Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра терапии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Гринштейн Юрий Исаевич

РЕФЕРАТ

# Тема: «Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника»

 Выполнил: ординатор 1 года 111 группы кафедры Терапия ИПО Борчикова Татьяна Владимировна

 Проверил: КМН, Доцент кафедры Терапия ИПО Бойкова Ольга Анатольевна

Красноярск 2023

# Оглавление

# Введение………………………………………………………………………………….3

# Классификация ………………….………....……………………………………………3

# Клиника и диагностика …………………………….……..........................................…4

# Дифференциальный диагноз…………………………..………………………….….....5

# Лечение…….………………………………………………………………………...…..6

# Выводы…………………………………………………………………………….…….8

# Список литературы……………………………………………………………..…........9

#

**Введение.**

СРК составляет часть большой группы функциональной патологии ЖКТ и служит своеобразным «эталоном» для понимания патогенетической сути функциональных заболеваний органов пищеварения, поскольку является наиболее изученной и распространённой патологией. Заболевание наносит большой экономический ущерб обществу по прямым показателям затрат на медицинское обслуживание и лечение и по показатели непрямой деятельности. Глобальная распространенность СРК составляет 11,2% (мета-анализ 80 исследований с участием 260 960 пациентов), распространенность выше: среди женщин, чем среди мужчин; у более молодых людей, чем у лиц старше 50 лет.

**Классификация.**

СРК - функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующими болями в животе, которые возникают, по меньшей мере, 1 раз в неделю и характеризуются следующими признаками (двумя или более): связаны с дефекацией; связаны с изменением частоты последней; связаны с изменением формы (внешнего вида) стула. Эти признаки должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев (*Римские критерии функциональных расстройств ЖКТ, IV пересмотра, 2016г).*

Этиология, патогенез и факторы риска.

Выделяют факторы, которые повышают риск развития СРК (генетические, экологические и социально-психологические); факторы, которые вызывают возникновение или обострение симптомов СРК (пищевая непереносимость, хронический стресс, дивертикулит, хирургическое вмешательство). Патофизиологические механизмы: измененная моторика ЖКТ, изменение состава кишечной микрофлоры, повышенная проницаемость кишечника, активации иммунной системы с повышением количества Т-лимфоцитов, тучных клеток в слизистой оболочке кишки и уровня провоспалительных цитокинов, нарушение регуляции со стороны ЦНС. Все эти механизмы приводят к формированию главного патогенетического звена СРК - *висцеральной гиперчувствительности (*гипералгезия), приводящей к развитию болевого синдрома в ответ на минимальные раздражители.

**Классификация и диагностика**

МКБ-10 выделяетСиндром раздраженного кишечника (K58), Синдром раздражённого кишечника с диареей (K 58.0), Синдром раздражённого кишечника без диареи (58.9).

 Римские критерии функциональных расстройств ЖКТ, IV пересмотра (2016г), кроме СРК выделяют следующие функциональные расстройства кишечника: функциональный запор; функциональная диарея, функциональное вздутие/растяжение живота; неопределенные функциональные расстройства кишечника и опиоид-индуцированный запор.

 Выделяют четыре возможных варианта СРК, в зависимости от характера изменений стула. В основу данной классификации положена форма стула по Бристольской шкале, которая легко понимается больными и позволяет быстро идентифицировать характер нарушений стула.

Бристольская шкала формы стула

Тип 1. Отдельные твердые комки, как орехи (проходят с трудом).

Тип 2. В форме колбаски, но комковатый.

Тип 3.В форме колбаски, но с бороздами на поверхности.

Тип 4. В форме колбаски или змейки, гладкий и мягкий.

Тип 5. Мягкие комочки с четкими краями.

Тип 6. Рыхлые куски с рваными краями, кашицеобразный стул.

Тип 7. Водянистый, без плотных частей, полностью жидкий.

 СРК с преобладанием запоров. Более 25% стула имеет типы 1 или 2 по Бристольской шкале и менее 25% стула - типы 6 или 7. Альтернатива для клинической практики: пациент сообщает о том, что нарушение функции кишечника, как правило, запор (на подобии 1 или 2 типов по Бристольской шкале).

