

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

О.Г. Степанов, Я.И. Жаков, С.Н. Теплова

ЧГМА, г. Челябинск

Широкое распространение синдрома раздраженного кишечника (СРК) у лиц всех возрастов, ограниченность существующих диагностических возможностей определяет актуальность исследований клинических особенностей этого синдрома у детей. В статье приводятся результаты обследования 102 детей с СРК, клинический анализ отдельных симптомов, что позволяет выделить некоторые особенности течения данного синдрома в детских группах.

Длительное время СРК считался самым распространенным заболеванием внутренних органов, хотя подавляющее большинство активно выявляемых лиц с симптомами раздраженного кишечника практически не обращались за врачебной помощью и не считали себя больными. Более тщательный клинико-эпидемиологический анализ показал, что необычайно высокая распространенность СРК объяснялась недостаточно четкими диагностическими критериями этого состояния. В результате к СРК нередко относили также функциональные запоры, метеоризм, безболезную диарею, абдоминальные боли кишечного происхождения, а также трудно диагностируемые заболевания со сходной симптоматикой (стертые формы эндокринных энтеропатий, дисахаридазной недостаточности и т. д.).

В 2000 г. введены диагностические критерии СРК (Римские критерии II, 2000), благодаря чему унифицирована система диагностики и выделение групп СРК. Согласно современным представлениям, СРК относят к функциональным заболеваниям на том основании, что не удается обнаружить морфологических изменений, которыми можно было бы объяснить боли, нарушения стула и другие клинические симптомы.

В связи с этим, по существу, синдром раздраженного кишечника является диагнозом исключения. Для постановки диагноза необходимо провести тщательный сбор жалоб, анамнеза, общеклинические лабораторные, биохимические исследования, инструментальное обследование (ультразвуковое, ректороманоскопия, колоноскопия, иригография, паразитологическое исследование и т. д.), позволяющие исключить органическую патологию кишечника. Так как большинство методов инвазивны, очень важно осуществлять тщательный сбор анамнеза у ребенка и родителей, выявить симптомы и после этого провести необходимые исследования. Особое внимание следует обратить на наличие у пациентов «тревожных симптомов» (alarm symptoms), или так называемых «красных флагов» (red flags), к которым относятся лихорадка, немотивированное похудание, дисфагия, рвота с кровью (гематемезис) или черный дегтеобразный стул (мелена), появление алой крови в

кале (гематохезия), анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ (G. Dobrilla, B.P. Imbimbo, L. Piazzini et al., 1990; N.J. Talley, A.K. Linsmeester, L.J. Melton et al., 1991; W.G. Thompson, G.F. Longstreth, D.A. Drossman et al., 1999). Обнаружение любого из этих симптомов делает диагноз СРК маловероятным и требует тщательного диагностического поиска с целью выявления серьезного органического заболевания (Д.С. Саркисов, 1994; А.С. Логинов, А.И. Парфенов, В.Б. Потапова и др. 1997; А.И. Парфенов, В.К. Мазо, С.А. Сафонова и др., 1999).

Клинические симптомы, укладывающиеся в рамки «Римских критериев» СРК, нельзя считать специфичными только для данного заболевания. Они встречаются и при многих органических заболеваниях, в частности при опухолях кишечника, дивертикулярной болезни, воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), хроническом панкреатите и т. д. Вместе с тем ряд особенностей возникновения и течения заболевания могут уже на начальном этапе обследования сделать диагноз СРК более вероятным. К ним относится, прежде всего, многообразие клинической картины, ее выраженный полиморфизм (А.И. Парфенов, 2002; А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина, Л.М. Крумс, 1993; И.В. Маев, 2004; Н.С. Жихарева, 2005).

Несмотря на то, что число детей с СРК растет, наряду с диагностическими остаются актуальными и терапевтические проблемы, до сих пор не разработаны единые патогенетические стандарты терапии данной патологии.

Исходя из цели и задач исследования, нами исследовано состояние здоровья 102 детей с СРК. Все дети разделены на 3 группы: в 1 группу включены 45 детей, в клинической картине заболевания которых преобладали запоры, во 2 группе – 31 ребенок с преобладанием поносов в клинике СРК, 3 группу составили 26 детей с преобладанием болей в животе и метеоризмом.

Все изменения дефекации при СРК происходят на фоне болевого синдрома, что является основным диагностическим отличием от функционально запора и функциональной диареи, которые

протекают без болей в животе. Болевой синдром при СРК характеризуется многообразием проявлений: от диффузных тупых болей, до острых спазматических; от постоянных до пароксизмов болей в животе. Длительность болевых эпизодов – от нескольких минут до нескольких часов. Помимо основных «диагностических» критериев, у больного могут наблюдаться следующие симптомы: учащение мочеиспускания, дизурия, дисменорея, утомляемость, головная боль, боль в спине. Изменения психической сферы в тревожных и депрессивных расстройствах встречаются у 40–70 % больных с СРК (Н.С. Жихарева, 2005).

