n = 4)	Средняя (n = 8)	Низкая (n = 1)
Да (n = 7)	3 (75,0)	4 (50,0)	0
Нет (n = 6)	1(25,0)	4 (50,0)	1 (100%)

Как видно из таблицы, из 7 детей старше года, страдающих запором, 3 воспитывались матерями с высокой степенью избегающего типа привязанности, 4 – со средней степенью избегающего типа привязанности.

Таким образом, мы проанализировали частоту ФРОП у детей первых 4 лет жизни в зависимости от надежности и ненадежности привязанности, различных типов ненадежной привязанности матери.

У детей первого года надежность привязанности матери не влияла на частоту ФРОП. Не было выявлено взаимосвязи между осознанно предпринимаемыми действиями матери с целью необходимого обеспечения базовых потребностей ребенка, таких как кормление, смена подгузников, укладывание спать, общение и частотой развития ФРОП.

В то же время тем выше её степень и тем сложнее матери поддерживать близкие отношения с ребенком и справляться с собственными эмоциями по отношению к нему, такими как раздражение, злость, гнев, агрессия, была выявлена взаимосвязь

На первом году жизни дети матерей с высокой степенью тревожной привязанности чаще страдали срыгиваниями и коликами, шанс их развития был статистически значимо выше в 8,17 раза, чем у детей матерей с низкой степенью тревожной привязанности ($p < 0,05$).

Дисхезия на первом году жизни чаще встречалась у детей матерей с высокой степенью ненадежной привязанности, преимущественно тревожного типа, однако статистически значимых различий выявлено не выявлено.

На первом году жизни шанс развития запора среди детей матерей с избегающим типом ненадежной привязанности был статистически значимо выше в 9,5 раз по сравнению с детьми матерей со смешанным типом ненадежной привязанности ($p < 0,05$).

В возрасте старше года шанс развития запора среди детей матерей с низкой степенью надежной привязанности был статистически значимо выше в 2,8 раз по сравнению с детьми матерей со средней степенью надежной привязанности ($p < 0,05$). Высокая степень избегающего типа ненадежной привязанности матери статистически значимо повышала шанс развития запора у ее ребенка в 4,87 раз соответственно по сравнению с детьми матерей других степеней и типов ненадежной привязанности ($p < 0,05$).

При избегающем типе привязанности характерно игнорирование матерью существующей проблемы, попытки ее решить без посторонней помощи, опасливость, отказ от медикаментозной терапии. В ситуации с запором у ребенка это приводит к более позднему обращению к педиатру, а также к скептическому отношению матери к врачебным рекомендациям.

Учитывая выявленные нарушения привязанности матерей, необходим комплексный подход, включающий помимо педиатрической помощи ребенку еще и психотерапевтическую коррекцию материнской привязанности, что позволит улучшить состояние как ребенка, так и матери.

3.6 Алгоритм наблюдения детей первых 4 лет жизни на амбулаторном этапе

Учитывая выявленную взаимосвязь психоэмоционального состояния матери в период беременности и после родов и частоты развития ФРОП у их детей в первые 4 года жизни, нами был разработан алгоритм наблюдения ребенка в антенатальном и постнатальном периодах развития на амбулаторном этапе с целью ранней профилактики развития ФРОП у детей, а также тревоги и депрессии у их матерей.

Алгоритм наблюдения в антенатальном периоде включает предполагает амбулаторное скрининговое обследование всех матерей в период прегравидарной подготовки и беременности для раннего выявления симптомов тревоги и депрессии.

Алгоритм наблюдения в постнатальном периоде включает в себя следующее: при наличии жалоб матери на повышенное беспокойство в течение дня, сопровождающееся срыгиваниями, метеоризмом, вздутием живота, изменением частоты и консистенции стула целесообразно проведение скринингового анкетирования по опроснику ФРОП, исключение «красных флагов» - состояний, требующих дообследования и уточнения диагноза.

В случае выявления по данным анкетирования ФРОП у ребенка, таких как срыгивания, колики, дисхезия и запор необходимо проводить коррекцию питания ребенка, беседу с мамой об отсутствии показаний к обследованию, возможную терапию по показаниям.

При сохранении симптомов ФРОП у ребенка в динамике на фоне достаточной прибавки массы тела и скорости роста, а также при сохранении у матери тревоги или признаков депрессии, необходимо направление матери к психологу или психиатру для исключения патологической тревоги и депрессии, в случае выявления – проведение психотерапии или медикаментозной коррекции состояния, что позволит улучшить состояние матери и ребенка (Рисунок 4).



Рисунок 4 – Алгоритм наблюдения матери в период беременности и детей раннего возраста на амбулаторном этапе

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью нашей работы была оптимизация диагностики и профилактики функциональных расстройств органов пищеварения у детей раннего возраста на основании выявленных особенностей психоэмоционального состояния их матерей.

Одной из задач исследования была модификация опросника по выявлению ФРОП у детей первых 4 лет жизни и оценка его диагностической чувствительности и специфичности.

Использование опросника по диагностике ФРОП позволяет объективизировать жалобы и имеющиеся симптомы у ребенка и минимизировать диагностические исследования. В настоящее время основным международным согласительным документом по ФРОП являются Римские критерии IV (2016г), на основании которых был разработан опросник Rome IV Diagnostic Questionnaire for Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders-Toddler R4PDQ-toddler. Согласно Римским критериям IV к ФРОП у детей раннего возраста относятся младенческие срыгивания, руминация, синдром циклической рвоты, младенческие колики, функциональная диарея, дисхезия, функциональный запор. Римские критерии IV пересмотра (2016г) предлагают использовать анкетирование родителей как метод диагностики ФРОП у их детей. В России этот опросник не валидирован и на русский язык не был переведен. Мы адаптировали данный опросник, дополнили уточняющими вопросами для выявления возможных «красных флагов» или органической патологии, имеющейся у ребенка (Приложение 1).

Мы провели анкетирование 1426 матерей детей первого года жизни по модифицированному нами опроснику. Критерием включения в исследование было отсутствие у ребенка соматических заболеваний, органической патологии и пороков развития внутренних органов, в том числе желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы.

Анализ частоты каждого из ФРОП у детей проводили в возрастные периоды на первом году жизни в 0-3 месяца (121 ребенок), 3-6 месяцев (191 ребенок), 6-12

месяцев (253 ребенка), у детей старше года в 12-24 месяца (330 детей), 24-36 месяцев (262 ребенка), 36-48 месяцев (269 детей). Доля мальчиков и девочек была 52,7% и 47,3% соответственно. Статистически значимых различий в частоте ФРОП у детей в зависимости от пола выявлено не было, что согласуется с данными литературы [130], поэтому для дальнейшего анализа данных мальчики и девочки были объединены в одну группу.

На первом году жизни по одному ФРОП, таких как срыгивания, руминация, колики, функциональная диарея, дисхезия и запор, было выявлено у 186 (32,9%) детей, а сочетание 2-х и более ФРОП определялось у 65 (11,5%) детей. Таким образом, суммарно частота развития ФРОП у детей первого года жизни составила 44,4% случаев.

В группе детей старше года было выявлено только по одному ФРОП, которые были представлены руминацией, синдромом циклической рвоты, функциональной диареей и запором. Сочетания этих состояний не было обнаружено. ФРОП выявлялись в возрасте 12-24 месяцев у 57 (17,3%) детей, в возрасте 24-36 месяцев у 64 (24,4%) детей, в возрасте 36-48 месяцев у 71 (26,4%) детей. Таким образом, частота развития ФРОП у детей второго года жизни была минимальной и составила 17,7%, однако нарастала по мере взросления ребенка и в возрасте 36-48 месяцев составила 26,4%.

Согласно результатам исследования с участием 320 детей первых 3 лет жизни, доля детей с одним ФРОП составила 27% [137], что согласуется с нашими результатами.

У детей первого года жизни наиболее частым ФРОП были срыгивания, их частота составила в среднем 37,1%, при этом максимальная частота срыгиваний отмечалась в период первых 3 месяцев (61,9%) и уменьшалась по мере роста ребенка, сохраняясь во втором полугодии жизни в 13% случаев, что совпадает с данными мировой литературы – 41-67% случаев [88], а также с данными российских исследователей 47,4-66,6% случаев [3, 15].

При сравнении частоты срыгиваний и типа вскармливания ребенка мы выявили, что частота срыгиваний при естественном и искусственном

вскармливании уменьшалась по мере роста ребенка, в то время как при смешанном вскармливании наоборот нарастала. В возрасте 6-12 месяцев частота срыгиваний на смешанном вскармливании была статистически значимо выше по сравнению с другими типами вскармливания и составила 85,7% ($p < 0,05$). Такая динамика срыгиваний вероятнее всего была обусловлена перекормом детей этой группы на фоне введения прикорма без коррекции объема докорма.

Руминация по данным нашего анкетирования была выявлена только у 1 ребенка в возрасте 6-12 месяцев (0,4%), что ниже частоты выявления по международным данным 1,9% [53].

В то же время, при анализе результатов анкетирования более тысячи матерей детей раннего возраста, проживающих в Италии и Китае, руминация не была выявлена ни у одного ребенка [87, 119]. Такие различающиеся результаты исследований возможно могут быть объяснены сложностью интерпретации симптомов матерью по предлагающимся вопросам анкеты.

Синдром циклической рвоты был выявлен у 2 (0,6%) детей в возрасте 12-24 месяцев, у 1 (0,4%) ребенка в возрасте 24-36 месяцев и у 3 (1,1%) детей в возрасте 36-48 месяцев. Частота синдрома циклической рвоты у детей варьировала от 0,9 до 2,4% случаев по данным различных исследований и возрастает по мере взросления ребенка [90, 96].

