

ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Расулова Саодат Халимовна

Бухарский государственный медицинский институт

ARTICLE INFO.

Ключевые слова:

Функциональные
гастроинтестинальные
расстройства, ЖКТ, СРК, дети,
абдоминальные боли, нарушение
стула.

Резюме

В обзорной статье представлены этиологические факторы и патогенетические механизмы формирования синдрома раздраженного кишечника у детей, как наиболее часто встречающегося функционального расстройства желудочно-кишечного тракта. Авторами обобщены и систематизированы данные зарубежных ученых и современных мета-анализов, раскрывающих педиатрические аспекты синдрома раздраженного кишечника.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2022 LWAB.

В настоящее время синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным кишечным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патогенетических механизмов: психосоциального воздействия и сенсомоторной дисфункции, т. е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности [14].

СРК на сегодняшний день остается одним из наиболее распространенных функциональных нарушений, связанных с желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) у пациентов педиатрического профиля [15].

В мае 2016 г. мировое гастроэнтерологическое сообщество на Американской гастроэнтерологической неделе познакомилось с Римскими критериями IV, основные положения консенсуса уже опубликованы [5].

Этиопатогенез СРК очень сложен и до сих пор до конца не изучен. В концепции формирования заболевания, очевидно, имеет значение не один, а сразу несколько этиологических факторов, запускающих также не один, а несколько патофизиологических механизмов. И сложность курации подобных больных заключается в том, что в каждом конкретном случае сочетание этиопатогенетических механизмов индивидуально. Среди них сегодня особой актуальностью обладают: социальноэкономический статус, генетическая предрасположенность, возможность формирования заболевания у ребенка родителями, страдающими СРК, психологические аспекты, висцеральная гиперчувствительность, нарушения моторики ЖКТ, изменения в нейроэндокринной системе (ось головной мозг–кишка), low-grade-воспаление, концепция постинфекционного СРК, дисбаланс микробиоты и, наконец, факторы питания, подробное описание которых можно найти в нашем последнем методическом пособии [13].

Ведущую роль в развитии СРК отводят психоэмоциональному стрессу и неустойчивости центральных нервных структур детей к психотравмирующим воздействиям. Признается, что в современных условиях СРК – это биопсихосоциальная функциональная патология, так как самые тяжелые формы СРК отмечены у детей, перенесших психические и социальные потрясения [2].

При формировании СРК весьма значимы особенности личности больных: дети, страдающие СРК, характеризуются плохой приспособляемостью к условиям жизни (первые посещения детского сада, школы), зависимостью от родителей, импульсивностью поведения, склонностью к невротическим реакциям и фобическим расстройствам. При этом объективное состояние больных СРК обычно не соответствует тяжести предъявляемых жалоб, но соотносится с их психологическими особенностями [4, 11, 17].

Изменения моторики кишки при СРК с запорами характеризуются тем, что у 52% больных отмечается гиперсегментарный гиперкинез, приводящий к длительной задержке содержимого в отдельных сегментах кишки и замедлению его транзита. В 36% случаев наблюдается дистонический гипо- или акинез, обусловленные нарушениями тонуса кишечной стенки и резким снижением двигательной функции кишки. У 12% больных обнаруживается антиперистальтический гиперкинез [6].

Тот факт, что СРК часто выявляется именно у детей, вероятно, связан с незрелостью их адаптационных механизмов и постепенным становлением функций всех органов и систем, включая и ЖКТ [12].

С точки зрения патофизиологических аспектов в Римских критериях 2016 года сформулирована парадигма патогенеза функциональных гастроинтестинальных расстройств (ФГИР) как следствие стрессового воздействия с нарушениями связи по оси «мозг – кишечник», в том числе на уровне иммунной регуляции. Ось «головной мозг – кишечник» представляет собой двунаправленную разветвленную коммуникационную сеть, которая с помощью нейроиммунно-эндокринных медиаторов осуществляет мониторинг и интеграцию функций кишечника, реализует связь эмоциональных и когнитивных центров с кишечными механизмами, координирует местные адаптивные реакции к стрессовым факторам любого рода. В свою очередь, висцеральные афферентные воздействия воспринимаются головным мозгом и оказывают влияние на ощущение боли, настроение и поведение человека [1, 5, 16].