* Натуживание при дефекации
* Твердый стул (овечий)
* Менее 3 дефекаций в неделю
* Чувство неполного опорожнения кишечника

 СРК с преобладанием диареи. Более 25% стула имеет типы 6 или 7 по Бристольской шкале и менее 25% стула - типы 1 или 2. Альтернатива для клинической практики: пациент сообщает о том, что нарушение функции кишечника, как правило, диарея (на подобии 6 или 7 типов по Бристольской шкале).

* Стул 3 и более раз в сутки
* Возрастает объем кала
* Консистенция кала становится более жидкой.

 СРК смешанного типа. Более 25% стула имеет типы 6 или 7 по Бристольской шкале и более 25% стула - типы 1 или 2. Альтернатива для клинической практики: пациент сообщает о том, что нарушение функции кишечника, как правило, соответствуют как запору, так и диарее.

 СРК неклассифицированный. Пациенты, которые отвечают диагностическим критериям СРК, но функция кишечника не может быть точно отнесена к одной из трех указанных ранее групп, должны быть отнесены к «неклассифицированному» СРК.

 Как и в случае других функциональных заболеваний ЖКТ, диагноз СРК устанавливается на основании соответствия симптомов пациента Римским критериям IVпересмотра при отсутствии органических причин для их возникновения.

**Клиника и диагностика**

 Клинические проявления характеризуются следующими особенностями. Изменчивость жалоб, связь ухудшения самочувствия с психо-эмоциональными факторами: стрессы, психические заболевания, депрессия, агрессивные реакции, навязчивость. Отсутствие расстройств в ночное время. Связь с другими функциональными расстройствами: синдром желудочной диспепсии, синдром вегетативной астении, ортостатические сосудистые расстройства, неврозы, синдром раздраженного мочевого пузыря; связь с менструациями, дисменореей, климаксом.

 СРК, как диагностическая гипотеза (типичные жалобы и анамнез, изменчивость жалоб, отсутствие динамики заболевания, постоянство массы тела, связь со стрессом общие вегетативные симптомы), требует уточняющих диагностических действий.

 *Лабораторные исследования*: СРБ, клинический анализ крови и СОЭ, электролиты. Обнаружение анемии или повышенного количества лейкоцитов в крови требует дальнейшего исследования. Исследование фекального кальпротектина – продукта нейтрофильных гранулоцитов, обнаружение которых в кале указывает на воспаление стенки кишки. Умеренное повышение фекального кальпротектина наблюдают при поражении слизистой (целиакия, лактазная недостаточность), значительное повышение концентрации отмечают при ВЗК, бактериальных инфекциях ЖКТ и других органических заболеваниях кишечника, но не при СРК. Серологические тесты для целиакии у пациентов с преобладанием диареи или смешанного типа СРК, с неудачной пробной терапией. При диарее также определяют пассаж бария, анализ кала на патогенные бактерии и паразитов. *ФКС*: скрининговое исследование показано пациентам 50 лет и старше при отсутствии сигнальных симптомов. *УЗИ*, при диспепсии – ЭГДС.

## Дифференциальный диагноз

##  Выделение ряда признаков, нацеливает врача на поиск и исключение органической патологии. Такой подход используют при диагностике всех функциональных заболеваний органов ЖКТ. Появление хотя бы одного из «симптомов тревоги» является показанием к углубленному обследованию пациента. К ним относятся, по данным жалоб и анамнеза: потеря массы тела; начало заболевания в пожилом возрасте; ночная диарея; постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ; прогрессирующее течение заболевания; семейная история рака толстой кишки, ВЗК (язвенный колит и болезнь Крона), целиакия у родственников. По данным непосредственного обследования: лихорадка; изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.). По данным лабораторных показателей: анемия; лейкоцитоз; повышение СОЭ; кровь в кале; изменения в биохимическом анализе крови; стеаторея и полифекалия.

