

АО «Медицинский Университет
Астана»

Синдром раздраженного кишечника

Выполнил: студент 753 Воп гр
Абдирова А.

История синдрома раздраженного кишечника

Впервые в 1849 W. Gunning описал типичную клиническую картину больного с этим синдромом, затем W. Osier (1892) обозначил данное состояние как слизистый колит.

В последующем терминология этого заболевания была представлена такими определениями, как спастический колит, невроз кишечника и др.

Римская классификация функциональных расстройств органов пищеварения (1999):
С. Функциональные кишечные расстройства.
С1. Синдром раздраженного кишечника.

Определение

Синдром раздраженного кишечника- функциональное расстройство кишечника, при котором боль или неприятные ощущения (дискомфорт) в животе связаны с дефекацией, изменениями частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника.

Этиопатогенез

В основе сенсорно-моторной дисфункции кишечника лежит изменение висцеральной чувствительности, которое включает 2 аспекта:

1) восприятие боли:

- а) снижение порога восприятия боли,
- б) более интенсивные ощущения боли при нормальном пороге восприятия;

2) изменения двигательной активности кишечника:

- а) повышенная чувствительность воспринимающего аппарата кишечника- в ответ на нормальный стимул к сокращению отвечает гиперкинетической реакцией;
- б) нормальная чувствительность, гиперкинетический ответ.

Клиническая картина

1. Основные жалобы :

Боль и дискомфорт в животе

Нарушение частоты и консистенции стула

Вздутие живота-метеоризм

Наличие слизи в кале

Чувство неполного опорожнения
кишечника

Клиническая картина

2. Сопутствующие жалобы:

Императивные позывы

Тенезмы

Симптомы «неязвенной диспепсии»:

-боль в эпигастрии

-тошнота, рвота

-отрыжка, изжога

-чувство раннего насыщения

Клиническая картина

«Внекишечные» симптомы:

Головная боль

Головокружение

Утомляемость, слабость

Шаткость походки

Боль в области сердца

Онемение кистей и стоп, парестезии

Тревожность, нарушения сна

Потливость

Боль в спине, в бедрах

Боль при СРК

- Локализация: в подвздошных областях (чаще в левой подвздошной области), вокруг пупка
- Чаще постоянного характера, может быть схваткообразной
- Интенсивность различная: ноющая, тупая, жгучая, нестерпимая
- Возникает в утренние часы

Боль при СРК

- Не иррадирует
- Возникает при нарушении диеты, изменении образа жизни, переутомлении, стрессе
- Ослабевает после акта дефекации и/или отхождения газов
- Усиливается после приема пищи , перед актом дефекации, во время менструального периода у женщин

Нарушения стула при СРК

При гипер- или гипокинетическом варианте диареи :

- Кашицеобразный, необильный
- С примесью слизи и остатков непереваренной пищи
- 4-6 раз в день, преимущественно в утренние часы после завтрака
- Не бывает ночной диареи

Нарушения стула при СРК

При запоре стул:

- Сухой ,плотный,в виде «овечьего кала»
- Иногда пробкообразный- однократное выделение оформленного, затем кашицеобразного, даже водянистого
- С примесью слизи

Метеоризм при СРК

- Пациента беспокоят вздутие живота, урчание, повышенное газоотделение
- возникает сразу после еды, одновременно с появлением боли
- Усиливается к вечеру
- Нарастает перед дефекацией
- Уменьшается после дефекации

Этапы диагностики СРК

- 1- постановка предварительного диагноза
- 2- выявление доминирующего синдрома
- 3- лабораторные, инструментальные исследования
- 4- исключение «симптомов тревоги» и проведение дифференциального диагноза
- 5- первичный курс лечения в течении 6-8 недель: при эффективности можно выставить окончательный диагноз, при неэффективности- дополнительное обследование

Анамнез

- Длительность существующих клинических проявлений
- Постоянство или изменчивость симптомов
- Наличие подобных симптомов у родственников пациента
- Регулярность приема пищи, рацион питания.
- Применение лекарственных препаратов - слабительных, гормонов, антибиотиков, гипотензивных, кодеинсодержащих противокашлевых ЛС, антацидов и др.

Анамнез

- Перенесенные ранее и сопутствующие заболевания
- Наличие других функциональных заболеваний
- У женщин: возможная беременность, климакс, дисменорея
- Образ жизни больного- подвижный или нет

Объективный осмотр

При обследовании органов и систем патология не выявляется, кроме системы пищеварения:

- Увеличение объема живота
- Напряжение передней брюшной стенки
- Разлитая пальпаторная чувствительность всего живота
- Болезненность по ходу всех отделов толстой кишки или локальная
- Сигмовидная кишка – спазмированная, плотная
- Слепая- вздутая, урчащая

Лабораторные методы исследования

- Клинический, биохимический анализы крови без патологических изменений
- ОАМ - норма
- Копрограмма – повышение содержания слизи
- Анализ кала на дисбиоз - норма
- Анализ кала на скрытую кровь- норма

Инструментальные исследования

- Пальцевое исследование прямой кишки- болезненная, пустая, либо с твердыми фекалиями.

Часто при постукивании по задней стенке ПК возникает или усиливается боль.

- Ректороманоскопия, сигмоскопия- спазм сигмовидной кишки
- Ирригоскопия- признаки нарушения моторной и эвакуаторной функций

Инструментальные исследования

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза - без особенностей
- ФЭГДС- без особенностей
- Колоноскопия с биопсией- боль во время нагнетания воздуха, увеличение слизи в просвете ТК. При гистологическом исследовании- слизистая оболочка ТК не изменена.

