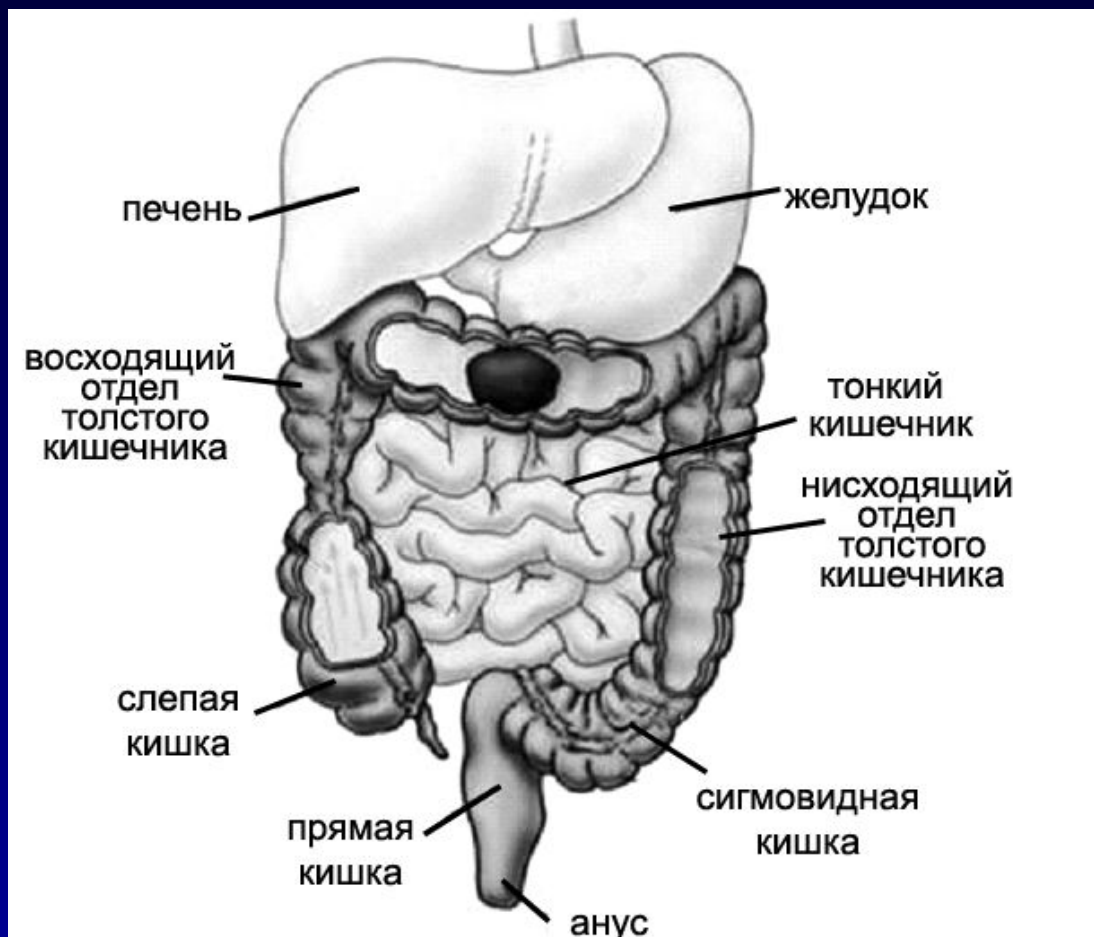


Синдром раздраженного кишечника (СРК)



лектор
д.м.н.
Ольга
Алексеевна
Ефремова

СРК

это рецидивирующее функциональное расстройство ЖКТ, главным симптомом которого является боль в животе в неперенной ассоциации с изменением кишечной функции, проявляющимся преобладанием либо диареи (СРК-Д), либо запоров (СРК-З) или их чередованием (СРК-С, смешанный вариант). (Римские критерии IV, 2016)

- Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48%.
- Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст - 30 - 40 лет.
- Соотношение мужчин и женщин составляет 1:2.

