

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КАФЕДРА внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

Научно-исследовательская работа

На тему: «Синдром раздраженного кишечника»

Выполнил: студент 4 курса
педиатрического факультета

2 группы

Самокиш А.С.

3

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "А.С. Самокиш", is written over the number "3".

г. Волгоград 2018 год

Оглавление

Введение.....	2
Эпидемиология.....	3
Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника.....	4
Клиническая картина.....	6
Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания в амбулаторных условиях.....	8
Критерии ранней диагностики. Римские критерии.....	10
Лечение.....	13
Прогноз.....	15
Список литературы.....	16

Введение

Функциональные расстройства кишечника являются одной из основных причин обращений к врачу в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Совокупность симптомов, возникающих в этом случае, характеризуется упорным, рецидивирующим течением. Несмотря на то, что функциональные расстройства кишечника не представляют угрозы для жизни пациента, эта патология часто требует особого внимания в силу значительного и длительного снижения качества жизни пациентов. Наиболее распространенной и изученной формой кишечных функциональных расстройств является синдром раздраженного кишечника (СРК). В общей структуре гастроэнтерологической патологии СРК занимает первое место и составляет около 30% всех случаев обращения к гастроэнтерологам. Высокая частота заболевания, развивающегося у лиц наиболее трудоспособного возраста, рецидивирующий характер течения, сложности дифференциальной диагностики и лечения определяют существенную клиническую и социальную значимость данного синдрома. В настоящее время актуально данное определение, синдром раздражённого кишечника (СРК) — функциональное расстройство, при котором боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации, связаны с изменением частоты дефекации и консистенции стула, возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев. При этом необходимо выполнение, по меньшей мере, двух из трех нижеперечисленных условий:

- боль уменьшается после дефекации;
- сочетается с изменением частоты стула;
- сочетается с изменением консистенции стула.

Эпидемиология

Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст – 24–40 лет. Распространенность СРК понижается после достижения среднего возраста. Так, среди лиц старше 65 лет распространенность СРК составляет 10,9% по сравнению с 17% у лиц 30–64 лет (данные национального исследования США). При появлении симптоматики, характерной для СРК, впервые у пациентов старше 60 лет, следует особенно тщательно исключать органические заболевания, в первую очередь колоректальный рак, дивертикулез, полипоз, ишемический колит. Соотношение мужчин и женщин колеблется от 1:1 до 1:2. В тех странах, где женщины эмансипированы, имеют равные права с мужчинами, их обращаемость по поводу симптомов СРК в 2–4 раза выше, чем у мужчин. Женщины более склонны к затрудненному пассажу каловых масс и запорам, мужчины – к учащению стула и диарее. У сельских жителей, занимающихся физическим трудом и питающихся растительной пищей, синдром встречается значительно реже, чем у жителей городов. В свою очередь, среди горожан с СРК наиболее распространен в крупных мегаполисах, в столицах. Обобщая эпидемиологические данные, при постановки диагноза СРК практическому врачу необходимо учитывать следующие факты: СРК в основном встречается в возрасте до 65 лет; – Первое обращение пациентов к врачу обычно происходит в возрасте 18–35 лет. В некоторых случаях симптомы заболевания прослеживаются с детских лет; отдельные типичные симптомы СРК (не совокупность критериев!) широко распространены у «здорового» населения.

Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника

Согласно современным представлениям СРК рассматривается как биопсихосоциальное расстройство, в основе развития которого лежит взаимодействие двух основных патофизиологических механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункции. В зависимости от личностных особенностей человека в этиопатогенез СРК в различной степени вовлечены: измененная моторика, висцеральная гиперчувствительность, расстройства взаимодействия в системе «головной мозг-кишка», вегетативные и гормональные сдвиги, генетические факторы, воздействия окружающей среды, психоэмоциональные расстройства, постинфекционные последствия.

Генетическая предрасположенность. Генетические факторы наряду с внешними воздействиями и конституциональными особенностями поведения человека могут предрасполагать к развитию СРК и/или определять дальнейшее течение патологического процесса.

