

АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра внутренних болезней

СРС

ТЕМА: «клинико-фармакологические подходы к выбору и
применению лекарственных средств при СРК с диареей»

Подготовила: Курмангалиева У.,
785ВБ

Проверила: Костина О.В.

Астана 2018

* Согласно Римским критериям III, **синдром раздраженного кишечника (СРК)** определяют как комплекс функциональных кишечных нарушений, который включает в себя боль или дискомфорт в животе, облегчающиеся после дефекации, связанные с изменением частоты дефекации и консистенции стула в течение не менее 3 дней в месяц на протяжении 3 месяцев за истекший год.

Выделяют четыре возможных варианта СРК:

*

- **СРК с запорами** (твердый или фрагментированный стул - более 25% случаев, жидкий или водянистый стул - менее 25% случаев от всех актов дефекации);

*

- **СРК с диареей** (жидкий или водянистый стул - более 25% случаев, твердый или фрагментированный стул - менее 25% случаев от всех актов дефекации);

*

- **смешанная форма СРК** (твердый или фрагментированный стул - более 25% случаев, жидкий или водянистый стул - более 25% случаев от всех актов дефекации);

*

- **неклассифицируемая форма СРК** (недостаточное изменение консистенции стула для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы СРК).

*** Классификация на основе симптоматики:**

- * -СРК с преобладанием кишечной дисфункции;
- * -СРК с преобладанием болевого синдрома;
- * -СРК с преобладанием метеоризма.

*** Классификация на основе наличия отягощающих факторов:**

- * - постинфекционный СРК;
- * - СРК, связанный с определенными пищевыми продуктами;
- СРК, связанный со стрессом.

* **Этиология**

1. Стрессовые ситуации

Доказано, что возникновение СРК напрямую зависит от наличия стрессовых ситуаций в жизни пациента. Ситуация, травмирующая психику, может быть перенесена в детстве (потеря одного из родителей, сексуальные домогательства), за несколько недель или месяцев до начала заболевания; может проявляться в виде хронического стресса, сохраняющегося в настоящее время (тяжелая болезнь кого-либо из близких).

*

2. Личностные особенности

* К личностным особенностям относят неспособность отличать физическую боль и эмоциональные переживания; тенденцию к переносу эмоционального стресса в соматические симптомы (соматизация); трудности в словесной формулировке ощущений, высокий уровень тревожности. Личностные черты формируются под влиянием окружающей среды или могут быть обусловлены генетически. Вероятность наличия генетической предрасположенности в патогенезе функциональных расстройств в основном подтверждается в соответствующих исследованиях.

*

* **3. Перенесенная кишечная инфекция**

* В 6-17% всех случаев СРК присутствует постинфекционная форма заболевания. От симптомов СРК страдают 7-33% больных, перенесших острую кишечную инфекцию. В большинстве случаев (65%) постинфекционная форма заболевания развивается после шигеллезной инфекции, а у 8,7% больных она связана с инфекцией, вызванной *Campylobacter jejuni*.

* **Процесс диагностики СРК:**

- **1 этап:** установка предварительного диагноза;

- **2 этап:** выявление доминирующих симптомов и фазы синдрома;

*

- **3 этап:** исключение симптомов "тревоги" и проведение дифдиагноза;

- **4 этап:** скрининговые исследования на органическую патологию - определение и выполнение необходимых и достаточных лабораторных исследований и применение методов визуализации ФЭГДС, УЗИ, сигмо-, колоно- или иригоскопии. Обнаружение каких-либо отклонений от нормы (гепато-, спленомегалия, отеки, свищи и т.д.) свидетельствует против диагноза СРК.

- **5 этап:** назначение первичного курса лечения сроком не менее чем на 6 недель. Оценка эффекта. Выработка дальнейшей тактики.

*

Признаки "тревоги":

*

- неустановленная потеря веса;

*

- наличие крови в стуле;

*

- семейный анамнез колоректального рака, целиакии, воспалительной болезни кишечника;

*

- лихорадка, сопровождающая боль в нижней части живота;

*

- лейкоцитоз;

- увеличение СОЭ;

- связь с лекарственной терапией;

- связь с менструациями;

*

- симптомы впервые возникшие после 50 лет.

- * **Цель лечения** пациента с СРК - достижение ремиссии и восстановление социальной активности. В большинстве случаев показано амбулаторное лечение. Для проведения обследования и при трудностях в подборе терапии возможна госпитализация.

Немедикаментозное лечение

- * Для лечения пациентов, страдающих СРК, применяют:
- * - обучение больного (ознакомление пациента в доступной форме с сущностью заболевания и его прогнозом);
- * - "снятие напряжения" - то есть акцентирование внимания пациента на нормальных результатах проведенных исследований; необходимо довести до сведения больного, что у него нет тяжелого органического заболевания, угрожающего жизни;
- * - диетические рекомендации, включающие выделение продуктов, употребление которых вызывает усиление симптомов заболевания; обсуждение индивидуальных привычек питания; ведение "пищевого дневника".

Медикаментозное лечение

- * Поскольку на сегодняшний день общепринятым остается разделение пациентов по клиническому течению заболевания на три группы (с преобладанием запоров, диареи или их чередованием), удобнее рассматривать группы лекарственных препаратов в соответствии с их применением для того или иного варианта СРК.
- *

* 2. СРК с преобладанием диареи

- * Назначают лоперамид, смектит диоктаэдрический, антагонисты 5-НТ₃-рецепторов (алосетрон, силансетрон) и пробиотики.

