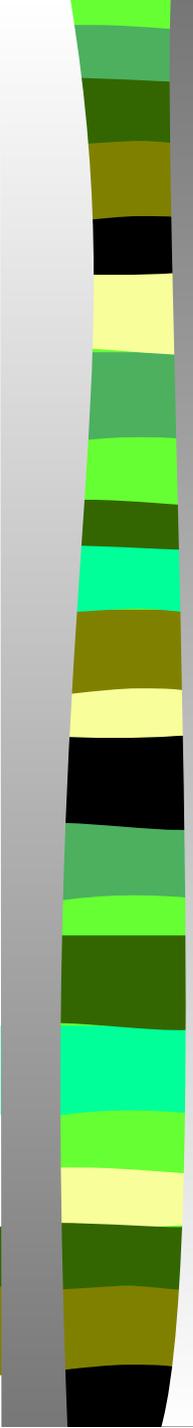


СРИ:СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ



Функциональные заболевания кишечника (Римский консенсус 2006 г.) КЛАССИФИКАЦИЯ

- **С. Функциональные заболевания кишечника**
 - С1. Синдром раздраженной кишки (СРК)
 - С2. Метеоризм/вздутие живота
 - С3. Функциональный запор
 - С4. Функциональная диарея
 - С5. Неспецифические функциональные расстройства кишечника
- **D. Функциональная абдоминальная боль**
 - D1. Синдром абдоминальной боли
 - D2. Неспецифическая функциональная абдоминальная боль

