Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Ильенкова Н.А

Проверила: д.м.н, доцент Чикунов В.В

Реферат:

На тему: «Синдром раздраженного кишечника у детей»

Выполнила:

врач-ординатор Раупова МД

Красноярск , 2023 год

Содержание

1.Введение………………………………………………………3

2.Этиопатогенетические факторы развития СРК…………….4

4.Классификация………………………………………………..5

5.Клиническая картина………………………………………....6

6. Дифференциальная диагностика …………………………...8

7.Лечение……………………………………………………….10

9.Вывод………………………………………………………....13

10.Список литературы………………………………………....14

Введение

Проблема диагностики и лечения заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – одна из важнейших в современной внутренней медицине. В последние десятилетия в развитых странах функциональная патология кишечника наиболее часто встречается у больных гастроэнтерологического профиля.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – широко распространенная форма патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), к основным проявлениям, которой относят постоянные боли в животе, не проходящие после приема спазмолитических препаратов. Это важное отличие функциональной патологии от органической.

Учитывая распространенность и широкий интерес к этой проблеме, следует признать, что СРК служит моделью для изучения патогенетической сути функциональной патологии органов пищеварения.

Актуальность проблемы синдрома раздраженного кишечника зависит не только от его распространенности, но и от особенностей лечения больных с данным синдромом.

Как правило, это больные с психическими нарушениями, депрессивными расстройствами к которым нужен особый подход.

К сожалению, в программе обучения врачей специалистов в медицинском университете не уделяют должного внимания проблеме функциональных заболеваний.

Я считаю, что данная патология заслуживает особого внимания и ее следует изучить врачам всех специальностей, так как синдром раздраженного кишечника (СРК) может встретить каждый врач, как у детей, так и у взрослых.

Этиопатогенетические факторы развития СРК

Для начала нужно понимать причину развития синдрома раздраженного кишечника у детей.

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

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. [1].

В основе патогенеза СРК у детей лижет нарушение внутри так называемой оси «головной мозг – кишечник».

При этом первичным патогенетическим механизмом СРК является висцеральная гиперчувствительность, определяющая интенсивность абдоминальной боли и возникновение моторных нарушений. Ведущую роль в ее формировании отводят нейромедиаторам, особенно серотонину, повышающему интенсивность сенсорных импульсов и болевых ощущений. [2].

Так же принято считать, что перенесенные кишечные инфекции, влияние микробиоты на моторную функцию кишки, генетические мутации, занимают определенную роль в развитии синдрома раздраженного кишечника (СРК). Но все же ведущую роль занимает психоэмоциональный стресс и нарушение оси «головной мозг – кишечник».

Классификация

В зависимости от характера изменений стула выделяют четыре возможных варианта СРК: СРК с запором, СРК с диареей, смешанный и неклассифицируемый варианты СРК. В основу данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале, которая легко понимается больными и позволяет быстро идентифицировать характер нарушений стула.

СРК с запором (СРК-З): более чем в 25 % дефекаций форма стула 1–2 по Бристольской шкале; менее чем в 25 % дефекаций — 6–7 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него преимущественно запоры (1– 2-й тип по Бристольской шкале).

СРК с диареей (СРК-Д): более чем в 25 % дефекаций форма стула 6–7 по Бристольской шкале, менее чем в 25 % дефекаций — 1–2 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него преимущественно диарея (6–7-й тип по Бристольской шкале).

Смешанный вариант СРК (СРК-М): более чем в 25 % дефекаций форма стула 1–2 по Бристольской шкале и более чем в 25 % дефекаций — 6–7 по Бристольской шкале. Альтернативный вариант постановки диагноза данного варианта заболевания: пациент сообщает, что у него возникают как запор (более чем в 1/4 всех дефекаций), так и диарея (более чем в 1/4 всех дефекаций). Соответственно типы 1–2 и 6–7 по Бристольской шкале.

Неклассифицируемый вариант СРК (СРК-Н): жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, но недостаточны для того, чтобы были диагностированы первые три варианта заболевания. [3].

Клиническая картина

Клиника синдрома раздраженного кишечника зависит от возраста ребенка и типа СРК.

Рецидивирующий абдоминальный болевой синдром висцерального типа является ведущим в клинике СРК у детей. Возникающий по меньшей мере 4 дня в месяц за последние 3 месяца. [4].

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. [1].

При синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запоров у ребенка отмечается задержка стула до 1-2 раз в неделю. У ряда детей акт дефекации регулярный, но сопровождается длительным натуживанием, чувством неполного опорожнения кишечника, изменением формы и характера кала (твердый, сухой, типа овечьего, лентовидный и др.). Стул не содержит примеси крови и гноя, однако достаточно часто отмечается примесь слизи. У некоторых детей длительная задержка стула сменяется так называемым «запорным» поносом, с последующей повторной задержкой стула. [1,5].

