



**Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта в поликлинической практике.  
Функциональная диспепсия и синдром раздраженной кишки. Дисбиоз. Хронические запоры.**

**д.м.н. Горбань В.В.**

**ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России  
Кафедра поликлинической терапии  
с курсом ОВП (СМ) ФПК и ППС**

# Синдром раздраженного кишечника

- СРК является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника,
- в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов:
- 1. психосоциального воздействия и сенсоромоторной дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и
- 2. двигательной активности

# **Римский консенсус III.**

## **Классификация функциональных расстройств системы пищеварения**

- **С. Функциональные расстройства кишечника**
  - С1. Синдром раздраженного кишечника
  - С2. Функциональное вздутие
  - С3. Функциональный запор
  - С4. Функциональная диарея
  - С5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство

# Рубрики синдрома раздраженного кишечника в МКБ-10:

- K58 Синдром раздраженного кишечника
  - K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей
  - K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи
- K59 Другие функциональные кишечные нарушения
  - K59.0 Запор
  - K59.1 Функциональная диарея
  - K59.2 Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках

**Психологические факторы:** стресс,  
психический статус, преодоление трудностей,  
социальная поддержка

**Раннее детство:**  
генетика,  
влияние  
окружающей  
среды

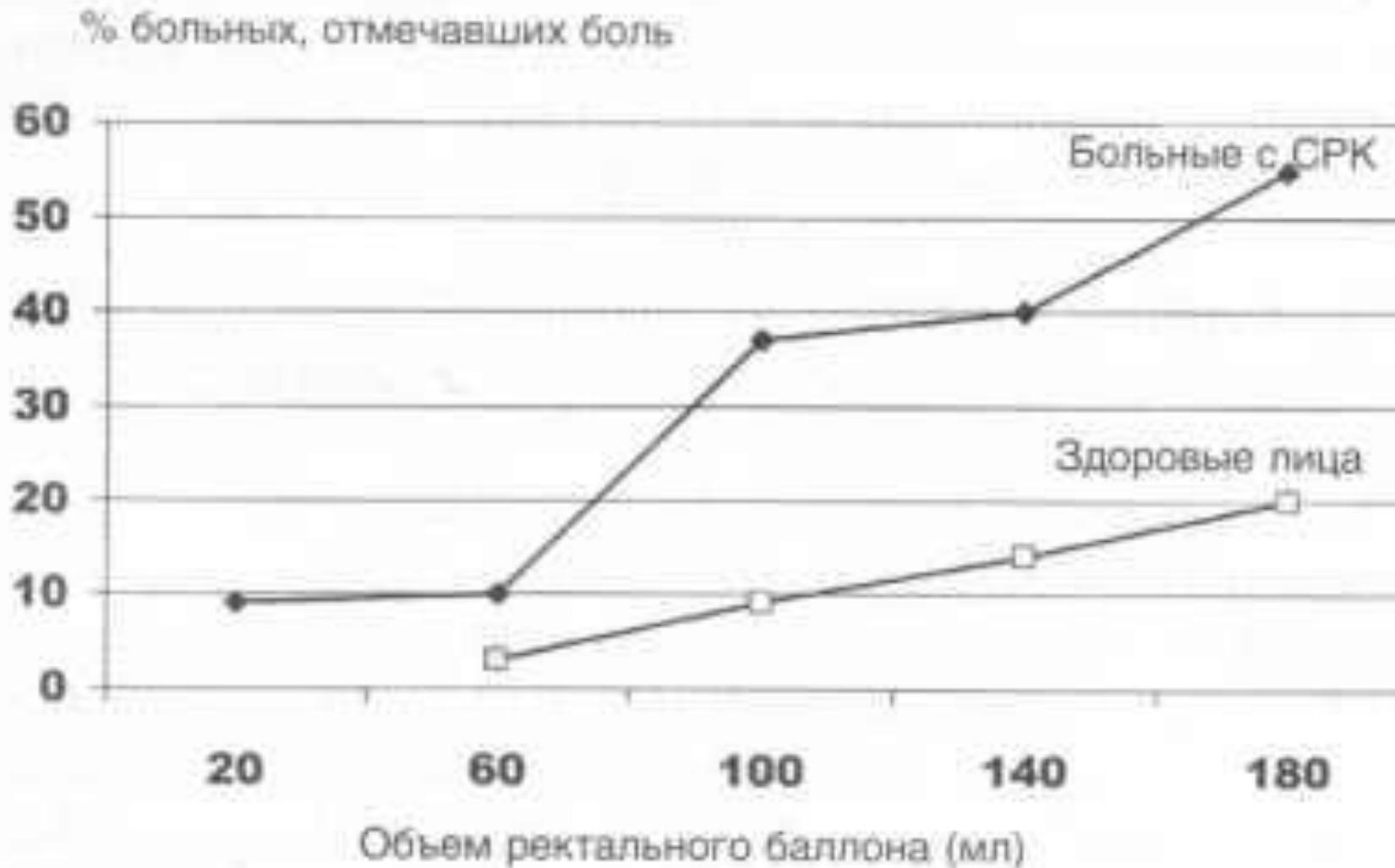
ЦНС ЭНС\*

**СРТК:**  
восприятие  
симптомов,  
