

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов*

Научно-исследовательская работа по производственной практике «Помощник врача стационара»

Синдром раздраженного кишечника. Клиническая картина.
Диагностические критерии. Принципы лечения.

Выполнила студентка ~~4~~ курса 5 группы
Педиатрического факультета
Евгения Конченко

Проверил: доцент кафедры, к.м.н.,
Павел Робертович Ягупов

Волгоград 2018

5 

Оглавление

Актуальность	2
Цель	2
Этиопатогенез	3
Клиника.....	5
Диагностика.....	6
Принципы терапии СРК.....	9
Выводы	14
Список литературы	15

Актуальность

Синдром раздраженного кишечника является важной социальной патологией, его изучение ведется с конца XIX века. Первые описания синдрома в рамках «мукозного энтерита» представлены в работе J. Da Costa, от 1871 г.

В 1892 г. английский клиницист W.Osler выделил основные проявления заболевания и назвал его «слизистым колитом». Клиницист заметил, что чаще всего они наблюдаются у истеричных и депрессивных пациентов. В 1929 г. H.Voskus предложил термин «синдром раздраженной толстой кишки».

В качестве синонимов использовались также понятия «спазмированная толстая кишка», «спастический колит», «невроз толстой кишки», «дискинезия толстой кишки», «функциональная энтероколонопатия», «нервная диарея» и др.

По предложению выдающегося русского терапевта В.П.Образцова подобные заболевания в отечественной медицине обозначались как «хронический энтерит», «хронический колит», «хронический энтероколит».

В наше время пересмотр диагностических критериев данного заболевания проводился четыре раза. Первые диагностические критерии для постановки диагноза СРК были сформулированы в 1978 г. А. Маннингом. [2]

Они легли в дальнейшем в основу рекомендаций группы международных экспертов по диагностике и лечению СРК и получили обозначение «Римские критерии I» (Рим, 1988 г.). В последующем эти критерии трижды пересматривались – в 1999 г. («Римские критерии II»), в 2006 г. («Римские критерии III») и в 2016 («Римские критерии IV»).

Цель

Изучить клиническую картину, диагностические критерии и принципы лечения синдрома раздраженного кишечника.

Задачи

- Определить клинические критерии заболевания СРК
- Определить диагностические критерии СРК
- Определить принципы лечения СРК

Этиопатогенез

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ (ВГЧ) сегодня рассматривается как одна из основных гипотез в объяснении болевого синдрома при СРК и даже была предложена в качестве «биологического маркера» этого заболевания.

В сложной патофизиологической цепи формирования висцеральной гиперчувствительности при СРК безусловно имеет значение каждое ее звено: от патологической реакции стенки кишки в ответ на растяжение или другое физико-химическое воздействие до аномальной центральной обработки сигнала, включая эмоциональную и когнитивную модуляцию сенсорной информации, а ее детерминанты рассматриваются как сочетание внутренних и внешних факторов.

Таким образом, опираясь на вышеизложенное, фармакологические методы лечения заболевания сегодня направлены не просто на текущее купирование болевого синдрома, но и на способность лекарственного препарата воздействовать на феномен ВГЧ. Подтверждением тому служит факт оценки в подавляющем большинстве клинических исследований долгосрочного влияния фармацевтического агента на общее состояние или так называемое глобальное улучшение, достижение которого невозможно без влияния на ВГЧ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

СРК не является психиатрическим или психологическим расстройством. Однако психологические факторы могут играть существенную роль в персистенции симптомов и влиять на эмоциональную оценку их тяжести, а следовательно, значительно ухудшать качество жизни, побуждая пациентов чрезмерно обращаться за медицинской помощью. К наиболее часто встречаемым психологическим нарушениям при СРК относятся тревожные состояния, депрессия, соматизация, ипохондрия, навязчивые состояния и страхи [4].

