


ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра внутренних болезней педиатрического
и стоматологического факультетов

НИРС на тему: Синдром раздраженного кишечника. Этиология, патогенез.
Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.

Студентка 4 курса, 4 группы
Педиатрического факультета

Рзаева И.Ф.

5 

Оглавление	
СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА - ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	4
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СРК. ПРЕПАРАТЫ	9
Диагностика	13
РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СРК	17
ВЫВОДЫ	20
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	21

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20 %, варьируя от 9 до 48 %. Размах показателей распространенности объясняется тем, что две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются. Социальный и культурный уровень во многом определяет показатель обращаемости населения по поводу заболевания. В развитых странах Европы, Америки, в Японии, Китае обращаемость высока и распространенность заболевания достигает 30 %; в Таиланде -- 5 %, в Иране - 3,4 %. Заболеваемость СРК составляет 1 % в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст -- 30-40 лет. Соотношение женщин и мужчин среди больных, по разным данным, варьирует от 1:1 до 2:1. Средний возраст пациентов составляет 24-41 год. Среди лиц пожилого возраста (65-93 года) распространенность СРК составляет 10,9 % по сравнению с 17 % у лиц 30-64 лет. Появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК. У сельских жителей синдром встречается значительно реже, чем у жителей городов. В свою очередь, среди горожан СРК наиболее распространен в крупных мегаполисах и столицах, несколько реже встречается у жителей больших городов и еще реже наблюдается среди населения поселков городского типа.

Подавляющее большинство пациентов (55 %) впервые обращаются к участковым терапевтам; 25 % пациентов впервые приходят к гастроэнтерологу; примерно 15 % больных изначально обращаются к психиатру; 5 % больных попадают к врачам других специальностей, чаще всего к гинекологам, хирургам, эндокринологам.

В связи с этим актуальным является исследование витаминно-минеральных комплексов, произведенных фармацевтической промышленностью, что и является целью данной работы.

Изучить патогенез и этиологию заболевания синдром раздраженного кишечника (СРК);

Обозначить основные направления и способы лечения данной патологии;

Подробно рассмотреть основные группы препаратов для лечения СРК - спазмолитики и седативные средства;

Описать роль фитотерапии в терапии изучаемой патологии;

Выявить основные фармакологические показатели препаратов в лечении СРК.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА - ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

1.1 Определение и история заболевания

Синдром раздраженного кишечника -- это полиэтиологическое заболевание, представляющее различные формы функциональных нарушений моторики, всасывания и секреции преимущественно толстой кишки. Оно относится к так называемым функциональным расстройствам кишечника, что побуждает врача исключить более серьезные болезни, прежде чем поставить данный диагноз.

История синдрома раздраженного кишечника относится еще к XIX в., когда W. Gumming (1849) описал типичную клиническую картину больного с этим синдромом, а затем W. Osier (1892) обозначил данное состояние как слизистый колит. В последующем терминология этого заболевания была представлена такими определениями, как спастический колит, невроз кишечника и др. В то же время широко употребляемый диагностический термин «хронический спастический колит» не отражает существа самого патологического процесса, так как оно подразумевает наличие воспаления слизистой оболочки толстой кишки. При синдроме раздраженного кишечника гистологическая картина соответствует скорее дистрофическим изменениям, нежели воспалительным.

Термин «синдром раздраженного кишечника» было введено De-Log в 1967 г. Несмотря на то что слово «синдром» указывает на наличие определенных симптомов, но не на болезнь, понятие синдром раздраженной толстой кишки больше соответствует нозологической единице. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки, полученных от больных с этим синдромом, чаще определяется умеренная инфильтрация лимфоидными элементами с минимальным количеством полинуклеаров. Около 14-30 % людей во всем мире страдает этой патологией. В то же время в структуре гастроэнтерологических больных эта цифра увеличивается до 49-70 %. Чаще синдром раздраженного кишечника встречается у женщин, хотя некоторые авторы утверждают, что соотношение мужчин и женщин одинаковое. Средний возраст заболевших составляет 30-40 лет. Однако необходимо всегда помнить, что если характерные симптомы синдрома раздраженного кишечника появляются у лиц старше 60 лет, то у них следует исключить органическое заболевание, в первую очередь рак толстой кишки. В зависимости от ведущего симптома выделяются три варианта течения СРК: с преобладающими болями в животе и метеоризмом; с преобладающей диареей; с преобладающими запорами.

