

Ташкентская медицинская  
академия

# Синдром раздраженного кишечника



Выполнила: Рузибаева Фируза 301б гр.леч.фак.

Проверила: к.м.н. Файзиева Захро Курбановна

# Распространенность

- **Синдром раздраженного кишечника** — одно из самых частых заболеваний, с которыми встречаются гастроэнтерологи и врачи общей практики. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что жалобы, характерные для синдрома раздраженного кишечника, предъявляют 6 % учащихся средних и 14 % — старших классов, более 50 % детей с рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом, от 14 до 25 % взрослого населения развитых стран мира.

# История

- Впервые синдром раздраженного кишечника, или «слизистый колит», описал William Osier в 1892 году как «выделение из кишечника вязкой, напоминающей желатин слизи в виде нитей или извитых участков толстой кишки. Пациенты при этом были раздражительны, «находились в себе» и испытывали схваткообразные боли в брюшной полости, у одних был запор, у других — понос». Впоследствии Voskus и соавторы (1928) описали 50 случаев, которые несколько отличались от приведенных Osier. Большинство пациентов страдали запором, поносом, депрессией, астенией, у многих пальпировалась напряженная толстая кишка при визуально определяемой нормальной ректальной слизистой оболочке. Одним из основных симптомов слизистого колита считали спазм толстой кишки (при этом Barker (1928) предполагал, что это связано с напряжением автономной нервной системы), а заболевание стали называть спастическим колитом или неврозом толстой кишки.

# Другие наблюдения по эпидемиологии СРК

- В основном СРК возникает в возрасте от 15 до 65 лет.
- В некоторых случаях симптомы впервые могут возникать в детстве.
- Распространенности выше у женщин — хотя это не подтверждается несколькими исследованиями, например, в Индии.
- Имеется снижение сообщаемой частоты СРК среди пожилых людей.
- Примерная распространенность СРК среди детей такая же, как у взрослых.
- Типичные симптомы СРК часто встречаются в выборках из «здоровых» популяций.

# Определение

Синдром раздраженного кишечника — это распространенная биопсихосоциальная функциональная патология, диагностика которой основывается на клинической оценке устойчивой совокупности симптомов, относящихся к дистальным отделам кишечника, при отсутствии органических заболеваний.

## Некоторые характеристики

### СРК:

- При СРК нет универсального патофизиологического субстрата. Общепринято считать, что к СРК имеет отношение висцеральная гиперчувствительность.
- Может произойти эволюция СРК в другие симптоматические желудочно-кишечные расстройства и перехлест с ними (например, с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, диспепсией и функциональным запором).
- Нет известной связи с повышенным риском развития рака или воспалительной болезни кишечника, а также с повышенной смертностью.

# Этиология

Нарушения микрофлоры кишечника (баланса бактерий): ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание, антибактериальная терапия

Особенности нервной системы (вегетососудистая дистония, частые стрессы)

Нарушения режима питания, распорядка (перекусы, переедания, гиподинамия, недостаточный сон)

Несбалансированная диета (нехватка пищевых волокон, клетчатки)

Генетическая предрасположенность

Эндокринные болезни

Инфекции (различные колиты), паразиты



# Симптомы и дифференциация

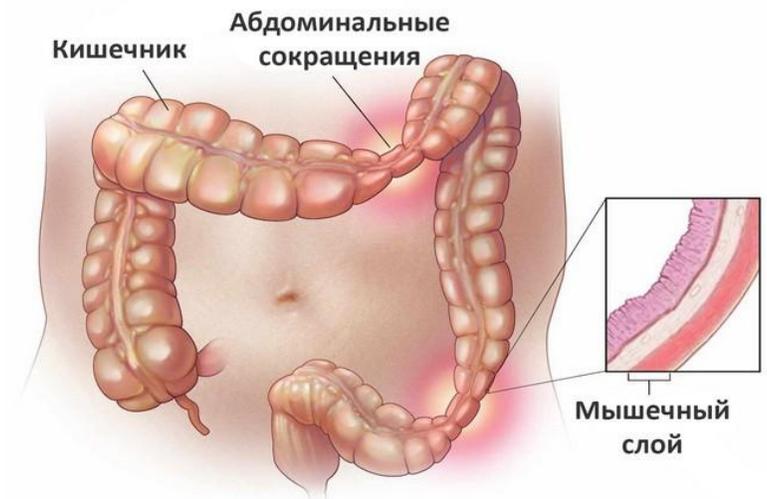
На основе симптомов:

- СРК с преобладанием кишечной дисфункции
- СРК с преобладанием боли
- СРК с преобладанием метеоризма

На основании провоцирующих факторов

- Постинфекционный (ПИ-СРК)
- Связанный с пищей
- Связанный со стрессом

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)



