



УДК 616.34-008-053.2-079.4

ШАДРІН О.Г., ПЛАТОНОВА О.М., СТАРЕЦЬ О.О.  
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМНУ», м. Київ  
Одеський національний медичний університет

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

**Резюме.** Метою роботи є оцінка поширеності функціональних захворювань кишечника (ФЗК) серед дитячого населення та адекватності використання Римських критеріїв для педіатричної практики в Україні. Показано, що на догоспітальному етапі спостерігаються численні випадки некоректного використання критеріїв діагностики ФЗК. Доведено, що Римські критерії III перегляду в педіатрії дозволяють доволі точно діагностувати ФЗК для дітей старшого віку, хоча велика група хворих із ФЗК невстановленого походження потребують розробки нових підходів до діагностики, а впровадження Римських критеріїв фахівцями первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги йде недостатньо активно, у 50 % випадків ФЗК на амбулаторно-поліклінічному етапі не діагностуються. Обговорюється необхідність розробки алгоритмів прогнозування ФЗК у дитячому віці для покращення рівня виявлення функціональної патології шлунково-кишкового тракту.

**Ключові слова:** функціональні захворювання кишечника, діагностика, діти.

Функціональні захворювання кишечника (ФЗК) — актуальна проблема сучасної дитячої гастроентерології. Це обумовлено поширеністю цієї патології не тільки в Україні, а й в усьому світі (за даними різних авторів, від 5 до 15 %), а також її негативним впливом на якість життя хворих [1].

Діагностика ФЗК у дітей, так само як і у дорослих, базується на основі клінічної симптоматики, що відповідає Римським критеріям. Отже, діагноз ФЗК можна встановити на основі лише скарг хворого без проведення додаткових економічно витратних інструментальних досліджень, але за умови відсутності у пацієнтів симптомів тривоги (ознак органічної патології) [2].

Уперше критерії діагностики функціональних захворювань (ФЗ) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) були розроблені в 1988 році на Міжнародній робочій нараді в Римі (Римські критерії I). Після цього вони доповнювались, і з 1999 року гастроентерологи використовували Римські критерії II. Згодом, базуючись на клінічному досвіді та огляді літератури, Римські критерії II еволюціонували у 2006 році в Римські критерії III, які ми використовуємо й досі [2].

Згідно з Римськими критеріями III, до ФЗК належать: синдром подразненого кишечника (СПК), функціональне здуття, функціональний запор, функціональна діарея та ФЗК невстановленого по-

ходження [3]. При діагностиці цих захворювань урахують тривалість захворювання (щонайменше 6 місяців), а також наявність у хворого специфічних скарг протягом більш як 3 доби на місяць за останні 3 місяці.

Утім загальноприйнятої класифікації ФЗК у дітей не існує. На підставі Римських критеріїв III Міжнародною робочою групою в Лос-Анджелесі була запропонована класифікація функціональних захворювань у дітей, що складалась із двох розділів. Однак ФЗК, згідно з цією класифікацією, не було виділено окремою групою [2, 4].

Питання щодо поширеності та диференціальної діагностики ФЗК у дітей із використанням Римських критеріїв III в Україні й сьогодні є дискусійними та недостатньо вирішеними.

У зв'язку з цим метою нашої роботи була оцінка поширеності функціональних захворювань кишечника в дитячого населення та адекватності використання Римських критеріїв у педіатричній практиці.

### Матеріал і методи

Дослідження проведене на базі відділення дитячої гастроентерології МДКЛ № 1 ім. акад. Б.Я. Рез-

© Шадрін О.Г., Платонова О.М., Старець О.О., 2013

© «Здоров'я дитини», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

ніка (м. Одеса). Проаналізовані результати роботи відділення протягом 2009–2012 рр. із визначенням частоти встановлення первинного діагнозу ФЗК у дітей та його підтвердження після параклінічного обстеження. Загальна чисельність первинної вибірки при ретроспективному аналізі становила 2777 осіб.

