

**В.Н. Буряк**, д.м.н., профессор, заведуючий кафедрою педіатрії і дитячих інфекційних захворювань,  
**П.А. Бессараб**, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

## Клинико-патогенетические аспекты синдрома раздраженного кишечника у детей

Одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения у детей различных возрастных групп занимают функциональные расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта (D. Drossman, 1998, 2006; E.M. Quigley, 2009; H. Helgeland, 2009). В частности, так называемые рекуррентные абдоминальные боли в детском возрасте в 90-95% случаев носят функциональный характер и лишь в 5-10% наблюдений связаны с органической причиной (Ю.В. Белоусов, 2007; В.Б. Гриневич, 2011). В последние годы особую актуальность среди патологических процессов со стороны желудочно-кишечного тракта, относящихся к группе функциональных, приобрел синдром раздраженного кишечника (СРК). Последнее обстоятельство обусловлено невыясненностью ряда патогенетических механизмов данной патологии, характерной прежде всего для детского возраста (О.Г. Шадрин, 2005; А.Э. Дорофеев, 2009; J.M. Cschossmann, 2008). Как следствие, не отличаются должной эффективностью существующие терапевтические подходы при обсуждаемой патологии (Т.О. Крючко, 2009; А.М. Запруднов, 2010; А.А. Баранов, 2011; M. Saps, 2009).

### Определение

Согласно современным представлениям, СРК представляет собой биопсихосоциальное состояние человека, формирующееся в экстремальных социальных условиях и проявляющееся повышенной чувствительностью и восприимчивостью организма (Т.Д. Звягинцева, 2007; И.А. Макарова, 2008; D. Drossman, 2006; M. Saps, 2008). При этом рассматриваемый синдром может послужить фоном для развития органической патологии (А.М. Осадчук, 2007; A. Caspi, 2003). При определении СРК подчеркивается ассоциация присущей для него абдоминальной боли или дискомфорта с дефекацией или изменением кишечного транзита (D. Drossman, 2006; L.J. Brand, 2009).

Ряд авторов рассматривают обсуждаемую патологию как общее дисрегуляторное заболевание, дистальным проявлением которого являются функциональные изменения секреции и моторики кишечника (E.M. Quigley, 2009; H. Helgeland, 2009). По мнению В.А. Александровой (2005) неправомерно говорить о СРК как о самостоятельной нозологической форме, поскольку понятие «синдром» включает не одно, а несколько патологических процессов. Кроме того, предлагается трактовать различные функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, в том числе рассматриваемый синдром, как преморбидные, донозологические состояния, которые в более старшем возрасте реализуются в ту или иную конкретную классифицируемую органическую патологию (Н.Л. Аряев, 2010; Ю.В. Белоусов, 2010).

### Распространенность

СРК имеет значительный удельный вес в структуре патологии населения социально активного возраста, что приводит к большому экономическому убыткум государства как по прямым, так и непрямым, связанным с компенсацией временной нетрудоспособности родителей в связи с уходом за ребенком затратам (О.В. Решетников, 2001; В.А. Александрова, 2005; E.M. Quigley, 2009). Указанные обстоятельства определяют высокую медико-социальную значимость обсуждаемой патологии. В развитых странах мира распространенность ее варьирует от 14 до 48%, в среднем составляя 20% (J.D. Wood, 2008; G. Barbara, 2009; L.J. Brand, 2009). В структуре гастроэнтерологической патологии доля больных с СРК достигает половины, причем более двух третей пациентов к врачам не обращаются из-за деликатности жалоб (А.И. Парфенов, 2003; Т.Д. Звягинцева, 2007; И.А. Макарова, 2008; В.Г. Майданник, 2010; H. Helgeland, 2009). Распространенность СРК среди детского населения составляет 20-22% (О.Г. Шадрин, 2005; И.А. Утц, 2006; Г.П. Мосиенко, 2008; F.H. Greed, 2002). При этом преобладание данной патологии у девочек считается одним из характерных признаков эпидемиологии заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (О.Г. Шадрин, 2004; И.В. Маев, 2006; D. Drossman, 2006; W.G. Thomson, 2006). Соотношение больных детей женского и мужского пола в настоящее время равняется 2-4:1 (О.М. Лук'янова, 2003; О.Г. Шадрин, 2004; Г.П. Мосиенко, 2008; В.Г. Майданник, 2010; D. Drossman, 1998, 2006).

