

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»

*На правах рукописи*

**ВЬЮНИЧЕНКО ЮЛИЯ СЕРГЕЕВНА**

**ДИЕТОТЕРАПИЯ И ПУТИ ЕЕ ОПТИМИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ  
СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

14. 01. 08 – педиатрия

**АВТОРЕФЕРАТ**

Диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Донецк – 2018

Работа выполнена в Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент  
**Налетов Андрей Васильевич**

Официальные оппоненты: **Лагунова Наталья Владимировна**  
доктор медицинских наук, профессор,  
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского  
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,  
заведующая кафедрой педиатрии с курсом детских  
инфекционных болезней

**Прохоров Евгений Викторович**  
доктор медицинских наук, профессор,  
Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский  
университет имени М. Горького», заведующий  
кафедрой педиатрии № 1

Ведущая организация: **Государственное учреждение Луганской  
Народной Республики «Луганский  
государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки»**

Защита состоится «29» марта 2019 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 01.009.01 при Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» по адресу: 283114 г. Донецк, ул. Панфилова, 3, Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке организации по адресу: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16; dnmu.ru

Автореферат разослан « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета Д 01.009.01

Фирсова Н.А.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы и степень ее разработанности.** Последние десятилетия характеризуются повышением распространенности функциональной патологии пищеварительного тракта среди пациентов всех возрастных групп. Одним из наиболее распространенных в популяции функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР) является синдром раздраженного кишечника (СРК). По данным мета-анализов от СРК в мире страдает 11,2 % населения, а частота встречаемости данного расстройства у детей разных стран находится в диапазоне 1,2-5,4 % (Huams J.S. et al., 2016).

Актуальность не прекращающегося на протяжении последних десятилетий активного процесса изучения ФГИР диктуется не только существенным снижением качества жизни (КЖ) пациентов, страдающих данной патологией, но и высоким уровнем расходов для глобальной системы здравоохранения за счет затрат на лечение больных (Canavan C., 2014; Drossman D.A., 2009, Soares R.L.S., 2014).

Проблема питания детей сегодня остается одним из фундаментальных вопросов в детской гастроэнтерологии. Особенно это касается пациентов с СРК, у которых довольно часто встречается пищевая непереносимость (Лагунова Н.В., 2014; Новикова В.П. и др., 2018; Ткач С.М., 2013). Важную роль в терапии СРК играют диетические факторы (Лагунова Н.В., 2014). Диетотерапия, в большинстве случаев, является первым этапом лечения ФГИР, учитывая, что употребление в пищу определенных продуктов может явиться триггерным фактором в манифестации данной патологии. О доказанной эффективности использования безглютеновой диеты, а также диеты low-FODMAP в терапии СРК указывается и в Римских критериях IV (РК IV) (2016) (Drossman D.A., 2016; Lacy V.E. et al., 2016).

Успешный результат лечения заболевания зависит от регулярного выполнения пациентом назначений лечащего врача. Несмотря на внедрение в современную практическую медицину новых медикаментозных схем, течение множества хронических болезней в амбулаторной практике остается резистентным к проводимой терапии в связи с низкой комплаентностью пациентов. Данные об уровне приверженности к терапии среди пациентов с различной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на сегодняшний день остаются немногочисленными. В среднем, один из четырех гастроэнтерологических больных не соблюдает назначенной терапии (Новикова И.А., 2015).

Длительное соблюдение лечебных диет, рецидивирующее течение заболевания, особенности психотипа больных, страдающих ФГИР, со временем снижают приверженность пациентов и их родителей к терапии. Повышение приверженности пациента к терапии имеет гораздо большее влияние на здоровье населения, чем любое совершенствование конкретных методов лечения (Маев и др., 2014). Учитывая, что в амбулаторных условиях в педиатрической практике контроль за соблюдением назначенного лечения ложится в большей степени на

родителей пациентов, важным фактором в оптимизации проводимой терапии является повышение уровня родительской комплаентности.

Вышеизложенное диктует необходимость оценки эффективности применения специальной диеты low-FODMAP в лечении детей с СРК, а также повышения комплаентности к медикаментозному лечению данных пациентов.

**Цель исследования.** На основании улучшения комплаентности к проводимой терапии, использования лечебной диеты с пониженным содержанием ферментируемых углеводов (FODMAP) повысить эффективность лечение детей с СРК.

**Задачи исследования:**

1. Рассмотреть особенности клинической картины СРК с преобладанием диареи (СРК-Д) у пациентов старшего школьного возраста, проживающих в Донецкой Народной Республике (ДНР).

2. В семьях детей, страдающих СРК-Д, оценить уровень родительской комплаентности в отношении проводимой пациентам медикаментозной терапии и установить основные факторы, влияющие на него, при помощи разработанного опросника.

3. Определить влияние степени родительской комплаентности к проводимому ребенку с СРК-Д медикаментозному лечению на динамику клинической симптоматики и коррекцию микробиотического дисбаланса тонкой кишки.

4. Оценить КЖ пациентов с СРК-Д, проживающих на территории ДНР, влияние на него медикаментозной терапии при различном уровне комплаенса, а также использования лечебной диеты low-FODMAP.

5. Установить распространенность синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки и мальабсорбции углеводов у детей с СРК-Д, проживающих в ДНР, и оценить эффективность использования диеты low-FODMAP в отношении их коррекции.

**Объект исследования.** СРК-Д у детей старшего школьного возраста.

**Предмет исследования.** Особенности клинического течения СРК-Д у детей старшего школьного возраста, проживающих в условиях военного конфликта; динамика основных симптомов заболевания на фоне соблюдения специальной диетотерапии; уровень комплаентности родителей и причины, влияющие на него в семьях детей, страдающих СРК-Д; распространенность СИБР тонкой кишки, мальабсорбции углеводов у детей с СРК-Д и их динамика на фоне медикаментозной терапии при различном уровне комплаенса, а также при использовании лечебной диеты low-FODMAP; показатели КЖ и их изменение при различном уровне комплаентности к проводимой медикаментозной терапии, а также при соблюдении специальной диетотерапии у детей с СРК-Д.

**Научная новизна исследования.** В работе впервые определены особенности клинического течения СРК-Д и КЖ у пациентов старшего школьного возраста, проживающих в Донбассе. Изучен уровень комплаентности родителей в отношении лечения детей, страдающих СРК-Д, и установлены основные причины, влияющие на него. Выявлено влияние комплаентности в отношении

использования медикаментозной терапии на эффективность лечения, коррекцию микробиотического дисбаланса тонкой кишки. Установлено влияние применения диеты low-FODMAP на рецидивирование клинической симптоматики СРК-Д, распространенность СИБР тонкой кишки и мальабсорбции углеводов у пациентов старшего школьного возраста.