 **Спектр заболеваний для дифференциальной диагностики**.

*Целиакия*:начало заболевания в детстве, что может служить причиной замедленного развития ребенка; для исключения целиакии, определяют антитела IgA к тканевой трансглутаминазе и эндомизию. *Лактазная и дисахаридазная недостаточность*: связь симптомов с приемом определенных продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой. *Внешнесекреторная* *недостаточность поджелудочной железы* (см. раздел 7). *Эндокринные расстройства* (гипертиреоз, гормон-продуцирующие опухоли ЖКТ). *ВЗК:* наличие гематохезии, хронической диареи, необъяснимой потери массы тела, анемии, перианальные поражения (свищи, трещины), показано проведение ФКС. *Лимфоцитарный или коллагеновый колит* (микроскопические колиты): протекают без боли и являются причиной 30% случаев хронической диареи у лиц старшего возраста, для подтверждения диагноза – ФКС с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки. *Радиационный колит* *и колит, ассоциированный с приемом НПВС*: анамнез. *Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке*: диарея, вздутие живота и мальабсорбция. Для подтверждения СИБР - дыхательный водородный тест (однако СИБР встречается у 84% больных с СРК). *Дивертикулит:* лихорадка и боли в левой подвздошной области, а также инфильтрат в виде пальпируемого мягкого образования в этой зоне. *Гинекологические заболевания* (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника). *Ишемическая болезнь органов пищеварения, рак толстой кишки, острая инфекционная диарея, антибиотико-ассоциированная диарея, псевдомембранозный колит, лямблиоз.* Редкие причины СРК-подобных симптомов, в первую очередь, диареи: *болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, вирусные поражения толстой кишки* (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

Для дифференцирования симптомов СРК и органических заболеваний кишечника можно использовать данные таблицы №43.

**Таблица №1**

**Дифференциальный диагноз СРК и органических заболеваний кишечника**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Органические заболевания** | **СРК** |
| Длительность анамнеза | короткий | длинный |
| Постоянство жалоб | монотонные | изменчивые |
| Локализация болей | локальные | мигрирующие |
| Потеря массы тела | да | нет |
| Зависимость жалоб от стресса | нет | да |
| Частота стула реже на фоне приступа боли | 27% | 81% |
| Повышение перистальтики кишечника на фоне боли | 30% | 74% |
| Облегчение боли после опорожнения кишечника | 30% | 71% |
| Метеоризм  | 21% | 59% |
| Ощущение неполного опорожнения кишечника | 33% | 59% |

**Лечение**

 Как и при других функциональных страданиях, в лечении СРК большое значение придается общим мероприятиям: образованию и переубеждению больных, стилю жизни (физические упражнения, снижение стресса, внимание к нарушениям сна).Определенное место отведено регулярности питания и диете, которые могут улучшить симптомы СРК. Рекомендуют обеспечить достаточное потребление жидкости, ограничить чай и кофе до 3 чашек в день, алкоголь и газированные напитки, высокое потребление нерастворимых зерновых волокон в пище; ограничить свежие фрукты до 3 порций в день.

Диета пациенту с СРК должна быть подобрана индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффекта от назначения конкретной диеты, всем больным с СРК следует рекомендовать:

* Принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы.
* Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.
* Целесообразно рекомендовать пациенту «ведение пищевого дневника» для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.
* Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначениеаглютеновой диеты [5].

Эффективность диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) сомнительна.

Масштабные исследования эффективности увеличения физической активности при СРК не проводились. Тем не менее, пациентам с СРК следует рекомендовать умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой), которые приводят к достоверному уменьшению основных симптомов заболевания*.*

 Лекарственные препараты, рекомендованные для леченияболевого синдрома при СРК, представлены ниже (таблица №2).

**Таблица №2**

**Лекарственные препараты для лечения болевого синдрома при СРК**

|  |  |
| --- | --- |
| **Группы препаратов** | **Доза, химическое название** |
| Гладкомышечные спазмолитики | Дицикломин 10-20 мг х 4 р/д (М-холинолитик); Отилониум (Спазмомен, блокатор Са каналов) 40-80 мг х 2-3 р/д; Мебеверин 135 мг х 3 р/д |
| Пробиотики | Мультиштаммовые |
| Масло мяты перечной | Капсулы, покр. кишечнорастворимой оболочкой 250-750 мг х 2-3 р/д |
| Трициклические антидепрессанты | Деспирамин 25-100 мг на ночь; Амитриптилин 10-50 мг на ночь |
| Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина | Пароксетин 10-40 мг ежедневно |
| Активаторы хлоридного канала | Лубипростон 8 мкг х 2 р/д |
| Агонисты гуанилатциклазы C | Линаклотид 290 мкг ежедневно |
| 5-HT3 антагонисты | Алосетрон 0,5-1,0 мг х 2 р/д |

Лечение функционального запора**.** *Диета***.** В день необходимо принимать 30 г *балластных веществ*. Такое количество содержится в примерном меню: 200 г хлеба из муки грубого помола (16 г балластных веществ), 200 г картофеля (7г), 250 г овощей (7г), 250 г фруктов (5 г) – в сумме 35 г. Большое количество *жидкости* в день, в том числе 700 мл утром. Расширение двигательного режима пациента, массаж кишечника.