### Причины

Известно, что здоровье ребенка формируется с момента зачатия и зависит от здоровья родителей, их образа жизни, целого ряда социальных, гигиенических и медико-организационных факторов (С.С. Казак, 2004; О.Г. Шадрин, 2004; М.А. Underwood, 2006; H. Helgeland, 2009). На сегодняшний день установлено, в частности, что возникновение СРК у детей в значительной степени связано с приемом повышенного количества углеводов матерью во время беременности, хроническими болезнями близких родственников, смешанным и искусственным вскармливанием, купанием ребенка 1 раз в неделю и реже, дополнительными умственными нагрузками, такими как внепрограммное изучение иностранных языков, неблагоприятными жилищными условиями (О.В. Решетников, 2001; О.Г. Шадрин, 2004; Ю.В. Белоусов, 2008). Дети с конституциональным и болевым абдоминальным синдромом достоверно чаще проживают в экологически неблагоприятных районах, в семьях с частыми стрессовыми и конфликтными ситуациями, имеют нерегулярный режим питания, злоупотребляют острой пищей (О.Ю. Белоусова, 2009; В.Г. Майданник, 2010; M. Saps, 2008; N. Talley, 2008). Изучение роли наследственности в возникновении обсуждаемого заболевания установило его наличие у 33-35% родственников больных (Ю.В. Белоусов, 2007; M.V. Bengston, 2006).

Пик заболеваемости детей СРК приходится на пубертатный период, что свидетельствует о возможной связи формирования болезни с интенсивным ростом и развитием, незрелостью функциональных систем и напряженностью метаболических процессов организма (О.Г. Шадрин, 2004; Г.П. Мосиенко, 2008).

### Классификация

СРК у разных пациентов отличается своими клиническими проявлениями. В этой связи предложены различные его классификации. Так, в частности, Римские критерии III различают несколько клинических вариантов данного синдрома в зависимости от консистенции каловых масс (D. Drossman, 2006; G.F. Longstreth, 2006; W.G. Thomson, 2006). Первый вариант характеризуется преобладанием запора, более чем в 25% случаев твердым и/или комковатым стулом и менее чем в 25% – дефекацией жидкими или водянистыми испражнениями без применения слабительных средств. Другой тип СРК связан с преобладанием диареи, жидким и/или водянистым стулом более чем в 25% случаев и твердым или комковатым при отсутствии применения антидиарейных препаратов – менее чем в 25% наблюдений. При одновременном наличии в испражнениях как твердых или комковатых примесей, так и жидких или водянистых более чем в 25% дефекаций следует предположить смешанный клинический вариант рассматриваемого патологического процесса. Недостаточная выраженность указанных критериев патологии консистенции каловых масс позволяет согласно данной классификации установить неклассифицированный СРК. Не исключено, что по мере накопления и углубления знаний о сущности обсуждаемой патологии,

представленные критерии могут подвергнуться коррекции.

Для более точной диагностики СРК может быть использована дополнительная классификация, рекомендуемая Всемирной гастроэнтерологической организацией, основанная на факторах, индуцирующих появление клинической симптоматики, а также преобладающем клиническом синдроме (G.F. Longstreth, 2006; E.M. Quigley, 2009). Так, в зависимости от триггерного фактора согласно данной классификации различают постинфекционный, индуцированный употреблением определенных пищевых продуктов и стресс-индуцируемый СРК (G.F. Longstreth, 2006). С учетом же доминирующих клинических проявлений различают преобладание кишечной дисфункции, болевого синдрома либо метеоризма (E.M. Quigley, 2009).

Ряд исследователей (А.М. Осадчук, 2007; Ю.В. Белоусов, 2008; О.Н. Родионова, 2009) рассматривают СРК как стадийное заболевание, затрагивающее все составляющие диффузной нейроэндокринной системы кишечника, APUD-системы и приводящее к срыву физиологической регуляции процессов клеточного обновления с последующим возникновением и прогрессированием структурных изменений слизистой оболочки толстого кишечника.

### Клиника

Известно, что диагноз СРК является «диагнозом исключения», при установлении которого исключаются так называемые симптомы тревоги, включающие немотивированную потерю массы тела, ночную симптоматику, лихорадку, образования в брюшной полости, изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия), кровь в кале, лейкоцитоз, анемию, увеличение СОЭ, изменения в биохимических показателях крови (Г.Е. Ройтберг, 2007; Ю.В. Белоусов, 2008; М.Д. Ардатская, 2009; Д.П. Петров, 2009).