Психосоциальные факторы Наиболее важным этиологическим фактором в развитии заболевания являются нервно-психические воздействия. Часто именно психический стресс, являясь неспецифическим триггером, модифи-

цирует ощущения болезни и поведения больного, побуждая его обращаться за медицинской помощью. СРК нередко развивается вследствие стресса, обусловленного длительно действующими и/или непреодолимыми психотравмами.

Нарушение моторики и микробиоты кишечника Хотя все симптомы СРК сфокусированы на моторике кишечника, не установлено преобладающей картины моторной дисфункции, которая могла бы служить маркером этого заболевания. Даже у здоровых людей сильные эмоции или внешний стресс могут привести к усилению моторики кишечника. Микробиота, поддерживающая барьерную функцию слизистой оболочки кишечника и вызывающая иммунный и нейроэндокринный ответ, может давать прямые и непрямые эффекты на функцию и даже морфологию мышечных и нервных клеток кишечника. Выделяют три основных механизма влияния микробиоты на двигательную функцию кишки:

- 1) выделение компонентов или конечных продуктов ферментации бактерий;
- 2) выделение нейромедиаторов;
- 3) синтез медиаторов в рамках иммунного ответа кишечника.

Висцеральная гиперчувствительность (сенсорно-моторная дисфункция) Главным клиническим проявлением СРК является боль. Ее генез связан с висцеральной гиперсенситивностью (повышенной чувствительностью) и нарушением восприятия боли на разных уровнях центральной нервной системы: таламус, лимбическая система (аффективный компонент), кора больших полушарий (память, поведенческие стереотипы, стрессы).

Патогенетическая модель развития синдрома раздраженного кишечника 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: 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 глюкагон.

При изучении с помощью биомеханических и электрофизиологических методов при синдроме раздраженного кишечника были выделены следующие типы моторной деятельности толстой кишки:

- гиперсегментарный гиперкинез - повышенная активность кишечной стенки с преобладанием в спектре волн низкоамплитудных сегментарных сокращений
- дистонический гипо- или акинез - резкое снижение двигательной активно-

сти, сопровождающиеся раз личными изменениями спектра волн и выраженными нарушениями тонуса кишечной стенки •антиперистальтический гиперкинез - усиление двигательной активности с наличием антиперистальтических комплексов. В патогенезе синдрома раздраженной кишки большую роль играет висцеральная гиперчувствительность. 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.

Клиническая картина

Клинические проявления синдрома раздраженной кишки не являются строго специфичными, не существует присущих только этому синдрому двигательных расстройств и свойственных ему структурных изменений. В силу этих обстоятельств довольно сложно разграничивать органические и функциональные изменения кишечника. Все симптомы, свойственные синдрому раздраженной кишки делят на:

- кишечные к ним относят следующую триаду симптомов
 - нарушения стула;
 - боли в животе;
 - вздутие живота (метеоризм);
- внекишечные - проявляются диспепсией (чувство тяжести и переполнения в подложечной области, тошнота, отрыжка, изжога), может быть гастропарез, анорексия, дискинезия сфинктера Одди, боль в крестце, ощущение «кома» при глотании, неудовлетворенность вдохом, вазоспастические реакции, расстройства мочеиспускания (учащенное и императивное мочеиспускание, дизурические явления), также головные боли, общую слабость, сонливость, фибромиалгический синдром, боли в пояснице, груди, гинекологические расстройства, сексуальную дисфункцию (включающую диспареунию и снижение либидо), канцерофобия. Больные с синдромом раздраженной кишки

обычно предъявляют массу жалоб при общем хорошем соматическом состоянии, часть этих жалоб (повышенная утомляемость, слабость, бессонница, раздражительность, парестезии) связана с неадекватными реакциями, свойственным больным.

Нарушения стула, как правило, проявляются запором, диареей или чередованием этих симптомов. Частота стула при диарее различна – в среднем 3–5 раз в день при относительно небольшом объеме фекалий. Диарея может быть связана с приемом пищи (гастроколитический рефлекс), часто возникает при стрессе («медвежья болезнь»), переутомлении. Нередко отмечается постпрандиальный императивный позыв к дефекации. У больных с синдромом раздраженной кишки с запорами часто отсутствуют позывы на дефекацию, что заставляет их пользоваться клизмами или слабительными средствами, применение которых не только нецелесообразно, но и вредно, так как дозу слабительных и частоту клизм приходится все время увеличивать. Само отсутствие опорожнения кишечника, так же как и потенциальная возможность диареи в неудобное, нежелательное время, является для больного с измененными нервно-психическими реакциями стрессовой ситуацией, усиливающей нарушения кишечных функций. Для синдрома раздраженной кишки свойственно чередование запоров с поносами. Характерно, что у каждого пациента, страдающего синдромом раздраженной кишки, клинические проявления на протяжении болезни не претерпевают особых изменений. В то же время среди всех пациентов с синдромом раздраженной кишки наблюдается существенная вариабельность симптомов.