Згідно з Римськими критеріями, СПК діагностували при рецидивуючому абдомінальному болю або дискомфорті (неприємному відчутті у животі, що не можна описати як больове) понад 3 доби на місяць протягом останніх 3 місяців, який асоціювався з двома або трьома такими скаргами: поліпшення самопочуття після дефекації; погіршення самопочуття асоціювалось зі зміною частоти або зі зміною форми випорожнень. До критеріїв, що також підтверджують СПК (але не є діагностичними), зараховували патологічну частоту та форму випорожнень, натужування під час дефекації, імперативні позиви на дефекацію чи відчуття неповного спорожнення кишечника, поява слизу у фекаліях, здуття. Залежно від домінуючої форми калових мас СПК класифікували на підгрупи: 1-ша — СПК-С (СПК із запором, констипацією); 2-га — СПК-Д (СПК із діареєю); 3-тя — СПК-М (змішаний (mixed) синдром, діарея + запор); 4-та — СПК-А (запор та діарея, що альтернують).

Діагностичні критерії щодо функціонального здуття, згідно з Римськими критеріями, обов'язково повинні містити:

1. Рецидивуюче відчуття здуття в абдомінальній ділянці або видиме розтягнення впродовж не менше 3 діб на місяць щонайменше останні 3 місяці.

2. Недостатність критеріїв для діагностування функціональної диспепсії, СПК або інших функціональних гастроінтестинальних захворювань.

Діагностичними критеріями функціонального запору є два або більше з нижче наведених:

1. Натужування понад 25 % часу акту дефекації.

2. Твердий, або овечий, кал у 25 % фекалій.

3. Відчуття неповного спорожнення під час не менш як у 25 % дефекацій.

4. Відчуття аноректальної обструкції/перешкоди не менш як у 25 % дефекацій.

5. Мануальна допомога для полегшення акту дефекації не менше ніж у 25 % дефекацій (пальцева евакуація фекалій, підтримка тазового дна).

6. До 3 дефекацій на тиждень. При цьому постійне спорожнення кишечника спостерігається дуже рідко без проносних. Критерії діагностики СПК відсутні.

Діагностика функціональної діареї сьогодні являє певні труднощі. Критерії функціональної діареї — наявність у хворого кашкоподібних або водянистих фекалій (без абдомінального болю або дискомфорту), що становлять більш як 75 % калових мас. Утім диференціювати її з СПК-Д досить складно. Вельми часто таких дітей госпіталізують в інфекційні лікарні з діагнозом гострого гастроентериту.

Діагностичними критеріями невизначеної функціональної хвороби кишечника є кишкові симптоми, не пов'язані з органічною патологією, що не відповідають жодній із розглянутих вище категорій функціональної патології кишечника.

Статистична обробка проведена за допомогою непараметричних статистичних критеріїв Вальда, Мак-Немара та Фішера із використанням програмного забезпечення Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США).

## Результати

Кількість госпіталізованих у клініку дітей із гастроентерологічною патологією протягом проаналізованих років становила відповідно: 942 дитини — у 2009 р., 863 — у 2010 р. і 792 — у 2011 р. Залежно від віку найбільшу кількість дітей, які надійшли, за всі роки становлять діти від 10 до 14 років, на другому місці — діти вікової групи 15–17 років.

Як показав аналіз, у дітей зі скаргами на кишкові розлади первинний діагноз ФЗК мав місце у 50 % хворих, таким чином, у кожного другого хворого коректний діагноз був встановлений уже на догоспітальному етапі. Лікарі приймального відділення встановлювали цей діагноз на основі скарг хворого за відсутності симптомів тривоги, до яких належать: збереження клінічної симптоматики захворювання вночі, лихоманка, наявність крові у випорожненнях, блювотних масах, мелена, зниження маси тіла, порушення фізичного розвитку, гепатоспленомегалія, лімфаденопатія, обтяжений спадковий анамнез щодо онкопатології кишечника, виразкової хвороби, а також при наявності даних аналізів, які б свідчили про анемію, лейкоцитоз, підвищене ШОЕ, зміни показників біохімічних, імунологічних проб. При цьому, за даними ретроспективного аналізу, в більшості випадків встановлення діагнозу ФЗК мало суб'єктивний характер, тобто необхідність дотримання міжнародних стандартів була поза увагою педіатрів. Фахівці звертали увагу здебільшого на наявність скарг на диспептичні явища, біль в епігастральній, параумбілікальній або фланкових ділянках.