Разброс частоты синдрома циклической рвоты по данным различных исследователей, вероятнее всего обусловлен сложностью интерпретации симптомов матерью (как и при руминации), а также недостаточным количеством уточняющих вопросов при анкетировании. По данным Bujarska M, 2025, менее половины детей с синдромом циклической рвоты, диагностированным при очном осмотре, соответствовали Римским критериям IV и критериям NASPGHAN [60].

Колики среди детей первого года жизни были выявлены в 34% случаев. По данным литературы частота колик варьировала от 5 до 47,8% [43, 119]. Максимальная частота была в первые 3 месяца жизни и составила 49,6%. По нашим данным частота колик была выше среди детей, находящихся на искусственном вскармливании, однако статистически значимых различий

выявлено не было, что совпадает с литературными данными [79]. Важно отметить, что и среди детей старше 6 месяцев беспокойство ребенка по типу колик, беспричинный плач сохранялись у каждого пятого ребенка, что могло быть обусловлено незрелостью ферментативных систем, сменой кишечного микробиома на фоне введения прикорма, сопутствующим перекормом, прорезыванием зубов.

Функциональная диарея в нашей выборке из 1426 детей была выявлена у 1 ребенка (0,4%) на первом году жизни, среди детей старше года встречалась в 0,6% случаев. По данным литературы при анкетировании матерей частота функциональной диареи варьировала от полного отсутствия среди 1511 детей от 0 до 48 месяцев, до 3 % случаев у детей первого года жизни [62].

Функциональная дисхезия была выявлена в 9,6% случаев, при этом среди детей первых 3 месяцев жизни дисхезия встречалась у каждого четвертого ребенка (24,8%). По данным зарубежной литературы частота дисхезии широко варьировала от 1,9-20,1% случаев [94]. По результатам российского исследования было показано, что на фоне стимуляции ануса на первом году жизни риск развития запора в последующие 2 года составляет 3,4 ($p < 0,05$) [12].

Запор среди детей первого года встречался с частотой 11,7% случаев. Частота запора нарастала с 5,8% в возрасте 0-3 месяцев до 16,2% случаев во втором полугодии. По литературным данным частота варьировалась от 3 до 27% случаев (Robin SG, Keller C, 2018). При оценке частоты запора по мере взросления ребенка по данным литературы отмечалась схожая тенденция в нарастании частоты запора с 2,6% случаев в 2 месяца, увеличиваясь до 7,5% случаев к 6 месяцев и затем до 14,3% случаев к году [140].

Запор среди детей 12-24 месяцев выявлялся с той же частотой, что и в 6-12 месяцев - в 16,0% случаев, а в возрасте старше 24 месяцев частота увеличивались с 23,3% до 24,9% случаев к 36-48 месяцам жизни. что совпадает с данными литературы (5,8% -32,1%) [140].

Для оценки диагностической чувствительности и специфичности созданного опросника по выявлению ФРОП у детей раннего возраста, мы провели

очный осмотр 218 детей первых 4 лет жизни, матери которых ранее участвовали в анкетировании. Была оценена частота ФРОП у этих детей по результатам расспроса матери, клинического осмотра ребенка, проведены обследования при необходимости.

Дети первого года жизни составили 115 человек, старше года – 103 ребенка. У этих детей были исключены органические заболевания, пороки развития. Мы сравнивали частоту каждого из ФРОП (срыгиваний, колик, дисхезии и запора) в возрасте до года и старше года. Руминация, синдром циклической рвоты и функциональная диарея не были выявлены ни у одного ребенка. Во все возрастные периоды частота диагностирования ФРОП по данным анкетирования была незначительно выше выявленной по данным клинического осмотра. Для определения точности анкетирования мы определяли чувствительность, специфичность, положительную и отрицательную прогностическую значимость каждого из диагностируемых ФРОП, а затем вычисляли среднее значение.

Чувствительность метода колебалась в диапазоне от 91,67% при дисхезии до 100% при срыгиваниях и запоре у детей старше года и в среднем составила 96,1%. Специфичность опросника была в диапазоне от 95% при срыгиваниях до 99% при дисхезии у детей первого года жизни и в среднем составила в среднем 97,2%. Диагностическая эффективность метода анкетирования в среднем составила 96,7%, и отражала способность метода правильно идентифицировать наличие или отсутствие ФРОП у ребенка, чья мать заполнила анкету.

Положительная прогностическая значимость была в диапазоне от 85,7% при коликах и запоре в возрасте старше года до 91,7% при дисхезии. И в среднем составило 88,1%. Отрицательная прогностическая значимость была в диапазоне от 98,9% при коликах до 100% при срыгиваниях и запоре среди детей старше года и в среднем составила 99,4%. Высокий уровень ОПЗ связан с большим количеством перекрестных и уточняющих вопросов, на которые необходимо было ответить матери при анкетировании.

Таким образом, выявленные высокие уровни чувствительности и специфичности (96,1% и 97,2% соответственно), а также положительной и

отрицательной прогностической значимости (88,1%, и 99,4%, соответственно) позволили использовать данный опросник в качестве скринингового метода диагностики ФРОП у детей раннего возраста.

ФРОП, такие как срыгивания, колики, дисхезия и запор являются типичными для детей раннего возраста, чаще всего не требуют медикаментозной терапии, но, в то же время являются самой частой причиной обращения к педиатру и детскому гастроэнтерологу [122].

По результатам эзофагогастродуоденоскопии, проведенной у 420 детей раннего возраста по поводу упорной рвоты с примесью крови и желчи, более половины детей были в возрасте 0-1 мес, в тоже время частота обнаружения аномалий развития ЖКТ в возрасте старше 1 месяца составила 5,6% случаев, а при обследовании детей старше года аномалии развития ЖКТ не были обнаружены [36]. Среди детей, госпитализированных в связи с гастроэзофагеальным рефлюксом, в 48% случаев их матери имели высокую степень депрессии по результатам эдинбургской шкалы депрессии [84].

Причины возникновения ФРОП в настоящее время до конца не изучены. Биопсихосоциальная модель развития ФРОП предполагает, что стрессовые факторы, действующие на ребенка в антенатальный период развития, могут привести к экспрессии определенных генов и при наличии факторов риска привести к возникновению ФРОП в постнатальный период (фетальное программирование) [79, 144]. В связи с этим третьей задачей нашего исследования было определение взаимосвязи между частотой ФРОП у детей раннего возраста и психоэмоциональным состоянием матерей во время беременности.

Выявление женщин с высоким риском развития психоэмоциональных расстройств позволит проводить своевременную профилактику негативного влияния патологических состояний как на самих матерей, так и на их детей.

Для определения психоэмоционального состояния матери в период беременности, 1038 матерей детей первых 4 лет жизни заполняли опросник по ретроспективному выявлению психологического компонента гестационной

доминанты в период беременности [9]. Выделяют 5 типов гестационной доминанты: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

По результатам анализа опросника матери детей первых 4 лет жизни были разделены на 3 группы в зависимости от наличия или отсутствия тревожного и депрессивного компонента. Матери I группы составили 417 (40,2%) матерей с оптимальным, эйфорическим и гипогестогнозическим типами гестационной доминанты, в их ответах отсутствовал тревожный и депрессивный компоненты гестационной доминанты. II группа была представлена 444 (42,8%) матерями, в чьих ответах присутствовал тревожный компонент, но отсутствовал депрессивный компонент гестационной доминанты. III группа состояла из 177 (17,0%) матерей, в ответах которых присутствовал депрессивный компонент гестационной доминанты.

Мы ретроспективно оценили возраст, отношение матерей к зачатию и прошедшей беременности.

Матери с депрессивным компонентом ГД чаще рожали в возрасте 35 лет и старше, но статистически значимых различий в возрасте между группами матерей выявлено не было. Также обращала на себя внимание более низкая частота ответов о запланированной желанной беременности, и более высокая частота ответов о нежеланной беременности (различия статистически значимы по сравнению с другими группами ($p < 0,05$)).

Частота выявляемости депрессивного компонента ГД среди матерей была максимальна в первые 12 месяцев жизни ребенка и составила 22,2% случаев, Вероятность развития колик у детей этих матерей была статистически значимо выше в 1,92 раза по сравнению с детьми матерей, не имеющих депрессивного и тревожного компонентов.

Представлял интерес характер вскармливания детей среди матерей различных групп, в связи с чем мы проанализировали частоту искусственного вскармливания с рождения, а также грудного вскармливания продолжительностью менее 3 месяцев и более 3 месяцев. Дети матерей с

депрессивным компонентом ГД статистически значимо чаще находились на искусственном вскармливании с самого рождения, в то же время дети матерей, не имеющих тревожного и депрессивного компонентов ГД статистически значимо дольше получали грудное молоко по сравнению с детьми матерей с тревожным и депрессивным компонентами ГД.

Среди обследованных матерей, больше, чем у половины матерей с депрессивным компонентом ГД выявлялся гипогестогнозически-депрессивный тип, т.е. вместе с негативными мыслями о периоде беременности отмечалось и ее игнорирование. Это вероятнее всего было связано с гормональным фоном матери и развитием послеродовой депрессии или бэби-блюза в первые месяцы после родов, когда прошедшие события оцениваются в негативном свете. В нашем исследовании доля матерей с депрессивным компонентом ГД по мере взросления ребенка уменьшалась, и к 24-36 месяцам жизни сохранялась в 13% случаев.

Послеродовая депрессия может купироваться самостоятельно, но может и перерасти в истинную депрессию, сохраняясь в последующие года [45]. Было показано, что депрессия, выявленная в период беременности, сохранялась и после родов в течение 24 месяцев [91].

Матери, в чьих ответах присутствовал тревожный компонент составляли большинство опрошенных, доля их была около 42-43% случаев и эта частота не зависела от возраста ребенка. Срыгивания, колики и дисхезия у детей матерей с тревожным компонентом ГД встречались чаще, вероятность развития ФРОП у этих детей была статистически значимо выше в 2 раза по сравнению с детьми матерей не имеющих тревожного и депрессивного компонентов. Вероятность развития срыгиваний у детей матерей с тревожным компонентом ГД была статистически значимо выше в 1,6 раза, чем в группе детей матерей с депрессивным компонентом ГД.