Боли в животе примерно у 90% больных. Интенсивность болей может варьировать от неприятных ощущений до нестерпимых, схваткообразных, иногда имитирующих острый живот. Часто острые эпизоды кишечной колики наслаиваются на более постоянные тупые и ноющие боли. Обычно боли носят разлитой характер или локализуются в нижней части живота, больше слева. Они могут быть спровоцированы приемом пищи, но при этом нет четкой связи с ее характером. Как правило, боли уменьшаются после дефекации и отхождения газов, но не всегда устраняются полностью, в отдельных случаях после дефекации боль может усиливаться. Иногда боли связаны с физической нагрузкой, возникают при психоэмоциональных напряжениях, стрессах.

При абдоминальных болях выделяют так называемый синдром селезеночной флексуры. В силу анатомических особенностей в области селезеночного изгиба (флексуры толстой кишки) может возникать скопление газов. Вызываемая ими боль, как правило, проецируется на переднюю часть грудной клетки слева (имитируя кардиальную патологию) или может локализоваться в верхнем левом квадранте живота, что также создает диагностические трудности. Особенности болевого синдрома при СРК являются возникновение болей в утренние или дневные часы, во время бодрствования и активности больного и исчезновение их во время сна, отдыха, отпуска. Вздутие живота также могут отмечать больные с синдромом раздраженной

кишки, повышенное газообразование, которое сопровождается громким урчанием и переливанием в кишечнике. На протяжении дня у части пациентов в действительности констатируют заметное увеличение окружности живота, но большей частью ощущаемое ими вздутие не подтверждается объективными методами, так как при синдроме раздраженной кишки у больных отмечается повышенная чувствительность рецепторного аппарата кишечника даже к нормальному количеству газа.

Среди всех пациентов с синдромом раздраженной кишки принято выделять так называемых:

- не пациентов – около 90% от всего количества больных, как правило, после первичного обращения за медицинской помощью и обследования больше к врачам не обращаются; они самостоятельно справляются со своими симптомами, хорошо приспосабливаются к своему состоянию и ощущают себя практически здоровыми людьми
- пациентов – около 10–15% пациентов чувствуют себя безнадежно и тяжело больными, подвергаются многочисленным, в том числе и инвазивным, методам исследования, посещают врачей практически всех специальностей; лечебные мероприятия, вплоть до оперативных, не приносят им облегчения, что еще больше убеждает их в неизлечимой и тяжелой патологии; это может привести и приводит к социальной изоляции пациента, потере работы.

Принципы и алгоритмы клиничко-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания в амбулаторных условиях

При сборе анамнеза заболевания важно установить связь между возникновением клинических симптомов и воздействием внешних факторов: нервные стрессы, перенесенные кишечные инфекции, возраст больного к началу заболевания, продолжительность заболевания до первого обращения к врачу, проводимое ранее лечение и его эффективность. Важно выявить наличие тревоги, депрессии и предположить другие психопатологические состояния. Молодым пациентам (до 45 лет) с типичными функциональными симптомами без симптомов тревоги или отягощенного семейного анамнеза по раку толстой кишки и при отсутствии патологии при осмотре может быть выставлен рабочий диагноз СРК без дальнейшего обследования и переоценки диагноза с советами по образу жизни. Регулярное диагностическое обследование с полным клиническим анализом крови, биохимическими анализами, исследованиями функции щитовидной железы, кала на яйца глистов и паразитов, а также с визуализацией органов брюшной полости не рекомендуется у пациентов с типичными симптомами СРК, не имеющих признаков тревоги из-за низкой вероятности развития органического заболевания. При этом, учитывая, что диагноз СРК исключает наличие органической патологии, многие клинические рекомендации предписывают выполнять пациентам, имеющим диагностические критерии СРК, следующие анализы:

- клинический анализ крови,
- СОЭ,
- СРБ,
- антитела к эндомизию (или антитела к тканевой трансглутаминазе). Дополнительные анализы (необязательные):
- УЗИ органов брюшной полости,
- сигмоидоскопия,
- колоноскопия,
- гормоны щитовидной железы,
- анализ кала на скрытую кровь,
- анализ кала на яйца глистов и паразитов
- водородный дыхательный тест на выявление непереносимости лактозы и избыточный бактериальный рост.

