

Дайджест

Предикторы развития рецидивирующей абдоминальной боли у подростков: результаты 13-летнего популяционного проспективного исследования

Целью исследования, проведенного норвежскими учеными, было определение предикторов развития рецидивирующей абдоминальной боли у подростков (в возрасте 14 лет), на наличие которой они указывали в дневниках самонаблюдения. В качестве потенциальных предикторов рассматривали такие факторы, как нарушение эмоциональной сферы матери и ребенка, проблемы с соматическим здоровьем ребенка и негативные жизненные события. Наличие указанных факторов определяли у детей в возрасте от 18 месяцев до 12 лет.

В ходе этого продолжительного популяционного проспективного исследования, которое проводилось на базе клиник детского здоровья Норвегии (профилактическое звено здравоохранения), наблюдали когорту из 916 матерей и детей (начиная с 18-месячного возраста ребенка до подросткового периода). С 12 лет дети самостоятельно заполняли отчеты о состоянии здоровья. Конечной точкой исследования была частота рецидивирующей абдоминальной боли у подростков по данным их самоотчетов.

Из 465 подростков 58 (13%) сообщили о наличии рецидивирующей абдоминальной боли, из них 36 (62%) – девочки. Многофакторный анализ показал, что предикторами развития рецидивирующей абдоминальной боли в подростковом возрасте являются следующие факторы со стороны матери: психологический дистресс в возрасте ребенка 18 месяцев (относительный риск (ОР) 2,5; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,33-4,8) и в возрасте 12 лет (ОР 3,2; 95% ДИ 1,7-6,2). Также риск развития рецидивирующей боли повышали некоторые факторы со стороны ребенка, отмечаемые в возрасте 12 лет: наличие абдоминальной (ОР 2,5; 95% ДИ 1,3-4,9) и экстраинтестинальной боли (ОР 2,3; 95% ДИ 1,2-4,4) по данным опроса матерей, а также частое появление экстраинтестинальной боли (ОР 2,9; 95% ДИ 1,4-5,9) и наличие симптомов депрессии (ОР 2,4; 95% ДИ 1,1-5,1) по данным дневников самонаблюдения детей. Негативные жизненные события, как и состояние соматического здоровья матери и ребенка не являлись предикторами развития рецидивирующей абдоминальной боли в подростковом возрасте.

Это первое когортное исследование, в котором было показано, что психологический дистресс у матери в период раннего детства ее ребенка является предиктором развития рецидивирующей абдоминальной боли у него спустя 13 лет. Также было показано, что наличие у ребенка в предпубертате соматических симптомов и признаков депрессии может способствовать развитию рецидивирующей абдоминальной боли в подростковом возрасте.

Helgeland H., Sandvik L. et al. J Psychosom Res. 2010 Apr; 68(4):359-67

Диагностика функциональной абдоминальной боли у детей 4-15 лет в соответствии с Римскими критериями III: результаты норвежского проспективного исследования

Проспективное исследование H. Helgeland et al. было проведено с целью определить:

– долю пациентов, у которых клиническая картина отвечает критериям одного или более диагнозов функциональных желудочно-кишечных расстройств, из всех направленных в клинику детей по поводу неорганической абдоминальной боли;

– распределение по частоте диагнозов, установленных детям с неорганической абдоминальной болью в соответствии с Римскими критериями III для диагностики функциональных желудочно-кишечных расстройств у детей (далее – Римские критерии III);

– причины, по которым клиническая картина у детей с неорганической абдоминальной болью может не соответствовать критериям ни одного из диагнозов функциональных желудочно-кишечных расстройств согласно Римским критериям III.

В исследование включали детей в возрасте от 4 до 15 лет, направленных врачами общей практики в четыре педиатрические амбулаторные клиники для обследования по поводу рецидивирующей абдоминальной боли. Диагноз функциональных желудочно-кишечных расстройств устанавливали с помощью опросника для оценки гастроинтестинальных симптомов у детей (Questionnaire on Pediatric Gastrointestinal Symptoms-Rome III version), который заполняют родители. Для исключения органической патологии все пациенты были обследованы при направлении в клинику и повторно через 6-9 месяцев.

Из 152 пациентов, включенных в исследование, у 142 (93%) отмечалась функциональная абдоминальная боль. У 124 из них (87%) клиническая картина соответствовала критериям одного и более диагнозов согласно Римским критериям III: у 66% – одному диагнозу, у 29% – двум, у 5% – трем.

Наиболее часто диагностировали синдром раздраженного кишечника (СРК) – у 43% детей. СРК нередко сочетался с аэрофагией – у 16 детей (38% от всех случаев с двумя и более диагнозами функциональных желудочно-кишечных расстройств) и абдоминальной мигренью – у 14 детей (33%).

У 18 пациентов (13%) клиническая картина не соответствовала ни одному из диагнозов функциональных желудочно-кишечных расстройств согласно Римским критериям III. Основной причиной невозможности установления диагноза какого-либо функционального желудочно-кишечного расстройства была недостаточная частота появления болевого синдрома (в 83% случаев).