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

(ОСЬ «ГОЛОВНОЙ МОЗГ–КИШКА»)

Изменения в нейроэндокринной системе – относительно новая концепция в патофизиологии СРК. Ось «головной мозг–кишечник» включает в себя

несколько отделов центральной и периферической нервных систем: периферическая нейроэндокринная система, вегетативная нервная система и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система. Под контролем этой всеобъемлющей оси протекают все основные процессы, происходящие в кишечнике: моторика, секреция, всасывание, микроциркуляция, местная иммунная защита и пролиферация клеток. Психовегетативная дисрегуляция в этой системе сегодня служит теоретической основой, позволяющей объяснить возникновение висцеральной гиперчувствительности и следующих за ней нарушений моторики, главных звеньев патофизиологии СРК. Моторная и сенсорная функция кишечника регулируется энтероэндокринной системой посредством высвобождения сигнальных молекул, двумя важнейшими из которых является серотонин (5-НТ) и семейство хромогранинов. Энтерохромафинные клетки рассредоточены в слизистой оболочке на всем протяжении пищеварительной трубки и в организме человека представляют собой главный источник биогенного амина серотонина, около 95% которого производится именно в желудочно-кишечном тракте. Именно серотонину отводится главенствующая роль в регуляции ответа кишки на различные механические и химические стимулы, включая бактериальные. Множество исследований демонстрируют изменения в концентрации энтерохромафинных клеток и продуцируемого серотонина при ВЗК СРК. Известно, что более половины больных ВЗК, длительно находящихся в ремиссии, имеют СРК-подобную симптоматику, по мнению ряда ученых, эту ситуацию необходимо трактовать как СРК у больных ВЗК в состоянии ремиссии. Тем не менее объяснение этой СРК-симптоматики заключается в наличии так называемого невыраженного (low-grade) воспаления, которое реализуется вследствие измененного серотонинового сигнального каскада. Роль серотонина в патофизиологии СРК сегодня является наиболее изученной. Серотонин рассматривается как медиатор, способный регулировать выраженность воспалительной реакции, оказывая воздействие на выработку воспалительных медиаторов иммунными клетками и опосредуя взаимодействие между врожденным и адаптивным иммунным ответом [5].

КОНЦЕПЦИЯ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО СРК

Возможно, впервые термин «постинфекционный СРК» (ПИ-СРК) прозвучал в исследовании, выполненном в 1950 году, посвященном «постдизентерическому колиту». Спустя много лет стало очевидно, что примерно у 10% больных, перенесших инфекционный гастроэнтерит, в последующем стойко сохраняются симптомы, которые соответствуют диагностическим критериям СРК. Точная причина того, почему одни пациенты полностью выздоравливают, а у других формируется устойчивый симптомокомплекс, характерный для СРК, до конца не изучена.

Предполагаемый механизм этого явления заключается в генетическом полиморфизме генов, отвечающих за иммунную реакцию на внедрение патогенного микроорганизма и следующее за этим специфическое воспаление. И в случае ПИ-СРК в многочисленных исследованиях также были получены доказательства наличия low-grade воспаления, как главного звена его патофизиологии, реализуемое в виде инфильтрации слизистой оболочки различными иммунными клетками, такими как лейкоциты, лимфоциты и тучные клетки. Установить точную корреляционную связь какой именно возбудитель будет реализовать ту или иную симптоматику и как надолго) не представляется возможным, поскольку исследования на эту тему носят ретроспективный характер и сильно зависят от возможности пациентов вспомнить подробности своего анамнеза.

Клиника

По Римским диагностическим критериям СРК IV

Рецидивирующая абдоминальная боль, в среднем, как минимум 1 день в неделю за последние 3 месяца, ассоциированная с 2 и более следующими симптомами:

- связанная с дефекацией;
- ассоциированная с изменением частоты стула;
- ассоциированная с изменением формы стула.

Критерии валидны при условии их наличия в течение последних 3 мес. с началом симптомов не менее 6 мес. назад!