поведение

**Патофизиология:**  
моторика, чувствительность

**Исходы:**  
прием  
медикаментов,  
посещение  
врача,  
повседневное  
поведение,  
качество  
жизни

# Висцеральная гиперчувствительность при СРК

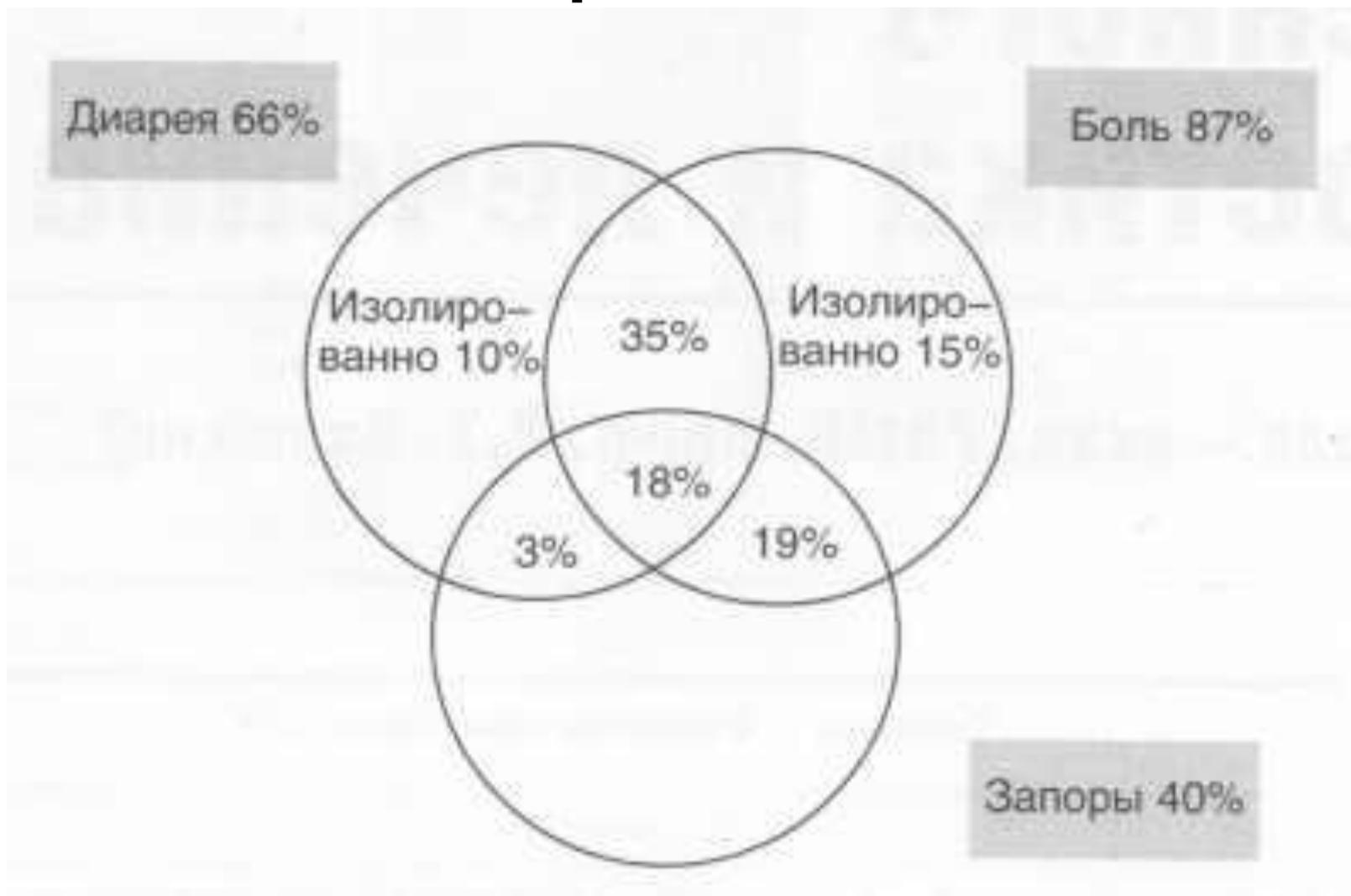


# Римские критерии СРК II (2000г.)

В зависимости от ведущего симптома выделяются три варианта течения СРК:

- 1) с преобладающими болями в животе и метеоризмом;
- 2) с преобладающей диареей;
- 3) с преобладающими запорами

# Рис. 1. Частота сочетаний симптомов при СРК



# Римские критерии III СРК

Согласно Римским критериям III, синдром раздраженного кишечника (СРК) определяется как рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт, отмечающиеся по меньшей мере в течение 3 мес и возникшие не менее чем за 6 мес до этого

сопровождаящиеся 2 или более симптомами ([www.romecriteria.org](http://www.romecriteria.org)):

улучшение после дефекации и/или приступ сопровождается изменением частоты стула и/или изменениями формы (внешнего вида) стула

# Римские критерии III СРК

- **Разделение IBS по преобладающей форме стула**
- 1. СРК с преобладанием запора (IBS-C) – твердый или комковатый стул\*  $\geq 25\%$  и жидкий или водянистый стул\*\*  $< 25\%$  дефекаций\*\*\*.
- 2. СРК с преобладанием диареи (IBS-D) – жидкий или водянистый стул\*\*  $\geq 25\%$  и твердый или комковатый стул\*  $< 25\%$  дефекаций\*\*\*.
- 3. Смешанный СРК (IBS-M) – твердый или комковатый стул\*  $\geq 25\%$  и жидкий или водянистый стул\*\*  $\geq 25\%$  дефекаций\*\*\*.
- 4. Неклассифицируемый СРК – патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D, или M\*\*\*.