При обследовании дети предъявляли следующие жалобы. Боли в животе наблюдались у 100 % больных. Боль локализовалась внизу живота у 42 % (из них у 64,5 % – в левой подвздошной области, у 22,1 % в правой подвздошной области, у 17,6 % – «весь низ»), по ходу кишечника – у 39,3 % больных, без четкой локализации – у 45,6 % пациентов. Иррадиация болей не отмечалась ни в одном случае. Характер болей различался: от тупых ноющих (29,4 %) до схваткообразных колик (61,8 %). 19 больных отмечали чередование острых и тупых болей. Связь с приемом пищи выявлена у 44,1 % больных (после еды). Остальные пациенты четкой связи не отмечали. У 39,2 % больных боль усиливалась перед дефекацией и у 53,9 % проходила после дефекации.

Повышенное газообразование с чувством распирания установлено у 39,2 % больных.

Запоры отмечались у 44,1 % больных (частота стула менее 3 раз в неделю). У 30,4 % больных отмечался диарейный синдром (стул более 3 раз в день). У остальных пациентов (25,5 %) отмечалось чередование поносов и запоров, регулярного стула.

У большинства больных имелось изменение консистенции стула. «Овечий» кал был у 21 больного, у 23 больных стул был очень плотный, широкой «колбаской». У 33 пациентов стул был кашицеобразный, а у 42 – водянистый. Обычной консистенции стул отмечался у 24,4 % больных.

Примесь слизи в стуле отмечали 82,9 % больных. Других патологических примесей в стуле не было. 61 больной отмечал чувство неполного опорожнения кишечника. У больных время натуживания при дефекации составляло более 1/3 всего акта дефекации.

Для всех обследованных характерно отсутствие клинических проявлений СРК в ночное время.

Далее необходимо остановиться на анализе постановочных критериев СРК. Некоторые из них нельзя оценивать в разных группах детей, так как они не имеют межгрупповых различий или наоборот характерны только для одной из групп. Однако для некоторых параметров представляет интерес проследить межгрупповые различия (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика болевого синдрома у детей наблюдаемых групп

Характер болей группы	Группа 1 СРК с преобладанием запоров (%)	Группа 2 СРК с преобладанием поносов (%)	Группа 3 СРК с болями и метеоризмом (%)	P
Схваткообразные	15 (33,3)	25 (80,6)	23 (88,5)	0,05
Жгучие	–	5 (16,1)	3 (11,5)	–
Тупые	20 (44,4)	–	10 (38,5)	–
Режущие	2 (4,4)	7 (22,6)	4 (15,4)	< 0,05 ₁₋₂
Давящие	22 (48,9)	2 (6,4)	8 (30,7)	< 0,05 ₁₋₂
Распирающие	20 (44,4)	12 (38,7)	22 (84,6)	0,05
«Ужасные»	7 (15,5)	12 (38,7)	13 (50,0)	–
«Не серьезные»	21 (46,7)	9 (29,1)	13 (50,0)	–

При анализе табл. 1 видно, что характер болей в животе отличается у детей различных групп с СРК. Так, режущие боли возникают достоверно чаще у детей с СРК с преобладанием поносов, чем у детей в группе с преобладанием запоров, тогда как давящие боли – достоверно реже. Наибольшая

частота жалоб на схваткообразные боли регистрировалась в группе детей с СРК с болями в животе и метеоризмом, и хотя достоверности здесь не получено, тенденции просматриваются достаточно отчетливо. В отношении интенсивности болевого синдрома межгрупповые различия не выявлены.

Таблица 2

Связь болевого синдрома с различными факторами

Боль	Группа 1 СРК с преобладанием запоров (%)	Группа 2 СРК с преобладанием поносов (%)	Группа 3 СРК с болями и метеоризмом (%)	P
Возникает или усиливается после еды	14 (31,1)	16 (51,6)	15 (57,7)	> 0,05

Окончание табл. 2

Возникает или усиливается при стрессах	25 (55,5)	25 (80,6)	22 (84,6)	–
Возникает или усиливается перед дефекацией	14 (31,1)	15 (48,4)	11 (42,3)	–
Уменьшается после стула	40 (88,9)	10 (32,2)	5 (19,2)	< 0,05 ₁₋₃
Усиливается после стула	–	3 (9,7)	2 (7,7)	> 0,05
Не связана с дефекацией	4 (8,9)	–	17 (65,4)	< 0,05 ₁₋₃
Ночные боли	–	–	–	–

Анализ данных табл. 2 показывает, что около половины детей всех групп связывает боли в животе с приемом пищи, у большей части пациентов возникновение болей в животе связано со стрессами. У детей с СРК с преобладанием запоров чаще, чем в других группах, происходит уменьшение болей после дефекации, а в группе с преобладанием болей и метеоризма выше частота болей, не связанных с дефекацией.

