

А.В. Налетов, Ю.С. Вьюниченко, В.А. Ляник

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

На сегодняшний день Римские критерии IV являются основополагающим руководством по диагностике и лечению функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР) среди пациентов всех возрастов. Синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным расстройством, при котором рецидивирующая абдоминальная боль ассоциирована с дефекацией или изменением характера стула (запор, диарея или их сочетание). Такие симптомы, как абдоминальное вздутие / растяжение, также являются характерными для данных пациентов [1, 2]. Клиническая симптоматика может быть относительно постоянной, однако чаще то усиливается, то ослабевает в зависимости от присутствия или отсутствия соответствующих триггеров в окружающей среде. СРК не угрожает жизни пациента, однако может значительно влиять на его повседневную деятельность и качество жизни, включая периодические приступы боли, мучения, вызываемые ими, расходы на медицинские препараты, а также потенциальные последствия заболевания, затрагивающие социальную и трудовую деятельность пациента [3].

По данным мета-анализов, от СРК в мире страдает 11,2% населения. Встречаемость данного расстройства среди лиц женского пола остается более высокой, чем среди мужчин. Молодые люди чаще подвержены развитию заболевания, чем лица старше 50 лет [2, 4]. У детей, страдающих регулярными болями в животе, СРК развивается в подростковом возрасте или немного позже [3]. Частота встречаемости СРК у детей разных стран находится в диапазоне 1,2-5,4% [5].

В концепции формирования заболевания имеет значение несколько этиологических факторов, запускающих ряд патофизиологических механизмов. В каждом конкретном случае сочетание этиопатогенетических механизмов индивидуально. Среди них на сегодня особой актуальностью обладают: социально-

экономический статус, генетическая предрасположенность, возможность формирования заболевания у ребенка родителями, страдающими СРК, психологические аспекты, висцеральная гиперчувствительность, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, изменения в нейроэндокринной системе (ось «головной мозг-кишечник»), low-grade-воспаление, концепция постинфекционного СРК, дисбаланс микробиоты, а также факторы питания [3, 6, 7].

Полномасштабное начало боевых действий на территории Донецкой области привело к окончанию мирной жизни населения нашего региона. Обстрелы жилых кварталов, школ, больниц, детских садов, разрушение промышленных объектов, полная экономическая блокада, безработица, рост цен на продукты питания привели к резкому ухудшению условий жизни жителей нашего региона. Постоянное воздействие стрессовых факторов, изменение образа жизни и характера питания не могло не отразиться на повышении первичной заболеваемости жителей Донецкой Народной Республики и в том числе со стороны ФГИР, что является особенно актуальным в педиатрической практике.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности течения СРК у детей старшего школьного возраста, проживающих на территории Донбасса в период активных боевых действий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе Городской детской клинической больницы № 1 г. Донецка и Медицинского центра «Гастро-лайн» г. Донецка было обследовано 135 детей старшего школьного возраста (12-17 лет) с СРК с преобладанием диареи (СРК-Д). Среди пациентов преобладали лица женского пола в соотношении 1:3. Диагностика СРК-Д

основывалась на Римских критериях IV диагностики и лечения ФГИР.

Основную группу составили 105 пациентов, проживавших на территории Донецкой Народной Республики во время активных боевых действий. Группу сравнения составили 30 детей, проживающих на территории Российской Федерации или Украины в 2014–2017 гг. и приехавших в Донецк на время прекращения активного военного конфликта.

У пациентов обеих групп были изучены особенности клинических проявлений заболевания и частота возникновения синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки в зависимости от условий проживания ребенка (нахождение на территории в условиях военного конфликта или в мирной обстановке).

Статистически значимой разницы по возрасту между группами сравнения не выявлено ($p > 0,05$), статистически значимого различия распределения по полу не выявлено ($p > 0,05$, критерий χ^2).

Для оценки динамики симптомов ФГИР использовали Опросник «7×7» (7 симптомов за 7 дней), разработанный Российской гастроэнтерологической ассоциацией, включающий вопросы о наличии и выраженности (незначительная, умеренная или значительная), частоте 7 основных симптомов ФГИР за последние 7 дней. В зависимости от полученной суммы баллов тяжесть состояния больного оценивали следующим образом: 0–1 – здоров; 2–6 – пограничное расстройство; 7–12 – легкое расстройство; 13–18 – умеренно выраженное расстройство; 19–24 – выраженное расстройство; 25 и более – тяжелое расстройство [8].

