

Синдром раздражённого кишечника (К 58)

Работу выполнил: студент 610 группы
лечебного факультета (дневное
отделение) Гавриленко А.А.

синдром
раздраженного
кишечника

Определение



Это функциональное заболевание, для которого характерно наличие устойчивой совокупности кишечных симптомов при отсутствии «симптомов тревоги» и органических заболеваний



Эпидемиология

Встречается у 10-45% населения земного шара.

Этот разброс цифр обусловлен зачастую качеством диагностики, уровнем медицинской помощи в стране и особенностями менталитета.





Эпидемиология

В 3-4 раза чаще, чем мужчины, болеют женщины репродуктивного возраста, но после 50 лет соотношение мужчины/женщины выравнивается и становится близким 1:1



Эпидемиология



40-70% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологу, имеют симптомы СРК.

Истинные больные СРК среди них составляют примерно 25-50%

(появление признаков заболевания после 45-50 лет ставит под сомнение диагноз СРК и требует исключения органической патологии кишечника)

Этиологические предрасполагающие факторы

- Наследственная предрасположенность
- Низкий вес при рождении (менее 2,5 кг)
- Психоэмоциональные травмирующие ситуации (встречается у 70% больных СРК) – при этом на влияние определённого вида стрессора отмечается корреляция между повышением электрической активности фронтальной области мозга и изменением тонуса прямой кишки.
- Перенесённые кишечные инфекции (постинфекционная форма составляет 24-32% среди всех случаев СРК и наблюдается через 3 мес. после перенесённой острой кишечной инфекции: шигеллёз, лямблиоз, сальмонеллёз, чаще бывает у женщин с психоневротическими чертами)

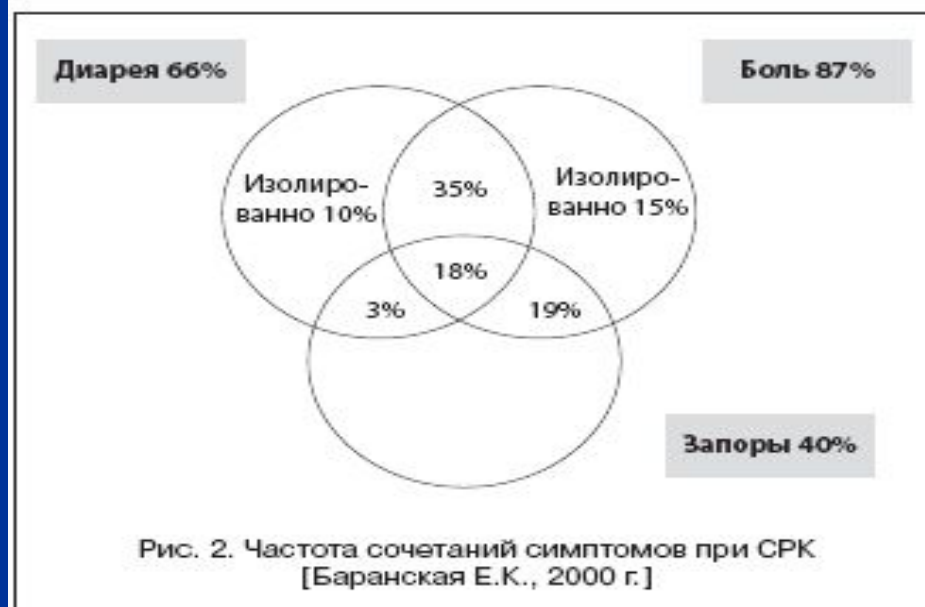
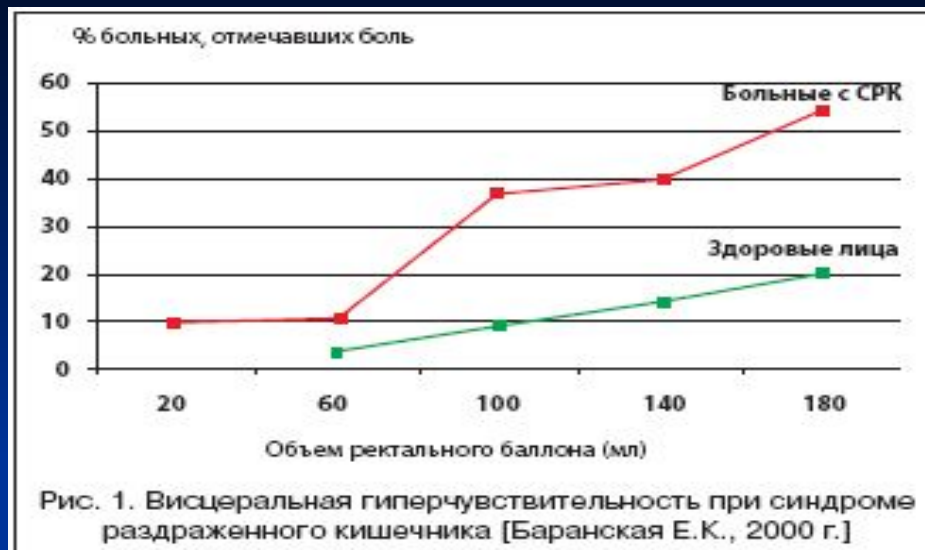