При госпіталізації у гастроентерологічне відділення був проведений комплекс діагностичних процедур, спрямований на виключення органічних захворювань та аномалій кишечника, паразитарних інвазій та інфекцій ШКТ, іншої соматичної патології (ендокринної, гінекологічної (у дівчат), органічних захворювань ЦНС, онкологічних захворювань).

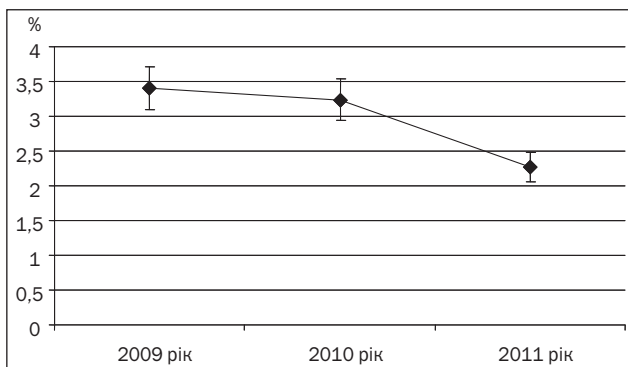
Як показав аналіз діяльності спеціалізованого гастроентерологічного відділення, діагнози ФЗК практично не підтверджувались, залишаючись казуїстикою, а їх частка у загальному масиві гастроентерологічних хворих є набагато меншою (у середньому 3 % від загальної кількості обстежених протягом року хворих), ніж рівні, що спостерігаються у розвинутих країнах світу (рис. 1).

З урахуванням результатів аналізу на догоспітальному етапі має місце гіпердіагностика ФЗК, тоді як на госпітальному етапі надання медичної допо-

моги значній частині дітей встановлюється діагноз органічної патології. Зокрема, при аналізі частоти розходження діагнозу ФЗК встановлено, що гіпердіагностика мала місце у 33,3 % випадків на догоспітальному етапі (у подальшому діагноз спростовано й визначена органічна патологія), а гіподіагностика — у 22,1 % (діагноз ФЗК помилково не встановлений). При цьому найбільша кількість діагностичних помилок стосувалася станів, що супроводжувалися констипаційним синдромом. Найчастіше діагностичні помилки були пов'язані з наявністю у хворих паразитарних інвазій (лямбліозу та ентеробіозу). Це не є дивним, враховуючи неспецифічну симптоматику (маскування) цих захворювань, складну діагностику та велику поширеність.

З огляду на значну поліморфність клінічної картини ФЗК на госпітальному етапі виключали лактазну недостатність, зловживання ліками, аномалії та хірургічні хвороби кишечника. Так, у хворих із попереднім діагнозом ФЗК аномалії розвитку кишечника у 2009 р. були верифіковані у 5 (0,53 %) випадках, у 2010 р. — у 2 (0,32 %), у 2011 р. — лише в 1 (0,12 %) випадку. Відповідно, паразитарні інвазії та бактеріальні інфекції зустрічалися дещо частіше: так, у 2009 р. було діагностовано 108 (11,5 %) випадків лямбліозу та 18 (1,9 %) випадків ентеробіозу. У 2010 р. кількість випадків для цих захворювань становила відповідно 57 (6,6 %) та 15 (1,73 %), у 2011 р. — 102 (12,9 %) випадків лямбліозу та 12 (1,5 %) випадків ентеробіозу. У 2010 р. відзначався 1 (0,1 %) випадок хронічного коліту, так само, як і у 2011 році, а у 2009 р. — 7 (0,8 %) випадків ентероколіту вірусного походження. Протягом спостереження у поодиноких випадках відзначалися такі нозологічні одиниці як синдром мальабсорбції (целиакія), хронічний панкреатит, ендокринні захворювання (діабет, тиреотоксикоз), новоутворення кишечника.

