

УДК:616.34-002-053

**СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА****А.И. Зарянкина, Л.В. Кривицкая****Гомельский государственный медицинский университет**

Функциональные нарушения толстой кишки широко распространены у детей и часто служат поводом для консультации врача-педиатра. В группу функциональных расстройств толстой кишки входят хронические запоры, синдром раздраженного кишечника, а также дивертикулярная болезнь, в части случаев возникающая на фоне этих заболеваний.

Ключевые слова: дети, синдром раздраженного кишечника, дивертикулярная болезнь.

**INTESTINE IRRITATION SYNDROME****A.I. Zaryankina, L.V. Krivitskaya****Gomel State Medical University**

Functional disorders of the large intestine are common in children and often are the reason for consultation with a Pediatrician. The group of functional disorders of the large intestine includes chronic constipations, intestine irritation syndrome, and also diverticular disease which often arises on the background of these illnesses.

Key words: children, intestine irritation syndrome, diverticular disease.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное расстройство кишечника (толстого и тонкого), которое характеризуется наличием болей в животе или абдоминального дискомфорта в сочетании с нарушением дефекации и кишечного транзита продолжительностью не менее 12 недель за последние 12 месяцев [1, 3].

Абдоминальная боль может быть любой локализации. Абдоминальный дискомфорт характеризуется метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника, императивными позывами на дефекацию (отличие от дискомфорта при синдроме диспепсии). Данная симптоматика может беспокоить пациента в течение 3 месяцев (необязательно без перерыва) на протяжении одного года.

В основе СРК лежит нарушение кишечной моторики, что позволяет отнести данное заболевание к функциональным. СРК не является собирательным понятием, а представляет собой отдельную нозологическую единицу. Это самостоятельная рубрика в Международной классификации болезней 10-го пересмотра [1, 4, 5].

На основании преобладания какого-либо клинического симптома выделяют три основных, наиболее часто встречающихся варианта СРК:

- с преобладанием болей и метеоризма;
- с преобладанием запоров;
- с преобладанием диареи.

Можно дифференцировать три степени тяжести СРК:

I — определяется в том случае, когда СРК проявляется одним или двумя эпизодами в жизни человека и после проведенного лечения происходит излечение;

II — ставится тем пациентам, которые периодически обращаются к врачу по поводу СРК, но проведенное лечение не приводит к полному излечению (волнообразное течение СРК);

III — выставляется больным, имеющим постоянные жалобы на боли в животе или абдоминальный дискомфорт в сочетании с нарушением дефекации и кишечного транзита, которые полностью не купируются после проведенного лечения (постоянное течение СРК) [2, 5].

Основными факторами, участвующими в патогенезе СРК, являются нарушение нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника и повышение чувствительности рецепторов стенки кишки, ответственных за восприятие боли и двигательную функцию.

Наследственная предрасположенность при СРК выявлена в 57% случаев. В ос-

тальных 43% случаев имеет место воздействие только внешних факторов.

Сенсибилизирующие 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 [4, 5].

Таким образом, механизм развития СРК следующий. Наличие генетической предрасположенности, неблагоприятной социальной среды и перенесенных кишечных инфекций в анамнезе создает предпосылки для его возникновения. Эти предпосылки могут быть реализованы только после воздействия психосоциальных факторов (длительный стресс, неблагоприятный психологический статус, пониженная устойчивость к психотравмам). В дальнейшем происходит нарушение кишечной моторики, появляется висцеральная гиперчувствительность и формируется СРК. Прогноз СРК зависит от длительности и степени воздействия психосоциальных факторов и социальной среды, в которой находится индивидуум [3, 5].

Больные, имеющие СРК, предъявляют жалобы не только на нарушение функций кишечника, но и на внекишечные расстройства, что, по-видимому, связано с неадекватными нервно-вегетативными реакциями. В первую очередь у таких больных отмечается гипералгезия (повышенная чувствительность к болевым и неболевым стимулам), а также аллодиния (расстройство функций, вызванное болевыми стимулами, например, «искра из глаз»). Такие больные часто предъявляют жалобы на ком в горле при глотании, неудовлетворенность вдохом, невозможность спать на левом боку, головные боли по типу мигрени. У них нередко диагностируется синдром раздраженного мочевого пузыря (учащенное мочеиспускание), вазоспастические реакции, а у женщин — гинекологические нарушения (альгоменорея). Следует отметить, что эти жалобы отмечаются при относительно хорошем общем соматическом состоянии пациентов [2, 4, 5].