Примечание.

\*Бристольская шкала формы кала, тип 1–2.

\*\*Бристольская шкала формы кала, тип 6–7.

\*\*\*Без применения антидиарейных или слабительных

Тип 1 Отдельные твердые комки, как орехи (труднопроходящие)



Тип 2 Колбасовидный, но комковатый



Тип 3 Колбасовидный, но с трещинами на поверхности



Тип 4 Колбасовидный или змеевидный, гладкий и мягкий



Тип 5 Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящий)



Тип 6 Пушистые рваные кусочки, пористый кал



Тип 7 Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость



# Эпидемиология СРК

- Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст - 30 - 40 лет. Соотношение женщин и мужчин колеблется от 1:1 до 2:1. Среди мужчин “проблемного” возраста, после 50 лет, СРК распространен так же часто, как среди женщин. Средний возраст пациентов составляет 24 - 41 год.
- Появление признаков заболевания после 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК.

Критериями диагностики СРК являются следующие постоянные или рецидивирующие, но сохраняющиеся в течение 3 мес и более симптомы: абдоминальные боли, расстройство стула, вздутие живота или чувство распираания

- **Первый вариант** (с преобладанием диареи):
- Жидкий стул 2-4 раза в день, преимущественно в утренние часы после завтрака, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи.
- Неотложные (императивные) позывы на дефекацию (изредка).
- Отсутствие диареи в ночное время

# Синдром раздраженного кишечника

- **Второй вариант** (с преобладанием запоров):
  - 1.Отсутствие дефекации в течение 3 сут и более.
  - 2.Чередование запоров с поносами.
  - 3. Чувство неполного опорожнения кишечника (стул в виде овечьего кала или лентообразный в виде карандаша).
  -
- **Третий вариант** (с преобладанием абдоминальных болей и вздутия живота):
  - Схваткообразные абдоминальные боли и вздутие живота (метеоризм).
  - При пальпации живота отмечается напряжение передней брюшной стенки и болезненность по ходу всех отделов кишечника).

# Симптомы “тревоги”, исключающие диагноз СРК

- *Жалобы и анамнез*
- немотивированная потеря массы тела
- ночная симптоматика
- постоянные интенсивные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ
- начало в пожилом возрасте
- рак толстой кишки у родственников
- *Физикальное обследование*
- Лихорадка
- Изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия и др.)
- *Лабораторные показатели:*
  - кровь в кале
  - лейкоцитоз
  - анемия
  - увеличение СОЭ
  - изменения в биохимии крови

# Этапы постановки диагноза СРК



# срк

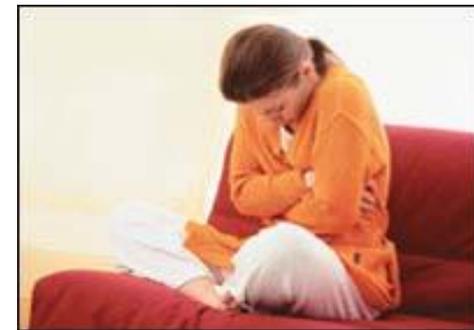
- **Признаки, свидетельствующие в пользу функционального генеза клинических симптомов.**
  1. Изменчивость жалоб
  2. Рецидивирующий характер жалоб
  3. Отсутствие прогрессирования
  4. Отсутствие уменьшения массы тела
  5. Усиление расстройства под действием стресса
  6. Связь с другими функциональными расстройствами, такими как синдром диспепсии, синдром вегетативной астении, ортостатические сосудистые расстройства, невроты, синдром раздраженного мочевого пузыря и др.

# **Больных отличают обилие сопутствующих жалоб и личностные особенности, помогающие уже при первом контакте заподозрить СРК.**

- . Многочисленные жалобы можно разделить на 3 группы:
- 1) симптомы неврологических и вегетативных расстройств - мигрень, боли в поясничной области, ком в горле, сонливость, бессонница, различные виды дизурии, дисменорея, импотенция и др., встречающиеся у 50% больных;
- 2) симптомы сопутствующих функциональных заболеваний органов пищеварения - тяжесть в эпигастрии, тошнота, отрыжка, рвота, боли в правом подреберье и др., наблюдаемые у 80% пациентов;
- 3) признаки психопатологических расстройств, чаще такие как депрессия, синдром тревоги, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия и др., выявляемые у 15 - 30% больных.