Этиология

- социально-экономический статус,
- генетическая предрасположенность,
- возможность формирования заболевания у ребенка родителями, страдающими СРК,
- психологические аспекты,
- висцеральная гиперчувствительность,
- нарушения моторики ЖКТ,

Этиология

- изменения в нейроэндокринной системе (ось «головной мозг – ЖКТ»),
- low-grade воспаление,
- концепция постинфекционного СРК,
- дисбаланс микробиоты
- факторы питания



Рис. 1. Этиопатогенетические взаимосвязи при СРК

Критерии СРК

- анамнез (начало клинических проявлений в течение не менее 6 мес. до постановки диагноза),
- текущая активность (наличие симптомов в течение последних 3 мес.),
- частота (указанные в критериях симптомы присутствуют не реже 1 раза в неделю),
- все это – при отсутствии очевидных анатомических и физиологических отклонений при проведении рутинного клинического обследования по показаниям, иными словами, при отсутствии «симптомов тревоги».

Диагностические критерии СРК

Рецидивирующая абдоминальная боль в среднем как минимум 1 день в неделю за последние 3 мес., ассоциированная с 2 и более следующими симптомами:

- связанная с дефекацией;
- ассоциированная с изменением частоты стула;
- ассоциированная с изменением формы стула.

Критерии валидны при условии их наличия в течение последних 3 мес. с началом симптомов не менее 6 мес. назад!

Классификация

Таблица 1

Функциональные гастроинтестинальные расстройства взаимодействия ЖКТ–ЦНС (Римские критерии IV)

С. Кишечные расстройства	С.1 Синдром раздраженного кишечника (СРК)	СРК с преобладанием запора (СРК-З)
		СРК с преобладанием диареи (СРК-Д)
		СРК смешанного типа (СРК-См)
		Неклассифицируемый СРК (СРК-Н)
	С.2 Функциональный запор	
	С.3 Функциональный понос	
	С.4 Функциональное абдоминальное вздутие/растяжение	
С.5 Неспецифическое функциональное кишечное расстройство		
С.6 Опиоид-индуцированный запор		

70 из числа опорожнений кишечника.

Нарушения стула при СРК

При гипер- или гипокинетическом варианте диареи :

- Кашицеобразный, водянистый, 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

Бристольская шкала форм кала

Большое
время
транзита
(100 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
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	
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

Короткое
время
транзита
(10 часов)

КЛИНИКА

- главный отличительный симптом СРК — это боль в животе, связанная с дефекацией, в неразрывной ассоциации с нарушением кишечной привычки.

□ Спастические боли часто локализуются в области сигмы, илеоцекальной зоны, печеночного и селезеночного изгибов толстой кишки. Интенсивность болевого синдрома может достигать выраженной колики.

Пальпаторно - выявляются
зона спастического и
болезненного уплотнения и
усиленная перистальтика.

Атонические боли обычно не локализованы, носят тупой характер и чаще отмечаются в мегагастральной области, сопровождаются вздутием, распиранием, ощущением переполнения кишечника.

При **спастико-атонических**
болях в зоне спазма –
урчание, а проксимальнее –
пальпируется вздутый участок
кишечника.

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

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. клинический анализ крови
2. маркеры воспаления - С-реактивный белок крови и т.д.
3. колоноскопия - всем лицам старше 50 лет либо во всех случаях семейного анамнеза колоректального рака, имеющегося гематохезиса, подозрения на микроскопический колит.
4. серологическая диагностика целиакии (при диарее и при смешанном варианте)
5. маркеры функции щитовидной железы

Диагностика

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

Диагностика

ИСКЛЮЧИТЬ

1. инфекционную природу диареи
2. синдром мальабсорбции желчных кислот
3. панкреатическую недостаточность,
4. *Clostridium difficile*-ассоциированную болезнь

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.

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

Определение:

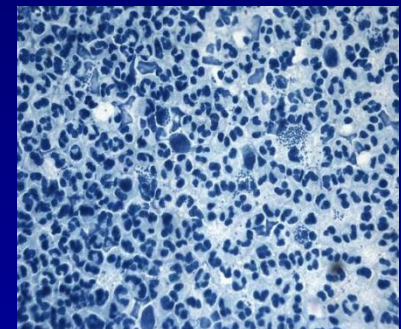
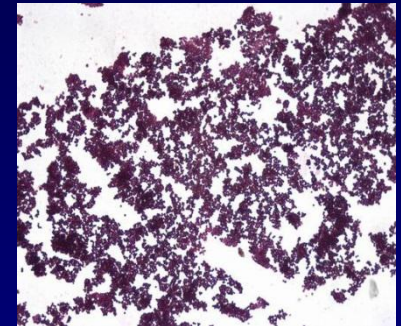
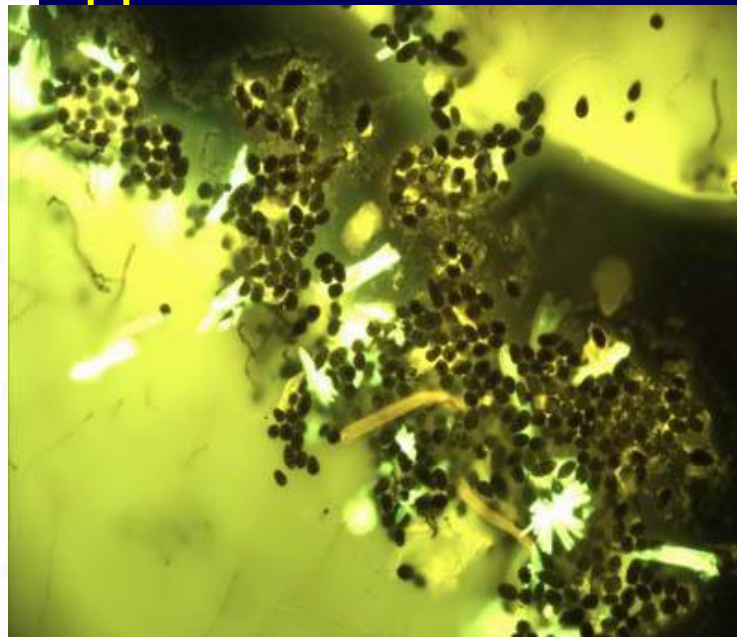
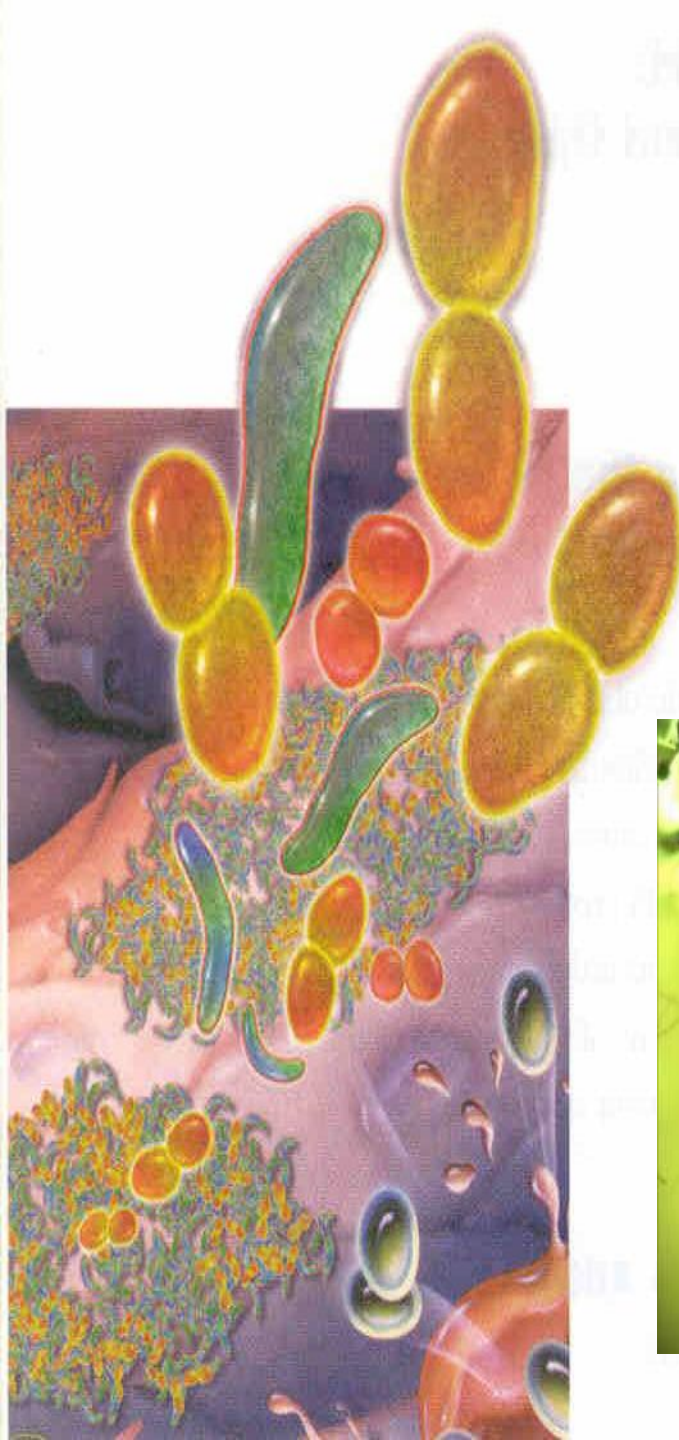
Малдигестия - симптомокомплекс, обусловленный нарушением переваривания

