

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.34-008.6-07-08-053.2/7

**ЮРЧИК**  
**Ксения Валерьевна**

**СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ  
(КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.08 – педиатрия

Минск 2014

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Сукало Александр Васильевич**,  
доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАН Беларуси, заслуженный деятель науки Республики Беларусь, заместитель Председателя Президиума НАН Беларуси, заведующий 1-й кафедрой детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Официальные оппоненты: **Войтович Татьяна Николаевна**,  
доктор медицинских наук, профессор, заведующий 2-й кафедрой детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Парамонова Нэлла Сергеевна**,  
доктор медицинских наук, профессор, заведующий 2-й кафедрой детских болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Оппонирующая организация: УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Защита состоится 18 июня 2014 года в 10.00 на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.01 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, г. Минск, пр-т Дзержинского, 83; тел.: 272 55 98.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «\_\_\_» мая 2014 г.

Ученый секретарь совета  
по защите диссертаций,  
кандидат медицинских наук



О.Н. Волкова

## SUMMARY

### **Yurchyk Kseniya** **Irritable bowel syndrome in children** **(clinical features, diagnostics, treatment)**

**Keywords:** irritable bowel syndrome, clinical features, quality of life, psychological status.

**Objective:** to suggest optimal diagnostic program and to improve treatment outcomes of irritable bowel syndrome in children, based on the study of risk factors, clinical, psychological, morphological characteristics.

**Methods:** anamnestic, clinical, laboratory, instrumental, questionnaires, psychological testing, statistical.

**Results.** It was revealed that symptoms of irritable bowel syndrome were common among school-age children. The uniqueness of the clinical features, medical history of children with different variants of irritable bowel syndrome was defined and the usefulness of some laboratory and instrumental methods of examination was determined. It was found that children with any variant of irritable bowel syndrome had special personal profile with a predominance of anxiety and neurotic traits that contributed to the formation of an appropriate clinical type of the disease. The inclusion of some laboratory (coprogram study, microbiological examination of stool) and instrumental (colon ultrasound, endoscopy of the colon) methods was justified. It was established that the quality of life of children with irritable bowel syndrome significantly reduced, and the inclusion of psychotherapeutic techniques in the treatment could significantly improve the quality of life of patients and help to achieve a better remission.

**Level of application:** the results of this study should be used for diagnosis and treatment of children with different clinical variants of irritable bowel syndrome.

**Field of application:** pediatrics, pediatric gastroenterology.

Подписано в печать 24.04.14. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,33. Тираж 60 экз. Заказ 234.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.



## ВВЕДЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – одно из наиболее распространенных функциональных состояний желудочно-кишечного тракта [Agreus I., 2005; Ragnarsson G., 2008]. Многие вопросы этиологии, патогенеза, клиники данного синдрома остаются невыясненными [Camilleri M., 2005; Drossman D., 2003]. Особенно это касается детского возраста [Шептулин А.А., 2005].

Диагностика СРК затруднительна и проводится путем исключения возможных органических заболеваний. Это обуславливает большое количество и высокую стоимость исследований, проводимых пациентам с данным синдромом [Longstreth G., 2004]. Усилия многих исследователей направлены на поиск универсального диагностического маркера СРК, который все еще не определен [Veereman-Wauters G., 2006]. «Золотым стандартом» в постановке диагноза СРК в настоящее время признаны Римские критерии III, позволяющие по основным клиническим признакам и с минимумом обследований поставить данный диагноз.

До недавнего времени определение функциональных заболеваний было одинаковым для пациентов всех возрастов [Rasquin-Weber A., 1999] и лишь во время последнего пересмотра критериев в 2006 г. была выделена в отдельную группу функциональная патология, характерная для детского возраста (младше 5 лет и 5–17 лет) [Veereman-Wauters G., 2006]. Однако диагностические стандарты остались фактически неизменными, ориентируясь на взрослых. До сих пор нет единого мнения относительно необходимости проведения ряда обследований (эндоскопических, ультразвуковых и пр.), учитывая их инвазивность, стоимость и небольшой процент выявляемых ими патологических изменений у пациентов с СРК.

Отмечается связь синдрома с особыми психологическими реакциями у пациентов, однако конкретные сведения об особенностях психологического статуса детей с различным клиническим вариантом заболевания остаются не до конца выясненными [Исаев Д.Н., 2000].

До настоящего времени качество жизни и его связь с клиническими проявлениями синдрома у детей не изучена. Необходима разработка адекватной и дифференцированной, в зависимости клинического варианта и психологических особенностей пациентов, тактики терапии и профилактики СРК, реабилитации этой группы пациентов.

Все вышеизложенное обуславливает актуальность, научную и практическую значимость темы настоящего исследования.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Связь работы с крупными научными программами и темами**

Настоящее исследование осуществлялось в рамках темы научно-исследовательской работы кафедры пропедевтики детских болезней УО «БГМУ» «Изучение этиопатогенетических особенностей функциональной и органической патологии желудочно-кишечного тракта и аллергических заболеваний у детей и подростков и разработка комплексных программ их реабилитации», договор № 20090666 от 12.05.2009 г.

**Цель исследования:** на основании изучения факторов риска, клинических и психологических особенностей, морфологических характеристик предложить оптимальную программу диагностики и улучшить результаты лечения синдрома раздраженного кишечника у детей.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить частоту симптомов, характерных для синдрома раздраженного кишечника среди детей школьного возраста.
2. Выявить факторы риска развития синдрома раздраженного кишечника у детей и подростков.
3. Исследовать клиническое течение и психологический статус пациентов с различными вариантами синдрома.
4. Провести сравнительный анализ лабораторных и инструментальных признаков различных клинических вариантов заболевания.
5. Оценить качество жизни детей и подростков с синдромом раздраженного кишечника, и предложить мероприятия по его улучшению.
6. На основании результатов исследования разработать комплексную программу диагностики и лечения различных клинических вариантов синдрома раздраженного кишечника у детей.

**Объект исследования:** 87 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (с преобладанием болей – 17, с диареей – 30, с запорами – 40), 40 практически здоровых детей (1–2 групп здоровья), 518 детей школьного возраста.

