

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Юрчик К.В., Сукало А.В.

Белорусский государственный медицинский университет

кафедра пропедевтики детских болезней

1-я кафедра детских болезней

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одной из наиболее распространенных функциональных патологий желудочно-кишечного тракта. По некоторым данным, те или иные симптомы СРК периодически возникают у 60% взрослых людей (2,3,4,5). При этом невозможно найти убедительных сведений относительно распространенности СРК среди педиатрических пациентов и, тем более, среди детской популяции. Некоторые зарубежные авторы предполагают, что 10-20% подростков имеют симптомы СРК (1,6). Данные о распространенности данной патологии среди детского населения Беларуси практически отсутствуют.

Целью настоящего исследования явилось изучение частоты встречаемости жалоб, характерных для СРК, на примере учащихся двух школ г. Минска.

Материалы и методы. В ходе исследования было проведено анкетирование учащихся 5-6 и 10-11 классов средней школы №5 и гимназии №2 г. Минска (n=518). Все дети были разделены на 4 группы по полу и возрасту. Общее количество девочек составило 312, мальчиков – 206, младшего возраста (10-12 лет) – 258 детей, старшего (15-17 лет) – 260.

Результаты. Боли в животе 1 раз в месяц и чаще беспокоили 389 человек (75,98%), при этом намного чаще данную жалобу предъявляли девочки (p<0,001). Разницы в частоте встречаемости болей в животе среди детей разного возраста не выявлено. Проведенный анализ частоты диспепсических жалоб среди школьников установил определенные особенности (таблица 1).

Таблица 1 - Характер диспепсических жалоб среди школьников разного пола

Жалобы (1 раз в месяц и чаще)	Распределение школьников по полу		
	девочки (n=312) абс (%)	мальчики (n=206) абс (%)	P
Тошнота, рвота	51 (16,35%)	12 (5,83%)	<0,001
Изжога	42 (13,46%)	34 (16,50%)	-
Отрыжка	80 (25,64%)	81 (39,32%)	<0,01
Вздутие живота	74 (23,72%)	32 (15,53%)	<0,05

Тошнота и вздутие живота были более характерны для женского пола, хотя встречались и у 15,53% мальчиков. Среди последних значительно чаще встречались жалобы на отрыжку ($p < 0,01$). Различий в частоте распространения диспепсических жалоб среди младшей и старшей групп не было выявлено.

Нарушения стула в виде запора несколько чаще отмечались у девочек (12,18%), по сравнению с мужским полом (6,31%), а диарейный синдром с одинаковой частотой встречался у всех детей (18,59% и 21,84% соответственно).

При изучении характерной локализации болей установлено, что боли по всему животу характерны для лиц женского пола (8,33% девочек и 2,91% мальчиков; $p < 0,05$). Младшие дети чаще жаловались на боли около пупка (15,89% младших детей и 8,85% старших; $p < 0,05$), в то время, как старшеклассники отмечали частые боли в эпигастрии (20,38% подростка и 5,42% младшего возраста; $p < 0,001$). Вместе с тем в 19,50% всех ответов отмечена локализация болей в подвздошных отделах живота. Среди основных причин болей в старшем возрасте возрастала роль стресса (37,68% подростков и 20,16% детей младшей группы; $p < 0,001$) и уменьшалась доля физической нагрузки (30,23% детей 10 – 12 лет и 13,85% старшеклассников; $p < 0,001$).

Мы проанализировали связь имеющегося болевого синдрома с дефекацией, весьма характерную для СРК. Для этого были отобраны дети, отметившие частоту болей в животе 1 раз в месяц и чаще (389 человек). При анализе различных групп детей установлено, что мальчики чаще испытывали уменьшение болей после дефекации, чем девочки (59,85% и 40,475 соответственно; $p < 0,001$). При этом дети младшего возраста более склонны к уменьшению болевого синдрома после дефекации, чем дети из старшей группы (52,665 и 41,79%; $p < 0,05$).

В дальнейшем всех детей мы разделили на две группы. Первую составило 183 человека, у которых отмечалось уменьшение болей после дефекации (группа 1), вторую – 195 детей без подобной зависимости (группа 2).