При синдроме раздраженного кишечника с преобладанием диареи ведущим клиническим симптомом является жидкий стул, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи, до 2–4 раз в день. Диарея чаще возникает утром, после завтрака, особенно при напряжении и тревоге. Иногда отмечаются императивные позывы на дефекацию. В течение остального времени суток дети жалоб не предъявляют, может отмечаться вздутие живота. Физическое развитие детей обычно соответствует возрасту. Диарея в ночные часы отсутствует. [1,5].

Выделенные клинические симптомы неспецифичны и не являются патогномоничными только для СРК.

Я считаю, что клинику синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров у детей нужно дифференцировать с запорами функционального происхождения.

Дифференциальная диагностика

Запоры могут быть связаны со структурными нарушениями со стороны кишки или с нарушениями регуляции ее моторной функции без первичного структурного дефекта. Последние обозначаются как запоры функционального происхождения (ЗФП). [6].

Если отсутствует органическая патология, то диагностические критерии ЗФП для детей младше 4х лет обозначаются следующим образом: Две дефекации в неделю и реже; По крайней мере 1 эпизод недержания кала в неделю после приобретения навыков туалета; Длительная задержка стула в анамнезе; Болезненные или твердые испражнения в анамнезе; Наличие больших каловых масс (каловый «завал», каловые «камни») в прямой кишке; Большой диаметр стула в анамнезе, который может создавать препятствие в туалете. [6].

Для ребенка в возрасте старше 4-х лет: Две дефекации в неделю; По крайней мере 1 эпизод недержания кала в неделю; Вынужденное положение или чрезмерная волевая задержка стула; Болезненные или твердые испражнения в анамнезе; Наличие больших каловых масс в прямой кишке; Большой диаметр стула в анамнезе, который может создавать препятствие в туалете. [6].

Данные симптомы исчезают сразу после испражнения кишечника.

Основным отличием синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запоров от запора функционального происхождения, является рецидивирующая абдоминальная боль, которая не проходит после приема спазмолитических препаратов, не проходит после испражнения кишечника, не проходит после отхождения газов.

При запоре у детей на фоне приема спазмолитических препаратов боль проходит, на фоне приема слабительных препаратов может отсутствовать полноценный стул, а возникает каломазание.

При синдроме раздраженного кишечника имеется эффект после приема слабительных препаратов, нет эпизодов недержания кала.

После проведения УЗИ толстого кишечника у детей с запором функционального происхождения, можно увидеть картину проктогенного запора. Так как происходит растяжение стенок прямой кишки и их утолщение за счет скопления каловых масс. При синдроме раздраженного кишечника такой УЗИ картины не наблюдается.

Лечение СРК

Ведение больных с синдромом раздраженного кишечника направленно на купирование основного симптома – рецидивирующей абдоминальной боли, так и на коррекцию других проявлений заболевания.

Основной целью терапии является обеспечение удовлетворительного качества жизни пациента благодаря психологической поддержке (выявление эмоциональных или психологических факторов стресса), обучению, диетической коррекции и применению лекарственных препаратов.

Сложности, с которыми может столкнуться врач, связаны с тем, что родители детей чрезмерно напуганы наличием болевого синдрома, рассматривают его как угрожающее и опасное для детей явление и не склонны принимать к рассмотрению функциональные причины возникновения боли.

В связи с этим важно объяснить пациенту и его родителям механизм формирования болевых ощущений, объяснить родителям важность правильного питания для их ребенка и уменьшения психического давления. Это будет способствовать уменьшению страхов, связанных с этим состоянием, и повышению доверия к врачу. [7].

Необходимо подобрать правильную медикаментозную терапию:

Для начала уменьшить абдоминальную боль пытаются назначением спазмолитических препаратов.

У детей в основном применяется – тримебутин, мята перечная.

Тримебутин принимают внутрь. Дети от 12 лет: по 100-200 мг 3 раза в сутки. Для предупреждения рецидива синдрома раздражённого кишечника после проведённого курса лечения в период ремиссии рекомендуется продолжить приём препарата в дозе 300 мг в сутки в течение 12 недель; Детям 3-5 лет: по 25 мг 3 раза в сутки; Детям 5-12 лет: по 50 мг 3 раза в сутки.

Мята перечная принимают внутрь 2-3 раза в день, за 15 минут до еды. Дети от 3 до 5 лет - по 1 десертной ложке; дети от 6 до 14 лет - по 1-2 столовой ложке; дети старше 14 лет по 1/2-/3 стакана.

Следующим шагом нужно подобрать слабительное средство для детей, страдающих синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запоров.

Из всех групп слабительных препаратов оптимальными для детей является осмотические слабительные – полиэтиленгликоль (Форлакс) и лактулоза (дюфалак, нормаза), обладающие свойством замедлять всасывание воды и увеличивать объем кишечного содержимого. Эти препараты не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию. Дозу подбирают индивидуально. [1,7].