**Теоретическое и практическое значение полученных результатов.** Полученные результаты позволят повысить эффективность лечения детей старшего школьного возраста, страдающих СРК-Д, предупредить рецидивирование клинической симптоматики, улучшить КЖ, снизить распространенность СИБР тонкой кишки и мальабсорбции углеводов у детей с СРК.

**Методы исследования:** клинические, инструментальные, анкетирование, статистические.

**Положения, выносимые на защиту.**

1. Для детей, проживающих в ДНР характерна более тяжелая степень СРК с формированием СИБР тонкой кишки и мальабсорбции углеводов в сравнении с пациентами, проживающими на мирной территории.

2. В семьях детей, страдающих СРК-Д, характерен низкий уровень родительской комплаентности к проводимому их ребенку медикаментозному лечению.

3. Высокий уровень родительского комплаенса к проводимому ребенку лечению СРК-Д позволяет более эффективно купировать основные симптомы заболевания, устранить микробиотический дисбаланс кишечника и повысить КЖ пациента на фоне использования традиционного курса терапии.

4. Использование диеты low-FODMAP у детей с СРК-Д позволяет уменьшить риск рецидивирования заболевания, снизить распространенность СИБР тонкой кишки, мальабсорбции углеводов и повысить КЖ ребенка.

**Степень достоверности и апробация результатов.**

Материалы диссертации представлены на Республиканских научно-практических конференциях «Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний у детей» (Донецк, 2018), «Актуальные вопросы педиатрии» (Донецк, 2018), IV Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы современной педиатрии: от новорожденного до подростка» (Луганск, 2018), Юбилейном XXV конгрессе детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей» (Москва, 2018), Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждает...болезнь» (Донецк, 2017), II Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждает...болезнь» (Донецк, 2018), XV Российском Конгрессе «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе» (Казань, 2018).

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 17 печатных работ, из которых 8 статей в журналах, включенных в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Донецкой Народной Республики, а также Российской Федерации для

опубликования основных результатов диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук, получено свидетельство о рационализаторском предложении.

**Внедрение в практику результатов исследования.** Материалы диссертационной работы внедрены в практику КУ «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка», КУ «Городская детская клиническая больница № 2 г. Донецка», ООО «Медицинский центр Гастро-лайн» г. Донецка, а также в педагогический процесс Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» и Государственного учреждения Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки».

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на русском языке на 121 странице печатного текста. Состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, четырех глав собственных исследований, анализа и обобщения полученных результатов исследований, выводов, практических рекомендаций, списка условных сокращений, списка использованных источников, содержит 187 наименования (55 отечественных и 132 зарубежных). Работа иллюстрирована 24 таблицами и 8 рисунками.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материалы и методы исследования.** Работа выполнена на базах: Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Коммунальное учреждение «Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецка», ООО «Медицинский центр Гастро-лайн» г. Донецка.

Для решения поставленных задач и достижения цели представленной работы составлена программа исследования, которая включала 3 последовательных этапа. Всего на разных этапах клинического исследования обследовано 135 детей в возрасте от 12 до 17 с СРК-Д. В качестве контрольной группы обследовано 25 здоровых сверстников.

Диагноз СРК-Д устанавливался у всех пациентов на основании критериев РК IV с использованием Бристольской шкалы формы кала.

Исследование носило характер когортного, проспективного, контролируемого, с элементами ретроспективного анализа. Формирование подгрупп для оценки эффективности схем лечения осуществлялось с соблюдением принципов рандомизации и простого слепого метода (С. Гланц, 1999).

Для формирования выборки были разработаны критерии включения пациентов в анализируемые группы и исключения из них.

Критерии включения в исследование: наличие клинических признаков СРК-Д, согласно РК IV с использованием Бристольской шкалы формы кала;

добровольное согласие пациентов либо их родителей на участие в исследовании; возраст от 12 до 17 лет.

Критерии исключения из исследования: наличие симптомов «тревоги» (рак толстой кишки, целиакии, язвенного колита, болезни Крона у родственников пациента, потеря массы тела, ночная или прогрессирующая симптоматика, лихорадка, кровь в стуле, анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ), острой и хронической органической патологии ЖКТ в стадии обострения, воспалительных заболеваний кишечника, бактериальных инфекций, целиакии, патологии щитовидной железы.

На первом этапе исследования обследовано 135 детей с СРК-Д. Основную группу составили 105 пациентов, проживавших на территории ДНР во время активных боевых действий. Группу сравнения составили 30 детей, проживающих на территории Российской Федерации или Украины в период 2014-2017 г.г. и приехавших в Донецк на время прекращения активного военного конфликта. Среди пациентов обеих групп преобладали лица женского пола в соотношении 1:3. У пациентов были изучены особенности клинических проявлений заболевания, КЖ, распространенность СИБР тонкой кишки, мальабсорбции таких углеводов, как фруктоза и сорбит в зависимости от условий проживания ребенка (нахождение на территории в условиях военного конфликта или в мирной обстановке).

На втором этапе исследования обследовано 105 детей с СРК-Д. Всем детям с целью терапии СРК-Д в амбулаторных условиях было назначено комплексное лечение в течение месяца, которое включало специальную диету low-FODMAP, энтеросорбенты (смектит диоктаэдрический), пробиотик, содержащий *Saccharomyces boulardii*, координатор кишечной моторики (тримебутина малеат), комплексный фитопрепарат STW5, полученный путем спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений (экстракт мяты перечной, иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша пятнистая, Melissa лекарственная, чистотел большой, солодка голая).

После проведения лечения в ходе консультативного приема с пациентами и их родителями проведено анкетирование с определением уровня родительской комплаентности с использованием разработанного нами опросника в отношении соблюдения проведенного детям лечения. Кроме того, установлены основные причины, влияющие на приверженность родителей пациентов в отношении терапии, проводимой их ребенку.

В дальнейшем все пациенты были разделены на три группы в зависимости от уровня родительской комплаентности к проведенному лечению. В первую группу вошло 42 ребенка с низким уровнем родительского комплаенса, во вторую группу – 35 детей с частичной родительской комплаентностью, а третью группу составили 28 детей, имеющих комплаентных родителей. В качестве оценки эффективности проведенного лечения в зависимости от степени комплаентности к ней у всех детей после завершения одномесячного курса терапии были изучены ряд показателей: наличие и выраженность клинических симптомов заболевания либо их отсутствие, наличие СИБР тонкой кишки, а также КЖ пациента.