1.2 Этиология

Целый ряд факторов самостоятельно или в сочетании друг с другом приводят к развитию синдрома раздраженного кишечника. Это нарушение

деятельности центральной и вегетативной нервной систем, кишечной микрофлоры (дисбактериоз), всасывания, психические нарушения, недостаток балластных веществ в питании, социальные и эмоциональные факторы. Начиная с 2001 г. все больше стали говорить о внешних раздражителях (стресс) как наиболее важном пусковом механизме не только синдрома раздраженного кишечника, но и всех функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Патогенетическая модель развития синдрома раздраженного кишечника в упрощенном виде может быть представлена следующим образом. Под воздействием психосоциальных факторов происходит изменение кишечной моторики и чувствительности к нейрогуморальной и механической стимуляции. Данные изменения образуют замкнутый круг. Наиболее важным при синдроме раздраженного кишечника является изменение моторной функции ободочной кишки. В 2002-2004 гг. было показано, что одной из причин этого может быть нарушенная продукция эндогенных морфинов и морфиноподобных медиаторов в кишечной стенке, замедляющих транзит по кишке за счет уменьшения пропульсивных сокращений. У ряда больных был найден высокий уровень серотонина в слизистой оболочке кишки по сравнению с подслизистым слоем. Такое нарушение распределения серотонина может приводить к расстройствам проведения нервного импульса и уменьшению пропульсивных сокращений. В других работах было отмечено снижение количества клеток, продуцирующих серотонин и глюкогон. При изучении с помощью биомеханических и электрофизиологических методов при синдроме раздраженного кишечника были выделены следующие типы моторной деятельности толстой кишки:

- * гиперсегментарный гиперкинез (52 % больных) -- повышенная активность кишечной стенки с преобладанием в спектре волн низкоамплитудных сегментарных сокращений;

- * дистонический гипо- или акинез (36 % больных) -- резкое снижение двигательной активности, сопровождающиеся раз личными изменениями спектра волн и выраженными нарушениями тонуса кишечной стенки;

- * антиперистальтический гиперкинез (12 % больных) -- усиление двигательной активности с наличием антиперистальтических комплексов.

При изучении функционального состояния толстой кишки с помощью наиболее физиологического метода -- энтероколотомографии -- было выявлено, что для синдрома раздраженного кишечника характерно ускорение транзита кишечного содержимого по дистальным отделам толстой кишки и замедление -- по проксимальным.

Так, ускорение транзита в сигмовидной кишке было отмечено в 49 % случаев, а ускорение транзита практически по всей толстой кишке -- в 17 % случаев.

У подавляющего большинства больных с синдромом раздраженного кишечника диагностируются неврозы, невротическое развитие личности или

психопатия. При этом наблюдаются вегетативные нарушения с преобладанием парасимпатических влияний.

В последние годы все больше внимания стали уделять изучению висцеральной гиперчувствительности, которая является важным фактором в патогенезе синдрома раздраженного кишечника. Несмотря на то что, начиная с 70-х годов прошлого столетия исследования, посвященные висцеральной гиперчувствительности при синдроме раздраженного кишечника, стали появляться в литературе, лишь сейчас становится более или менее ясна ее роль. Одним из проявлений висцеральной гиперчувствительности является висцеральная гипералгезия. Болевые импульсы возникают при раздражении афферентных нервных окончаний блуждающего нерва и спинномозговых нервов. Далее они передаются в головной мозг. Различные факторы, воздействующие на эти нервные окончания, могут влиять как на моторную, так и секреторную активность кишечника, вызывая запор или диарею. В свою очередь воздействие на афферентные нервные окончания может устранить эти симптомы. В последние годы были получены данные, указывающие на изменения энтеринервной системы, выражающиеся в повышении активности механорецепторов, воспринимающих растяжение и сокращение мышц кишечника, и участии М-метил-В-аспартат или Са-зависимых пептидных рецепторов. В настоящее время очень популярна гипотеза, которая объясняет возникновение абдоминальной боли при синдроме раздраженного кишечника нарушением в центральной нервной системе контроля над восходящими болевыми импульсами

1.3 Клинические проявления

В 1992г. Международная группа исследователей опубликовала критерии, позволяющие диагностировать синдром раздраженного кишечника. В настоящее время они известны как Римские критерии I.

I. Наличие постоянных или периодически повторяющихся в течение 3 месяцев симптомов: боль или дискомфорт в животе, стихающие с дефекацией или связанные с изменением частоты дефекации или консистенцией стула .

II. Наличие двух симптомов и более, присутствующих по крайней мере 1 раз в 4 дня: изменения частоты стула (более 3 позывов в день, менее 3 позывов в неделю), изменения консистенции стула (плотный, жидкий), измененная дефекация (натуживание, неотложность, чувство неполного опорожнения), выделение слизи, метеоризм.