**Предмет исследования:** результаты анкетирования, психологического тестирования, клинического обследования, данные лабораторных и инструментальных методов исследования, морфологические изменения слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки, прямой и сигмовидной кишок.

Источниками информации были «История развития ребенка» (форма № 112/у), «Медицинская карта стационарного больного» (форма 003/у).

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Жалобы, характерные для клинической картины синдрома раздраженного кишечника, широко распространены среди опрошенных детей среднего и старшего школьного возраста, что требует тщательного обследования данной категории детей для выявления у них возможных органических или функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

2. Наличие функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта на первом году жизни, неблагоприятный социально-семейный статус, неврологические особенности на первом году жизни, перенесенные кишечные инфекции являются существенными факторами риска развития различных клинических вариантов синдрома раздраженного кишечника.

3. Типичными клиническими проявлениями СРК с преобладанием запоров являются боли в области нисходящего и сигмовидного отделов кишки, чаще в утреннее время, сопровождающиеся чувством тяжести в животе. При СРК с диареей пациентов беспокоят схваткообразные боли в области слепого и подвздошного отделов кишки, возникающие чаще после еды и сочетающиеся с императивными позывами на дефекацию. Для варианта СРК с преобладанием болевого синдрома характерны ноющие боли в области поперечного, нисходящего и сигмовидного отделов кишки, не зависящие от приема пищи, иногда сочетающиеся с чувством тяжести в животе.

4. В комплекс обследования всех пациентов целесообразно включать ряд лабораторных методов (исследование копрограмм, микробиологическое исследование кала), а также проводить ультразвуковое исследование толстой кишки при преобладании запоров и ректосигмоскопию с биопсией при длительности заболевания более 3 лет.

5. Дети с синдромом раздраженного кишечника характеризуются особым личностным профилем с преобладанием тревожных и невротических черт, выраженными акцентуациями педантичной и застревающей личности при преобладании запоров, демонстративно-экзальтированных – при диарейном варианте синдрома.

6. Качество жизни детей с синдромом раздраженного кишечника значительно снижено по всем показателям. Включение психотерапевтических методик в программу лечения позволяет значительно улучшить показатели качества жизни пациентов и достигнуть более полной ремиссии заболевания.

### **Личный вклад соискателя**

Совместно с научным руководителем определены тема, цель и задачи, выбраны методы исследования, осуществлено планирование работы, сформулированы положения, выносимые на защиту. Автором самостоятельно изучена отечественная и зарубежная литература по теме научно-исследовательской работы, проведены патентно-информационный поиск, анкетирование здоровых школьников и пациентов с СРК, клинические наблюдения за пациентами, на основании чего сформированы группы пациентов и контроля, проведены статистическая и графическая обработка полученных данных, интерпретация результатов, подготовка публикаций, выступления с докладами.

Забор биопсийного материала при проведении ректосигмоскопии осуществлялся совместно с врачом-эндоскопистом УЗ «4-я ГДКБ» Т.Н. Печковской. Изучение биопсийного материала проводилось на базе кафедры патологической анатомии УО «БГМУ» совместно с доцентом кафедры А.С. Портянко. Психотерапевтическая диагностика и коррекция проводилась на базе УЗ «4-я ГДКБ» совместно с врачом-психотерапевтом С.В. Архим.

Основные научные результаты, представленные в диссертации, получены лично автором и представлены в научных публикациях. Анализ частоты встречаемости жалоб, характерных для СРК, среди детей школьного возраста изложен статье в сборнике научных трудов и материалах конференций [7, 10] – вклад диссертанта 92%. Значимые факторы риска развития синдрома раздраженного кишечника представлены в статьях [5] – вклад диссертанта 96%. Особенности клинических проявлений различных вариантов синдрома отражены в статьях [1, 3], сборниках научных трудов и материалах конференций [12] – вклад диссертанта 92%. Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования пациентов, включая характеристику морфологических проявлений синдрома, представлены в статьях [1, 3] – вклад диссертанта 85%. Особенности психологического статуса и качества жизни детей с СРК посвящены статьи в журналах [1, 4, 6], сборниках научных трудов и материалах конференций [8, 9, 11, 13, 14] – вклад диссертанта 85%. Роль психотерапевтической коррекции в лечении синдрома отражена в статьях [4, 6], материалах конференций и тезисах докладов [13, 14] – вклад диссертанта 85%. Результаты исследования внедрены в УЗ «4-я городская детская клиническая больница» г. Минска, УЗ «10-я городская детская клиническая поликлиника» г. Минска, УЗ «17-я городская детская клиническая поликлиника» г. Минска.

### **Апробация результатов диссертации**

Результаты исследований, включенных в диссертацию, были представлены на научной сессии Белорусского государственного медицинского

университета (Минск, 2011), юбилейной научной конференции, посвященной 90-летию Белорусского государственного медицинского университета (Минск, 2011), летней школе Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (Рига, 2012), Воронцовских чтениях (Санкт-Петербург, 2013), 47-й Ежегодной конференции Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (Лондон, 2013).

### **Опубликованность результатов диссертации**

По теме диссертации опубликовано 14 печатных работ. В том числе 6 статей в научных журналах (из них 5 статей в рецензируемых научных изданиях, соответствующих требованиям ВАК, общим объемом 3,41 авторских листа), статей и тезисов докладов в научных сборниках и материалах конференций – 8. Общее количество страниц опубликованных материалов – 4,83 авторских листа. Без соавторов опубликовано 5 научных работ общим объемом 0,84 авторского листа, из них 1 работа – в рецензируемом научном журнале (0,46 авторского листа).

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, включающей семь глав (обзор литературных данных, материалы и методы исследования, пяти глав, содержащих результаты собственных исследований автора), заключения, библиографического списка, приложений. Список литературы содержит источников 168, из них 67 русскоязычных и 101 зарубежных авторов. Список публикаций автора включает 14 работ.

