

Когда живот мешает учиться:

СРК с запором у подростков



Подростковый возраст — период интенсивной учебной нагрузки, формирования самооценки и постоянного сравнения себя с ровесниками. На этом фоне функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, включая синдром раздражённого кишечника (СРК), становятся одной из частых причин жалоб на боли в животе, запоры и снижение качества жизни^{1,2}.



Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространённость СРК у детей и подростков варьируется в среднем от 4–6% до 10–14%. Подтип СРК с преобладанием запора (СРК-З) особенно значим, так как сочетает абдоминальную боль, вздутие и хроническое нарушение стула — симптомы, напрямую влияющие на способность посещать занятия и концентрироваться на учёбе^{3,4}.

СРК-З у подростков: клиническая картина

Согласно Римским Критериям IV, диагноз СРК в детском и подростковом возрасте предполагает наличие рецидивирующей

боли в животе, связанной с дефекацией и/или изменениями частоты и консистенции стула, **при отсутствии органической патологии**^{5,6}.

Типичные проявления СРК-3 у подростков^{3,7}:

- ✓ рецидивирующие боли или дискомфорт в животе, часто связанные с задержкой стула и дефекацией
- ✓ редкий стул, плотные каловые массы, ощущение неполного опорожнения
- ✓ вздутие, чувство распирания, урчание
- ✓ тревога, связанная с работой кишечника, страх усиления симптомов в школе или на экзамене

СРК-3 у подростков: клиническая картина

Несмотря на распространённость, СРК у подростков часто недооценивается, тогда как данные показывают его существенное влияние на учебный процесс.

В одном из анализов функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ФЗ ЖКТ) у детей доля

- 🕒 функционального запора составила **36%**
- 🕒 функциональной абдоминальной боли — **35%**
- 🕒 СРК — **31%**
- 🕒 функциональной диспепсии — **8%**⁸

При этом подростки с СРК по сравнению со своими сверстниками **чаще испытывали:**

-  снижение успеваемости
-  уменьшение социального взаимодействия
-  более низкий уровень физической активности^{9,10}

Кроме того:

-  В школьных и студенческих выборках **наличие симптомов СРК было ассоциировано с повышенной частотой пропусков занятий и снижением успеваемости**; учащиеся с СРК чаще сообщали о пропусках уроков из-за боли в животе и нарушений стула.⁹⁻¹¹
-  В исследованиях ФЗ ЖКТ у детей было показано, что **значимое школьное отсутствие** (более 3 дней в месяц) **может рассматриваться как предиктор функционального гастроэнтерологического заболевания**.¹²
-  По данным сравнительных исследований, **дети с ФЗ ЖКТ (включая СРК) пропускали школу** не меньше, чем пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника, и значительно больше, чем здоровые сверстники.^{12,13}
-  Пропуск школы >3 дней в месяц повышал **риск функциональных расстройств** в 5 раз, а пропуск целого месяца школьных занятий повышал риск функциональных расстройств в 8 раз.¹²

Для подростка «живот, который мешает учиться», — это не метафора, а ежедневная реальность, влияющая на успеваемость и планы на будущее.

В период обострения симптомы СРК-З ведут к:

- ✓ пропущенным дням в школе перед и после экзаменов
- ✓ невозможности присутствовать на первых уроках из-за боли и необходимости длительного пребывания в туалете
- ✓ накоплению задолженностей по учебным предметам и снижению уверенности в своих академических перспективах^{9,10}

Социальная активность и СРК-З: жизнь в коллективе

СРК-З связано с повышенным уровнем тревожности, депрессии и других психологических факторов, которые усугубляют симптомы⁷ и дополнительно снижают качество жизни¹⁵.



- ❗ В исследованиях по оценке качества жизни у детей с СРК было показано, что у них **значимо снижены показатели социальной и школьной активности** по сравнению со здоровыми сверстниками^{14,15}
- ❗ Подростки с СРК сообщали о **чувстве стыда и изоляции**: они боялись, что одноклассники услышат урчание, заметят частые выходы из класса или узнают о кишечной проблеме; это снижало готовность участвовать в групповых проектах, спортсекциях и внеклассных мероприятиях^{10,16}
- ❗ Ограничения в рационе питания, активности и колебания настроения ребёнка **меняют семейный стиль общения, усиливают конфликты и тревогу** в близком окружении¹⁶

Таким образом, СРК-З у подростка — это не только снижение посещаемости, но и сужение круга общения, ограничение участия в жизни класса и внеучебных активностях.