Несмотря на многообразие клинической картины при синдроме раздраженного кишечника, наиболее часто встречающимися симптомами являются боль в животе (80--90 % случаев) и диарея или запор (около 75 % случаев), которые могут чередоваться у одного и того же больного. Вообще симптоматика при данном заболевании связана в первую очередь с нарушениями моторики кишечника и повышением висцеральной чувствительности. В настоящее время, учитывая, что синдром раздраженного кишечника -- это сочетание хронических и рецидивирующих желудочно-кишечных симптомов, представленных в виде абдоминальной боли, вздутия живота и нарушения дефекации, классификация его основывается на преобладании:

- * абдоминальной боли и наличие метеоризма;
- * запора;
- * диареи.

Важными диагностическими критериями, позволяющими отличить синдром раздраженного кишечника от других заболеваний, в первую очередь органической природы, являются критерии Маннинга. Они заключаются в том, что:

- * боль в животе стихает после дефекации;
- * стул сопровождается болью;
- * отмечается вздутие живота;
- * определяется примесь слизи в кале или ложные позывы со слизью;
- * ощущение неполного опорожнения.

В 1999г. Международной рабочей группой по разработке критериев функциональных расстройств предложены клинические критерии синдрома раздраженного кишечника, обозначенные как Римские критерии II.

На протяжении 12 недель или дольше за предыдущие 12 месяцев наличие боли в животе или дискомфорта, при которых выявляются 2 из 3 следующих признаков:

- * облегчение, связанное с дефекацией;
- * проявления, связанные с изменением частоты стула;

* проявления, связанные с изменениями консистенции стула.
Тогда же синдром раздраженного кишечника был определен как «функциональное расстройство кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией или изменениями в кишечном состоянии с характерными нарушениями дефекации и растяжения».

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СРК. ПРЕПАРАТЫ

2.1 Основные принципы лечения

Диета позволяет исключить состояния, имитирующие СРК (непереносимость лактозы, фруктозы). Уменьшить газообразование и вздутие живота, а также неприятные ощущения, связанные с этим.

Лечение синдрома раздраженного кишечника складывается из воздействия на психоэмоциональную сферу, сбалансированного рационального питания с преобладанием продуктов, содержащих пищевые волокна, повышения физической активности и медикаментозных средств, направленных на нормализацию моторной деятельности кишечника, а также физиотерапевтических методов.

Важным звеном в лечебных мероприятиях является коррекция имеющихся психовегетативных нарушений, в связи с чем больным нередко назначают небольшие дозы седативных препаратов.

Дисбиотические изменения при синдроме раздраженного кишечника чаще всего сопровождаются дефицитом бифидобактерий и увеличением популяционного уровня условно-патогенных микроорганизмов, появлением кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами. В связи с этим в лечебном плане наиболее эффективны пробиотики, а также препараты, содержащие бифидо- и лактобактерии.

В качестве антидиарейного препарата хорошо зарекомендовал себя лоперамид (имодиум). При этом состоянии назначают также антихолинергические препараты и спазмолитики. При нарушении всасывания желчных кислот у больных с диареей эффективным средством является холестирамин.

При наличии запора назначение слабительных средств не всегда бывает оправданным. В то же время при отсутствии эффекта от других методов лаксативы являются необходимыми препаратами. В последние годы с целью нормализации моторики толстой кишки с успехом стали применяться препараты, относящиеся к новому классу антагонистов ионов Ca^{2+} .

Показано, что эти средства обладают селективным воздействием на желудочно-кишечный тракт. Это является актуальным в связи с тем, что все гладкие мышцы имеют селективные трансмембранные каналы для транспорта ионов Ca^{2+} , которые открыты, если клеточная мембрана деполяризована. Активация этих каналов представляет конечный общий путь всех механизмов регуляции перистальтики желудочно-кишечного тракта [9]. Наиболее вероятной терапевтической мишенью при синдроме раздраженного кишечника является кишечная нервная система, представленная местными сенсорными рецепторами, центральной нервной системой и иммунными клетками, включая тучные клетки.

В связи с тем, что клинические проявления заболевания связаны с болью, а большинство причин связаны с нервной системой, основными группами

препаратов для лечения данной патологии являются спазмолитические и седативные средства.

Различные формы альтернативной терапии, такие как фитотерапия, пробиотики, акупунктура, и добавление ферментов могут являться дополнением в лечении синдрома раздраженного кишечника.