Распространенность СРК

1 000 000 000



G. Richard Locke III, 2002

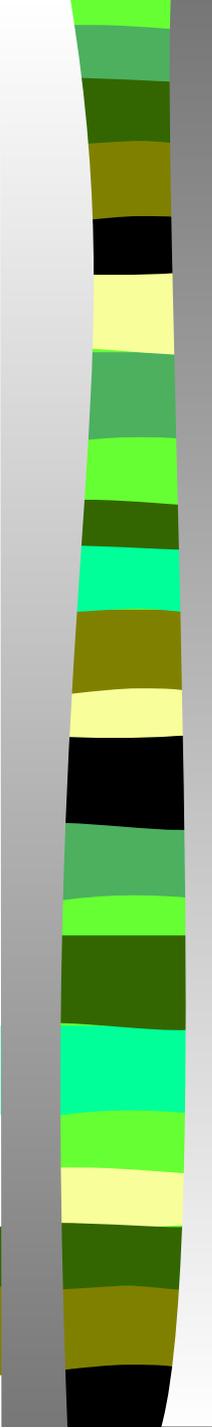
«Пирамида» или «айсберг» СРК

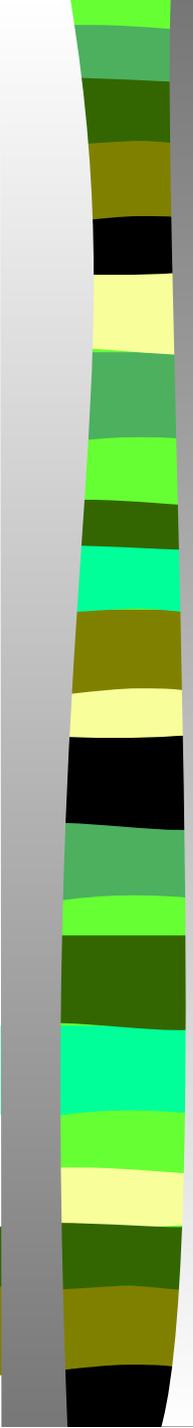
Ежегодно
обращаются за мед.
помощью

9 – 23 %

77 – 91 %

Не обращаются
за мед.
помощью за тот
же период

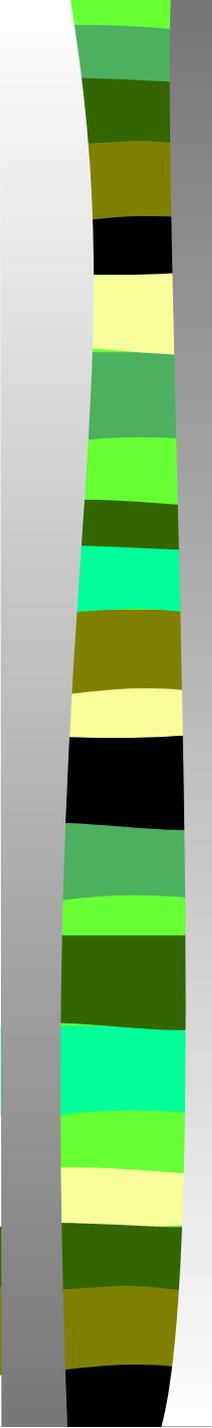




Этиология

- ▣ **СРК – биопсихосоциальное заболевание**
- **Генетическая предрасположенность**
- **Личностные особенности пациента**
 - врожденные
 - сформировавшиеся под влиянием окружающей среды
- **Стрессовые ситуации**
 - острые
 - хронические

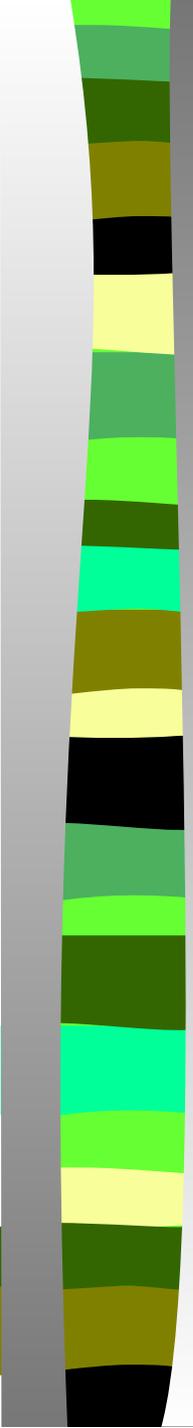
Патогенез

- 
- **Висцеральная гиперчувствительность**
 - **Нарушение моторики кишки**
 - ведущая роль ЦНС (*эмоциональный компонент восприятия боли*)
 - нарушения обмена серотонина в энтерохромаффинных клетках кишечника
 - роль кишечной микрофлоры(?)