При изучении сопутствующих жалоб со стороны ЖКТ выявлено, что дети из первой группы значительно чаще страдали от отрыжки ($p < 0,05$), что свидетельствует о наличии нарушений моторики желудочно-кишечного тракта. Также обнаружено, что у подростков из первой группы значительно чаще встречалось вздутие живота (29 человек или 34,50%), по сравнению с детьми того же возраста из второй группы (21 ребенок или 19,27%; $p < 0,05$). При этом у респондентов младшего возраста подобной закономерности не наблюдалось.

Изучение локализации болей в животе выявило некоторые отличия. Околопупочные боли значительно чаще испытывали дети из первой группы (16,94% по сравнению с 7,69%, $p < 0,05$), так же, как и боли в левой подвздошной области (20,22% и 7,69% соответственно, $p < 0,01$). Подобные жалобы являются характерными для различных заболеваний кишечника, в том числе СРК.

Жалобы на запоры или поносы встречались в обеих группах с одинаковой частотой. Анализ изменений частоты стула не выявил достоверных различий в обеих группах. В целом, дети чаще отмечали урежение стула (26,78% в первой группе и 28,72% во второй), чем учащение (1,09% и 2,05% соответственно).

У респондентов из второй группы чаще сохранялся нормальный стул при болях в животе, в то время как у детей из первой группы болевой синдром часто сопровождался уплотнением либо послаблением стула. Анализ влияния возраста на ответы респондентов показал снижение частоты встречаемости нарушений характера стула среди старших детей первой группы ($p < 0,01$), по сравнению с младшими детьми той же группы.

Далее мы проанализировали возможные причины возникновения болей у детей. Достоверных различий между двумя группами нами не установлено. Наиболее частой причиной болей (более 30% случаев) являлся стресс, чуть меньшую роль (22,25%) играли продукты питания и физическая нагрузка. Подробный анализ влияния возраста на спектр основных провоцирующих факторов выявил некоторые различия. Так, старшие дети из первой группы значительно чаще отмечали стресс в качестве причины возникновения болей, по сравнению с респондентами того же возраста из второй группы (55,92% и 32,1% соответственно, $p < 0,05$). У младших детей (10-12 лет) наблюдалась противоположная закономерность (17,8% из первой группы, 32,6% - из второй, $p < 0,05$).

Поскольку среди факторов, способствующих возникновению и усилению болевого синдрома при СРК, большое значение имеет стресс, был проведен сравнительный анализ жалоб детей, у которых стресс вызывает возникновение болей в животе, с жалобами респондентов без подобной зависимости.

Из 389 детей, имевших боли в животе с частотой 1 раз в месяц и чаще, 6 человек затруднились ответить на вопрос относительно причин возникновения болей и были исключены из расчетов. При анализе остальных анкет было установлено, что 139 (35,73%) детей отметили стресс как возможную причину возникновения болей. Данные дети составили группу №1. Респонденты, не указавшие данной причины болей, составили группу №2. Симптомы

диспепсии, как и нарушения стула, чаще встречались в первой группе (таблица 2).

Подобная закономерность установлена и в частоте встречаемости запоров. Возможно, что данные симптомы у детей из первой группы зачастую носят неврологический характер, и не обусловлены органическими причинами.

Анализ влияния пола выявил, что девочки, испытывающие стресс, чаще жаловались на тошноту (31,33% в первой группе и 12,07% во второй; $p < 0,001$) и вздутие живота (46,99% и 18,97% соответственно; $p < 0,001$). В то же время для мальчиков более характерно возникновение отрыжки (67,74% и 42,65%; $p < 0,05$).

Таблица 2 - Характер диспепсических жалоб в зависимости от стрессовых факторов

Жалобы	Влияние стресса на болевой синдром		
	усиливает	не изменяет	P
	группа 1 (n=139) абс (%)	группа 2 (n=244) абс (%)	
Отрыжка	59 (42,45)	82 (33,61)	-
Тошнота	30 (21,58)	25 (10,25)	<0,01
Вздутие живота	55 (39,57)	43 (17,62)	<0,001
Понос	41 (29,50)	53 (21,72)	
Запор	29 (20,86)	22 (9,02)	<0,01

Поскольку стресс оказывает значительное влияние на частоту встречаемости диспепсических жалоб среди детей школьного возраста, нам показалось интересным проанализировать также характер неврологических и астеновегетативных жалоб среди детей первой и второй групп (таблица 3).