2.2 Группа седативных препаратов

Седативные средства, или психолептики (лат. sedativo -- успокоение) -- химически разнородная группа лекарственных веществ растительного и синтетического происхождения, которые вызывают успокоение или уменьшение эмоционального напряжения без снотворного эффекта (в то же время облегчают наступление естественного сна и углубляют его).

По общепринятой классификации группа седативных препаратов, наряду с нейролептиками и транквилизаторами, относятся к психотропным средствам. Данная группа имеет и внутреннюю классификацию.

1. Препараты брома (в микстурах): натрия бромид, калия бромид, бромкамфора, бромизовал (бромурал).

2. Растительные препараты: валерианы корневища, корень (настойка, экстракт, настой, отвар), пустырника трава (настой, настойка, экстракт), пассифлоры трава (экстракт), пион.

3. Барбитураты (в малых дозах): пентобарбитал-натрий (этаминал-натрий, нембутал), барбамил (амитал-натрий), амитал (эстимал), фенобарбитал, диэтил-барбитуровая кислота (веронал), арбитал-натрий (мединал)

4. Производные ГАМК: натрия оксипутират (ГОМК), фенибут.

5. Комбинированные препараты: валокордин (бромизовалериановой к-ты этиловый эфир, фенобарбитал, мятное и хмелевое масло, этанол), корвалол - в отличие от валокордина не содержит хмелевое масло, валокормид (настойки валерианы, ландыша, красавки, бромид натрия и ментол), валоседан (экстракт валерианы, настойка хмеля, боярышника, ревеня, барбитал натрия и этанол), пассит и ново-пассит (экстракты растений), валидол, микстуры Кватера, Иванова-Смоленского, Сараджишвили, Бехтерева и др.

По анатомо-терапевтической-химической классификации, седативные средства относятся к группе N05C (N - нервная система, N05 - психолептики, N05C - снотворные и седативные средства).

2.3 Группа препаратов - спазмолитиков

кишечник синдром спазмолитик

Миотропные спазмолитики относятся к наиболее часто назначаемым препаратам, эффективность и безопасность которых доказана в многочисленных исследованиях.

Спазмолитики миотропного ряда, к числу которых относятся папаверин, дротаверин, бенциклан, сегодня применяются реже из-за системного характера спазмолитического действия.

Важное место среди препаратов этой группы отводится блокаторам кальциевых каналов. Пинаверия бромид (дицител), избирательно блокирующий потенциалзависимые кальциевые каналы L-типа гладкой мускулатуры кишечника, широко используется в лечении СРК.

Спазмолитики (от греческого *spasmos* - судорога, спазм и *lyticos* - освобождающий, избавляющий) - лекарственные средства, ослабляющие или полностью устраняющие спазмы гладкой мускулатуры внутренних органов и кровеносных сосудов. Спазмолитическими свойствами обладают химические вещества разной структуры. Они расслабляют гладкую мускулатуру, но их влияние на биохимические процессы, происходящие в мышцах, различно, и тонкие механизмы их действия изучены недостаточно. Одни спазмолитики (Дицител, Дюспаталин, отилония бромид, Метеоспазмил, Гимекромон) преимущественно расслабляют гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта или желчевыводящих путей, другие - сосудов сердца (нитроглицерин и его группа) или мозга (Сермион, Винпоцетин, Кавинтон), третьи (б-адреномиметики, теofilлин) - гладкие мышцы бронхов. Однако существуют лекарственные средства, достаточно эффективно действующие на гладкую мускулатуру разных органов, например, Дротаверина гидрохлорид (Но-шпа), Галидор. Для лечения синдрома раздраженного кишечника используется первая группа препаратов.

По анатомо-терапевтической-химической классификации, спазмолитические препараты, используемые для лечения СРК относятся к группе А03 (А - пищеварительный тракт и обмен веществ, А03 - препараты для лечения функциональных нарушений со стороны ЖКТ), разделы А03А - препараты для лечения функциональных расстройств кишечника, А03В - белладонна и её производные, А03С - спазмолитики в комбинации с психотропными препаратами, А03D - спазмолитики в комбинации с анальгетиками, А03Е - спазмолитики и холиноблокаторы в комбинации с другими препаратами и А03F - стимуляторы моторики ЖКТ.

2.4 Профилактика

Синдром раздражённого кишечника (СРК) относится к заболеваниям, которые нельзя профилактировать. У людей с СРК более чувствительный толстый кишечник и он очень остро реагирует и на питание (даже на нормальную желудочно-кишечную деятельность), и на факторы окружающей среды, например, стресс. Однако, предпринимая профилактические меры предупреждения симптомов синдрома раздраженного кишечника, то можно вести продуктивную и здоровую жизнь.