Основные механизмы возникновения висцеральной абдоминальной боли



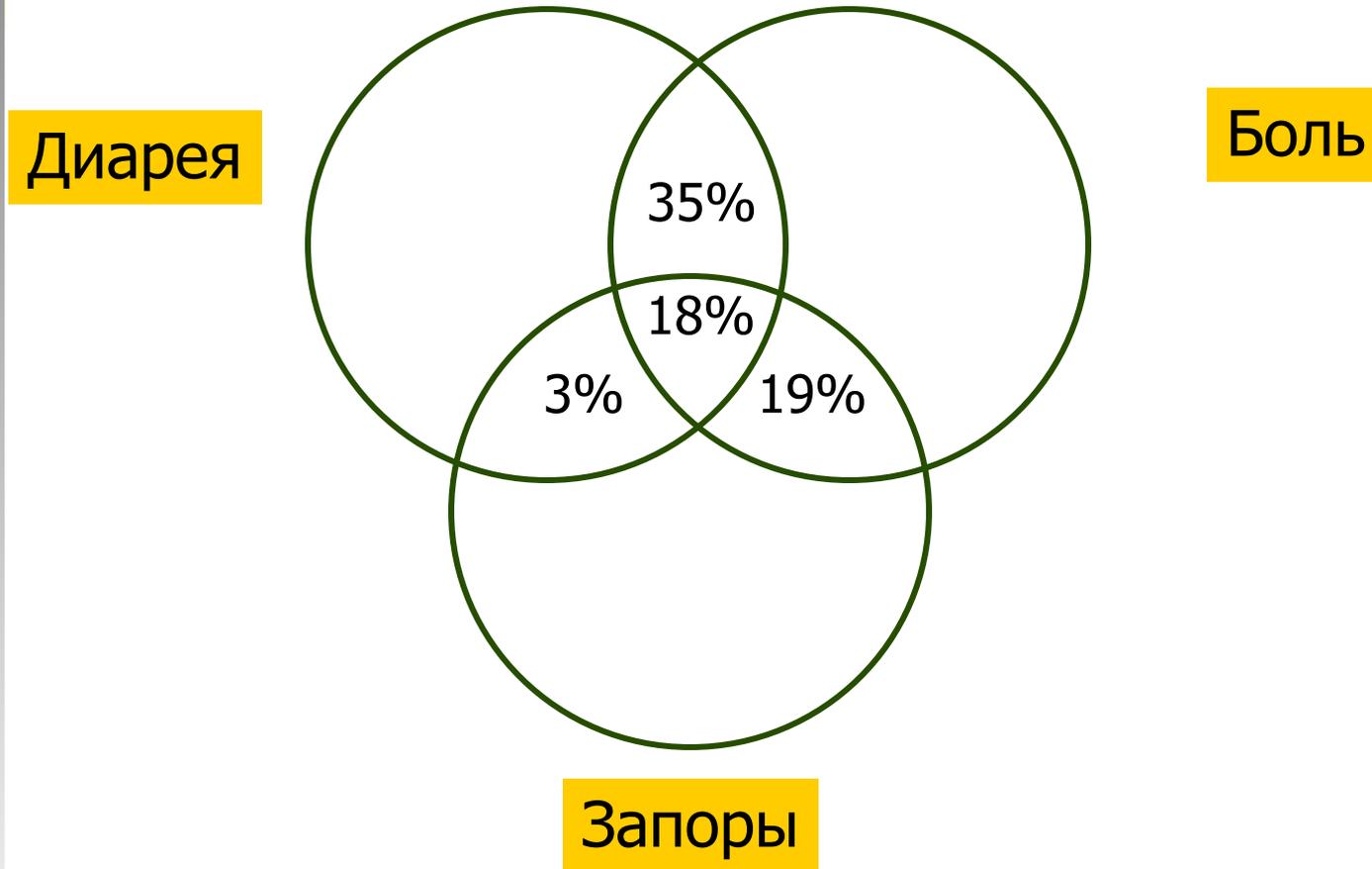
- Висцеральная гиперчувствительность
- Нарушение тонуса и перистальтической активности гладкой мускулатуры
- Избыточное газообразование (?)



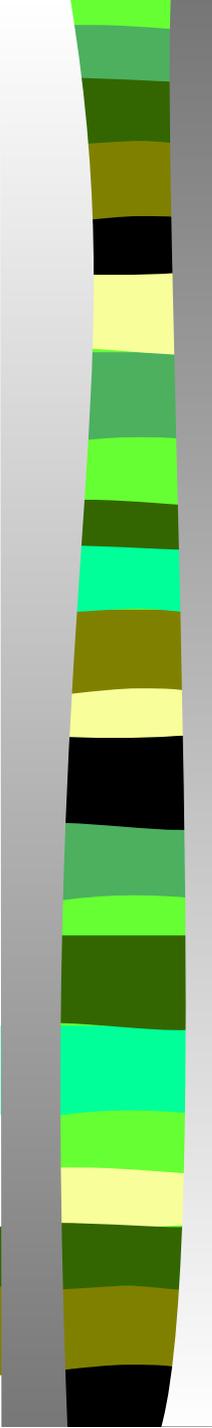
Клинические варианты СРК

- С преобладанием диареи (диарейный вариант)
- С преобладанием запора (констипационный вариант)
- С преобладанием боли и метеоризма (болевогой вариант)
- Смешанный вариант

Частота сочетаний симптомов при СРК



Adapted from Poynard et al. Gastroenterol. Clin. Biol. 1977, 1, 681 - 704



Клинические проявления СРК

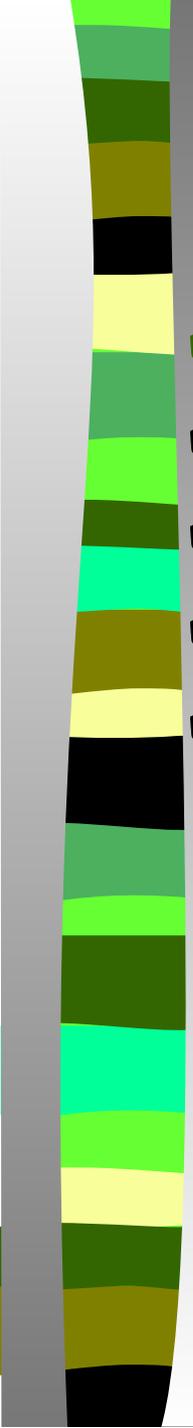
(1266 пациентов)