Для оценки выраженности абдоминального болевого синдрома использована простая описательная шкала интенсивности боли, при помощи которой пациент характеризовал болевой синдром: нет боли, легкая, умеренная, сильная, очень сильная, невыносимая боль.

Диагностику СИБР тонкой кишки осуществляли при помощи водородного дыхательного

теста с нагрузкой лактулозой и использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «ЛактофаН2» (ООО «АМА», Россия).

Для оценки результатов количественных характеристик в работе приводится значение среднего арифметического (\bar{x}) оцениваемого параметра и значение ошибки среднего (m). Перед началом анализа выборки проверялись на нормальный закон распределения. В случае нормального закона распределения, различия определяли путем сравнения двух средних. Для этого использовался критерий Стьюдента для независимых выборок. Для оценки результатов качественных характеристик приводится значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартная ошибка ($m\%$). Для сравнения качественных признаков использовали критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно данным проведенного анализа результатов анкетирования с использованием опросника «7×7», было установлено, что дети основной группы имели более высокие показатели в оценке выраженности клинической симптоматики СРК и сопутствующих ФГИР. Так, средний балл по опроснику «7×7» среди пациентов основной группы составил $15,5 \pm 0,4$, а среди пациентов группы сравнения – $12,8 \pm 0,6$. Уровень значимости отличий между группами сравнения по данному показателю составил $p < 0,001$.

Как представлено в таблице 1, среди пациентов, проживающих в условиях военных действий, преобладала умеренная степень тяжести ФГИР – 63 ($60,0 \pm 4,8\%$) пациента. Среди детей, проживающих на территории вне военного конфликта, у половины установлена легкая степень тяжести расстройства – 15 ($50,0 \pm 9,2\%$). Уровень значимости отличий между группами сравнения был статистически значимым ($p < 0,05$).

Более высокая степень тяжести клинических симптомов ФГИР была связана с тем, что среди пациентов основной группы в большинстве случаев симптомы СРК сочетались с диспепси-

Таблица 1. Распределение пациентов по степени тяжести ФГИР с использованием опросника «7×7» в группах сравнения

Степень тяжести расстройства	Основная группа (n=105) абс. (%±m%)	Группа сравнения (n=30) абс. (%±m%)
Легкое расстройство	17 (16,2±3,6%)	15 (50,0±9,2%)
Умеренно выраженное расстройство	63 (60,0±4,8%)	12 (40,0±8,9%)
Выраженное расстройство	25 (23,8±4,2%)	3 (10,0±5,5%)

Таблица 2.

Распределение пациентов по степени тяжести абдоминального болевого синдрома в группах сравнения

Степень тяжести боли	Основная группа (n=105) абс. (%±m%)	Группа сравнения (n=30) абс. (%±m%)
Легкая	10 (9,5±2,9%)	8 (26,7±8,0%)
Умеренная	23 (21,9±4,0%)	12 (40,0±8,9%)
Сильная	55 (52,4±4,9%)	8 (26,7±8,0%)
Очень сильная	17 (16,2±3,6%)	2 (6,7±4,6%)