Эффективность лоперамида и диоктаэдрического смектита у больных СРК доказана в исследованиях.

- * Антагонисты 5-НТ₃-рецепторов не применяются в России, т.к. имеют значимые побочные эффекты (ишемический колит, запор).
- * Эффективность пробиотиков при диарейной форме СРК активно изучается, однако пока отсутствуют окончательные выводы по данному вопросу. Предполагают, что эффект пробиотиков зависит от вида микроорганизма, входящего в его состав. В исследованиях проводились оценки препаратов, содержащих лактобактерии, бифидобактерии, их комбинации, в том числе с другими микроорганизмами. Наибольший эффект отмечен при введении в пробиотик *Bifidobacterium infantis*. Существует мнение, что успешное применение пробиотиков связано с их влиянием на активацию иммунной системы (осуществляется за счет нормализации соотношения провоспалительных и противовоспалительных цитокинов). Несмотря на имеющиеся данные об эффективности антибиотикотерапии у больных СРК, назначение антибиотиков не рекомендовано без дополнительных исследований у данной группы больных.

* **Противодиарейные препараты** (*Лоперамид, Имодиум*) – данный препарат является наиболее эффективным в лечении СРК с диареей. Основное влияние данного препарата оказывается на перистальтику («движение») кишечника, что в свою очередь увеличивает время передвижения пищи по вашему ЖКТ. Это позволяет каловым массам уплотниться и достичь необходимого объема, что, в свою очередь, облегчит процесс опорожнения кишечника. Помимо положительных воздействий на организм данный препарат обладает и рядом побочных эффектов, которые хоть и редко, но могут появиться - спазмы и вздутие живота, головокружение, сонливость. Также данный препарат не рекомендуется для приема беременным.

Антидепрессанты (*Амитриптилин, Имипрамин, Циталопрам, Флуоксетин*) – если ваши симптомы включают в себя такие неприятные состояния как боль или депрессия, ваш лечащий врач может назначить вам антидепрессанты. Вам могут назначить препарат из группы трициклических антидепрессантов (*Амитриптилин, Имипрамин*) в том случае, если у вас диарея и боли в животе, но без депрессии. Побочные эффекты встречаются редко. К ним относятся следующие - сухость во рту, констипации, сонливость, однако обычно после приема препарата в течении 7 - 10 дней эти побочные эффекты исчезают

Лоперамид

* Способ применения

*

Внутрь. Взрослым в начале лечения по 4 мг, и после каждого бесформенного стула по 2 мг (но не более 16 мг в день). Препарат можно назначать в каплях: первая доза - 60 капель, затем по 30 капель после каждого жидкого стула; максимальная доза - по 30 капель 6 раз в сутки. При хронической диарее взрослым назначают по 4 мг. Детям старше 8 лет по 2 мг, но не более 8 мг в день. Детям от 2 до 8 лет - из расчета 0,004 мг/кг. Препарат можно назначить в каплях: первая доза - 30 капель, затем по 30 капель 3 раза в сутки; максимальная доза - по 30 капель 4 раза в сутки. При хронической диарее детям старше 5 лет назначают препарат в суточной дозе 30 капель или 2 мг. Детям в возрасте 2-5 лет препарат можно назначать в виде сиропа в дозе 1 мг на 10 кг массы тела; кратность приема - 2-3 раза в сутки. При нормализации стула или при отсутствии стула более 12 ч препарат следует отменить. Не следует превышать 2-х дневную длительность применения, так как могут развиваться тяжелые запоры. Если через 2 дня приема понос не прекратится, следует обратиться к врачу.

Амитриптилин

* **Взрослые**

- * Взрослым при депрессии начальная доза - 25-50 мг на ночь, затем постепенно доза может быть увеличена с учетом эффективности и переносимости препарата до максимальной 300 мг/сут. в 3 приема (наибольшая часть дозы принимается на ночь). При достижении терапевтического эффекта дозу можно постепенно снижать до минимальной эффективной в зависимости от состояния пациента. Продолжительность курса лечения определяется состоянием пациента, эффективностью и переносимостью проводимой терапии и может составлять от нескольких месяцев до 1 года, а при необходимости и более. В пожилом возрасте при легких нарушениях, а также при нервной булемии, в составе комплексной терапии при смешанных эмоциональных расстройствах и нарушениях поведения, психозах при шизофрении и алкогольной абстиненции назначают в дозе 25-100 мг/сут. (на ночь), после достижения терапевтического эффекта переходят на минимальные эффективные дозы - 10-50 мг/сут.
- * Для профилактики мигрени, при хроническом болевом синдроме неврогенного характера (в т.ч. длительных головных болях), а также в комплексной терапии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки - от 10-12.5-25 до 100 мг/сут. (максимальная часть дозы принимается на ночь).

* **Дети**

- * Детям в качестве антидепрессанта: от 6 до 12 лет - 10-30 мг/сут. или 1-5 мг/кг/сут. дробно, в подростковом возрасте - до 100 мг/сут.
- * При ночном энурезе у детей 6-10 лет - 10-20 мг/сут. на ночь, 11-16 лет - до 50 мг/сут.

- * Источники и литература
- * Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Научно-практическое издание, 2008
- * Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов пищеварения. Учебное пособие, 2 издание, 2011
- * "Irritable Bowel Syndrome Management Reviewed" Laurie Barclay, MD Am J Gastroenterol. 2009;104(suppl 1):S1-S34
- * Всемирная гастроэнтерологическая организация "Практические рекомендации: Пробиотики и пребиотики", май 2008
- * Практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации. "Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы", 20 апреля 2009