- **Абдоминальная боль в 95% случаев**
- **Вздутие живота (метеоризм) в 90% случаев**
- **Нарушения стула у 80% пациентов (практически с одинаковой частотой встречаются как запоры, так и диарея, либо их чередование)**
- **Симптоматика со стороны других отделов ЖКТ (в т.ч. билиарного тракта)**
- **Негастроэнтерологические симптомы**

Функциональный запор – диагноз исключения

- Кровь в кале
- Лихорадка
- Анорексия
- Потеря массы тела
- Первое обращение после 50 лет
- Усиление запоров после 50 лет
- Патологические изменения объективного статуса, лабораторных показателей, инструментальных исследований
- Колоректальный рак и рак пищеварительной системы другой локализации у родственников





Что считать запором? Римские критерии III

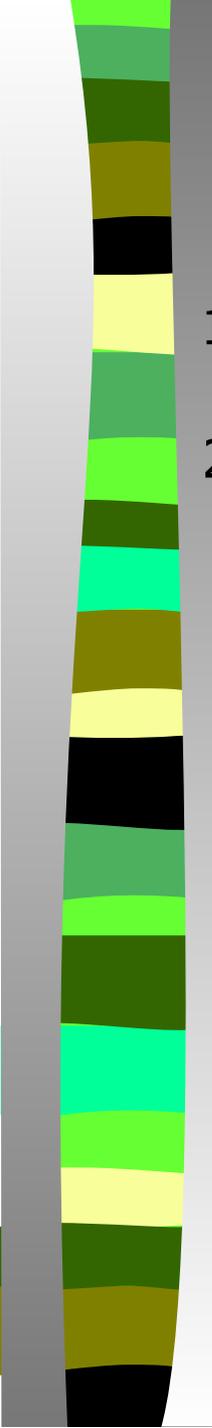
- ✓ Стул < 3 р/нед
- ✓ Твердый кал
- ✓ Натуживание >25% от длительности дефекации
- ✓ Ощущение неполного опорожнения
- ✓ Масса кала <35 г/сут
- Хронический запор – длительность > 3 мес.

Боль при СРК



Пациенты с СРК боль описывают по-разному: от неприятных ощущений и ноющих болей до нестерпимых, схваткообразных болей без четкой локализации - колик, возникающих без видимых причин или связанных с приемом пищи, стрессом, физической нагрузкой, дефекацией

Особенностью боли при СРК является ее возникновение в утреннее или дневное время, когда больные активны, и стихание во время сна, отдыха, отпуска



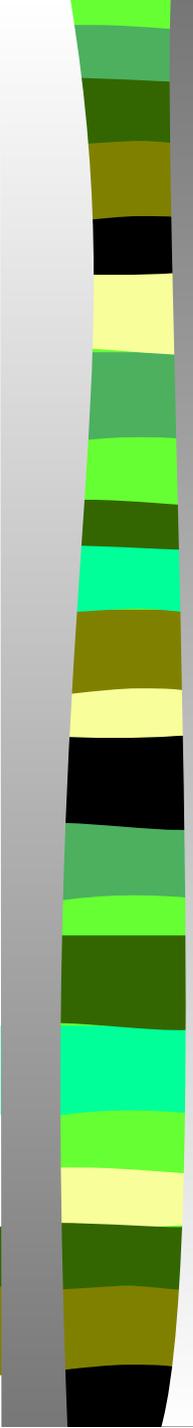
Пациенты с СРК: психопатологические расстройства