СРК, сопровождающийся запором: исключить продукты, которые могут усугубить запор - очищенные хлеб и злаки, рафинированные продукты, такие как чипсы и выпечка, напитки, такие как кофе, газированные напитки, и алкоголь. Необходимо постепенно увеличивать количество клетчатки в рационе на два - три грамма в день, пока оно не достигнет 20 - 35 граммов в день.

СРК, сопровождающийся диареей: исключить продукты, содержащие большое количество клетчатки, шоколад, алкоголь, кофеин, фруктозу или сахарозаменитель сорбитол, газированные напитки, жаренная и жирная пища. Стресс и беспокойство могут усугубить симптомы СРК, такие как запор, диарея, боль в животе и вздутие. Причины, вызывающие стресс, могут быть разными.

Прогноз при СРК благоприятен. СРК успешно поддается лечению. Синдром раздраженного кишечника не приводит к развитию злокачественных опухолей кишки или таким серьезным заболеваниям, как неспецифический язвенный колит или болезнь Крона.

Диагностика

В настоящее время диагноз СРК, прежде всего, основывается на соответствии клинических проявлений общепринятым Римским критериям II (Рим, 1999).

Римские критерии синдрома раздраженного кишечника*.

По крайней мере, 12 недель непрерывного абдоминального дискомфорта или болей за предшествующий 12-месячный период, имеющих два из трех следующих признаков:

1. Облегчение при дефекации; и/или
2. Начало, связанное с изменением частоты стула; и/или
3. Начало, связанное с изменением внешнего вида кала.

Следующие симптомы кумулятивно подтверждают диагноз СРК:

- Патологическая частота стула (в исследованиях «патологией» можно считать > 3 раз в день и < 3 раз в неделю)
- Патологическая форма кала (комками / плотный или жидкий / водянистый)
- Патологический пассаж каловых масс (напряжение кишечника, безотлагательность, чувство неполного опорожнения)
- Слизеотделение
- Вздутие живота и чувство распирания

* - при отсутствии структурных или метаболических изменений, объясняющих симптомы.

Исходя из определения синдрома, в процессе постановки диагноза важно исключить наличие «симптомов тревоги» или так называемых «красных флагов». В этом случае чувствительность критериев составляет 65%, специфичность близка к 100%.

Симптомы, исключающие диагноз синдрома раздраженного кишечника

Жалобы и анамнез:

- немотивированная потеря массы тела;
- ночная симптоматика;
- постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ;
- начало в пожилом возрасте;
- рак толстой кишки у родственников.

Физикальное обследование:

- лихорадка;
- изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия).

Лабораторные показатели:

- кровь в кале;
- лейкоцитоз;
- анемия;
- увеличение СОЭ;
- изменения в биохимии крови.

Анамнез и физикальное обследование

Общее состояние больных обычно хорошее и не соответствует многочисленным жалобам. Основные жалобы — боль в животе, нарушения стула и метеоризм.

- Боли в животе могут быть различного характера: от тупых, давящих, распирающих до нестерпимых схваткообразных. Боли обычно локализуются в боковых и/или нижних отделах живота, в левом и правом подреберьях (синдром печёночного и селезёночного углов) с иррадиацией в соответствующие половины грудной клетки. Возникновение болей связано с приёмом пищи, стрессом, физической нагрузкой. Особенностью болевого синдрома является возникновение болей в утренние или дневные часы (при активности больного) и стихание во время сна, отдыха.
- Нарушения стула могут проявляться как диареей, так и запором или чередованием этих симптомов. Помимо запоров для этих больных характерно наличие фрагментированного, «овечьего» кала. Позывы к дефекации сохранены, стул может быть даже ежедневным, без чувства полного опорожнения кишечника. При диарее частота стула составляет 3-5 раз в день с выделением небольшого количества кала. Диарея может быть вызвана приёмом пищи (гастроколитический рефлекс) или стрессом («медвежья болезнь»).
- Метеоризм является следствием многих причин, главным образом связанных как с повышенным газообразованием в кишечнике (бродильная или гнилостная диспепсии), так и нарушением процесса рассасывания газа. Физикальные данные при СРК обычно непоказательны. Возможно выявление болезненности при пальпации всех отделов ободочной кишки, спазмированной плотной сигмовидной кишки, вздутой урчащей слепой кишки.