Регулярный серологический скрининг на целиакию (глютенную энтеропатию) должен осуществляться у пациентов с СРК-Д и СРК смешанного типа. Применение лактозного дыхательного теста может рассматриваться в тех случаях, когда наличие лактозной мальабсорбции (мальдигестии) вызывает озабоченность, несмотря на изменение питания. В настоящее время, нет достаточных данных, чтобы рекомендовать дыхательный тест для выявления избыточного бактериального роста в тонкой кишке у больных СРК. В связи с низкой претестовой вероятностью болезни Крона, язвенного колита и рака толстой кишки, обязательная для всех визуализация толстой кишки не рекомендуется у пациентов моложе 50 лет с типичными симптомами СРК, не имеющих признаков тревоги. Колоноскопия должна быть выполнена у пациентов с СРК при наличии симптомов тревоги для исключения органических заболеваний и у пациентов в возрасте старше 50 лет с целью скрининга колоректального рака. При колоноскопии, выполняющейся у пациентов с СРК с диареей, должна быть рассмотрена возможность получения биопсий из случайных участков для исключения микроскопического колита. Определение уровня кальпротектина в кале рекомендуется для дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) и СРК у взрослых с недавно появившимися желудочно-кишечными симптомами при отсутствии подозрения на рак и наличии возможности выполнения теста. Пациенты с диареей должны быть полностью обследованы с помощью неинвазивных методов, таких как определение уровня витамина В12, фолиевой кислоты, ферритина, кальция, альбумина, исследование функции щитовидной железы, выявление антител к эндомизию, микроскопия стула вместе с ректальной биопсией. В случае необходимости рекомендуется рентгенологическое обследование толстой кишки с бариевым контрастированием. Тяжелая диарея требует выполнения колоноскопии для исключения колита. Пожилым пациентам с недавним появлением симптомов или молодым лицам с отягощенным семейным анамнезом по раку толстой кишки оправдано проведение визуализационных исследований толстой кишки. Прогрессирование симптомов в лю-

бой возрастной группе требует переоценки необходимости выполнения визуализационных исследований толстой кишки.

Критерии ранней диагностики. Римские критерии.

С целью объединения опыта врачей разных стран и разработки согласованного подхода к диагностике и лечению функциональных расстройств кишечника в 1966 г. были созданы международные рабочие группы ученых, которые трансформировались в Римский комитет, объединяющий ведущих мировых специалистов в этой области. Работа экспертов в последующем нашла отражение в рекомендациях, получивших названия: критерии Маннинга для СРК (1978), критерии Круис для СРК (1984), Римские рекомендации для СРК (1989), Римские критерии I для СРК (1992), Римские критерии II для СРК (1999), Римские критерии III (2006). Первым согласительным документом в диагностике СРК являются критерии Маннинга.

Диагностические критерии Маннинга

1. Боль внизу живота, проходящая после дефекации
2. Учащение стула, возникающее с началом синдрома боли
3. Появление жидкого стула с началом болевого синдрома
4. Видимое вздутие живота
5. Выделение слизи с калом
6. Чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации.

