

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему
«Синдром раздраженного кишечника»

Выполнила:

Студентка 4 курса 9 группы
педиатрического факультета
Яловая Алина Олеговна

5 

Волгоград 2018

Содержание

1. Введение.....	3-5
2. Этиология, патогенез.....	6-10
3. Классификация.....	11-15
4. Клиническая картина.....	15-18
5. Диагностика.....	19-21
6. Лечение.....	22-30
7. Заключение.....	31
8. Список литературы.....	32

Введение

Самым распространенным видом функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта является СРК. Наиболее часто врачи в своей гастроэнтерологической практике сталкиваются с больными с СРК. Пациенты с СРК составляют 12% среди всех больных, обращающихся к врачам общей практики, и 28% среди пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам. Им страдает от 14 - 22% до 38 – 48% населения, главным образом работоспособного возраста.

Актуальность темы определяется тем, что СРК в силу особенностей его клинических проявлений является междисциплинарной проблемой, в связи с чем необходимы четкие и доступные разным специалистам рекомендации по его рациональной терапии.

Между тем таким больным нередко ставятся ошибочные диагнозы врачами различных специальностей. Так, у терапевтов популярными диагнозами у пациентов с СРК остаются «дисбактериоз», «хронический спастический колит», «хронический панкреатит» и др., и поэтому назначается патогенетически необоснованная и, поэтому, малоэффективная терапия (в частности, полиферментные препараты, антибиотики). Часто встречающиеся у таких больных клинические симптомы расцениваются как проявление серьезных органических заболеваний (например, воспалительных поражений кишечника, хронического панкреатита и т.д.), что ведет к ненужному дублированию различных инструментальных исследований. Гинекологи ставят нередко женщинам с СРК диагноз «хроническая тазовая боль», поскольку у таких пациенток часто наблюдаются нарушения менструального цикла и болезненные ощущения в нижних отделах живота во время полового акта. Это влечет за собой проведение различных, не всегда оправданных инвазивных вмешательств, вплоть до оперативных. Хирурги иногда расценивают клиническую картину СРК как проявление «дивертикулита»

или «хронического аппендицита», ошибочно назначая различные антибиотики или же рекомендуя проведение аппендэктомии. Диагностически сложными являются клинические ситуации, когда тяжелые симптомы заболевания не находят объяснения в результатах лабораторных, инструментальных и морфологических исследований.

Заболевание наносит большой экономический ущерб обществу как по прямым показателям затрат на медицинское обслуживание и лечение, так и по косвенным, включающим компенсацию временной нетрудоспособности. Продолжительность пребывания пациентов с СРК на больничном листе в течение года сопоставима с таковой у больных с простудными заболеваниями. Ежегодные расходы, связанные с обследованием и лечением больных СРК в США, составляют 25 млрд. долларов. Функциональная патология органов пищеварения сопряжена с высокой частотой коморбидных психических расстройств невротического характера. У больных с СРК постепенно нарастают изменения психики, приводя к стойким расстройствам личности и фиксации патологического аффекта, развитию социально-психологической дезадаптации. У пациентов значительно ухудшается качество жизни: нарушается трудовая деятельность, сон, сексуальная активность, они не могут полноценно отдыхать и питаться, поэтому данная проблема имеет важное социально-экономическое значение.

Лечение функциональных нарушений кишечника является трудной задачей. Лишь у 30% пациентов удается добиться полного исчезновения симптомов и наступления ремиссии, у 60% больных медикаментозная терапия способна временно ослабить проявления болезни, а у 10% она совершенно неэффективна. Учитывая, что в развитии синдрома участвует много факторов риска, причины остаются неизвестными, а лечение часто оказывается неэффективным, эта проблема остается одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Все это обуславливает необходимость детального изложения накопленных в мире данных о СРК, включая вопросы

о его эпидемиологии, этиологии, патогенезе, классификации, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике, лечении, прогнозе.

Согласно Римским критериям III, *синдром раздраженного кишечника (СРК)* определяется как функциональное расстройство, при котором боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации, связаны с изменением частоты и консистенции стула, возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев. Как и в случае других функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), диагноз СРК устанавливается на основании соответствия обнаруживаемых у пациента симптомов Римским критериям третьего пересмотра при отсутствии органических причин для их возникновения. Наличие СРК не сопровождается повышением риска развития колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а равно и увеличением смертности. В то же время возможно сочетание СРК с другими заболеваниями ЖКТ, в частности с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и функциональной диспепсией.

Соотношение женщин и мужчин среди больных, по разным данным, варьирует от 1:1 до 2 - 4:1. Чаще страдают женщины репродуктивного возраста. Среди мужчин так называемого “проблемного” возраста (после 50 лет) СРК распространен так же часто, как среди женщин.