Лабораторные исследования

Обязательные лабораторные исследования

- Общий анализ крови. Проводят для исключения воспалительного или паранеопластического генеза болевого абдоминального синдрома.
- Анализ кала на кишечные патогены (шигелллёз, сальмонелллёз, иерсиниоз), яйца глистов и паразитов. Исследование проводят трижды.
- Копрограмма.
- Общий анализ мочи.
- Биохимическое исследование крови:
 - концентрация альбумина сыворотки крови.
 - содержание в крови калия.
 - содержание в крови натрия.
 - содержание в крови кальция.
 - протеинограмма.
 - исследование иммуноглобулинов крови.
 - концентрация в крови гормонов щитовидной железы.

Дополнительные лабораторные исследования

- Активность АСТ.
- Активность АЛТ.
- Активность γ ГТП.
- Активность ЩФ.
- Концентрация общего билирубина.
- Исследование на маркёры вирусов гепатита:
 - HBsAg (поверхностный антиген гепатита В).
 - Анти-HCV (АТ к вирусу гепатита С).

Инструментальные исследования

Пациентам моложе 45 лет с преобладанием в клинической картине запоров при отсутствии «симптомов тревоги» до назначения инструментальных методов исследования необходимо провести лечение слабительными (с одновременным обогащением рациона пищевыми волокнами).

Обязательные инструментальные исследования

- Рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ и/или ФЭГДС.
- УЗИ органов брюшной полости (комплексное).
- Ирригоскопия: типичные признаки дискинезии — неравномерное заполнение и опорожнение, чередование спастически сокращённых и расширенных участков и/или избыточная секреция жидкости в просвет кишечника.
- Илеоколоноскопия с биопсией — обязательный метод исследования, так как только морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки кишечника позволяет в конечном итоге отличить СРК от воспалительных поражений кишечника. Однако исследование провоцирует проявления заболевания ввиду характерной для СРК гиперчувствительности кишечника.

Дополнительные инструментальные исследования

- Компьютерная томография
- Допплеровское исследование сосудов брюшной полости

Алгоритм диагностики СРК

Весь процесс диагностики СРК может быть условно разделен на несколько этапов:

I этап — постановка предварительного диагноза СРК на основании соответствия жалоб больного «римским критериям».

II этап — выделение доминирующего симптома (боль, диарея, запор).

III и IV этапы включают целенаправленное исключение органических заболеваний. Для этого проводится рекомендуемый «оптимум» диагностических тестов, куда входят: клинический анализ крови, копрограмма, эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование, сигмоскопия пациентам до 45 лет, в возрасте после 45 лет — ирригоскопия или колоноскопия.

V этап — назначение первичного курса лечения на 3-6 недель при неэффективности:

VI этап — пересмотр диагноза, решается вопрос о дополнительных методах обследования индивидуально для каждого больного с целью его уточнения.

Дифференциальная диагностика

- У пациентов с преобладанием в клинической картине запоров необходимо исключать обструкцию толстой кишки в первую очередь опухолевой природы. Особенно это актуально у пациентов старше 45 лет, а также у больных более молодого возраста при:
 - 1) дебюте заболевания;
 - 2) выраженных или рефрактерных к лечению симптомов;
 - 3) семейном анамнезе рака толстой кишки.
 - СРК необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:
 - При преобладании синдрома запора:
 - Стриктуры кишечника вследствие воспалительных заболеваний, стриктуры ишемического генеза или возникшие в исходе дивертикулита.
 - Рак толстой кишки.
 - Дисфункция мышц тазового дна.
 - Неврологические заболевания (болезнь Паркинсона, вегетативная дисфункция, множественный склероз).
 - Побочные эффекты лекарственных средств (опиаты, антациды, блокаторы кальциевых каналов, холиноблокаторы и др.).
 - Гипотиреоз.
 - При преобладании в симптоматике диарейного синдрома необходимо исключать следующие заболевания:
 - Воспалительные заболевания кишечника: болезнь Крона, язвенный колит, микроскопический колит.
 - Гипертиреоз.
 - Хронические кишечные инфекции: паразитарные инвазии, дизентерия, *Clostridium defficile* после курса антибактериальной терапии.
 - Синдром мальабсорбции: целиакия, пищевые intolerance, побочные эффекты лекарственных средств.
 - Другие причины: постгастрэктомический синдром, энтеропатия, ассоциированная с ВИЧ-инфекцией, эндокринная опухоль ЖКТ.
 - При преобладании в клинической картине болевого синдрома СРК нужно дифференцировать со следующими состояниями:
 - Частичная обструкция тонкой кишки.
 - Болезнь Крона.
 - Ишемическое поражение кишечника.
 - Хронический панкреатит.
 - Лимфома ЖКТ.
 - Эндометриоз (проявления обычно ассоциированы с менструациями).
 - Заболевания желчевыводящих путей.
- В дифференциальной диагностике большое значение имеет эндоскопия с биопсией.

РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СРК

Лекарственные растения использовались для лечения всеми народами мира независимо от времени и места их обитания.

Фитотерапия имеет ряд существенных преимуществ перед использованием синтетических медикаментозных химиопрепаратов. Лекарственные растения, как правило, хорошо переносятся больными, не оказывают нежелательного побочного действия, их можно применять длительный период времени (при необходимости терапия продолжается в течение 1-2 лет), особенно при хронических заболеваниях, не приводя к гиповитаминозу и дисбактериозу. Они хорошо сочетаются друг с другом и могут оказывать влияние на различные органы и системы, что позволяет лечить одновременно сопутствующие заболевания внутренних органов (желудка, печени, почек и др.). Теория и практика фитотерапии основываются на 7 принципах лечения больных лекарственными растениями. Это этапность, системность, индивидуальность лечения, непрерывность терапии, временной принцип лечения, переход от простого к сложному, качество лекарственного сырья. Богатый химический состав их обуславливает воздействие на различные патогенетические механизмы: часто можно обойтись одним растительным средством вместо нескольких химиопрепаратов. Растительные препараты, как правило, можно широко комбинировать как между собой, так и с химиопрепаратами.

При основных симптомах синдрома раздраженного кишечника используются следующие растения (указаны в порядке убывания): цветки ромашки, листья мяты, плоды фенхеля, трава зверобоя, корневище лапчатки, плоды черники, кора крушины, плоды тмина, корневище змеевика, листья крапивы, соплодия ольхи, плоды черемухи, корневища с корнями валерианы.

Для лечения симптомов СРК в составе традиционных прописей чаще всего встречаются (указаны в порядке убывания):

при лечении запоров -- кора крушины, корень солодки, плоды фенхеля, тмина, аниса, листья крапивы, трава тысячелистника, листья вахты, цветки ромашки,

при лечении диареи -- корневище лапчатки, змеевика, кровохлебки, плоды черники, листья мяты, подорожника, ореха грецкого и шалфея,

при лечении спазмов кишечника -- листья мяты, цветки ромашки, плоды фенхеля, корневища с корнями валерианы, плоды тмина, кора крушины, корневища айра, плоды аниса,

при лечении метеоризма -- листья мяты, цветки ромашки, корневища с корнями валерианы, плоды фенхеля, тмина, аниса, трава душицы.

Рекомендуемая схема лечения синдрома раздраженного кишечника.

Сбор (г):

подорожник, листья 15,0

шалфей, листья 10,0

мята, листья 5,0

сушеница, трава 10,0

крапива, листья 15,0

зверобой, цветки 10,0

тысячелистник, трава 5,0

1 чайную ложку смеси растений залить 1 стаканом кипящей воды, настаивать 30 минут, затем процедить и принимать по 50 мл 3 раза в день за 15 минут до еды.

50 мл указанного выше настоя вводить в прямую кишку вечером (микроклизма).

Танацехол по 1 таблетке до еды 3 раза в день.

Девясил таблетированный -- по 2 таблетки 3 раза в день после еды.

Тюбаж еженедельно в 19.00 с вышеприведенным настоем.

Бактериобаланс по 1 капсуле 2 раза в день после еды.

Седативные растительные средства, которые издавна используются в медицине, не утратили своей актуальности и сегодня. Седативные фитосредства, которые обладают также анксиолитическим (антитревожным) и мягким снотворным действием, не вызывают привыкания и хорошо переносятся пациентами, что позволяет применять их длительно в случае необходимости.

Валериана лекарственная. Корни и корневища валерианы - лекарственное сырье, применяемое во многих препаратах валерианы. Валериана оказывает многостороннее действие на организм: угнетает центральную нервную систему, понижает ее возбудимость; угнетает орфарингеальное дыхание, регулируемое средним мозгом, уменьшает спазмы гладкомышечных органов. Эфирное масло валерианы ослабляет судороги, вызываемые алкалоидом бруцином, близким по фармакологическим свойствам к стрихнину. Валериана служит примером, когда лечебный эффект дает суммарная вытяжка из растения, в то время как изолированные вещества соответствующего действия не оказывают.

Допускается использование настойки валерианы с другими лекарственными средствами. Корни и корневища валерианы продаются в картонных упаковках по 50 и 100 грамм. Их можно использовать для приготовления отваров и настоев дома.