На третьем этапе исследования оценена эффективность использования диетотерапии low-FODMAP на амбулаторном этапе наблюдения за ребенком в профилактике обострений СРК-Д, нормализации состава кишечной микробиоты, переносимости углеводов.

С этой целью 80 пациентов с СРК-Д были разделены на 2 клинические группы по 40 человек в каждой. Пациентам основной группы была назначена диетотерапия с дополнительным использованием специальной диеты low-FODMAP длительностью до 6 месяцев. Примерный суточный рацион питания составлялся ребенку с учетом исключения из приема пищи продуктов с высоким содержанием FODMAP компонентов и использования продуктов, рекомендованных диетой low-FODMAP. С учетом выявленных на предыдущем этапе исследования факторов, влияющих на комплаентность родителей к проводимому их ребенку лечению, с целью повышения уровня приверженности к проводимой диете пациентам и их родителям объяснены основные причины развития СРК, патогенетическое значение употребления различных пищевых продуктов, составлен примерный рацион питания на каждый день недели на основании использования продуктов с низким содержанием FODMAP компонентов, с учетом их стоимости. С пациентами и их родителями ежемесячно проводились встречи с целью коррекции режима диетотерапии. Родители или пациенты основной группы могли консультироваться с врачом детским гастроэнтерологом ООО «Медицинский центр «Гастро-лайн» г. Донецка по вопросам включения или исключения диетических продуктов из рациона питания ребенка, их переносимости на амбулаторном этапе лечения. Пациентам группы сравнения была назначена диета без каких-либо ограничений длительностью до 6 месяцев. Детям обеих групп медикаментозное лечение СРК-Д в периоде наблюдения дополнительно не назначалось.

Эффективность проведенного лечения с использованием диетотерапии была изучена на третьем и шестом месяцах наблюдения за пациентом. У всех детей проведена оценка выраженности симптомов заболевания, распространенности СИБР тонкой кишки, мальабсорбции фруктозы и сорбита, показателей КЖ на фоне диетотерапии.

Статистически значимой разницы на всех этапах исследования распределения по возрасту между группами сравнения не выявлено ( $p > 0,05$ ), статистически значимого различия распределения по полу не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В исследовательской работе была использована классификация СРК согласно РК IV (2016). Для диагностики СРК-Д была дополнительно использована Бристольская шкала формы кала.

У всех детей, включенных в исследование, тщательно анализировали жалобы, анамнестические данные. Объективное обследование проводили по общепринятым методикам, изучали данные рутинных лабораторных методов исследования.

Для оценки динамики симптомов ФГИР использовали Опросник «7x7» (7 симптомов за 7 дней), разработанный Российской гастроэнтерологической ассоциацией и рекомендованный Резолюцией Экспертного совета, посвященного

проблемам диагностики и лечения функциональных заболеваний ЖКТ, включающего вопросы о наличии, выраженности и частоте семи основных симптомов ФГИР за последние 7 дней. В зависимости от полученной суммы баллов тяжесть состояния больного оценивали следующим образом: 0–1 – здоров; 2–6 – пограничное расстройство; 7–12 – легкое расстройство; 13–18 – умеренно выраженное расстройство; 19–24 – выраженное расстройство; 25 и более – тяжелое расстройство.

Для оценки выраженности и динамики абдоминального болевого синдрома использована простая описательная шкала интенсивности боли, при помощи которой пациент характеризовал наличие абдоминального болевого синдрома: отсутствие боли, легкая, умеренная, сильная, очень сильная, невыносимая боль.

Диагностику СИБР тонкой кишки, мальабсорбции фруктозы и сорбита осуществляли при помощи водородного дыхательного теста с использованием цифрового анализатора выдыхаемого водорода «ЛактофаН2» (ООО «АМА», Россия). Для диагностики СИБР тонкой кишки использовали нагрузочную пробу с лактулозой (20 г). Повышение уровня водорода на 10 ppm от исходного в выдыхаемом воздухе через 30 или 60 минут после нагрузки свидетельствовало о наличии СИБР тонкой кишки. Для определения мальабсорбции фруктозы давали пациент выпивал раствор данного моносахарида в количестве 25 г растворенных в 250 мл воды. Положительным считали результат при наличии прироста концентрации водорода в выдыхаемом воздухе через 60 минут и далее на 20 ppm и более от базального. Для определения мальабсорбции сорбита давали пациенту выпить раствор данного полиола в количестве 12,5 г растворенные в 250 мл воды. Положительным считали результат при наличии прироста концентрации водорода в выдыхаемом воздухе через 60 минут и далее на 20 ppm и более от базального.

Для оценки уровня родительской комплаентности нами был разработан «Опросник определения уровня родительской комплаентности» (Налетов А.В., Налетов С.В., Баринаева А.С., Вьюниченко Ю.С., 2018), который включает 6 вопросов для родителей.

1. Забывали ли Вы когда-либо дать ребенку препараты?
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств ребенком?
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если ребенок чувствует себя хорошо?
4. Если ребенок чувствует себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием препарата?
5. Можете ли Вы в связи с негативной реакцией ребенка на прием лекарства отказаться от следующего приема препарата?
6. Можете ли Вы без консультации с лечащим врачом самостоятельно заменить назначенный препарат ребенку на «более эффективный и безопасный», по Вашему мнению?

При получении 6 ответов «нет» говорили о комплаентности родителей, при 4-5 «нет» – частичной комплаентности, 3 и менее нет – полной некомплаентности родителей.

Опросник высоко валиден (тест Кронбаха более 0,8). Чувствительность = 92,8 %, специфичность = 82,4 %, ложноотрицательные значения = 7,2 %, ложнопозитивные значения = 17,6 %.

Также было проведено анкетирование родителей с целью определения основных причин, влияющих на комплайнс лечения:

1. Боязнь развития побочных эффектов от получаемой терапии.
2. Высокая стоимость лечения.
3. Непонимание сути заболевания.
4. Забывчивость в приеме препаратов.
5. Трудности приема лекарств в школе.
6. Недоверие к врачу.
7. Неуверенность в эффективности назначенной терапии, учитывая предыдущий негативный опыт от лечения.
8. Сложность соблюдения назначенной схемы лечения.
9. Невозможность контроля приема препаратов из-за занятости родителей на работе.
10. Отсутствие препаратов в аптеке.

Для оценки КЖ пациентов использовали опросник «SF-36 Health Status Survey», который считается «золотым стандартом» общих методик оценки КЖ и разрешен к использованию и детей старшего школьного возраста. Опросник содержит 36 вопросов, которые охватывают 8 категорий КЖ и дают представление как о физическом, так и психологическом компонентах здоровья. В результате расчетов получали показатели КЖ отдельно для каждой из 8 категорий. Методика валидизирована при исследовании представителей различных популяций. Физические компоненты здоровья включают: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «интенсивность боли», «общее здоровье». Психологические аспекты оценивают: «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье». Полученные ответы оцениваются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствовало более высокому КЖ.

