



## ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ПОДРОСТКОВ

Расулова Саодат Халимовна

Бухарский государственный медицинский  
институт, ассистент кафедры 2-педиатрии  
<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.10394272>

### ARTICLE INFO

Received: 08<sup>th</sup> December 2023

Accepted: 15<sup>th</sup> December 2023

Online: 16<sup>th</sup> December 2023

### KEY WORDS

Усталость, диарея,  
дисфункция, СРК, подростки.

### ABSTRACT

*В статье представлена информация о течении синдрома раздраженного кишечника у подростков, его причинах, диагностике и лечении.*

Боли в животе и дефекация, возникающие без каких-либо очевидных органических причин (запор или, наоборот, диарея), в настоящее время очень распространены среди взрослых и детей. По статистическим данным распространенность такой дисфункции кишечника составляет около 20-25% населения. Более двух третей пациентов не обращаются за медицинской помощью.

СРК, также известный как «синдром раздраженного кишечника», чаще всего встречается у людей в возрасте 18–40 лет и в 1,5 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

СРК – комплекс функциональных нарушений кишечника. В разное время конкретные проявления этого синдрома назывались по-разному: синдром пораженной кишки, кишечная колика, дискинезия подвздошной кишки, невроз кишечника, мукозальная колика, спастический колит, функциональная колопатия, нервная диарея и др. Такое разнообразие названий одного и того же состояния привело к неверному толкованию понятий и характера процесса поражения среди гастроэнтерологов разных школ. В 1998 г. в Риме состоялось заседание международной группы по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта с целью разрешения разногласий и стандартизации медицинской терминологии. На этом совещании был официально утвержден, определен и впервые разработаны диагностические критерии, получившие название «Римские критерии синдрома раздраженного кишечника» [1,2].

Самый высокий уровень СРК у подростков соответствует 14-17 годам. В настоящее время два пика заболеваемости детей и взрослых постепенно до СРКгли одинакового баланса. То есть распространенность СРК среди детей не меньше, чем среди взрослых. Возраст больных СРК от 12 до 40 лет. В возрасте 17-18 и 23-28 лет это заболевание встречается во многих случаях.



Так, по мнению О. В. Решетниковой: Функциональные заболевания кишечника часто наблюдаются у подростков, особенно у девочек, а распространенность их высока среди взрослых в развитых странах. Функциональные заболевания кишечника приводят к снижению качества жизни больных и высоким затратам на их лечение. Эти данные основаны на результатах опроса, проведенного среди 340 детей. У подростков соотношение мальчиков и девочек аналогично таковому у взрослых. Распространенность СРК у детей составляет 24% у девочек и 14% у мальчиков [5].

Диагностические критерии СРК у подростков легче и несколько отличаются от таковых у взрослых. Так, в частности, к ним относится наличие следующих симптомов в течение 12 недель (а затем последовательно) в течение последних 12 месяцев.

1. При наличии двух из следующих трех симптомов, связанных с дискомфортом или болью в животе:

- боль или дискомфорт прекращаются после акта дефекации;
- если появление болей связано с изменением частоты стула;
- если их появление связано с изменением формы кала;

2. Для подтверждения данных симптомов учитывают отсутствие системных или метаболических заболеваний.

Согласно Римским критериям, существует три клинических проявления СРК, которые включают боль в животе с диареей или запором или запор и диарею вместе. Причины развития СРК до конца не установлены, но известно, что его проявление напрямую зависит от состояния высокой нервной деятельности и типа личности. По характеру нервно-психических реакций больные СРК занимают промежуточное положение между нормой и патологией [7,8].

Одним из триггеров развития СРК является стресс. Стресс глубоко подавляет вторую фазу двигательной активноСРК дуоденального миграционного моторного комплекса. В результате стресса происходит холинергическая стимуляция мозгово-кишечной системы, что, в свою очередь, изменяет перистальтику кишечника, приводит к гиперреакции кишечника и головного мозга. В развитии СРК важную роль играют опиоидные пептиды, энкефалины, а также вазоактивные интестинальные полипептиды, холецистокинин, которые регулируют чувство голода и аппетита, влияют на моторную и секреторную активность кишечника. Кроме того, нарушение режима питания и ритма может напрямую влиять на формирование СРК. Переедание или пропуск приема пищи, спешка во время еды, различные отвлекающие факторы (чтение, просмотр телевизора, дополнительные занятия с репетиторами для абитуриентов, программы углубленного обучения в лицеях, компьютерные игры, особенно перед сном и т. д.) могут подавить нормальный рефлекс желудочно-кишечный тракт. Утрата этого рефлекса или его значительное снижение со временем приводит к запорам и СРК [9,10].

Замедление или усиление двигательной активности кишечника, нарушение работы ферментной системы приводит к дисбалансу в работе всей пищеварительной системы. В результате развивается газопоглощающая микрофлора, дисбактериоз, ухудшается баланс между газообразованием и состоянием больного, появляются боли в животе, диарея или запор.



В редких случаях СРК сочетается с различными нервно-психическими синдромами, такими как истерические реакции, депрессия, канцерофобия, чувство страха, ипохондрические изменения и даже попытки суицида[10].

Диагностика СРК весьма сложна и требует от врача пристального внимания к данным анамнеза. При этом у больных в течение длительного времени (несколько недель и даже лет) не возникает каких-либо значимых симптомов, наблюдается развитие ухудшения общего состояния. У больных нет явных органических аномалий или признаков поражения различных органов и систем. Обычно можно наблюдать четкую связь между клиническими проявлениями СРК и различными внешними (эмоциональными) воздействиями. Следует отметить, что клиническое проявление СРК может наблюдаться при отрицательных (различные виды депрессии, стресса) и чрезмерно положительных эмоциях. Поскольку СРК не является органической патологией, для постановки диагноза необходимо исключить все другие заболевания пищеварительной системы[8].