# Диагностика

- **Абдоминальная боль** является обязательной составной частью картины СРК.
- сопровождается вздутием живота, усилением перистальтики, урчанием, диареей или урежением стула.
- Боли стихают после дефекации и прохождения газов и, как правило, не беспокоят по ночам.
- Болевой синдром при СРК не сопровождается потерей массы тела, лихорадкой, анемией, увеличением СОЭ.



# Диагностика СРК

- **Сигмоскопию** выполняют большинству пациентов с подозрением на СРК.
- При **запорах** исследование позволяет исключить обструктивные повреждения,
- а при **диарее** - воспалительные заболевания кишечника и другую патологию, сопровождающуюся изменениями слизистой оболочки толстой кишки. У пациентов с диареей и нормальной картиной слизистой биопсия может исключить микроскопические формы колитов (лимфоцитарный, коллагеновый, эозинофильный) и амилоидоз.
- При впервые появившейся симптоматике СРК **у пациентов старше 50 лет** необходима оценка слизистой на всем протяжении при **полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения рака толстой кишки**

# Прогноз

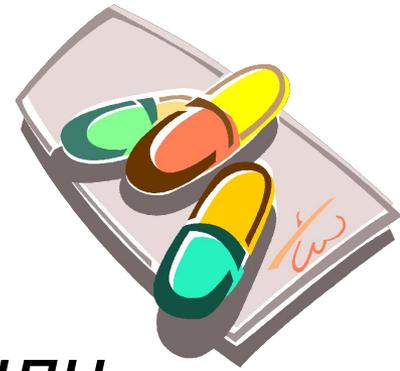
- Течение болезни хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее.
- Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных СРК такой же, как в общей популяции.
- Это определяет тактику наблюдения пациентов и отсутствие необходимости в более частых колоноскопиях.
- **Прогноз жизни при СРК благоприятный.**

# Программа лечения

- Невозможность этиотропного лечения.

## ***Комплексное лечение:***

- *Изменение образа жизни*
- *Диета*
- *Лекарственные средства*
- *Психотерапия индивидуальная или групповая.*



# **Принципы купирования абдоминального болевого синдрома:**

- Этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания**
- Нормализация моторики**
- Снижение висцеральной чувствительности**
- Коррекция механизмов восприятия боли**

- **Ведение больных СРК:**

- *1.Наличие или отсутствие «симптомов тревоги»*
- *2.Ведущий симптомокомплекс:*
- *Диарея,*
- *Констипация,*
- *Болевой вариант.*

- Миотропные спазмолитики,
- прокинетики, балластные вещества,
- агонисты –опиоидных рецепторов(лоперамид),
- антагонисты 5-гидрокситриптаминовых рецепторов (ондасетрон, алосетрон),
- Тегасерод
- Психотропные препараты
- Пробиотики и пребиотики
- Психотерапия

Лекарственные препараты, рекомендуемые для купирования основных клинических симптомов СРК

Клинический синдром	Препарат	Доза
Диарея	Лоперамид Алосетрон, психотропные вещества, пробиотики	2-4 мг. в сутки макс.12 мг.
Запоры	Лактулоза Прокинетики, балластные вещества	
Боли в животе	Спазмолитики	4-5раз в сутки

# МЕТЕОСПАЗМИЛ

*альверин+симетикон*

## *Показания*

- СРК (синдром раздраженного кишечника)
- Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся болями в животе, расстройствами стула (запоры, диарея), вздутием, отрыжкой, тошнотой.
- Метеоризм (вздутие живота вследствие скопления газов в кишечнике).
- Болевой абдоминальный синдром, связанный с повышенным газообразованием, в том числе и в послеоперационном периоде.
- Подготовка к рентгенологическому, ультразвуковому или эндоскопическому исследованию органов брюшной полости.