1. Распространенность 42 - 61%
2. Структура:
 - 1) Синдром тревоги
 - панические атаки
 - генерализованный синдром тревоги
 - 2) Нарушения настроения
 - депрессия
 - дистимические расстройства
 - 3) Соматоформные расстройства
 - ипохондрия
 - синдром соматизации
3. Не являются диагностическим критерием СРК
4. Влияют на поведение больных
5. Психопатологические расстройства могут быть основным заболеванием

Longstreth GF et al, 1993

Классификация СРК по тяжести течения

Течение	Легкое	Умеренно тяжелое	Тяжелое
Обращение	Участковый терапевт	Врач- гастроэнтеролог поликлиники	Врач-гастроэнтеролог стационара
Постоянство симптомов	0	+	+++
Нарушения функции кишечника	+++	++	+
Психосоциальные расстройства	0	+	+++
Связь со стрессом	+++	+	+
Частота обращений к врачу	+	++	+++



Диагностические критерии СРК (Рим 2006)

Наличие абдоминального дискомфорта или болей в животе в течение 3 дней каждого месяца за последние 3 месяца в сочетании с 2 из следующих 3-х признаков:

- **Купирующиеся после акта дефекации и/или**
- **Ассоциирующиеся с изменением частоты стула и/или**
- **Ассоциирующиеся с изменением формы кала**

Бристольская шкала формы кала

Тип 1		Отдельные жёсткие куски, похожие на орехи (трудно продвигается)
Тип 2		Колбасоподобный (диаметр больше, чем у типа 3), но кусковый
Тип 3		Выглядит как колбаса (диаметр меньше, чем у типа 2), но покрыт трещинами
Тип 4		Выглядит как итальянская сосиска или змея, гладкий и легко поддающийся давлению
Тип 5		Мягкие легкопроходимые разрывающиеся куски
Тип 6		Пушистые части с рваными краями. Рыхлый, мягкий стул
Тип 7		Водянистый, нет кусков. Полностью жидкий

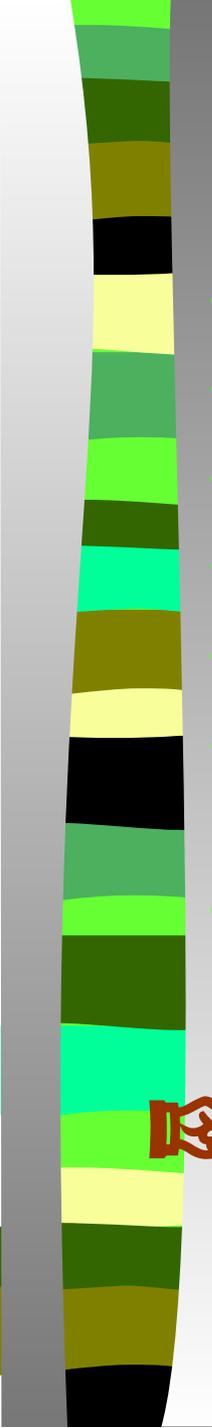
Диагностика

□ СРК – диагноз исключения

● Следует учитывать:

- возраст и пол пациента
- стрессовые ситуации
- семейный анамнез
- длительность болезни
- наличие «симптомов тревоги»
(похудание, анемия, повышение СОЭ, кровь в кале и др.)
- негастроэнтерологические симптомы
- ответ на лечение