Этиология и патогенез

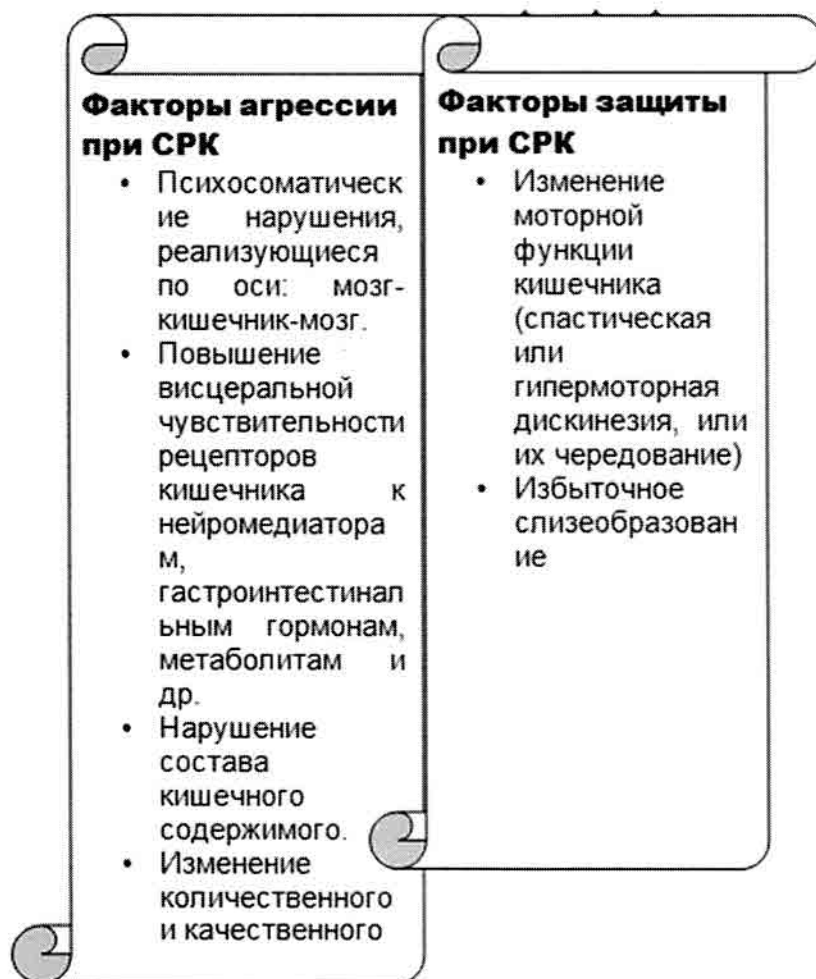
Стрессовые ситуации. Стрессовые ситуации (острые - развод, смерть близкого человека и др.) и хронические психотравмирующие ситуации, обусловленные супружескими взаимоотношениями, проблемами с детьми, необходимостью ухода за больными или престарелыми членами семьи и т.д., глубинные внутриличностные конфликты) и нервно-психические факторы выступают в качестве триггерных факторов с дальнейшим включением нервных, нервно-мышечных и гормональных цепных реакций, определяющих индивидуальный тип моторных расстройств кишечника. **Наиболее тяжёлые формы течения СРК** наблюдаются у лиц с психическими отклонениями, перенесших тяжёлые социальные потрясения.

Имеют значение **личностные особенности больных.** Они могут быть обусловлены генетически или сформироваться под влиянием внешней среды. СРК можно рассматривать в качестве психосоматического заболевания. У этих пациентов выявлены истерические, агрессивные, депрессивные, тревожные, ипохондрические, навязчивые проявления, нарушения сна, низкая оценка качества жизни, канцерофобия (схемы 1 и 2).

Схема 1. Патофизиологическая модель СРК



Схема 2. Этиологические факторы при СРК



Генетическая предрасположенность. Значение генетических факторов в развитии СРК подтверждено многочисленными исследованиями. У 33 % больных с признаками СРК ближайшие родственники имеют сходную симптоматику. Роль факторов окружающей среды очень значима.

Перенесенные инфекционные заболевания. СРК часто возникает после перенесенного острого инфекционного гастроэнтероколита в связи с нейроиммунными повреждениями как возможной причиной сенсорно-моторной дисфункции. Значение кишечных инфекций в этиологии СРК подтверждается тем, что примерно у 30% больных возникновению заболевания предшествовала острая кишечная инфекция. В патогенезе

хронизации заболевания имеют значение дисбактериоз кишечника и повреждение энтеринервной системы антигенами острых кишечных инфекций. Такие пациенты чаще страдают диареей и лихорадкой. Кроме того, у них значительно повышается содержание серотонин-содержащих энтерохроматиновых клеток в кишечнике.

Дисбактериоз (Синдром избыточного размножения бактерий). Большое значение придается нарушению микробно-ассоциативных нарушений в толстой кишке с интенсивным ростом протеолитической условно-патогенной, патогенной флоры на фоне снижения роста сахаролитической флоры. Синдром избыточного размножения бактерий, возникающий после антибиотикотерапии, однообразного несбалансированного питания, стресса, радиационного воздействия, перенесенных острых кишечных инфекций и др., часто приводит к синдрому раздраженного кишечника.

Изменение микробного биоценоза является важным патогенетическим механизмом. У пациентов с СРК имеется избыточная микробная контаминация в тонком (68%) и дисбактериоз в толстом кишечнике (98%). В толстом кишечнике возникают дисбиотические изменения микрофлоры: отсутствие или дефицит основных бактериальных симбионтов - бифидобактерий, уменьшение количества молочно-кислых палочек.

Изменяются свойства микроорганизмов: усиливается их инвазивность и агрессивность по отношению к слизистой оболочке кишечника. В результате жизнедеятельности бактерий в тонком кишечнике в избытке образуются и накапливаются свободные жирные кислоты, бактериальные токсины, протеазы и различные метаболиты (фенолы, биогенные амины и др.). Вследствие этого нарушаются двигательная, секреторная, пищеварительная и другие функции тонкого кишечника, гидролиз дисахаридов (включая лактозную недостаточность), белков, жиров, всасывание микро- и макроэлементов. Следовательно, в толстый кишечник поступает химус,

обладающий агрессивными свойствами. Это способствует расстройству моторно-секреторной функции ободочной и прямой кишки.

