

DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-7-71-44>

УДК 616.34-008-053.2:001.891.7

Хільчевська В.С.кандидат медичних наук,
доцент кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»**Харманська І.Б.**лікар невролог
Дитячий обласний центр медико-соціальної реабілітації дітей
з органічними ураженнями нервової системи, м. Чернівці**Парфьонова І.В.**лікар гастроентеролог дитячий, завідувач гастроентерологічного відділення
Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

Анотація. Серед патології травної системи у дітей істотно місце займають захворювання кишечника. Метою дослідження було вивчення клінічно-параклінічних показників при верифікації синдрому подразненого кишечника у дітей (СПК). Проведений аналіз комплексного клінічно-анамнестичного та параклінічного обстеження 35 пацієнтів віком 3-16 років. СПК з закрепом спостерігався у 32 дітей (91,4%), СПК з болем та метеоризмом – у 2 дітей (5,7%), симптоматика СПК з діареєю виявлялась тільки в 1 пацієнта (2,9%). Синдром подразненого кишечника зустрічався частіше у старшому дошкільному й молодшому шкільному віці, характеризувався тривалим рецидивуючим перебігом й однаково часто зустрічався у дітей обох статей. Виразність клінічних проявів захворювання у дітей асоціювало з більш старшим віком, надлишком маси тіла, наявністю в дитини вегето-судинної дисфункції та явищами холестазу.

Ключові слова: діти, діагностика, клінічно-параклінічні показники, синдром подразненого кишечника.

Khilchevs'ka Victoriya

HSEE Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Kharmans'ka IonaChildren of the Regional Center of Medical and Social Rehabilitation
of Children with Damage to the Nervous System, Chernivtsi**Parfyonova Iryna**

Regional Children's Hospital, Chernivtsi

FEATURES OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN CHILDREN

Summary. High prevalence of Irritable Bowel Syndrome (IBS) among all age group of Ukrainian population, as well as its features such as multi-system complains, wide range of psycho-social triggers, absence of diagnostically unambiguous marker and, as consequence, an effective treatment methods make this problem very important for scientific and epidemiologic research. Bowel diseases and disorders take a significant place among digestive system pathology in children. Overall goal of the research is a study of clinical and paraclinical indices for verification of Irritable Bowel Syndrome (IBS) in children. Thirty-five patients with IBS aged 3 to 16 years were observed in Gastroenterology department of Chernivtsi Regional Children's Clinical Hospital during the research. Average age of the patients was $8,9 \pm 4,3$ years. Share of boys was insignificantly bigger (54,3%) as well as proportion of villagers (55,4%). Such a big part of rural residents does not correspond to data of literature [2,3]. However, it can be explained by profile of Regional Hospital. Forty percents of patients were preschool age and sixty percents – school children mostly of primary school age. IBS with constipation were found in 32 children (91,4%); IBS with pain and flatulence – in 2 children (5,7%); only 1 patient had IBS with diarrhea (2,9%). Children with complain on abdominal pain related to psycho-emotional stress joint with symptoms of bowel dyspepsia (constipation, diarrhea, flatulence and so on) need a complex examination for identification of bowel pathology. The verification of Irritated Bowel Syndrome diagnosis requires elimination of hemocolitis by providing the Gregerson test. Differential diagnosis for bowel congenital abnormalities is mandatory for children with IBS with abdominal pain and constipation. Proper diagnosis and treatment of comorbid hepato-biliary pathology (including Cholestasis Syndrome) are strongly indicated for this group of patients. Patients with Functional Gastrointestinal Disorders need a consulting of a neurologist with further correction of dysautonomia (vegetative-vascular dystonia).

Keywords: children, diagnostics, clinical and paraclinical indices, irritable bowel syndrome.