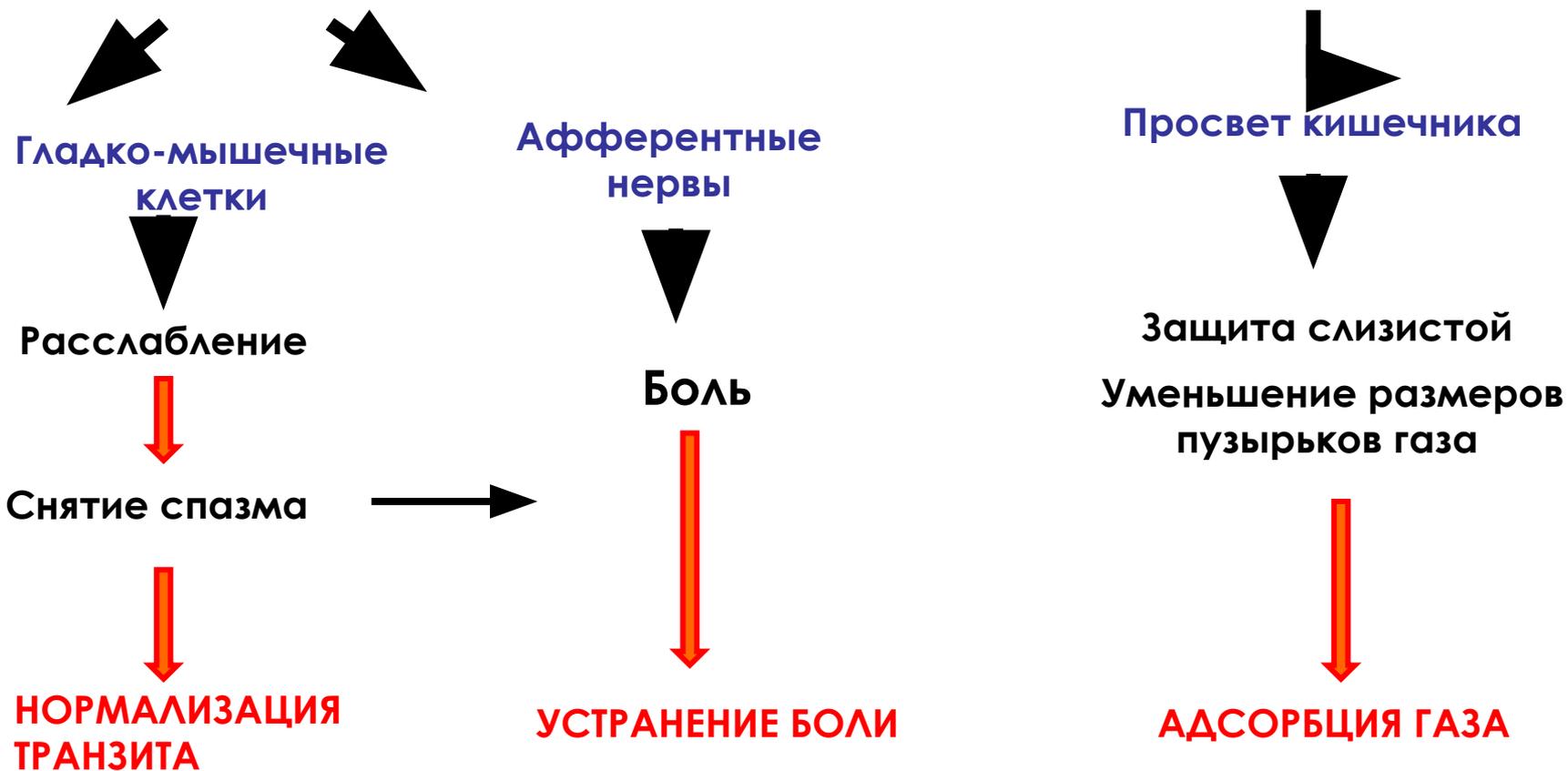
# МЕТЕОСПАЗМИЛ

*альверин+симетикон*

**АЛЬВЕРИН**

*терапевтический эффект*

**СИМЕТИКОН**



# МЕТЕОСПАЗМИЛ

*альверин+симетикон*

## *Показания*

- СРК (синдром раздраженного кишечника)
- Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся болями в животе, расстройствами стула (запоры, диарея), вздутием, отрыжкой, тошнотой.
- Метеоризм (вздутие живота вследствие скопления газов в кишечнике).
- Болевой абдоминальный синдром, связанный с повышенным газообразованием, в том числе и в послеоперационном периоде.
- Подготовка к рентгенологическому, ультразвуковому или эндоскопическому исследованию органов брюшной полости.

# Дивертикулярная болезнь

- Полагают, что развитие дивертикулярной болезни у большинства пациентов связано с дефицитом в рационе пищевых волокон
- Более чем у двух третей пациентов с дивертикулезом нет выраженной симптоматики
- Пищевые волокна являются единственной базовой терапией при дивертикулезе
- Не только пациенты с выраженной клинической картиной, но и асимптоматические пациенты с дивертикулярной болезнью должны получать терапию пищевыми волокнами в виде диеты или с использованием лекарственных препаратов

# Физиологическое значение пищевых волокон

При усвоении 30 гр. пищевых волокон расходуется столько же ккал, сколько при 20 мин пробежке

Уменьшают доступность пищевых веществ (жиров) для действия пищевых ферментов

Связывают и выводят желчные кислоты, холестерин, соли тяжелых металлов, канцерогены, радионуклеиды

Ускоряют продвижение химуса по кишке за счет механической стимуляции перистальтики

Задерживают воду в желудке, вызывая его растяжение, что способствует подавлению чувства голода, создает иллюзию насыщения,

