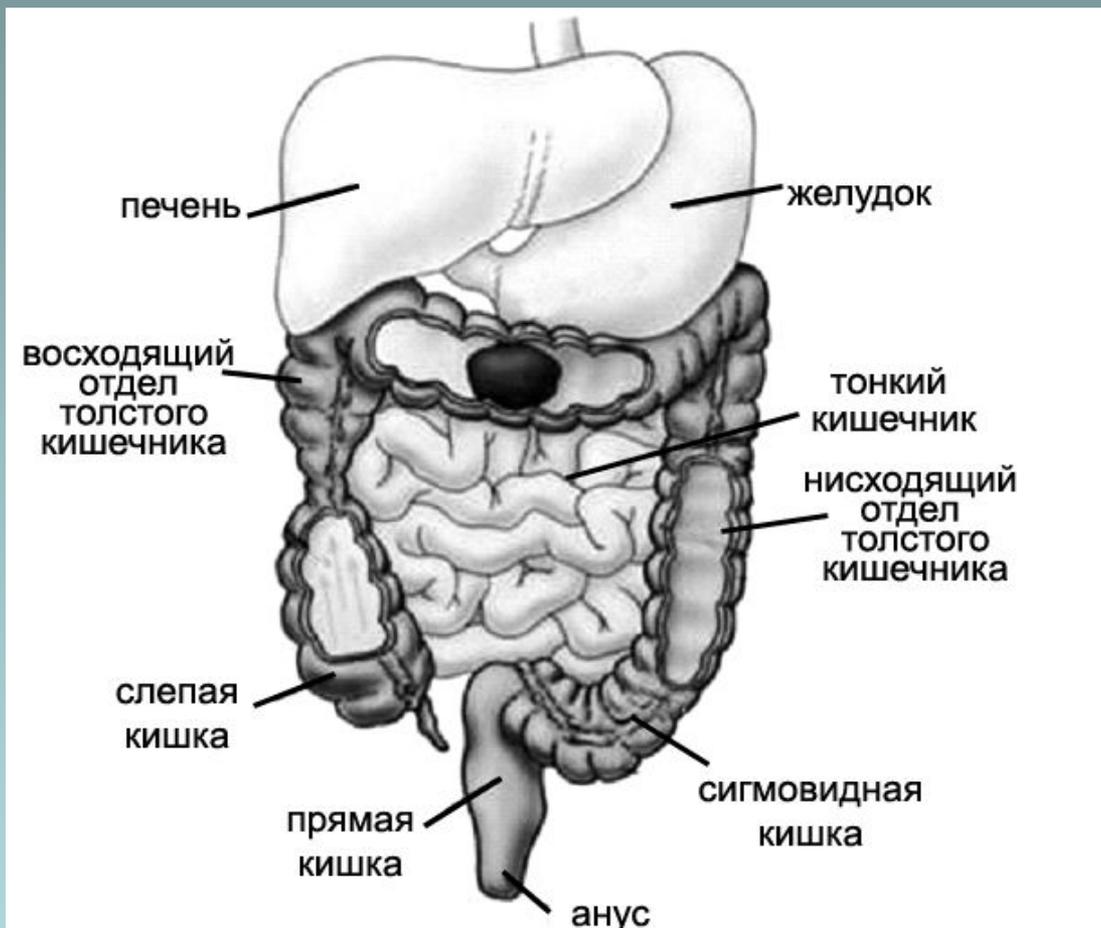


Казахстанско-Российский Медицинский Университет

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Выполнил: Теипов А.А
509 «Б» ОМ

Алматы-2016



СРК

функциональное кишечное расстройство, при котором дискомфорт или боль в животе связаны с дефекацией или с изменениями частоты и консистенции стула, а также с изменениями самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации) (Римские критерии III, 2006)

Диагностические критерии синдрома раздраженной кишки

Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт² по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца, ассоциирующаяся с 2 или более признаками из следующих:

1. Улучшение после дефекации
2. Начало, связанное с изменением частоты стула
3. Начало, связанное с изменением внешнего вида кала

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3-х последних месяцев с начала проявлений и не менее 6 месяцев перед диагностикой (за предшествующий шестимесячный период).

Дискомфорт означает неудобства, которые нельзя описать как боль.

- Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48%. Размах показателей распространенности объясняется тем, что две трети лиц с симптомами СРК, к врачам не обращаются. За медицинской помощью обычно обращаются пациенты с СРК, имеющие характерный психоэмоциональный статус (чувство тревоги, неуверенности, страха, депрессия, навязчивые состояния и т.д.). Среди обращающихся за первичной медицинской помощью эти больные составляют до 40-70%.
- Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст - 30 - 40 лет. Соотношение мужчин и женщин колеблется от 1:1 до 1:2. В тех странах, где женщины эмансипированы, имеют равные права с мужчинами, их обращаемость по поводу симптомов СРК в 2 - 4 раза выше, чем у мужчин.

Этиология

- Психоэмоциональные нарушения
- Социальные причины: 80% больных отмечают связь обострений со стрессовыми ситуациями: семейные, профессиональные, финансовые конфликты

Этиология

- Нарушение моторно-эвакуаторной функции:
 1. систематическое подавление естественных позывов на дефекацию,
 2. недостаток пищевых волокон в питании,
 3. перенесенные кишечные инфекции,
 4. гиподинамия (особенно длительная работа в положении сидя)

Этиология

- Характер питания (недостаток пищевых волокон)
- Наследственность:
 - у 33% больных СРК родственники страдают тем же заболеванием
 - у монозиготных близнецов СРК встречается чаще, чем у dizиготных

Классификация

1. СРК с запором.— твердый или шероховатый стул $\geq 25\%$ из числа опорожнений кишечника.
2. СРК с диареей— расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $\geq 25\%$ из числа опорожнений кишечника.
3. Смешанный СРК — твердый или шероховатый стул $\geq 25\%$ и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $\geq 25\%$ из числа опорожнений кишечника.
4. Неклассифицированный СРК,— недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для субтипов СРК-1, 2 или 3.

Клиническая картина

Абдоминальная боль - ведущий симптом заболевания. Интенсивность боли может быть самой разной: от ощущения легкого дискомфорта до кишечной колики, характерно появление боли сразу после еды и ее стихание после дефекации и отхождении газов. Важной отличительной особенностью болевого синдрома при СРК является отсутствие болей в ночные часы. Как правило, боль локализуется в левой нижней половине живота, но может отмечаться в любом отделе живота. Абдоминальная боль сопровождается нарушением опорожнения кишечника. чаще в подвздошных (преимущественно левой) областях, усиливается после приема пищи и уменьшается после дефекации, отхождения газов

Беспокоит ощущение переполнения, вздутия живота. Метеоризм слабо выражен утром, постепенно усиливаясь к вечеру.

Нарушения стула могут проявляться как диарей, так и запором или чередованием этих симптомов. При диарее частота стула составляет 3-5 раз в день с выделением небольшого количества кала. Диарея может быть вызвана приемом пищи (гастроколитический рефлекс) или стрессом

Внекишечные проявления СРК

1. утомляемость, слабость, головные боли по типу мигрени
2. ощущение кома в горле, неудовлетворенность вдохом
3. невозможность спать на левом боку из-за появляющихся неприятных ощущений в области сердца
4. вазоспастические реакции (онемение, зябкость пальцев рук)

Диагностика

1. общий анализ крови и мочи,
2. биохимическое исследование крови (билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП),
3. копрограмма, анализ кала на скрытую кровь,
4. ирригография, ректо-, сигмо- или колоноскопию с биопсией,
5. УЗИ органов брюшной полости и малого таза
6. ЭГДС с биопсией
7. консультация специалистов (гинеколог, уролог, психотерапевт, психолог)

Лечение

Лечение пациентов с СРК должно быть комплексным: оно предполагает проведение общих мероприятий, назначение лекарственной терапии, применение различных методов психотерапии

- Диета
- Купирование боли: селективные антиспастические препараты: мебеверин (дюспаталин) (в капсулах по 200 мг 2 раза в день), пинаверия бромида (дицетел) (по 50 мг 3 раза в сутки).
гиосцина бутилбромид (бускопан)

- СРК с преобладанием диареи - лоперамид
- СРК преобладанием запоров, помимо общих рекомендаций по режиму питания и диете, назначаются слабительные препараты: пикосульфат натрия (от 10 до 30 капель, однократно, вечером), лактулоза (15-30 мл) или макроголь 4000 10-20 г на ночь, псиллиум (препарат семян подорожника).

- Преобладание метеоризма - используют пеногасители, симетикон (по 1-2 капе. 3-5 раз в сут.) или диметикон, природные вещества, снижающие поверхностное натяжение находящихся в желудочно-кишечном тракте пузырьков газа, которые при этом распадаются.