Этиологические предрасполагающие факторы

- Избыточная микробная контаминация тонкой кишки и дисбиоз толстой кишки (обнаруживается гемолизирующая флора, кишечная палочка со слабыми ферментативными свойствами, преобладание условно-патогенных микробов или их ассоциации)
- Особенности режима питания и алиментарные факторы (торопливость в еде и отказ от завтрака подавляют полноценную функцию желудочно-кишечного рефлекса и вызывают запор; при наличии завтрака с включением пищевых волокон стимулируется двигательная активность левых отделов ободочной и прямой кишки и обеспечивается своевременное опорожнение в утренние часы после принятия пищи)
- Пищевая непереносимость (например молока)
- Дисгормональные нарушения (избыточный выброс медиаторов APUD-системы, холецистокинина, мотилина, вазоактивного интестинального полипептида, серотонина, стимулирующих секрецию воды и электролитов в просвет кишки, перистальтику кишечника и вызывающих болевые спастические сокращения)

Характеристика патогенетических механизмов

- Нарушение оси «головной мозг – кишечник»
- Повышенная чувствительность рецепторов стенки толстой кишки к растяжению (перевозбуждение спинальных нейронов)
- Снижение порога ректальной чувствительности (снижение порога восприятия боли или более интенсивные болевые ощущения при нормальном пороге её восприятия)
- Нарушение состава кишечного содержимого (увеличение состава аэробных бактерий после контакта с пищевыми аллергенами)
- Изменение моторной функции кишечника
- Избыточное слизиобразование (преобладание бокаловидных клеток)





Клиника

Согласно Римским критериям II СРК диагностируют при наличии болей и/или дискомфорта в животе, которые проходят после акта дефекации, сопровождаются изменением частоты и консистенции стула и сочетаются не менее чем с двумя стойкими симптомами нарушения функции кишечника.

Эти расстройства должны продолжаться не менее 12 недель на протяжении 12 месяцев.



Клиника



1. Частота стула менее 3 раз в неделю
2. Частота стула более 3 раз в день
3. Твёрдый или комковатый кал
4. Жидкий (кашицеобразный) или водянистый кал
5. Неотложные (императивные) позывы к дефекации: невозможно сдерживать опорожнение кишечника
6. Ощущение неполного опорожнения кишечника
7. Выделение слизи при акте дефекации
8. Вздутие, переполнение, урчание в животе

(для СРК с запорами характерны 1, 3, 5; для диареи 2, 4, 6)

Абдоминальная боль является ведущим симптомом, она может сопровождать любую форму СРК



Бристольская шкала

Таблица 1. Бристольская шкала формы кала

Большое
время
транзита
(100 часов)

Короткое
время
транзита
(10 часов)

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 шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	

Клинические типы СРК (по МКБ-10)

1. СРК с диареей (К 58.0)
2. СРК без диареи (К 58.9)
3. СРК с запором (К 59.0)

