

П.Л. Щербаков

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Синдром раздражённого кишечника у детей и подростков

СТАТЬЯ ПОСВЯЩЕНА ОДНОМУ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА — СИНДРОМУ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА. ОПИСАНЫ ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СИНДРОМА, ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДИАРЕИ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА, ДИАРЕЯ, ДИОКТАЭДРИЧЕСКИЙ СМЕКТИТ, ДЕТИ, ПОДРОСТКИ.

Контактная информация:

Щербаков Петр Леонидович,
доктор медицинских наук,
профессор, заведующий эндоскопическим
отделением Научного центра
здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 134-04-12
Статья поступила 16.03.2006 г.,
принята к печати 17.05.06 г.

52

Абдоминальные боли, сопровождающиеся нарушениями стула (запорами или, наоборот, диареями), появляющиеся без каких-либо явных органических причин, в настоящее время очень распространены как среди взрослых, так и среди детей. По данным статистики, распространённость таких нарушений функций кишечника составляет приблизительно 20–25% в популяции, в то время как за медицинской помощью обращаются не более двух третей пациентов. Пик заболеваемости этим недугом, получившим название «синдром раздражённого кишечника» (СРК) приходится на возраст 21–40 лет, причём женщины страдают им в 1,5 раза чаще мужчин.

СРК представляет собой комплекс функциональных нарушений работы кишечника. Отдельные проявления этого синдрома в разное время назывались по-разному, а именно синдром раздражённой толстой кишки, кишечная колика, дискинезия толстой кишки, невроз кишечника, слизистая колика, спастический колит, функциональная колопатия, нервная диарея и т.д. Столь большое разнообразие названий одного и того же состояния приводило к неправильной трактовке понятий, сущности процесса поражения у гастроэнтерологов различных школ. Для решения возникающих разногласий и стандартизации в медицинской терминологии в 1998 г. в Риме прошло совещание Международной группы по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта. На этом совещании, получившем в дальнейшем название «Римские критерии синдрома раздражённого кишечника», впервые официально был утверждён термин «синдром раздражённого кишечника», даны его определение и разработаны критерии постановки диагноза [1, 2].

В настоящее время диагноз СРК имеет международный статус и классифицируется в МКБ-10 (табл. 1).

В 1999 г. Международная рабочая группа по изучению функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта пересмотрела критерии, дополнила их и приняла «Римские критерии II» [3, 4], которые включают следующие рубрики — табл. 2.

В том же 1999 г. были определены и рубрики, объединяющие функциональные гастроинтестинальные нарушения у детей, которые представлены в табл. 3.

P.L. Shcherbakov

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy
of Medical Sciences, Moscow

Irritable bowel syndrome in children and adolescents

THE ARTICLE IS DEDICATED TO ONE OF THE MOST WIDESPREAD FUNCTIONAL DISORDERS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT — IRRITABLE BOWEL SYNDROME. ETHIOLOGY, PATHOGENESIS, MODERN CLASSIFICATION OF THE SYNDROME, PRINCIPLES AND METHODS OF TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH DIARRHEA USUALLY PREDOMINATING ARE DESCRIBED.

KEY WORDS: IRRITABLE BOWEL SYNDROME, DIARRHEA, DIOSMEKTITE, CHILDREN, ADOLESCENTS.

Таблица 1. Рубрикатор функциональных поражений кишечника МКБ-10

Классификатор	Рубрики
K58	Синдром раздражённого кишечника
K58.0	Синдром раздражённого кишечника с диареей
K58.9	Синдром раздражённого кишечника без диареи
K59	Другие функциональные кишечные нарушения
K59.0	Запор
K59.1	Функциональная диарея
K59.2	Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках

Таблица 2. Рубрикатор функциональных поражений кишечника II пересмотра (Римские критерии II, 1999)

Классификатор	Рубрики
C.	Функциональные кишечные расстройства
C1.	Синдром раздражённого кишечника
C2.	Функциональный метеоризм
C3.	Функциональные запоры
C4.	Функциональная диарея

Таблица 3. Рубрикатор функциональных поражений кишечника у детей (1999)

Классификатор	Рубрики
G1	Рвота
G1a	Регургитация
G1b	Синдром руминации
G1c	Синдром циклической рвоты
G2	Абдоминальные боли
G2a	Функциональная диспепсия
G2b	Синдром раздражённого кишечника
G2c	Функциональные абдоминальные боли
G2d	Абдоминальная мигрень
G2e	Аэрофагия
G3	Функциональная диарея
G4	Расстройства дефекации
G4a	Детская дисchezия
G4b	Функциональный запор
G4c	Функциональная задержка стула
G4d	Функциональный энкопроз

