

## СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ

*Васильєва О.Г., асистент, Кожина Р.К., лікар, Лазебник О.А., лікар  
СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДД,  
КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»*

Синдром подразненого кишечника (СПК) – синоніми: дискинезія кишечника, дискинезія товстої кишки, спастична товста кишка, психогенний метеоризм, синдром подразненої товстої кишки, функціональна колопатія, невроз кишки, психогенний пронос та інші – один з найбільш актуальних діагнозів у практичній як дитячій, так і дорослій гастроентерології.

За даними Шадріна О.Г. (2007) частота СПК серед населення перевищує 20%. Хворі на цю патологію складають 28% серед всіх пацієнтів, які звертаються до гастроентерологів та 12% серед тих, що звертаються до сімейних лікарів. Як показали епідеміологічні дослідження, скарги, характерні для СПК виказують близько 14% учнів середніх шкіл та більше, ніж 50% дітей з рецидивуючим абдомінальним синдромом.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-епідеміологічні особливості перебігу СПК у дітей м. Суми.

Питома вага синдрому подразненого кишечника в структурі захворювань гастроентерологічного профілю у дітей в останні роки значно зросла. А саме, в 2010 році нами були виявлені і проліковані 19 хворих з СПК, в 2011 р. – 28, що на 67,9% більше, а в 2012 році – 40 дітей, що більше, ніж в 2 рази від даних за 2010 рік.

Під нашим спостереженням знаходились 87 дітей, хворих на СПК, які перебували на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Св. Зінаїди» за період з 2010 по 2012 роки. В ході аналізу нами було виявлено, що дівчата хворіють достовірно частіше на дану патологію, ніж хлопці – (67,82±5,04)% та (32,18±5,04)%, ( $p \leq 0,001$ ). Більшість хворих дітей шкільного віку – від 7 до 14 років (71,26±4,88)%, що можливо пов'язано з порушеннями режиму та якості харчування та значним стресогенним впливом школи.

У більшості дітей дане захворювання перебігало з рецидивуючим абдомінальним болем (65,52±5,13)%, у (26,44±4,76)% – з розвитком закрепів і у (8,05±2,93)% – проносу. У хворих з закрепом найбільш характерною була наявність щільної товстої фекаломи, розміри якої перевищували діаметр заднього проходу, та майже у 30% із них виявлявся фрагментований «овечий» кал. При СПК з проносом частіше спостерігали кашкоподібний нерівномірний кал (71,43%) і у майже 30% із них – так званий «закрепний пронос», що являє собою появу рідких випорожнень після твердого, часто фрагментованого калу.

При постановці клінічного діагнозу слід враховувати, що СПК може бути встановлений лише при відсутності симптомів «тривоги» – немотивована втрата ваги, наявність симптоматики в нічний час, наявність больового синдрому як єдиного та провідного синдрому ураження ШКТ, підвищення температури тіла, гепатолієнальний синдром, лейкоцитоз, анемія, прискорення ШОЕ, наявність прожилок крові в калі. Наявність хоча б одного з цих симптомів «тривоги» призводить до необхідного обов'язкового подальшого дообстеження хворого, в зв'язку з сумнівною діагнозу синдрому подразненого кишечника.