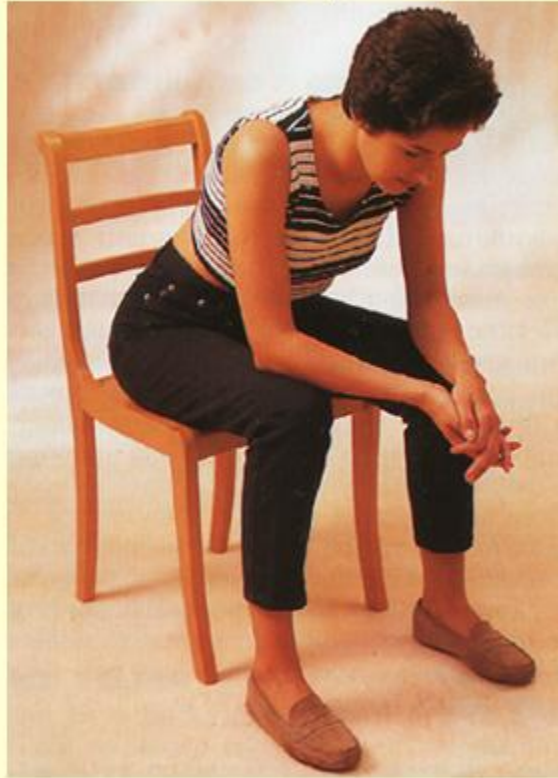


Особенности абдоминальной боли

- Локализуется в левой и правой подвздошных областях
- Варьирует по интенсивности и частоте (от лёгкого дискомфорта до спастической кишечной колики)
- Сочетается с изменением частоты дефекации и консистенции кала
- Не характерно возникновение ночью
- Исчезает при отдыхе, позитивном настроении
- Усиливается перед дефекацией и после приёма пищи
- Может сочетаться со вздутием, метеоризмом, распирающим животом
- Уменьшается после дефекации и отхождения газов
- Усиливается при менструации у женщин
- Нередко сопровождается канцерофобией



Поза кучера



Особенности диареи



- Частота стула 3-4 раза в сутки
- Часто возникает императивно в утренние часы, после завтрака (синдром утреннего натиска)
- При первом акте дефекации стул нередко бывает оформленным, при последующих – кашицеобразный или жидкий
- Кал скудный по объёму, жидкой или мягкой консистенции
- Общая масса кала не превышает 200 г/сутки
- Не наблюдается в ночное время
- Присутствует ощущение неполного опорожнения кишечника

Особенности запора

- Отсутствие дефекации в течение 3 или более суток
- Запоры могут носить постоянный характер или возникать периодически
- Продолжаются от нескольких дней до нескольких недель
- Характерно изменение формы стула: в виде ленты или карандаша, овечьего кала (спастические сокращения нисходящих отделов толстого кишечника и усиленная гаустрация)
- Чувство неполного опорожнения кишечника (заставляет больных ставить клизмы и пытаться самостоятельно опорожнить кишечник)
- Необходимость тужиться при дефекации
- Может появляться примесь слизи в стуле



Группы симптомов внекишечных проявлений

1. Симптомы, характерные для функциональных дискинезий других органов ЖКТ (ощущение тяжести в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, горечь во рту, тяжесть и боли в правом подреберье; у 30% больных симптомы сочетаются с функциональной диспепсией)
2. Вегетативные и сенестопатические нарушения (головные боли по типу мигрени, боли в поясничной области, ощущение «кома» в горле, кардиалгия, похолодание конечностей, неудовлетворённость вдохом, сонливость, бессонница, частое мочеиспускание, никтурия, дисменорея, импотенция, утомляемость)
3. Тревожно-фобические и другие тревожные расстройства (смешанные тревожно-депрессивные расстройства)



Исключительно патогномоничные симптомы, на основании которых можно было бы с большой долей вероятности при первом осмотре и физикальном обследовании поставить больному диагноз СРК, отсутствуют, поэтому при постановке диагноза руководствуются особенностями клинического течения

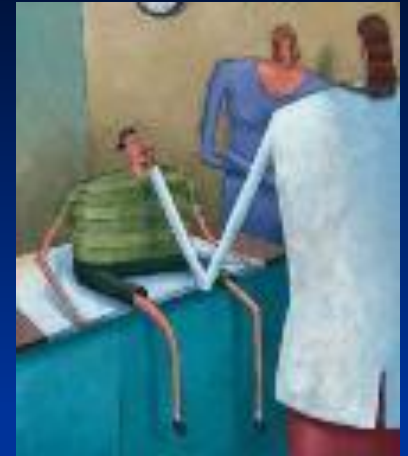


Клиническое течение

- Биопсихосоциальная патология (связь возникающих кишечных расстройств с нервно-психическими факторами)
- Возникновение в молодом возрасте
- Несоответствие многообразия имеющихся жалоб скудной объективной симптоматике
- Наличие множества внекишечных проявлений
- Необходимость наблюдения психотерапевта и гинеколога (у женщин)
- Многолетнее течение
- Отсутствие прогрессирования заболевания

Симптомы тревоги, исключающие СРК

- Лихорадка
- Примесь крови в кале
- Резкое похудение
- Немотивированная слабость
- Выраженная боль или кишечная симптоматика в ночное время, нарушающая сон
- Анемия
- Синдром мальбсорбции
- Лейкоцитоз
- Увеличение СОЭ
- Изменения показателей б/х, иммунологических проб
- Впервые возникшие симптомы в возрасте после 45 лет



Диагностика

СРК является на сегодня диагнозом исключения, который требует тщательного обследования больного, что позволит исключить органическое заболевание органов ЖКТ.