Таким образом, сегодня главный симптом СРК – это боль в животе, связанная с дефекацией в ассоциации с нарушением кишечной привычки, а не дискомфорт, вздутие, растяжение или другие ощущения больного [8].

Отличительной чертой обновленных рекомендаций является замена фразы «облегчение после дефекации» на «связанную с дефекацией», т.к. мировой клинический опыт показывает, что у довольно значительной части больных этого облегчения не происходит, более того, ряд пациентов с СРК отмечают ухудшение после дефекации.

Симптоматика, наблюдаемая у пациентов с СРК, с течением времени может существенно колебаться. На протяжении первых двух лет от начала заболевания наблюдается персистирование клинической картины, однако в течение коротких периодов времени одни симптомы могут прекращаться, а вслед за ними появляться другие, новые. В первые три месяца после постановки диагноза больные испытывают в среднем четыре атаки

клинических проявлений в месяц, самая длинная из которых может длиться до 5 суток, и большинство пациентов описывают продолжительность ощущений составляющую более полусуток. Однако уже через год после установки диагноза около 30-45% страдающих СРК отмечают длительные периоды времени без симптомов, потенциальное состояние ремиссии, а после 10-летнего стажа заболевания порядка 50-70% больных сообщают о персистировании у них симптомов.

Интересно, что почти половина (45%) пациентов с СРК, у которых наблюдается ремиссия синдрома, впоследствии будет иметь симптоматику других функциональных желудочно-кишечных расстройств и приблизительно у двух третей из них разовьется клиника функциональной диспепсии, распространенность которой среди больных СРК более чем в семь раз выше по сравнению с контрольной группой.

В тех случаях, когда при курации больных СРК удастся устранить желудочно-кишечные симптомы, возникает высокая вероятность появления у большинства из них клиники других функциональных заболеваний. А субъекты с исходно низким качеством жизни и повышенным уровнем тревоги изначально чаще остальных страдают перекрестом с другими различными функциональными расстройствами.

Таким образом, если обобщить эти данные с ролью социальных факторов в развитии СРК, семейного анамнеза заболевания, небезосновательно рассматриваемый часто вариант «поведения изученной болезни», высокую степень способности к соматизации симптомов, можно сделать вывод, что СРК – это одно из проявлений заложенной предрасположенности к развитию функциональной патологии.

Диагностика

В обязательном порядке проводят:

1. лабораторные исследования:

- a. общий анализ крови;
- b. общий анализ мочи;
- c. биохимическое исследование крови для оценки функционального состояния печени (общий билирубин крови; АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП);
- d. копрограмма;
- e. анализ кала на дисбактериоз;
- f. анализ кала на скрытую кровь;

2. инструментальные исследования:

- a. ректороманоскопия;
- b. ирригоскопия;

- c. УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
 - d. ЭКГ;
 - e. эзофагогастродуоденоскопия;
 - f. колоноскопия с биопсией;
3. консультация колопроктолога.

Важно: консультации гинеколога, уролога, невропатолога, физиотерапевта проводят при наличии соответствующих показаний.

При обследовании пациента и выставлении диагноза важно соблюдать правила: не относить к больным СРК лиц, у которых имеются симптомы, часто встречающиеся при воспалительных, сосудистых и опухолевых заболеваниях кишечника, а также при патологии других органов и систем. Эти признаки именуется «симптомами тревоги» или «красными флагами».

Ряд авторов дополняет этот список признаками: наличие артрита и дерматита, признаки дисфункции щитовидной железы, мальабсорбция и др.

Нужно учитывать, что симптомы тревоги порой могут сочетаться с СРК при наличии крови в кале при геморрое.

