



УДК: 616.34-008.6-053.2/6: 615.874.2

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИЕТИЧЕСКОМУ ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

**Н.В. ЛАГУНОВА<sup>1</sup>**  
**Т.Н. ЛЕБЕДЕВА<sup>1,2</sup>**  
**А.Ю. МАРЧУКОВА<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Крымский государственный  
медицинский университет  
имени С.И. Георгиевского,  
г. Симферополь*

<sup>2</sup>*Детская клиническая  
больница, г. Симферополь*

*e-mail: kgmpediatriya@mail.ru*

Изучена клиническая эффективность диеты с низким содержанием FODMAPs у детей с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Под наблюдением находились 36 детей в возрасте от 10 до 16 лет с СРК с преобладанием диареи (СРК-Д). Основную группу составили 20 детей, получавшие диету с низким содержанием FODMAPs в течение 6 месяцев. Группе сравнения (16 человек) был рекомендован диетический стол № 15 по Певзнеру. Динамика клинических показателей оценивалась на 14 сутки, 1 и 6 месяцы от начала наблюдения по визуальной аналоговой шкале боли и по Бристольской шкале формы кала.

Проведенное исследование показало клиническое улучшение при использовании диеты с низким содержанием FODMAPs у детей с СРК-Д. На фоне применения диетического питания уже к концу 1 месяца у пациентов отмечалась нормализация частоты и консистенции стула, значительно уменьшался болевой синдром. В группе сравнения наблюдалась более медленная положительная динамика клинической картины.

Выводы. Включение диеты с низким содержанием FODMAPs в терапию способствует положительной клинической динамике и нормализации моторной функции кишечника у детей с СРК-Д.

Ключевые слова: дети, диета, синдром раздраженного кишечника.

Проблема питания детей сегодня остается одним из фундаментальных вопросов в детской гастроэнтерологии. Особенно это касается пациентов с синдромом раздраженного кишечника, у которых довольно часто встречается пищевая непереносимость [1]. Диагноз СРК у детей начал выставляться сравнительно недавно, несмотря на наличие таких больных и ранее. В 2006 году были переработаны и дополнены Римские критерии III, согласно которым СРК – это функциональное гастроинтестинальное заболевание, характеризующееся приступами абдоминального дискомфорта и/или болей в животе, которые отмечаются, по меньшей мере, 3 дня в течение месяца на протяжении последних 3 месяцев, проходят после акта дефекации и связаны с изменением характера стула или его частоты, при отсутствии каких-либо органических патологий [2, 3, 4, 5]. Распространенность СРК в большинстве стран в среднем составляет около 20%, колеблясь в широких пределах [6, 7, 8]. По данным мировой статистики от 30% до 50% больных, обращающихся к гастроэнтерологу, страдают СРК [9]. По данным О.Г. Шадрина частота этого заболевания среди детей и подростков США и Европы составляет 10-14%, России – от 14% до 24% [10]. Тот факт, что СРК нередко выявляется именно у детей, вероятно, связан с незрелостью их адаптационных механизмов и постепенным становлением функций всех органов и систем, включая и желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) [11]. На сегодняшний день точная причина СРК не установлена, существует множество пусковых факторов, ведущих к развитию данного синдрома. В научной литературе огромное значение придается психоэмоциональным нарушениям, изменениям моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, перенесенным кишечным инфекциям, пищевой аллергии и стрессовым нарушениям [12, 13, 14, 15].

Важную роль в терапии СРК играют диетические факторы. На 21-й ежегодной Европейской гастроэнтерологической неделе большое внимание было уделено диете FODMAP в лечении больных СРК [16]. Сам термин FODMAP происходит от сокращения: ферментируемые (Fermentable) Олиго- (Oligo-), Ди- (Di-), Моно- (Mono-) сахариды и (And) Полиолы (Polyol). Эти короткоцепочные углеводы плохо всасываются в тонком кишечнике и неспособны к быстрой ферментизации. Диета FODMAP предусматривает исключение из рациона этих продуктов питания. Источниками данных волокон являются яблоки, вишни, манго, груши, арбузы, персики, хурма, абрикосы, авокадо, чернослив, ежевика, спаржа, артишок, горох, красная свекла, брюссельская капуста, цикорий, фенхель, чеснок, лук порей, пшеница, рожь, ячмень, молоко, йогурт, мороженое, мягкие сыры, заварной крем, бобовые, фасоль и мед. Ряд исследований показывает, что снижение употребления FODMAPs взрослыми пациентами с СРК способствует нормализации основных симптомов [17, 18], что же касается детей, то данные об использовании FODMAP диеты в педиатрии ограничены.