В возрасте старше года вероятность развития запора у детей матерей с тревожным и депрессивным компонентом ГД был статистически значимо выше в 2 раза по сравнению с детьми матерей I группы. Было показано, что в период беременности женщины с признаками тревоги за состояние будущего ребенка, за

свое будущее и в дальнейшем после рождения ребенка проявляют себя как тревожные матери [37].

Следующим этапом нашей работы была оценка взаимосвязи частоты ФРОП у детей раннего возраста и психоэмоционального состояния матерей после рождения ребенка. Для этой цели мы использовали опросники по выявлению тревоги и депрессии Бека, которые являются золотым стандартом диагностики тревоги и депрессии у взрослых [31]. Мы не использовали Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии, которая рассчитана на оценку состояния женщины в первые несколько месяцев после родов, поскольку наше исследование охватывало 4-х летний период.

В этом этапе исследования приняли участие 388 матерей детей первых 4 лет жизни. Тревога различной степени выраженности была выявлена у 144 матерей (37,1%), признаки депрессии у 191 матери (49,2%). При анализе возраста матери и ее психоэмоционального состояния, были получены следующие результаты. Среди матерей младше 20 лет наблюдалась только легкая степень тревоги и депрессии. С увеличением возраста матери нарастала степень тревоги, высокая степень выявлялась только у матерей старше 30 лет. Депрессия тяжелой степени выявлялась в 2,8-4,8% случаев, не зависела от возраста матери, признаки тяжелой степени депрессии выявлялись уже с 20-летнего возраста.

Наши данные согласуются с результатами проспективного исследования Jacques N и Mesenburg M.A. (2020), в котором было показано, что среди 3040 матерей симптомы глубокой депрессии были выявлены в 3,9% случаев в период беременности, сохранялись в течение 24 месяцев жизни ребенка [91].

С целью изучения взаимосвязи ФРОП и тревоги и депрессии матери, мы разделили детей по возрасту и объединили в группы в зависимости от наличия или отсутствия тревоги и депрессии у матери.

Матери 1 группы составили 165 человек (42,5%) и не имели признаков тревоги и депрессии; 2 группа состояла из 32 матерей (8,2%) с выявленными признаками тревоги, но без признаков депрессии; 3 группа состояла из 98 матерей (25,3%) с выявленными признаками депрессии, но без признаков тревоги; 4

группа состояла из 93 матерей (24%) с одновременно выявленными признаками тревоги и депрессии.

При оценке частоты срыгиваний у детей грудного возраста мы не выявили взаимосвязи с наличием тревоги или депрессии у матери. Это связано с тем, что срыгивания у детей раннего возраста обусловлены анатомо-физиологическими особенностями развития ЖКТ ребенка, его быстрым ростом и созреванием его нервной системы. Выявленное сочетание тревоги и депрессии матери (4 группа) увеличивало частоту развития колик и запора на первом году жизни. Шанс развития колик статистически значимо был выше в 3,8, и 3,66 раза в сравнении с 1 и 2 группами, соответственно ($p < 0,001$ и $p = 0,015$, соответственно). Шанс развития запоров повышался в 5,0 раз в сравнении с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии.

По данным Türkmen H и Akin B (2022), среди 380 детей первого года жизни частота колик составила 28% случаев; среди матерей детей, страдающих коликами, показатели депрессии, тревожности и стресса были статистически значимо выше по сравнению с матерями детей без колик ($p < 0,05$) [136].

Выявленная изолированная тревога матери статистически значимо увеличивала шанс развития дисхезии в 6,4 раза в сравнении с детьми матерей 1 группы ($p = 0,022$). В возрасте старше года сочетание тревоги и депрессии статистически значимо увеличивало шанс развития запора в 5,66 раз в сравнении с 1 группой и в 4,1 раза в сравнении с 3 группой ($p < 0,001$ и $p = 0,002$).

Данные мировой литературы и последние исследования подтверждают значимую роль депрессии матери на развитие ребенка (колики, когнитивное развитие) [52], но по нашим данным тревога матери играла также важную роль в развитии, в том числе и в формировании ФРОП у их детей.

Было показано, что матери с признаками тревоги демонстрировали трудности при взаимодействии с ребенком, тактильные, вербальные и невербальные контакты с ним у них были ограничены, и в целом эти матери были менее удовлетворены своим ребенком [37].

Анализ психологического состояния 55 матерей, заполнивших опросник по выявлению ГД, через 12 мес показал, что в группе матерей, где отсутствовали тревожный и депрессивный компоненты ГД (20 матерей), появились 2 матери с признаками тревоги и 5 матерей с признаками депрессии. В группе матерей с тревожным типом ГД (26 матерей) в половине случаев (13 матерей) сохранялись симптомы тревоги, а у 14 матерей появились признаки депрессии. Из 9 матерей с депрессивным компонентом ПКГД, у 7 сохранялись признаки депрессии через 1 год. Наши данные согласуются с данными проспективного исследования, показавшего, что депрессия, выявленная еще в период беременности, сохранялась после родов и могла иметь как непрерывное, так и рецидивирующее течение [91].

Анализ частоты ФРОП у детей этих матерей показал, что спустя год у 19 из 55 детей появились признаки запора. Симптомы запора среди детей матерей без признаков тревоги и депрессии появились у 2 (10%) детей, среди детей матерей с признаками тревоги – у 9 (34,6%) детей, среди детей матерей с признаками депрессии – у 2 (22,2%) детей.

Следующей задачей нашего исследования было определение взаимосвязи типа привязанности матери и частоты развития ФРОП у их детей. Для оценки типов и степени привязанности мы использовали опросник Чен. Мы определяли надежность и ненадежность привязанности, а также типы привязанности – тревожный избегающий и смешанный. Степень надежности привязанности не влияла на частоту развития ФРОП. Высокая степень тревожного типа привязанности повышала вероятность развития срыгиваний и колик более чем в 8 раз. При этом высокая степень избегающего типа привязанности повышала вероятность развития запора в 9,5 раз по сравнению с детьми матерей со смешанным типом ненадежной привязанности на первом году жизни. Среди детей старше года избегающий тип привязанности матери повышал вероятность развития запора в 4,87 раз.

Выявленная взаимосвязь запора у ребенка и избегающего типа привязанности его матери, может быть обусловлена характерным для этого типа привязанности отрицанием существующей проблемы у ребенка, избеганием

предлагаемой помощи, скептическому отношению матери к рекомендациям врача и отказом от медикаментозной терапии. Для такого типа привязанности характерно отстранение в тот момент, когда необходима активная вовлеченность в ситуацию. При запоре у ребенка это приводит к более позднему обращению к педиатру, не выполнению рекомендаций специалиста и, как следствие, хронизации заболевания.

Наши данные в целом сопоставимы с современными исследованиями по изучению взаимосвязи типа привязанности матерей и ФРОП у их детей с применением анкетирования в пре и постнатальном периоде [61, 136, 131].

В исследовании Çak NT и Karabekiroğlu K (2015) было показано, что среди 245 матерей детей первого года жизни признаки послеродовой депрессии определялись в 25% случаев, при этом отмечалась взаимосвязь степени выраженности депрессии, ненадежного типа привязанности матерей и частотой колик у их детей [61].

По данным Türkmen H и Akın B (2022) при изучении показателей психического здоровья 380 матерей детей первого года жизни было выявлено, что по мере нарастания депрессии у матерей, уровень их материнской привязанности снижался ($p < 0,05$), однако статистически значимых различий между частотой колик и степенью привязанности матери выявлено не было [136].

В исследовании Støve L и Ertmann R (2025) изучалось влияние пренатальной привязанности матери на выраженность плача ребенка в возрасте 2 месяцев жизни. Было выявлено, что низкая степень привязанности матерей в 3м триместре повышала риск развития депрессии в послеродовой период и длительность плача у их детей в возрасте 8 недель [131]. Существует взаимосвязь между поведением матери в период беременности и наблюдаемым отношением к ребенку после рождения. У тревожных матерей в период беременности, родов и в послеродовой период чаще отмечаются эмоциональные проблемы и нарушения в диаде мать–дети, дети плачут громче и дольше [52].

Таким образом, учитывая наши результаты, с целью профилактики ФРОП необходимо еще в период беременности проводить диагностику и коррекцию

психологического состояния матери, консультации психолога. Функциональные расстройства органов пищеварения в раннем возрасте являются самой частой причиной обращения к педиатру или детскому гастроэнтерологу. С одной стороны, данные расстройства не связаны с угрозой жизни ребенка, с другой стороны – заставляют матерей неоправданно тревожиться и переживать. Несмотря на традиционное отношение педиатров к ФРОП как к временным расстройствам и состояниям, мать с симптомами тревоги продолжает поиск причин ФРОП, что приводит к усилению тревожного состояния, консультациям других педиатров и узких специалистов, дополнительным неоправданным назначениям. Ненужные дополнительные обследования быстро развивающегося ребенка первого года жизни могут привести к выявлению изменений по данным лабораторного или инструментального обследования (что естественно в данном возрасте), полипрагмазии и усилению тревоги матери за состояние ребенка. В результате у такой матери формируется чувство вины за свои действия, приводящее к депрессивному состоянию.

В послеродовом периоде и в первый год жизни ребенка врачом, с которым наиболее часто контактирует мать, является врач-педиатр. При наличии жалоб матери на состояние ребенка, таких как повышенное беспокойство в течение дня, срыгивания, изменение частоты и консистенции стула, врачу педиатру важно быть уверенным, что отсутствуют «красные флаги», и это именно функциональное расстройство, которое не несет ребенку угрозы жизни, но в то же время, оно не требует дополнительного дообследования. Анкетирование матери в такой ситуации является важным наглядным инструментом диагностики ФРОП как для педиатра, так и для матери. В то же время, при выявлении ФРОП педиатром, необходимо направить мать к психологу для исключения патологической тревоги и депрессии, в случае выявления – проведение психотерапии или медикаментозной коррекции состояния, что позволит улучшить состояние ребенка и психоэмоциональное состояние матери.