Возникает впечатление о большом влиянии вегетативного статуса детей с СРК на характер и время возникновения болей. Ниже мы остановимся на характеристике «вегетативных» жалоб в наблюдаемых группах, так как анализ межгрупповых вегетативных различий нам кажется наиболее перспективным. Однако, следуя постановочным критериям диагноза СРК, мы должны прежде остановиться на анализе характера стула (табл. 3).

Анализ характера стула у детей при СРК

Таблица 3

Характер стула	Группа 3 СРК с преобладанием запоров (%)	Группа 2 СРК с преобладанием поносов (%)	Группа 3 СРК с болями и метеоризмом (%)	P
Плотный (комками, «орешками»)	15 (33,3 %)	1 (3,2 %)	7 (26,9 %)	< 0,05 _{1,3-2}
Жидкий (водянистый)	1 (2,2)	31 (100)	10 (38,5)	< 0,05 _{1-2,3}
Твердый	14 (31,1)	–	3 (11,5)	> 0,05
Сухой	–	–	–	–
Лентовидный	5 (11,1)	2 (6,4)	5 (19,2)	–
Типа «овечьего»	17 (37,8)	1 (3,2)	4 (15,4)	< 0,05 _{1,2}
Колбасовидный, но комковатый	8 (17,8)	3 (9,7)	3 (11,5)	> 0,05
Колбасовидный, но с трещинами	3 (6,7)	3 (9,7)	2 (7,7)	–
Колбасовидный, мягкий	5 (11,1)	5 (16,1)	6 (23,1)	–
Мягкие рваные кусочки, пористый	3 (6,7)	23 (74,2)	7 (26,9)	< 0,05 _{1,2}

Анализ табл. 3 подтверждает возможность использования данных изменения характера стула для формирования групп детей с СРК. Полученные достоверные изменения отражают объективность этого признака (табл. 4).

По данным табл. 4, «вегетативные» жалобы наблюдались у большей части детей всех групп. Разнообразие характера жалоб и наибольшая интенсивность их проявления отмечены в 3-й группе детей с болями в животе и метеоризмом. Здесь достоверно чаще, чем в группе детей с запорами, отмечены жалобы на слабость, тошноту, метеоризм, «ком при глотании», сердцебиения и потливость. Количество жалоб у детей с СРК с преобладанием поносов занимает промежуточное положение, хотя есть достоверные различия в частоте жалоб на учащенное мочеиспускание и тош-

ноту. В группе детей с СРК с болями в животе и метеоризмом вегетативные нарушения носят более интенсивный характер. В целом, можно отметить влияние изменений вегетативного тонуса на характер клинических проявлений у детей с СРК.

Резюме

Современное определение СРК на основе эпидемиологических критериев Маннинга или «Римских критериев» требует идентификации и учета маркерных симптомов, характеризующих данное состояние. В настоящем исследовании предложено разделение детей с клиникой СРК на основании основных симптомов, предпринят поиск дополнительных данных, позволяющих объективизировать диагностику СРК.

Таблица 4

Характеристика «вегетативных» жалоб у детей при СРК

Симптомы	Группа 1 СРК с преобладанием запоров (%)	Группа 2 СРК с преобладанием поносов (%)	Группа 3 СРК с болями и метеоризмом (%)	P
Быстрая утомляемость	37 (82,2 %)	27 (87,1 %)	20 (76,9 %)	> 0,05
Приступы нехватки воздуха	3 (6,7)	7 (22,5)	5 (19,2)	> 0,05
Слабость	7 (15,5)	11 (35,5)	14 (53,8)	< 0,05 ₁₋₃
Учащенное мочеиспускание	–	5 (16,1)	15 (57,7)	< 0,05 ₂₋₃
Головные боли	32 (71,1)	23 (74,2)	22 (84,6)	> 0,05
Субфебрильная температура	–	7 (22,5)	–	–
Сниженный аппетит	16 (35,5)	16 (51,6)	15 (57,7)	–
Метеоризм	2 (4,4)	12 (38,7)	26 (100)	< 0,05 ₁₋₃
Нарушение сна	15 (33,3)	21 (67,7)	11 (42,3)	> 0,05
Тошнота	3 (6,7)	17 (54,8)	14 (53,8)	< 0,05 _{1-2,3}
Потеря массы тела	–	–	5 (19,2)	> 0,05
Боли в пояснице	2 (4,4)	3 (9,7)	5 (19,2)	> 0,05
Ком при глотании	–	3 (9,7)	9 (34,6)	< 0,05 ₁₋₃
Боли в мышцах	3 (6,7)	7 (22,6)	13 (50)	> 0,05
Сердцебиения	7 (15,5)	17 (54,8)	22 (84,6)	< 0,05 ₁₋₃
Быстрое насыщение пищей	5 (11,1)	5 (16,1)	16 (61,5)	> 0,05
Страхи	18 (40)	19 (61,3)	8 (30,8)	–
Потливость	11 (24,4)	19 (61,3)	19 (73,1)	< 0,05 ₁₋₃