 *Слабительные.* Антрахиноны (алоэ, листья и плоды сенны, корень ревеня, кора крушины). Дифенолы: бисакодил. Солевые слабительные. Спирты-углеводы: сорбит, лактулоза. Форлакс (полиэтиленгликоль 17 - 34 г/сутки). Набухающие вещества и вещества-наполнители: мукофальк (оболочка семян подорожника). *Прокинетики, желчегонные, тюбажи.* Псилиум до 30 г/сут в несколько приемов. Активаторы хлоридного канала: Лубипростон 8 мкг х 2 р/день. Агонисты гуанилатциклазы C: Линаклотид 290 мкг ежедневно.

*Лечение функциональной диареи*. Лекарственные препараты, рекомендованные для СРК с преобладанием диареи, представлены в таблице №3.

**Таблица №3**

**Лекарственные препараты для лечения функциональной диареи**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы препаратов |  Дозы, препараты |
| Опиоидные агонисты | Лоперамид 2-4 мг, по требованию |
| Диета | Ограничение/исключение глютена |
| Секвестранты солей желчных кислот | Холестирамин 9 г х 2-3 раза в день |
| Пробиотики | Мультиштаммовые |
| Антибиотики | Рифаксимин 550 мг энтерально 3 р/д х 14 дней. |
| 5-HT3 антагонисты | Алосетрон 0,5-1,0 мг х 2 р/д |
| Комбинация опиоидных агонистов и антагонистов | Элюксадолин 100 мг х 2 р/д  |

*Влияние на висцеральную гиперчувствительность*.К таким препаратам относят: антагонисты тахикининовых рецепторов, ингибиторы гидроксилазы триптофана, секвестранты желчных кислот, агонисты и антагонисты опиоидных рецепторов.

 Учитывая пограничные расстройства психики, нежелание принимать психотропные препараты, больные СРК являются сложными для курации, требуют индивидуального отношения и длительного лечения.

**Выводы.**

Имеющиеся данные о прогнозе течения СРК неоднозначны. Согласно наиболее масштабному исследованию, у большинства пациентов с СРК симптомы, несмотря на проводимое лечение, сохраняются, но не усиливаются. Вероятность купирования симптомов СРК при наблюдении в течение 12-20 месяцев составляет 38%. К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз заболевания, относятся нежелание получать лечение, тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием, нарушение повседневных функций в результате СРК, длительный анамнез СРК, хронический стресс, а также наличие сопутствующих психиатрических заболеваний. Являясь хроническим заболеванием, ассоциированным с рядом эмоциональных нарушений, в большинстве случаев, при длительном течении СРК целесообразно психологическое (психотерапевтическое) консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний, первичное. Согласно систематическому обзору, эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапияи психологическая поддержка.

# Список литературы.

1. Синдром раздраженного кишечника. Клинические рекомендации РФ 2022г. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России"/

2. Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Сравнительная оценка американских, немецких, французских и российских рекомендаций по ведению больных с синдромом раздраженного кишечника. РЖГГК он-лайн – [www.gastro-j.ru](http://www.gastro-j.ru).

3. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Шептулин А. А. и соавт. Резолюция Экспертного совета «Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника»? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2016, №2, С. 101-104.

4.Воробьев Г. И., Халиф И. Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. – М.: Миклош, 2008. – 422с

5. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоусова Е.А., Бениашвили А.Г., Васильев С.В., Головенко А.О., Головенко О.В., Григорьев Е.Г., Костенко Н.В., Лапина Т.Л., Лоранская И.Д., Ляшенко О.С., Маев И.В., Полуэктова Е.А., Румянцев В.Г., Тимербулатов В.М., Трухманов А.С., Фоменко О.Ю., Халиф И.Л., Чашкова Е.Ю., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Яновой В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(5):76-93 DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93