Режим и характер питания. Диетические привычки пациентов (преобладание рафинированной пищи с малым количеством балластных веществ) способствует развитию гипомоторной дискинезии ТК. Отказ больных от полноценного завтрака, торопливый прием пищи, различные отвлекающие факторы (чтение, просмотр телепередач и др.) подавляют желудочно-толстокишечный рефлекс вплоть до полного угасания (при пропуске приёма пищи) и способствует развитию привычного запора. Этому также способствуют малоподвижный образ жизни, некоторые физиологические состояния (беременность), отсутствие нормального санитарно-гигиенического состояния мест общего пользования.

Патология малого таза. Доказана значимость таких заболеваний и состояний, как хроническая урогенитальная патология у мужчин, гинекологические заболевания у женщин. Симптомы СРК часто обнаруживаются у женщин, страдающих нарушениями овариально-менструального цикла, дисменореей, причем выраженность и периодичность возникновения клинических проявлений СРК обычно коррелируют с течением гинекологических расстройств (например, болями во время менструаций).

Биологически активные вещества. Значительную роль в патогенезе СРК играют нарушения холинэргической и адренэргической регуляции кишечника, изменения в уровнях гастроинтестинальных гормонов, участвующих в регуляции функций кишечника (гастрин, серотонин, гистамин, брадикинин, холецистокинин, мотилин, нейротензин, вазоактивный интестинальный полипептид, энкефалины и эндорфины). Гастрин, мотилин, холецистокинин способствуют усилению моторной активности кишки, связанного с приемом пищи. При СРК моторные

нарушения могут быть обусловлены либо избыточным выделением гастроинтестинальных гормонов, либо значительным повышением чувствительности рецепторного аппарата кишки к их воздействию.

Все это приводит к нарушению двигательной функции кишечника.

В настоящее время принята следующая **модель развития** патологии.

Пусковым звеном начала заболевания служит стресс, вызывающий появление чрезмерных эмоций. Стресс способствует через активацию нейропептида (субстанцию Р) появлению воспалительных изменений слизистой оболочки толстого кишечника минимального характера.

Происходит холинергическая стимуляция системы «головной мозг-кишка», что изменяет моторику кишечника, приводит к гиперреакции кишечника и головного мозга. Головной мозг и толстый кишечник представляют собой единую систему, соединяющую двунаправленными нервными путями познавательный и эмоциональный центры мозга, нейроэндокринные центры, брюшную нервную и иммунную систему. Последние играют важную роль в возникновении и развитии заболевания.

Моторика кишечника. У пациентов с СРК имеет место врожденная повышенная чувствительность рецепторов толстой кишки к растяжению органа с формированием низкого порога чувствительности. В результате боли и различные неприятные ощущения, позывы на дефекацию возникают у них при более низком пороге возбудимости, чем у здоровых людей. У таких больных усилена пропульсивная моторика кишечника, приводящая к ускорению транзита кишечного содержимого. Дополнительную роль могут играть и расстройства всасывания короткоцепочных жирных кислот в результате быстрого транзита по тонкой кишке с последующим нарушением абсорбции воды и электролитов в толстой кишке.

Классификация

Согласно МКБ-10 СРК классифицируют как:

- СРК с диареей (K58.0.)
- СРК без диареи (K58.9.).

Общепринятой в практическом отношении является классификация F. Weber и R. McCallum (1992), выделяющая 3 варианта СРК в зависимости от ведущего клинического симптома:

- вариант, протекающий преимущественно с болями в животе и метеоризмом;
- вариант, протекающий преимущественно с диареей (эту форму СРК часто обозначают как функциональную диарею);
- вариант, протекающий преимущественно с запорами (или функциональные запоры).

Вариант, протекающий преимущественно с болями в животе и метеоризмом, встречается наиболее часто и включает в себя:

1. Схваткообразные абдоминальные боли, сочетающиеся с метеоризмом.
2. Боли усиливаются перед актом дефекации и уменьшаются после опорожнения кишечника. Появление болей часто провоцируется приемом пищи.
3. При пальпации живота отмечается напряжение передней брюшной стенки и болезненность по ходу всех отделов кишечника.

Вариант, протекающий преимущественно с запорами, состоит из следующих симптомов:

1. Отсутствие дефекации в течение 3 и более суток.

2. Чередование запоров с поносами.
3. Чувство неполного опорожнения кишечника (стул в виде «овечьего» кала или принимает лентовидную форму (стул в виде карандаша).

У пациентов с СРК, протекающем с запорами, отмечается предрасположенность к развитию осложнений со стороны прямой кишки – геморроя и трещины прямой кишки.

Вариант, протекающий преимущественно с диареей, включает:

1. Жидкий стул светлого цвета 2-4 раза в день (обычно с короткими интервалами), преимущественно в утренние часы после завтрака, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи.
2. Неотложные (императивные) позывы на дефекацию (изредка).
3. Отсутствие диареи в ночное время.

Эта диарея не сопровождается увеличением объема и веса кишечного содержимого - масса кала обычно не превышает 200 г в сутки. Диарея возникает в утренние часы, как правило, после завтрака (в результате стимуляции перистальтики кишечника вследствие желудочно–толстокишечного рефлекса). Поскольку усиление кишечной перистальтики у больных с СРК сочетается обычно с повышенным газообразованием, позывы на дефекацию принимают у таких пациентов императивный характер, что нашло свое отражение в названии «morning rush syndrome («синдром утренней бури»). Каловые массы не содержат примеси крови или гноя. В течение большего времени суток пациенты могут чувствовать себя хорошо и не предъявлять никаких жалоб (за исключением метеоризма).

