## СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Синдром раздражённого кишечника – функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциируется с изменением моторики кишечника и расстройством дефекации.

При синдроме раздраженного кишечника (как и при функциональной диспепсии) есть чёткие жалобы и клиника, но нет органической патологии кишечника, обнаруженной с помощью инструментальных методов исследования (энтерит, колит, опухоль, дивертикулез кишечника).

**Этиология.** Нарушения регуляции функций желудочно-кишечного тракта у людей с генетической предрасположенностью и низкой резистентностью к стрессам могут быть вызваны перенесённой кишечной инфекцией, травмой живота, стрессовой ситуацией.

**Клиника.**

Основным диагностическим критерием синдрома раздраженного кишечника (Римский консенсус III, 2006) является рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт (неприятное ощущение) на протяжении последних 3 месяцев (с регулярностью не менее 3 дней в месяц) с общей продолжительностью расстройства не менее 6 месяцев.

Сочетается боль с двумя или более признаками: улучшение после акта дефекации; начало при изменении частоты стула или при изменени формы стула.

Подтверждающие критерии (Римский консенсус III, 2006): ненормальная частота стула (≤ 3 испражнений в неделю или > 3 испражнений в день); неправильная форма кала (фрагментированный, шероховатый, твердый, кашицеобразный, водянистый), натуживание при дефекации, безотлагательность дефекации или чувство неполного опорожнения, слизь и вздутие.

**Варианты** синдрома раздраженного кишечника (в зависимости от вида нарушения дефекации).

I. Синдром раздраженного кишечника **с запором**: твёрдый или шероховатый стул больше 25% от числа опорожнений кишечника, чувство неполного опорожнения кишечника.

II. Синдром раздраженного кишечника **с диареей**: кашицеобразный или водянистый стул более 25% от числа опорожнений кишечника; отсутствие диареи ночью.

III. Смешанный синдром раздраженного кишечника **с чередованием** **поносов и запоров** (то и другое более 25% от числа дефекаций).

IV. **Неклассифицированный** синдром раздраженного кишечника: изменения консистенции стула недостаточно выражены.

V. **Альтернирующий** синдром раздраженного кишечника: картина нарушения моторики кишечника меняется.

Характерно наличие у больного признаков синдрома бродильной или гнилостной диспепсии: нарушения переваривания углеводистой или белковой пищи. Тяжесть, вздутие, распирание и урчание в животе, повышенное газоотделение появляются после употребления определенных продуктов.

Боли в животе стихают после дефекации и отхождения газов. Боли не беспокоят по ночам.

Типичными являются симптомы нарушения кишечного транзита и акта дефекации.

При синдроме раздраженного кишечника с запорами появляется необходимость в дополнительных потужных усилиях при дефекации, увеличивается продолжительность акта дефекации, характерны императивные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника. Стул при запорах фрагментированный, твёрдый, в виде шариков («овечий»).

При синдроме раздраженного кишечника с поносами стул скудный по объёму, жидкий или кашицеобразный.

Характерны устойчивые признаки вегетативной дисфункции: парестезии, сердцебиение, потливость, учащённое мочеиспускание, раздражительность, нарушение сна.

При объективном обследовании выявляются особенности психики больных: тревога, беспокойство, депрессия.

Питание больных удовлетворительное, признаки гиповитаминоза и электролитных нарушений отсутствуют.

Выявляются признаки метеоризма: увеличение выпуклости живота, сохраняющееся при перемене положения, тимпанический перкуторный звук над соответствующим отделом кишечника. Поверхностная пальпация живота может выявить болезненность, резистентность мышц. При глубокой пальпации могут обнаруживаться болезненные плотные тонкие петли кишечника (при спазме). Атония проявляется утолщением, болезненностью кишечника. Плотность кишки зависит от заполненности ее избыточным количеством газов (мягкая) или каловыми массами (плотная). После клизмы уплотнение кишечника исчезает.

**Лабораторно-инструментальная диагностика**.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – нормальные.

Копроцитограмма: кал кашицеобразный или водянистый, пенистый, рН кислая или щелочная, клетчатка растительная переваримая в большом количестве, крахмал внутриклеточный и внеклеточный в большом количестве (амилорея), мышечные волокна непереваренные с поперечнополосатой исчерченностью (креаторея), скрытой крови в кале нет.

Фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости – не обнаруживают патологических изменений.

Ирригоскопия, колоноскопия проводятся для исключения колоректального рака. Обследование гинеколога, проктолога (для исключения других причин запоров).

**«Симптомы тревоги»** исключают диагноз синдрома раздраженного кишечника. Это - возраст начала симптомов старше 45 лет, наличие ночных болей, немотивированная потеря массы тела, наличие постоянных и интенсивных болей в животе (как единственного ведущего симптома), рак толстой кишки у родственников, лихорадка, гепатомегалия, спленомегалия, кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ.

**Лечение**. Модификация образа жизни: исключение стресса, психосоциальных проблем, объяснение пациенту сущности заболевания, отсутствия угрозы для жизни.

Исключение из диеты плохо переносимых продуктов (молока, яблок, консервантов, шоколада). При синдроме раздраженного кишечника с диареей используют имодиум (лоперамид), холестирамин. При кишечных болях и спазмах показаны антидепрессанты (амитриптилин, флуоксетин), спазмолитики (букоспан, дротаверин, но-шпа). При синдроме раздраженного кишечника с запорами показана диета, обогащённая клетчаткой (пищевые отруби, овощи, фрукты). Регуляторы пассажа и объема каловых масс: метилцеллюлоз, лактулоза (дюфалак), сорбитол.