

GENDER AND AGE ASPECTS OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN CHILDREN

Koshimbetova G.¹, Shomansurova E.² (Republic of Uzbekistan)

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кошимбетова Г. К.¹, Шомансурова Э. А.² (Республика Узбекистан)

¹Кошимбетова Генжехан Калбаевна / Koshimbetova Genjekhan – ассистент;

²Шомансурова Элмира Амануллаевна / Shomansurova Elmira - доктор медицинских наук, профессор, кафедра амбулаторной медицины, педиатрический факультет,

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Abstract: the article analyzes the irritable bowel syndrome in children, depending on age, sex and clinical options. More pronounced clinical symptoms observed in children intestine functional disorders in comparison with clinical diseases of the upper gastrointestinal tract without irritable bowel syndrome. Predominant irritable bowel syndrome is diarrhea, constipation, pain and bloating that occurs more frequently in older children (12-14 years), particularly among boys. Thus, in our studies, all major clinical scores prevalent in boys.

Аннотация: в статье анализируются синдром раздраженного кишечника у детей в зависимости от возраста, пола и клинического варианта. Более выраженные клинические симптомы отмечаются у детей с функциональными расстройствами кишечника по сравнению с клиникой заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без синдрома раздраженного кишечника. Преобладающим синдромом раздраженного кишечника является диарея с запорами, болями и метеоризмом, что встречается чаще у детей старшего возраста (12-14 лет), в частности у мальчиков. Таким образом, по результатам наших исследований, все основные клинические показатели преобладают у мальчиков.

Keywords: functional bowel disorder; irritable bowel syndrome; dyspepsia; school age, flatulence.

Ключевые слова: функциональные расстройства кишечника; синдром раздраженного кишечника; диспепсия; школьный возраст, метеоризм.

В последнее десятилетие отмечается не только отсутствие тенденции к снижению распространенности патологии пищеварительного тракта у детей, но ее неуклонный рост. При этом подчеркивается, что в 90% случаев боли в животе у детей обусловлены функциональными нарушениями и только в 10% – органическими [1]. Функциональными нарушениями можно считать разнообразные комбинации гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений [4].

Необходимо отметить возрастание удельного веса и практической значимости в детской гастроэнтерологии функциональных заболеваний пищеварительной системы. Одним из основных факторов формирования этой патологии является острый и хронический стресс, роль которого в жизни человека, в том числе и ребёнка, непрерывно возрастает [2; 3].

Цель исследования: изучить клиническую картину течения синдрома раздраженного кишечника у детей в зависимости от клинического варианта заболевания, возраста, пола.

Материалы и методы. Основную группу (1-я группа) составили 56 детей, страдающих синдромом раздраженного кишечника, в возрасте 7-14 лет (средний возраст $10,0 \pm 0,69$ лет), из них 30 девочек и 26 мальчиков. Группу сравнения (2-я группа) составили 100 больных заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без СРК. Диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливался на основании критериев СРК, определенных III Римским консенсусом.

Все дети проходили следующие обследования: клинический осмотр, общепринятый комплекс исследований для больных с патологией желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании дети младшего возраста составили $42,2 \pm 4,6\%$, дети старшего возраста – $57,8 \pm 4,6\%$. Установлено, что в младшей возрастной группе заболевание чаще выявляется у мальчиков – $57,4 \pm 7,2\%$, а у девочек этот показатель составил $42,6 \pm 7,2\%$, ($p < 0,05$), в старшей возрастной группе у девочек – $68,1 \pm 5,6\%$, а у мальчиков – $31,9 \pm 5,4\%$ ($p < 0,05$).

Фактором, способствующим формированию заболевания у большинства детей, явилось наличие аллергических заболеваний – $28,4 \pm 4,2\%$, а в группе сравнения – $10 \pm 3,0\%$ ($p < 0,01$), при этом наибольшую роль играла пищевая аллергия – $3,8 \pm 1,1$, в группе сравнения этот показатель составил $7,0 \pm 2,6\%$. Перенесенные кишечные инфекции в анамнезе были у $20,7 \pm 3,6\%$, ($p < 0,01$) детей, а в группе сравнения – у $18,9 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$), при этом чаще отмечалось наличие перенесенного иерсиниоза, выявленного у $5,2 \pm 2,1\%$ больных, а в группе сравнения – у $1,0 \pm 0,9\%$, ($p > 0,05$). Важным фактором явилось ожирение, выявляемое у $18,8 \pm 3,6\%$ детей в основной группе и у $9,0 \pm 2,9\%$ больных в группе сравнения ($p < 0,01$).