# Схема абдоминальной боли или дискомфорта:

- Хроническая.\*

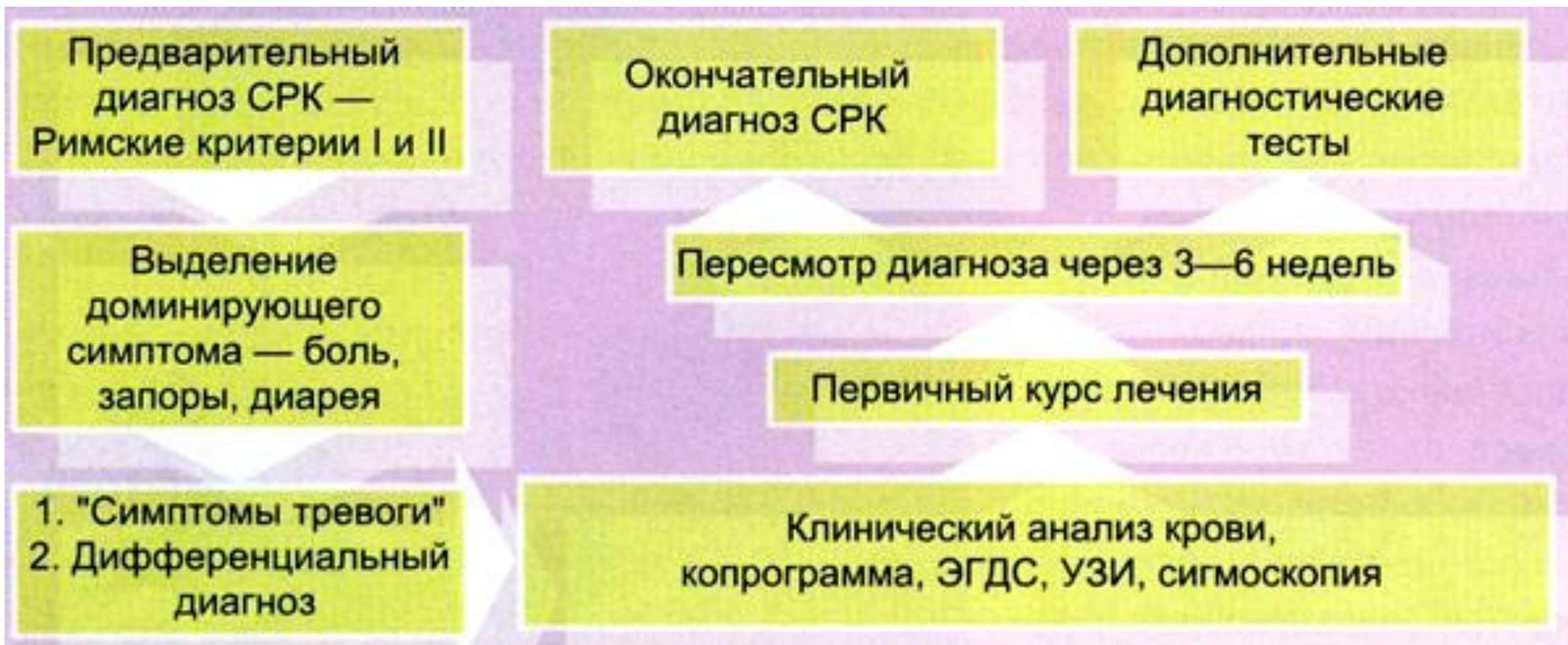
Тип боли: преходящая\* или постоянная.

- Эпизоды боли в прошлом.\*
- Локализация боли. У некоторых пациентов боль может быть четко локализована (например, в нижнем левом квадранте живота), в то время как у других боли склонны менять локализацию.
- Облегчение после дефекации или отхождения газов.\*
- Ночная боль нетипична для СРК и расценивается как настораживающий признак.

Другие абдоминальные симптомы:

- Вздутие\*
- Растяжение\*
- Урчание
- Метеоризм

# Диагностика



**Согласно Римским Критериям III, при диагностике и разделении синдрома раздраженного кишечника (СРК) (IBS) необходимо ориентироваться по преобладающей форме стула:**

**1. СРК с преобладанием запора (IBS-C): твердый или комковатый стул (тип 1-2)**

— >25% дефекаций и жидкий или водянистый стул (тип 6-7) — <25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.

**2. СРК с преобладанием диареи (IBS-D): жидкий или водянистый стул (тип 6-7)**

— >25% дефекаций и твердый или комковатый стул (тип 1-2) — <25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.