Диссертация изложена на 107 страницах, иллюстрирована 36 таблицами и 5 рисунками. Объем, занимаемый иллюстрациями и таблицами, составляет 18 страниц. Приложения представлены на 12 страницах (анкета-опросник, комплексная программа и акты внедрения)

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования**

Настоящее исследование состояло из двух частей. В первой части осуществлялось анонимное анкетирование 518 школьников 5–6 и 10–11 классов средней школы № 5 и гимназии № 2 г. Минска по специально разработанной анкете. Общее количество мальчиков составило 206 человек, девочек – 312. Анкетирование в младших классах (7–9 лет) не проводилось в связи со сложностью восприятия вопросов анкеты в данной возрастной группе и необходимости присутствия родителей для получения достоверных сведений.

Все опрошенные школьники были разделены на две группы по возрасту: младшего (10–12 лет) – 258 детей, старшего (15–17 лет) – 260 человек. Школьники заполняли разработанную анонимную анкету, включающую вопросы о частоте и характере болей в животе, явлениях диспепсии, возможных нарушениях характера стула, распространенности астеновегетативных и неврологических жалоб.

Вторая часть исследования проводилась на базе отделения гастроэнтерологии УЗ «4-я ГДКБ» г. Минска в течение 2009–2011 гг. Диагностику СРК проводили в соответствии с Римскими критериями III, выработанными Международной рабочей группой по изучению функциональной патологии ЖКТ (вариант для детей).

Критерии включения: возраст от 7 до 17 лет; клинические симптомы заболевания, полностью соответствующие Римским критериям III для СРК.

Критерии исключения: возраст младше 7 лет, эндокринные заболевания, наличие сопутствующей соматической патологии, сопровождающейся симптомами, схожими с СРК (функциональный запор, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, атопический дерматит), наличие врожденных аномалий или воспалительных заболеваний кишечника, синдрома мальабсорбции, бактериальных инфекций.

В конечную выборку вошли 87 пациентов с СРК. Соотношение мальчиков и девочек составило 1:3,1 (21 и 66 обследованных соответственно). Средний возраст обследованных составил 13,3 года. У 17 пациентов диагностирован недифференцированный вариант СРК, у 30 – с преобладанием диареи и у 40 пациентов – с преобладанием запоров. Группа детей с недифференцированным вариантом была переименована в группу СРК с болями (алгический вариант) по ведущему клиническому проявлению синдрома. Длительность заболевания СРК варьировала от 6 месяцев до 6 лет, при средней длительности  $1,96 \pm 0,14$  [1,0–2,5].

Контрольную группу при изучении анамнеза жизни составили 40 детей (11 мальчиков, 29 девочек, средний возраст – 12,63 года); для исследования качества жизни – 34 ребенка (11 мальчиков, 23 девочки, средний возраст – 13,76 лет); для психологического тестирования – 40 детей (10 мальчиков, 30 девочек, средний возраст – 14,63 года), наблюдаемые в УЗ «10-я ГДП» г. Минска и относящиеся к 1 – 2 группам здоровья.

У всех пациентов с СРК проводилось изучение анамнеза жизни, включая наследственность, акушерский анамнез матери, заболевания на первом году жизни, характер вскармливания, образ жизни на момент обследования (двигательная активность, диета, вредные привычки); анамнеза заболевания, (длительность, характер течения, частота обострений). Информацию получали

путем опроса пациентов, их родителей или опекунов, выкопировки данных из карты индивидуального развития ребенка (ф. 112у).

Лабораторное обследование пациентов включало общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, 2–3 копрограммы, анализ кала на гельминты, цисты лямблий, микробиологическое исследование кала, иммуноферментный анализ на наличие антител к лямблиям, лактозотолерантный тест, тест на антиглиадиновые антитела (по показаниям).

Эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ осуществлялось при помощи гибких фиброгастроскопов фирмы «Olympus», выполнялась прицельная биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка, для оценки морфологических признаков воспаления, степени его активности и хеликобактерной обсемененности слизистой, а так же наличия, степени и вида атрофических и метапластических процессов.

Эндоскопическое исследование кишечника (ректосигмоскопия, колоноскопия) осуществлялось с помощью гибкого колоноскопа «Оптимед» врачом-эндоскопистом УЗ «4-я ГДКБ» Т.Н. Печковской. Выполнялась биопсия слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки. Морфологическое изучение выполнялось в соответствии с инструкцией по унификации гистологических и гистохимических методов исследования биопсийного материала (1996 г.) на базе кафедры патологической анатомии УО «БГМУ» совместно с доцентом кафедры А.С. Портянко. Для оценки структурных изменений в слизистой кишки использовали классификацию Г.Г. Автандилова и визуально-аналоговую шкалу морфологической оценки колонобиоптатов.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводилось на аппаратах «SHIMADZU SDU-1200» (Япония) по общепринятой методике.

Для определения личностных особенностей детей с различными клиническими вариантами СРК использовался опросник Леонгарда в адаптации Шмишека для диагностики типа акцентуации личности и применялся тест Кеттела (HSPQ – вариант для подростков) для оценки развитости личностных качеств по 14 биполярным факторам. Для диагностики тревожных состояний использовался тест школьной тревожности Филлипса (для детей 7–12 лет) и шкала социально-ситуационной тревожности Кондаша (у пациентов 13–17 лет). Определение депрессии проводили с помощью шкалы депрессии Зунга (адаптация Т.И. Балашовой). Психотерапевтическая коррекция (7–10 сеансов) проводилась на базе УЗ «4-я ГДКБ» врачом-психотерапевтом С.В. Архим. Оценка качества жизни проводилась по методике PedsQL (детская и родительская формы).