Нарушение собственно функций кишечника характеризует триада симптомов: абдоминальная боль, дискомфорт, расстройство стула.

Абдоминальная боль встречается у 80–90% больных и имеет разнообразные проявления (от неприятных ощущений и ноющих болей до болей нестерпимых, схваткообразных). Особенность болевого синдрома при СРК в том, что боли беспокоят больных утром или днем, когда пациент активен, и стихают или исчезают во время сна или отдыха. В клинической картине СРК можно выделить ряд болевых синдромов.

*Синдром селезеночного изгиба.* 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.

*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.

Абдоминальный дискомфорт проявляется по-разному у отдельных пациентов. Чаще

всего встречается метеоризм, который в ряде случаев может становиться ведущей жалобой больного. Пациентами отмечается ощущение увеличения живота в объеме, его вздутие или растяжение. Кроме метеоризма абдоминальный дискомфорт может проявляться урчанием, переливанием в животе, императивными позывами на дефекацию и избыточным отхождением газов из кишечника. Особо следует отметить такую жалобу больных, как чувство неполного опорожнения кишечника и/или неудовлетворенность после акта дефекации, которая позволяет выделять в ряде случаев СРК с аноректальными проявлениями [1, 3].

Расстройства стула могут проявляться запорами, диареей или их чередованием. Запор диагностируется в том случае, когда опорожнение кишечника происходит три и менее раз в неделю. При этом отмечается низкая продуктивность акта дефекации, отсутствие ощущения полноты опорожнения кишечника, необходимость приложения дополнительных усилий для полноценной дефекации. Кал уплотненный, непластичный, фрагментированный. Запор легкой степени тяжести — частота стула до 1 раза в неделю, средней — до 1 раза в 10 дней, тяжелой — менее 1 раза в 10 дней.

Диарея диагностируется в случае опорожнения кишечника три и более раз в сутки. При этом кроме отсутствия ощущения полноты опорожнения кишечника отмечается неоформленный или жидкий стул с измененным внешним видом кала и наличием примесей. Диарея длительностью до 3 недель считается острой (в большинстве случаев имеет инфекционную природу), более 4 недель — хронической. Диарея легкой степени тяжести — частота стула до 6 раз в сутки, средней — 6–8 раз в сутки, тяжелой — более 8 раз в сутки [1, 3].

«Римские критерии — II (2000)» предусматривают следующие клинические проявления: в течение, по крайней мере, 12 недель (не обязательно следующих одна за другой) за последние 12 месяцев наблюдаются дискомфорт в животе или боль, которые имеют не менее 2 из 3 следующих характеристик:

- уменьшение после дефекации;
- начало связано с изменением частоты стула;
- начало связано с изменением формы стула.

Данные признаки, входящие в перечень «Римских критериев», не являются специфическими. Они также могут присутствовать при различных органических заболеваниях кишечника (опухоли, дивертикулярная болезнь кишечника, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). Диагноз СРК становится весьма вероятным, если выявлены клинические особенности, характерные для функциональных заболеваний кишечника:

- длительное течение заболевания, без заметного прогрессирования;
- разнообразие и многообразие предъявляемых жалоб (сочетание жалоб на кишечные и внекишечные расстройства);
- изменение характера жалоб в течение времени;
- зависимость ухудшения самочувствия от психосоциальных факторов;
- исчезновение болей, абдоминального дискомфорта и расстройства стула в ночное время;
- отсутствие «симптомов тревоги» (лихорадка, немотивированное похудение, примесь крови в кале, анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ), при наличии которых диагноз СРК маловероятен.

Окончательный диагноз СРК выставляется только после исключения органических заболеваний кишечника. Поэтому необходимо первичное, тщательное обследование пациентов с подозрением на СРК [3, 5].