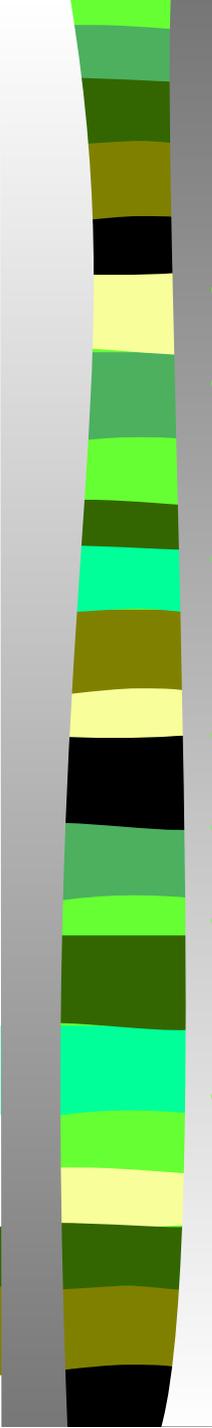
Дифференциальный диагноз

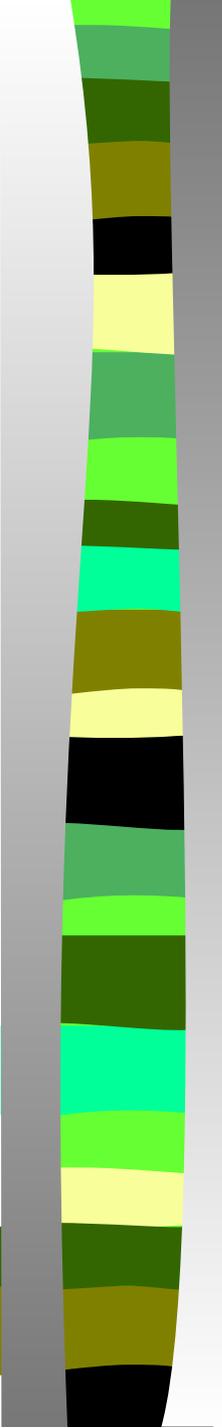
- 
- Язвенный колит
 - Болезнь Крона
 - Дивертикулез
 - Опухоли толстой кишки
 - Заболевания тонкой кишки с диареей
 - Непереносимость углеводов (*лактозы, фруктозы и др.*)
 - Кишечные инфекции



Хронический колит (без указания этиологии), спастический колит, дисбактериоз - устаревшие диагнозы!

«Дисбактериоз» – это не диагноз!

- 
- Понятие «дисбактериоз» отсутствует в МКБ-10
 - Исследование кала на дисбактериоз не дает представления о разнообразии кишечных микроорганизмов (>400 видов!)
 - Исследование кала на дисбактериоз не дает представления о микробном пейзаже толстой кишки
 - микроорганизмы локализуются на стенках кишки
 - каловые массы формируются в дистальных отделах
 - В процессе транспортировки кала в лабораторию соотношение микроорганизмов существенно меняется
 - Высокий риск инфицирования материала микроорганизмами из внешней среды