Статистическая обработка осуществлялась с помощью прикладных программ статистического анализа «Биостатистика», и SPSS (версия 18.0). Вычислялись среднее арифметическое значение (M), среднеквадратичное

отклонение ( $\sigma$ ), средняя квадратичная ошибка среднего значения ( $m$ ). При оценке достоверности различий ( $p$ ) между признаками с нормальным распределением применялся коэффициент Стьюдента, дисперсионный анализ. Значимость различий между относительными величинами оценивалась путем расчета критерия  $\chi^2$  (хи-квадрат) с поправкой Йейтса, при небольшом количестве наблюдений – точным критерием Фишера. При сравнении более двух выборок применялся метод группировки и поправка Бонферрони. Для сравнения двух выборок с порядковыми значениями использовался критерий Манна–Уитни ( $z_t$ ), при множественном сравнении – критерий Дана. Для установления корреляционных взаимосвязей ряда показателей использовался ранговый коэффициент корреляции Спирмена ( $r_s$ ). Различия результатов считали статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

## **Результаты собственных исследований**

### **Частота симптомов СРК у школьников**

Для выявления симптомов, характерных для СРК, мы провели анкетирование 518 школьников г. Минска. Особое внимание уделялось болевому синдрому и его связи с дефекацией и стрессами, диспепсическим и астеновегетативным жалобам. Установлено, что 75,1% опрошенных школьников боли в животе беспокоили 1 раз в месяц и чаще. Практически половина школьников (47,0%) отмечали уменьшение болей в животе после дефекации, что является одним из основных диагностических критериев СРК. У 50,1% детей отсутствовала взаимосвязь болевого синдрома с актом дефекации, а у 1,0% школьников отмечалось усиление болей.

Опрошенные дети были разделены на две группы – те, у кого боли в животе уменьшались после дефекации ( $n=183$ ) и те, у кого боли в животе не изменялись ( $n=195$ ). Треть школьников из группы, отметившей уменьшение болей в животе после дефекации (35,1%), определили стресс как возможную причину возникновения болевого синдрома и влияние данного фактора было более значительным в старшем возрасте ( $p < 0,05$ ). У респондентов из данной группы также чаще отмечались жалобы на отрыжку ( $p < 0,05$ ), околопупочные боли ( $p < 0,05$ ) и боли в нижних отделах живота ( $p < 0,01$ ).

В связи с тем, что стресс оказывает значительное влияние на развитие симптомов СРК, нами проведен сравнительный анализ жалоб детей, у которых стресс являлся причиной возникновения болей в животе ( $n=139$ ), с жалобами респондентов без подобной зависимости ( $n=244$ ). Установлено, что у школьников из первой группы чаще встречались жалобы на вздутие живота ( $p < 0,001$ ) и тошноту ( $p < 0,01$ ), что является характерным для пациентов с СРК. Также в этой группе значительно чаще встречались астеновегетативные и неврологические жалобы в виде сонливости в дневное время ( $p < 0,01$ ),

снижения внимания ( $p < 0,05$ ), головокружений ( $p < 0,01$ ), обмороков ( $p < 0,05$ ), зябкости конечностей ( $p < 0,01$ ), повышенной тревожности или вспыльчивости ( $p < 0,01$ ), плаксивости ( $p < 0,05$ ).

### **Факторы риска развития СРК у детей**

При изучении семейного анамнеза выявлено, что у 57 (65,5%) детей с СРК наблюдались различные функциональные и органические заболевания желудочно-кишечного тракта у близких родственников, в то время, как среди здоровых детей подобные проблемы были выявлены лишь у 3 (7,5%) обследованных ( $p < 0,01$ ,  $OR=23,43$ ;  $CI=6,67$ ; 82,36). Особенности течения беременности и родов встречались одинаково часто и в группе пациентов с СРК (89,7%), и в группе контроля (82,5%). Неблагоприятный социально-семейный анамнез (неполная семья или отсутствие родителей) значительно чаще встречался у детей с синдромом, по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,05$ ;  $OR=2,83$ ;  $CI=1,48$ ; 10,09). Аналогичные данные получены и при оценке функциональных нарушений ЖКТ, в частности, выраженных колик и срыгиваний ( $p < 0,01$ ;  $OR=5,67$ ;  $CI=1,72$ ; 34,19) и неврологических особенностей в виде задержки психомоторного развития, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости ( $p < 0,05$ ;  $OR=4,07$ ;  $CI=1,45$ ; 11,45) на первом году жизни.

Сравнение частоты встречаемости острых кишечных инфекций в анамнезе у пациентов и здоровых детей не выявило значимых различий. Однако, среди детей с различными клиническими вариантами СРК достоверно чаще инфекционные заболевания кишечника встречались у пациентов с диареей и при СРК с болями (23,3% и 23,5% соответственно), чем у детей с запорами (5,0%;  $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ вкусовых предпочтений пациентов с СРК и контрольной группы установил, что питание здоровых детей более сбалансированное, они чаще отдавали предпочтение мясу ( $p < 0,05$ ), а не колбасным изделиям, больше употребляли овощей и фруктов ( $p < 0,05$ ). Дети с синдромом чаще предпочитали мучные изделия (50,6% опрошенных по сравнению с 36,7% среди здоровых), сладости (42,5% и 33,3% соответственно), газированные напитки (26,4% и 16,7% соответственно). Выявлено, что пациенты из группы СРК с запорами чаще других предпочитали хлебобулочные изделия (70,0%;  $p < 0,01$ ), а дети с преобладающим болевым синдромом употребляли много сладостей и шоколада (70,6%), способных усиливать моторику кишечника.

Нами выявлен недостаток физической активности у детей с СРК. Опрошенные пациенты реже занимались спортом, по сравнению со здоровыми сверстниками (41,2% и 60,0% соответственно;  $p < 0,05$ ), что, возможно, объясняется наличием заболевания, ограничивающего их активность. Однако, дети из данной группы мало внимания уделяли даже умеренным физическим

нагрузкам, к примеру, прогулкам на свежем воздухе ( $4,1 \pm 0,1$  час/нед. в группе СРК и  $5,9 \pm 0,2$  час/нед. в группе здоровых респондентов;  $p < 0,01$ ), много времени проводили за компьютером и просмотром телевизора ( $1,2 \pm 0,1$  час/день и  $0,9 \pm 0,05$  соответственно;  $p < 0,05$ ). Выявленная у многих пациентов с СРК недостаточная продолжительность ночного сна (в среднем  $6,5 \pm 0,1$  час/день;  $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой) способствует усилению у них психоэмоциональных расстройств.