Лактулоза (дюфалак) является абсолютно безопасным препаратом и не имеет возрастных ограничений. Для детей до 3 лет начальная доза составляет 5 мл, поддерживающая – 5 мл, для детей 3–6 лет – соответственно 10–15 и 5–10 мл, 7–14 лет – соответственно 15 и 10 мл, старше 14 лет – 15–45 и 10–25 мл.

Полиэтиленгликоль (Форлакс) – линейный полимер с молекулярной массой 4000, который связывает и удерживает воду в кишечнике, увеличивает объем кишечного содержимого, размягчает каловые массы, улучшает перистальтику естественным путем, не оказывая системного действия, так как не абсорбируется в кишке. Препарат разрешен к использованию в детском возрасте, начиная с 6 мес, детям от 6 мес до 1 года – один пакетик 1 раз в день, от 1 года до 4 лет – два пакетика в день, от 4 до 8 лет – четыре пакетика в день. Пакетик нужно растворить в 50 мл воды и принимать утром (если дозировка один пакетик в день), утром и вечером (если дозировка более одного пакетика в день). Действие Форлакса проявляется через 24–48 ч после приема. [1,7].

При лечении СРК с запорами у детей следует избегать очистительных клизм, поскольку они способствуют повышению давления в толстой кишке, что может провоцировать спазм, боль и увеличение секреции.

Если у пациента синдром раздраженного кишечника с преобладанием диареи, то используют:

Сорбенты (смекта) обладают селективными сорбционными свойствами. Препарат назначают по схеме: детям до 1 года – один пакетик в сутки, от 1 года до 2 лет – два пакетика в сутки, старше 2 лет – два-три пакетика в сутки. Однако при доминирующей диарее, часто носящей императивный характер и превращающейся в социальную проблему, следует применять препараты, обеспечивающие контроль частоты дефекации, в частности лоперамид.

Лоперамид (имодиум) – является антагонистом опиоидных рецепторов кишечника, уменьшающим активность кольцевой и продольной мускулатуры кишечника. Начальная доза препарата при СРК у детей старше 5 лет составляет 2 мг, поддерживающую дозу подбирают так, чтобы частота стула составляла 1–2 раза в сутки (2–12 мг). Максимальную суточную дозу определяют из расчета 6 мг препарата на 20 кг массы тела. Лоперамид следует назначать с осторожностью, нельзя использовать длительно. При отсутствии стула и нормальном стуле в течение 12 ч лечение лоперамидом следует прекратить.

При установленной зависимости между интенсивностью абдоминальной боли, тревогой, депрессией и длительностью обострения заболевания, назначаются антидепрессанты. [1,7].

В фармакотерапии психосоматических расстройств при СРК у детей сегодня предпочтение отдается селективным ингибиторам обратного захвата серотонина в нейронах головного мозга, которые оказывают влияние как на висцеральную гиперчувствительность, так и на измененную моторику кишечника. У детей рекомендуется использовать преимущественно сертралин (асентра).

Применяют так же трициклические антидепрессанты – амитриптилин.

Антипсихотический препарат (нейролептик) – тералиджен.

Вывод

Синдром раздраженного кишечника остается актуальной проблемой современной педиатрии, несмотря на все достижения последних лет в изучении этого вопроса.

Он может встречаться не только в педиатрической практике, но и терапевтической. Поэтому актуальность данного синдрома для врачей всех специальностей не подлежит сомнению.

На примере синдрома раздраженного кишечника понимается вся патогенетическая суть функциональной патологии органов пищеварения.

Доказано, что данные больные заслуживают особого внимания со стороны врачей. Им нужна психологическая поддержка, выявление эмоциональных или психологических факторов стресса.

Врач должен понимать механизм формирования болевых ощущений и смочь донести это до пациента.

И безусловно необходимо правильно подобранное лечение.

С пониманием того, что синдром раздраженного кишечника (СРК) - это биопсихосоциальная модель функциональных нарушений кишечника.

Список литературы

1.Смирнова ГИ, Корсунский АА, Ляликова ВБ. Синдром раздраженного кишечника у детей: новое в диагностике и лечении. Российский педиатрический журнал. 2016.

2. De Winter BY, Deiteren A, De Man JG. Novel nervous system mechanisms in visceral pain. Neurogastroenterol. Motil. 2016; 28 (3): 309–15.

3. Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Шелыгин ЮА, Баранская ЕК, Белоус СС. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России. 2021.

4. Клинические рекомендации – Синдром раздраженного кишечника – 2021-2022-2023 (25.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ.

5. Козлова НМ. Синдром раздраженного кишечника. Учебное пособие. 2018.

6.Бельмер СВ, Разумовский ЮА, Хавкин АИ, Файзуллина РА. Запоры у детей. «МЕДПРАКТИКА-М». 2016.

7.Хавкин АИ, Гурова ММ, Новикова ВП. Функциональная абдоминальная боль у детей. Вопросы детской диетологии. 2021; 19(2): 62–75.