Клинические проявления СРК нередко могут сочетаться с симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни или функциональной диспепсии (И.М. Скрипник, 2006; Е.А. Полуэктова, 2007; А.М. Запруднов, 2011). В частности, по данным Решетникова и соавт. (2010), совместные проявления рассматриваемого синдрома и функциональных диспептических расстройств встречаются в 12% случаев. При этом не исключена вероятность того, что функциональная диспепсия может быть начальной стадией СРК (М.Б. Костенко, 2000; Г.П. Мосиенко, 2009; О.В. Решетников, 2010).

Основным диагностическим признаком обсуждаемого синдрома является абдоминальная боль (И.Д. Лоранская, 2008; М.Ф. Осипенко, 2011), которая лишь в 5-10% случаев у детей была обусловлена органической патологией (О.М. Лук'янова, 2003). Локализация боли при СРК в подавляющем большинстве случаев связана с околопупочной, правой и левой подвздошными областями (О.Г. Шадрин, 2005; I.G. Palii, 2007; А.С. Свицкий, 2010; В.Б. Гриневич, 2011). Как правило, дети связывают появление болевых абдоминальных ощущений с дефекацией (Г.П. Мосиенко, 2008; В.Г. Передерий, 2010; М.Ф. Осипенко, 2011). При



В.Н. Буряк

этом последние практически во всех случаях усиливаются перед актом дефекации и ослабевают или исчезают после нее, или после отхождения газов (Е.Л. Наумова, 2009). Патогномичным для СРК является отсутствие болей в ночное время (О.М. Лук'янова, 2003; Ф.И. Комаров, 2006; Ю.В. Марушко, 2008; E.M. Quigley, 2009).

Следует отдельно остановиться на так называемом синдроме селезеночной флексуры, проявляющемся болевыми ощущениями в области селезеночного изгиба (флексуры толстой кишки) вследствие скопления в нем газов (В.В. Скворцов, 2009). При этом боль может проецироваться на левую переднюю часть грудной клетки, имитировать тем самым кардиальную патологию (P. Salmon, 2003).

Частым симптомом СРК является метеоризм (Е.Л. Наумова, 2009; Д.П. Петров, 2009), редко сочетающийся с урчанием в животе (Т.Д. Звягинцева, 2007).

Необходимо отметить, что у значительной части пациентов с СРК отмечается разнообразная внекишечная симптоматика со стороны опорно-двигательного аппарата в виде болей в поясничной области, миалгий, артралгий, со стороны мочеполовой системы – никтурия, императивные позывы на мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря, а также кардиалгии, похолодание конечностей, неудовлетворенность вдохом, сонливость, бессонница и т.д. (О.М. Лук'янова, 2003; Г.П. Мосиенко, 2008; Ю.В. Можелис, 2009). Примерно у половины больных с СРК наблюдаются, как правило, ситуационно обусловленные психоневротические расстройства, такие как депрессия, тревожный синдром, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия, синдром соматизации (С.В. Иванов, 2000; М.Б. Костенко, 2000; Л.И. Дворецкий, 2002). Более чем в половине случаев у больных с СРК гастроэнтерологические жалобы манифестируют на фоне уже сформировавшейся психической патологии (С.В. Иванов, 2000; С.М. Ткач, 2008; И.П. Брызгунов, 2009; M. Saps, 2008; M. Camilleri, 2009). Пациенты с данным синдромом на стрессовые ситуации, как правило, реагируют обострением гастроэнтерологической и психопатологической симптоматики (Л.Н. Цветкова, 2005; X.Y. Gni, 1998). Одними из часто встречающихся нарушений эмоциональной сферы у больных с СРК являются не психотические психические расстройства, проявляющиеся различными невротическими вариантами в виде тревоги или опасности, источник которых неизвестен или нераспознаваем, непременно сопровождающиеся выраженными вегетативными компонентами, такими как реакция зрачков, учащенное дыхание, бессонница, сухость во рту, колебание артериального давления, повышение или понижение аппетита, гипервентиляция, диурез (Е.Ю. Майчук, 2008; А.И. Мартынов, 2010; Ю.П. Успенский, 2010; А. Garakani, 2003; M. Camilleri, 2009). Изученная с помощью психометрических тестов «внутренняя картина болезни» при СРК в детском возрасте характеризуется преимущественно дезадаптированным поведением с преобладанием неврастенического, эгоцентрического и тревожного типов отношения к ней (О.Г. Шадрин, 2004; Е.Ю. Майчук, 2008).

Продолжение в следующем номере.