Постановка проблеми. Висока поширеність синдрому подразненого кишечника (СПК) в усіх вікових групах населення України і такі його особливості, як мультисистемність скарг, різноманітність психосоціальних чинників, відсутність однозначного діагностичного маркера, а отже, і ефективного методу лікування, робить цю проблему вельми актуальною для наукових та епідеміологічних досліджень. Його

частота серед дітей і підлітків США і Європи становить близько 10–14%. Рівні виявлення СПК серед дітей в Україні нижчі від загальносвітових на 40–50%, що аналітиками пояснюється гіподіагностикою на користь органічної патології.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед усіх функціональних розладів з боку кишечника СПК протягом багатьох років незмінно зберігає першу позицію за поширеністю

і вивченістю [1; 6]. По суті, розробка критеріїв діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів групою гастроентерологів з Італії, США та Канади розпочалася з вивчення саме СПК задовго до створення Римських критеріїв І. Цей діагноз у 1993 році був офіційно введений до переліку МКБ-Х ВОЗ. Надалі динаміка змін та доповнень до визначення, класифікації та оціночних критеріїв СПК, у тому числі у дітей, представлена у Римських критеріях від першого (1994) до останнього четвертого консенсусу (2016) [4].

Критерії СПК досить чітко визначені у Римських критеріях ІV, які враховують наявність, частоту, тривалість больового синдрому у поєднанні з порушенням частоти і форми випорожнень. Патологію розглядають як рецидивуючий абдомінальний біль, мінімум 1 день на тиждень за останні 3 місяці, асоційований з двома і більше наступними симптомами: 1) з дефекацією; 2) зі змінами частоти випорожнень; 3) зі змінами форми випорожнень. Критерії валідні за умови їх наявності протягом останніх 3 місяців з появою симптомів не менше 6 місяців тому [2]. Наразі, у якості основного діагностичного критерію для СПК використовується тільки термін «біль», частіше біль у момент дефекації. Із критеріїв СПК вилучили поняття «дискомфорту» в животі, яке, на думку експертів, не має діагностичного значення і часто дезорієнтує хворих під час діагностики. Таким чином, сьогодні головний симптом СПК – біль в животі, пов'язаний з дефекацією та порушенням кишкової звички, а не дискомфорт, здуття, розтягнення або будь-які інші відчуття хворого [3; 11].

Класифікація СПК за Римськими критеріями ІV полягає у виділенні наступних варіантів: 1) з переважанням закрепи, 2) з переважанням діареї, 3) змішаного типу (чергування закрепи й діареї), 4) неспецифічного. При поділі на варіанти пропонується враховувати особливості консистенції та форми випорожнень, а саме частки змінених випорожнень (оформлені, неоформлені) по відношенню до всього їх об'єму. Це досить складний, делікатний, не дуже приємний для клініциста та пацієнта клінічно-анамнестичний етап діагностики, який дозволяє не тільки запідозрити СПК, але й значно зменшити частку неспецифічного його варіанта, заявленого у Римських критеріях ІІІ [7; 9].

Етіопатогенез СПК досить складний і наразі достеменно не вивчений. У формуванні захворювання має значення не один, а одразу декілька етіологічних факторів та патофізіологічних механізмів. У кожному конкретному клінічному випадку поєднання етіопатогенетичних механізмів індивідуально. Серед них наразі особливою актуальністю володіють: соціально-економічний статус сім'ї, генетична схильність, можливість формування захворювання у дитини батьками, що страждають СПК, психологічні аспекти, вісцеральна гіперчутливість, порушення моторики шлунково-кишкового тракту, зміни в нейроендокринній системі (вісь «головний мозок-кишка»), вегето-судинна дисфункція (ВСД), концепція постінфекційного СПК, дисбаланс мікробіоти і, нарешті, певні фактори харчування [1; 3].