Малабсорбция -
симптомокомплекс, обусловленный нарушением всасывания в тонкой кишке одного или нескольких питательных веществ.

СМ проявляется хронической
диареей, приводит к
расстройствам питания и
тяжелым метаболическим
сдвигам.

- Синдром избыточного бактериального роста «bacterial overgrowth syndrome» - патологическое состояние, в основе которого лежит повышенное заселение тонкой кишки, преимущественно фекальной микрофлорой, сопровождающееся хронической диареей и малабсорбцией, в первую очередь жиров и витамина B12.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО
БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В
ТОНКОЙ КИШКЕ (СИБР) -
обнаружение более 10^5 КОЕ
микроорганизмов в одном мл
аспирата из тощей кишки и/или
появление флоры, характерной
для толстой кишки



При СИБР речь идет об
изменении не «микробного
пейзажа» толстой кишки, а
состава микрофлоры тонкой
кишки

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)

Лечение СРК

Физические упражнения при запоре:

Дыхание животом

Массаж живота по часовой стрелке

Ритмичное сжатие 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

Физиотерапевтические методы лечения

- рефлексотерапия;
- электро- и лазеропунктура биологически активных точек на коже;
- электролечение – диадинамические токи, амплипульс;
- бальнеотерапия – теплые ванны, восходящий и циркулярный душ, контрастный душ.

Диета

**В основе диеты лежит
синдромологический принцип
(преобладание запоров, поносов,
болевого синдрома, метеоризма).**

Диета

В диете должно содержаться повышенное количество белка, исключены тугоплавкие жиры; ограничены газированные напитки, citrusовые, шоколад, овощи, богатые эфирными маслами (редька, редис, лук, чеснок).

Диета

- При преобладании запоров следует ограничить свежий белый хлеб, макаронные изделия, слизистые супы, избыточное количество каш; показаны продукты, содержащие клетчатку, овощные блюда, фрукты (печеные и сушеные яблоки, курага, урюк, чернослив).

Диета

- При преобладании диареи включают в рацион танинсодержащие продукты (черника, голубика, крепкий чай, какао), подсушенный «вчерашний» хлеб.
- При алгической форме в сочетании с метеоризмом из рациона исключают капусту, бобовые, черный свежий хлеб.

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА –

клинико-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменениями качественного и/или количественного состава нормофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями, а у части пациентов – клиническими симптомами поражения кишечника

По данным РАМН, до 90% населения РФ имеет те или иные признаки дисбактериоза

ОСНОВНЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ ЧЕЛОВЕКА

- Бактероиды
- Бифидобактерии
- Лактобактерии
- Энтеробактерии
- Эшерихии
- Протеи
- Клебсиеллы
- Энтеробактеры
- Цитробактеры
- Стрептококки

ПРИМЕЧАНИЕ: наиболее значимые виды

- Клостридии
- микроорганизмов подчеркнуты
- Псевдомонады

В предположительно патогенных бактериях как патогенные, так и условно-патогенные и непатогенные виды

- Условно-патогенные и непатогенные виды
- Вейллонеллы

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИСБАКТЕРИОЗА

- Антибиотикотерапия (особенно нерациональная) – уничтожает нормальную микрофлору, взамен которой размножается патогенная, и условно-патогенная, устойчивая к действию антибиотика**
- Хронические заболевания ЖКТ – приводят к нарушению кислотно-пептического барьера желудка, с попаданием большого количества микрофлоры из полости рта в кишечник**
- Онкологические и психические заболевания – антидепрессанты, цитостатики и другие противоопухолевые средства могут негативно влиять на нормальную микрофлору кишечника**
- Действие радиации и радионуклидов – также могут повреждать нормальную микрофлору**
- Низкочастотные акустические колебания нарушают биоценоз – механизм пока не вполне понятен**