Минимальный, обязательный объем исследований:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- анализ кала на скрытую кровь (трехкратно);
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
- ректороманоскопия.

Дополнительный объем исследований (на уровне специализированной гастроэнтерологической медицинской помощи):

- определение общего белка и белковых фракций, билирубина, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП крови;
- эластаза кала;
- баллонно-дилатационный тест ректальной чувствительности (биологический маркер СРК);
- оценка времени кишечного транзита;
- рентгеновская дефектоскопия (оценка акта дефекации);
- колонофиброскопия.

По показаниям производится биопсия слизистой оболочки толстой кишки, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, консультация колопроктолога, гинеколога, уролога, невропатолога, физиотерапевта и других специалистов. Для исследования инфекционной патологии в кале определяют бактерии кишечной группы (сальмонеллы, иерсинии, клостридии и др.).

Пациентам, имеющим результаты обязательных вышеперечисленных исследований, при повторном обращении назначение дополнительных исследований без всяких на то причин нецелесообразно.

Заболевания, которые необходимо исключить при постановке диагноза СРК:

- хронические воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона);
- опухоли кишечника;
- ишемическая болезнь органов пищеварения;
- туберкулез;
- гельминтоз.

Если диагностических критериев для постановки диагноза СРК недостаточно, используют другие рубрики международной классификации. Например, при наличии единственного симптома в виде диареи и отсутствии органической патологии выставляется диагноз функциональная диарея, при выявлении только запора — функциональный запор, метеоризма — функциональный метеоризм, абдоминальной боли — диагноз функциональная абдоминальная боль [2, 3].

Комплексное лечение СРК включает диетологические рекомендации, психотерапевтические методы, лекарственную терапию, физиотерапевтические процедуры [1, 2, 3, 4, 5].

Специальной диеты для пациентов с СРК нет. Больные с СРК должны иметь полноценный и разнообразный рацион питания. В него должны входить пектины и пищевые волокна (злаки), корнеплоды (свекла, капуста, морковь), фрукты нежных сортов (сливы), крупы (гречневая, овсяная). Рекомендуется обильное питье (1,5–2 л в сутки). Исключаются продукты, богатые эфирными маслами (редька, зеленый лук, чеснок), тугоплавкие жиры, цельное молоко, а также продукты и напитки, непереносимые больными. Часто к ним относятся цитрусовые, бобовые, шоколад, алкоголь, углекислые на-

питки, блюда в экстремально холодном или горячем виде, а также сырые овощи в большом количестве.

Психотерапия играет ведущую роль в лечении СРК. Психотерапевтические беседы важны для установления хорошего контакта с больным и выявления психотравмирующих факторов. Возможно применение различных видов психотерапии, включая «абдоминальный» вариант аутогенной тренировки, различные методы поведенческой психотерапии, гипноз. При наличии у больных с СРК депрессивного и ипохондрического синдромов желателен прием (после консультации психотерапевта) антидепрессантов и анксиолитиков (например, amitriptilin по 50 мг в сутки).

При преобладании в клинической картине СРК запоров основной акцент делается на диетические рекомендации. Следует избегать неоправданного назначения слабительных средств.

Общие рекомендации при лечении запоров:

- отмена приема закрепляющих препаратов (опиаты, антациды, содержащие калий и алюминий, холестирамин, антихолинергические препараты, антидепрессанты, диуретики, препараты железа, пероральные противозачаточные средства);
- отмена или ограниченное употребление продуктов, способствующих запорам (хлебобулочные изделия из пшеничной муки, сладости, черный чай, кофе);
- прием большого количества жидкости (соки, кефир, негазированная минеральная вода);
- прием пищи, богатой балластными веществами (хлеб из муки грубого помола, фрукты, овощи);
- при необходимости назначение балластных веществ;
- физическая активность, устранение стрессов.