Роль диетических факторов не только в развитии, но и в клинике СРК на сегодняшний день изучена недостаточно. В связи с этим, целью нашей работы явилось изучение клинической эффективности диеты с низким содержанием FODMAPs у детей с СРК-Д.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 36 детей в возрасте от 10 до 16 лет с СРК-Д, диагноз был установлен в соответствии с диагностическими критериями (Римские критерии III, 2006). Все пациенты получали терапию согласно стандартам РФ на базе КРУ «ДКБ». После проведенного лечения дети были разделены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. Основную группу составили дети (n=20), которые после выписки из стационара получали диету с низким содержанием FODMAPs в течение 6 месяцев. Группе сравнения (n=16) был рекомендован 15 диетический стол по Певзнеру. Все дети вели не только пищевой дневник, но и дневник жалоб и клинических проявлений, с указанием количества актов дефекаций, консистенции стула согласно Бристольской шкале формы кала (от 4 до 7), динамики болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли (от 0 до 10). Определение эффективности проводили на 14-е сутки от начала диетотерапии, через 1 и 6 месяцев. Критериями служили основные клинически значимые параметры: диарейный и болевой синдром, частота и консистенция стула.

**Результаты.** Клиническое улучшение в результате использования диеты с низким содержанием FODMAPs зафиксировано практически у всех пациентов. К 14 дню терапии нормализация частоты стула отмечалась у 2-х (10%) детей, к 1 месяцу – у 4-х (20%) и к концу 6 месяца – у 15 (75%) человек. Что касается консистенции кала, то к концу 2-й недели лишь 1 (5%) человек отметил улучшение, к 1 месяцу этот показатель возрос до 4 (20%), и к концу нашего исследования – 10 (50%) детей отмечали нормализацию консистенции стула. Болевой синдром уменьшился только к концу 1 месяца у 5 (25%) пациентов, полностью удалось его купировать лишь к 6 месяцу у 7 (35%) человек, 9 (45%) детей говорили о его значительном снижении. Исследование группы сравнения показало, что нормализация частоты актов дефекаций к 14 дню, 1 и 6 месяцу отмечалась у 1 (6,25%), 2 (12,5%) и 7 (43,75%) человек соответственно. Консистенция стула к 14 суткам улучшилась у 1 (6,25%) ребенка, к 1 месяцу – у 3 (18,75%) детей и к 6 месяцу – у 6 (37,5%) человек. Положительная динамика болевого синдрома к 1 месяцу наблюдалась у 3 (18,75%) пациентов, а к 6 месяцу – 5 (31,25%) детей говорили о его значительном снижении и у 3 (8,5%) человек он полностью был купирован.

Установлено, что длительное использование диеты с низким содержанием FODMAPs значительно уменьшает или полностью купирует болевой синдром у 80% детей с СРК-Д, частота нормализации количества актов дефекаций и консистенции стула в основной группе практически в два раза превышает аналогичные показатели в группе сравнения.

**Выводы.** Применение диеты с низким содержанием FODMAPs у детей с СРК-Д дало положительный клинический эффект. Было отмечено снижение не только болевого синдрома, но и нормализация частоты и консистенции стула у большей части пациентов. Данная диета может быть использована как средство этиопатогенетической направленности при лечении диарейного варианта СРК у детей.