Было установлено, что около трети больных ($31\pm 4,3\%$) с СРК воспитываются в неполных семьях (без отца или без матери), что оказывает негативное влияние на психологический статус пациентов и является фактором развития заболевания.

При анализе клинического течения заболевания установлено, что основным симптомом заболевания с высокой частотой выявлялась боль. Связь болей с актом дефекации отмечалась у $89,8\pm 4,3\%$ детей младшего возраста. Из них мальчиков было $53\pm 4,1\%$, а девочек – $36\pm 3,5\%$. У детей старшего возраста этот показатель составил $92,5\pm 3,2\%$, ($p>0,05$). Из них у мальчиков он составил $49,2\pm 4,8\%$, а у девочек – $43\pm 3,2\%$. Связь болей с изменением частоты стула по типу диареи отмечена у $30,6\pm 6,6\%$ основной группы детей, из них у мальчиков этот показатель составил $18\pm 2,9\%$, а у девочек – $12,1\pm 1,1\%$. В группе сравнения показатель составил $31,3\pm 5,7\%$ ($p>0,05$). Связь болей с нарушением частоты стула по типу запоров выявлена у $42,9\pm 7,1\%$ детей более старшего возраста, в группе сравнения он составил $26,9\pm 5,4\%$ ($p>0,05$) в том же возрасте.

Выявлены особенности болевого синдрома у больных, связанные с актом дефекации ($91,4\pm 2,6\%$). Эпизоды психоэмоционального напряжения выявлены у $26,7\pm 4,1\%$ больных, спастический характер болей имели $24,1\pm 4,0\%$ детей. Интересным фактом явилось то, что болевой синдром в 99% случаев встречался именно у тех детей, которые в школе занимались плохо. Характерно, что у $40,5\pm 4,6\%$ обследованных девочек старшего возраста боль локализовалась в нижних отделах живота. К характеристике болевого синдрома можно отнести также наличие в анамнезе у больных с СРК госпитализаций с «подозрением на острый аппендицит» – $17,2\pm 3,5\%$ больных (в группе сравнения – $10,0\pm 3,0\%$ детей, $p>0,05$).

Чувство неполного опорожнения после дефекации в основной группе при диарее выявлено у $50,0\pm 8,8\%$. Из них $37,5\pm 5,1\%$ составили мальчики и $22,5\pm 3,4\%$ – девочки. У $17,9\pm 6,1\%$ детей наблюдались запоры ($p<0,01$). Из них $10,5\pm 2,1\%$ составили мальчики, $8,4\pm 1,4\%$ – девочки. Метеоризм выявлен у $75,0\pm 7,6\%$ больных при диарее ($p<0,01$). У $98,2\pm 7,3\%$ детей с СРК боли и метеоризм в сочетании встречались почти у всех детей ($p<0,05$). Из них $38,5\pm 4,8\%$ составил детей младшего возраста, а $60,7\pm 7,8\%$ - старшего возраста. Императивные позывы при диарее также несколько чаще выявлялись ($21,9\pm 7,3\%$) у мальчиков старшего возраста с СРК по сравнению с болями и метеоризмом ($19,5\pm 6,2\%$ больных, $p>0,05$).

Таким образом, по результатам наших исследований, все основные клинические показатели преобладают у мальчиков, как младшего возраста, так и старшего.

Выводы

1. Более выраженные клинические симптомы отмечается у детей функциональными расстройствами кишечника по сравнению с клиникой заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта без синдрома раздраженного кишечника.

2. Преобладающим синдромом раздраженного кишечника является диарея с запорами, болями и метеоризмом, что встречается чаще у детей старшего возраста (12-14 лет), в частности у мальчиков.

Литература

1. *Акопян А. Н., Бельмер С. В., Карпина Л. М.* Кальпротектин в стуле при функциональных нарушениях органов пищеварения как маркер минимального воспаления // *Материалы XIX Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ.* Москва, 2012. С. 28-29.
2. *Бельмер С. В., Коваленко А. А., Акопян А. Н.* Синдром раздраженного кишечника: новые горизонты медикаментозной терапии // *Лечащий врач,* 2012. № 2. С. 68-72.
3. *Drossman D. A.* Presidential Address: Gastrointestinal illness and Biopsychosocial Model. // *Psychosom Med.,* 1998. 60: 258-67.
4. *Richardson G., Griffiths A. M., Miller V., Thomas A. G.* Quality of life in inflammatory bowel disease // *A crosscultural comparison of English and Canadian children.* // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.* 2001. P. 32 - 578.