ВЫВОДЫ

1. Модифицирован и применен в амбулаторной практике опросник по выявлению ФРОП у детей первых 4 лет жизни. Чувствительность опросника составила 96,1%, специфичность 97,2%, положительная и отрицательная прогностическая значимость - 88,1%, и 99,4%, соответственно.

2. По результатам анкетирования матерей частота ФРОП у детей первого года жизни выявлялась в 44,4% случаев; частота срыгиваний, колик, дисхезии и запора составила 37,2%, 34%, 9,5% и 11,7% случаев соответственно. У детей старше года ФРОП выявлялись в среднем в 22,3% случаев, максимальная частота запора определялась в возрасте 3-4 лет (24,8% случаев).

3. Шанс развития срыгиваний, колик и дисхезии у детей, родившихся у матерей с тревожным компонентом гестационной доминанты был статистически значимо выше в 2,0; 2,2; 2,7 раза соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с детьми матерей без тревожного или депрессивного компонента гестационной доминанты. Шанс развития колик у детей первого года жизни, а также шанс развития запора в возрасте старше года у детей матерей с тревожным и депрессивным компонентами гестационной доминанты был статистически значимо выше в 2,2 и 1,9; 2,1 и 2,2 раза соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с детьми матерей без тревожного или депрессивного компонента гестационной доминанты.

4. Среди детей первого года жизни частота срыгиваний не зависела ни от тревоги, ни от депрессии матери на момент анкетирования, однако у детей матерей с высокой степенью тревожной привязанности вероятность развития срыгиваний была статистически значимо выше в 8,2 раза, чем у детей матерей с низкой степенью тревожной привязанности ($p < 0,05$).

5. Дети первого года жизни у матерей с сочетанием признаков тревоги и депрессии страдали коликами и запорами чаще, шанс развития колик и запора у них был статистически значимо выше в 3,8 и 5,0 раза соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии. Вероятность развития запора среди детей матерей с избегающим типом ненадежной

привязанности была статистически значимо выше в 9,5 раз по сравнению с детьми матерей со смешанным типом ненадежной привязанности ($p < 0,05$).

6. Среди детей старше года шанс развития запора при сочетании признаков тревоги и депрессии у их матерей статистически значимо повышался в 5,6 раза ($p < 0,05$) по сравнению с детьми матерей без признаков тревоги и депрессии. Шанс развития запора у детей матерей с высокой степенью ненадежной привязанности, преимущественно с избегающим типом был статистически значимо выше в 4,9 раз по сравнению с детьми матерей других степеней и типов ненадежной привязанности ($p < 0,05$).

7. Алгоритм наблюдения детей первых 4 лет жизни на амбулаторном этапе включает в себя использование опросника по выявлению ФРОП у детей, консультацию матери психологом в антенатальном и постнатальном периоде жизни ребенка с целью профилактики развития тревоги и депрессии после рождения ребенка.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для раннего выявления и своевременной коррекции ФРОП у детей первых 4 лет жизни показано применение «Опросника для родителей по выявлению функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей в возрасте от 0 месяцев до 3 лет 11 месяцев» в качестве скрининга, который имеет высокие уровни чувствительности и специфичности, отрицательной и положительной прогностической значимости.

2. Учитывая влияние тревожного и депрессивного компонента гестационной доминанты на вероятность развития срыгиваний, колик, дисхезии и запора у детей первых 4 лет жизни, всем беременным женщинам показана консультация психолога с целью профилактики развития ФРОП у детей.

3. Учитывая, что после рождения ребенка у матерей с тревожным и депрессивным компонентами гестационной доминанты имелся высокий относительный риск развития тревоги и депрессии, матерям детей первых 4 лет жизни показана скрининговая консультация психолога.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Учитывая, что ФРОП у детей первых 4 лет жизни являются одной из самых частых причин обращения к педиатру и детскому гастроэнтерологу, взаимосвязаны с психологическим состоянием матери в период беременности и после родов, и в то же время вызывают повышенное беспокойство родителей, перспективными представляются следующие направления научных исследований:

1. Необходимо продолжить изучение возможных причин и предрасполагающих факторов развития ФРОП у детей первых 4 лет жизни, что позволит совершенствовать подходы к терапии данных состояний.

2. Необходимо внедрять анкетирование как скрининговый метод сбора информации в рутинную практику педиатра и детского гастроэнтеролога, разрабатывать и совершенствовать комплексный подход терапии ФРОП у детей первых 4 лет жизни, включающий не только медикаментозную коррекцию, но и направление матери к психологу для уточнения и коррекции ее психоэмоционального статуса.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГД – гестационная доминанта

ДИ – доверительный интервал

ЖКТ – желудочно – кишечный тракт

НСГ – нейросонография

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ОПЗ – отрицательная прогностическая значимость

ОШ – отношение шансов

ПКГД – психологический компонент гестационной доминанты

ППЗ – положительная прогностическая значимость

ТОБ – тест отношения беременной

ТОБ (p) – ретроспективный тест отношения беременной

УЗИ ОБП – ультразвуковое исследование органов брюшной полости

УЗИ ТБС – ультразвуковое исследование тазобедренных суставов

ФРОП – функциональные расстройства органов пищеварения

ЦНС – центральная нервная система

ЭХО-КГ - эхокардиография

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Басина, Р.М. Связь пищевого поведения младенцев с развитием детско-материнских отношений и уровнем тревоги и депрессии матерей / Р.М. Басина, Е.И. Палаус, К.М. Махаури [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2020. – Т. 18, №3. – С. 99-110.
2. Бельмер С.В., Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. / С.В. Бельмер, Г.В. Волынец, А.В. Горелов [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, №1. – С. 1-64
3. Бирюкова, А.Ю. Особенности питания детей при функциональных расстройствах желудочно-кишечного тракта. / А.Ю. Бирюкова, Т.С. Волкотруб // Инновационные аспекты развития науки и техники. – 2021. – №9 .
4. Боулби, Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. / Д. Боулби. – М.: Канон плюс, 2023. – 272с.
5. Буцкая, Т.В. Использование электронной версии рекомендаций по питанию и специализированного продукта для кормящих женщин в комплексе мер по поддержке лактации. / Т.В. Буцкая, А.П. Фисенко, Д.С. Ясаков [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 234 – 241.
6. Буцкая, Т.В. Персонализированный подход к ведению детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и аллергией на белки коровьего молока на грудном вскармливании. Роль рекомендаций по питанию кормящей матери / Т.В. Буцкая, С.Г. Макарова, Д.С. Ясаков [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2023. – Т.26, №5 – С. 306 – 313.
7. Грязнова, Е.И. Психоэмоциональное состояние во время беременности и после родов у матерей детей 1-го года жизни с функциональными расстройствами органов пищеварения. / Е.И. Грязнова, М.И. Дубровская, А.И. Турчинская [и др.] // Consilium Medicum. – 2023. – Т.25, №12 – С. 828 – 833.
8. Добряков, И.В. Перинатальная психология. / И.В. Добряков – СПб.: Питер, 2010. – 272с.

9. Добряков, И.В. Разработка и валидизация методики определения особенностей психологического компонента гестационной доминанты. / И.В. Добряков // Психологическое здоровье. – 2011. – №7 – С. 42 – 47.
10. Дубровская, М. И. Современное состояние проблемы функциональных расстройств пищеварительного тракта у детей раннего возраста. / М.И. Дубровская // Вопросы современной педиатрии – 2013. – Т.12, №4. – С. 26 – 31.
11. Жданова, С. И. Немедикаментозная терапия младенческих колик / С.И. Жданова, Д.М. Мустафина-Бредихина, А.В. Левадная [и др.]. // Медицинский совет – 2021. – №17 - С. 40 – 46.
12. Захарова, И.Н. Функциональные запоры у детей: педиатру на заметку. / И.Н. Захарова // Педиатрия. Consilium Medicum. – 2022. – №1 – С. 84 – 89.
13. Захарова, И.Н. Хронические диареи в практике педиатра: современные подходы к диагностике / И.Н. Захарова, Ю.А. Дмитриева // Вопросы современной педиатрии – 2011. – Т.10, №6. – С.162 – 165.
14. Захарова, И. Н. Функциональный запор у детей и пробиотики. / И.Н. Захарова, И.В. Бережная, В.Д. Чурилова. // Педиатрия. Consilium Medicum – 2024. – №4 – С. 396 – 402.
15. Казюкова, Т.В. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста: современный взгляд на механизмы развития и возможности терапии. / Т.В. Казюкова, В.К. Котлуков // Русский медицинский журнал. – 2018 – №9 – С. 33-38.
16. Каннер. Е. В. Младенческие колики: от теории к практике. / Е.В. Каннер. М.Л. Максимов, И.Д. Каннер // Медицинский совет. – 2022 – Т.16, №1 – С. 115 – 120.
17. Козловская, Г.В. Теоретические и практические подходы к организации психопрофилактической работы с детским населением первых лет жизни. // Г.В. Козловская, Л.Ф. Кремнева, М.А. Калинина. // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. – 2020 – Т.3, №22 – С. 126 – 131.