Возможно, что новые Римские критерии III позволят избежать большого круга инвазивных методов диагностики для подтверждения функциональной природы СРК.



Диагностический алгоритм

- Тщательный сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни
- Клинический и б/х анализы крови
- Копрограмма, анализ кала на скрытую кровь, наличие паразитов
- Определение фекальной эластазы кала
- Бактериологическое исследование кала
- Амилазный, триглицеридный, дыхательные тесты (для исключения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы)
- Пальцевое исследование прямой кишки
- Сигмо- или колоноскопия
- ФЭГДС с глубокой биопсией (исключение целиакии)
- Баллонно-дилатационный тест
- Рентгенологическое исследование кишечника (включая ирригоскопию, энтерографию, КТ)
- УЗИ органов брюшной полости

Диагностический алгоритм

Предварительный
диагноз СРК —
Римские критерии I и II

Окончательный
диагноз СРК

Дополнительные
диагностические
тесты

Выделение
доминирующего
симптома — боль,
запоры, диарея

Пересмотр диагноза через 3—6 недель

Первичный курс лечения

1. "Симптомы тревоги"
2. Дифференциальный
диагноз

Клинический анализ крови,
копрограмма, ЭГДС, УЗИ, сигмоскопия

Дифференциальный диагноз

- Хронические воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона)
- Микроскопические формы колитов (эозинофильный, лимфоцитарный или коллагенозный)
- Инфекционные и паразитарные поражения кишечника
- Дивертикулёз с явлениями дивертикулита
- Ишемический колит
- Карциноидный синдром
- Злоупотребление слабительными средствами с целью похудения
- ИДС
- Микотические поражения кишечника
- Эндокринные заболевания

Таблица 1. Клинические различия между диареей при СРК и диареей при органических заболеваниях

Отличительные признаки	Диарея при СРК	Диарея при органических заболеваниях
Возраст	Чаще 30–40 лет	Любой
Пол	Чаще у женщин	Половые различия могут отсутствовать
Продолжительность заболевания	Значительная (годы)	Может быть различной
Масса кала	< 200 г в сутки	Может быть различной (в т.ч. и > 200 г в сутки)
Частота дефекации	2–4 в сутки	Может быть различной (в т.ч. и > 2–4 в сутки)
Зависимость дефекации от времени суток	В утренние часы	В любое время
Примесь крови в кале	Нет	Может быть
Примесь гноя в кале	Нет	Может быть
«Симптомы тревоги» – лихорадка – немотивированное похудание – анемия и повышение СОЭ	Нет	Может быть
	Нет	Может быть
	Нет	Может быть
Сопутствующие вегетативные нарушения	Характерны	Возможны

Дифференциальная диагностика запоров

Гиперкинетические

- Кал фрагментирован, в виде овечьего, иногда лентовидный, шнурообразный.
- При пальпации сигмовидная кишка сокращается, имеется перистальтика, прощупываются комки кала.
- При пальцевом исследовании прямая кишка пуста, иногда болезненна.
- При ректороманоскопии слизистая оболочка прямой кишки влажная, окраска её быстро меняется, видны перистальтика и спазмы.
- При колоноскопии циркулярные складки высокие, пространства между ними уменьшены, просвет толстой кишки сужен, большая его часть закрыта гаустрами.
- При рентгенологическом исследовании гаустрация глубокая, частая, толстая кишка сужена.

Гипокинетические

- Кал может быть объёмный.
- При пальпации сигмовидная кишка расширена, перистальтика не определяется, комки кала не прощупываются.
- При пальцевом исследовании прямая кишка может быть расширена.
- При ректороманоскопии слизистая оболочка прямой кишки сухая, тусклая, прямая кишка иногда спавшаяся.
- При колоноскопии циркулярные складки снижены, пространства между ними увеличены, просвет толстой кишки расширен, открыт для осмотра.
- При рентгенологическом исследовании гаустрация слабо выражена, толстая кишка может быть растянута.