Наибольшая частота проявлений СРК у детей приходится на возраст 14–17 лет. В настоящее время происходит постепенное сглаживание между двумя пиками заболеваемости — детским и взрослым. Возраст пациентов, заболевших СРК, составляет от 14 лет до 41 года, с пока ещё заметными усилениями в 17–18 и 23–28 лет. Распространённость СРК среди детей оказалась ничуть не меньше, чем у взрослых. Так, по данным О.В. Решетникова и соавт., функциональные заболевания кишечника часто наблюда-

ют у подростков, особенно у девочек, их распространённость сходна с таковой среди взрослого населения развитых стран. Функциональные заболевания кишечника становятся причиной как снижения качества жизни пациентов, так и значительных затрат на их лечение. Эти данные основываются на результатах обследования 340 детей. Соотношение между мальчиками и девочками подростками повторяет таковое у взрослых. Распространённость СРК среди детей составляет 24% у девочек и 14% у мальчиков [5].

Согласно Римским критериям, под СРК понимают устойчивую совокупность функциональных расстройств продолжительностью не менее 12 нед на протяжении последних 12 мес, проявляющуюся болью и/или дискомфортом в животе, которые уменьшаются или проходят после дефекации и сопряжены с изменением консистенции стула и сочетаются на протяжении 25% времени заболевания не менее, чем с двумя стойкими симптомами нарушения функции кишечника — изменениями частоты стула (больше 3 раз в день или менее 3 раз в неделю), его консистенции (от комковатого и плотного до неоформленного и даже водянистого), самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации), выделением слизи с калом, метеоризмом [6].

У детей диагностические критерии СРК менее строгие и несколько отличаются от таковых у взрослых. Так, в частности, к ним относятся наличие в течение 12 нед (необязательно последовательных) за последние 12 мес следующих признаков.

1. Абдоминальный дискомфорт или боли в сочетании с двумя из следующих трёх признаков:

- купируются после акта дефекации; и/или
- их начало ассоциируется с изменением частоты стула; и/или
- их начало ассоциируется с изменением формы каловых масс.

2. Отсутствие структурных или метаболических нарушений, позволяющих объяснить данные симптомы.

В соответствии с Римскими критериями различают три вида клинических проявлений СРК, при которых абдоминальная боль может сочетаться либо с диареей, либо с запором, либо одновременно и с запором и с диареей.

Причины развития СРК до конца не изучены, однако известно, что его проявление напрямую зависит от состояния высшей нервной деятельности и типа личности. По характеру выраженности нервно-психических реакций больные с СРК занимают промежуточное место между нормой и патологией [7, 8]. Один из пусковых механизмов развития СРК — стресс. Стресс глубоко подавляет вторую фазу моторной активности дуоденоjejunalного мигрирующего моторного комплекса [9]. В результате стресса происходит холинергическая стимуляция системы «головной мозг — кишка», что, в свою очередь изменяет моторику кишечника, и, замыкая порочный круг, приводит к гиперреакции кишечника и головного мозга. В развитии СРК значительную роль играют опиоидные пептиды — энкефалины, регулирующие чувство голода и аппетита и влияющие на моторную и секреторную активность кишечника, а так же вазоактивный интестинальный полипептид, холецистокинин и мотилин [10]. Кроме того, нарушение режима и ритма питания может оказывать прямое влияние на формирование СРК. Отказ от полноценного завтрака или других приёмов пищи, спешка во время еды, различные отвлекающие факторы (чтение, просмотр телепередач, дополнительные занятия с репетиторами у абитуриентов, углублённые учебные программы в старших классах школ и ли-

цеев, компьютерные игры, особенно незадолго до сна и пр.) могут приводить к подавлению нормального желудочно-толстокишечного рефлекса. Происходит либо полное угасание данного рефлекса (при пропуске приёма пищи), либо его значительное снижение (при наличии различных отвлекающих факторов), что в итоге приводит к появлению запоров и формированию СРК.

Замедление или усиление двигательной активности кишечника, нарушение ферментной системы приводят к дисбалансу в работе всей системы пищеварения. В результате этого изменяется баланс между газопродуцирующей и газопоглощающей микрофлорой, развивается дисбиоз, усугубляющий состояние больного, появляются абдоминальные боли, диарея или запор.