18. Комарова, Е. В. Дифференцированные подходы к немедикаментозной терапии запоров у детей. / Е.В. Комарова // Практика педиатра. — 2012. — №2 — С. 44–49.
19. Крутихина, С.Б. Колики у младенцев: современные подходы к ведению пациентов / С.Б. Крутихина, Е.А. Яблокова, М.А. Кудряшова [и др.]. // Лечащий Врач. — 2021. — Т.6, №24 — С. 18 – 20.
20. Мазо, Г.Э. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии. / Г.Э. Мазо, Л.И. Вассерман, М.В. Шаманина. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2012. — №2 — С. 41 – 50.
21. Мартынова, Т.А. Характеристика локального иммунитета и микробиоты кишечника у детей грудного возраста при разных видах вскармливания. / Т.А. Мартынова, Т.В. Бородулина, Н.Е. Санникова // Вопросы детской диетологии. — 2025. — Т.23, №1 — С. 14–22.
22. Нетребенко, О.К. Кишечная микробиота и мозг: обоюдное влияние и взаимодействие / О. К. Нетребенко // Педиатрия. — 2015. — № 94 (6). — С. 134–140.
23. Нижевич, А.А. Запор и мультиморбидная патология: взгляд педиатра/ А.А. Нижевич, Д.С. Валеева, В.В. Логиновская // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. — 2024. — Т.7, №3 — С. 71-78
24. Носкова, О. В. Особенности репродуктивной мотивации и эмоционального состояния беременных женщин / О.В. Носкова, А.В. Чурилов, Г.В. Былым // Мать и дитя в Кузбассе. — 2024. — Т.1, №96 — С. 40 – 44.
25. Паскарь С.С., Калугина А.С. Современные тенденции позднего материнства. / С.С. Паскарь, А.С. Калугина // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2018 — Т.18, №3 — С. 9-12.
26. Пахомовская, Н. Л. Функциональные запоры у детей. / Н.Л. Пахомовская, О.Ф.Татьянина, Т.Ю. Лазарева. // Медицинский совет — 2022 — Т.16, №.1 — С.106 – 113.
27. Ревякина, В. А. Пищевая аллергия к белкам коровьего молока и мясу. / В.А. Ревякина, В.А. Мухортых, И.А. Ларькова [и др.]. // Российский педиатрический журнал. — 2023 — Т.26, №.5 — С. 368 – 375.

28. Середкина, Е.А. Репродуктивное поведение населения России в 2023г. / Е.А. Середкина, А.О. Макаренцева // - Москва - 2023г - 31стр.
29. Старостина, Л.С. Особенности функционирования пищеварительной системы у детей раннего возраста: коррекция наиболее частых расстройств / Л.С. Старостина, Е.А. Яблокова // Русский медицинский журнал – 2017. – №19 – С. 1335–1340
30. Таранушенко, Т.Е. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста: акцент на младенческие колики. / Т.Е. Таранушенко // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. – 2024 – Т.7, №44 – С. 349 – 354.
31. Тревожно-фобические расстройства у взрослых. Клинические рекомендации МЗ РФ – 2021.
32. Файзуллина, Р.А. Функциональные запоры у детей: современный взгляд на проблему. / Р.А. Файзуллина, С.Ф. Ишкина, У.О. Фомина [и др.]. // Вопросы детской диетологии. – 2025. – Т.23, №3 – С. 38–45.
33. Хавкин, А.И. Младенческие колики: грани проблемы. / А.И. Хавкин, Д.М. Магамедова, В.П. Новикова // Вопросы детской диетологии. - 2024. - Т.22, №2 - С. 60–72.
34. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. - Ленинград. - 1976. - 18 с.
35. Холодова, И.Н. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей: возможна ли их коррекция при использовании детских молочных смесей? / И.Н. Холодова, Е.С. Киселева. // Вопросы практической педиатрии. – 2022 – Т.17, №1 – С.157–166.
36. Шатская, Е.Е. Клинико-морфологическая характеристика эзофагогастродуоденитов у новорожденных детей / Е.Е. Шатская, А.В. Дмитриев, П.А. Чумаченко// Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2003. – № 1–2 – С.11–15.
37. Щукина, Е. И. Развитие материнского поведения при повышенной тревоге во время беременности / Е.И. Щукина, А.А. Макарова, Г.Н. Чумакова //

Экология человека. – 2006. – №7. – С. 47-53.

38. Эрдес, С.И. Эпизодические и хронические запоры у детей: пошаговый подход к терапии в рамках IV Римских критериев. / С.И. Эрдес, Б.О. Мацукатова, А.С. Антишин. // Педиатрия. Consilium Medicum – 2019 – №1 – С. 71-76.

39. Adouard, F. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. / Adouard F, NMC Glangeaud-Freudenthal, B Golse. // Arch Women Ment Health – 2005 – Vol.8, №2 – P.89-95

40. Al Khashram, N. Exploring Community Perspectives on Functional Paediatric Habitual Constipation. / N Al Khashram, AA Al Abdulqader, HM Alarfaj, et al. // Int J Environ Res Public Health. – 2024. – Vol.21, №8 P.1017.

41. Al-Beltagi, M. Breaking the cycle: Psychological and social dimensions of pediatric functional gastrointestinal disorders. / M. Al-Beltagi, N.K. Saeed, A.S. Bediwy et al. // World J Clin Pediatr. – 2025. - Vol.14, № 2 – P.103323.

42. Antono, B. Gastroesophageal Reflux in Infants and Children: Diagnosis and Treatment. // B. Antono, A. Dotson. // Am Fam Physician. – 2025. - Vol.111, № 1 – P. 62–72.

43. Aydemir, Y. Screening for functional gastrointestinal disorders in preterm infants up to 12 months of corrected age: a prospective cohort study. / Y. Aydemir, O. Aydemir, M Dinleyici // European journal of pediatrics. – 2024. – Vol.183, № 5 – P. 2091–2099.

44. Baber, K.F. Rome II versus Rome III classification of functional gastrointestinal disorders in pediatric chronic abdominal pain. // K.F. Baber, J. Anderson, M. Puzanovova et al. // J Pediatr Gastroenterol Nutr – 2008. – Vol.47, №3 – P. 299–302.

45. Balaram, K. Postpartum Blues / K. Balaram, R. Marwaha // StatPearls [Internet]. – 2023. - №3, PMID: 32119433.

46. Baldassarre, M.E. Maternal Psychological Factors and Onset of Functional Gastrointestinal Disorders in Offspring: A Prospective Study. // M.E. Baldassarre, L.A. Antonucci, G. Castoro // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2021. - Vol.73 №1 – P. 30-36.

47. Banks, J.B. Infantile Colic. / J.B. Banks, A.S. Rouster, J.Chee // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) – 2023. – №10, PMID: 30085504.
48. Barandouzi, Z.A., Associations of neurotransmitters and the gut microbiome with emotional distress in mixed type of irritable bowel syndrome. / Z.A. Barandouzi, J. Lee, R. Del Carmen // Scientific reports, - 2022. - Vol. 12, №1 – P. 1648.
49. Barberio, B. Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis. / B. Barberio, C. Judge, E.V. Savarino et al. // Lancet Gastroenterol Hepatol. – 2021. - Vol.6, №8 – P. 638– 648.
50. Barnett, D. Why do babies cry? Exploring the role of the gut microbiota in infantile colic, constipation, and cramps in the KOALA birth cohort study. / D. Barnett, C. Thijs, M. Mommers, et al. // Gut Microbes. – 2025. - Vol.17, №1 – P. 2485326.
51. Barry, E. S. Maternal depressive symptoms and mother-infant cosleeping (including room sharing and bedsharing): a systematic review. / E.S. Barry, L. D'Souza // Journal of clinical sleep medicine: official publication of the American Academy of Sleep Medicine – 2024. - Vol.20, №9 – P. 1517–1533.
52. Bekem, Ö. Interaction of functional gastrointestinal disorders with postpartum conditions related to mother and baby. // Ö Bekem, İ Günay, F Çelik, et al. // Turk J Pediatr. – 2021. - Vol.63, №3 P:461-470.
53. Benninga, M.A. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. / M.A. Benninga, C. Faure, P.E. Hyman, et al. // Gastroenterology Advance online publication.– 2016 – S0016-5085(16)00182-7.
54. Beser, O.F. The frequency of and factors affecting functional gastrointestinal disorders in infants that presented to tertiary care hospitals. / O.F. Beser, F. Cullu Cokugras, G. Dogan, et al. // Eur J Pediatr. – 2021 - Vol.180, №8 P:2443-2452.
55. Bloem, M.N. Prevalence of functional defecation disorders in European children: A systematic review and meta-analysis. / M.N. Bloem, D.F. Baaleman, N. Thapar, et al. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2025 – Vol.80, №4 – P.580-597.
56. Boehm, G. Bile acid concentrations in serum and duodenal aspirates of healthy preterm infants: Effects of gestational and postnatal age. / G. Boehm, W Braun, G Moro, et al. // Biol Neonate. – 1997 - №71 – P. 207–214.

57. Bolten, M. Infant psychiatric disorders / M. Bolten // Eur Child Adolesc Psychiatry. – 2013 - №22: P.69–74.
58. Brockington, I. Emotional rejection of the infant: status of the concept. / I. Brockington, // Psychopathology. – 2016 - Vol.49, №4, P.247–260.
59. Budzyn, C, Analysis of motherhood constellation among adolescent mothers with and without depressive symptoms. / C. Budzyn, G. Frizzo, D. Levandowski. // Psicologia: Teoria e Pesquisa. – 2023 - №39.
60. Bujarska, M. Diagnostic characteristics of pediatric cyclic vomiting syndrome. / M. Bujarska, G. Bora, BUK Li, et al. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2025. – Vol.80, №3 – P. 417 – 425.
61. Çak, H.T. Relationship between psychiatric symptoms in expectant parents and postpartum depression and infantile colic: A multicenter follow-up study. / H.T. Çak, K. Karabekiroğlu, E. Çengel Kültür, et al. // Turk Psikiyatr Derg – 2015. – Vol.26 №2 - P. 87–98.
62. Campeotto, F. Functional Gastrointestinal Disorders in Outpatients Aged up to 12 Months: A French Non-Interventional Study. / F. Campeotto, M. O. Barbaza, V. Hospital. //International journal of environmental research and public health. – 2020. – Vol.17, №11 – P.4031.
63. Canivet, C.A. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. / C.A. Canivet, P.O. Ostergren, A.S. Rosén, et al. // Scand J Public Health. – 2005. – Vol.33№1 – P. 26 – 34.
64. Catassi, G. The Role of Diet and Nutritional Interventions for the Infant Gut Microbiome. / G. Catassi, M. Aloï, V. Giorgio, et al. // Nutrients. – 2024. - Vol.16, №3 – P.400.
65. Chang, C. H. Prevalence and incidence of cyclic vomiting syndrome in Japan: A study using Japanese claims data. / C.H. Chang, T.Hikita, N. Takabayashi. // PloS one – 2022 – Vol.17 №12, e0279502.
66. Chen, A. The Attachment Theory Workbook: Powerful Tools to Promote Understanding, Increase Stability, and Build Lasting Relationship. / A. Chen – 2019 – P.192.