Лечение

Включает:

- Проведение общих мероприятий
- Применение психотерапевтических методов
- Медикаментозная терапия

Лечение



- Ведение дневника в течении 2-х недель с записью продуктов, которые были в рационе, настроение, стрессы, которым подвергается больной, и как при этом будет вести себя кишечник; женщины также должны записывать даты менструального цикла (это поможет в определении фактора вызывающего СРК)
- Индивидуальный подбор методов релаксации (хобби, чтение и пр.)
- Создание расслабляющей обстановки (воображение и абстракция с использованием специальных кассет для релаксации или записи успокаивающей музыки)
- Занятие физкультурой (упражнения отвлекут от заболевания и под действием эндорфинов уменьшат боль)
- Дышать глубоко и медленно (это самый быстрый и лёгкий способ снять напряжение)
- Консультация психотерапевта

Лечение



Коррекция питания:

- Избегать обильного питания и торопливости в еде
- Отказаться от употребления чрезмерно сладкой пищи и искусственных подсластителей (маннитол, сорбитол)
- Ограничить употребление продуктов, богатых грубоволокнистой клетчаткой (сырые овощи и фрукты, сухофрукты, свежий хлеб) и продуктов, способствующих метеоризму и ухудшающих пищеварение (холодные газированные напитки, виноград, молоко, бобовые, овсяная крупа, капуста)
- Исключить алкогольные напитки, курение, кофе
- Исключить на время молоко и молочные продукты
- При преобладании диареи включить в рацион танинсодержащие продукты (черника, голубика, крепкий чай, какао), подсушенный хлеб
- При преобладании запоров назначить продукты, содержащие растительные волокна (хлеб из муки грубого помола, отварную морковь, свеклу, яблоки, капусту), употреблять достаточное количество жидкости - до 2 литров в сутки

Отруби следует включать в рацион очень осторожно и в запаренном виде т.к. они могут вызвать метеоризм и болевые ощущения.



Лечение



Больные СРК нередко склонны полагать, что у них имеется серьёзное соматическое заболевание, поэтому важную роль в их лечении играет снятие напряжения, что достигается с помощью «позитивного диагноза», т.е. подробной демонстрации больному всех данных проведённого исследования с акцентом на нормальное заключение.



Купирование абдоминальной боли

Дюспаталин (мебеверин) – это селективный миотропный спазмолитик.

Эффекты:

- Препятствует поступлению натрия в клетку, что опосредованно приводит к закрытию кальциевых-каналов и значительному ослаблению мышечных сокращений – антиспастический эффект.
- Блокирует восполнение депо кальция на мембране миоцита после стимуляции $\alpha 1$ - адренорецепторов, что препятствует избыточному выходу калия из клетки – рефлекторная гипотония
- Оказывает выраженное селективное спазмолитическое действие только на миоциты ЖКТ
- Позволяет получить более предсказуемый эффект
- Нормализует нарушенную моторно-эвакуаторную функцию тонкого и толстого кишечника – прокинетическое действие
- Имеет тропность к сфинктеру Одди
- Обеспечивает быстрое достижение терапевтического эффекта при пероральном приёме при отсутствии холинергических эффектов (вазодилатирующего, кардиотропного)
- Оказывает пролонгированное действие

Купирование абдоминальной боли

Дюспаталин назначается по 1 капсуле (200 мг)
2 раза в сутки длительно, с переходом на
поддерживающую дозу при стихании
симптомов по 1 капсуле 1 раз в сутки.



Купирование абдоминальной боли

Кроме того, возможно использование спазмолитиков неселективного действия (спазмобрю, дротаверина, галидора), однако их следует использовать с большой осторожностью ввиду многочисленных побочных эффектов и ограничения длительности приёма.

Антисульфенты (пеногасители) уменьшают общий объём газа в кишечнике, устраняют болевой синдром, вызванный растяжением кишечника газами.

Эспумизан (симетикон) назначается по схеме: 3 капсулы 3 раза в день – 5-7 дней; затем 3 капсулы 2 раза 5-7 дней и потом 3 капсулы 1 раз в день 5-7 дней.

Купирование абдоминальной боли

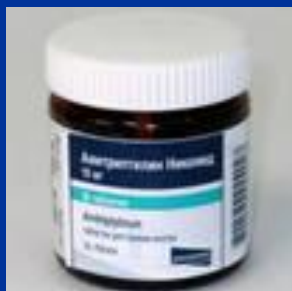
В случаях, когда у пациентов имеют место симптомы депрессии или повышенной тревоги, следует дополнительно назначать антидепрессанты на период не менее 6 месяцев (по рекомендациям ВОЗ)

Купирование абдоминальной боли

Трициклические антидепрессанты:

амитриптилин, имипрамин, доксепин,
начиная с 25-50 мг/сут.

Они купируют депрессию, обладают
нейромодулирующим, анальгетическим и
антихолинергическим действием (снижается
кишечный транзит)



Купирование абдоминальной боли

Ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин, феварин, сертралин, пароксетин.