Таблица 3 - Характеристика астеновегетативных и неврологических жалоб

Неврологические и астеновегетативные жалобы	Влияние стресса на болевой синдром		
	усиливает	не изменяет	P
	группа 1 (n=139) абс (%)	группа 2 (n=244) абс (%)	
Чувство тревоги	95 (68,35)	94 (38,52)	<0,01
Плаксивость	69 (49,64)	95 (38,93)	<0,05
Вспыльчивость	129 (92,81)	174 (71,31)	<0,01
Бессонница	73 (52,52)	120 (49,18)	-
Сонливость днем	115 (82,73)	167 (68,44)	<0,01
Утомляемость	130 (93,53)	208 (85,25)	-

Снижение внимания	100 (71,94)	147 (60,25)	<0,05
Учащенное сердцебиение	66 (47,48)	111 (45,49)	-
Боли в сердце	81 (58,27)	103 (42,21)	-
Непереносимость транспорта	48 (34,53)	68 (27,87)	-
Головокружения	77 (55,40)	96 (39,34)	<0,01
Головные боли	118 (84,89)	194 (79,51)	
Обмороки	6 (4,32)	1 (0,41)	<0,05
«Мушки»	59 (42,45)	86 (35,25)	
Зябкость	63 (45,32)	70 (28,69)	<0,01
Потливость	39 (28,06)	65 (26,64)	-

Обнаружено, что детей первой группы значительно чаще беспокоили чувство тревоги, перемены в настроении и проблемы со сном. Аналогичные данные получены и относительно жалоб на снижение внимания ($p < 0,05$). Повышенная утомляемость встречалась у большинства школьников (84-94%). Вегетативные жалобы отмечались у детей обеих групп, однако некоторые симптомы (головокружения, обмороки, зябкость конечностей) все же были более характерны для детей, испытывающих стресс.

Из полученных данных можно сделать вывод, что у детей из первой группы, имеют место нарушения регуляции вегетативной нервной системы. Это, в сочетании с особенностями психики детей (повышенной тревожностью, лабильностью эмоциональных реакций) приводит в условиях стресса к соматизации и появлению большого количества разнообразных жалоб, в том числе, и со стороны ЖКТ.

Выводы.

1. Боли в животе являются распространенной жалобой среди детей школьного возраста (75,98% всех опрошенных школьников). Данная категория детей нуждается в более тщательном опросе и обследовании, поскольку под маской таких неспецифических симптомов, как болевой и диспепсический, могут скрываться многие органические и функциональные заболевания ЖКТ.
2. В среднем 47,0% детей отмечают уменьшение интенсивности болевого синдрома после акта дефекации. Для данной группы также характерны жалобы на вздутие живота ($p < 0,05$) локализация болей возле пупка или в подвздошных отделах ($p < 0,05$), сочетание болей в животе с изменением

консистенции стула в виде уплотнения ($p < 0,05$) или послабления ($p < 0,01$).

3. Более чем у трети школьников боли в животе возникают в результате психоэмоционального напряжения. Эти дети предъявляют большое количество диспепсических и астеновегетативных жалоб. Тот факт, что у 25,74% детей, отмечающих уменьшение болей после дефекации, встречается стресс, как причина болей в животе, позволяет предположить наличие у этих респондентов клинической картины, характерной для СРК.

Литература

1. Алиева, Э. И. Синдром раздраженного кишечника у детей / Э.И. Алиева, В.А. Филин, И.Л. Халиф // Педиатрия. - 2001. - №5. - С.69-75.
2. Щербаков, П.Л. Синдром раздраженного кишечника / П.Л. Щербаков // Доктор Ру. – 2004. - №5. – С. 18-23.
3. Agreus, I. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the population: overlap and lack of stability over time / I. Agreus [et al] // Gastroenterology. – 1995. – Vol. 109. – P. 671– 680.
4. Camilleri, M. Management of the irritable bowel syndrome / M. Camilleri // Gastroenterology. – 2001. – Vol.120. – P. 652-668.
5. Drossman, D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process / D.A. Drossman // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, №5. – P. 1377-1390.
6. Veereman-Wauters, G. The Quest for Light in the Misty Frontier land of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders: Act II Rome III Criteria / G. Veereman-Wauters // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. - 2006. – Vol. 43. – P. 156 – 157.