Очень часто СРК сочетается с различной степени выраженности психоневрологическими синдромами, такими как истерические реакции, депрессии, канцерофобия, чувство страха, ипохондрические проявления и даже суицидальные попытки.

При развитии СРК с преобладанием диареи больные часто жалуются на интермиттирующее нарушение стула, проявляющееся в течение нескольких недель, а иногда и нескольких лет. При этом диарея часто появляется только по утрам. После 3–4-кратного отхождения неоформленных каловых масс состояние больного остаётся удовлетворительным в течение всего дня. Именно этим во многом и объясняется то, что большинство пациентов не обращаются к врачу. Больные зачастую относят свой недуг к индивидуальным особенностям организма, привыкают к своеобразному режиму утреннего многократного разжиженного стула и не обращаются за медицинской помощью, так как их общее состояние в течение длительного времени сохраняется неизменённым. В то же время постоянная диарея может приводить к большому выделению клетками эпителия слизистой оболочки кишечника слизи. Вместе со слизью в просвет кишечника зачастую выделяются и различные микроэлементы, натрий, хлор, бикарбонаты, увеличивается потеря воды, снижается активность ферментов. Всё это может со временем приводить к формированию органического поражения слизистой оболочки кишечника [6].

В случае протекания СРК с преимущественным преобладанием запоров, или сочетанием запоров и диареи в клинической картине у больных можно определить циклический вариант течения, состоящий из нескольких фаз. В первой фазе (фаза А) частота и объём стула не изменены. Больные не предъявляют никаких жалоб. Через некоторое время, обычно 2–10 дней (в зависимости от индивидуальных особенностей), процесс переходит во вторую фазу (фазу В). Эта фаза характеризуется уменьшением частоты стула и объёма каловых масс с формированием запора, продолжительностью от 1–2 дней и более. При этом стул может быть ежедневным или через день с постепенным уменьшением объёма каловых масс. Каловые массы твёрдые. Дефекация сопровождается выраженной флатуленцией. После акта дефекации зачастую остаётся чувство неполного опорожнения кишечника. Фаза С — фаза быстрой эвакуации («выброса»). Эта фаза характеризуется метеоризмом, выраженной флатуленцией. Во время дефекации начальная порция плотных, иногда даже твёрдых каловых масс сменяется мягким, иногда даже водянистым стулом. При этом больные часто жалуются на схваткообразные боли в животе. Третью фазу часто наблюдают у детей и подростков. Её формирование иногда обусловлено социальными факторами, либо происходит при отвлечении ребёнка какими-либо занятиями — играми, просмотром интересных передач и пр. При наполне-

нии ампулы прямой кишки каловыми массами, раздражаются рецепторы слизистой оболочки прямой кишки и в головной мозг поступает сигнал на «желание» и «готовность» к дефекации. Однако, многие дети, особенно во время занятий в школе (когда они стесняются отпроситься с урока в туалет, или стесняются сходить в туалет во время перемены из-за выраженного метеоризма и флатуленции, сопровождающих дефекацию), произвольно зажимают анальный сфинктер. В это время происходит интенсивное всасывание жидкости в ампуле прямой кишки, каловые массы уплотняются, а их объём уменьшается, вследствие чего позыв на дефекацию проходит. Закрепление такого поведения в привычку может приводить к формированию в дальнейшем постоянных нарушений, приводящих к развитию СРК.

Диагностика СРК достаточно сложна и требует от врача внимательнейшего отношения к анамнестическим данным. СРК характеризуется, в первую очередь, хроническим течением интермиттирующего характера. При этом на протяжении длительного времени (нескольких недель или даже лет) отсутствуют признаки сколько-нибудь заметного прогрессирования ухудшения общего состояния. У больных отсутствуют очевидные органические аномалии, пороки развития или признаки поражения различных органов и систем. Обычно удаётся проследить чёткую взаимосвязь между клиническими проявлениями СРК и различными внешними (эмоциональными) воздействиями. Следует отметить, что клинические проявления СРК могут отмечаться как при отрицательных (различные переживания, стресс), так и при чрезмерных положительных эмоциях. Поскольку СРК не является органической патологией, то для постановки диагноза необходимо исключить все другие заболевания органов пищеварения. Существуют так называемые «симптомы тревоги», наличие которых у пациента значительно уменьшает вероятность СРК и обуславливает необходимость исключения более тяжёлой органической патологии (вплоть до онкологических заболеваний). В частности, «к симптомам тревоги» можно отнести такие признаки как необъяснимое снижение массы тела (особенно значительное, за короткое время), наличие ночной симптоматики, онкологические заболевания кишечника у родственников больного, лихорадка, увеличение печени или селезёнки, изменение лабораторных показателей (анемия, повышение СОЭ и др.), появление крови в кале.