### Литература

1. Модификация диеты как одна из ключевых стратегий ведения больных синдромом раздраженной кишки / С.М. Ткач, А.К. Сизенко // Сучасна гастроентерологія – № 2 (70) – 2013. – С. 119-129.
2. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine / L. Saha // World Journal Of Gastroenterology. – 2014. – V. 20(2). – P. 6759–6773.
3. Синдром раздраженного кишечника в практике семейного врача / Ю.М. Степанов, И.Я. Будзак // Семейная медицина. – 2012. – № 3. – С. 23-29.
4. Синдром раздраженного кишечника: новые горизонты медикаментозной терапии / С.В. Бельмер и др. // Лечащий Врач. – 2012. – № 2. – С. 68-72.
5. Irritable bowel syndrome in children: Pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment / В.К. Sandhu S.P. Paul // World Journal Of Gastroenterology. – 2014. – V. 20. – P. 6013–6023.
6. Криотерапия и жидкие синбиотики в немедикаментозном лечении больных с синдромом раздраженного кишечника / Е.В. Гусакова, Ю.И. Фаустова, Н.Б. Луферова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2011. – № 4. – С. 24-27.
7. Современные аспекты патогенеза синдрома раздраженного кишечника / И.А. Макарова // Медицинский вестник. – 2012. – № 2. – С. 31-36.
8. Синдром раздраженного кишечника – современный взгляд на проблему / А.Э. Дорофеев, О.А. Рассохина // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. – 2011. – № 358. – С. 10-21.
9. Моніторинг поширеності синдрому подразненого кишечника серед дитячого населення України / О.Г. Шадрин, О.М. Платонова // Гастроентерология и гепатология. – 2013. – № 4 (52). – С. 84-87.
10. Степанов О.Г. Дизрегуляторные нарушения в патогенезе синдрома раздраженного кишечника у детей : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / О.Г. Степанов – Екатеринбург.: Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2009. – 20 с.
11. Особливості психоемоціонального стану дітей з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту / О.М. Платонова, Л.Е. Естратова // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – № 3 (59). – С. 133-137.
12. Патогенетичні аспекти формування синдрому подразненого кишечника в дитячому віці / В.М. Буряк, П.О. Бессараб // Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології. – 2012. – № 3. – С. 82-89.



13. Irritable bowel syndrome: Diagnosis and pathogenesis / M. El-Salhy // World Journal Of Gastroenterology. – 2012. – V. 18 (37). – P. 5151-5163.
14. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника / В.Т. Ивашкин и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – Т. 23. – № 1. – С. 57-65.
15. Irritable Bowel Syndrome: The Role of Food in Pathogenesis and Management / P.A. Hayes, M. H. Fraher, E. M. Quigley // Gastroenterology & Hepatology – 2014. – № 10 (3). – P. 164–174.
16. Обсуждение проблемы синдрома раздраженного кишечника и функциональных запоров в докладах 21-й Объединенной Европейской Гастроэнтерологической Недели (Берлин, 2013) / А.А. Шегтулин, М.А. Визе-Хрипунова // РЖГГК. – 2014. – Т. 24. – № 3. – С. 104-108.
17. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: An integrative view / O. Grundmann // World Journal Of Gastroenterology. – 2014. – V. 20 (2). – P. 346–362.

## MODERN APPROACHES TO DIETARY NUTRITION OF CHILDREN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

To study the clinical effectiveness of a low-FODMAP diet in children with irritable bowel syndrome (IBS). The study included 36 children aged 10 to 16 years with diarrhea-predominant IBS (IBS-D). The main group of patients consisted of 20 children, who received a low-FODMAP diet for 6 months, the comparison group (16 person) was recommended diet food №15. The dynamics of clinical parameters was evaluated at 14 day, 1 and 6 months from the start of the observation by visual analogue scale pain and Bristol stool scale. Conducted study have shown a clinical improvement of a low-FODMAP diet. Already for the first month of treatment with this diet has been demonstrated normalization of stool frequency and consistency, significantly decreased pain. In the comparison group considered more slow positive dynamics of clinical parameters. Inclusion of a low-FODMAP diet in treatment promotes positive clinical dynamics and normalization of bowel motor function in children with IBS-D.

Key words: children, diet, irritable bowel syndrome.

**N.V. LAGUNOVA<sup>1</sup>**

**T.N. LEBEDEVA<sup>1,2</sup>**

**A.U. MARCHUKOVA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Crimea State Medical University  
named after S. I. Georgievsky,  
Simferopol*

<sup>2</sup>*Children's Hospital, Simferopol*

*e-mail: kgmupediatriya@mail.ru*