

Шалабаева Б.С.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Под наблюдением находилось 163 детей в возрасте от 7 до 17 лет с абдоминальными болями длительностью заболевания более года. Из них 84 учащихся периодически предъявляли жалобы на боли и диспепсию (1-я группа) и 79 детей, у которых болевой и диспепсический синдром. Основными факторами, провоцирующими развитие синдрома раздраженного кишечника (СРК) у детей, являются нервно-психические нарушения, резидуальная энцефалопатия. У 32,9% детей школьного возраста с СРК имеются признаки кратковременного артрита. Причиной направления детей с СРК на стационарное исследование являются интенсивные приступообразные боли в животе, сопровождающиеся рвотой и изжогой. Дисбиотические нарушения микробного пейзажа кишечника наблюдаются у 84,8% детей с СРК. Структура СРК у детей, которые направлялись на стационарное исследование и дети, которые находились на амбулаторном наблюдении, существенно отличаются. На стационарное исследование чаще поступают дети с СРК-U, а на амбулаторном этапе чаще наблюдались СРК-D и СРК-M.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, дети, микробный пейзаж.

состояние расценивают как нарушение функции кишечника без структурных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, но которое приводит к нарушению трудоспособности детей. Как причина временной нетрудоспособности (пропуски занятий в школе) диагноз СРК вышел сейчас на второе место после простудных заболеваний [3,4,5].

**Цель** исследования: изучить клиническую характеристику синдрома раздраженного кишечника у детей школьного возраста.

### Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 163 детей в возрасте от 7 до 17 лет с абдоминальными болями длительностью заболевания более года. Из них 84 учащихся периодически предъявляли жалобы на боли и диспепсию (1-я группа) и 79 детей, у которых болевой и диспепсический синдром стали причиной госпитализации для уточнения диагноза (2-я группа).

Диагноз верифицирован на основании комплексного обследования, которое включало детальную оценку жалоб и анамнеза больных, клинических данных, и данных лабораторно-

Среди множества заболеваний, известных в медицине, выделяется группа болезней, вызывающих у врачей трудности особого рода, связанные с тем, что у больных, несмотря на обилие жалоб и их упорство, не удается обнаружить морфологическую основу клинических симптомов с помощью современных диагностических методов. В отличие от органических, эти заболевания принято называть функциональными [1, 3, 5].

У большинства детей, страдающих рецидивирующими абдоминальными болями, имеет место именно СРК, а не какое-либо органическое поражение. По данным зарубежных авторов, 10-20% подростков имеют симптомы СРК. У детей, особенно в нашей стране, истинная частота СРК не известна [1,2,3,4,5].

СРК относится к числу весьма актуальных проблем гастроэнтерологии. Это патологическое инструментального исследования. Проводились ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей, колоноскопия или ирригоскопия, по показаниям - эзофагодуоденоскопия. Изучался микробный пейзаж толстого кишечника.

В Римских критериях III (2006) рекомендуется использовать классификацию СРК, основанную только на преобладающей характеристике стула:

- СРК-C – вариант с запором (частота твердого/шероховатого стула >25% кишечного транзита и мягкого/водянистого – <25%);
- СРК-D – вариант с диареей (частота мягкого/водянистого стула >25% кишечного транзита и твердого/шероховатого <25%);
- СРК-M – смешанный вариант (частота твердого/шероховатого и мягкого/водянистого стула > 25% кишечного транзита);
- СРК-U – перемежающийся (альтернирующий) вариант (имеющиеся расстройства консистенции стула недостаточны для применения критериев первых трех вариантов СРК).

### Результаты исследования и их обсуждения

Результаты анализа клиничко-анамнестических данных приведены в таблице.

Таблица

Сравнительная характеристика анамнестических и клинических проявлений СРК среди детей, получавших амбулаторное и стационарное лечение

Анамнез и клинические симптомы	1-я группа, n=84	2-я группа, n=79
	Частота в %	
Нервно-психические факторы	41,7±5,4	50,6±5,4
Резидуальная энцефалопатия и др.	8,2±3,0	27,8±5,0**
Регулярные тяжелые физ.нагрузки	15,6±3,9	12,6±3,7
Глистная инвазия	11,7±3,5	–
Погрешности в питании	1,2±1,0	–
После перенесенного ОКИ	–	8,9±3,2
Причина неизвестна	21,5±4,5	–
Боли в животе:	100,0	100,0
• Приступообразные	58,2±5,4	78,5±4,6*
• Ноющие	21,5±4,5	–