После активного внедрения в клиническую практику критериев Маннинга возникла одна из основных проблем – большое количество ложноположительных диагнозов СРК, последствием которых явилось нераспознавание и нелечение других болезней кишечника. Исследования Круис и др. (1984) были направлены на определение диагностических тестов, понижающих риск нераспознавания органической патологии в случаях, когда клиническая симптоматика имитирует функциональное кишечное заболевание. В 1988 году в Риме на IX Всемирном конгрессе гастроэнтерологов по предложению Международной рабочей группы по изучению функциональной патологии впервые официально утвержден термин «синдром раздраженного кишечника – СРК (irritable bowel syndrome)», тогда же были разработаны и рекомендации для СРК. Согласно данным критериям, СРК – это устойчивая совокупность хронических и/или рецидивирующих функциональных расстройств дистальных отделов кишечника продолжительностью не менее 12 недель на протяжении последних 12 месяцев, которая проявляется болью и/или дискомфортом в животе, проходящими после дефекации, которые сочетаются на протяжении 25% времени заболевания не менее чем с двумя стойкими симптомами нарушения функции кишечника: изменением частоты стула, консистенции кала, акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации, необходимость в дополнительных потужных усилиях при дефекации), выделением слизи с калом, метеоризмом. Значение Римских критериев I для СРК заключается, прежде всего, в том, что они:

– во-первых, способствовали формированию единого понимания сути функциональной патологии кишечника гастроэнтерологами разных школ и позволили в дальнейшем избегать использования многочисленных синонимов названия синдрома: кишечная диспепсия, функциональная колопатия, дискинезия толстой кишки, слизистая колика, дисбактериоз кишечника и др.

– во-вторых, отграничение и стандартизация субъективной симптоматики функциональных пищеварительных расстройств (при нормальных результатах диагностических исследований) послужило толчком к целенаправленному изучению роли генетической предрасположенности, психосоциальных факторов, значению висцеральной гиперсенситивности, нарушений моторики, бактериальной флоры в патогенезе функциональных кишечных расстройств. В 1992 году F.Weber R.WcCallum предложили дополнить Римские критерии I и, в соответствии с доминирующим симптомом заболевания, выделять три основных варианта СРК:

- 1) СРК с преобладанием болей в животе и метеоризма;
- 2) СРК с преобладанием диареи;
- 3) СРК с преобладанием запоров.

Вместе с тем уже вскоре в ходе практического использования рекомендованного набора клинических признаков обнаружили их недостатки и неточности, более того, стала намечаться опасная тенденция к аггравации диагноза СРК. Так, например, жалобы пациента на ощущение неполного опорожнения кишки следовало трактовать как СРК согласно Римским критериям I, хотя чаще этот симптом встречается при органической проктоанальной патологии. Таким образом, к концу 90-х годов на основе клинических наблюдений и новых результатов исследований механизмов заболевания возникла необходимость пересмотра Римских критериев СРК. В ноябре 1999 года Международная рабочая группа по изучению функциональной патологии ЖКТ приняла Римские критерии II, в которых помимо уточнения и детализации клинических критериев диагноза, особое внимание было уделено критериям исключения СРК, так называемым симптомам «тревоги» или «красным флагам» СРК.

Симптомы не свойственные синдрому раздраженной кишки (симптомы тревоги):

- начало заболевания в среднем и более позднем возрасте;
 - наличие острых симптомов (СРК рассматривается как хроническое заболевание, при котором не может быть острых проявлений);
 - прогрессирование симптомов;
 - проявление симптомов болезни в ночное время;
 - отсутствие аппетита и снижение массы тела;
 - лихорадка;
 - ректальные кровотечения;
 - безболезненные поносы;
 - стеаторея;
- непереносимость лактозы и фруктозы;

- непереносимость глютена ;
- наличие рака толстой кишки или воспалительных заболеваний кишечника у родственников;

!!! наличие хотя бы одного из симптомов (тревоги) делает необходимым полноценное обследование больных для исключения органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Римские критерии II определяли СРК как функциональное заболевание биопсихосоциальной природы, диагностика которого основывается на клинической оценке устойчивой совокупности симптомов (Римские критерии I, II), относящихся к дистальным отделам кишечника, ограниченных исключением симптомов «тревоги», органических заболеваний и необходимостью повторного пересмотра диагноза по результатам первичного курса лечения. В 2006 году рабочая группа экспертов вновь пересмотрела рекомендации и критерии для постановки диагноза СРК, традиционно названные Римские критерии III (табл. 9). В пересмотренных рекомендациях основные симптомы СРК модификаций не претерпели и, по сути, они остаются таковыми еще со времен Маннинга (1978), но введены изменения временных параметров клинических признаков. Сокращение длительности и частоты признаков для диагностики СРК до не менее 3 дней ежемесячно в течение 3 месяцев на протяжении не менее 6 месяцев были введены, прежде всего, для удобства их применения в эпидемиологических исследованиях и испытаниях лекарственных препаратов.