Диагностика СРК основывается на оценке стойкой совокупности клинических симптомов — боли внизу живота в сочетании с нарушениями функции дистальных отделов кишечника, которые не удаётся объяснить известными морфологическими и метаболическими нарушениями. Абдоминальная боль — обязательная часть клинической картины СРК. Она может быть разной интенсивности: от лёгкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интенсивной постоянной и даже нестерпимой, имитирующей картину кишечной колики. Для больных СРК характерно появление боли сразу после еды, что сопровождается вздутием живота. Боли, как правило, стихают после дефекации и прохождения газов.

Значительную помощь для педиатра при постановке диагноза СРК может оказать наличие жалоб на неврологические и вегетативные расстройства (мигрень, боли в поясничной области, чувство кома в горле, сонливость или, наоборот, бессонницу, дизурию, нарушение менструального цикла у девочек), которые присутствуют более чем у половины больных. Как правило, более чем у 80% больных с СРК могут быть симптомы сопутствующих функциональных нарушений деятельности органов пищеварения (тош-

нота, отрыжка, рвота, боли в правом подреберье) при отсутствии клинических, инструментальных или лабораторных признаков органического поражения различных органов и систем. Кроме того, у 15–30% пациентов выявляют различные признаки психопатологических расстройств (депрессия, симптомы тревоги, фобии, истерии, панические атаки).

Завуалированность клинических проявлений СРК, симптомы, сходные с некоторыми болезнями органов пищеварения обуславливают необходимость тщательного исследования и анализа каждого из них для постановки правильного диагноза. При лечении СРК педиатру приходится устранять или уменьшать воздействие на ребёнка большого количества неблагоприятных факторов самого различного характера. При подозрении на СРК целесообразно придерживаться следующего диагностического алгоритма, включающего несколько этапов.

- ♦ Этап 1 — предварительный диагноз: проводят анализ анамнестических данных, исключают явные органические нарушения.

- ♦ Этап 2 — выделение доминирующего симптома для определения клинической формы СРК. При СРК практически всегда доминируют абдоминальные боли. Изучение характера болей, их связи с приёмом пищи, временем суток позволят ориентировать врача на наличие или отсутствие СРК. Клиническую форму СРК определяют при анализе характера и частоты стула.

- ♦ Этап 3 — исключение «симптомов тревоги».

- ♦ Этап 4 представляет наибольшие технические сложности, так как необходимо проводить дифференциальную

диагностику СРК с различными органическими поражениями кишечника или других органов желудочно-кишечного тракта. Как уже отмечалось выше, при СРК не выявляют сколько-нибудь заметных изменений показателей лабораторных исследований. Тем не менее, исключение изменений в клинических, биохимических, копрологических анализах не всегда позволяет утверждать о наличии или отсутствии СРК. Проведение ультразвукового исследования позволяет исключить поражение паренхиматозных органов. Грубую органическую патологию, онкологические заболевания можно исключить при проведении иригографии или иригоскопии. Тем не менее, непосредственно оценить состояние кишки можно только при визуальном осмотре слизистой оболочки во время проведения ректороманоскопии или колоноскопии. Эндоскопическое исследование позволяет в большинстве случаев провести дифференциальную диагностику между органическим поражением слизистой оболочки кишечника и СРК, однако программа дифференциальной диагностики должна быть более широкой, поскольку клинические проявления, наблюдаемые при СРК, могут сопровождать и другие функциональные и органические заболевания. К ним, в частности, можно отнести следующие.

- Нарушения диеты, которые включают как несоблюдение режима питания (даже однократный пропуск обеда может вызывать спастические боли), так и употребление некоторых продуктов питания, способствующих развитию метеоризма, или стимулирующих перистальтику кишечника, и провоцирующих появление диареи (квас, бобовые, редька, виноград, баранина и др.).