67. Chessick, C.A.. Screening for bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. C.A. Chessick, S. Dimidjian // Archives of Women's Mental Health. – 2010. - №13, P.233–248.
68. Chin, B.N. Attachment Orientation and Preferences for Partners' Emotional Responses in Stressful and Positive Situations. / B.N. Chin, L. Kim, S.M. Parsons, et al. // Behav Sci (Basel). – 2024. – Vol.14, №1 - P.77.
69. Christensen, D. Psychiatric Disorders of Obstetrical Patients: A Paradigm for Risk Assessment and Collaborative Management. / D. Christensen, D. Sheehan, M. Monson, et al. // Open Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2025. - №15, P. 394–407.
70. Christl, B. The mental health of mothers of unsettled infants: is there value in routine psychosocial assessment in this context? / B. Christl, N. Reilly, M. Smith, et al. // Arch Women Ment Health. – 2013. – Vol.16, №5 – P. 391-9
71. Cianferoni, A. Food allergy: review, classification and diagnosis. / A. Cianferoni, J.M. Spergel. // Allergol Int. – 2009. – Vol.58, №4 – P.457–66.
72. Condon, J.T. The assessment of depression in the postnatal period: a comparison of four self-report questionnaires. / J.T. Condon, C.J. Corkindale // Aus NZ J Psychiatry. – 1997. – №31, p. 353–359
73. Dahlen, H.G. Characteristics and co-admissions of mothers and babies admitted to residential parenting services in the year following birth in NSW: a linked population data study (2000-2012). / H.G. Dahlen, V. Schmied, C. Fowler et al. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2022. - Vol.22, №1 – P.428.
74. Darma, A. Lactose Intolerance versus Cow's Milk Allergy in Infants: A Clinical Dilemma. / A. Darma, K.R. Sumitro, J. Jo // Nutrients. – 2024. – Vol.16, №3 – P.414.
75. Drossman, D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV / D.A. Drossman // Gastroenterology. – 2016. S0016-5085(16)00223-7.
76. Farnam, A. Functional constipation in children: does maternal personality matter? / A. Farnam, M. Rafeey, S. Farhang, et al. // Ital J Pediatr – 2009. – Vol. 35, №1

77. Feldman, R. Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. / R. Feldman, I. Gordon, I. Schneiderman, et al. // *Psychoneuroendocrinology*. – 2010. – Vol.35, №8 – P.1133–1141.
78. Foster, J.A. Gut-brain axis: how the microbiome influences anxiety and depression. / J.A. Foster, McVey, K-A. Neufeld. // *Trends Neurosci*. – 2013. – Vol.36, №5 – P. 305–12.
79. Garnacho-Garnacho, V.E. Maternal Psychological Well-Being as a Protector in Infantile Colic. / V.E. Garnacho-Garnacho, E.S. Rodríguez-López, Á. Oliva-Pascual-Vaca, et al. // *Nutrients*. – 2024. – Vol.16, №14 – P.2342.
80. Giorgio, V. Psycho-gastroenterological profile of an Italian population of children with disorders of gut-brain interaction: A case-control study. / V. Giorgio, I. Venezia, L. Pensabene, et al. // *World journal of clinical pediatrics*. – 2025. – Vol. 14, №1, P.97543
81. Göbel, A. Psychometric properties of the Maternal Postnatal Attachment Scale and the Postpartum Bonding Questionnaire in three German samples. / A. Göbel, L. Lüersen, E. Asselmann, et al. // *BMC Pregnancy Childbirth*. - 2024. – Vol.24, №1 – P.789
82. Hamilton, M. A. Rating scale for depression. / M.A. Hamilton // *Journal Of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*. — 1960. — Vol. 23, №1 – P. 56—62
83. Happy Tummy Consortium. Infant feeding practice and gastrointestinal tolerance: a real-world, multi-country, cross-sectional observational study. / Happy Tummy Consortium, L. Lavalley, N. Sauvageot // *BMC pediatrics* – 2022. – Vol.22, №1, P.714.
84. Harris, M.J. Maternal postnatal depression and infant gastro-oesophageal reflux. / M.J. Harris, T.D. Bohane // *J Paediatr Child Health*. – 1994 – Vol.30, №1 – P.80-0
85. Hojsak, I. Probiotics in Functional Gastrointestinal Disorders. / I. Hojsak // *Adv Exp Med Biol*. – 2024. – №1449 – P.157-174.

86. Howard, C.R. Parental responses to infant crying and colic: the effect on breastfeeding duration. / C.R. Howard, N. Lanphear, B.P. Lanphear, et al. // *Breastfeed Med.* – 2006. – Vol.1, №3 – p.146–155.
87. Huang, H. A population-based study on prevalence and predisposing risk factors of infant functional gastrointestinal disorders in a single center in Southern Fujian. / H. Huang, C. Wang, W. Lin, et al. // *Front Pediatr.* – 2022. - №10
88. Hyams, J.S., Functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. / J.S. Hyams, S. Di Lorenzo, M. Saps, et al. // *Gastroenterol* – 2016. - №150 – P.1456—1468.
89. Indrio, F. Prevention of functional gastrointestinal disorders in neonates: clinical and socioeconomic impact. / F. Indrio, A. Di Mauro, G. Riezzo, et al. // *Benef Microbes.* – 2015. – Vol.6, №2 – P.195-8.
90. Isoldi, S. Cyclic vomiting syndrome in children: a nationwide survey of current practice on behalf of the Italian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (SIGENP) and Italian Society of Pediatric Neurology (SINP). / S. Isoldi, G. Di Nardo, S. Mallardo, et al. // *Ital J Pediatr.* – 2022. – Vol.48, №1 – P.156.
91. Jacques, N. Trajectories of maternal depressive symptoms from the antenatal period to 24-months postnatal follow-up: findings from the 2015 Pelotas birth cohort. / N. Jacques, M. A. Mesenburg, A. Matijasevich, et al. // *BMC psychiatry,* - 2020 – Vol.20 №1 – P.233.
92. Jiménez, E. Is meconium from healthy newborns actually sterile? / E. Jiménez, M.L. Marín, R. Martín, et al. // *Res Microbiol.* – 2008. - №159 – P.187–193.
93. Jones, K. A. Interventions from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post-traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment./ K.A. Jones, I. Freijah, S.E. Brennan, et al. // *The Cochrane database of systematic reviews* – 2023 – Vol.5, №5 - CD014874.
94. Kadim, M. Prevalence, Risk Factors, and Pediatrician Awareness of Infant Dyschezia in Indonesia. / M. Kadim, U.M. Putri, H. Gunardi, et al. // *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* – 2023. – Vol.26, №2 – P.116-126.
95. Kitamura, T. Temporal variation of validity of self-rating questionnaires:

repeated use of the general health questionnaire and Zung's self-rating depression scale among women during antenatal and postnatal periods. / Kitamura T., Shima S., Sugawara M., et al. // *Acta Psychiatr Scand*, – 1994 – №20, P. 446–450

96. Kovacic, K. Cyclic vomiting syndrome: A narrative review and guide to management. / K. Kovacic, BUK Li. // *Headache*. – 2021. – Vol.61, №2 – P. 231-243.

97. Levy, R.L. Protocol for a randomized controlled trial of an internet-based prevention intervention for young children at-risk for functional abdominal pain. / R.L. Levy, T.B. Murphy, M.A. van Tilburg, et.al. // *Trials* – 2024. – Vol.25, №1 – P.549.

98. Lothe, L. Motilin, vasoactive intestinal peptide and gastrin in infantile colic. / L. Lothe, S.A. Ivarsson, T. Lindberg // *Acta Paediatr Scand*. – 1987. – Vol.76 №2 – P.316-20

99. Massoudi, P. Women's experiences of psychological treatment and psychosocial interventions for postpartum depression: a qualitative systematic review and meta-synthesis. / P. Massoudi, L.A. Strömwall, J. Åhlen, et al. // *BMC women's health*. – 2023 – Vol.23, №1 – P.604.

100. McMahon, C. Postnatal depression, anxiety and unsettled infant behaviour. / C. McMahon, B. Barnett, N. Kowalenko. // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2001. – Vol.35 №5 – P.581-8.

101. Meesters, C. The Children Somatization Inventory: further evidence for its reliability and validity in a pediatric and community sample of Dutch children and adolescents. / C. Meesters, P. Muris, A. Ghys, et al. // *J Pediatr Psychol*. – 2003. - №28 – P.413–422.

102. Mohr, C. Temporal Patterns of Infant Regulatory Behaviors in Relation to Maternal Mood and Soothing Strategies / C. Mohr, M.H. Gross-Hemmi, A.H. Meyer et al. // *Child Psychiatry Hum Dev*. – 2019. – Vol.50, №4 – P. 566 – 579.

103. Montgomery, S.A. New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. / S.A. Montgomery, M.A. Åsberg // *British Journal of Psychiatry*. – 1979. – Vol.134, №4 – P.382-389.