Для пациентов, которые имеют типичные симптомы СРК и не имеют симптомов тревоги, объемного дополнительного обследования не требуется. Излишнее дообследование дорогостоящее, иногда вредно. Объем дообследования определяют по возрасту пациента, продолжительности и тяжести симптомов, психосоциальных факторах, симптомах тревоги и семейном анамнезе желудочно-кишечной патологии и др. У пациентов, соответствующих критериям СРК, ключевым моментом диагностики СРК проведение первичного курса лечения с последующей переоценкой диагноза.

Дифференциальная диагностика СРК проводится с заболеваниями и состояниями:

Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника

Целиакия

- хроническая диарея
- утомляемость, отставание в развитии (у детей)
- IgA тканевые трансглутаминазные антитела (IgA тТГ)
- IgA антиглиадиновые антитела (IgA АГА)
- IgG антиглиадиновые антитела (Ig G АГА)
- эндоскопия с биопсией тонкого кишечника в сочетании с положительными лабораторными тестами на целиакию дают основание поставить диагноз

Лактазная недостаточность

- появление характерных симптомов (вздутие, метеоризм, диарея) напрямую связано с потреблением молочных продуктов
- определение содержания водорода, метана или меченного ^{14}C CO_2 в выдыхаемом воздухе после дозированной нагрузки обычной или меченой лактозой

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)

- упорный характер диареи более 2 недель
- ректальное кровотечение
- воспалительные изменения в клинических анализах, снижение веса, перинанальные боли, лихорадка

Колоректальный рак

- пожилые пациенты, у которых впервые возникли СРК-подобные симптомы
- примесь крови в кале
- необъяснимое снижение веса
- анемический синдром как первый клинический признак заболевания при поражении правой половины ободочной кишки, симптомы нарушения пассажа при локализации в левой половине ободочной кишки

Лимфоцитарный и коллагенозный колит

- выявляется приблизительно у 20% больных с необъяснимой диареей в возрасте старше 70 лет
- характерно отсутствие болевого синдрома
- значительно чаще встречается у женщин (М:Ж = 1:15)
- диагностируется только морфологически (биопсия при колоноскопии)

Острая инфекционная диарея

- острое начало диареи
- бактериологическое исследование кала, дуоденальная биопсия

Синдром избыточного бактериального роста

- характерные симптомы мальдигестии и мальабсорбции
- постпрандиальное вздутие через 30-120 минут после приема пищи
- синдром имеет общие клинические черты и может лежать в основе СРК

Дивертикулит

- боли, как правило, в проекции нисходящей ободочной кишки
- лихорадка
- данные дополнительных методов исследования

Эндометриоз

- цикличность болевого синдрома, локализованного преимущественно внизу живота
- данные вагинального и других методов исследования

Воспалительные заболевания органов малого таза

- тупые боли внизу живота
- лихорадка
- данные вагинального и других методов исследования

Рак яичников (комбинация первых трех симптомов выявляется у 43% пациенток с установленным диагнозом рака яичников, против 8% здоровых женщин)

- увеличение живота в объеме
- вздутие
- срочные позывы на мочеиспускание
- тазовые боли

Принципы терапии СРК

Выбор и проведение адекватной терапии СРК возможны после оценки степени тяжести состояния больных с функциональными заболеваниями кишечника.

По рекомендациям Римских критериев четвертого пересмотра лечение состоит из общих мероприятий, назначения лекарственных средств и применения методов психотерапии [1].

Список рекомендуемых лекарственных препаратов составили в зависимости от влияния на тот или иной ведущий клинический симптом заболевания (диарею, запоры, боли). Доступность препаратов в разных странах отличается (таблица 4) [6].

Таблица 4.