Клинические подсказки врачу: на что обратить внимание

Чтобы оценить, насколько наличие СРК-З влияет на учебу и школьную жизнь ребенка, имеет смысл периодически задавать несколько групп вопросов^{3,12,17-21}

1. Связь симптомов с учебным процессом

- ✓ **Есть ли усиление болей и запора** в периоды контрольных, экзаменов, публичных выступлений, смены школы/класса
- ✓ **Как меняются симптомы на каникулах:** улучшается ли самочувствие при снижении учебной нагрузки

2. Посещаемость и успеваемость

- ✓ **Сколько дней за последний месяц подросток пропустил школу/колледж** из-за боли в животе или проблем со стулом
- ✓ Замечают ли сам подросток и родители **снижение концентрации внимания, ухудшение оценок, отказ от кружков и секций**

3. Туалетное поведение и режим

- ✓ **Пользуется ли подросток туалетом в школе** или старается терпеть до дома; были ли эпизоды крайне болезненной дефекации или выраженного стеснения
- ✓ **Ограничивает ли он приём пищи и жидкости в первой половине дня**, чтобы не ходить в туалет в школе

4. Психоэмоциональный фон

- ✓ Есть ли **признаки повышенной тревожности, депрессивных реакций, выраженного стыда**, связанных с симптомами
- ✓ **Как семья реагирует на жалобы**: поддерживает, минимизирует, предъявляет жёсткие требования к успеваемости

5. Опыт лечения и ожидания от терапии

- ✓ **Какие методы уже использовались** (диеты, слабительные, спазмолитики, БАДы), в каких режимах и с каким эффектом
- ✓ **Чего пациент и родители ждут от лечения**: полного исчезновения симптомов или реалистичного контроля, позволяющего учиться и социализироваться

Ответы на эти вопросы помогают врачу не только оценить выраженность симптомов и их влияние на школьную и семейную жизнь, но и определить ведущие психосоциальные факторы, поддерживающие заболевание. На этом этапе **важно не ограничиваться фиксированием факта школьных пропусков и уровня тревоги, а переводить собранную информацию в конкретный план вмешательства** — от разъяснения сути функционального расстройства до коррекции образа жизни, психоэмоциональной поддержки и подбора терапии.

Именно такая последовательность — от целенаправленного сбора данных к структурированному вмешательству — позволяет **сделать следующий шаг**: помочь подростку вернуть ощущение контроля над симптомами и снизить влияние СРК-3 на учебу и социальную адаптацию.^{3,12,17-21}

Подход врача: вернуть подростку ощущение контроля симптомов

Современные рекомендации подчёркивают, что ведение СРК-3 у детей и подростков должно быть комплексным, с учётом нарушенного взаимодействия **оси «кишечник-мозг»**.^{3,19,22,23}

Основные элементы:

✓ Понятное объяснение

Донесение до подростка сути функционального расстройства, роли стресса и того, что цель терапии — достижение контролируемого состояния, а не отсутствие любых ощущений со стороны кишечника.

✓ Коррекция образа жизни

Регулярный режим питания, достаточный прием воды, поддержание физической активности. Желательно обсуждать изменения, реально совместимые с учебным графиком.

✓ Психоэмоциональная поддержка

Выявление учебных и социальных стрессовых факторов и, при необходимости, подключение психолога и использование когнитивно-поведенческих и релаксационных техник.

✓ Лекарственная коррекция запора

При СРК-3 важна мягкая, предсказуемая коррекция стула с использованием осмотических и/или стимулирующих средств, подобранных по возрасту и массе тела

Подростку важно иметь чёткий план действий на период обострений и экзаменационных нагрузок, чтобы ощущать контроль, а не полную зависимость от симптомов.

Мягкая коррекция: место пикосульфата натрия (Регулакс Пикосульфат)

Важная задача врача при лечении СРК-З у подростков — нормализовать стул без усиления боли и без ощущения постоянной зависимости от слабительных.^{3,22}

Пикосульфат натрия (Регулакс Пикосульфат) относится к контактным стимулирующим слабительным, действующим преимущественно на уровне толстого кишечника.