Диагностические критерии (Римские критерии III)

- Появление симптомов, по меньшей мере, за 6 месяцев до установления диагноза;
- Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт > 3 дней в месяц в течение прошлых 3 месяцев;
- Минимум 2 из ниже представленных симптомов:
- Улучшение состояния после дефекации;
- Связь с изменениями в частоте стула;
- Связь с изменениями в характере стула.

Частые симптомы СРК, подтверждающие диагноз :

- Метеоризм;
- Патологический характер стула (твердый и/или жидкий);
- Патологическая частота стула (менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день);
- Натуживание при дефекации;
- Срочная необходимость дефекации;
- Чувство неполной эвакуации из кишечника;
- Появление слизи из прямой кишки;

Поведенческие симптомы, помогающие в установлении диагноза СРК в клинической практике :

- Симптомы присутствуют более 6 месяцев;
- Стресс усугубляет симптоматику;

- Частые консультации по вопросам, не связанным с гастроэнтерологией;
- Не доказанные посредством медицинского обследования симптомы в анамнезе;
- Ухудшение состояния после еды;
- Сочетанные тревожность и/или депрессия.

У пациентов с СРК обращает внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного.

Бристольская шкала формы стула по типам

- 1 Отдельные твердые глыбки подобные орехам (пассаж затруднен).
- 2 Имеющий форму колбаски, шероховатый .
- 3 Подобно колбаске, но с трещинами на поверхности.
- 4 Подобно колбаске или змее, гладкий и мягкий.
- 5 Мягкие комочки с четкими гранями, кашицеобразный стул
- 6 Пушистые комочки с четкими гранями
- 7 Водянистый, никаких твердых частей, полностью жидкий.

Лечение

Для купирования висцеральной абдоминальной боли применяют спазмолитические препараты, которые купируют боль и способствуют восстановлению пассажа содержимого полого органа. Благодаря устранению патологического спазма улучшается кровоснабжение его стенки. Применяют: атропин и его препараты; синтетические холинолитики; блокаторы натриевых каналов; блокаторы кальциевых каналов; донаторы оксида азота (нитраты); ингибиторы фосфодиэстеразы: производные изохинолина (папаверин, дротаверин); применяют также М1-, М3-холинолитик бускопан, который практически не всасывается на уровне тонкой кишки и оказывает прямое миотропное действие на гладкомышечные структуры кишечника.

Препаратами выбора для купирования боли при синдроме раздраженной кишки, селективно действующими на гладкую мускулатуру кишечника, являются бускопан, мебеверин (дюспаталин), антагонисты кальция (дицетел, спазмомен), а также метеоспазмил.

При синдроме раздраженной кишки с преобладанием диареи применяют: карбонат кальция 0,5–1,0 г 2–4 раза в день; препараты белой глины; танальбин; неоинтестопан; смекту до 3 г в день; лоперамид (имодиум) в невысоких дозах 2–4 мг в день по требованию; плоды черемухи, черешни, ольхи, кожуру плодов граната в виде отваров; сорбенты (полифепан, фильтрум, энтеросгель).

При синдроме раздраженной кишки с преобладанием запоров предпочтительным является назначение препаратов лактулозы (дюфалак, лактусан, лактофильтрум, нормазе) и осмотических слабительных (форлакс, мукофальк, минеральные воды с высоким содержанием ионов магния — «Ессентуки № 17», карловарскую соль, донат Mg).

При наличии бактериальной контаминации тонкой кишки (дисбиоза) в ряде случаев требуется назначение антибактериальных препаратов. Средством выбора являются нитрофурановые производные (фуразолидон) 10 мг 3–4 раза в день; фторхинолоны (ципрофлоксацин 250–500 мг 2 раза в день, пефлоксацин 40 мг 2 раза в день); метронидазол (250 мг 3–4 раза в сутки); кишечный антисептик интетрикс (1–2 капсулы 3–4 раза в день); сульфаниламиды (производные сульфаметоксазола 960 мг 2 раза в день, производные триметоприма). Курс лечения составляет 5–7 дней. В ряде случаев используются пробиотики, обладающие антибактериальным действием, — бактисуптил (2–4 капсулы в день), энтерол (1 капсула 2 раза в день), а также бактериофаги 15–20 мл 1–2 раза в день. Широко используются в комплексной терапии и энтеросорбенты: фильтрум, лактофильтрум по 1–2 таблетки 3 раза в день в интервалах между приемами пищи, энтеросгель. В последние годы препаратами выбора в коррекции дисбиотических изменений являются пребиотики. К ним относят хилак форте и лактулозу.