104. Muhandi, L. Early-Life Gut Health Indicators and Reported Prevalence of Infant Functional Constipation by Healthcare Professionals. / L. Muhandi, DJM Delsing,

I. Zakharova, et al. // *Nutrients*. – 2023 - Vol.15, №2, P.298.

105. Muhardi, L. A Narrative Review on the Update in the Prevalence of Infantile Colic, Regurgitation, and Constipation in Young Children: Implications of the ROME IV Criteria. / L. Muhardi, M. M. Aw, M. Hasosah, et al. // *Frontiers in pediatrics*. – 2022 – № 9, P. 778747.

106. Muñoz, R.F.. Leading the charge toward a world without depression: perinatal depression can be prevented. / R.F. Muñoz, H.N. Le, A.Z. Barrera. // *Arch Womens Ment Health*. – 2021. – Vol.24 № 5 – P. 807-815.

107. Noviello, C. Can Infant Dyschezia Be a Suspect of Rectosigmoid Redundancy? / C. Noviello, S. Nobile, M. Romano, et al. // *Children (Basel)*. – 2022 – Vol.9, №7, P.1097.

108. O'Mahony, S. Maternal separation as a model of brain-gut axis dysfunction. / S. O'Mahony, N. Hyland, T. Dinan, et al. // *Psychopharmacology*. – 2011. - №214 – P.71–88.

109. Palmer, C. Development of the human infant intestinal microbiota. / C. Palmer, E.M. Bik, D.B. DiGiulio, et al. // *PLoS Biol*. – 2007 – №5 – P.177.

110. Palmer Molina, A. Implementation of the "Healthy Moms, Healthy Kids" Program in Head Start: An Application of the RE-AIM QuEST Framework Centering Equity. / A. Palmer Molina, L. Palinkas, Y. Hernandez, et al. // *Administration and policy in mental health*. - 2024. – Vol.51, №1 – P.69–84.

111. Panza, R. Infantile Functional Gastrointestinal Disorders and Maternal Psychological Status: A Narrative Review. / R. Panza, M.E. Baldassarre, A. Di Mauro, et al. // *Curr Pediatr Rev*. – 2021. – Vol.17, №2 – P.111-119.

112. Petzoldt, J. Maternal anxiety versus depressive disorders: specific relations to infants' crying, feeding and sleeping problems / J. Petzoldt, H.U. Wittchen, F. Einsle et al. // *Child Care Health Dev*. – 2016. – Vol.42 №2 – P.231–245

113. Phillips, J. Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. / J. Phillips, M. Charles, L. Sharpe, et al. // *J Affect Disord*. – 2009 – Vol.118, №1-3 – P.101-12.

114. Pomenti, S. Current state of rumination syndrome. / S. Pomenti, D.A.

Katzka. // Dis Esophagus. – 2024 – Vol.37, №9, doi:10.1007/s00405-024-0411-1.

115. Radesky, J.S. Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. / J.S. Radesky, B. Zuckerman, M. Silverstein, et al. // Pediatrics. – 2013 – Vol.131, №6 – P.1857-64.

116. Ramchandani, P.G. Early Parental and Child Predictors of Recurrent Abdominal Pain at School Age: Results of a Large Population-Based Study. / P.G. Ramchandani, A. Stein, M. Hotopf, et al. // JAACAP. – 2006 – Vol.45, №6, P.729-736

117. Raucci, U. Cyclic Vomiting Syndrome in Children. / U. Raucci, O. Borrelli, G. Di Nardo, et al. // Front Neurol. – 2020 – №11, P.583425.

118. Rautava, S. Microbial contact during pregnancy, intestinal colonization and human disease. / S. Rautava, R. Luoto, S. Salminen, et al. // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2012 - №9 – P.565–576.

119. Robin, S.G. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. / S.G. Robin, C. Keller, R. Zwiener, et al. // The Journal of pediatrics. – 2018 - №195 – P.134–139.

120. Rome IV Book Appendix F. Diagnostic Questionnaires and Tables for Investigators and Clinicians. / Appendix F – 2016 – P.256

121. Rosen, R. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. / R. Rosen, Y. Vandenplas, M. Singendonk, et al. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2018 – Vol.66 №3 – P.516-554.

122. Rouster, A.S. Functional Gastrointestinal Disorders Dominate Pediatric Gastroenterology Outpatient Practice / A.S. Rouster, A.C. Karpinski, D. Silver et al. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2016 - №62 –P.847–851

123. Salvatore, S. Cow's Milk Allergy or Gastroesophageal Reflux Disease-Can We Solve the Dilemma in Infants? / S. Salvatore, M. Agosti, M.E. Baldassarre, et al. // Nutrients. – 2021 – Vol.13, №2, P.297.

124. Sarasu, J.M. Infantile Colic: An Update. / J.M. Sarasu, M. Narang, D. Shah // Indian Pediatr. – 2018 – Vol.55, №11 – P.979-987.

125. Savino, F. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic / F. Savino, E. Castagno, R. Bretto, et al. // *Acta Paediatr Suppl.* – 2005 - Vol.94, №449 – P.129-132.
126. Seino, S. Enhanced auditory brainstem response and parental bonding style in children with gastrointestinal symptoms. / S. Seino, S. Watanabe, N. Ito, et al. // *PLoS One.* – 2012 Vol.7, №3, e32913
127. Shilkin, R. Maternal postnatal depression and infant gastroesophageal reflux. / R. Shilkin // *J Paediatr Child Health* – 1994 – Vol.30, №3, P. 287-8.
128. Skapinakis, P. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* / P. Skapinakis // Dordrecht: Springer Netherlands – 2014 – P. 6261-4
129. Sommermeyer, H. Infantile Colic-The Perspective of German and Polish Pediatricians in 2020. / H. Sommermeyer, H. Krauss, Z. Chęcińska-Maciejewska, et al. // *International journal of environmental research and public health* – 2020. - Vol.17, №19 – P.7011.
130. Sperber, A.D. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. / A.D. Sperber, S.I. Bangdiwala, D.A. Drossman, et al. // *Gastroenterology.* – 2021 – Vol.160, №1 – P.99-114
131. Støve, L.L. Links among maternal antenatal attachment, postnatal depressive symptoms and infant crying: a prospective cohort study. / L.L. Støve, R.K. Ertmann, V.D. Siersma, et al. // *Arch Womens Ment Health.* – 2025 – Vol.28, №4 – P. 927-937
132. Tanrıverdi D.Ç. Colic and sleep outcomes of nonpharmacological intervention in infants with infantile colic: systematic review and metaanalysis. / D.Ç. Tanrıverdi, A.Y. Karaahmet, F.Ş. Bilgiç // *Rev Assoc Med Bras* - 2023 - Vol. 69, №5, :e20230071
133. Tavormina, M. G. M. Depression in Early Childhood. / M. G. M. Tavormina, R. Tavormina // *Psychiatria Danubina,* - 2022 – Vol.34, №8 – P. 64–70.
134. Tran, D.L. Functional constipation in children: What physicians should

know. / D.L. Tran, P. Sintusek // World J Gastroenterol. – 2023 – Vol.29, №8 – P. 1261-1288.

135. Troutman, B.R. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. / B.R. Troutman, C.E. Cutrona // J Ab Psychol. – 1990 - №99 - P. 69–78

136. Türkmen, H. Maternal attachment and mental health status in mothers who have babies with infantile colic. / H. Türkmen, B. Akın, Y.E. Aksoy, et al. // Midwifery. – 2022 - №110:103339.

137. van Tilburg, M.A. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. / M.A. van Tilburg, P.E. Hyman, L. Walker, et al. // The Journal of pediatrics – 2015 - №166 – P.684–689.

138. Vandenplas, Y. The diagnosis and treatment of gastro-oesophageal reflux disease in infants and children. / Y. Vandenplas. // Ann Med. – 1993 – Vol.25 №4 P:323-8.

139. Verkuijl S.J. The Prevalence of Bowel and Bladder Function During Early Childhood: A Population-Based Study. / S.J. Verkuijl, M. Trzpis, P.M.A. Broens. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2023 – Vol.77 №1 – P. 47-54.

140. Wallace, C. Probiotics for treatment of chronic constipation in children. / C. Wallace, V. Sinopoulou, M. Gordon. // The Cochrane database of systematic reviews. – 2022 – Vol.3, №3, CD014257.

141. Xi, L. Gastroesophageal reflux disease in children / L. Xi, K.Y. Wong // Hong Kong Med J. – 2012 - №18 – P. 421

142. Yıldız Karaahmet, A. Probiotics added to maternal nutrition affect infantile colic symptoms and fecal microbiota profile: a single-blind randomized controlled study. / A. Yıldız Karaahmet, G. Dolgun, M. Özen. // Clin Exp Pediatr. – 2022 – Vol.65, №11 – P.547-554.

143. Yonkers, K.A. Treatment of Psychiatric Conditions in Pregnancy Starts With Planning. / K.A. Yonkers // Am J Psychiatry. – 2021 – Vol.178, №3 – P.213-214.

144. Zietlow, A.L. Dyadic Coping and Its Underlying Neuroendocrine Mechanisms - Implications for Stress Regulation. / A.L. Zietlow, M. Eckstein, C. Hernández, et al. // Frontiers in psychology. - 2019 - №9, P.2600.

145. Zietlow, A.L. Study protocol of the COMPARE-Interaction study: the impact of maternal comorbid depression and anxiety disorders in the peripartum period on child development. / A.L. Zietlow, CFJ Woll, N. Nonnenmacher, et al. // BMJ Open. – 2022 – Vol.12, № 1 - e050437.