ей (чувство переполнения после приема пищи, тошнота, раннее насыщение, эпигастральная боль или жжение) – 69 (65,7±4,6%) детей. Среди пациентов группы сравнения лишь менее чем у $\frac{1}{3}$ детей мы регистрировали симптомы диспепсии – 9 (30,0±8,4%). Уровень значимости отличий между группами сравнения по частоте наличия сопутствующих диспепсических симптомов был статистически значимым ($p < 0,05$). Сочетание нескольких ФГИР у обследованных детей приводило к отсроченной диагностики СРК. Специалисты первичного этапа амбулаторно-поликлинической медицинской помощи детям направляли пациентов на консультацию к детскому гастроэнтерологу в клинику или медицинский центр в большинстве случаев с формулировкой диагноза: «хронический гастрит (гастродуоденит)», «язвенная болезнь?», «хронический колит», «острая кишечная инфекция», «хронический холецистит?», «панкреатит». Всего среди 85 обследованных нами пациентов, которые были направлены участковым педиатром на консультацию к детскому гастроэнтерологу, диагноз «СРК» был выставлен лишь у 25 (29,0±4,9%), что указывает на сложность диагностики данного ФГИР врачами-педиатрами, непонимание ими сути развития клинических симптомов заболевания, что реализуется в назначении неправильного лечения, которое в 60 (70,6±4,9%) случаях заключалось в необоснованном использовании антибиотикотерапии, бактериофагов, ферментных препаратов, спазмолитиков (но-шпы) и в большинстве случаев приводило к ухудшению клинической симптоматики (усиление абдоминального болевого синдрома, учащение стула).

При сравнении выраженности абдоминального болевого синдрома у детей с СРК-Д между группами с использованием простой описательной шкалы интенсивности боли, установлено, что для детей, проживающих в Донбассе в условиях боевых действий, характерным явля-

ется большая выраженность основного клинического проявления СРК относительно пациентов, проживающих в мирных условиях (табл. 2.).

Так, среди детей основной группы более половины характеризовали выраженность абдоминального болевого синдрома, как сильную – 55 (52,4±4,9%) пациентов. В группе сравнения преобладали дети с умеренной выраженностью абдоминального болевого синдрома – 12 (40,0±8,9%) пациентов. Уровень значимости отличий между группами сравнения был статистически значимым ($p < 0,05$).

При диагностике СИБР тонкой кишки среди пациентов обследованных групп было установлено, что СРК-Д у большинства детей сочетается с развитием избыточной микробной контаминации тонкой кишки фекальной микрофлорой. При этом СИБР тонкой кишки у пациентов с СРК-Д, проживающих на территории проведения активных военных действий, был выявлен статистически значимо чаще ($p < 0,05$) относительно детей группы сравнения. Так, избыточная микробная контаминация тонкой кишки фекальной микрофлорой при проведении водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой была диагностирована у 82 (78,1±4,0%) пациентов основной группы и у 17 (56,7±9,0%) детей группы сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для пациентов старшего школьного возраста с СРК-Д, проживающих в Донбассе в период активных военных действий, характерным является более выраженная клиническая симптоматика заболевания в сравнении с детьми, проживающими на мирной территории. При этом, в большинстве случаев, для детей Донбасса характерно сочетание функциональных нарушений со стороны кишечника и верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что проявляется диспепсической симптоматикой и может усложнять первичную диагности-

ку СРК на этапе амбулаторно-поликлинической помощи, пролонгировать сроки назначения патогенетической терапии и сказываться на комплаентности пациентов и их родителей в отношении дальнейшего лечения, что особенно является актуальным в условиях постоянного воздействия стрессовых факторов, обусловленных

периодическим обострением военных действий. Более частое наличие СИБР тонкой кишки у детей, проживающих в Донбассе, можно рассматривать в качестве одной из причин формирования более выраженной клинической симптоматики при развитии ФГИР у данных пациентов.

А.В. Налетов, Ю.С. Вьюниченко, В.А. Лянник

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

Одним из наиболее распространенных в популяции функциональных расстройств пищеварительного тракта является синдром раздраженного кишечника. Основопологающими рекомендациями по диагностике и лечению функциональных гастроинтестинальных расстройств у пациентов разного возраста являются Римские критерии IV. Целью работы было изучение особенностей течения синдрома раздраженного кишечника у детей старшего школьного возраста, проживающих на территории Донбасса в период активных боевых действий. Было обследовано 135 детей старшего школьного возраста с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи. Основную группу составили 105 пациентов, проживавших на территории Донецкой Народной Республики во время активных боевых действий.

Группу сравнения составили 30 детей, проживающих на территории Российской Федерации или Украины и приехавших в Донецк на время прекращения активного военного конфликта. Установлено, что для пациентов старшего школьного возраста с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи, проживающих в Донбассе в период активных военных действий, характерным является наличие более выраженной клинической симптоматики заболевания в сочетании с диспепсией и формированием синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки в сравнении с детьми, проживающими на мирной территории.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, дети, Донбасс, военный конфликт.