В качестве балластного вещества можно использовать пшеничные отруби. Отруби назначают по 1 чайной ложке в день, увеличивая дозу до 3 чайных ложек 3 раза в день до появления слабительного эффекта (в исключительных случаях до 30 г отрубей в день). Пшеничные отруби запаривают кипятком 15–20 минут, принимают теплыми во время еды. При плохой переносимости продуктов, содержащих балластные вещества, и/или пшеничных отрубей возможно назна-

чение препаратов из семян *Plantago ovata* (мукофальк) по 4 чайные ложки гранул в сутки или синтетического дисахарида лактулозы 30–60 мл в сутки, который не всасывается в желудочно-кишечном тракте, стимулирует перистальтику кишечника и способствует выделению аммиака из организма. Если нормализации стула после изменения характера питания и приема балластных веществ не происходит, оправдано назначение осмотического слабительного средства форлакса (макроголя 4000), которое увеличивает объем содержимого кишечника, тем самым восстанавливает его перистальтику. После приема форлакса (слабительный эффект которого наступает через 24–48 ч после приема) целесообразно назначение координакса (цисаприда) по 5–10 мг 3–4 раза в сутки, усиливающего пропульсивную моторику тонкой и толстой кишки.

При преобладании в клинической картине СРК диареи необходимо ограничить поступление с пищей грубой клетчатки и назначить медикаментозную терапию. В данном случае рекомендуется прием имодиума (лоперамида), который обладает наиболее выраженным и длительным антидиарейным эффектом. Связываясь с опиоидными рецепторами в стенке кишечника, он активно тормозит его перистальтику. Имодиум назначают от 2 до 4 мг на прием (2–12 мг/сут). Поддерживающую дозу подбирают так, чтобы частота стула составила 1–2 раза в сутки. Данный препарат обладает хорошей переносимостью. При длительном приеме имодиума возможно появление запора, тошноты, головокружения. В этих случаях следует прекратить прием препарата. Из других медикаментозных средств рекомендуется прием адсорбентов (активированный уголь по 1–3 таблетки 3–4 раза в день), буферных алюминий-содержащих антацидов (маалокс, гастал, альмагель и др.) по 1 дозированной ложке 3–4 раза в день через 1 час после еды или цитомукопротектора смекты (диосмектита) по 1 пакету 3 раза в день после еды.

При преобладании в клинической картине СРК болевых ощущений необходимо назначение лекарственных препаратов, которые обладают спазмолитическим действием. Рекомендуется использовать препараты из группы миотропных спазмолитиков — дицетел (пинавериум, бромид) по 50–100 мг 3 раза в день во время еды или дюспаталин

(мебеверин) по 200 мг 2 раза в день за 20 минут до еды, назначаемые на 3–4 недели. Данные препараты оказывают спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру кишечника путем селективной блокады кальциевых каналов, расположенных в периферических нервных окончаниях и в клетках гладкой мускулатуры. Кроме данных препаратов, эффективным может оказаться прием других спазмолитиков — спазмомена (отилония бромид) по 40 мг или бускопана (бутилскополамина) по 10 мг 3 раза в день. Физиотерапевтические процедуры рекомендуются при сильных спастических болях. В этом случае целесообразно назначать согревающие компрессы на живот, тепловые физиопроцедуры, электрофорез с сернокислой магнезией. Большое значение при лечении СРК имеет массаж кишечника. В ряде случаев после 5–6 сеансов массажа отпадает необходимость в применении лекарственной терапии.

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что у большинства больных с СРК не удастся добиться полного выздоровления. Данное заболевание обычно характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострения и ремиссии. Ухудшение самочувствия больных с СРК часто связано с воздействием психоэмоциональных факторов. Тем не менее, синдром раздраженного кишечника не имеет тенденции к прогрессированию и протекает с благоприятным для таких пациентов прогнозом.

### **Дивертикулярная болезнь**

В отличие от упомянутых расстройств в основе дивертикулеза лежат видимые патологические изменения толстой кишки [1, 6].

Дивертикулы — выпячивания слизистой и подслизистой оболочек кишечника, располагающиеся в области проникновения артерий в стенку кишки. Термином «дивертикулярная болезнь» обозначают дивертикулез, протекающий с клиническими проявлениями (I стадия), дивертикулит (II стадия), а их осложнения — перидивертикулит (III стадия) и периколит (IV стадия). Дивертикулез, протекающий без клинических проявлений, рассматривается как доклиническая стадия заболевания.