• Чередование схваткообразных и ноющих болей	20,3±4,4	21,5±4,6
Урчание	82,0±4,2	49,4±5,6***
Метеоризм	56,8±5,4	49,4±5,6
Нарушения аппетита	28,5±4,9	35,4±5,4
Тошнота	28,5±4,9	25,3±4,9
Отрыжка	28,5±4,9	5,1±2,5***
Рвота	–	15,2±4,0
Изжога	–	25,3±4,9
Горечь во рту	–	7,6±3,0
Диарея	43,0±5,4	22,8±4,7*
Запоры	13,7±3,7	16,4±4,2
Чередование диареи и запоров	38,7±5,3	11,4±3,4***
Невыраженные расстройства стула	4,6±2,3	49,4±5,6***
Невротические реакции	57,1±5,4	34,2±5,3***
Астенический синдром	64,1±5,2	43,0±5,6*

Примечание: \* - P<0,05, \*\* - P<0,01, \*\*\* - P<0,001

Провоцирующими факторами явились невропсихические расстройства, к которым отнесены тревожно-ипохондрические и депрессивные расстройства, связанные с длительной стрессовой ситуацией (страх перед школой, плохой учебой, болезненной реакцией на отношения к себе друзей, родных, необычайно болезненная реакция на замечания, советы близких и учителей, клинический осмотр, замыкались в себе). Резидуальные энцефалопатии, двигательная расторможенность, вегетовисцеральные пароксизмы, эмоциональная лабильность несколько чаще (27,8%) отмечались среди детей 2-й группы.

Самым характерным и постоянным клиническим проявлением СРК были боли в животе, которые беспокоили всех детей. При этом удалось установить некоторые особенности болевого синдрома.

Среди детей 1-й группы на приступообразные, интенсивные боли жаловались 49 (58,3%) детей. Ноющие, тупые и более продолжительные боли в живота имели место у 18 (21,4%) учащихся. У 17 (20,2%) школьников тупые ноющие боли чередовались интенсивными приступообразными болями по всему животу.

Следующим частым симптомом, указывающим на поражение кишечника, было урчание в животе, которое обнаружено у 69 (82,1%) детей. Причем у каждого третьего ребенка 29 (34,5%) урчание в животе усиливалось после приема пищи.

Явления метеоризма беспокоили 47 (55,9%) детей. Из них у 23 (27,4%) детей прослеживалась связь с приемом жирной пищи, перееданием.

На тошноту, снижение аппетита, отрыжку жаловались 24 (28,6%) школьника.

Невротические реакции, проявившиеся нарушением сна, раздражительностью, головной болью и головокружением, наблюдались у 48 (57,1%) детей. 54 (64,3%) школьника жаловались на слабость и повышенная утомляемость.

Нарушения стула отмечалось у всех детей, среди которых у 37 (44,0%) детей имела место частая диарея, у 11 (13,1%) учащихся – упорные запоры, 32 (38,1%) детей отмечали чередование диареи и запоров, 4 (4,8%) школьников указывали на

периодические кратковременные нарушения стула в виде диареи или запоров.

УЗИ органов брюшной полости у всех детей выявило изменение формы желчного пузыря, наличие в нем перетяжек или изгибов. Однако контрольное исследование после «пробного желчегонного завтрака» нарушение сокращения желчного пузыря обнаружено у 9 (10,7%) детей.

На ирригоскопии и колоноскопии патология не обнаружена.

При изучении микробного пейзажа толстого кишечника у школьников дефицит бифидобактерий выявлен у 82,1% детей. Повышенный рост лактазонегативной кишечной палочки отмечалось у 28,6% пациентов, E.Coli с патогенными свойствами – у 17,8%, Staphylococcus – у 42,8%, грибов рода Candida – у 39,3% школьников.

Таким образом, комплексное исследование позволило диагностировать СРК-D у 44,0% детей, а у 38,1% больных СРК-M.

Боли в животе беспокоили всех исследуемых детей 2-й группы. Были характерны выраженные приступообразные боли в животе у 78,5% детей (58,2%, P<0,05) и чередование схваткообразных и ноющих болей у 21,5% пациентов.

У 50,6% школьников наряду с болью в животе имело место нарушение стула. Среди которых диарея была выявлена у 22,8% детей, 16,4% больных жаловались на запоры, а чередование диареи и запоров отмечены у 11,4%. У 39 (49,4%) детей отмечались вздутие живота, урчание, а имеющиеся нарушения стула были недостаточны для применения критериев диареи и запора.

Для детей этой группы были характерны жалобы на рвоту (15,2%), изжогу (25,3%), горечь во рту (7,6%).

Проявлениями астенического синдрома у 43,0% больных были слабость утомляемость, головные боли, лабильность настроения, раздражительность.

Состояние всех детей расценивалась, как относительно удовлетворительное.

При объективном осмотре у детей с СРК были выявлены стойкий красный дермографизм (у 62,0%), повышенное потоотделение (у 69,6%), плохая переносимость транспорта (у 48,1%) и душных

помещений (у 38,0%). При этом обращало внимание отсутствие симптомов интоксикации, трофических нарушений со стороны кожи, ее придатков и видимых слизистых оболочек. Нарушения пищевого статуса у детей не обнаружены.