Для детей с СРК характерна более высокая частота встречаемости таких вредных привычек, как курение (29,9% пациентов с синдромом и 10,0% в контрольной группе), употребление алкоголя (11,5% и 6,7% соответственно). Пациенты склонны к частому употреблению жевательной резинки (58,6% детей с СРК и 33,3% здоровых;  $p < 0,05$ ). Особенно это характерно для детей с преобладанием диареи (76,7%) по сравнению с остальными клиническими группами ( $p < 0,01$ ).

### **Особенности клинических проявлений различных вариантов СРК**

Наиболее характерным симптомом СРК являлся схваткообразный характер болей в животе с некоторым его преобладанием у пациентов с диареей (93,3%) по сравнению с СРК с запорами и болями (70,2%;  $p < 0,05$ ). Утренние боли оказались более характерными для детей с преобладанием запоров (80,0% всех опрошенных), а при диарейном и болевом вариантах синдрома боли в животе возникали и в вечернее время (14,9%;  $p < 0,05$  по сравнению с СРК с запорами). У 54,0% всех детей с СРК отмечалось улучшение состояния в период летних каникул, что в сочетании с частым (78,2% всех пациентов) усилением болей в животе при стрессе свидетельствует о значительной роли психоэмоциональных факторов в развитии клинической картины заболевания. Важным провоцирующим фактором служила физическая нагрузка (52,8% всех опрошенных детей). Однако 7,5% детей с запорами отметили улучшение самочувствия после умеренной физической активности. У большинства пациентов без отличий по группам (92,0%) наблюдалось снижение интенсивности болей в животе после дефекации, что свидетельствует о типичности данного симптома для всех детей с СРК.

При уточнении локализации болей установлено, что у всех пациентов с СРК наиболее часто болезненность в животе выявлялась в области дистальных отделов кишечника (нисходящий и сигмовидный отделы – 73,4% детей). При преобладании диареи и алгическом варианте боли также отмечались в области слепой кишки (47,1% и 60,0% по сравнению с 12,5% при наличии запоров;  $p < 0,01$ ) и поперечного отдела ободочной кишки (52,9% и 36,7% по сравнению с 15,0% соответственно;  $p < 0,05$ ).

Среди диспепсических симптомов наиболее распространены жалобы на тошноту (64,4% всех детей), отрыжку (47,1%), вздутие живота (67,8%),

метеоризм (44,8%) без достоверных различий по группам. Это может быть признаком сочетанного нарушения моторики верхних и нижних отделов ЖКТ у детей с СРК. Императивные позывы на дефекацию чаще ( $p<0,05$ ) отмечались у пациентов с диареей (48,3%) по сравнению с СРК с преобладанием болей (27,8%) и при наличии запоров (15,0%). Ощущения тяжести в животе чаще встречались у детей с алгическим вариантом (66,7%) и запорами (60,0%), и были не характерны для варианта СРК с диареей (20,7%;  $p<0,01$ ). Для всех пациентов с СРК типичны нарушения дефекации в виде изменения частоты стула в соответствии с классификацией Рим III и характера стула, соответствующие Бристольской шкале.

У большинства пациентов отмечались неврологические и вегетативные жалобы с преобладанием некоторых из них (кардиалгии, учащенное сердцебиение) в клинике СРК с запорами ( $p<0,05$ ), а при наличии диареи и болевом варианте синдрома чаще отмечались эмоциональная лабильность, и повышенная потливость ( $p<0,05$ ).

#### **Результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов с СРК**

Проведенное эндоскопическое и морфологическое исследование слизистой желудка не выявило значительных изменений у большинства пациентов с СРК (нормальное строение слизистой наблюдалось у 31,0% всех обследованных, а у 51,5% диагностирован слабовыраженный, слабоактивный гастрит).

Достаточно часто СРК сочетался с дискинезией желчевыводящих путей, особенно при алгическом варианте (26,7%) и запорах (34,2%) по сравнению с группой СРК с диареей (13,3%;  $p<0,01$ ). Для пациентов с диарейным синдромом было характерно увеличение лимфоузлов брюшной полости (26,7%) по сравнению остальными группами (10,5%;  $p<0,05$ ).

Достаточно информативным оказалось ультразвуковое исследование толстой кишки, позволяющее определить расширение различных отделов, уплотнение стенок, особенно при наличии запоров (41,7% случаев;  $p<0,05$ ).

Визуальные эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок выявлены у 46,5% обследованных пациентов с СРК. Последующее морфологическое исследование биоптатов у детей с визуальной эндоскопической картиной воспаления в дистальных отделах толстой кишки подтвердило полученные при эндоскопии данные лишь у 4 (18,2%) детей. Во всех биоптатах при микроскопическом исследовании кишечные крипты имели нормальное строение и глубину без признаков атрофии и нарушения целостности эпителиального пласта. У части детей с СРК (31,8%) наблюдались изменения слизистой прямой и сигмовидного отдела кишки преимущественно гиперсекреторного характера в виде увеличения объемных долей бокаловидных

клеток ( $30,0 \pm 1,2$  по сравнению с  $12,2 \pm 0,7$  во второй группе;  $p < 0,001$ ), инфильтрации собственной пластинки лимфоцитами ( $5,8 \pm 0,9$  и  $2,8 \pm 0,3$  соответственно;  $p < 0,05$ ) и плазматическими клетками ( $10,7 \pm 0,9$  и  $4,9 \pm 0,9$ ;  $p < 0,001$ ). Выявленные изменения не зависели от клинического варианта СРК. Отмечалась тесная корреляционная взаимосвязь между длительностью заболевания и количеством бокаловидных клеток в эпителии кишечных крипт ( $r = 0,653$ ;  $p = 0,001$ ), и лимфоцитов в собственной пластинке слизистой ( $r = 0,529$ ;  $p = 0,012$ ). Выявленные морфологические изменения наблюдались преимущественно у детей с длительным течением СРК ( $3,0 \pm 0,6$  лет по сравнению с  $1,7 \pm 0,4$  в группе пациентов с нормальным строением слизистой;  $p = 0,012$ ) и нарушением биоценоза (снижение лактобактерий отмечалось у 85,7% детей с выявленными морфологическими изменениями по сравнению с 26,7% во второй группе;  $p < 0,05$ ).