СМЕКТА



СМЕКТА - ПОБЕДИТЕЛЬ
ПРОГРАММЫ
«СУПЕРБРЕНД-2005»



- Эффективна при диарее любого генеза
- Назначается с первых дней жизни
- Не имеет противопоказаний

При диарее СМЕКТА для быстрого эффекта

Полную информацию о препарате, побочных действиях и противопоказаниях смотрите в инструкции по применению



Бюфур Ипсен Интернасьональ – Россия – 109147 Москва
ул. Таганская, 19 – Тел.: + 7 495 258 54 00 – Факс: + 7 495 258 54 01

- Применение некоторых лекарственных препаратов может приводить к повреждению слизистой оболочки и развитию абдоминального синдрома (например, нестероидные противовоспалительные препараты и др.).
 - Предменструальный период у девочек.
 - Длительное психоэмоциональное и интеллектуальное перенапряжение. Клинические проявления со стороны желудочно-кишечного тракта часто отмечают у подростков в период подготовки к экзаменам, при сильных эмоциональных переживаниях или при длительных компьютерных играх (особенно аркадные с большим количеством сцен насилия, экстремальные автосимуляторы и т.п.).
 - Органические заболевания кишечника. Многие органические поражения слизистой оболочки кишечника клинически проявляются сходными с признаками СРК. Такие тяжёлые поражения как неспецифический язвенный колит, болезнь Крона в дебюте часто не сопровождаются выраженными клиническими проявлениями, позволяющими легко поставить диагноз. Дифференциальной диагностике в этом случае помогает эндоскопическое или видеокапсульное исследование.
 - Различные нейроэндокринные опухоли, например гастринома, или хориоэпителиома, также могут обуславливать клинические симптомы, присущие СРК. Выявить подобные новообразования можно с помощью радиоизотопного исследования, эндоскопии.
 - Гинекологические заболевания, например эндометриоз, могут вызывать выраженные боли в животе, сходные с таковыми при СРК. Для исключения гинекологических заболеваний обязателен осмотр гинеколога.
 - Некоторые эндокринные заболевания, например тиреотоксикоз, сахарный диабет, также могут стать причиной болей в животе, нарушений стула.
 - ♦ Этап 5: после проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и состояниями, и исключения симптомов «тревоги», последним этапом, подтверждающим диагноз СРК, является проведение первичного (пробного) курса лечения, продолжительностью 6–8 нед. Курс терапии включает в себя коррекцию индивидуальных привычек питания, подбор диеты и проведение необходимой лекарственной коррекции. Если во время проведения предварительной терапии отмечают положительный эффект, лечение продолжают в течение 2–3 мес. При отсутствии эффекта на фоне проводимого лечения, продолжают диагностический поиск.
- Один из важнейших терапевтических подходов к лечению СРК — правильное питание, подразумевающее под собой регулярность и использование специальной диеты с применением продуктов, стимулирующих перистальтику (при СРК с преобладанием запоров) или, наоборот, с закрепляющим действием. Питание — наиболее важный фактор для нормального функционирования кишечника. Любое резкое изменение характера питания может привести к появлению дисфункции кишечника, одним из проявлений которой является запор. Отказ от завтрака, нерегулярность и торопливость приёма пищи, обильный поздний приём пищи, недостаточное употребление воды, злоупотребление высококалорийной, малообъёмной пищей (икра, шоколад, мучные продукты) может способствовать появлению запоров. Существуют продукты, обладающие закрепляющим действием (крепкий кофе и чай, какао, творог, рис, гранаты, груши, айва, вяжущие продукты, шоколад, мучное), которые рекомендуют при СРК с преобладанием диареи.
- Немаловажным представляется и отказ от вредных привычек, в частности от курения, поскольку никотин и другие

компоненты табачного дыма также могут оказывать значительное влияние на перистальтику кишечника.

В большинстве случаев одной только одной коррекцией питания излечить СРК не удаётся, поэтому необходимо проведение и лекарственной терапии. При СРК, протекающем с преобладанием абдоминальных болей, применяют спазмолитики, например, гиосцина бутилбромид, пинаверия бромид и др.

При преобладании в поведении больных с СРК тревожной депрессии после консультации с психиатром или психоневрологом следует назначать антидепрессанты или психостимуляторы.