Основною складністю у діагностиці СПК є необхідність виключення будь-якої органічної патології при проведенні рутинного клінічного обстеження, іншими словами, виявлення симптомів «тривоги». До них відносяться немотивована втрата маси тіла, інтенсивний локальний біль в животі, нічна симптоматика, лихоманка, гепато-, спленомегалія, кров у випорожненнях (у т.ч. прихована), анемічний синдром, лейкоцитоз, збільшення ШЗЕ, онкологічна патологія товстого кишечника в родичів. За наявності вищеперерахованих симптомів, які можуть виключити СПК, дитина підлягає госпіталізації у гастроентерологічне відділення для верифікації діагнозу з проведенням за показами додаткових діагностичних процедур [5; 9]. Основні властивості СПК у дітей полягають у мінливості скарг, відсутності прогресування, схуднення, пов'язані зі стресовими чинниками та мають зв'язок з іншими функціональними захворюваннями. Скарги загального характеру у дітей зустрічаються незалежно від варіанта СПК: головний біль, втомлюваність, кардіалгія, утруднення вдиху, почуття кому при ковтанні, нудота, почуття швидкого насичення, переповнення у верхній частині живота, відчуття тремтіння, порушення сечовиділення. Звертає увагу невідповідність між тривалістю захворювання, численними скаргами і задовільним фізичним станом дитини. Об'єктивно визначаються ознаки астено-вегетативного й астено-депресивного синдромів, під час пальпації – біль протягом всієї товстої кишки або її частини [5]. Окремі автори розглядають формування СПК як вегетативну вісцеральну дисфункцію, що виникає внаслідок порушення регулюючого впливу вегетативної нервової системи та корельює з симптомами ВСД [1; 8; 10].

Зазвичай, при СПК у загальноклінічних та біохімічних аналізах патологічних змін не виявляється, у копрограмі знаходять незначну кількість слизу, можливо виявлення глистної інвазії. Особливої уваги заслуговують лабораторні скринінгові показники, особливо виявлення гемоколіту (проба Грегерсена).

Отже, діагноз СПК встановлюється на основі анамнезу і клінічної картини, фізикального статусу, мінімально необхідних лабораторних тестів і, якщо є клінічна необхідність, інструментальної діагностики. З метою виключення органічної патології з інструментальних методів дослідження кишечника визначальними є ендоскопічні (колоноскопія, ректороманоскопія) і рентгенконтрастне дослідження – іригографія.

Мета дослідження. Метою наукової роботи стало вивчення клінічно-анамнестичних та параклінічних показників при верифікації СПК у дітей.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 35 пацієнтів гастроентерологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці віком від 3 до 16 років із СПК. Середній вік обстежених дітей становив $8,9 \pm 4,3$ років, серед них незначно переважали хлопчики (54,3%) та мешканці сільської місцевості (55,4%). Досить вагома частка жителів сільської місцевості серед дітей з СПК не збігається з даними літератури [3], однак це можна пояснити профілем обласної дитячої лікарні. 40,0% хворих дітей були

дошкільного віку, 60,0% – школярі по більшій мірі раннього шкільного віку.

Обстеження дітей включало клінічно-параклінічний діагностичний «оптимум» для виключення органічних уражень кишечника (клінічний і біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, копроцитограма, реакція Грегерсена, бактеріологічне дослідження випорожнень, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, ендоскопічне дослідження (ректороманоскопія) за показами, рентгенографічне дослідження (іригографія) за показами, консультація психоневролога, інших вузьких спеціалістів). Діти з хронічним закрепом, в яких виявлялися аномалії за типом доліхосигми та доліхомегаколон, в аналіз включені не були. Використано дискриптивний та кореляційний методи статистики з використанням програми «Statistica 8.0».

Вклад основного матеріалу дослідження. Залежно від клінічної форми СПК пацієнти розподілились наступним чином: СПК з закрепом спостерігався у 32 дітей (91,4%), СПК з болем та метеоризмом – у 2 дітей (5,7%), симптоматика СПК з діареєю виявлялась тільки в 1 пацієнта (2,9%). Основними клінічними проявами були біль в животі (97,0%), закреп (91,4%), метеоризм (54,4%), в одного пацієнта спостерігалася тенденція до діареї (2,8%). У переважної більшості дітей (80,0%) біль в животі був пов'язаний та зменшувався після дефекації.

За тривалістю хвороби діти розподілились наступним чином: менше половини (45,7%) страждали на СПК менше одного року, кожна третя дитина (37,2%) – від трьох до шести років. При аналізі соціального статусу виявилось, що кожна п'ята дитина (20,0%) з СПК була з неповної сім'ї, де відсутній батько. Наявність в сім'ї 3-х та більше дітей виявлялось також у 20,0% пацієнтів. Виявлено, що у 22,8% дітей загострення хвороби найчастіше було пов'язано з дією стресових чинників, переважно в сім'ї, у 34,3% випадків – із перевтомою у школі. Не виявлено зв'язку проявів СПК з перинатальними показниками, а також з видом вигодовування дітей на 1-му році життя, більшість з яких (62,8%) перебували на грудному вигодовуванні.