- ✓ **он является пролекарством:** в дистальных отделах кишки под действием бактериальных сульфатаз превращается в активный метаболит, стимулирующий перистальтику и повышающий секрецию воды и электролитов в просвет кишечника
- ✓ **системная абсорбция минимальна**
- ✓ **клинический эффект обычно развивается в течение 8–12 часов**, что позволяет планировать приём, чаще в вечернее время, с ожидаемым утренним опорожнением²³

В рамках комплексного ведения СРК-З у подростков **пикосульфат натрия может использоваться**^{3,23}:

- ✓ **при эпизодах усиления запора**, особенно в периоды повышенной учебной нагрузки или нарушений режима
- ✓ **в составе кратковременных курсов** для восстановления регулярного ритма дефекации на фоне параллельной коррекции образа жизни
- ✓ **в ситуациях, когда одного немедикаментозного подхода или монотерапии осмотическими средствами недостаточно**

Рекомендации подчёркивают необходимость подбора дозы по возрасту и массе тела, ограничения длительности курсов и врачебного контроля.

Заключение

СРК-3 у подростков — функциональное расстройство, которое оказывает **сопоставимое с органическими заболеваниями влияние** на посещаемость школы, успеваемость, социальную активность и качество жизни. Эффективное ведение **требует от врача выхода за рамки исключительно гастроэнтерологического подхода**: необходимо учитывать учебный контекст, уровень тревоги, поведение подростка и ожидания семьи.^{9,12,16}

Комплексная стратегия, включающая объяснение сути заболевания, работу с режимом и стрессом, а также обоснованное использование мягких средств коррекции запора, таких как, например, Регулакс Пикосульфат, позволяет вернуть подростку ощущение контроля над симптомами и уменьшить влияние СРК-3 на учебный процесс и социальную адаптацию.³

Список литературы:

1. Sandhu BK, Paul SP. Irritable bowel syndrome in children: pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. World J Gastroenterol. 2014 May 28;20(20):6013-23. doi: 10.3748/wjg.v20.i20.6013. PMID: 24876724; PMCID: PMC4033441.
2. Baaleman DF, Velasco-Benítez CA, Méndez-Guzmán LM, Benninga MA, Saps M. Functional gastrointestinal disorders in children: agreement between Rome III and Rome IV diagnoses. Eur J Pediatr. 2021 Jul;180(7):2297-2303. doi: 10.1007/s00431-021-04013-2. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33733289; PMCID: PMC8195790.
3. Rexwinkel R, Vlieger AM, Saps M, Tabbers MM, Benninga MA. A therapeutic guide on pediatric irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified. Eur J Pediatr. 2022 Jul;181(7):2603-2617. doi: 10.1007/s00431-022-04459-y. Epub 2022 Apr 23. PMID: 35460383; PMCID: PMC9192445.
4. Yi Deun Jeong et al. Global Prevalence of Functional Abdominal Pain Disorder among Children and Adolescents According to the Rome III and IV Criteria: A Systematic Review and Meta-Analysis. Gut Liver. Published online August 25, 2025, <https://www.gutnliver.org/journal/view.html?doi=10.5009%2Fgnl250225>
5. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med. 2017 Oct 26;6(11):99. doi: 10.3390/jcm6110099. PMID: 29072609; PMCID: PMC5704116
6. Шептулин А.А., Курбатова А.А. Новые Римские критерии функциональной диспепсии IV пересмотра. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(4):124-128. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-4-124-128>
7. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, Walker LS. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1527-37. doi: 10.1053/j.gastro.2005.08.063. PMID: 16678566; PMCID: PMC7104693.