Наследственная предрасположенность при СРК выявлена в 57% случаев. В остальных 43% случаев имеет место воздействие только внешних факторов. Сенсibiliзирующие факторы при СРК:

- перенесенные острые кишечные инфекции;
- социальный фактор (неблагоприятная социальная среда);
- сексуальные домогательства;
- физическое перенапряжение;
- потеря близких (двух, одного из родителей или близких родственников);
- развод (для детей и женщин). Остальные факторы (недостаток растительной клетчатки в рационе питания, гиподинамия, курение) играют незначительную роль в возникновении СРК.

Синдром селезеночного изгиба при СРК встречается наиболее часто. Характеризуется жалобами на неприятные ощущения (чувство распирания, давления, полноты) в левой подреберной области, редкие боли в левой половине грудной клетки, в верхней части левого плеча, в левой стороне шеи (имитируют клинику стенокардии). Эта симптоматика может сочетаться с

сердцебиением, одышкой, редко — с ощущением удушья, чувством страха. Боли обычно связаны с приемом большого количества пищи, дефекацией, эмоциональными факторами, физической нагрузкой. Факторы, способствующие развитию синдрома селезеночного изгиба, — нарушение осанки, ношение тесной одежды. При перкуссии в области левого подреберья определяется выраженный тимпанит, пальпаторно — умеренная чувствительность [10].

Синдром печеночного изгиба. Встречается редко. Характеризуется жалобами на чувство полноты или давления в правом подреберье (имитирует патологию желчных путей). Возможна иррадиация болей в эпигастральную область, в среднюю часть грудной клетки, редко в правое плечо или спину. Интенсивность болей может изменяться с течением времени.

Синдром слепой кишки. Встречается часто и характеризуется жалобами на боли (ощущение полноты, тяжести) в правой подвздошной области с иррадиацией в правый боковой отдел живота (имитирует клинику аппендицита). При пальпации слепой кишки отмечаются неприятные ощущения.

Ослабление поясного ремня и массаж в области проекции слепой кишки приносят некоторое облегчение.

В последние годы достигнуты значительные успехи в раскрытии патогенетических механизмов данного заболевания, его диагностике и терапии. Вместе с тем существует целый ряд нерешенных вопросов, и усовершенствование существующих дифференцированных схем лечения остается актуальным. В основе патогенеза этого функционального заболевания наряду с нарушениями моторики, висцеральной чувствительности кишечника, иммунного ответа макроорганизма лежат изменения состава микрофлоры, которые требуют коррекции. Дисбиоз кишечника сопровождается развитием симптомов кишечной диспепсии (запоры, поносы, метеоризм, боль, дискомфорт, ощущение переполнения или тяжести в животе), которые присутствуют при СРК. Закономерными являются проявления синдрома нарушения пищеварения (стеаторея, амилорея, креаторея), возможно формирование астеновегетативного синдрома [8, 9, 19].

Абдоминальный болевой синдром висцерального типа является ведущим в клинике СРК у детей. При этом часто отмечается хроническая боль, которая приносит страдания и снижает качество жизни. Полагают, что имеющаяся у больных с СРК висцеральная гипералгезия обусловлена тем, что периферические раздражители (растяжение кишечной стенки) вызывают перевозбуждение большего, чем в норме, количества спинальных нейронов с последующим формированием болевых ощущений. Характерно, что при СРК болевые ощущения не имеют четкой локализации, обнаруживают тенденцию к миграции, изменчивости областей иррадиации и интенсивности. Боли при СРК отличаются лабильностью — ощущения жжения сменяются тянущими, спастическими или колющими, сопровождаются внезапными, неоднократными позывами к дефекации даже при приеме небольшого количества пищи [3, 7].

В настоящее время достигнуты большие успехи как в диагностике и обосновании СРК, так и в разработке достаточно широкого спектра методов лечения, направленных на все патогенетические механизмы этого гастроэнтерологического заболевания [18].

Заключение.