A.V. Nalyotov, Yu.S. Vunichenko, V.A. Lyannik

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk

FEATURES OF THE COURSE OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN CHILDREN, LIVING IN CONDITIONS OF MILITARY CONFLICT IN DONBASS

Irritable bowel syndrome is one of the most common functional gastrointestinal tract disorders in the population. The Rome criteria IV are basic recommendations for the diagnosis and treatment of functional gastrointestinal disorders in patients of different age. The aim of the study was to examine the features of the course of irritable bowel syndrome in children of senior school age, living on the territory of Donbass during the period of active hostilities. 135 children of senior school age with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome were examined. The main group consisted of 105 patients, who lived on the territory of the Donetsk People's Republic during active hostilities. The experimental group con-

sisted of 30 children, living on the territory of the Russian Federation or Ukraine and who came to Donetsk for the time of the cessation of active military conflict. It has been established that for patients of senior school age with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome, living in Donbass during the period of active hostilities, characteristic is the presence of more pronounced clinical symptoms of the disease prevalence in combination with dyspepsia and the formation of small intestine bacterial overgrowth syndrome, in comparison with children, living on peaceful territory.

Key words: irritable bowel syndrome, children, Donbass, military conflict.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А. и др. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. Consilium Medicum. 2016; 08: 79-85.

REFERENCES

1. Maev I.V., Cheremushkin S.V., Kucheryavyy Yu.A. i dr. Sindrom razdrzhennogo kischechnika. Rimskie kriterii IV [Irritable bowel syndrome. Rome criteria IV]. Consilium Med-

2. Lacy B.E., Mearin F., Lin Chang et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-407.
3. Leshayd D.V. Irritable bowel syndrome. *Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.)*. 2016; 2: 29-33.
4. Canavan C., West J., Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin. Epidemiol.* 2014; 6: 71-80.
5. Hyams J.S., Di Lorenzo C., Saps M. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1456-1468.
6. Лагунова Н.В., Лебедева Т.Н., Марчукова А.Ю. Современные подходы к диетическому питанию детей с синдромом раздраженного кишечника. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация*. 2014; 24 (195): 30-2.
7. Налетов А.В., Вьюниченко Ю.С. Использование диеты low-FODMAP – важный этап терапии детей с синдромом раздраженного кишечника. *Педиатр*. 2018; 8 (6): 94-99.
8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Полуэктова Е.А., Рейхарт Д.В., Белостоцкий А.В., Дроздова А.А., Арнаутв В.С. Возможность применения Опросника «7x7» (семь симптомов за семь дней) для оценки динамики симптомов функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2016. 3: 24-33.
- icum. 2016; 08: 79-85. (in Russian).
2. Lacy B.E., Mearin F., Lin Chang et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-407.
3. Leshayd D.V. Irritable bowel syndrome. *Consilium Medicum. Gastroenterology (Suppl.)*. 2016; 2: 29-33.
4. Canavan C., West J., Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin. Epidemiol.* 2014; 6: 71-80.
5. Hyams J.S., Di Lorenzo C., Saps M. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1456-1468.
6. Lagunova N.V., Lebedeva T.N., Marchukova A.Yu. Sovremennye podkhody k dieticheskomu pitaniyu detey s sindromom razdrzhennogo kishhechnika. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Meditsina. Farmatsiya*. 2014; 24 (195): 30-32. (in Russian).
7. Naletov A.V., V'junichenko Ju.S. Ispol'zovanie diety low-FODMAP – vazhnyj etap terapii detej s sindromom razdrzhennogo kishhechnika. *Pediatr.* 2018; 8 (6): 94-99. (in Russian).
8. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Polujektova E.A., Rejhart D.V., Belostockij A.V., Drozdova A.A., Arnautov V.S. Vozmozhnost' primeneniya Oprosnika «7x7» (sem' simptomov za sem' dnei) dlja ocenki dinamiki simptomov funkcional'noj dispepsii i sindroma razdrzhennogo kishhechnika. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii i koloproktologii*. 2016. 3: 24-33. (in Russian).