Но такое деление условно, поскольку у половины пациентов наблюдается высокая частота сочетания различных симптомов и трансформация одной формы синдрома раздраженного кишечника в другую.

Согласно Римским критериям III (2006), СРК в зависимости от характера изменений выделяют 4 варианта :

- СРК с запорами (стул твёрдый или комковатый (тип 1-2) $\geq 25\%$, жидкий (тип 6-7) $\leq 25\%$ дефекаций);
- СРК с диареей (стул жидкий $\geq 25\%$, твёрдый или комковатый $\leq 25\%$ дефекаций);
- СРК смешанный (стул жидкий $\geq 25\%$, твёрдый или комковатый $\geq 25\%$ дефекаций);
- СРК неклассифицированный (недостаточное изменение формы стула для определения СРК с запорами или СРК с диареей).

Таблица 1. Бристольская шкала формы стула

Бристольская шкала форм кала

	Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
	Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	Тип 5	Мягкие маленькие шарик с ровными краями	
	Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашецеобразный стул	
	Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

В зависимости от личностных особенностей, психологического статуса, психосоциального анамнеза, особенностей поведения, оценки и своему отношению к болезни, выраженности симптомов, течения заболевания, частоты обращаемости к врачам, пациентов принято подразделять на 2 группы – “не пациенты” и “пациенты” с СРК.

Первую, наибольшую по численности, подгруппу больных 85–90% составляют **“не пациенты” с СРК**. Они никогда не обращались к врачу по поводу симптомов СРК и/или однажды обратившись и пройдя обследование и лечение, более за медицинской помощью не обращаются. Эти больные, как правило, хорошо адаптируются к своему заболеванию и самостоятельно купируют симптомы болезни при ее обострении. У таких лиц болезнь существенно не влияет на качество жизни; они ведут себя как практически здоровые люди.

Вторую, небольшую подгруппу (10 – 15%), составляют так называемые **“пациенты” с СРК**. Это, как правило, лица длительно и тяжело болеют, часто обращаются к врачам разных специальностей, трудно поддаются лечению, подвергаются частым инвазивным диагностическим процедурам и даже оперативным вмешательствам. Эти больные чаще имеют отягощенный психосоциальный анамнез (физические, сексуальные домогательства, фатальные жизненные потрясения и т.д.), сопутствующую психопатологию и нуждаются в лечении у психоневролога. Качество жизни таких больных страдает, трудоспособность снижена, а ведут они себя как больные, страдающие тяжелым органическим заболеванием при удовлетворительном общем состоянии, хорошем внешнем виде и отсутствии признаков прогрессирования болезни.

D.Drossman и соавт. (1999) предложили классификацию СРК по тяжести течения заболевания (таб. 2).

Таблица 2. Классификация СРК по тяжести течения (Drossman, 1999 г.)

Течение	Легкое	Умеренно тяжелое	Тяжелое
Обращение	Участковый терапевт	Врач-гастроэнтеролог поликлиники	Врач-гастроэнтеролог стационара

Постоянство симптомов	0	+	+++
Нарушение функции кишечника	+++	++	+
Психосоциальные расстройства	0	+	+++
Связь со стрессом	+++	+	+
Частота обращений к врачу	+	++	+++

Клиническая картина

Основные особенности клинической картины СРК:

«Кишечный» дискомфорт:

- Нарушение регулярности опорожнения кишечника (преимущественно – в виде запоров и иногда - диареи).
- Чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации при отсутствии тенезмов.
- Трудно локализуемые боли в животе, исчезающие или уменьшающиеся по интенсивности после дефекации
- Метеоризм, чувство распирания живота, урчание, чрезмерное отхождение газов.

Абдоминальные боли – ведущий психосоматический симптом при всех вариантах течения заболевания. Они могут быть различного характера: от легкого дискомфорта, неопределённых, тупых, ноющих, давящих, распирающих до жгучих, нестерпимых схваткообразных, имитирующих картину кишечной колики. Боли нередко мигрируют, перемещаясь с одного участка живота на другой. Чаще болевые ощущения носят схваткообразный характер и сопровождаются чувством тяжести в животе. Боли чаще

локализуются в боковых и/или нижних отделах живота, в левой (чаще) и правой подвздошных областях. Характерна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстого кишечника и экстраабдоминальная локализация или иррадиация. Боли появляются утром или днем (сразу после еды, при активности больного, после стресса, физической нагрузки) и стихают во время сна и отдыха.

Специфическая особенность абдоминальной боли – её отсутствие ночью во время сна. Боли, как правило, усиливаются перед месячными, актом дефекации и уменьшаются после опорожнения кишечника, отхождения газов, приёма спазмолитиков. Появление боли сопровождается вздутием живота, усилением перистальтики, урчанием, диареей или урежением стула.

Абдоминалгии могут отличаться по интенсивности и локализации как у разных пациентов, так и у одного больного в различные периоды.

Характер боли различен у пациентов с разными личностными особенностями.

Нарушения стула. Нарушение регулярности опорожнения кишечника проявляется преимущественно в виде запоров (у 50% пациентов) и реже – диареи и смешанных вариантов.

У пациентов с клиническим вариантом **СРК с преобладанием запоров** могут присутствовать клинические проявления:

- урежение акта дефекации (до 2 раз в неделю и менее);
- чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации, что сопровождается частыми и субъективно тягостными попытками повторной дефекации;
- избыточное напряжение во время акта дефекации;
- непродуктивные позывы на дефекацию;

- уменьшение массы фекалий (менее 35 г/сут); стул твердый, напоминает «овечий» кал или принимает лентовидную форму (стул в виде карандаша);
- триггерными факторами могут явиться обстоятельства, принуждающие к контактам с людьми, в том числе пользование общим туалетом, тяжелое разочарование, чувство отверженности, потеря близких людей, безработица.