Только у 15% больных детей дивертикулез сопровождается клиническими проявлениями, прежде всего, тянущими болями преимущественно в левой подвздошной области, а также нарушениями частоты опо-

рождения кишечника с преобладанием запоров, иногда сменяющихся диареей. Симптомы сходны с таковыми при синдроме раздраженного кишечника.

Методом выбора для подтверждения наличия дивертикулов толстой кишки являются ее рентгеноконтрастное исследование (ирригоскопия). Использование современных эндоскопических аппаратов также без труда позволяет обнаружить одиночные и множественные дивертикулы. Биопсии из дивертикулов и окружающих их тканей следует избегать из-за опасности перфорации. В диагностике осложнений дивертикулярной болезни возрастает роль ультразвукового исследования (получение типичного изображения в виде «кокарды»). В отдельных диагностически сложных случаях необходимо дополнительное применение компьютерной томографии или ядерного магнитного резонанса.

В I стадии (дивертикулез с клиническими проявлениями) и во II стадии (неосложненный дивертикулит) проводят консервативное лечение. При случайном обнаружении бессимптомно протекающего дивертикулеза у детей и подростков можно рекомендовать пищу, богатую балластными веществами, а также набухающие средства (например, муковальк), особенно в тех случаях, когда у пациентов наблюдается склонность к запорам.

В I стадии болезни назначают диету, богатую балластными веществами, и набухающие средства. Если этих мер оказывается недостаточно для нормализации стула и ликвидации спастических болей и вздутия живота, то проводят общепринятые при лечении запоров мероприятия.

Во II стадии с клиническими признаками острого дивертикулита в остром периоде ограничивают прием пищи, назначают парентеральное питание, спазмолитики и антибиотики (ампициллин, метронидазол, цефалоспорины и др.). После стихания острых проявлений заболевания назначают диету, богатую балластными веществами, а также набухающие средства, которые рекомендуют для длительного применения с целью профилактики.

Рецидивирующий и резистентный к терапии дивертикулит II стадии, а также дивертикулит III и IV стадий с местными осложнениями служат показаниями к операции.

Профилактика дивертикулярной болезни заключается в назначении диеты, богатой пищевыми волокнами. Прогноз при дивертикулярной болезни относительно удовлетворительный.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Климанская Е.В. Заболевания органов пищеварения у детей (тонкая и толстая кишки). — М., 1999.
2. Григорьев П.А., Яковенко Э.Л. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. — М., 1997.
3. Конорев М.Р. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: синдром раздраженного кишечника // Медицинские новости. — 2002. — № 4. — С. 15–18.
4. Ногаллер А.М. Синдром раздраженной толстой кишки и (или) хронический неязвенный колит // Клиническая медицина. — 1998. — № 6. — С. 65–69.
5. Парфенов А.П. Синдром раздраженного кишечника // Лечащий врач. — 2002. — № 6 — С. 52–54.
6. Эйберман А.С. Функциональные расстройства толстой кишки у детей // Медицинская помощь. — 2001. — № 3. — С. 3–6.

Поступила 19.05.2005

УДК 616.831-005.1:577.125

## СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МОЗГА

В.Я. Латышева, Аль-Хулайди Мохамед А.С.

Гомельский государственный медицинский университет

Нарушение липидного обмена, липидная инфильтрация ведет к отложению липопротеидов в межклеточном веществе, а концентрация эфиров холестерина, медиаторов воспаления в стенках сосудов способствует их атеросклеротическому поражению и развитию кардиальных и цереброваскулярных заболеваний. Публикации об исследованиях в этом направлении малочисленны, а результаты, приводимые в них, порою противоречивы.

Представлены результаты исследования липидного спектра сыворотки крови больных с инфарктом мозга. Установлено достоверное повышение некоторых показателей липидного спектра (холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и коэффициента атерогенности) по отношению к контрольным данным. Содержание липопротеидов высокой плотности существенно не отличалось от контрольных величин.

Ключевые слова: инфаркт мозга, атеросклероз, липидный обмен.