Как было уже отмечено выше, серотонин играет важную роль в регуляции моторных и секреторных нарушений. В связи с этим перспективным направлением в лечении синдрома раздраженной кишки является применение препаратов, воздействующих на серотониновые рецепторы 3-е и 4-го типа. Агонист 5-HT₄ серотониновых рецепторов — тегасерод — является универсальным прокинетикум, он стимулирует моторную активность кишечника, снижает висцеральную гиперчувствительность, стимулирует секрецию воды и солей в просвет тонкой кишки. Рекомендован для лечения запоров, синдрома раздраженной кишки с преобладанием запора; в последнее время изучается его эффективность при рефлюксной болезни и диспепсии. Коррекция психосоматических и вегетативных дисфункций при синдроме раздраженной кишки имеет решающее значение. В большинстве случаев лечение проводят психотерапевты, вегетологи. Препаратами выбора у этой группы больных являются антидепрессанты (амитриптилин, феварин), анксиолитики (ксанакс, леривон, алпразолам, атаракс). В ряде случаев специалисты назначают гипноз, психотерапию.

Диетические рекомендации при синдроме раздраженной кишки не являются решающими в лечебной тактике. В основном они зависят от преобладания диареи или запора. Вопрос о назначении пищевых отрубей, клетчатки в каждом случае решается индивидуально, поскольку иногда они приводят к усилению болевого синдрома и метеоризма.

Прогноз

Прогноз заболевания благоприятный. Течение болезни хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее. Синдромом раздраженной кишки не осложняется кровотечением, перфорацией, стриктурами, свищами, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных с синдромом раздраженной кишки такой же, как в общей популяции. Это определяет тактику наблюдения пациентов и отсутствие необходимости в более частых колоноскопиях.

Прогноз жизни при синдроме раздраженной кишки благоприятный. Врач должен знакомить пациентов с особенностями прогноза болезни, что будет улучшать их психосоциальную адаптацию.

Индивидуальный прогноз пациентов с синдромом раздраженной кишки чаще бывает неблагоприятным. Нарушается трудоспособность больных. Как причина временной нетрудоспособности диагноз синдромом раздраженной кишки вышел сейчас на второе место после простудных заболеваний. У больных с синдромом раздраженной кишки число обращений к врачу и продолжительность временной нетрудоспособности за год в 3,5 раза выше, чем у здоровых лиц. Качество жизни "пациентов" с синдромом раздраженной кишки в отношении питания, сна, отдыха, сексуальной активности, семейного и социального положения значительно снижено.

Список литературы

1. Буторова, Людмила Ивановна. Синдром раздраженного кишечника: основные принципы диагностики и лечения в поликлинической практике : учеб. пособие / Л. И. Буторова, Г. М. Токмулина. - М. : Прима Принт, 2014. - 96 с
2. Дехнич Н. Н. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии [Текст] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 128 с.
3. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Баранская Е. К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.— 2014.— Т.24.— №2.— С.92– 101.
4. Циммерман Я. С. Гастроэнтерология - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 800 с.
5. Мухин Н.А., Лысенко Л.В., Фомин В.В. Избранные лекции по внутренним болезням-изд. ГЭОТАР-Медиа, -2017г.-328с.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета 2 группы

Самокиш Анна Семеновна

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

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

Студентом недостаточно полно сформулирована актуальность исследуемой проблемы, не отражена теоретическая и практическая значимость. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отсутствует четкая структура и логика изложения материала. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В списке литературы нарушен стандарт научно-библиографического оформления. Кроме того, имеется заимствование материала из интернет-банков готовых работ.

Работа заслуживает оценки «удовлетворительно» (3).



(подпись)