Для проведения анализа результатов исследования использовали методы биостатистики. Для статистического анализа данных был использован пакет STATISTICA 6. При анализе использовали методы точечной оценки параметров генеральной совокупности (выборочные характеристики). Для качественных характеристик приводится значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартная ошибка ( $m\%$ ). Для оценки результатов количественных характеристик в работе приводится значение среднего арифметического ( $\bar{x}$ ) оцениваемого параметра и значение ошибки среднего ( $m$ ), медианы (Me), минимума (Min) и максимума (Max) значений. Сравнения групп количественных данных осуществлялись с использованием однофакторного анализа и методов множественных сравнений: метод Шеффе (в случае нормального закона распределения); метод множественных сравнений Данна (в случае отличия закона распределения от нормального). Сравнение средних качественных данных было

выполнено с использованием парного сравнения доли (угловое преобразование Фишера с учетом поправки Йейтса). Для наиболее важных характеристик анализируемых признаков в работе рассчитывали 95 % доверительный интервал (95 % ДИ).

Оценка валидности опросника проведена с помощью расчета критерия альфа Кронбаха (Cronbach's alpha test). Хранение и статистическая обработка данных произведены с помощью пакета программы SPSS (v.21, IBM SPSS Statistic, США).

**Результаты исследований.** На первом этапе исследования установлен ряд особенностей клинического течения СРК-Д у детей старшего школьного возраста, проживающих на территории ДНР.

Среди пациентов основной группы преобладала умеренная степень тяжести ФГИР – 59,0 % (95 % ДИ 49,0 % – 68,0 %). Легкое расстройство установлено у 17,0 % (95 % ДИ 10,0 % – 25,0 %) детей, а выраженное – у 24,0 % (95 % ДИ 16,0 % – 32,0 %). Для группы сравнения наиболее характерной было наличие легкой и умеренной степени тяжести ФГИР. Так, у половины детей данной группы установлено легкое расстройство – 50,0 % (95 % ДИ 32,0 % – 68,0 %) пациентов данной группы, умеренное расстройство – у 40,0 % (95 % ДИ 23,0 % – 59,0 %), а выраженное расстройство – у 10,0 % (95 % ДИ 2,0 % – 24,0 %). Более высокая степень выраженности клинических симптомов ФГИР среди пациентов основной группы была связана с тем, что в большинстве случаев проявления СРК сочетались с симптомами диспепсии (чувство переполнения после приема пищи, тошнота, раннее насыщение, эпигастральная боль или жжение) – 66,0 % (95 % ДИ 56,0 % – 75,0 %) детей. Среди пациентов группы сравнения лишь менее чем у 1/3 детей мы регистрировали симптомы диспепсии – 30,0% (95 % ДИ 15,0 % – 48,0 %) пациентов ( $p=0,001$ ).

При сравнении выраженности абдоминального болевого синдрома у детей с СРК-Д между группами боли установлены значительные отличия. Наибольшую долю пациентов в основной группе составили дети с сильно выраженным абдоминальным болевым синдромом – 52,4 % (95 % ДИ 42,7 % – 61,9 %) пациента. В группе сравнения был установлен статистически значимый уровень отличий ( $p<0,05$ ) лишь между долями пациентов с умеренным и очень сильным абдоминальным болевым синдромом: 41,4 % (95 % ДИ 23,7 % – 60,3 %) и 6,9 % (95 % ДИ 0,6 % – 19,4 %), соответственно. Доля пациентов с сильным абдоминальным болевым синдромом в основной группе оказалась статистически значимо ( $p=0,03$ ) большей относительно соответствующей доли в группе сравнения – 26,7 % (95 % ДИ 12,6 % – 45,8 %). В свою очередь, в группе сравнения доля пациентов с легким абдоминальным болевым синдромом была статистически значимо ( $p=0,045$ ) большей – 26,7 % (95 % ДИ 12,6 % – 45,8 %) относительно соответствующей доли пациентов в основной группе – 9,5 % (95 % ДИ 4,6 % – 15,9 %).

Установлено, что СРК-Д у большинства детей сочетался с развитием СИБР тонкой кишки. Среди пациентов с СРК-Д СИБР тонкой кишки был диагностирован у 73,3 % (95 % ДИ 65,5 % – 80,5 %) больных. В основной группе

доля пациентов с микробиотическим дисбалансом тонкой кишки составила 78,0 % (95 % ДИ 70,0 % – 86,0 %) (отличие от группы контроля –  $p < 0,001$ ), а в группе сравнения – 57,0 % (95 % ДИ 38,0 % – 74,0 %) (отличие от группы контроля –  $p = 0,004$ ). В группе контроля СИБР тонкой кишки был диагностирован у 12,0 % (95 % ДИ 2,0 % – 28,0 %) детей. При этом каких-либо клинических проявлений нарушения состава кишечной микробиоты у них не установлено

Выявлено наличие мальабсорбции фруктозы и сорбита у большинства больных с СРК-Д. Для пациентов основной группы доля детей с непереносимостью фруктозы составила 53,0 % (95 % ДИ 44,0 % – 63,0 %), а для группы сравнения – 30,0 % (95 % ДИ 15,0 – 48,0 %). Среди детей контрольной группы наличие мальабсорбции фруктозы установлено у 12,0 % (95 % ДИ 2,0 % – 28,0 %). Выявлено статистически значимое различие между основной и контрольной группами ( $p < 0,001$ ). При этом не установлено статистически значимого различия между группой сравнения и контрольной группой ( $p = 0,4$ ). В основной группе доля пациентов с мальабсорбцией сорбита составила 58,0 % (95 % ДИ 49,0 % – 67,0 %), а в группе сравнения – 33,0 % (95 % ДИ 17,0 % – 52,0 %). В группе контроля непереносимость сорбита выявлена у 8,0 % (95 % ДИ 0,6 % – 22,4 %). Установлено статистически значимое различие между основной и контрольной группами ( $p < 0,001$ ). При этом не установлено статистически значимого различия между группой сравнения и контрольной группой ( $p = 0,1$ ). В большинстве случаев пациенты с СРК-Д имели сочетание нарушения всасывания обоих углеводов – у 40 (38,1±4,7 %) детей основной группы и у 3 (13,3±6,2 %) пациентов группы сравнения.