Препараты для возможного купирования преобладающего симптома СРК, рекомендованные Римским консенсусом IV

Симптом	Терапия	Доза	Комментарии
Диарея	Лоперамид	2-4 мг по требованию, максимально до 16 мг/сут	Снижает частоту стула, не влияет на симптомы СРК, нельзя принимать длительно, ситуационный прием
	Диета	С низким содержанием глютена или безглютеновая, с низким содержанием FODMAP-углеводов	
	Секвестранты желчных кислот: - Холестирамин - Колестипол - Колесевелам	9 г 2-3 р в сутки 2г 1-2 р в сутки 625 мг 1-2 р в сутки	Недоступны в РФ сегодня (холестирамин ранее был зарегистрирован). В качестве альтернативного лечения псиллиум 10 г/сут
	Пробиотики, содержащие отдельные штаммы микроорганизмов или их комбинацию	Согласно инструкции	Исследованные штаммы не зарегистрированы в РФ
	Рифаксимин	550 мг 3 р в сутки, курс 14 дней	С осторожностью – антибиотикорезистентность!
	Антагонисты 5-HT ₃ -серотониновых рецепторов: - Алосетрон - Ондасетрон - Рамосетрон	0,5-1 мг 2 р в сутки 4-8 мг 3 раза в сутки 5 мг 1 р в сутки	Не зарегистрированы в РФ. Назначение возможно только врачами, аккредитованными в специальной программе
	Элюксадолин (комбинированный агонист μ -опиоидных рецепторов/антагонист δ -опиоидных рецепторов	100 мг 2 раза в день	Не зарегистрирован в РФ

По данным метаанализа, из всех пищевых волокон только псиллиум (исфагула, Мукофальк) эффективен при СРК. В исследовании A.C. Ford 2008) оценивалось количество пациентов с симптомами СРК (абдоминальный дискомфорт, метеоризм, нарушения стула) и абдоминальной болью до и после лечения [6].

Запор	Псиллиум	Максимально до 30 г в день, раздельный прием	Доступен в РФ. Эффективность отмечена в РКИ и метаанализе. Рекомендованная стартовая доза 10 г в сутки
	Полиэтиленгликоль	17-34 г/сут	Возможно уменьшение дозы в 2 раза при хорошем эффекте. Предполагается эффект последствия (т.н. обучения кишки) после курсового лечения
	Любипростон	8 мг 2 р в сутки	Не зарегистрирован в РФ
	Линаклотид	290 мг 1 р в сутки	Не зарегистрирован в РФ
Абдоминальная боль	Гладкомышечные миорелаксанты	Согласно инструкции	В РФ доступны для длительного применения: пинаверия бромид, гиосцина бутилбромид, тримебутин, альверина цитрат, мебеверин
	Масло мяты перечной	Кишечнорастворимые капсулы 250-750 мг 2-3 р в день	Не зарегистрированы в РФ
	Трициклические антидепрессанты	Стартовая доза 10-50 мг, далее коррекция дозы	Антихолинергические побочные эффекты
	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Начало с малых доз, постепенное увеличение дозы	Возможны побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, рвота, диарея
	Любипростон	8 мг 2 р в сутки	Не зарегистрирован в РФ
	Линаклотид	290 мг 1 р в сутки	Не зарегистрирован в РФ
	Алосетрон	0,5-1 мг 2 р в сутки	Не зарегистрирован в РФ

Для купирования болевого синдрома на сегодняшний день рекомендованы следующие группы препаратов:

1. спазмолитики (бускопан, пинаверия бромид, альверина цитрат, тримебутин и др.) с пролонгированным действием и высоким профилем безопасности;
2. трициклические антидепрессанты (амитриптилин, дезипрамин – стартовая доза 10 мг/сут, целевая доза 10-75 мг/сут на ночь, могут вызывать запор, по

этой причине ограниченно назначаются пациентам СРК с преобладанием запора).

Применение антихолинергических препаратов с учетом их механизма действия возможно при вариантах СРК с преобладанием болевого синдрома в сочетании с нарушением дефекации, в большей степени с диареей. Однако такие общие для этой группы побочные эффекты, как сухость во рту, головокружение, нарушение зрения, задержка мочеиспускания, центральные эффекты (особенно у пожилых), существенно ограничивают их использование в клинической практике, а с учетом высокого риска развития запора их назначение при СРК с преобладанием запоров и вовсе нецелесообразно.