Тем не менее из всех детей, направленных в клинику с функциональной абдоминальной болью, у 87% клиническая картина соответствовала диагнозу того или иного функционального желудочно-кишечного расстройства согласно Римским критериям III. Полученные данные подтверждают целесообразность использования этих критериев в качестве диагностического инструмента. В то же время высокая частота установления двух и более диагнозов функциональных желудочно-кишечных расстройств у одного пациента заставляет задуматься о том, отображают ли некоторые из этих диагнозов четко очерченные заболевания или же являются искусственно созданными категориями.

Helgeland H., Flagstad G. et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Sep; 49(3): 309-15

Синдром раздраженного кишечника и хроническая тазовая боль: результаты популяционного исследования

Женщины с СРК часто отмечают наличие хронической тазовой боли, хотя до сих пор остается невыясненным, являются ли эти состояния самостоятельными или связаны между собой. СРК оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов, однако его влияние на сексуальную функцию изучено мало.

Целью исследования, проведенного учеными из клиники Мейо, была оценка влияния СРК на сексуальную функцию, а также определение связи между синдромом хронической тазовой боли и СРК.

Для этого стратифицированной по возрасту и полу случайной выборке из 1031 жителя округа Олмстед (штат Миннесота, США) в возрасте от 30 до 64 лет был отправлен опросник для выявления и оценки заболеваний кишечника (The Talley Bowel Disease Questionnaire). Для установления диагноза СРК использовали критерии Меннинга (наличие как минимум 2 критериев из 6) и Римские критерии (Римские критерии I и модифицированные Римские критерии III). С помощью валидного опросника для оценки соматических симптомов оценивали соматизацию психических расстройств.

Всего из 935 соответствовавших критериям включения участников исследования опросник заполнили 648 (69%). Средний возраст ответивших составил 52 года, 52% из них были женщины. По данным субъективной оценки своего состояния пациентами сексуальная дисфункция отмечалась редко (0,9%, 95% ДИ 0,3-2,0). 20% женщин (95% ДИ 16-24%) сообщили о наличии боли в области таза, при этом у 40% из них клиническая картина соответствовала СРК (по критериям Меннинга или Римским критериям). Сочетанное наличие тазовой боли и СРК отмечали чаще, чем следовало бы ожидать в соответствии с теорией вероятности ($p < 0,01$). Показатель соматизации (особенно по шкалам депрессии и головокружения) являлся предиктором сочетанного наличия СРК и тазовой боли, но не каждого из этих синдромов в отдельности.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют предположить, что в основе развития хронической тазовой боли могут лежать психологические процессы (соматизация), чем можно объяснить и ее взаимосвязь с СРК.

Choung R.S., Herrick L.M. et al. J Clin Gastroenterol. 2010 Mar 31

Ранняя лапароскопия vs активное наблюдение при острой абдоминальной боли: систематический обзор и метаанализ

Пациенты с острой абдоминальной болью составляют не менее половины всех больных, госпитализированных в ургентном порядке в отделения общей хирургии. При этом приблизительно в трети случаев невозможно установить диагноз на момент поступления. Традиционно в таких случаях выбирают тактику активного наблюдения с повторными клиническими обследованиями в динамике. В последнее время предлагается также при поступлении пациента с недифференцированной острой абдоминальной болью использовать раннюю лапароскопию.

Британские ученые провели систематический обзор и метаанализ, целью которого была оценка эффективности и безопасности ранней лапароскопии и тактики активного наблюдения в случае недифференцированной абдоминальной боли. В анализ были включены результаты 4 исследований, соответствовавших критериям включения ($n=811$). При раннем проведении лапароскопии реже отмечались случаи выписки пациента из стационара без заключительного диагноза (ОР 0,13; 95% ДИ 0,03-0,51; $p=0,003$). Однако статистически достоверной разницы по частоте осложнений, повторных госпитализаций и длительности пребывания в стационаре не установлено. Отмечена значительная гетерогенность между исследованиями.

Авторы сделали вывод, что имеющихся сегодня данных недостаточно для того, чтобы рекомендовать рутинное применение ранней лапароскопии в качестве золотого стандарта диагностики у пациентов с недифференцированной острой абдоминальной болью. В то же время, нет и доказательств опасности проведения данной процедуры. Необходимы дальнейшие более масштабные исследования, которые позволят определить роль лапароскопии в данной клинической ситуации.

Maggio A.Q., Reece-Smith A.M. et al. Int J Surg. 2008 Oct; 6(5): 400-3. Epub 2008 Jun 27

Подготовила **Наталья Мищенко**



* спазми гладкої мускулатури шлунково-кишкового тракту

* спазми гладкої мускулатури при захворюваннях сечового тракту

* гінекологічні захворювання (дисменорея)



ШВИДКО ТА НАДІЙНО
усуває першопричину
болі* в животі — СПАЗМ

**НО-ШПА® Є —
СПАЗМУ НЕМАЄ**

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 08.10.07.
Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб, ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»,
Київ, 01033, вул. Жиланська, 48-50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01.

sanofi aventis

UA.DRT.10.02.01

Здоров'я — це важливо