У больных с клиническим вариантом **СРК с преобладанием диареи** может наблюдаться «синдром утренней бури», при этом позывы на дефекацию имеют императивный характер. Усиление кишечной перистальтики у больных с СРК сочетается обычно с повышенным газообразованием. Диарея возникает, как правило, после завтрака (в результате стимуляции перистальтики кишечника вследствие желудочно-толстокишечного рефлекса). Дефекации следуют с небольшими интервалами в течение короткого периода в первой половине дня и отсутствуют в ночное время. При первом опорожнении кишечника объем каловых масс больше, а консистенция их плотнее, чем при последующих актах дефекации. Вариант СРК с преобладанием диареи характеризуется жидким и учащенным до 2-4 раз в сутки стулом без примеси крови или слизи, с нормальным суммарным объемом испражнений (менее 200 г/сут). Запоры и диарея могут чередоваться: длительное (в течение нескольких дней) отсутствие дефекации сменяется так называемыми запорными поносами с последующей повторной задержкой стула.

Метеоризм и вздутие живота. У отдельных больных вздутие живота сопровождается громким урчанием и в свою очередь невротизирует больных. Оно обусловлено дисбактериозом кишечника с развитием бродильных и гнилостных процессов в кишечнике. Метеоризм возникает в результате нарушений перистальтики и кишечного транзита. Иногда метеоризм имеет

локальный характер, когда газ скапливается в том или ином участке кишечника.

Отличительным признаком СРК является **многообразие жалоб**, которые принято разделять на основные группы (таб. 3):

Таблица 3. Симптомы СРК

<p>Основные</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Боль в животе; <input checked="" type="checkbox"/> Диарея; <input checked="" type="checkbox"/> Запоры; <input checked="" type="checkbox"/> Метеоризм; <input checked="" type="checkbox"/> Выделение слизи; <input checked="" type="checkbox"/> Ощущение неполного опорожнения; 	<p>Ассоциированные симптомы</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Боль, облегчающаяся после акта дефекации; <input checked="" type="checkbox"/> Учащение стула на фоне приступа боли; <input checked="" type="checkbox"/> Урежение стула на фоне приступа боли.
Другие симптомы:	
<p>Желудочно-кишечные</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Изжога; <input checked="" type="checkbox"/> Диспепсия; <input checked="" type="checkbox"/> Тошнота; <input checked="" type="checkbox"/> Быстрое насыщение; <input checked="" type="checkbox"/> Отрыжка. 	<p>Внекишечные</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Учащённое мочеиспускание; <input checked="" type="checkbox"/> Дизурия, никтурия; <input checked="" type="checkbox"/> Дисменорея; <input checked="" type="checkbox"/> Утомляемость; <input checked="" type="checkbox"/> Головные боли; <input checked="" type="checkbox"/> Боли в спине.

СРК может манифестировать с вышеуказанных внекишечных симптомов. У 15-30% больных, чаще из группы «пациентов» с СРК, наблюдается яркая симптоматика **психоневрологических расстройств**: общее внутреннее беспокойство, лабильность настроения, состояние утомления, нарушение сна, отечности, раздражительность, поведенческие расстройства, нарушение внимания, страх сойти сума или совершить неконтролируемый поступок, депрессия (встречается чаще), тревожный синдром, истерия, панические атаки, ипохондрия, синдром соматизации, навязчивые состояния, фобии.

Диагностика

В основе диагностики лежит детальное обследование пациента с целью исключения синдромов сходных заболеваний.

Лабораторные исследования.

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Общий билирубин крови
- АсАТ, АлАТ
- ЩФ, ГГТП
- Копрограмма
- Кал на дисбактериоз при наличии диареи
- Анализ кала на скрытую кровь

Обязательные инструментальные исследования

Однократно:

- Ректороманоскопия
- Ирригоскопия
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- Электрокардиография
- Эзофагогастродуоденоскопия

- Колоноскопия с биопсией

Обязательная консультация колопроктолога. Консультация специалистов по показаниям: гинеколога, уролога, физиотерапевта, невропатолога.

Однако в первую очередь необходимо исключить органическую, прежде всего, жизнеопасную патологию (таб. 4).

Таблица 4. Симптомы “тревоги”, исключающие диагноз СРК

Жалобы и анамнез	Физикальное обследование
<ul style="list-style-type: none">• немотивированная потеря массы тела• хроническая диарея• ректальные кровотечения• ночная симптоматика• постоянные интенсивные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ• начало в пожилом возрасте• рак кишечника у родственников	<ul style="list-style-type: none">• изъязвления полости рта• лихорадка• изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.) <p><u>Лабораторные показатели:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• кровь в кале• лейкоцитоз• анемия• увеличение СОЭ• изменения в биохимии крови

Отсутствие симптомов «тревоги» не исключает органической патологии кишечника.

Весь процесс диагностики принято разделять на VI основных этапов:

На I этапе ставится диагноз СРК только как «предварительный» или «направляющий», например, при госпитализации больного в стационар для дальнейшего исследования и исключения органических симптомов или при направлении больного на то или иное исследование.

На II этапе выделяется доминирующий симптом и соответственно клиническая форма заболевания, что определяет выбор первичного курса

лечения и набор дополнительных диагностических тестов, которые следует провести больному при неэффективности первичного курса лечения.