Уменьшают всасывание жиров и холестерина

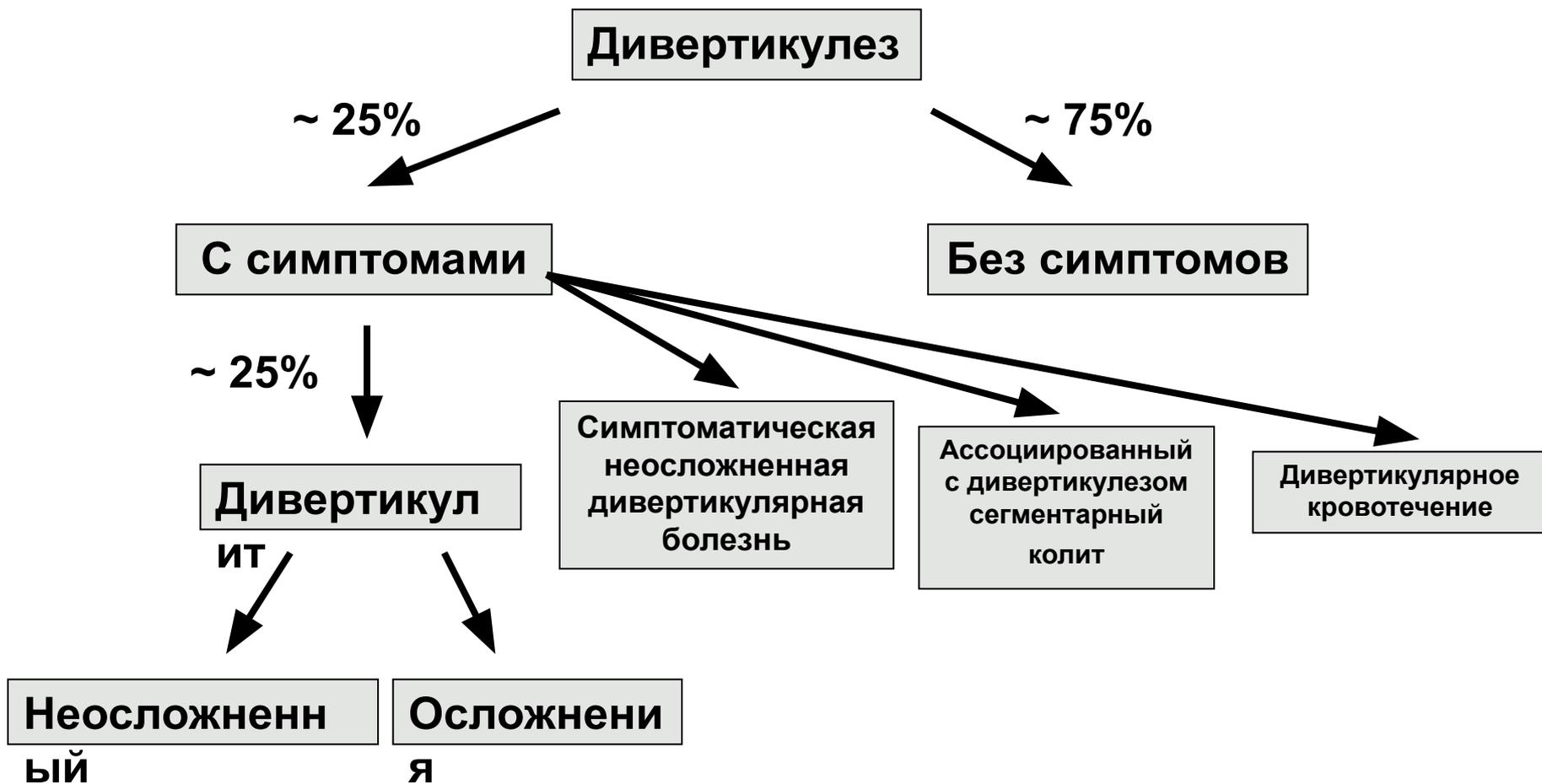
Являются пищевым субстратом для сахаролитических бактерий, подавляют рост протеолитических бактерий

Ферментируются кишечными микробами с образованием КЖК

## Механизмы развития клинических проявлений дивертикулярной болезни толстой кишки

- Большинство пациентов не имеют выраженной симптоматики или она представлена минимально
- Развитие абдоминальной боли, метеоризма, флатуленции, нарушений стула обусловлено избыточным газообразованием микрофлорой, заселяющей дивертикулы толстой кишки
- Биологическая активность микрофлоры, заселяющей дивертикул, способствует развитию и поддержанию воспаления, что может и приводить к развитию дивертикулита, в том числе, с осложнениями (кровотечение, непроходимость, перфорация)

# Естественное течение дивертикулярной болезни\*



## Факторы риска:

Низкое потребление пищевых волокон, высокое потребление мяса, ожирение, низкая физ. нагрузка