У большинства пациентов, у которых была обнаружена непереносимость углеводов, диагностирован СИБР тонкой кишки. Так, в основной группе дисбиоз тонкой кишки сочетался с мальабсорбцией фруктозы у 47,6 % (95 % ДИ 38,1% – 57,3 %) пациентов, что было статистически значимо выше ( $p = 0,03$ ) относительно группы сравнения – 23,3 % (95 % ДИ 9,7 % – 40,6 %). Сочетание мальабсорбции сорбита и СИБР тонкой кишки у пациентов с СРК-Д в основной группе установлено у 54,3 % (95 ДИ 44,6% – 63,8 %) детей, что было статистически значимо больше ( $p = 0,004$ ) относительно группы сравнения – 23,3 % (95 % ДИ 9,7 % – 40,6 %).

Установлено, что показатели КЖ детей с СРК-Д, проживающих в ДНР по большинству шкал отличались от соответствующих показателей пациентов, проживающих на мирной территории. Наличие патологии кишечника, не смотря на функциональный генез заболевания, приводило к значительному снижению КЖ ребенка. Так, значения показателей по шкалам физического и психологического здоровья у пациентов обеих групп сравнения были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже относительно детей группы контроля. Кроме того, установлены статистически значимо ( $p < 0,05$ ) более низкие значения по большинству показателей КЖ у детей основной группы относительно детей группы сравнения. Значительная выраженность абдоминального болевого синдрома у всех пациентов с СРК-Д находила отражение в снижении показателей по шкале «интенсивности боли» среди пациентов обеих групп. По данной шкале

статистически значимого отличия между группами сравнения детей с СРК-Д не установлено ( $p > 0,05$ ). Также не установлено статически значимого различия между основной группой и группой сравнения ( $p > 0,05$ ) по шкале «социальное функционирование» и «ролевое физическое функционирование». У всех детей с СРК отмечено выраженное снижение КЖ по шкалам «общее состояние здоровья», «физическое функционирование» и «жизненная активность». При этом пациенты основной группы имели статистически значимо ( $p < 0,05$ ) более низкие показатели, относительно детей группы сравнения по данным шкалам. У пациентов с СРК-Д выявлена четкая тенденция снижения психологических аспектов здоровья по таким шкалам, как «социальное функционирование» и «психическое здоровье», что свидетельствует о значительном снижении социальной активности этих детей. При этом, показатели по шкале «психическое здоровье» и «ролевого эмоционального функционирования» у детей основной группы были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже относительно пациентов группы сравнения.

На втором этапе исследования при проведении анализа родительской комплаентности при помощи разработанного нами опросника в семьях детей, страдающих СРК-Д, выявлено, что большинство родителей обследованных пациентов не являются комплаентными к проводимому медикаментозному их детям лечению. Так, среди обследованных пациентов лишь в 28 (26,7±4,3 %) семьях родители были комплаентными к используемой у их ребенка терапии. В 35 (33,3±4,6 %) случаях выявлена частичная комплаентность родителей к получаемому их ребенком лечению, а в 42 (40,0±4,8 %) семьях – родители были некомплаентными.

Анализ основных причин, оказывающих влияние на родительскую комплаентность, показал многовекторность данных факторов. Большинство родителей отмечали низкий уровень своей информированности о сути переносимого их ребенком заболевания, причинах и механизмах его развития – 45 (42,9±4,8 %) случаев, что обуславливало непонимание ими необходимости долгосрочного приема препаратов. Важным фактором, снижающим комплаентность, была неуверенность в эффективности назначенной ребенку терапии, учитывая предыдущий негативный опыт от лечения – 40 (38,1±4,7 %) пациентов. Так, у 45 (42,9±4,8 %) детей, отмечена отсроченная диагностика СРК на первичном этапе амбулаторно-поликлинической медицинской помощи детям, что приводило к использованию неправильной схемы терапии в лечении данных пациентов. Недоверие к лечащему врачу у родителей пациента установлено в 18 (17,1±3,7 %) случаях. На высокую стоимость препаратов, используемых в лечении и несоответствие их стоимости финансовым возможностям семьи, о которой родители не были предупреждены лечащим врачом перед назначением лечения, обращали внимание в 22 (21,0±4,0 %) случаях. У 1/5 семей пациентов были отмечены сложности соблюдения режима приема препаратов в связи с невозможностью контроля из-за занятости родителей на работе – 21 (20,0±3,9 %) и трудностями, связанными с соблюдением приема лекарств ребенком в школе – 22 (21,0±4,0 %).

При проведении анализа динамики выраженности клинических проявлений СРК на фоне использования комплексного лечения в зависимости от уровня родительского комплаенса к проводимому лечению, установлен ряд различий. Среди пациентов третьей группы, которые имели высокий уровень родительской комплаентности, доля детей с пограничным расстройством составила 50,0 % (95 % ДИ 31,1 % – 68,9 %), что было статистически значимо выше ( $p < 0,03$ ) относительно детей с некомплаентными родителями. Также снизилась доля детей с легкой и умеренной степенью тяжести ФГИР, а дети с выраженной степенью СРК-Д в данной группе отсутствовали. При этом в первой и второй группах встречались дети с выраженной степенью тяжести ФГИР.

На фоне проведенного лечения в третьей группе мы не обнаружили детей с сильным болевым синдромом. Кроме того, половина пациентов не предъявляло жалоб на наличие абдоминального болевого синдрома – 50,0 % (95 % ДИ 31,1 % – 68,9 %), что было статистически значимо выше ( $p = 0,01$ ) относительно соответствующей доли пациентов в первой группе. В свою очередь в первой группе преобладали пациенты с сохраняющимся абдоминальным болевым синдромом умеренной степени выраженности – 40,5 % (95 % ДИ 25,9 % – 56,0 %), что было статистически значимо выше ( $p = 0,04$ ) относительно соответствующей доли пациентов в третьей группе.

При контрольном исследовании через месяц после начала лечения установлено, что среди пациентов первой группы на фоне проводимого лечения распространенность СИБР тонкой кишки составила 64,3 % (95 % ДИ 48,9 % – 78,3 %) детей, что оказалось статистически значимо выше относительно третьей группы (17,9 % (95 % ДИ 5,8 % – 34,7 %) ( $p = 0,003$ )), а также детей группы контроля – 12,0 % (95 % ДИ 2,2 % – 28,2 %) ( $p < 0,001$ ). Среди пациентов второй группы дисбиоз тонкой кишки диагностирован у 48,6 % (95 % ДИ 31,8 % – 65,5 %) детей, что было статистически значимо выше относительно группы контроля ( $p = 0,04$ ). При этом среди пациентов третьей группы доля детей с СИБР тонкой кишки не имела статистически значимого уровня отличий от контрольной группы ( $p = 0,1$ ).