На **III этапе** целенаправленно исключаются симптомы «тревоги» и проводится дифференциальный диагноз.

На **IV этапе** завершается скрининг органического заболевания при проведении оптимума диагностических тестов, который включает клинический анализ крови, копрограмму, анализы кала на яйца глист и цисты лямблий, ЭГДС, УЗИ, а после 50 лет сигмо- или колоноскопию и/или ирригоскопию. Кроме того, считается целесообразным при обострении болевой формы СРК и выраженном метеоризме сделать обзорный снимок органов брюшной полости для исключения механической обструкции кишечника, а при диарейной форме – провести, по возможности, тест толерантности к лактозе либо лактозный дыхательный тест, либо назначить больному диету с исключением молока и молочных продуктов.

На **V этапе** больному назначают первичный курс лечения продолжительностью не менее 6 нед., по результатам которого возвращаются к пересмотру диагноза. При эффективности лечения, на **VI этапе** выставляется окончательный диагноз СРК, при неэффективности – проводятся дополнительные диагностические тесты для уточнения диагноза. Объем такого дополнительного обследования определяется индивидуально для каждого пациента, исходя из доминирующего симптома заболевания, особенностей его клинического течения, возраста больного, возможностей лечебного учреждения.

Лечение

Выбор программы лечения зависит от ведущего синдрома, его тяжести и влияния на качество жизни больного, характера поведения пациента и его психического состояния.

Программа лечения больных СРК

Программа лечения состоит из двух этапов – первичного курса и последующей базовой терапии. Выполнение программы требует длительного времени: продолжительность первичного курса лечения составляет 3-6 недель, базовой терапии 1-3 месяца.

Задачей первого этапа является устранение симптомов заболевания (запора, диареи, абдоминальной боли и др.) и проверка на основе эффекта от проводимого лечения правильности постановки диагноза. Многообразием факторов, приводящих к развитию заболевания, различные расстройства психоэмоциональной сферы, сопутствующие заболевания пищеварительной системы диктуют необходимость назначения нескольких лекарственных препаратов. Большинство из них способны вызывать побочные эффекты.

В настоящее время не существует эффективной схемы лечения СРК. Считается, что это обусловлено проблемой поиска и объективной оценки эффективности того или иного препарата, что связано с недостаточной изученностью, сложностью патофизиологии СРК и сравнительно высокого эффекта от плацебо у данных пациентов. При проведении лечения от врача требуется индивидуальный подход к каждому пациенту с СРК и терпение в работе с больным.

Принципы терапии.

- психосоциальная адаптация
- нормализация образа жизни
- нормализация режима
- нормализация характера питания
- общие мероприятия:
 1. образование больных,
 2. “снятие напряжения”,
 3. ведение дневника.
- психотерапия
- фармакотерапия.

Меры психосоциальной адаптации. Основным элементом программы является решение задач психосоциальной адаптации больных с обязательным вовлечением больного в процесс диагностики и лечения. Больной должен поверить, что у него отсутствует тяжёлое органическое заболевание, угрожающее жизни. Необходимо тщательно расспросить больного об условиях питания, жизни, работы, постараться определить сенсibiliзирующий фактор и причины болезни. Компетентность, авторитет и сила убеждения врача определяют контакт с больным, степень доверия врачу и успех лечения. Выполнение этой задачи во многом определяет, в какой группе окажется больной – в группе «пациентов» или «не пациентов» с СРК и в значительной степени влияет на эффективность последующих элементов программы.

Пациенту желательно изменить **образ жизни**: адаптироваться к симптоматике заболевания, соблюдать режим труда и отдыха, избегать стрессовых ситуаций.

Образование больных. Важное место в лечении больных с СРК отводится разъяснению пациенту природы имеющихся у него расстройств. Пациентам с СРК важно объяснить, что у них нет серьезных органических заболеваний кишечника (прежде всего рака на основании данных лабораторных и инструментальных исследований - “снятие напряжения”), а есть нарушения его двигательной функции, которые могут быть обусловлены переутомлением, нерациональным питанием, малоподвижным образом жизни. Важно объяснить больному современные взгляды на патофизиологию СРК.

Полезным может оказаться **ведение дневника**, которое преследует 2 цели:

- во-первых, выявить возможные факторы, провоцирующие возникновение клинических симптомов (диетические погрешности, стрессовые ситуации),
- во-вторых, повысить “комплаенс” больного, т.е. сделать его отношение к своему заболеванию более ответственным.

В дневнике пациент оценивает по 10-балльной шкале тяжесть имеющихся кишечных симптомов и ее динамику на фоне лечения, отражает особенности питания, физическую активность, эмоциональный статус и т.д.

Коррекция диеты предусматривает:

1. Обсуждение индивидуальных привычек питания, которые сами по себе могут вызывать хронические симптомы СРК.
2. Назначение диеты исключения (исключить или, по крайней мере, существенно ограничить, спиртные напитки, кофеин, лактозу, фруктозу, сорбитол, уксус, перец, копчености, а также продукты, вызывающие чрезмерное газообразование).

3. Диагностику непереносимости большим пищевых продуктов.

Индивидуальный подбор диеты осуществляют с последовательным (под контролем изменения самочувствия) поочередным исключением отдельных пищевых продуктов (молока, цитрусовых, лука, капусты, кофе, орехов, шоколада и др.), непереносимость которых чаще всего встречается у больных СРК.

4. Изменение содержания пищевых волокон в зависимости от клинического варианта СРК (см. ниже).