**3. Смешанный СРК (IBS-M): твердый или комковатый стул —> 25% дефекаций и жидкий или водянистый стул —> 25% дефекаций без применения антидиарейных или слабительных средств.**

**4. Неклассифицируемый СРК (IBS-U): недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для перечисленных вариантов.**

При этом для каждого из вариантов в «Римских критериях III» предусмотрены минимальные и максимальные варианты встречаемости нетипичного характера каловых масс, учет которых проводится без применения противодиарейных или слабительных средств.

Возникающие при этом трудности практически врачам предложено решать с применением Бристольской шкалы форм кала

<b>Бристольская шкала форм кала</b>			
<b>БОЛЬШОЕ ВРЕМЯ ТРАНЗИТА (100 ЧАСОВ)</b>  <b>КОРОТКОЕ ВРЕМЯ ТРАНЗИТА (10 ЧАСОВ)</b>	<b>ТИП 1</b>	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	<b>ТИП 2</b>	В форме колбаски, но комковатой	
	<b>ТИП 3</b>	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	<b>ТИП 4</b>	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	<b>ТИП 5</b>	Маленькие мягкие шарики с ровными краями	
	<b>ТИП 6</b>	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
		<b>ТИП 7</b>	Водянистый, без твердых частиц



*1. Наличие за последние 12 мес у детей, способных адекватно описать характер жалоб, не менее чем 12 нед(не обязательно последовательных), во время которых хотя бы в один день отмечались абдоминальные дискомфорт или боль, сопровождаемые двумя из следующих трёхособенностей:*

- симптомы облегчаются после дефекации; и/или
- симптомы ассоциированы с изменением частоты стула; и/или
- симптомы ассоциированы с изменением формы (консистенции) стула.

## *2. Отсутствие органических или метаболических нарушений, которые могли бы обусловить вышеописанные симптомы.*

Для СРК наиболее характерны следующие симптомы:

- Изменения частоты стула (более 3 раз в сут или менее 3 раз в нед);
- Изменение консистенции стула (неоформленный или водянистый, либо плотный, «овечий», кал;
- Изменение акта дефекации (затруднённый с чрезмерным натуживанием, императивные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника);
- Выделение слизи при дефекации;
- Чувство переполнения и вздутия в животе.

В зависимости от ведущих клинических симптомов авторы «Римских критериев II» предлагают различать два клинических варианта СРК:

- с преобладанием диареи (один или более признаков):
  - неоформленный или водянистый стул более 3 раз в день, преимущественно в утренние часы после завтрака, характерно отсутствие диареи в ночное время;
  - стул с примесью слизи;
  - неотложные (императивные) позывы на дефекацию(изредка).
- с преобладанием запоров (один или более признаков):
  - стул менее 3 раз в нед;
  - плотный, «овечий» кал;
  - затруднённая дефекация.

# Лечение

- Эффективность терапии, по разным источникам, составляет 25-50 %.
- Детям следует ограничить жирную, способствующую газообразованию пищу, не допускать избыточного количества клетчатки, однако при запорах количество балластных веществ (злаки, хлеб, свекла, морковь, тыква, фрукты, сухофрукты, чернослив) нужно увеличить. При поносах обычно исключают молоко, сырые овощи и фрукты, при выраженной диарее употребляют протертые блюда.
- Обязательна коррекция дисбактериоза, который способствует нарушению моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, сначала проводится санация кишечника антисептиками в течение 5-7 дней, а затем назначают **пробиотики** на 2-4 недели, возможно, с **пребиотиками**. Применяют также **ферментные препараты содержащие желчные кислоты и гемицеллюлозу**; если преобладают поносы, мы назначаем **креон**.

- При депрессивных состояниях, повышенной тревожности после консультации психиатра в терапию следует включить **анксиолитики и антидепрессанты**.
- Из медикаментозных средств в целях купирования моторных нарушений, лежащих в основе болевого абдоминального синдрома, наиболее часто используют **прокинетики, модуляторы и спазмолитики**.
- При поносах назначают а в **связующие, обволакивающие средства и адсорбенты (диосмектит, висмута субсалицилат, танальбин и др.)**, а в случае их неэффективности — препараты, **снижающие тонус и моторику кишечника (лоперамид)**. При метеоризме показаны **пеногасители (симетикон и др.)**.  
При выраженном болевом абдоминальном синдроме применяют **спазмолитики**.

# Использованная литература:

- <https://medsi.ru/articles/kak-lechit-sindrom-razdrazhennogo-kishechnika-u-detey-simptomy-lechenie-dieta/>
- Ивашкин В.Т. Синдром раздражённой кишки. Практическое руководство для врачей. — М.: РГА., 1999.
- Шептулин А.А. Синдром раздражённой кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении //Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — 5. — С. 88–90.

**Спасибо за  
внимание!**