8. Tersteeg SM and Borowitz SM (2024) School absenteeism as a predictor of functional gastrointestinal disorders in children. *Front. Pediatr.* 12:1503783. doi: 10.3389/fped.2024.1503783
9. Reed-Knight B, Squires M, Chitkara DK, van Tilburg MA. Adolescents with irritable bowel syndrome report increased eating-associated symptoms, changes in dietary composition, and altered eating behaviors: a pilot comparison study to healthy adolescents. *Neurogastroenterol Motil.* 2016 Dec;28(12):1915-1920. doi: 10.1111/nmo.12894. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27353222; PMCID: PMC5125908.
10. Kaiyue Guo, 2024. The Impact of Irritable Bowel Syndrome on High School Students' Academic and Social Experiences. *Journal of Clinical Medicine Research*, 5(3), pp.419-421.
11. Das T, Rimti FH, Fahid HA, Uthso NA, Hossain Hawlader MD. Prevalence of IBS and its association with academic stress and dormitory lifestyle among medical students of Bangladesh: A cross-sectional study. *Heliyon.* 2024 Aug 13;10(16):e36259. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e36259. PMID: 39224257; PMCID: PMC11367496.
12. Assa A, Ish-Tov A, Rinawi F, Shamir R. School Attendance in Children With Functional Abdominal Pain and Inflammatory Bowel Diseases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015 Nov;61(5):553-7. doi: 10.1097/MPG.0000000000000850. PMID: 25950089.
13. Barnes C, Ashton JJ, Borca F, Cullen M, Walker DM, Beattie RM. Children and young people with inflammatory bowel disease attend less school than their healthy peers. *Arch Dis Child.* 2020 Jul;105(7):671-676. doi: 10.1136/archdischild-2019-317765. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31937567.
14. Varni JW, Lane MM, Burwinkle TM, Fontaine EN, Youssef NN, Schwimmer JB, Pardee PE, Pohl JF, Easley DJ. Health-related quality of life in pediatric patients with irritable bowel syndrome: a comparative analysis. *J Dev Behav Pediatr.* 2006 Dec;27(6):451-8. doi: 10.1097/00004703-200612000-00001. PMID: 17164617.
15. Donovan E, Martin SR, Lung K, Evans S, Seidman LC, Cousineau TM, Cook E, Zeltzer LK. Pediatric Irritable Bowel Syndrome: Perspectives on Pain and Adolescent Social Functioning. *Pain Med.* 2019 Feb 1;20(2):213-222. doi: 10.1093/pm/pny056. PMID: 29660042; PMCID: PMC6374132.
16. Wu H, Liu Q, Liu J and Liu M (2024) Effects of neuroticism on pre-exam irritable bowel syndrome in female middle school students: mediating role of intolerance of uncertainty and moderating role of exercise duration. *Front. Psychiatry* 15:1420970. doi: 10.3389/fpsy.2024.1420970
17. Laffolie J, Ibrahim G, Zimmer KP. Poor Perception of School Toilets and Increase of Functional Constipation. *Klin Padiatr.* 2021 Jan;233(1):5-9. English. doi: 10.1055/a-1263-0747. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33036055.
18. Peppas S, Pansieri C, Piovani D, Danese S, Peyrin-Biroulet L, Tsantes AG, Brunetta E, Tsantes AE, Bonovas S. The Brain-Gut Axis: Psychological Functioning and Inflammatory Bowel Diseases. *J Clin Med.* 2021 Jan 20;10(3):377. doi: 10.3390/jcm10030377. PMID: 33498197; PMCID: PMC7863941.
19. Nitin Kumar. Prevalence of anxiety, depression and quality of life in among school going adolescent with irritable bowel syndrome. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-IDDFabstracts.44>
20. Liu LW. Chronic constipation: current treatment options. *Can J Gastroenterol.* 2011 Oct;25 Suppl B(Suppl B):22B-28B. PMID: 22114754; PMCID: PMC3206558.
21. Groen J, Gordon M, Chogle A, Benninga M, Borlack R, Borrelli O, Darbari A, Dolinsek J, Khlevner J, Di Lorenzo C, Person H, Sanghavi R, Snyder J, Thapar N, Vlieger A, Sinopoulou V, Tabbers M, Saps M. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4-18 years. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025 Aug;81(2):442-471. doi: 10.1002/jpn3.70070. Epub 2025 May 30. PMID: 40444524; PMCID: PMC12314588.
22. Furnari M, de Bortoli N, Martinucci I, Bodini G, Revelli M, Marabotto E, Moscatelli A, Del Nero L, Savarino E, Giannini EG, Savarino V. Optimal management of constipation associated with irritable bowel syndrome. *Ther Clin Risk Manag.* 2015 May 30;11:691-703. doi: 10.2147/TCRM.S54298. PMID: 26028974; PMCID: PMC4425337.
23. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Регулак



Регулакс® Пикосульфат

Современное стимулирующее
слабительное средство



ЛП-№(009159)-(РГ-RU)
ЛП-№(010827)-(РГ-RU)



прогнозируемый
эффект через
10–12 часов
после приёма



действует только
в просвете толстой
кишки



не раздражает
слизистую оболочку
желудка



не всасывается
из ЖКТ



не вызывает
привыкания



капли применяются
с рождения, таблетки —
с 6 лет

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