Копрологическое исследование позволило определить нарушение переваривающей способности кишечника в виде избытка мышечных волокон, особенно выраженного при СРК с диареей (46,7%) и болями (58,8%) по сравнению с СРК с запорами (16,7%;  $p < 0,01$ ). В группе пациентов с диареей чаще наблюдалось плохое переваривание клетчатки (20,0%;  $p < 0,05$ ), крахмала (23,3% вне- и 30,0% внутриклеточный;  $p < 0,05$ ), повышение йодофильной флоры (16,7%;  $p < 0,05$ ) как признаки дисбактериоза.

Более трети обследованных детей с СРК имели изменения в составе кишечной микрофлоры. У пациентов с диареей наблюдалось преимущественное снижение числа бифидобактерий (23,3% по сравнению с 1,0% в двух других группах;  $p < 0,05$ ) и избыточный рост условно-патогенной флоры (16,7% и 0 соответственно;  $p < 0,05$ ). При преобладании запора в клинике заболевания отмечалась тенденция к снижению числа нормальной кишечной палочки (40,0% детей) при достаточном содержании бифидобактерий.

### **Особенности психологического статуса и качества жизни детей с СРК**

Согласно опроснику Кеттела, дети с СРК, по сравнению со здоровыми сверстниками, имели более высокие показатели фактора В ( $p < 0,01$ ) и D ( $p < 0,05$ ), тенденцию к повышению показателя Q4, более низкие оценки по факторам А ( $p < 0,05$ ), С ( $p < 0,01$ ) и F ( $p < 0,001$ ). Это означает, что дети с синдромом более ранимы и обидчивы, зависимы от мнения окружающих, тревожны, эмоционально неустойчивы.

По результатам оценки акцентуаций личности установлено, что дети с запорами чаще проявляли выраженные черты педантичной (30,0% опрошенных;  $p < 0,01$ ) и застревающей (37,5%;  $p < 0,05$ ) личности. Напротив, пациенты с диареей и алгическим вариантом были склонны к экзальтации (43,3% и 35,2% соответственно;  $p < 0,05$ ). Все дети с СРК проявляли высокие показатели тревожности практически по всем параметрам (школьная,

межличностная, самооценочная;  $p < 0,001$ ). В отличие от взрослых пациентов, дети с СРК не склонны к развитию депрессивных расстройств.

СРК оказывало значительное влияние на все аспекты качества жизни детей ( $p < 0,001$ ). При изучении влияния жалоб на оценку качества жизни пациентов обнаружено, что чувство тяжести в животе значительно ухудшало физическое ( $r_s = -0,236$ ,  $p < 0,05$ ), эмоциональное ( $r_s = -0,34$ ;  $p < 0,01$ ) функционирование и школьную активность ( $r_s = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ) детей. Отрицательный вклад в эмоциональное состояние пациентов и школьное функционирование вносил также метеоризм ( $r_s = -0,244$ ;  $p < 0,05$ ) и вздутие живота ( $r_s = -0,228$ ;  $p < 0,05$ ). Наибольшее ограничение физической активности и ухудшение эмоционального состояния в связи с болезнью отмечали дети с запорами и при наличии СРК с болями ( $p < 0,05$ ).

Для оценки влияния психотерапевтического лечения на качество жизни детей с СРК, 32 пациентам с различными клиническими вариантами синдрома было назначено медикаментозное лечение (дротаверин 0,04 по 1 таблетке 3 раза в день, лактулоза 10-20 мл 1 раз в день утром при запорах, линекс по 1 капсуле 3 раза в день при диарее) и половине из них (16 человек) – сеансы психотерапии (7–10 сеансов). Сравнение результатов лечения через 1 месяц после его окончания выявило, что назначение психотерапии значительно улучшало показатели эмоционального и социального функционирования ( $p < 0,001$ ) пациентов, способствовало исчезновению вздутия ( $p < 0,05$ ), болей и чувства тяжести в животе (рисунок 1).



**Рисунок 1 – Влияние психотерапии на динамику жалоб пациентов с СРК**

Психотерапевтическое лечение оказывало значительное положительное влияние на эмоциональный фон детей ( $r_s = 0,687$ ;  $p < 0,01$ ), помогало им преодолевать проблемы в общении ( $r_s = 0,597$ ;  $p < 0,01$ ), приводило более быстрому и полному достижению ремиссии.

По результатам исследования разработана и внедрена комплексная программа диагностики и лечения различных клинических вариантов синдрома раздраженного кишечника у детей.



\* при наличии клинической симптоматики и изменениях в копрограмме; \*\* по показаниям; \*\*\* при длительности заболевания > 3 лет; \*\*\*\* оценка результатов лечения с помощью опросника качества жизни PedsQL.

**Рисунок 2 – Комплексная программа диагностики и лечения СРК у детей**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Основные научные результаты диссертации

1. Большое число опрошенных детей среднего и старшего школьного возраста (75,1%) предъявляют жалобы на боли в животе. При этом почти у половины детей (47,0%) болевой синдром связан с актом дефекации и психоэмоциональным напряжением (36,8%). Тот факт, что у 25,7% детей, отмечающих уменьшение болей после дефекации, встречается стресс как причина болей в животе, позволяет предположить наличие у этих респондентов симптомов, характерных для клиники СРК [7, 10].

2. В развитии СРК важное значение имеют функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта в виде колик, срыгиваний и изменения состава кишечной микрофлоры на первом году жизни ( $p < 0,01$ ), неблагоприятные социально-семейные факторы ( $p < 0,01$ ), неврологические особенности в виде задержки психомоторного развития, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости ( $p < 0,01$ ), которые, в сочетании с особыми диетическими привычками и образом жизни детей, способствуют развитию заболевания и усилению его клинических проявлений [5].