Диагноз синдрома раздраженного кишечника основывается на оценке стабильного комплекса клинических признаков. Основным наблюдаемым симптомом является боль в нижней части живота, которую следует отличать от болей при морфологических и метаболических заболеваниях кишечника. Боль в животе является важной частью клинической картины и может быть различной интенсивности: от легкого дискомфорта до постоянных и даже невыносимых болей и кишечных колик. Для больных СРК характерны боли и вздутие живота сразу после еды. В большинстве случаев боль уменьшается после дефекации и отхождения газов [3,4].

Жалобы на вегетативные и неврологические заболевания (мигрень, боли в спине, ощущение инородного вещества в горле, сонливость или наоборот, бессонница, дизурия); Менструальный цикл у девочек имеется более чем у половины пациенток. Обычно более чем у 80% больных СРК могут наблюдаться симптомы суставных функциональных нарушений органов пищеварения даже при отсутствии клинических, инструментальных или лабораторных признаков органического поражения различных органов и систем (тошнота, рвота, боли в эпигастральной области). Кроме того, у 15-30% больных наблюдаются различные симптомы психопатологических расстройств (депрессия, тревожные симптомы, фобии, истерия, паника) [6,9].

В случае преобладания диареи при СРК лечение основывается на диете, исключающей продукты, содержащие большое количество толстых растительных волокон, бобовые (за исключением продуктов, вызывающих процессы брожения). В медикаментозную терапию целесообразно включать традиционные средства растительного происхождения (вишня, ежевика)[7]. Учитывая длительный интермиттирующий характер диареи при СРК, хроническое применение опиоидов, таких как лоперамид, может вызвать стойкое ослабление перистальтики, что, в свою очередь, способствует всасыванию токсинов, образующихся в процессе пищеварения. Это, в свою очередь, приводит к усилению интоксикации организма и усилению процесса. Цитомукопротекторы-адсорбенты являются препаратами выбора при СРК с преобладанием диареи. В диарее, сопровождающейся СРК, преобладает дисбиоз различных отделов толстой кишки[8]. Применение про- и пребиотиков при диарее,



сопровожающей СРК, для нормализации микробиоценоза, как правило, не дает ожидаемых результатов. Причина этого в том, что при диарее защитный слой слизистой оболочки разрушается, и в ее толще живут микроорганизмы. Поэтому колонизация поверхности кишечника с поврежденной слизистой оболочкой микроорганизмами имеет лишь временный эффект (только в период приема препаратов, содержащих микроорганизмы). При лечении СРК необходимо комплексное воздействие на слизистую оболочку – наряду с выведением шлаков и токсинов необходимо восстановление слизистой оболочки кишечника[11].

**Краткое содержание.** Следует помнить, что даже при хорошем эффекте терапии необходимо постоянное наблюдение за больным как в период рецидива, так и в период ремиссии. Для предотвращения развития СРК очень важно нормализовать образ жизни с максимальным исключением психоэмоциональных перенапряжений.

## References:

1. Chiba N., Bernard L., OBrien B.J. et al. A Canadian physician survey of dyspepsia management // *Can J Gastroenterol.* — 1998. — 12. — P. 83–90.
2. Talley N.J., Silverstein M., Agreus L. et al. Technical review. Evaluation of dyspepsia // *Gastroenterology.* — 1998. — 114. — P. 582–595.
3. Talley N.J., Stanghellini V., Heading R.C. et al. Functional gastroB duodenal disorders // *Gut.* — 1999. — 45. — P. 1137–1142.
4. Clouse R.E., Richter J.E., Heading R.C. et al. In: Drossman D.A., Corazziari E., Talley N.Y., et al. Eds. Rome II: The functional gastroinB testinal disorders. 2nd ed., McLean VA: Degnon Associates, 2000.
5. Решетников О.В., Курилович С.А., Денисова Д.В. и др. Распространённость и факторы риска развития синдрома раздражённого кишечника у подростков: популяционное исследование // *Терапевтический архив.* — 2001. — № 2. — С. 24–29.
6. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders // *Gut.* — 1999. — 45(Suppl. II). — P. II43–II48.
7. Расулова С. Х., Ганиева Ш. Ш. Клинико-Иммунологические Особенности Синдрома Раздраженного Кишечника При Коморбидности // *Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali.* – 2022. – Т. 1. – №. 6. – С. 124-127.
8. <https://sciencebox.uz/index.php/amaltibbiyot/article/view/4394>
9. Xalimovna R. S. (2022). O`Smirlar Orasida Ta`Sirlangan Ichak Sindromini O`rganish. *Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali*, 1(7), 132–135. Retrieved from
10. <https://www.sciencebox.uz/index.php/amaltibbiyot/article/view/4926>
11. Расулова Саодат Халимовна."Педиатрические аспекты этиологии и патогенеза синдрома раздраженного кишечника." *Gospodarka i Innowacje*.21 (2022):363-367. <http://www.gospodarkainnowacje.pl/index.php/poland/article/view/155>
12. Rasulova S.H. – Modern aspects of the pathogenesis of irritable bowel syndrome in children // *New Day in Medicine* 2023 7(57): 245-249 Read more at: <https://newdaymedicine.com/index.php/2023/07/31/1-285/>



13. Halimovna, R. S. (2023). New Mechanisms of Formation of Irritable Bowel Syndrome in Children. International journal of health systems and medical sciences, 2(9), 52-55 Retrieved from <https://inter-publishing.com/index.php/IJHSMS/article/view/2515>.