Часто мер психосоциальной поддержки и соблюдения диетических рекомендаций бывает достаточно: в дальнейшем им не требуется назначения медикаментозной терапии, что встречается при наиболее благоприятном варианте течения болезни.

При СРК с преобладанием запоров необходимо обучить больных методике выработки утраченного утреннего рефлекса к дефекации и увеличить в пищевом рационе количество пищевых волокон (>35 г в сутки) (например, за счет введения в него пшеничных отрубей, хлеба из муки грубого помола, овощей, фруктов (капусты, яблоки и др.), повышающих объем стула и ускоряющих пассаж содержимого по кишечнику. Пациентам с запорами следует увеличить потребление жидкости - воды, сока, рекомендуются минеральные воды "Ессентуки N 17", «Баталинская», «Славяновская», «Смирновская» комнатной температуры по 1 стакану 3 раза в день за 30-40 мин до еды большими глотками и в быстром темпе.

У пациентов с СРК в сочетании с кишечным дисбиозом целесообразно использовать ягоды, фрукты и овощи, обладающие антимикробным действием и способствующие уменьшению брожения в кишечнике и нормализующие его моторику.

Для того, чтобы выработать позыв на дефекацию в одно и то же время в утренние часы, больным после пробуждения необходимо натощак выпить стакан прохладной воды или сока, затем выполнить утренний туалет, принимается завтрак, и делается попытка вызывания стула. При неэффективности за 5-7 мин до дефекации вводится ректальная свеча.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

При плохой переносимости многими больными с СРК продуктов с высоким содержанием балластных веществ (в частности, капусты и отрубей) в связи с усилением болей и метеоризма можно назначать препараты из оболочек семян подорожника **Мукофальк**. Для стимуляции дефекации на первом этапе выработки утраченного рефлекса следует назначать накануне вечером пребиотик лактулозу (**дюфалак**) по 1-2 десертные ложки. Высокую эффективность в лечении СРК показал тримебутин (**дебридат, модулон**). Первоначальная суточная доза 300 мг. Через 7 дней дозу увеличивают до 600 мг/сут. **Агонист 5-НТ₄-рецепторов Тегасерод** стимулирует перистальтическую активность кишечника и при применении его в суточной дозе 4-12 мг (2-6 мг 2 раза в сутки) увеличивает частоту актов дефекации, уменьшает выраженность болей и метеоризма.

Применение **трициклических антидепрессантов и анксиолитиков** может усилить запоры, метеоризм и боли. Для пациентов с преобладанием в структуре СРК запоров более показаны **антидепрессанты с селективным серотонинергическим действием** (флуоксетин, сертралин, пароксетин, тианептин), обладающие стимулирующим эффектом в отношении моторики толстого кишечника.

Физиотерапия больных СРК с данной формой включает электростимуляцию и дарсонвализацию области живота; СМТ (II род работы, глубина модуляций 100%, частота модуляций 30 Гц), электрофорез или СМТ-форез прозерина,

лечебную физкультуру, рефлексотерапию, прием средне- и сильноминерализованных минеральных вод.

У больных СРК с преобладанием диареи эффективной, напротив, может оказаться диета с ограничением содержания пищевых волокон до 10 -20 г в сутки.

В рационе должны быть рекомендованы продукты, содержащие растворимые пищевые волокна (банан, киви, яблоки, айва). Исключают плохо переносимые и способствующие газообразованию продукты, в том числе содержащие нерастворимые пищевые волокна: животные жиры, шоколад, горох, фасоль, чечевица, капуста, молоко, черный хлеб, газированные напитки, квас, виноград, изюм. Ограничивают свежие овощи и фрукты.

Рекомендуют сухари из белого хлеба, супы на некрепких бульонах, рубленые котлеты из мяса или рыбы, рисовая или манная каша на воде или молоке (при переносимости), кисели и желе из фруктов и ягод, отвар черники, черной смородины, корок граната, груши и грушевый сок, крепкий чай.

Рекомендуются минеральные воды «Ессентуки № 4», «Миргородская», «Березовская» в теплом виде (45—55 °С) по 1 стакану 3 раза в день за 30-40 мин до еды маленькими глотками и в медленном темпе.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Препаратом выбора в лечении варианта **СРК с преобладанием диареи** в настоящее время служит **Лоперамид**. Максимальная суточная доза 16 мг; поддерживающая доза подбирается так, чтобы частота стула составляла 1-2 раза в сутки. При отсутствии стула и нормальном стуле в течение 12 ч лечение следует прекратить.

Наиболее современная и удобная в применении лингвальная форма - **Имодиум лингвал**, действие которой наступает в несколько раз быстрее,

чем при приеме традиционных форм препарата; его можно применять при тошноте, рвоте, нарушениях глотания, причем в любых условиях.

Сорбенты и цитомукопротекторы. При незначительном увеличении частоты стула возможно применение адсорбентов – **карбоната кальция, активированного угля, полифепана, смекты.**

Диоктаэдрический смектит применяется по 1-3 пакетика в сутки, предварительно разводится в воде или полужидких продуктах (каши, компот, пюре, детское питание) и распределяется на несколько приемов в течение дня, длительность лечения — 1-5 дней. Суточная доза диоктаэдрического смектита 3 г/сут.

Аттапульгит сорбирует токсины и аллергены, улучшает консистенцию стула, обладает вяжущим эффектом.

Необходимо помнить, что антидиарейное действие таких препаратов наступает через 1-3 суток.