Эффекты:

- Имеют меньше побочных эффектов, чем трициклические антидепрессанты
- повышают биодоступность 5-НТ рецепторов
- улучшают опорожнение кишечника при СРК с диареей
- уменьшают абдоминальную боль

Флуоксетин назначается в дозе 20-40 мг/сут в течение 1 мес,
Феварин (флувоксамин) по 100 мг однократно вечером.



Купирование абдоминальной боли



Феварин (флувоксамин) – первый селективный ингибитор обратного захвата серотонина.

Рекомендуемая начальная суточная доза

Феварина составляет 50 мг/сут, средняя эффективная доза – 100 мг/сут, максимальная доза – 300 мг/сут.



Купирование абдоминальной боли

Новый перспективный анксиолитик – стрезам (этифоксина гидрохлорид) – устраняет симптомы тревоги, страха, раздражительности, депрессии. Препарат усиливает действие гамма-аминомаслянной кислоты (ГАМК), что способствует торможению нервных процессов. Назначается в капсулах по 50 мг 2-3 раза в сутки перед едой, максимальный курс лечения 12 нед.



Купирование абдоминальной боли

Препарат магния Магне-В6 (назначается по 1-2 драже 3 раза в сутки или в форме раствора для питья по 1 ампуле 2-3 раза в сутки, разведя содержимое ампулы в половине стакана воды) нормализует соотношение процессов возбуждения и торможения, устраняет эмоциональную лабильность, тревогу, оказывает антиспастическое действие, нормализует чередование поносов и запоров, восстанавливает нарушенный сон.



Купирование абдоминальной боли

Мелаксен (лекарственная форма мелатонина) эффективно устраняет болевой и диспептический синдром у больных СРК, способствует нормализации психического статуса и улучшает качество жизни.

Назначается по 1-2 таблетки (3-6 мг) перед сном на протяжении 2-3 нед.



Лечение СРК с преобладанием запора

Назначается диета № 3а и 3.

Поскольку СРК с запорами сопровождается абдоминальной болью, следует назначать селективные миотропные спазмолитики, в частности – Дюспаталин (мебеверин) по 1 капсуле (200мг) 2 раза в сутки.



Лечение СРК с преобладанием запора



Осмотические слабительные средства (макрогол, лактулоза) действуют на всем протяжении кишечника, мало абсорбируются в нем, увеличивают объем его содержимого, снижают вязкость и разжижают каловые массы.



Лечение СРК с преобладанием запора

Дюфалак (лактолоза) – синтетический дисахарид, который после приема внутрь не разрушается дисахаридазой тонкой кишки и не всасывается. Попадая в ободочную кишку, под действием кишечной флоры, лактулоза расщепляется на низкомолекулярные органические кислоты (молочную, уксусную, масляную и пропионовую), что вызывает целый ряд физиологических эффектов в толстой кишке.

Лечение СРК с преобладанием запора

Механизм действия Дюфалака (лактолозы):

- является единственным осмотическим слабительным с уникальными пребиотическими свойствами;
- снижает рН и осуществляет подкисление содержимого толстого кишечника;
- вызывает повышение осмотического давления в толстой кишке, задержку воды, размягчение каловых масс;
- увеличивает объем кишечного содержимого, что существенно стимулирует перистальтику кишечника и ускоряет кишечный транзит, облегчает акт дефекации и устраняет запор;
- слабительное действие проявляется через 2-10 часов;
- одновременно увеличивается объем биомассы сахаролитической микрофлоры (усиливается пролиферация бифидобактерий и лактобацилл), что угнетает рост патогенной протеолитической флоры;
- является цитопротектором слизистой оболочки кишечника;
- оказывает противовоспалительный эффект (за счет короткоцепочечных жирных кислот);
- восстанавливает микроэкологию желудочно-кишечного тракта;
- оказывает прямое иммуностимулирующее действие;
- эффективен при хроническом носительстве сальмонелл (тормозит их рост путем повышения кислотности кишечного содержимого);
- снижает литогенный индекс желчи;
- способствует повышению экскреции мочевины, креатинина, аммиака, воды и натрия с фекалиями, снижению уровня азота мочевины, ароматических аминов и фосфатов в крови;
- снижает уровень глюкозы и инсулина в крови;
- предупреждает развитие рака толстой кишки, сокращая время транзита, уменьшая продукцию канцерогенных желчных кислот и бактериальных метаболитов;
- не вызывает привыкания и серьезных побочных эффектов;
- разрешен для длительного применения в любом возрасте (даже детям с первых дней жизни, беременным и кормящим женщинам).