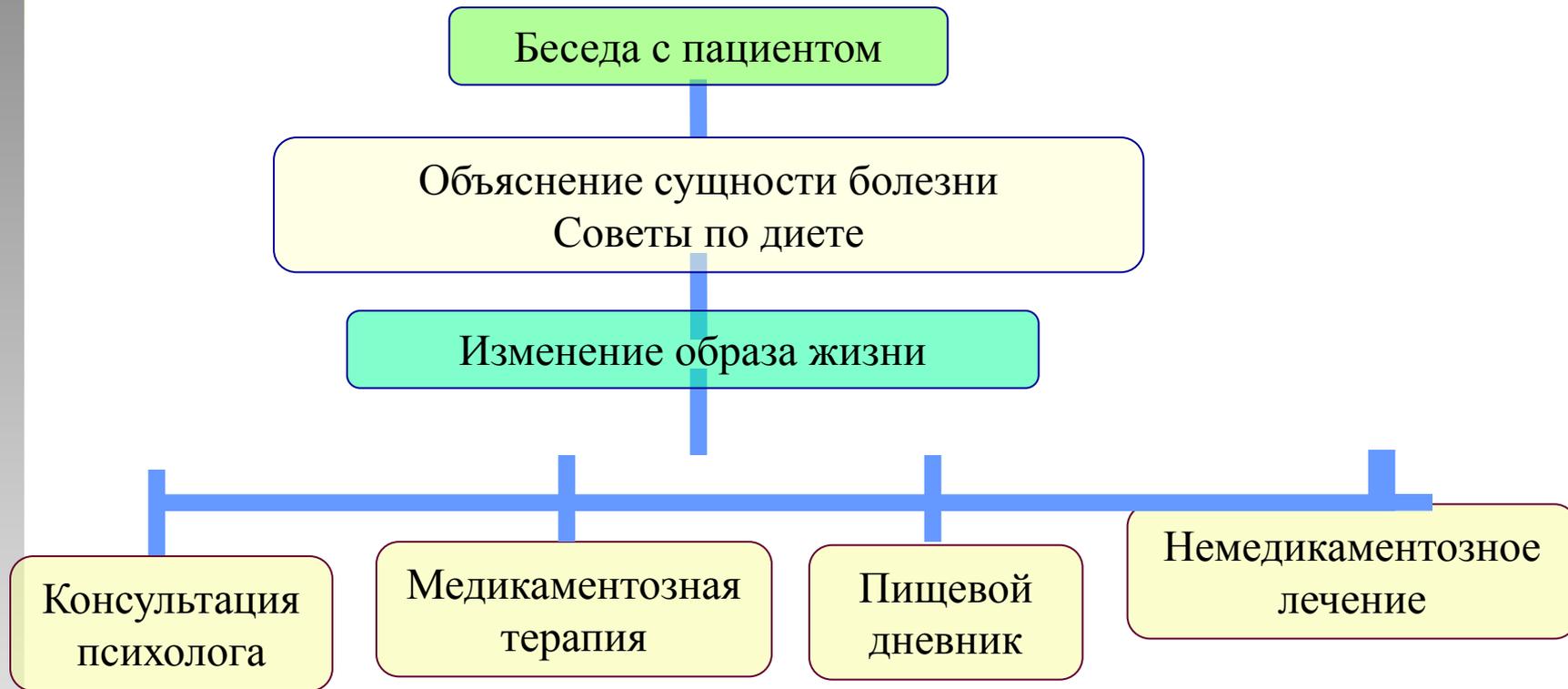


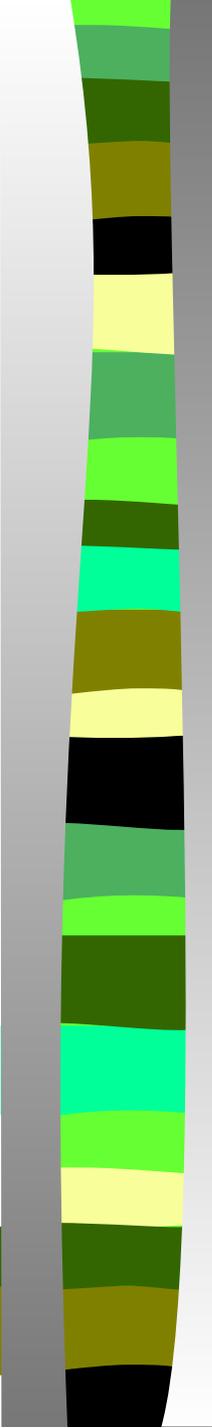
Медико-социальная экспертиза

- ✓ Показание для направления на МСЭ –
тяжелые психопатологические
расстройства, сопутствующие СРК

Лечение СРК

Выбор терапии СРК зависит от выраженности симптомов, особенностей личности пациента и доступности лечения





Выбор программы лечения больных с СРК

Зависит от:

- Ведущего симптома и тяжести течения СРК

Успех определяет:

- Квалификация и авторитет врача

Включает

1. Диета
2. Лечение абдоминальной боли
3. Лечение диареи
4. Лечение запоров
5. Психологическая помощь
6. Антидепрессанты

Медикаментозное лечение СРК (1)

Диарея

- лоперамид (имодиум, лопедиум)
- сульпирид (эглонил, просульпин)
- смектит (смекта, неосмектин)

Запор

- пищевые волокна
- гемицеллюлоза (мукофальк)
- лактулоза (дюфалак)
- макроголь (форлакс)
- бисакодил (дульколак)
- пикосульфат натрия (гутталакс)
- прукалоприд (резолор)

Медикаментозное лечение СРК (2)