При СРК, протекающим с выраженным метеоризмом и флатуленцией, помимо физических страданий больные испытывают ещё и сильный социальный дискомфорт: дети становятся предметом насмешек сверстников, замыкаются в себе, что ещё больше усугубляет их состояние; взрослые также испытывают определённые неудобства, особенно работая в коллективе. Таким больным, кроме диеты и препаратов, нормализующих перистальтику кишечника, необходимы адсорбенты (активированный уголь, диоктаэдрический смектит) и пеногасители. Следует помнить, что для наступления терапевтического эффекта необходимо довольно большое количество активированного угля (по сравнению с другими адсорбентами), причём длительный приём любых препаратов подобного действия может привести к выведению из организма вместе со шлаками и газами микроэлементов и витаминов. В этом случае более предпочтительно назначение препарата Смекта (Бопур Ипсен Интернациональ, Франция), который, благодаря селективности действия, не выводит микроэлементы и витамины. Целесообразно применение и пеногасителей на основе силиконового масла (симетикон).

Лечение СРК с преобладанием диареи основывается на диете с исключением продуктов, содержащих большое количество грубых растительных волокон, бобовых, продуктов, вызывающих бродильные процессы. В лекарственную терапию целесообразно включить традиционные фитопрепараты (черёмуха, лапчатка, черника). С учётом длительного интермиттирующего характера диареи при СРК постоянное употребление опиоидных препаратов, таких как лоперамид, может привести к стойкому ослаблению перистальтики, что, в свою очередь, стимулирует процессы всасывания шлаков и токсинов, образующихся в процессе пищеварения. Последнее, в свою очередь, вызывает усиление интоксикации организма и усугубление процесса. Препараты выбора при СРК с преобладанием диареи — адсорбенты-цитомукопротекторы (Смекта). При СРК, протекающем с преобладанием диареи, практически всегда развивается дисбиоз толстой кишки различной степени выраженности. Применение про- и пребиотиков при диареях, сопровождающих СРК, с целью нормализации микробиоценоза, как правило не приносит ожидаемых результатов. Это происходит из-за того, что при диареях нарушается защитный мукозный слой слизистой оболочки, в толще которого обитают микроорганизмы. Поэтому заселение лишённой слизи поверхности кишечника микроорганизмами оказывает лишь временный эффект (только в период приёма препаратов, содержащих микроорганизмы). В лечении СРК необходимо комплексное воздействие на слизистую оболочку — наряду с удалением шлаков и токсинов необходимо восстанавливать слизистый слой кишки. Доказанным комбинированным адсорбирующим и цитомукопротективным действием обладает препарат Смекта. Субъединицы препарата, объединяясь между собой, покрывают значительную часть поверхности

слизистой оболочки кишки, оказывая тройное воздействие на кишку. На пластинах препарата осаждаются простые ионы, соляная кислота, газы. Между пластинами Смекта сорбирует небольшие молекулы различных химических препаратов, жёлчные кислоты, на периферии осаждаются крупные молекулы и бактерии. Свободные ковалентные связи обеспечивают длительный контакт со слизистой оболочкой, препарат, подобно защитному щиту, ограждает её от агрессивного воздействия содержимого кишки. Под слоем препарата в течение короткого времени восстанавливается слизеобразующая функция мукоцитов — поверхность слизистой оболочки вновь покрывается защитным слизистым слоем. Именно в это время рационально присоединять к комплексной терапии пробиотики для заселения слизистой оболочки мик-

роорганизмами, обеспечивающими нормальный микробиоценоз.

Смекту выпускают в виде порошков для приготовления суспензии. Препарат можно назначать детям с первых дней жизни. Для лечения СРК у детей 10–18 лет рекомендуют назначать 2–3 порошка в сутки. Если предварительный курс лечения (6–8 нед) позволил достичь хороших клинических результатов, назначают основной курс, продолжительностью 1–6 мес.

Важно помнить, что даже при хорошем эффекте проведённой терапии необходимо постоянное наблюдение за пациентом, как в период обострения, так и в период ремиссии. Для профилактики развития СРК очень важно нормализовать образ жизни с максимальным исключением психоэмоциональных перегрузок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chiba N., Bernard L., O'Brien 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 gastroduodenal 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 gastrointestinal 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. Ивашкин В.Т. Синдром раздражённой кишки. Практическое руководство для врачей. — М.: РГА., 1999.
8. Шептулин А.А. Синдром раздражённой кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении // *Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* — 1997. — 5. — С. 88–90.
9. Kellow J.E., Delvaux M., Azpiroz F. et al. Principles of applied neurogastroenterology: physiology/motility-sensation // *Gut.* — 1999. — 45. — P. II17–II24.
10. Wood J.D., Alpers D.H., Andrews P.L.R. Fundamentals of neurogastroenterology // *Gut.* — 1999. — 45. — P. II6–II16.