**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ, ГЕПАТОЛОГОВ И
НУТРИЦИОЛОГОВ**

125412, Москва, ул. Талдомская, д. 2

Тел. (499) 346-78-59

ОПРОСНИК ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

**по выявлению функциональных нарушений желудочно-
кишечного тракта у детей в возрасте от 0 месяцев до 3 лет 11
месяцев***

**(Опросник заполняется законным представителем ребёнка или
медицинским работником).**

**Опросник составлен с учётом рекомендаций ESPGHAN и
адаптирован Е.И. Грязновой, М.И. Дубровской, А.И. Хавкиным*

Уважаемые родители, данная анкета содержит вопросы по особенностям функционирования желудочно-кишечного тракта ребенка. Заполняя анкету, постарайтесь как можно точнее отвечать на вопросы, это поможет поставить верный диагноз и избежать лишнего обследования или же вовремя заметить проблему, требующую дополнительного обследования. Если у Вас возникнут вопросы, Вы можете уточнить их у своего педиатра или гастроэнтеролога.

0.1. Укажите возраст Вашего ребёнка.

_____лет _____месяцев

0.2. В аш ребёнок достаточно прибавляет в весе?

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Не знаю

Раздел 1.

Данный раздел посвящён здоровью детей первого года жизни. Если Ваш ребёнок старше года, сразу переходите к разделу 2

1. У Вашего ребенка были рвота или срыгивания за прошедшие 3 недели?

- ☐ Да
- ☐ Нет (далее вопрос 6)

2. Как часто у Вашего ребенка наблюдаются рвота и(или) срыгивания?

- ☐ 1 раз в день
- ☐ 2 раза в день
- ☐ 3-10 раз в день
- ☐ Более 10 раз в день

3. У Вашего ребенка отмечались какие - либо из этих симптомов? (можно отметить несколько из нижеперечисленного)

- ☐ рвота с примесью крови
- ☐ шумное дыхание
- ☐ позывы к рвоте, приступы тошноты
- ☐ поворот или запрокидывание головы в одну сторону на длительный промежуток времени
- ☐ нарушение глотания
- ☐ проблемы с кормлением
- ☐ ничего из вышеперечисленного не наблюдалось

4. Обращались ли Вы к педиатру с данными жалобами?

- ☐ Да
- ☐ Нет

5. Ваш ребенок здоров, не считая срыгиваний и рвоты?

- ☐ Да
- ☐ Нет. Опишите, пожалуйста, что именно _____

6. За прошедшую неделю Ваш ребенок был беспокойным, капризным, плакал без причины?

☐ Да

☐ Нет (далее вопрос 9)

7. Как долго ежедневно Ваш ребенок беспокоен, капризничает, плачет без причины?

☐ Менее 3 часов в день

☐ 3-6 часов

☐ Более 6 часов

☐ Все время плачет

8. У Вашего ребенка была лихорадка за прошедшую неделю?

☐ Да

☐ Нет

9. Ваш ребенок сильно тужится, плачет перед дефекацией, при этом стул мягкий или жидкий?

☐ Да

☐ Нет (далее раздел 2)

☐ Не знаю (далее раздел 2)

10. Как долго ребенок тужится или плачет перед дефекацией?

☐ Менее 5 минут

☐ 5-9 минут

☐ 10-20 минут

☐ Более 20 минут

11. Исключая трудности при дефекации, Ваш ребенок здоров?

☐ Да

☐ Нет. Опишите, пожалуйста, что именно _____

Раздел 2.

12. Сколько раз за прошедшие 6 месяцев отмечались повторные эпизоды рвоты длительностью более 2 часов подряд?

☐ Однократно

☐ Дважды

☐ Трижды

- ☐ Четыре и более
 - ☐ Не было (далее вопрос 15)
13. Как часто повторялись эти эпизоды рвоты?
- ☐ Через несколько часов
 - ☐ Через несколько дней
 - ☐ Через несколько недель
 - ☐ Через несколько месяцев
14. Сочеталась ли рвота с какими-либо еще симптомами?
- ☐ Лихорадка
 - ☐ Боли в животе
 - ☐ Разжижение или учащение стула
 - ☐ Ничего из вышеперечисленного
15. За прошедшие 2 месяца, отмечались ли эпизоды срыгивания съеденной пищи, повторного пережевывания и проглатывания её?
- ☐ Да
 - ☐ Нет (далее вопрос 21)
16. В каком возрасте появилась эта проблема?
- ☐ С рождения
 - ☐ 1-2 месяца
 - ☐ 3-8 месяцев
 - ☐ 9-12 месяцев
 - ☐ Старше года
17. Возникает ли эта проблема, когда ребенок спит?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
18. Возникает ли эта проблема, когда ребенок волнуется?
- ☐ Да
 - ☐ Нет
19. Ваш ребенок получал лечение по поводу данной проблемы?
- ☐ Да

☐ Нет (далее вопрос 21)

20. Было ли улучшение на фоне приема лекарственных препаратов или смены адаптированной молочной смеси?

☐ Да

☐ Нет

21. За прошедший месяц в среднем сколько дефекаций в неделю было у Вашего ребенка?

☐ 1-3 раза в день

☐ Более 3 раз в день

☐ 3-6 раз в неделю

☐ 2 раза в неделю и реже

22. Какой консистенции был стул у Вашего ребенка за прошедший месяц?

☐ Плотный или очень плотный

☐ Не очень плотный, но не мягкий

☐ Очень мягкий, кашицеобразный

☐ Разжиженный с остатками переваренной пищи

☐ Жидкий

☐ Каждый раз разный

23. Если у ребёнка разжиженный или жидкий стул, в каком возрасте появилась эта проблема?

☐ До 2 месяцев жизни

☐ 3-5 месяцев

☐ 6-12 месяцев

☐ 12-24 месяца

☐ 24-36 месяцев

24. В течение последнего месяца Ваш ребенок сильно тужился во время дефекации?

☐ Да

☐ Нет

☐ Не знаю

25. За прошедший месяц был ли у ребенка плотный стул большого диаметра? Настолько большого, что ребенку было больно во время дефекации

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Не знаю

26. При осмотре Вашего ребенка (осмотре и пальпации живота) врач говорил, когда-либо о большом количестве каловых масс в кишечнике?

- ☐ Да
- ☐ Нет

27. Иногда дети намеренно сдерживают стул. Дети грудного возраста напрягают и выпрямляют тело, сжимают ноги, краснеют. Дети старше года сжимают ягодицы, встают, пританцовывают, качаются взад-вперед, держатся за твердую опору, прячутся в укромное место. Как часто Ваш ребенок сдерживал стул за прошедший месяц?

- ☐ Каждый день
- ☐ Несколько раз в неделю
- ☐ 1 раз в неделю
- ☐ 1-3 раза за месяц
- ☐ Не было
- ☐ Не знаю

28. Отмечались ли примеси в кале или поверх каловых масс:

- ☐ Слизь
- ☐ Кровь
- ☐ Нет
- ☐ Не знаю

29. Ваш ребенок обучен туалетным навыкам и носит трусы вместо подгузников

- ☐ Да
- ☐ Нет (далее вопрос 32)

30. За прошедший месяц как часто нижнее белье у ребенка было

испачкано каловыми массами?

- ☐ Каждый день
- ☐ Несколько раз в неделю
- ☐ 1 раз в неделю
- ☐ 1-3 раза в месяц
- ☐ Реже 1 раза в месяц
- ☐ Не было (далее вопрос 32)
- ☐ Не знаю (далее вопрос 32)

31. Насколько сильно нижнее белье испачкано каловыми массами?

- ☐ Слегка испачкано
- ☐ Немного каловых масс
- ☐ Весь объем каловых масс в трусах

32. За прошедший месяц у вашего ребенка был стул настолько большого объема или количества, что затрудняло слив в унитаз?

- ☐ Да
- ☐ Нет

Ключ к опроснику:

Функциональные срыгивания.

Диагноз ставится при наличии всех ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 1 – «Да»
2. Вопрос 2 – 2 раза в день и чаще
3. Вопрос 3 – «Ничего из вышеперечисленного»
4. Вопрос 5 – «Да»
5. Вопрос 0.1 – 0 - 9 месяцев
6. Вопрос 0.2 - «Да»

Младенческие колики

Диагноз ставится при наличии всех ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 6 – «Да»
2. Вопрос 7 – 3 часа и более
3. Вопрос 8 – нет

4. Вопрос 0.1 – 0 - 5 месяцев
5. Вопрос 0.2 - «Да»

Функциональная дисхезия

Диагноз ставится при наличии всех ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 9 – «Да»
2. Вопрос 10 – 10 минут и более
3. Вопрос 11 – «Да»
4. Вопрос 0.1 – 0 - 9 месяцев

Синдром циклической рвоты:

Диагноз ставится при наличии всех ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 12 – «дважды» и чаще
2. Вопрос 13 – несколько недель и реже
3. Вопрос 14 – «ничего из вышеперечисленного»

Руминация

Диагноз ставится при наличии всех ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 15 - «Да»
2. Вопрос 16 – «3-8 месяцев»
3. Вопрос 17 - «Нет»
4. Вопрос 18 - «Да»
5. Вопрос 20 - «нет»

Функциональная диарея

Диагноз ставится при наличии всех ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 21 - «Более 3 раз в день»
2. Вопрос 22 – очень мягкий, разжиженный ил жидкий
3. Вопрос 23 – 6 – 36 месяцев
4. Вопрос 0.2 - «Да»

Функциональный запор

Для постановки диагноза необходимо наличие 2 и более ответов из нижеперечисленных:

1. Вопрос 24 – «Да»

2. Вопрос 25 – «Да»
3. Вопрос 26 – «Да»
4. Вопрос 27 – 1 раз в неделю и чаще
5. Вопрос 28 – «Да»
6. Вопрос 30 – 1 раз в неделю и чаще
7. Вопрос 31 – весь объём или немного каловых масс в трусах
8. Вопрос 32 – «Да»

Красные флаги:

При наличии любого из ответов необходимо дообследование для уточнения диагноза:

1. Вопрос 0.2 – «Нет»
2. Вопрос 3 – все, кроме «ничего из перечисленного»
3. Вопрос 8 – «Да»
4. Вопрос 14 – все, кроме «ничего из вышеперечисленного»
5. Вопрос 28 – «слизь» или «кровь»