В лечении запора свою обоснованность доказали:

1. диета с высоким содержанием пищевых волокон или объем-формирующие агенты, к которым относится препарат псиллиум (Мукофальк);
2. осмотические слабительные – полиэтиленгликоль.

Под пищевыми волокнами понимаются компоненты стенки растительных клеток – полисахариды, а также неуглеводные соединения, устойчивые к ферментативному расщеплению в тонкой кишке человека. Пищевые волокна, получаемые из семян подорожника овального (в том числе и из их шелухи), обозначают термином «псиллиум».

Первым общепризнанным показанием к назначению **псиллиума**, как и для большинства других типов ПВ, является запор. Почти во всех исследованиях выявлены увеличение массы стула и его учащение, а также уменьшение времени пассажа содержимого через кишку. Псиллиум относят к категории слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого: волокна семян подорожника хорошо удерживают воду, увеличиваясь в объеме, что вызывает рефлекторное усиление моторики. Однако необходимо обратить внимание и на другие механизмы слабительного действия псиллиума, отличающие его от остальных слабительных данной группы: образующийся слизистый гель облегчает продвижение стула по кишечнику вследствие смазывающего действия; дополнительное пребиотическое действие также нормализует моторику кишечника.

В результате сравнительных исследований **мукофалька** с лактулозой и плацебо при лечении запора было показано, что назначение мукофалька предпочтительнее с той точки зрения, что наблюдается не только нормализация количества дефекаций, но достоверное влияние на главный симптом синдрома – абдоминальную боль. Также немаловажным преимуществом мукофалька является отсутствие таких серьезных побочных эффектов, как метеоризм и диарея, присущих лактулозе.

При СРК с преобладанием диареи в настоящее время к назначению рекомендованы:

1. лоперамид (2 мг утром или дважды в день) – в клинических исследованиях убедительного превосходства над плацебо по влиянию на боль, вздутие и общую симптоматику СРК не продемонстрировал, однако эффективен при лечении диареи, снижая частоту стула и улучшая его консистенцию (подходит только для кратковременного и эпизодического использования!);
2. алосетрон (антагонист 5-HT₃ серотониновых рецепторов) – доступный к назначению только в США препарат, который в виду такого хоть и редкого, но возникающего побочного эффекта, как ишемический колит, назначается только женщинам с СРК, протекающим с тяжелой диареей, без ответа на другие антидиарейные препараты. В связи с возможным развитием опасных для жизни побочных эффектов алосетрон разрешен к применению в США только врачами, аккредитованными в специальной программе по лечению СРК, и не доступен врачам общей практики. В Российской Федерации серотонинэргические препараты пока не зарегистрированы.

При вздутии и метеоризме применимы:

1. коррекция диеты, соблюдение которой помогает определенному числу пациентов;
2. убедительных доказательств эффективности уголь-содержащих агентов, симетикона и других препаратов при СРК нет;
3. антибактериальный препарат рифаксимин в дозе 400 мг 3 раза в день существенно снижает выраженность вздутия, очевидно, влияя на синдром избыточного бактериального роста, нередко встречающегося при СРК.

В большинстве стран мира для лечения диареи, вздутия, метеоризма при СРК применяется ряд дополнительных лекарственных агентов, обладающих высоким профилем эффективности и безопасности.

К числу таких препаратов относится Закофальк – комбинированный препарат масляной кислоты и инулина с непосредственной доставкой действующих веществ в толстую кишку. Препарат используется в качестве дополнительного источника масляной кислоты и инулина.

Эффективность применения Закофалька доказана в целом ряде зарубежных и отечественных клинических исследований (лечении функциональных заболеваний кишечника, язвенном и ишемическом колитах, дивертикулярной болезни, профилактике антибиотикоассоциированной диареи и т. д.) [7].