Незважаючи на те, що останнім часом спостерігається деяка тенденція до зростання частоти встановлення діагнозу СПК ( $\phi^2 = 0,0002$ ,  $MNC = 1158,1$ ;  $p < 0,05$ ) його частота у загальному масиві хворих не перевищує 0,63 %, тобто 63 випадки на 10 000 хворих. Таке становище не відповідає даним, одержаним іншими дослідниками [1–4].



**Рисунок 1. Частота виявлення ФЗК у пацієнтів гастроентерологічного відділення МДКЛ № 1**

Більш часто встановлюється діагноз функціонального запору — у середньому в 0,83 % випадків, але такий рівень виявлення патології на госпітальному етапі є дещо меншим від відомих із літератури даних. Показники поширеності функціональних запорів у дітей досить варіабельні внаслідок малого відсотка звернень до лікаря. Деякі автори вказують, що скарги на запори пред'являють приблизно 20 % дітей із патологією органів травлення [5]. Слід також зазначити, що лікарі й пацієнти інколи по-різному розуміють природу запору.

Такі регламентовані чинними клінічними керівництвами діагнози, як функціональне здуття та функціональна діарея, взагалі не фігурують у медичній документації. У той же час велика група некласифікованих функціональних захворювань кишечника потребує розробки нових підходів до диференціальної діагностики. Враховуючи це, діагнози «функціональний абдомінальний біль» та «функціональна абдомінальна мігрень», що запропоновані Лос-Анджелеською класифікацією, потребують обговорення [6, 7].

Це, з одного боку, свідчить, про деяку інерційність вітчизняної системи надання медичної допомоги щодо впровадження Римських критеріїв III, а з іншого — про дефекти діагностики ФЗК на первинному етапі, тобто рівні сімейного лікаря або дільничного педіатра.

Зважаючи на те, що діагноз ФЗК певною мірою встановлюється шляхом виключення альтернативних діагнозів, тобто органічної патології, велике значення має оптимізація діагностичного алгоритму та, зокрема, застосування клініко-лабораторних та клініко-інструментальних методів дослідження.

Відповідно до даних наших попередніх досліджень вивчення анамнестичних даних у дітей із СПК визначило ряд факторів ризику розвитку захворювання. Шляхом ретроспективного аналізу факторів навколишнього середовища, медико-біологічних та соціально-економічних чинників, результатів клінічного дослідження було розроблено спосіб прогнозування розвитку СПК у дитячому віці [8]. Подібні підходи є доцільними й щодо інших ФЗК.

Проведення параклінічних досліджень у пацієнтів із підозрою на ФЗК має бути максимально індивідуалізовано, причому перевагу слід віддавати малоінвазивним методам дослідження.

## Висновки

1. Римські критерії у педіатрії дозволяють доволі точно діагностувати ФЗК у дітей старшого віку, хоча велика група хворих з ФЗК невстановленого походження потребує розробки нових підходів до діагностики.

2. У зв'язку з цим діагнози, запропоновані Лос-Анджелеською класифікацією, потребують обговорення та адаптації, особливо щодо дітей дошкільного віку.

3. Упровадження Римських критеріїв фахівцями первинної та вторинної ланки надання медичної

допомоги йде недостатньо активно, у 50 % випадків ФЗК на амбулаторно-поліклінічному етапі не діагностуються.

4. Серед ФЗК вітчизняні фахівці найчастіше діагностують СПК, тоді як діагнози «функціональне здуття» та «функціональна діарея» взагалі не фігурують у медичній документації.