Лечение СРК с преобладанием запора

Дюфалак назначается по 15-45 мл однократно в сутки в течение месяца. Иногда на фоне приема лактулозы в первые дни возникает кратковременный метеоризм, который во время лечения, как правило, самостоятельно исчезает в течение 1-2 дней. При этом у 89% пациентов полностью восстанавливаются физиологические параметры дефекации.

Лечение СРК с преобладанием запора

Для увеличения объема стула с целью нормализации замедленной моторики кишечника можно применять препараты, задерживающие жидкость в кишечнике (отруби) либо содержащие гидрофильные волокна из оболочек семян подорожника (Мукофальк). Мукофальк не всасывается при прохождении по пищевому тракту, предотвращает сгущение кишечного содержимого, так как удерживает воду, благодаря чему увеличивается объем и размягчается консистенция каловых масс, и обеспечивает регулярный пассаж кишечного содержимого.

Добавление в пищу отрубей увеличивает объем каловых масс, обеспечивает их гомогенность и способствует регулярному стулу.



Лечение СРК с преобладанием запора

Средства, раздражающие рецепторы кишечника и стимулирующие его перистальтику, являются самой большой группой слабительных препаратов, к ним относятся многие фитопрепараты, содержащие антрахиноны и их производные – антраноиды: крушина (алакс), сенна (сенналакс, сенадексин, регулакс). Эти средства действуют на уровне толстой кишки, где кишечные бактерии переводят антраноиды в активную форму



Лечение СРК с преобладанием запора

Сенналакс применяется по 25-30 мг 1 раз в сутки перед сном; регулакс – 1 кубик на ночь. Курс лечения любыми препаратами, содержащими гликозиды сенны, не должен превышать 7-10 дней.

Алакс (сухой экстракт коры крушины + алоэ) принимается по 1-2 таблетки перед сном.



Лечение СРК с преобладанием запора

Контактные слабительные, не содержащие антрагликозиды и стимулирующие перистальтику – бисакодил (дульколак), натрия пикосульфат (гутталакс, пиколак). Препараты пикосульфата натрия принимаются в дозе 10-15 капель в вечернее время суток; бисакодила – 1-2 таблетки вечером, его действие проявляется через 9-10 ч, если препарат принимался после еды, и через 5 ч, если принимался натощак. Препарат ускоряет и усиливает перистальтику путем прямой стимуляции нервных окончаний в слизистой оболочке толстой кишки, а также усиливает слизиобразование в толстой кишке.



Лечение СРК с преобладанием запора

Дульколакс в свечах дает более быстрый эффект: его действие проявляется через 1-2 ч после введения в прямую кишку.

Следует отметить, что для всех контактных слабительных препаратов, обладающих прямым раздражающим действием на миоциты кишечника, существуют ограничения по длительности приема (чаще всего не дольше 7-14 дней).

Лечение СРК с преобладанием запора



При сочетании СРК с дисбактериозом кишечника важное значение имеет нормализация кишечной микрофлоры, что достигается путем назначения пребиотиков (Дюфалак при СРК с запорами – по 5-10 мл однократно в сутки, хилак-форте при СРК с диареей – по 50 капель 3 раза в сутки), пробиотиков (линекс по 1 капсуле 3 раза в день; бифи-форм по 1 капсуле 2 раза в сутки, бифацил по 2 капсулы (0,44 г) 3 раза в день за 20 мин до еды) и синбиотиков (вифилакт-экстра по 5 доз 3 раза в день вместе с пищей, симбитер по 1 флакону в сутки).