В связи с отсутствием четких международных алгоритмов ведения больных СРК, изменчивостью клинических проявлений у одного больного и

существенной гетерогенностью вариантов течения и синдромов в общей выборке больных этим заболеванием практикующий врач очень часто сталкивается с проблемой ведения таких больных.

Таблица 8.

*Примерный алгоритм ведения больных СРК, адаптированный для врачей общей практики, лекарственными средствами, зарегистрированными в России**

СРК с преобладанием диареи**
<ul style="list-style-type: none">- модификация образа жизни- бускопан 10 мг 3 раза в день, курс 4-12 недель и более- Мукофальк 2-3 пакетика в сутки, курс 8-12 недель и более- Закофальк 3-4 таблетки в сутки, курс 4-8 недель, поддерживающая терапия 1-2 таблетки в сутки длительно- при недостаточной эффективности – трициклические антидепрессанты
СРК с преобладанием запора**
<ul style="list-style-type: none">- модификация образа жизни- тримедат 200 мг 3 раза в сутки, курс 8-12 недель и более- Мукофальк 2 пакетика 3 раза в сутки, курс 2-4 недели с последующим снижением дозы до минимально эффективной на длительное время- при недостаточной эффективности – полиэтиленгликоль 1-2 пакетика в сутки, курс 4-8 недель с постепенным переходом на поддерживающую терапию Мукофальком- стимулирующие слабительные и ректальные свечи с глицерином только по требованию- при недостаточной эффективности – трициклические антидепрессанты
СРК смешанный
<ul style="list-style-type: none">- применение вышеуказанных рекомендаций в зависимости от преобладающего симптома

Выводы

Определили клинические критерии заболевания СРК, диагностические критерии, принципы лечения.

Профилактика СРК включает меры по нормализации образа жизни и соблюдение режима питания, отказ от неоправданного применения препаратов.

Прогноз заболевания благоприятный. Течение болезни хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее и не осложненное. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных с СРК как в общей популяции. Прогноз жизни при СРК благоприятный. Он резко ухудшается у пациентов с тяжелой степенью, так как в этом случае нарушается трудоспособность больных.

Список литературы

1. Маев И. В. и др. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV //Consilium Medicum. – 2016. – Т. 18. – №. 8. – С. 79.
2. Ардатская М. Д. Синдром раздраженного кишечника //Клиническая лекция. Consilium Medicum. – 2010. – Т. 12. – С. 8.
3. Bellini M., Gambaccini D., Stasi C. Irritable bowel syndrome: A disease still search in for pathogenesis, diagnosis and therapy. World J. Gastroenterol. 2014; 20: 8807—29
4. Lackner JM, Ma CX, Keefer L, et al. Type, rather than number, of mental and physical comorbidities increases the severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. Clin Gastroenterol Hepatol. 2013;11(9):1147–1157
5. Данилов Д. С. и др. Синдром раздраженного кишечника в практике психиатра (проблема нозологической самостоятельности) и возможность его лечения антидепрессантами (на примере эффективности пароксетина) //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №. 2.
6. Агафонова Н. А. и др. Комплексный подход к терапии синдрома раздраженного кишечника //Фарматека. – 2017. – №. 2. – С. 17-23.
7. Ардатская М. Д. Пробиотики, пребиотики и метабиотики в коррекции микрoэкологических нарушений кишечника //Медицинский совет. – 2015. – №. 13.
8. Palsson O, Heymen S, Whitehead WE. Abdominal pain versus abdominal discomfort: implications for diagnostic assessment of irritable bowel syndrome (IBS). United Eur Gastroenterol J 2014; 2:P405.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __5__ группы

Конченко Евгения Юрьевна

**(по результатам прохождения производственной клинической практики
помощник врача стационара, научно-исследовательской работа)**

Представленная научно-исследовательская работа полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В целом работа выполнена на высоком уровне и заслуживает оценки «отлично» (5).



(подпись)