3. Установлены особенности клинических проявлений СРК у детей. Для варианта с преобладанием диареи характерны схваткообразные боли ( $p < 0,05$ ), чаще после еды ( $p < 0,05$ ) в области слепой ( $p < 0,01$ ) и поперечно-ободочной кишки ( $p < 0,01$ ), сочетающиеся с императивными позывами на дефекацию ( $p < 0,05$ ). При синдроме раздраженного кишечника с запорами пациентов беспокоят утренние боли (80%) после еды ( $p < 0,05$ ) в области нисходящего и сигмовидного отделов кишки (90,0%), периодически ноющего характера ( $p < 0,05$ ), в сочетании с чувством тяжести в животе ( $p < 0,01$ ). При наличии алгического варианта синдрома, отмечаются периодические ноющие боли ( $p < 0,05$ ), не зависящие от приема пищи ( $p < 0,05$ ) преимущественно в области поперечного, нисходящего и сигмовидного отделов ( $p < 0,05$ ), сопровождающиеся чувством тяжести ( $p < 0,01$ ) [1, 2, 3, 12].

4. Выявлены нарушения переваривающей способности кишечника, а также изменения биоценоза в виде снижения числа бифидобактерий ( $p < 0,05$ ) и избыточного роста условно-патогенной флоры при варианте с диареей ( $p < 0,05$ ), и, в меньшей степени, при наличии запоров. Целесообразно включать в комплекс обследования пациентов ультразвуковое исследование толстой кишки с целью выявления расширения ее отделов, обнаружения каловых камней, особенно при наличии запоров ( $p < 0,05$ ) и проводить ректосигмоскопию с биопсией при длительном течении заболевания (более 3 лет) [1, 3].

5. Личность детей с синдромом раздраженного кишечника характеризуется высоким уровнем тревожности ( $p < 0,001$  практически по всем

параметрам), чрезмерной выраженностью определенных черт характера (педантично-застревающих при запорах и демонстративно-экзальтированных при диарее), что обуславливает особое отношение детей к своему заболеванию и оценке своих симптомов [4, 6, 13, 14].

6. Установлено значительное снижение всех параметров качества жизни у детей с СРК по сравнению со здоровыми сверстниками ( $p < 0,001$ ). Разработанная комплексная программа диагностики и лечения различных вариантов синдрома с применением психотерапевтической коррекции позволяет достигнуть более быстрой и полной ремиссии заболевания и значительно повышает качество жизни пациентов ( $p < 0,001$ ) [1, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов**

1. Дети, предъявляющие жалобы на боли в животе, связанные с психоэмоциональным стрессом, в сочетании с симптомами кишечной диспепсии, нуждаются в дополнительном обследовании для выявления у них возможного СРК.

2. Дети с отягощенным анамнезом по функциональным нарушениям желудочно-кишечного тракта и неврологическим особенностям на первом году жизни, неблагоприятным социально-семейным статусом, перенесенными кишечными инфекциями в анамнезе составляют группу риска по развитию СРК и нуждаются в наблюдении у педиатра и психолога/психотерапевта.

3. Необходимо корректировать диетические привычки и образ жизни детей с различными вариантами синдрома. В план обследования пациентов необходимо включать ультразвуковое исследование толстой кишки, ректосигмоскопию (при длительности заболевания более 3 лет), микробиологическое и копрологическое исследования кала с последующей коррекцией схемы лечения ферментными препаратами и пробиотиками.

4. Пациентам с СРК следует проводить оценку психологического статуса с консультацией данной категории детей у психолога или психотерапевта. В целях достижения ремиссии за более короткие сроки необходимо дополнять медикаментозное лечение сеансами психотерапии.

5. В качестве дополнительного критерия оценки тяжести состояния и эффективности проводимого лечения СРК у детей необходимо применять метод оценки качества жизни пациентов. Наилучшие результаты в повышении качества жизни детей с синдромом достигаются при применении комплексного подхода к лечению пациентов с участием педиатра, гастроэнтеролога, психотерапевта, оптимизацией режимных, диетических аспектов, медикаментозной терапии, психотерапевтической коррекции.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ

### Статьи в научных журналах

1. Юрчик, К.В. Современные подходы к диагностике и лечению детей с синдромом раздраженной кишки / К.В. Юрчик, О.Н. Назаренко, О.П. Пиневиц, С.А. Силивон, Е.Ф. Гилевич, Н.В. Рудкова // Медицинская панорама. – 2010. – № 2. – С. 25–30.
2. Юрчик К.В. Современный взгляд на проблему раздраженного кишечника в педиатрии / К.В. Юрчик, А.В. Сукало // Медицинская панорама. – 2011. – №8. – С. 41–44.
3. Юрчик, К.В. Некоторые аспекты клиники и диагностики синдрома раздраженного кишечника у детей / К.В. Юрчик, А.В. Сукало // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2011. – № 6. – С. 69–80.
4. Юрчик, К.В. Особенности личности и качество жизни детей с синдромом раздраженного кишечника / К.В. Юрчик, А.В. Сукало // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2012. – № 3. – С. 116–128.
5. Юрчик, К.В. Особенности индивидуального развития детей с синдромом раздраженного кишечника / К.В. Юрчик // Медицинская панорама. – 2012. – №8. – С. 51–54.
6. Юрчик, К.В. Психологические особенности детей с синдромом раздраженного кишечника / К.В. Юрчик, А.В. Сукало, С.В. Архим // Актуальные вопросы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – № 2. – Часть II. – С. 241–247.

### Статьи и тезисы докладов в научных сборниках и материалах конференций

7. Юрчик, К.В. Изучение частоты встречаемости и структуры кишечной диспепсии у школьников г. Минска / К.В. Юрчик // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы XVII Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, г. Москва, 10–12 марта 2010 г. – М., 2010. – С. 46–47.
8. Сукало А.В. Качество жизни детей и подростков с синдромом раздраженного кишечника / А.В. Сукало, К.В. Юрчик // Труды молодых ученых 2011: сборник научных работ / Бел. гос. мед. ун-т; под ред. А.В. Сикорского. – Минск, 2011. – С. 156–160.
9. Сукало А.В. Оценка качества жизни детей и подростков с синдромом раздраженного кишечника / А.В. Сукало, К.В. Юрчик // Материалы X Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» и II Конгресса детских врачей Союзного государства, г. Москва, 18–20 октября 2011 г. – М., 2011. – С. 56–57.