При изучении отношения рисков развития СИБР тонкой кишки мы можем утверждать, что риск наличия СИБР тонкой кишки после лечения в первой группе в 3,6 (95 % ДИ 1,6 – 8,2) раза выше, а во второй в 2,7 (95 % ДИ 1,6 – 8,2) раза выше, чем в третьей, что указывает на эффективное влияние высокого уровня родительского комплаенса в отношении проводимой ребенку с СРК терапии на коррекцию дисбиоза тонкой кишки.

Установлено, что во всех группах пациентов на фоне проводимого комплексного лечения отмечена положительная динамика показателей КЖ. Так, при оценке КЖ по шкалам, характеризующим физическое здоровье, у пациентов из некомплаентных семей при контрольном исследовании средние значения показателей были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже относительно детей из семей с комплаентными родителями и контрольной группы. При этом по шкалам «интенсивность боли» и «общее состояние здоровья» у пациентов с частичной комплаентностью средние показатели были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) выше

относительно некомплаентных пациентов. В свою очередь у пациентов третьей группы показатели по шкалам «интенсивность боли», «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование» не имели статистически значимого отличия ( $p>0,05$ ) от соответствующих показателей пациентов группы контроля. При изучении показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье, установлено, что по шкалам «жизненная активность», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье» дети третьей группы имели статистически значимо ( $p<0,05$ ) более высокие показатели относительно детей первой и второй групп и не имели значимых отличий ( $p>0,05$ ) относительно здоровых детей по соответствующим шкалам.

На третьем этапе исследования нами изучена эффективность трех- и шестимесячного использования диеты low-FODMAP у детей с СРК-Д.

На фоне трехмесячного курса диетотерапии с использованием диеты low-FODMAP установлено, что среди пациентов основной группы превалировала доля здоровых детей – 67,5 % (95 % ДИ 51,9 % – 81,3 %), ( $p<0,001$ ), что статистически значимо ( $p=0,008$ ) превышало долю здоровых детей в группе сравнения – 35,0 % (95 % ДИ 20,8 % – 50,8 %). При шестимесячном использовании диеты low-FODMAP установлено, что среди пациентов основной группы также продолжала превалировать доля здоровых детей – 62,5 % (95 % ДИ 46,6 % – 77,1 %), что было статистически значимо ( $p=0,002$ ) больше относительно доли здоровых детей в группе сравнения – 25,0 % (95 % ДИ 12,7 % – 39,9 %).

При изучении влияния применения специальной лечебной диеты на состояние микробиоты тонкой кишки у пациентов с СРК-Д было установлено, что доля пациентов с нормальным составом микробиоты тонкой кишки при проведении дыхательного теста диагностики СИБР на третьем месяце исследования среди детей основной группы составила 72,5 % (95 % ДИ 57,3 % – 85,4 %), что не имело статистически значимого уровня отличия ( $p>0,05$ ) от группы контроля – 88,0 % (95 % ДИ 71,8 % – 97,8 %) (таблица 1).

Таблица 1 – Распространенность СИБР тонкой кишки между группами сравнения на третьем месяце наблюдения

Группа	Доля детей с СИБР на третьем месяце наблюдения	Доля детей с СИБР на шестом месяце наблюдения
Основная	27,5 % (95 % ДИ 14,6 % - 42,7 %)	25,0 % (95 % ДИ 12,7 % – 39,9 %)
Сравнения	47,5 % (95 % ДИ 31,9 % – 63,3 %)*	60,0 % (95 % ДИ 44,1 % – 74,9 %)* <sup>1</sup>
Группа контроля	12,0 % (95 % ДИ 2,2 % – 28,2 %)	12,0 % (95 % ДИ 2,2 % – 28,2 %)

Примечание: \*- отличие от группы контроля статистически значимо ( $p<0,05$ )

<sup>1</sup> - отличие от основной группы статистически значимо ( $p<0,05$ )

Доля детей без СИБР в группе сравнения составила лишь 52,5 % (95 % ДИ 36,7% – 68,1 %), что было статистически значимо ( $p<0,05$ ) меньше относительно группы контроля.

Через 6 месяцев наблюдения в основной группе на фоне использования диеты low-FODMAP увеличилась доля детей без микробиотического дисбаланса тонкой кишки – 75,0 % (60,1 % – 87,3 %), что не имело статистически значимого уровня отличия от группы контроля ( $p<0,05$ ). В свою очередь доля данных пациентов в группе сравнения уменьшилась и составила 40,0 % (95 % ДИ 25,1 % – 55,9 %). Уровень значимости отличий между группами составил  $p<0,01$ . При этом доля пациентов с нормальным составом микробиоты тонкой кишки в группе сравнения была значимо ( $p<0,001$ ) меньшей относительно группы контроля (таблица 1).

Исходно перед проведением третьего этапа исследования доля пациентов в основной группе и группе сравнения с непереносимостью фруктозы была одинаковой – 52,5 % (95 % ДИ 36,7 % – 68,1 %), что было статистически значимо ( $p=0,005$ ) больше относительно группы контроля – 12,0 % (95 % ДИ 2,2 % – 28,2 %).

Через 3 месяца соблюдения курса диетотерапии в основной группе доля детей с нормальным всасыванием фруктозы значительно увеличилась и составила – 72,5 % (95 % ДИ 57,3 % – 85,4 %), что не имело статистически значимого отличия ( $p>0,05$ ) от группы контроля. В свою очередь, доля данных детей в группе сравнения составила – 55,0 % (95 % ДИ 39,1 % – 70,4 %), что было статистически значимо меньше ( $p=0,03$ ) относительно группы контроля – 88,0 % (95 % ДИ 71,8 % – 97,8 %) (таблица 2).

Таблица 2 – Распространенность непереносимости фруктозы в группах сравнения на третьем месяце наблюдения

Группа	Доля детей с мальабсорбцией фруктозы на третьем месяце наблюдения	Доля детей с мальабсорбцией фруктозы на шестом месяце наблюдения
Основная	27,5% (95 % ДИ 14,6 % – 42,7 %)	27,5% (95 % ДИ 14,6 % – 42,7 %)
Сравнения	45,0% (95 % ДИ 29,6 % – 60,9 %)*	50,0% (95 % ДИ 34,3 % – 65,7 %)*
Группа контроля	12,0 % (95 % ДИ 2,2 % – 28,2 %)	12,0 % (95 % ДИ 2,2 % – 28,2 %)

Примечание: \*- отличие от группы контроля статистически значимо ( $p<0,05$ )

Через 6 месяцев применения диеты low-FODMAP в основной группе доля детей с нормальным всасыванием фруктозы не изменилась – 72,5 % (95 % ДИ 57,3 % – 85,4 %), что не имело статистически значимого отличия ( $p>0,05$ ) от группы контроля. В свою очередь, доля детей с нормальным всасыванием фруктозы в группе сравнения составила – 50,0 % (95 % ДИ 34,3 % – 65,7 %), что было статистически значимо меньше ( $p=0,009$ ) относительно группы контроля (таблица 2).