У структурі супутньої патології домінувала вегето-судинна дисфункція (ВСД) (54,3%), функціональний розлад жовчного міхура (65,7%), глистяна інвазія (переважно аскаридоз) (20,0), енкопрез (8,6%). Прояви вегето-судинних порушень спостерігалися у вигляді головного болю напруження (28,0%), похолодання кінцівок (41,5%), дизуричних явищ (12,5%), білого дермографізму (46,5%).

При лабораторному дослідженні у загальних аналізах крові і сечі дітей з СПК без особливостей. В трьох дітей (8,6%) діагностовано анемічний синдром легкого ступеню, серед них в одного пацієнта – гіпохромію (кольоровий показник 0,75). Копрологічне дослідження в 94,5% хворих на СПК виявило помірну стеато-, креато- і амілорею, зерна крохмалю, нейтральний жир, мила, м'зеви волокна були у допустимій кількості. При аналізі копроцитограми ознак порушення всмоктування та запального процесу не виявлено, проба Грегерсена негативна. Біохімічні показники сироватки крові визначалися в межах вікової норми. Бактеріологічне дослідження випорожнень не виявило мікроорганізмів патогенної кишкової групи.

При проведенні УЗД органів черевної порожнини відмічалась помірна гепатомегалія (збільшення розмірів на 1-2 см від вікової норми) у 40,6% дітей, перибіліарна інфільтрація – у 59,4% пацієнтів, ущільнення стінки жовчного міхура – у 40,0% дітей. За результатами УЗД в обстежених дітей превалювали гіпертонічні форми дисфункції жовчного міхура, у 65,7% дітей спостерігалась деформація жовчного міхура в ділянці тіла або деформація з S-подібним вихідним відділом.

Виразність симптомів СПК вірогідно ($p < 0,05$) корелювала з віком дитини ($r = 0,40$), індексом маси тіла ($r = 0,42$), ВСД ($r = 0,45$), збільшенням у розмірах жовчного міхура ($r = 0,42$), перибіліарною інфільтрацією ($r = 0,38$).

Отже, СПК зустрічається частіше у старшому дошкільному й молодшому шкільному віці, характеризується тривалим рецидивуючим перебігом й однаково часто зустрічається у дітей обох статей. Надлишок маси тіла, вегето-судинна дисфункція, явища холестази, соціальні стресові чинники, наявність перевтоми у школі слід розглядати як чинники, що визначають розвиток СПК у дітей.

Висновки і пропозиції. Діти, що пред'являють скарги на біль в животі, пов'язаний із психоемоційним стресом у поєднанні з симптомами кишкової диспепсії (закреп, діарея, метеоризм), потребують комплексного обстеження для виявлення патології кишечника. У дітей з діагнозом синдрому подразненого кишечника з закрепом та болем обов'язковим є виключення аномалій розвитку кишечника, діагностика та лікування супутньої гепато-біліарної патології, у т.ч. синдрому холестази та корекція вегето-судинної дисфункції.

Список літератури:

1. Крючко Т.О., Шпехт Т.В., Зіньковська С.М. Особливості нейрогуморальної регуляції в дітей із синдромом подразненого кишечника. *Здоров'я ребенка*. 2008. №8. С. 58–61.
2. Маев І.В., Черемушкин С.В., Кучерявий Ю.А. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. О роли висцеральной гиперчувствительности и способах ее коррекции. Издание ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, каф. пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии. Москва : Прима Принт, 2016. 64 с.
3. Маев І.В., Черемушкин С.В., Кучерявий Ю.А., Черемушкина Н.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. *Consilium Medicum*. 2016. № 18 (8). С. 79–85.
4. Майданник В.Г. Римські критерії IV (2016): що нового? *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2016. Т.10, №1. С. 8–18.
5. Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення». Київ, 2013. С. 143–158.
6. Шадрін О.Г., Платонова О.М. Моніторинг поширеності синдрому подразненого кишечника серед дитячого населення України. *Современная педиатрия*. 2013. № 4(52). С. 84–87.