10. Юрчик, К.В. Анализ частоты встречаемости жалоб, характерных для синдрома раздраженного кишечника, среди детей школьного возраста / К.В. Юрчик, А.В. Сукало // Актуальные проблемы педиатрии, детской хирургии и травматологии: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию УЗ «ГОДКБ» и 25-летию кафедры педиатрии УО «ГрГМУ», г. Гродно, 10–11 ноября 2011 г. / Гродненский гос. мед ун-т; редкол.: Н.С. Парамонова [и др.]. – Гродно, 2011. – С. 369–373.

11. Юрчик, К.В. Качество жизни детей и подростков с синдромом раздраженного кишечника / К.В. Юрчик // Педиатрия XXI века: проблемы и перспективы: материалы Республиканской научно-практической конференции посвященной 50-летию кафедры детских болезней УО «ГрГМУ», Гродно, 14 декабря 2012 г. / Гродненский гос. мед ун-т; редкол.: Н.С. Парамонова [и др.]. – Гродно, 2012. – С. 224–228.

12. Юрчик, К.В. Особенности клинических проявлений различных вариантов синдрома раздраженного кишечника у детей / К.В. Юрчик // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: материалы Юбилейного XX Международного Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ, г. Москва, 19–21 марта 2013 г. – М., 2013. – С. 179–180.

13. Юрчик, К.В. Роль психотерапии в лечении детей с синдромом раздраженного кишечника / К.В. Юрчик, А.В. Сукало, С.В. Архим // Воронцовские чтения. Санкт-Петербург – 2013: материалы VI научно-практической конференции с международным участием, г. Санкт-Петербург, 1–2 марта 2013 г. – СПб., 2013. – С. 110–112.

14. Yurchyk, K.V. Psychological characteristics of children with IBS / K.V. Yurchyk // 46<sup>th</sup> Annual Meeting of ESPGHAN: Abstract book, London, 8–11 May 2013. – London, 2013. – P. 158.

## РЭЗІЮМЭ

### Юрчык Ксенія Валер'еўна Сіндром раздражнёнага кішачніка ў дзяцей (клініка, дыягностыка, лячэнне)

**Ключавыя словы:** сіндром раздражнёнага кішачніка, клінічныя асаблівасці, якасць жыцця, псіхалагічны статус.

**Мэта даследавання:** на падставе вывучэння фактараў рызыкі, клінічных і псіхалагічных асаблівасцяў, марфалагічных характарыстык прапанаваць аптымальную праграму дыягностыкі і палепшыць вынікі лячэння сіндрому раздражнёнага кішачніка ў дзяцей.

**Метады даследавання:** анамнестычныя, клінічныя, лабараторныя, інструментальныя, анкетаванне, псіхалагічнае тэставанне, статыстычныя.

**Атрыманыя вынікі.** Выяўлена, што сімптомы, характэрныя для клінічнай карціны сіндрому раздражнёнага кішачніка, з'яўляюцца шырока распаўсюджанымі сярод дзяцей сярэдняга і старэйшага школьнага ўзросту. Вызначана своеасаблівасць клінічнай карціны, анамнезу жыцця, ацэнена інфарматыўнасць некаторых лабараторных і інструментальных метадаў даследавання ў дзяцей з рознымі варыянтамі сіндрому раздражнёнага кішачніка. Устаноўлена, што дзеці з любым варыянтам сіндрому валодаюць асаблівым профілем асобы з перавагай трывожных і неўратычных якасцей, якія абумоўліваюць фарміраванне адпаведнай клінічнай карціны захворвання. Абгрунтавана ўключэнне ў комплекс абследавання пацыентаў шэрагу лабараторных (капралагічнае, мікрабіялагічнае даследаванне калу) і інструментальных (ультрагукавое даследаванне тоўстай кішкі, рэктасігмаскапія з біяпсіяй) метадаў даследавання. Устаноўлена, што якасць жыцця дзяцей з сіндромам раздражнёнага кішачніка значна зніжана па ўсіх параметрах, а ўключэнне псіхатэрапеўтычных метадык у комплекс лячэння дазваляе значна палепшыць паказчыкі якасці жыцця пацыентаў і дасягнуць больш поўнай рэмісіі захворвання.

**Рэкамендацыі па выкарыстанні:** атрыманыя вынікі мэтазгодна выкарыстоўваць пры абследаванні і лячэнні дзяцей з рознымі клінічнымі варыянтамі сіндрома раздражнёнага кішачніка.

**Галіна прымянення:** педыятрыя, дзіцячая гастрэнтэралогія.

## РЕЗЮМЕ

### Юрчик Ксения Валерьевна Синдром раздраженного кишечника у детей (клиника, диагностика, лечение)

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, клинические особенности, качество жизни, психологический статус.

**Цель исследования:** на основании изучения факторов риска, клинических и психологических особенностей, морфологических характеристик предложить оптимальную программу диагностики и улучшить результаты лечения синдрома раздраженного кишечника у детей.

**Методы исследования:** анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные, анкетирование, психологическое тестирование, статистические.

**Полученные результаты.** Выявлено, что симптомы, характерные для клинической картины синдрома раздраженного кишечника, являются широко распространенными среди детей среднего и старшего школьного возраста. Определено своеобразие клинической картины, анамнеза жизни, оценена информативность некоторых лабораторных и инструментальных методов обследования у детей с различными вариантами синдрома раздраженного кишечника. Установлено, что дети с любым вариантом синдрома обладают особым личностным профилем с преобладанием тревожных и невротических черт, обуславливающим формирование соответствующей клинической картины заболевания. Обосновано включение в комплекс обследования пациентов ряда лабораторных (копрологическое, микробиологическое исследование кала) и инструментальных (ультразвуковое исследование толстой кишки, ректосигмоскопия с биопсией) методов исследования. Установлено, что качество жизни детей с синдромом раздраженного кишечника значительно снижено по всем параметрам, а включение психотерапевтических методик в комплекс лечения позволяет значительно улучшить показатели качества жизни пациентов и достигнуть более полной ремиссии заболевания.

**Рекомендации по использованию:** полученные результаты целесообразно использовать при обследовании и лечении детей с различными клиническими вариантами синдрома раздраженного кишечника

**Область применения:** педиатрия, детская гастроэнтерология.