Исходно перед проведением третьего этапа исследования доля пациентов в основной группе с мальабсорбцией сорбита составила – 62,5 % (95 % ДИ 46,6 % – 77,1 %), а в группе сравнения – 60,0 % (95 % ДИ 44,1 % – 74,9 %), что было статистически значимо ( $p=0,005$ ) больше относительно группы контроля – 8,0 % (95 % ДИ 0,6 % – 22,4 %).

Через 3 месяца соблюдения курса специальной диеты в основной группе доля детей с нормальным всасыванием сорбита значительно увеличилась и составила – 70,0 % (95 % ДИ 54,6 % – 83,4 %), что не имело статистически значимого отличия ( $p>0,05$ ) от группы контроля, где доля детей с нормальным всасыванием сорбита составила – 92,0 % (95 % ДИ 77,6 % – 99,4 %). В свою очередь, доля данных детей в группе сравнения составила – 52,5 % (95 % ДИ 36,7 % – 68,1 %), что было статистически значимо меньше ( $p=0,004$ ) относительно группы контроля (таблица 3).

Таблица 3 – Распространенность непереносимости сорбита между группами сравнения на третьем месяце наблюдения

Группа	Доля детей с мальабсорбцией сорбита на третьем месяце наблюдения	Доля детей с мальабсорбцией сорбита на шестом месяце наблюдения
Основная	30,0 % (95 % ДИ 16,6 % – 45,4 %)	22,5% (95 % ДИ 10,8 % – 37,0 %)
Сравнения	52,5 % (95 % ДИ 36,7 % – 68,1 %)*	52,5% (95 % ДИ 36,7 % – 68,1 %)*
Группа контроля	8,0 % (95 % ДИ 0,6 % – 22,4 %)	8,0 % (95 % ДИ 0,6 % – 22,4 %)

Примечание: \*- отличие от группы контроля статистически значимо ( $p<0,05$ )

Через 6 месяцев применения диеты low-FODMAP в основной группе доля детей с нормальным всасыванием сорбита составила – 77,5 % (95 % ДИ 63,0 % – 89,2 %), что не имело статистически значимого отличия ( $p>0,05$ ) от группы контроля. В свою очередь, доля детей с нормальным всасыванием сорбита в группе сравнения составила – 47,5 % (95 % ДИ 31,9 % – 63,3 %), что было статистически значимо меньше ( $p<0,001$ ) относительно группы контроля.

Установлено, что у пациентов основной группы на фоне шестимесячного применения диеты low-FODMAP показатели КЖ по шкалам, характеризующим, как физические, так и психологические аспекты здоровья были статистически значимо ( $p<0,05$ ) выше относительно соответствующих показателей в группе сравнения и не имели статистически значимого ( $p>0,05$ ) отличия относительно группы контроля. При этом среди пациентов группы сравнения, которые не придерживались специальной диеты, показатели по всем шкалам оценки КЖ были статистически значимо ( $p<0,05$ ) ниже группы контроля.

### ВЫВОДЫ

В диссертации представлено теоретическое обоснование и достигнуто новое решение актуальной научной задачи современной педиатрии – повышение эффективности лечения детей с СРК на основании улучшения комплаентности к

проводимой терапии, а также использования лечебной диеты с пониженным содержанием ферментируемых углеводов (FODMAP).