\* V. Gross, Falk Symposium # 178, Кёльн,

# Симптомы острого дивертикулита

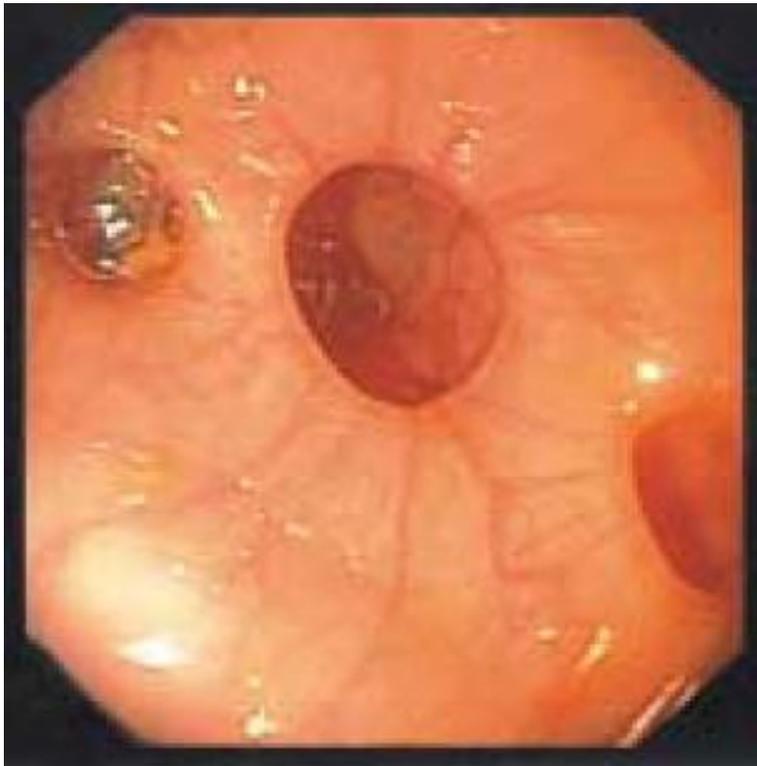
- **Симптомы**
  - Резкая боль
  - Тенезмы
  - Неустойчивый стул (запор/диарея)
  - Лихорадка
  - (Ректальное кровотечение)
  - (Дизурия)
- **Данные обследования**
  - Вздутие живота
  - Пальпируемый “валик”
  - Болезненность при пальпации по ходу кишечника
  - Симптомы мышечной защиты
  - Симптомы локального перитонита
  - Острый живот
  - Лейкоцитоз
  - Повышение СОЭ
  - Повышение уровня С-реактивного белка



# Диагностика



Рентгенологическая картина дивертикулеза  
(рентгенография с двойным контрастированием).



## **Диагностика**

Эндоскопическая картина дивертикулеза и эндоскопическая картина распространенного дивертикулеза с широкими устьями дивертикулов