Критерии диагноза

Римские критерии III (2006 г):

Диагноз СРК устанавливают при наличии рецидивирующей абдоминальной боли или ощущения дискомфорта в области живота в течение 3 дней каждого месяца за последние 3 мес в сочетании с двумя или более из следующих признаков:

Критерии диагноза

Римские критерии III (2006 г):

- улучшение состояния после дефекации
- начало связано с изменением частоты стула
- начало связано с изменением формы кала.

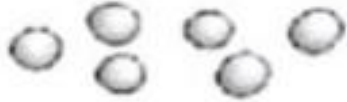
Критерии диагноза

Римские критерии III (2006 г):

Дополнительные симптомы:

- патологическая частота стула [a] < 3 раз в неделю или [b] > 3 раз в день
- патологическая форма стула
 - [c] – комковатый / твердый или
 - [d] – жидкий / водянистый стул
- [e] – натуживание при дефекации
- [f] – императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие.

Бристольская шкала формы кала

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются («овечий» кал)	
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 (норма)	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

Виды СРК

1. СРК с преобладанием запора (IBS-C) – твердый или комковатый стул (тип 1–2) $>25\%$ и жидкий или водянистый стул (тип 6–7) $<25\%$ дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств)

2. СРК с преобладанием диареи (IBS-D) – жидкий или водянистый стул (тип 6–7) $>25\%$ и твердый или комковатый стул (тип 1–2) $<25\%$ дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств)

Виды СРК

3. Смешанный СРК (IBS-M) – твердый или комковатый стул (тип 1–2) >25% и жидкий или водянистый стул (тип 6–7) >25% дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств)

4. Неклассифицируемый СРК (IBS-U) – патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D, M (без применения антидиарейных или слабительных средств)

Симптомы, исключающие диагноз СРК (симптомы тревоги)

- немотивированное уменьшение массы тела
- начало заболевания в пожилом возрасте
- сохранение симптомов в ночные часы
- постоянная интенсивная боль в животе как единственный и основной симптом
- прогрессирование выраженности симптомов
- рак толстой кишки у родственников
- лихорадка, изменения в статусе – гепатомегалия, спленомегалия
- кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ, изменения в биохимии крови

Дифференциальная диагностика СРК

Проводится с

- 1) кишечными инфекциями (бактериальными, вирусными, амебиаз)
- 2) воспалительными заболеваниями кишечника (язвенный колит, болезнь Крона)
- 3) синдромом мальабсорбции (постгастроэктомическим, панкреатическим, энтеральным)
- 4) патологическими состояниями со стороны ЦНС (переутомление, испуг, эмоциональные нагрузки, волнение)
- 5) психопатологическими состояниями (депрессия, синдром тревоги, панические атаки, синдром соматизации)
- 6) нейроэндокринными опухольями (карциноид, VIPома)

Дифференциальная диагностика СРК

- 7) эндокринными заболеваниями (тиреотоксикоз)
- 8) функциональные состояния у женщин (предменструальный синдром, беременность, климакс)
- 9) гинекологическими заболеваниями (эндометриоз, повторные гинекологические операции)
- 10) проктоанальной патологией (синдром опущения промежности, одиночная ректальная язва)
- 11) пищевыми реакциями на кофеин, алкоголь, другие продукты питания
- 12) реакциями на прием лекарственных средств (слабительных, препаратов железа, желчных кислот, антибиотиков)

Лечение СРК

Спазмолитики:

- нейротропные (антихолинергические средства – бускопан),
- ингибиторы фосфодиэстеразы 4-го типа – папаверин, дротаверина хлорид (Но-шпа)
- блокаторы кальциевых каналов – частично избирательного действия – пинаверия бромид
- блокаторы натриевых каналов – мебеверин (Дюспаталин)

Лечение СРК

- Препараты, усиливающие моторику кишечника:
 - Пирроксан(пророксан) 15мг х 3р/д,
 - Дульколакс(бисакодил) 5-10 мг перед сном
 - Домперидон (мотилиум) 10 мг х 4р/д
- устранение метеоризма(Эспумизан)
- Препараты, угнетающие моторику кишечника:
 - дебридат(тримебутин),
 - лоперамид (имодиум) 2-4мг
- Препараты с пребиотическим эффектом (лактолоза, псиллиум, фруктоолигосахариды)

Лечение СРК

- невсасывающиеся кишечные антибиотики (рифаксимин и др) или антисептики (нифуроксазид)
- Энтеросорбенты: Полисорб 6-12г/сут, кратность 3-4 р/д 5-10 дней, Полифепан по столовой ложке гранул или пасты 3-4р/д, карболонг 5-10 г р/д 3-15 дней
- Седативные средства: новопассит 1т х3 р/сут, нотта 1 т х 3р/сут

Лечение СРК

Психотерапия:

Правильно оценить психическое состояние пациента

Выявить и устранить имеющиеся стрессовые факторы

Необходимо внушить пациенту веру в отсутствие у него тяжелого органического заболевания, угрожающего жизни

Объяснить, что проявления СРК могут сохраняться многие месяцы и годы

Лечение СРК

Физические упражнения при запоре:

Дыхание животом

Массаж живота по часовой стрелке

Ритмичное сжимание анальных
сфинктеров

Упражнение «велосипед»

Приведение выпрямленных ног к
туловищу

Поочередное подтягивание согнутой ноги
к животу

Лечение СРК

Физические упражнения при
диарее:

Упражнения с умеренной нагрузкой на
брюшной пресс

Повороты ,наклоны корпуса

Дыхательные упражнения

Упражнения с нагрузкой на конечности

Спасибо за внимание!