Валериана существует двух видов - настойка и сухая форма. Дозировка для взрослых - 20-25 капель при приеме 2-4 раза в день. Дозировка для детей - столько капель, сколько лет ребенку. Что касается сухой валерианы, то её эффективность значительно ниже, чем настойки. Её принимают путем глотания 1-2 таблеток за раз. Каждая таблетка по 20 миллиграмм.

Пустырник сердечный (обыкновенный), пустырник пятилопастный. Трава пустырника - высушенный пустырник пятилопастник-многолетник.

Препараты по характеру действия близки к препаратам валерианы лекарственной. В его стеблях содержатся различные эфирные масла, обладающие успокаивающим эффектом. Настойка пустырника готовится на 70% спирте (1:5). Прозрачная жидкость зеленовато-бурого цвета, слабого запаха, горькая на вкус. Выпускается во флаконах-капельницах по 25 мл.

Назначают по 30-35 капель 3-4 раза в день. Экстракт пустырника жидкий - жидкость буро-зеленого цвета и горького вкуса, со слабым своеобразным запахом. Готовят на 70% спирте. Назначают по 15-20 капель 3-4 раза в день. Настой из травы пустырника готовят из расчета 15 г травы на 200 мл воды. Принимают по 1/3 стакана 2 раза в день за 1 ч до еды. Пустырник входит в состав ряда лекарственных сборов.

Пассифлора инкарнатная. Страстоцвет (пассифлора) обладает мягким успокоительным действием на центральную нервную систему, по праву считается природным транквилизатором. Действие страстоцвета усиливается в сочетании с валерианой, пустырником и ромашкой. Экстракты из трав, входящих в витаминно-растительный комплекс НЕРВИН, обладает седативным, противосудорожным, спазмолитическим и гипотензивным действием, уменьшают возбудимость ЦНС. Действие травы пассифлоры обусловлено содержанием алкалоидов индольного ряда - 0,04%, среди которых наиболее известны ггармин, гарман, гармин, гармил, гармалол и норгаман.

При раздражении прямой кишки в результате хронической диареи, сопровождающейся жжением и зудом заднего прохода, можно рекомендовать микроклизмы - 25-50 мл облепихового масла с добавлением масляного раствора витамина А (10-15 капель) или обезболивающих и противовоспалительных свечей с белладонной.

Красавка обыкновенная (белладона). Все части растения ядовиты, содержат алкалоиды группы атропина: корни до 1,3 %, листья до 1,2 %, стебли до 0,65 %, цветки до 0,6 %, зрелые плоды до 0,7 %. Белладонна, кроме атропина, содержит также гиосциамин и гиосцин (скополамин).

ВЫВОДЫ

В ходе проделанной работы были выполнены все поставленные задачи: изучили патогенез и этиологию заболевания синдром раздраженного кишечника (СРК), обозначили основные направления и способы лечения данной патологии, подробно рассмотреть основные группы препаратов для лечения СРК - спазмолитики и седативные средства, описали роль фитотерапии в терапии изучаемой патологии, выявили основные фармакологические показатели препаратов в лечении СРК.

В связи с хроническим характером и необходимостью постоянного целесообразно проводить лечение не только медикаментозными, но и фитотерапевтическими средствами. Изучение аспектов фитотерапии данного состояния явилось значимым этапом данной работы. Были перечислены лекарственные растения, способы их применения и дозы в лечении и профилактике симптомов СРК.

Заключительным этапом данной работы стало описание фармакологических показателей основных препаратов для лечения синдрома.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ардатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая лекция // Гастроэнтерология. - Приложение Consilium medicum. - М.: Медицина -- 2010.
2. Кьосев П.А. Полный справочник лекарственных растений / Кьосев П.А. -- М.: ЭКСМО - пресс, 2000.
3. Маева И.В. Синдром раздраженного кишечника: учебное пособие - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ, 2004.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства в 2 т. - 14-е изд. перераб. и доп. / Машковский М.Д. - М.: Новая волна, 2000. - Т. 2.
5. Михайлов И.В. Современные препараты из лекарственных растений: справ.7 И.В. Михайлов. - М.: АСТ; Астрель, 2003.
6. Рыжичкина А.Н., Осипенко М.Ф., Холин С. И. Хроническая абдоминальная боль и синдром раздраженного кишечника // Лечащий Врач. - 2011.
7. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитофармакология: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
8. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. - М.: АстраФармСервис, 2011.
9. Трэвис С. П. Л. Гастроэнтерология: Пер. с англ. / Под ред. С. П. Л. Трэвиса и др. - М.: Мед. лит., 2002.
10. Шептулин А.А. Современный алгоритм диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника // РМЖ. -2003.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __4__ группы

Рзаева Ираде Фаик Кызы

**(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)