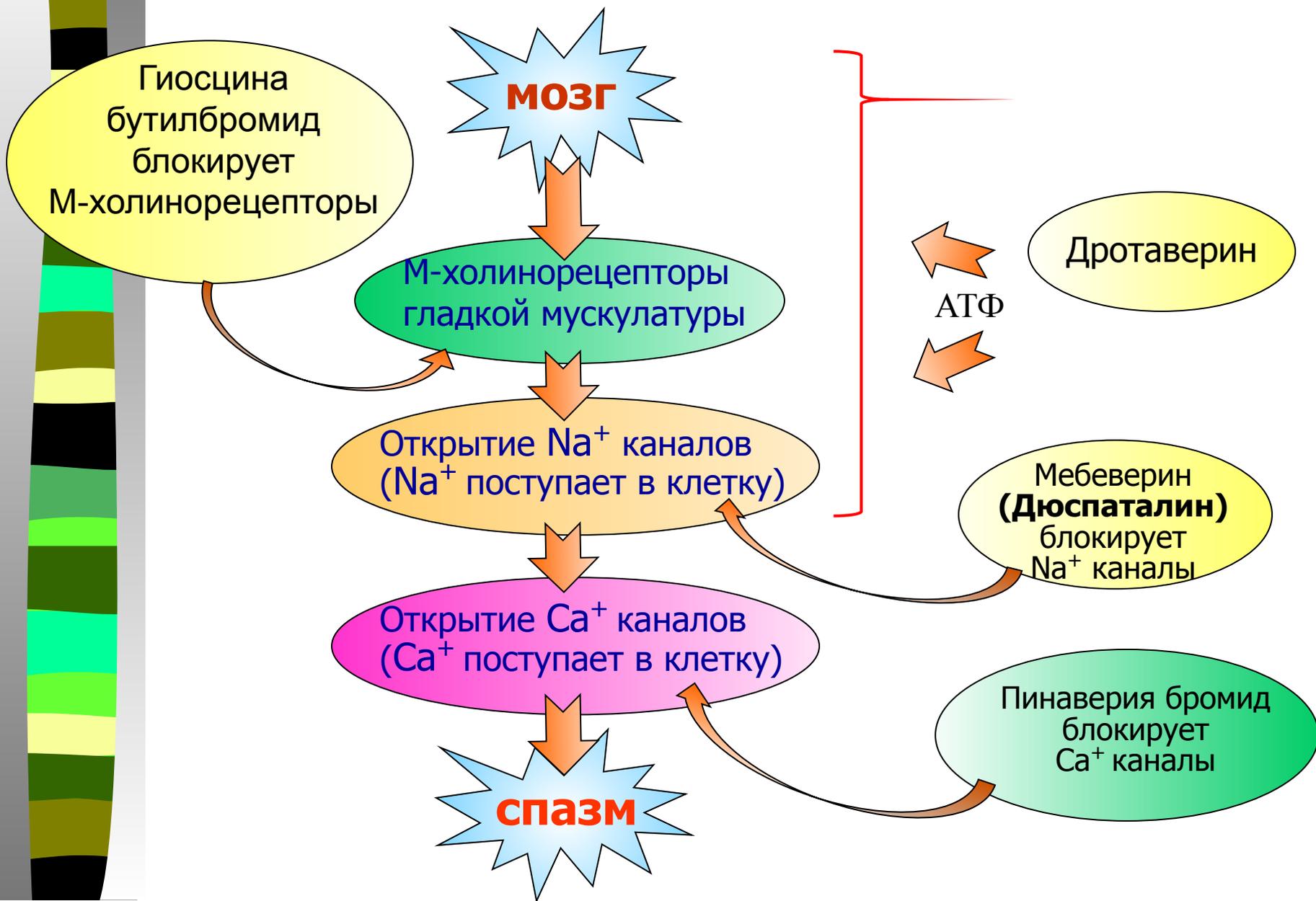
Абдоминальная боль

- дротаверин (но-шпа)
- мебеверин (дюспаталин)
- пинавериум бромид (дицетел)
- отилониум бромид (спазмомен)
- гиосцина бутилбромид (бускопан)
- тримебутин (тримедат)
- сульпирид (эглонил, просульпин)
- ТЦА (амитриптилин)

Метеоризм

- симетикон (эспумизан)
- альверин (метеоспазмил)

Механизмы действия спазмолитиков



Влияние спазмолитиков и парацетамола на выраженность абдоминальной боли при СРК