При пальпации живота болезненность была выявлена у 78,5% детей. При этом у 45,2% детей боли определялись вокруг пупка, у 25,8% – по всему животу, у 29,0% детей – правой и левой подвздошной областях.

У 26 (32,9%) детей с СРК при поступлении имелись признаки реактивного артрита (увеличение в объеме и деформация сустава, горячая на ощупь и гиперемизированная кожа над суставом, ограничение и болезненные движения) с поражением тазобедренных, коленных, голеностопных и локтевых суставов. Суставной синдром длился в течение 1-2 дней и полностью купировался без изменений конфигурации пораженных суставов и объема движений в них.

На ЭКГ у 29,1% детей обнаружены нарушения процессов реполяризации, тахикардия или брадикардия.

В биохимическом анализе крови у детей с диареей выявлено небольшое снижение уровня калия.

При сравнительной оценке частоты различных вариантов течения среди детей 2-й группы преобладали СРК-U и СРК-D.

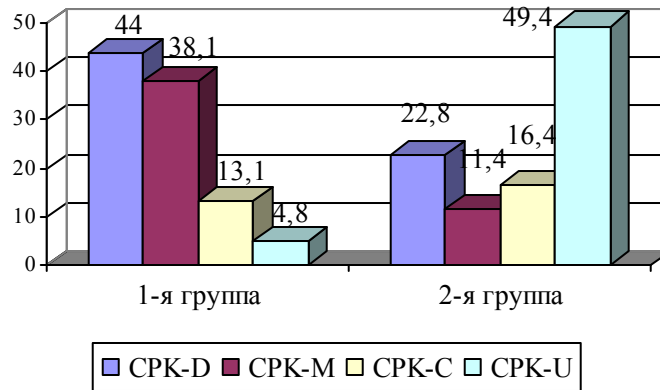


Рис. Варианты СРК у детей школьного возраста в %

Варианты течения СРК по данным амбулаторного и стационарного наблюдения принципиально различались (рисунок). На стационарном наблюдении чаще находились дети с неклассифицируемым вариантом СРК и диареей, что очевидно обусловлено с трудностями диагностики и лечения.

**Выводы**

1. Основными факторами, провоцирующими развитие СРК у детей, являются нервно-психические нарушения, резидуальная энцефалопатия. У 32,9% детей школьного возраста с СРК имеются признаки кратковременного артрита.
2. Причиной направления детей с СРК на стационарное исследование являются интенсивные приступообразные боли в животе, сопровождающиеся рвотой и изжогой.
3. Дисбиотические нарушения микробного пейзажа кишечника наблюдаются у 84,8% детей с СРК.
4. Структура СРК у детей, которые направлялись на стационарное исследование и дети, которые находились на амбулаторном наблюдении, существенно

отличаются. В копрограмме имелись креаторея (у 35,4%), амилорея (у 35,4%), рост йодофильной флоры (у 38,0%), слизь в кале (у 55,7%). Обнаружены лямблии у 17,7% детей. Острицы выявлены у 11,4%, аскариды у 6,3% детей.

В микрофлоре испражнений у 84,8% детей школьного возраста с СРК отмечались дефицит бифидобактерий с нарастанием гемолитических кишечных палочек (у 22,8% детей) и лактозонегативных кишечных палочек. Отмечено нарастание агрессивных микроорганизмов, среди которых лидирующее место занимали Staphylococcus и патогенные дрожжеподобные грибы рода Candida. Высевались различные ассоциации условно-патогенных бактерий: E.Coli haemoliticus+Proteus, или E.Coli haemoliticus+Klebsiella, или E.Coli haemoliticus+Pseudomonas.

При ирригоскопии у 13,9% больных имелись признаки гипертонуса толстого кишечника.

отличаются. На стационарное исследование чаще поступают дети с СРК-U, а на амбулаторном этапе чаще наблюдались СРК-D и СРК-M/

**Литература:**

1. Рысс Е.С, Симаненков В.И. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта. Новые Санкт-Петербурге, ведомости 2001; 2. прил.: 1—56
2. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей (диагностика, лечебная тактика): Пособ. для врачей.- Н.Новгород.-2005.- 48с.
3. Шептулин А.А. Синдром раздраженного кишечника: спорные и нерешенные вопросы // Клиническая медицина. 2005.-№ 8 - С.78-81
4. Шептулин А.А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? // РЖП, 2007.-№2 -63-68.
5. Thompson W. G., Longstreth G. F., Drossman D. A., Heaton K. W., Irvine E. J., Muller-Lissner S.A. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. Gut, 1999; 45(Suppl. II): 1143-8.