5. Для покращення рівня виявлення функціональної патології ШКТ доцільною є розробка алгоритмів прогнозування ФЗК у дитячому віці.

## Список літератури

1. *Diagnosing pediatric functional abdominal pain in children (4–15 years old) according to the Rome III Criteria: results from a Norwegian prospective study* / H. Helgeland, G. Flagstad, J. Grøtta J. [et al.] // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2009. — Vol. 49(3). — P. 309-315.

2. *Functional defecation disorders in children: comparing the Rome II with the Rome III criteria* / R. Burgers, A.D. Levin, C. Di Lorenzo [et al.] // *J. Pediatr.* — 2012. — Vol. 161(4). — P. 615-620.

3. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C. *Functional bowel disorders* // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1480-1491.

4. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D., Guiraldes E., Hyams J.S., Staiano A., Walker L.S. *Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent* // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P. 1527-1537.

5. *Детская гастроэнтерология: Руководство для врачей* / Под. ред. проф. Н.П. Шабалова. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 736 с.

6. Russell G. *Abdominal migraine: evidence for existence and treatment options* / Russell G., Abu-Arafeh I., Symon D.N. // *Paediatr. Drugs*. — 2002. — Vol. 4(1). — P. 1-8.

7. Chiou E. *Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents* / Chiou E., Nurko S. // *Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2010. — Vol. 4(3). — P. 293-304.

8. Шадрін О.Г. *Прогнозування розвитку, діагностика та лікування синдрому подразненого кишечника у дітей: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.01.10 / О.Г. Шадрін; Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України.* — К., 2005. — 35 с.

Отримано 29.04.13 □

Шадрін О.Г., Платонова Е.М., Старец Е.А.  
ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии  
НАМНУ», г. Киев  
Одесский национальный медицинский университет

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Резюме.** Целью работы является оценка распространенности функциональных заболеваний кишечника (ФЗК) среди детского населения и адекватности использования Римских критериев для педиатрической практики в Украине. Показано, что на догоспитальном этапе наблюдаются многочисленные случаи некорректного использования критериев диагностики ФЗК. Доказано, что Римские критерии III пересмотра в педиатрии позволяют достаточно точно диагностировать ФЗК у детей старшего возраста, хотя группа больных с ФЗК неустановленного происхождения требуют разработки новых подходов к диагностике, а внедрение Римских критериев специалистами первичного и вторичного звена оказания медицинской помощи идет недостаточно активно, в 50 % случаев ФЗК на амбулаторно-поликлиническом этапе не диагностируются. Обсуждается необходимость разработки алгоритмов прогнозирования ФЗК в детском возрасте для улучшения уровня выявления функциональной патологии желудочно-кишечного тракта.

**Ключевые слова:** функциональные заболевания кишечника, диагностика, дети.

Shadrin O.G., Platonova O.M., Starets O.O.  
State Institution «Institute of Pediatrics, Obstetrics  
and Gynecology of National Academy of Medical Sciences  
of Ukraine», Kyiv  
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

### NEW APPROACHES TO THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FUNCTIONAL BOWEL DISEASES IN CHILDREN

**Summary.** The study was aimed to assess the prevalence of functional bowel diseases (FBD) among children and the adequacy of the use of the Rome criteria in pediatric practices in Ukraine. It is shown that at the prehospital stage there are observed numerous cases of improper use of diagnostic criteria for FBD. It is proved that Rome III criteria in pediatrics allow to accurately diagnose FBD in older children, although a large group of patients with FBD of unknown origin requires development of new approaches to diagnosis. And implementation of the Rome criteria by specialists of the primary and secondary level of medical care is not active enough, 50 % of FBD cases at the outpatient stage is not diagnosed. We discuss the need to develop algorithms for predicting FBD in childhood to improve the detection level of functional pathology of the gastrointestinal tract.

**Key words:** functional bowel diseases, diagnosis, children.