7. Шадрін О.Г., Платонова О.М., Старець О.О. Сучасні підходи до диференціальної діагностики функціональних захворювань кишечника у дітей. *Здоров'я ребенка*. 2013. № 4 (47). С. 76–82.
8. Юрчик К.В., Сукало А.В. Современный взгляд на проблему раздраженного кишечника в педиатрии. *Медицинская панорама*. 2011. №8. С. 41–44.
9. Chiou E. Functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Therapy*. 2011. Vol. 8 (3). P. 315–331.
10. Lovell R.M., Ford A.C. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012. Vol.10. P. 712–721.
11. Palsson O., Heymen S., Whitehead W.E. Abdominal pain versus abdominal discomfort: implications for diagnostic assessment of irritable bowel syndrome (IBS). *United Eur Gastroenterol J*. 2014. Vol. 2. P. 405–407.

References:

1. Kriuchko T.O., Shpeht T.V., Zinkovska S.M. (2008). Osoblyvosti neurohumoralinoji reguliacii v ditej iz sindromom podraznennogo kyshechnyka [Peculiarities of neurohumoral regulation in children with Irritable Bowel Syndrome]. *Zdorovie rebenka*, 8: 58-61. (in Ukrainian)
2. Majev I.V., Cheremushkin S.V., Kucheriavij J.A. (2016). Sindrom razdragenogo kishechnika. Rimskie kriterii IV. O roli visceralinoj hiperchuvstvitelnosti I sposobah jejo korrekcii [Irritable Bowel Syndrome. Rome IV. Role of visceral hypersensitivity and methods of its treatment]. Published by Moscow State University of Medicine and Dentistry; MSUMD; FSBEI HE MSUMD MOH Russia. Moskva : Prima Print. (in Russian)
3. Majev I.V., Cheremushkin S.V., Kucheriavij J.A., Cheremushkina N.V. (2016). Sindrom razdragenogo kishechnika. Rimskie kriterii VI. [Irritable bowel syndrome. Rome IV]. *Consilium Medicum*, 18(8): 79-85. (in Russian)
4. Majdannik V.G. Rymysiki kryterii IV (2016): scho novoho? [Rome IV (2016): what's new?]. *Mizhnarodnyi zhurnal pediatrii, akusherstva ta hinekolohii*, 10(1): 8-18. (in Ukrainian)
5. Order of Ministry of Health of Ukraine N59 from 29.01.2013 "Pro zatverdzhennia unifikovanyh klinichnyh protokoliv medychnoi dopomohy ditiam iz zahvoriuvanniamy orhaniv travlennia" [About approval of standardized protocol of medical care of children with diseases of digestive system]. Kyiv, 2013: 143-158. (in Ukrainian)
6. Shadrin O.H., Platonova O.M. (2013). Monitoring poshyrenosti syndromu podraznennoho kyshechnyku sered dytiachoho naseleattia Ukrainy. [Monitoring of irritable bowel syndrome mortality among children population of Ukraine]. *Sovremennaja pediatrija*, 4(52) :84-87. (in Ukrainian)
7. Shadrin O.H., Platonova O.M., Stareci O.O. (2013). Suchasni pidhody do dyferencialinoi diagnostiki funktsionalnyh zahvoriuvani kyshechnyka u ditej. [Modern approaches to differential diagnosis of functional gastrointestinal disorders in children]. *Zdorovie rebenka*, 4(47): 76-82. (in Ukrainian)
8. Jurchyk K.V., Sukalo A.V. (2011). Sovremennyi vzgliad na problemu razdrzhennogo kishechnika v pediatrii. [Modern approach to irritable bowel problem in pediatrics]. *Medicinskaja panorama*, 8: 41-44. (in Russian)
9. Chiou E. (2011). Functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Therapy*. Vol. 8 (3). P. 315-331.
10. Lovell R.M., Ford A.C. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. Vol. 10. P. 712-721.
11. Palsson O., Heymen S., Whitehead W.E. (2014). Abdominal pain versus abdominal discomfort: implications for diagnostic assessment of irritable bowel syndrome (IBS). *United Eur Gastroenterol J*. Vol. 2. P. 405-407.