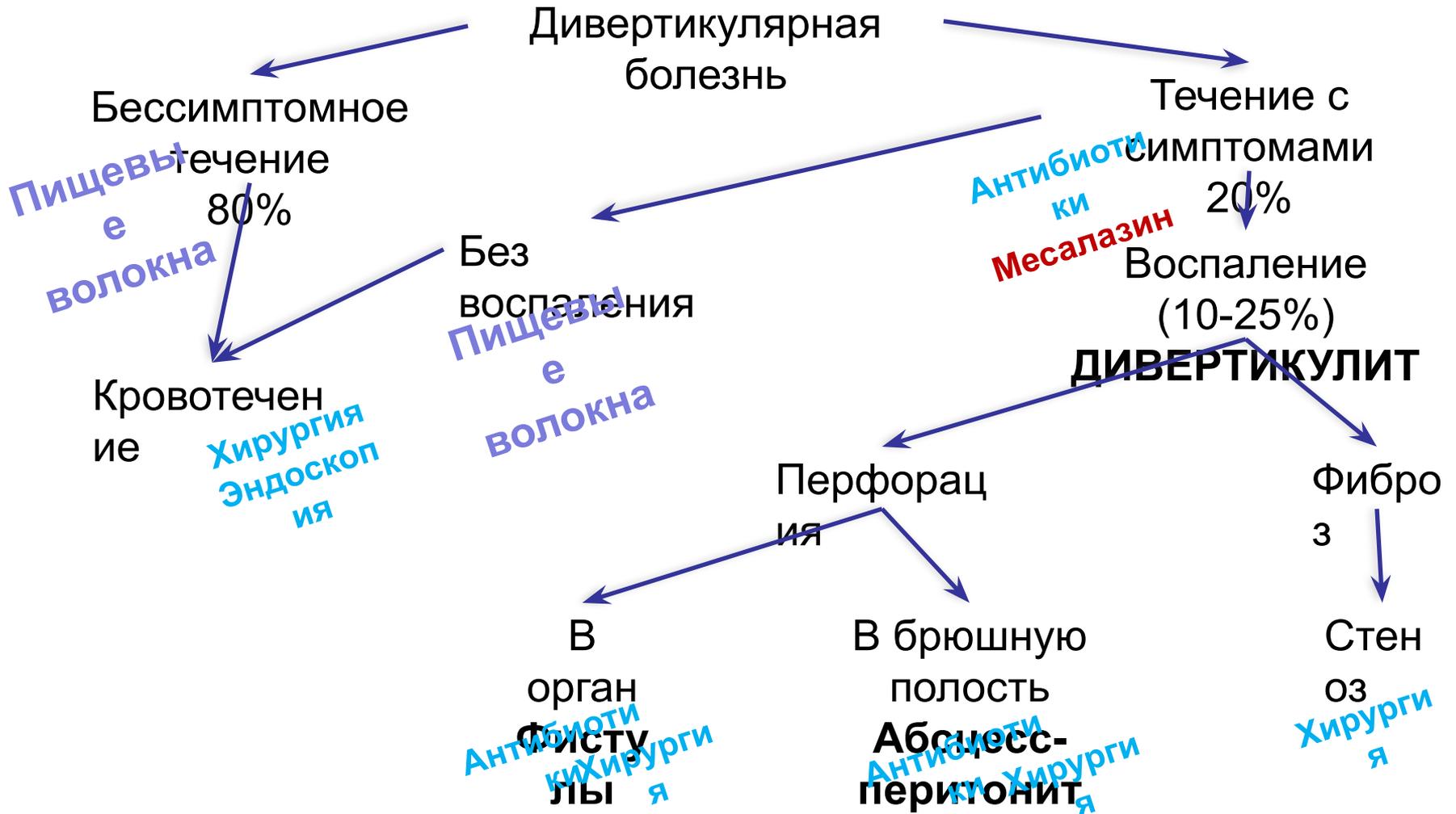
# Диагностика острого дивертикулита

Лабораторные показатели	Признаки воспаления
<b>УЗИ</b>	“Гало”, утолщение стенки кишки, абсцесс, (свищи)
<b>Компьютерная томография</b> (с внутривенным контрастом или ректально-вводимым водорастворимым контрастом)	Утолщение стенки кишки, стеноз кишки, воспаление перисигмоидальной жировой ткани, абсцессы, закрытая перфорация
<b>Рентгенологическое исследование</b> (клизмы с контрастным веществом)	Стеноз кишки, закрытая перфорация, отек шейки (устья) дивертикула, свищи (после введения водорастворимого контраста при невозможности проведения КТ)
<b>Магнитно-резонансная томография</b>	Показания окончательно не определены
<b>Колоноскопия</b>	Стеноз, признаки воспаления; после разрешения острого воспаления: исключение карциномы; <b>острый процесс является относительным противопоказанием</b>

# Подходы к терапии дивертикулярной болезни толстой кишки

- Базовая терапия пищевыми волокнами
- Восстановление моторной функции толстой кишки
- Нормализация микрофлоры кишечника с целью купирования симптомов и профилактики рецидивов и осложнений
- Лечение осложнений

# Алгоритм выбора лечения при дивертикулярной болезни



# Роль пищевых волокон в лечении дивертикулярной болезни

- Увеличение объема стула
- Устранение запора
- Снижение внутрипросветного давления
- Повышение содержания короткоцепочечных жирных кислот (КЖК)
- Пребиотический эффект

# Схема лечения дивертикулярной болезни, основанная на доказательной медицине

## Дивертикулез:

- **Базовая терапия пищевыми волокнами:**
  - *Мукофальк 2-4 пакетика в день на 2-3 приема. Постоянно длительно*
- **Боли в животе, тенезмы:**
  - *Гиосцина бутилбромид по 10-20 мг 3-4 раза в день или*
  - *Тримебутин по 100-200 мг 3 раза в день или*
  - *Альверина цитрат по 60 мг 2-3 раза в день*
- Если в течение месяца на фоне приема 4 пакетов Мукофалька в сутки сохраняется **запор:**
  - *оценить питьевой режим - суточное потребление жидкости должно быть не менее 1,5-2 л,*
  - *увеличить дозу Мукофалька до 6 пакетов в день или к терапии добавить:*
  - *натрия пикосульфат 5-15 капель в день или*
  - *лактитол 20-40г в день*
- **Метеоризм:**
  - *Симетикон 80 мг 3-5 раз в день*
  - *При рефрактерном течении - Рифаксимин 600-800 мг в сутки 3-4 раза в день приема 7 дней*

# Схема лечения дивертикулярной болезни, основанная на доказательной медицине

## Дивертикулит - обострение:

- Диета – стол по типу №4а
- Базовая терапия:
  - *Мукофальк 2-4 пакетика в день на 2-3 приема*
- Антибактериальная терапия 7-10 дней:
  - *Рифаксимин 800-1200 мг в день или*
  - *Ципрофлоксацин 1г + Метронидазол 1г в день*
- Противовоспалительная терапия 2-4 недели:
  - *Салофальк таблетки 1,5-2 г в день на 2-3 приема*
- Спазмолитики/прокинетики 2-4 недели:
  - *Гиосцина бутилбромид по 10-20 мг 3-4 раза в день или*
  - *Тримебутин по 100-200 мг 3 раза в день*

# Схема лечения дивертикулярной болезни, основанная на доказательной медицине

**Дивертикулит – поддержание ремиссии:**

- **Базовая терапия:**

- *Мукофальк 2-4 пакетика в день на 2-3 приема постоянно*

- **Противорецидивная терапия (не менее 1 года):**

- *Салофальк таблетки 1-1,5 г в сутки на 2-3 приема курсами по 7 дней ежемесячно или НЕПРЕРЫВНО*

и/или

- *Рифаксимин 800 мг в сутки на 2 приема курсами по 7 дней ежемесячно*

# Показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни

- **Абсолютные**

- Перфорация дивертикула с развитием абсцесса и перитонита
- Стриктура толстой кишки с развитием кишечной непроходимости
- Формирование свища
- Профузное дивертикулярное кровотечение

- **Относительные**

- Отсутствие улучшения на фоне консервативного лечения
- Рецидивы острого дивертикулита (более 3 раз на протяжении 2 лет)
- Повторные кишечные кровотечения (эмболизация)