У больных СРК с преобладанием диареи и метеоризма может быть назначен Имодиум Плюс, в состав которого входит также **симетикон**. Последний устраняет симптомы, связанные с метеоризмом (боли, колики в животе, чувство распирания, вздутие, урчание) и обеспечивает защиту слизистой кишечника в связи с обволакивающим действием. Имодиум Плюс применяют по схеме: начальная доза 2 таблетки при максимальной суточной дозе 4 таблетки.

Нормализацию микрофлоры кишечника полезно проводить **пробиотиками**. К ним относят: хилак форте, дрожжевой экстракт, молочная сыворотка, патотенат кальция, лактулоза.

Из **пробиотиков** наиболее эффективны препараты с включением в

них *Bifidobacterium infantis*. К пробиотикам относят любые препараты из живых микроорганизмов, корригирующие кишечную микрофлору.

Коррекцию процессов пищеварения проводят при наличии патологических изменений в копрограмме. Предпочтение следует отдавать **микросферическим ферментам**, которые назначают в суточной дозе 10 000 ЕД липазы на 10 кг массы тела в 3-4 приема во время еды в течение 12-14 дней.

Энтерол — препарат биологического происхождения, содержит лечебные дрожжи, оказывающие антагонистическое действие на многие микроорганизмы, антитоксическое действие, повышающие местную иммунную защиту. Применяется по 1-2 пакетика (разводятся водой) или капсулы 1-2 раза в сутки.

При диарее показаны также отвары вяжущих средств (плоды черемухи, черники, ольхи, лапчатка) и спазмолитических трав (мята перечная, ромашка).

Из **физиотерапевтических мероприятий** используют парафиновые, озокеритовые или грязевые аппликации на живот; электрофорез папаверина, платифиллина, новокаина на живот, СМТ (I и IV род работы по 3 мин, глубина модуляций 25-50%, частота модуляций 100 Гц); лечебную физкультуру, рефлексотерапию, прием теплых слабоминерализованных минеральных вод.

При **метеоризме** назначают препараты, уменьшающие газообразование в кишечнике за счет ослабления поверхностного натяжения пузырьков газа, приводя к их разрыву и предотвращая тем самым растяжение кишечной стенки и развитие боли. Может использоваться **Симетикон**.

У больных с **СРК с чередованием диареи и запоров** в клинической картине могут доминировать боль в животе и метеоризм. Показан антихолинергический препарат **гиосцина бутилбромид (Бускопан)** по 10-20 мг 3 раза в день. Эффект после приема таблеток наступает через 20-30 мин, при применении ректальных суппозиториев – через 8-10 мин.

Критерии эффективности терапии:

- прекращение симптомов болезни или уменьшение их интенсивности;
- купирование болевого и диспепсического синдромов, нормализация стула и лабораторных показателей (ремиссия);
- улучшение самочувствия без существенной положительной динамики объективных данных (частичная ремиссия).

Показания к госпитализации. Стационарному лечению подлежат больные, нуждающиеся в углубленном обследовании для уточнения диагноза.

Продолжительность лечения. Стационарное лечение - до 14 - 21 дня с последующим продолжением лечения в амбулаторных условиях.

Показаниями к выписке из стационара является завершение стационарного обследования и установление окончательного диагноза синдрома раздраженного кишечника.

Амбулаторное лечение осуществляется длительно, повторными курсами по требованию; больные подлежат ежегодному осмотру и обследованию в амбулаторно-поликлинических условиях.

Заключение

Таким образом, СРК - это биопсихосоциальное функциональное расстройство кишечника, в основе которого лежит взаимодействие 3-х патологических механизмов: психосоциального воздействия, сенсорно-моторной дисфункции (нарушения висцеральной чувствительности, секреторной и двигательной активности кишечника) и стойких нейроиммунных повреждений.

И в целях профилактики развития СРК необходимо нормализовать образ жизни, режим питания, исключить психоэмоциональные перегрузки. Важно отказаться от неоправданного применения лекарственных препаратов.

Пациенты должны установить четкий распорядок дня, включая прием пищи, выполнение физических упражнений, работу, общественную деятельность, работу по дому и время дефекаций.

Список литературы:

1. Ардатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая лекция // Гастроэнтерология.— 2013; 8: 21–26.
2. Белхушет С., Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т. Абдоминальная боль при синдроме раздраженного кишечника // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. - 2012; 4: 13-17.
3. Избранные лекции по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина. – М.: Медпресс-информ, 2014. - 88 с
4. Внутренние болезни: Учебник для мед. вузов. - 3-е изд., испр. и доп./ Под ред. С.И. Рябова. - СПб.: СпецЛит, 2013. - 879 с.
5. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. О сочетании синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника // РЖГГК. - 2015. - Т.21. - №4. - С.75-81.
6. Петров Д.П. Синдром раздраженного кишечника — 2014; 8: 43–45.
7. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В. и др. Роль моторных нарушений в механизмах формирования клинических проявлений синдрома раздраженного кишечника (СРК) и СРК-подобных нарушений. Вопросы терапии // Гастроэнтерология. — 2016; 1: 21–26.
8. Шептулин А.А. Современный алгоритм диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника // РМЖ. -2014. - Т.11. - № 14.
9. Осипенко М. Ф., Холин С. И., Рыжичкина А. Н. Хроническая абдоминальная боль и синдром раздраженного кишечника // Леч. врач.— 2015.— № 2. — С. 30–4.
10. Юрманова Е. Н. Отдаленные результаты лечения и прогноз пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Дис. канд. мед. наук. — М., 2013.

Рецензия на НИР

студента 4 курса педиатрического факультета __9__ группы

Яловая Алина Олеговна

**(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)