1. Для пациентов с СРК-Д, проживающих на территории ДНР, характерным является умеренная выраженность ФГИР – 59,0 % (95 % ДИ 49,0 % – 68,0 %) с сильным абдоминальным болевым синдромом – 52,4 % (95 % ДИ 42,7 % – 61,9 %), что обусловлено сочетанием СРК и функциональной диспепсии – 66,0 % (95 % ДИ 56,0 % – 75,0 %) детей ( $p=0,001$ , относительно пациентов, проживающих на мирной территории). При этом у данных пациентов СРК-Д протекает статистически значимо чаще на фоне СИБР тонкой кишки и формирования мальабсорбции углеводов: фруктозы – 47,6 % (95 % ДИ 38,1% – 57,3 %) и 23,3 % (95 % ДИ 9,7 % – 40,6 %) пациентов ( $p=0,02$ ) и сорбита – 54,3 % (95 % ДИ 44,6% – 63,8 %) и 23,3 % (95 % ДИ 9,7 % – 40,6 %) детей ( $p=0,004$ ) относительно пациентов, проживающих на мирной территории.
2. В семьях детей, страдающих СРК-Д в большинстве случаев отмечается низкий уровень родительской комплаентности к проводимой их ребенку терапии ФГИР. Лишь в  $26,7\pm 4,3$  % семьях родители являются комплаентными к проводимому их ребенку лечению. При этом среди главных причин, влияющих на родительский комплаенс, является низкий уровень информированности родителей о переносимом их ребенком заболевании –  $42,9\pm 4,8$  %, и неуверенность в эффективности назначенной терапии, учитывая предыдущий негативный опыт лечения –  $38,1\pm 4,7$  %.
3. Высокий уровень родительского комплаенса к проводимой ребенку терапии СРК-Д позволяет статистически значимо ( $p<0,05$ ) уменьшить выраженность заболевания (в 50,0 % (95 % ДИ 31,1 % – 68,9 %) добиться устранения клинических проявлений ФГИР), а также в 3,6 раза снизить риск формирования СИБР тонкой кишки относительно некомплаентных пациентов,
4. Развитие СРК-Д у детей приводит к значительному снижению КЖ, как показателей физического, так и психологического здоровья. У детей с СРК-Д, проживающих на территории ДНР, отмечаются более низкие ( $p<0,05$ ) показатели КЖ по сравнению с пациентами, проживающими на мирной территории. Высокий уровень комплаенса к проводимому комплексному лечению, а в дальнейшем соблюдение диеты low-FODMAP позволяет повысить КЖ детей с СРК-Д.
5. Применение диеты low-FODMAP у детей старшего школьного возраста, страдающих СРК-Д, в сравнении с больными не имеющими диетических ограничений позволяет через 6 месяцев статистически значимо ( $p<0,05$ ) уменьшить долю пациентов с СИБР тонкой кишки – 25,0 % (95 % ДИ 12,7 % – 39,9 %) и 60,0 % (95 % ДИ 44,1 % – 74,9 %), соответственно, нарушением всасывания фруктозы 27,5% (95 % ДИ 14,6 % – 42,7 %) и 50,0% (95 % ДИ 34,3 % – 65,7 %), соответственно, и также сорбита 22,5% (95 % ДИ 10,8 % – 37,0 %) и 52,5% (95 % ДИ 36,7 % – 68,1 %), соответственно, даже без использования медикаментозного лечения.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В семьях детей, страдающих СРК, перед началом лечения целесообразно определение уровня родительской комплаентности к проводимой их ребенку терапии при помощи разработанного «Опросника определения уровня родительской комплаентности».
2. С целью повышения эффективности лечения детей, страдающих СРК, рекомендовано проведение мероприятий по повышению комплаентности родителей, направленных на разъяснение им причин развития заболевания у ребенка.
3. В терапии детей с СРК-Д рекомендовано длительное использование диеты low-FODMAP, что позволяет уменьшить рецидивирование клинической симптоматики, снизить частоту СИБР тонкой кишки и мальабсорбции углеводов (фруктозы и сорбита) у пациентов даже без использования медикаментозного лечения.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ АВТОРОМ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Проблема комплаентности в современной гастроэнтерологии / А. В. Налетов, С. В. Налетов, А. С. Барина, Ю. С. Вьюниченко // Университетская клиника. – 2017. – Т. 13 (№ 2). – С. 213 – 218.
2. Налетов, А. В. Использование диеты low-FODMAP – важный этап терапии детей с синдромом раздраженного кишечника / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко // Педиатр. – 2017. – Т. 8, № 6. – С. 94 – 98.
3. Налетов, А. В. Особенности течения синдрома раздраженного кишечника у детей, проживающих в условиях военного конфликта в Донбассе / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, В. А. Лянник // Университетская клиника. – 2018. – № 1 (26). – С. 54 – 58.
4. Налетов, А. В. Родительская комплаентность и влияющие на нее факторы при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, Д. И. Масюта // Педиатр. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 67 – 70.
5. Налетов, А. В. Оценка качества жизни детей с синдромом раздраженного кишечника, проживающих в условиях военного конфликта в Донбассе / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, И. В. Коктышев // Университетская клиника. – 2018. – № 2(27). – С. 12 – 16.
6. Налетов А. В. Особенности функционального состояния тонкой кишки у детей с синдромом раздраженного кишечника, проживающих в Донбассе / А.В. Налетов, Ю.С. Вьюниченко, О.Г. Горшков // Университетская клиника. – 2018. – № 3 (28). – С. 36 – 39.
7. Влияние родительской комплаентности на эффективность терапии синдрома раздраженного кишечника у детей / Ю. С. Вьюниченко, А. В. Налетов,

О. Г. Горшков, Н. П. Гуз / Университетская клиника. – 2018. – Приложение. – С. 76 – 79.

8. Налетов А.В. Влияние родительской комплаентности на показатели качества жизни при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, И. В. Коктышев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 4. – С. 28 – 32.

9. Повышение комплаентности – важный шаг в терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта / А. В. Налетов, С. В. Налетов, А. С. Барина, Ю. С. Вьюниченко // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 3. – С. 12 – 15.

10. Налетов, А. В. Синдром раздраженного кишечника. Современный взгляд на проблему / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, Н. П. Гуз // Университетская клиника. – 2017. – Приложение. – С. 100 – 101. – [Материалы Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать...болезнь», 15-16 ноября 2017 г., Донецк].

11. Вьюниченко, Ю. С. Уровень комплаентности родителей детей с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием диареи / Ю. С. Вьюниченко, А. В. Налетов, Н. И. Мацынина // Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов : материалы IX Терапевтического форума, 29-30 ноября 2017 г., Тюмень. – Тюмень, 2017. – С. 37 – 38.

12. Налетов, А. В. Эффективность использования диеты low-FODMAP в коррекции микробиотического дисбаланса тонкой кишки детей при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, Н. П. Гуз // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей : материалы XXV Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ 13-15 марта 2018 г., Москва. – Москва, 2018. – С. 184 – 186.

13. Налетов, А. В. Комплаентность и влияющие на нее факторы при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, В. А. Лянник // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 230. [Материалы конгресса с международным участием «Здоровые дети – будущее страны», 24-25 мая, 2018 г., Санкт-Петербург].

14. Налетов, А. В. Диетотерапия в лечении синдрома раздраженного кишечника у детей / А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко // Проблемные вопросы педагогики и медицины : сб. науч. тр. памяти профессора Е. М. Витебского (XIII вып.). – Донецк, 2018. – С. 277–278.

15. Использование диеты low-FODMAP в коррекции синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки у детей при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи / Н. П. Гуз, А. В. Налетов, Ю. С. Вьюниченко, Е. С. Головкина // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – № 2. С. 63. [Материалы 20-го Юбилейного Международного медицинского Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-петербург – Гастро 2018» и XIX Съезда НОГР, 16 – 18 мая 2018 г., Санкт-Петербург].

16. Распространенность микробиотического дисбаланса тонкой кишки у детей с синдромом раздраженного кишечника с диареей у детей, проживающих в условиях военного конфликта в Донбассе / А. В. Налетов, Н. П. Гуз, Головкина Е. С., Ю. С. Вьюниченко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. XXVIII, № 5 (прил. № 2). – С. 67. – [Материалы Девятнадцать четвертой Российской Гастроэнтерологической недели 8 – 10 октября 2018 г., Москва].
17. Опросник определения уровня родительской комплаентности в отношении проводимой ребенку терапии / А. В. Налетов, С. В. Налетов, А. С. Барина, Ю. С. Вьюниченко // Наука побеждает...болезнь : материалы II Международного медицинского форума Донбасса, 14-15 ноября 2018 г., Донецк. – Донецк, 2018. – С. 140 – 141.
18. Опросник для определения уровня родительской комплаентности : св-во рац. предл. № 6228 / Вьюниченко Ю.С., Налетов А.В., Налетов С.В., Барина А.С. ; ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. – 14.05.2018.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

FODMAP – Fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols

ДИ – доверительный интервал

ДНР – Донецкая Народная Республика

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КЖ – качество жизни

РК IV – Римские критерии IV диагностики и лечения функциональных гастроэнтерологических расстройств

СИБР – синдром избыточного бактериального роста

СРК – синдром раздраженного кишечника

СРК-Д – синдром раздраженного кишечника с диареей

ФГИР – функциональное гастроэнтерологическое расстройство