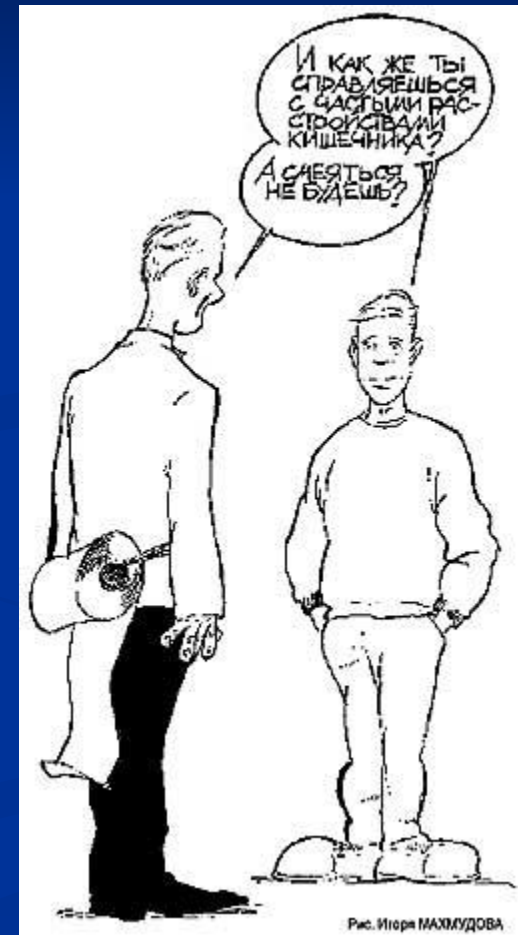
Лечение СРК с преобладанием запора

Для увеличения пропульсивной моторики кишечника и сокращения времени транзита содержимого по кишечнику целесообразно назначать прокинетики (домперидон, метоклопрамид), что позволяет повысить среднюю частоту стула и уменьшить прием слабительных средств.



Лечение СРК с преобладанием диареи

Назначается диета № 4, пища принимается 5-6 раз в день небольшими порциями. При наличии болевого синдрома назначается Дюспаталин (мебеверин) по 1 капсуле (200 мг) 2 раза в день.



Лечение СРК с преобладанием диареи

Препаратами выбора считаются антагонисты опиатных рецепторов, замедляющие перистальтику кишечника и оказывающие выраженный антисекреторный эффект Имодиум (лоперамид) в капсулах и Имодиум-плюс, содержащий симетикон, который устраняет метеоризм и купирует «синдром утренней бури» у больных СРК.

Лечение СРК с преобладанием диареи

Имодиум назначают в дозе 2 капсулы (4 мг) в сутки, поддерживающая доза не должна превышать максимально допустимую суточную дозу для взрослых – 16 мг (8 капсул), при этом стул должен быть не более 3 раз в день.



Лечение СРК с преобладанием диареи



Имодиум-плюс (1 таблетка препарата содержит 2 мг лоперамида гидрохлорида и 125 мг симетикона) назначается в дозе 2 таблетки в первый прием, а затем по 1 таблетке после каждого акта дефекации, для достижения клинического эффекта обычно достаточно 4 таблетки.

(При отсутствии стула и/или нормальном стуле в течение 12 ч лечение препаратом следует прекратить)

Лечение СРК с преобладанием диареи

Дополнительно применяются цитопротекторы (Смекта по 1 пакету 3 раза в день, растворив в полстакана воды), алюминийсодержащие антациды (Алмагель, Алмагель-нео по 1 пакету 3-4 раза в день), пероральные энтеросорбенты (Сорбогель, Энтеросгель, Полифепан).



Лечение СРК с преобладанием диареи

Для лечения тяжелых форм СРК с диареей назначаются антагонисты 5-НТЗ-серотониновых рецепторов (ондансетрон, алосетрон), которые уменьшают постпрандиальную кишечную моторику, замедляют кишечный транзит, модулируют способность кишечника к растяжению.

Назначаются в дозе 8 мг/сут сначала внутривенно капельно 5 дней, затем по 8 мг/сут в таблетках 7-14 дней; положительный эффект отмечается у более 70% пациентов.





Лечение СРК



Положительные эффекты при лечении резистентных форм СРК оказывают познавательная-поведенческая терапия, стандартная психотерапия и гипнотерапия.

Поэтому лучшие результаты лечения больных СРК достигаются при существовании двойного курирования гастроэнтерологом и психотерапевтом на протяжении нескольких лет.



Физиотерапевтические методы

лечения:

- Рефлексотерапия
- Электросон
- Интерференционные токи на область проекции толстой кишки (при запорах) и трансцеребральное воздействие (при преобладании диареи)
- Электро- и лазеропунктура биологически активных точек на коже
- Диадинамические токи, низкочастотная физиотерапия
- Бальнеотерапия – теплые ванны, восходящий и циркулярный душ, контрастный душ.



При преобладании диареи назначают 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 медленно.

При преобладании запоров рекомендуются минеральные воды «Ессентуки № 17», «Баталинская», «Смирновская» комнатной температуры по 1 стакану 3 раза в день за 30-40 мин до еды большими глотками и в быстром темпе.

Критерии эффективности

лечения:

- Прекращение симптомов болезни или уменьшение их интенсивности
- Купирование болевого и диспептического синдромов, нормализация стула и лабораторных показателей (ремиссия)
- Улучшение самочувствия без существенной положительной динамики объективных данных (частичная ремиссия)

«Эффект от лечения определяется улучшением психосоциального состояния и качества жизни больного»



Спасибо за внимание!