Таким образом, каскад нейроиммунно-эндокринных медиаторов осуществляет мониторинг и интеграцию функций кишечника, координирует местные адаптивные реакции к стрессовым факторам, тем самым вызывая абдоминальную боль и дискомфорт. Висцеральная гипералгезия у детей обусловлена тем, что периферические раздражители (растяжение кишечной стенки) вызывают перевозбуждение большего, чем в норме, количества спинальных нейронов с последующим формированием болевых ощущений. Дети, страдающие СРК, характеризуются плохой социальной адаптацией и зависимостью от родителей, импульсивностью поведения,

склонностью к невротическим реакциям и фобическим расстройствам.

Литература

1. Drossman D.A. // *Gastroenterology*. – 2016. – Vol.150, N6. – P.1262–1279. 5. Буторова Л.И., Токмулина Г.М., Плавник Т.Э. и др. // *Леч. врач.* – 2017. – №3. – С.61–67.
2. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*. 2006; 130 (5): 1377–90.
3. Elsenbruch S. abdominal pain in Irritable Bowel Syndrome: a review of putative psychological, neural and neuro-immune mechanisms. *brain behav. immun.* 2011; 25 (3): 386–94.
4. Kridler J., Kamat D. Irritable bowel syndrome: A Review for general pediatricians. *Pediatr. Ann.* 2016; 45 (1): e30–3.
5. Lacy BE, Fermín Mearin, Lin Chang et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393–407.
6. Mosińska P., Salaga M., Fichna J. Novel investigational drugs for constipation-predominant irritable bowel syndrome: a review. *Expert. Opin. Investig. Drugs*. 2016; 25 (3): 275–86
7. Rasulova S.X. Current Opinions on Etiopathogenesis, Clinical Picture, Diagnosis and Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *EUROPEAN JOURNAL OF LIFE SAFETY AND STABILITY (EJLSS) ISSN 2660-9630 Volume 13, 2022* <http://ejlss.indexedresearch.org/index.php/ejlss/article/view/408>
8. Белоусова О.Ю. Алгоритм назначения пробиотиков у детей / О.Ю. Белоусова // *Здоровье Украины*. — 2015. — № 3(34). — С. 10-11.
9. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами / А.И. Хавкин, Р.А. Файзуллина, С.В. Бельмер [и др.] // *Вопросы практической педиатрии*. — 2014. — Т. 9, № 5. — С. 62-76.
10. Зарянкина А. И., & Л. В. Кривицкая (2005). Синдром раздраженного кишечника. *Проблемы здоровья и экологии*, (2 (4)), 73-78.
11. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоусова Е.А., Васильев С.В., Головенко О.В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2014; 24 (2): 92–101.
12. Лагунова Н.В., Марчукова А.Ю., & Лебедева Т.Н. (2015). Адаптационно-приспособительные реакции у детей с синдромом раздраженного кишечника. *Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины*, 5 (2 (18)), 39-41.
13. Маев И.В., Черемушкин С.В., Ю.А.Кучерявый. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. О роли висцеральной гиперчувствительности и способах ее коррекции. *Методическое пособие*. М., 2016.
14. Мязин Р.Г. (2016). Синдром раздраженного кишечника: от диагноза до лечения. *Медицинский совет*, (9), 130-133.
15. Нижевич А.А., Гимазетдинова Р.Ш., Якупова Г.М., Туйгунов М.М., & Валиулина А.Я. (2018). Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков: клиническая картина и семейные факторы риска. *Практическая медицина*, 16 (2), 57-61.
16. Силивончик Н.Н., Пиманов С.И. // *Леч. дело*. – 2017. – №3. – С.23–29.

17. Смирнова Г.И., Ляликова В.Б. Синдром раздраженного кишечника у детей: особенности диагностики и лечения. Рос. педиатр. журн. 2011; 6: 27–32.
18. Соболева, Н. Г., Бойков, С. А., Долбнева, О. В., & Шатохина, Н. С. (2009). Синдром раздраженного кишечника и его сочетание с атопическим дерматитом у детей в Краснодарском крае. Кубанский научный медицинский вестник, (4), 46-49.
19. Ярошевская Т.В., Ильченко С.И., Сапа Н.Б., & Крамаренко Л.Н. (2016). Коррекция нарушений кишечного микробиоценоза у детей с синдромом раздраженного кишечника. Здоровье ребенка, (5 (73)), 69-73. doi: 10.22141/2224-0551.5.1.73.1.2016.78944