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ДИСБАКТЕРИОЗА

- Воздействие токсико-химических факторов – внешней среды (пестициды и др.) – могут изменять соотношение различных видов микроорганизмов в ЖКТ**
- Нерациональное питание (вегетарианство, избыточное потребление продуктов, богатых белками, жирами, очищенными углеводами, раздельное питание и т.п.) – нарушает нормальное пищеварение, что создает условия для размножения патогенной, и условно-патогенной микрофлоры (УПМ)**
- Длительные и тяжелые психоэмоциональные стрессы – приводят к нарушению специфического и неспецифического иммунитета, что нарушает баланс между микро- и макроорганизмом**
- Заболевания поджелудочной железы и ЖП**

В РЕЗУЛЬТАТЕ ДИСБАКТЕРИОЗА

- Нарушается газообразование в кишечнике (метеоризм и др.)**
- Нарушается моторика кишечника (запоры, поносы)**
- Может развиваться гиповитаминоз**
- Возможны признаки синдромов мальдигестии и мальабсорбции с развитием дефицита витаминов и других нутриентов**
- Создаются условия для развития колитов и энтеритов**
- Усугубляются признаки почечной и печеночной недостаточности**
- Увеличивается риск новообразований кишечника**
- Возможно нарушение водно-солевого обмена**

СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА

- Метеоризм – вздутие живота в результате избыточного газообразования и нарушения моторики кишечника**
- Диарея – частый (3 и более раз в день) жидкий стул**
- Боли в животе**
- Признаки гиповитаминоза – глоссит, ангулярный стоматит, трофические изменения кожи и ее дериватов (волос, ногтей)**
- Пищевая аллергия (хроническая крапивница и др.)**
- Различные дискинезии органов ЖКТ (желчевыводящих путей, кишечника)**
- Различные виды диспепсий (гнилостная, бродильная)**

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЕПСИИ

БРОДИЛЬНАЯ

- Сопровождается обильным выделением (полифекалия) пенистого кала с резко кислой реакцией
- Повышенное содержание в кале органических кислот
- Креаторея, амилорея, наличие в каловых массах непереваренной клетчатки и йодофильной флоры

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЕПСИИ

ГНИЛОСТНАЯ:

- Полифекалия
- Каловые массы имеют резкий гнилостный запах и щелочную реакцию
- Положительная реакция на крахмал, переваренную клетчатку
- Наличие йодофильной флоры и слизи
- Резкое увеличение количества выделяемого аммиака

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДИСБАКТЕРИОЗА
ЗАВИСИТ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕГО ВИДА
МИКРООРГАНИЗМОВ**

ПРИЗНАКИ ДИСБАКТЕРИОЗА, ВЫЗВАННОГО ЭНТЕРОБАКТЕРИЯМИ, ЭНТЕРОКОККАМИ, СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ

- Возможны тупые боли в животе**
- Интоксикация умеренная**
- Метеоризм**
- Неустойчивый стул с большим количеством слизи**

ПРИЗНАКИ ДИСБАКТЕРИОЗА, ВЫЗВАННОГО КАНДИДОМИКОЗОМ КИШЕЧНИКА

- Развивается вторично, чаще на фоне патологии верхних дыхательных путей, стоматита, глоссита (молочница, малиновый или «черный волосатый язык»)**
- В анамнезе антибиотикотерапия, нередко тетрациклиновыми препаратами**
- Боли в животе умеренные**
- Стул жидкий или кашицеобразный, до 3-5 раз в день**
- Каловые массы со слизью и беловато-серыми микотическими комочками**
- В тяжелых случаях возможна интоксикация с субфебрилитетом**
- Локально – катарально-геморрагический, реже язвенный колит**

ПРИЗНАКИ ДИСБАКТЕРИОЗА, ВЫЗВАННОГО АСПЕРГИЛЛЕЗОМ КИШЕЧНИКА

- Обычно возникает на фоне гиперацидного гастрита**
- Больные жалуются на тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, горьковато-плесневый вкус во рту**
- Нередко сочетается с афтозным стоматитом**
- Стул пенистый, имеет плесневой запах, содержит большое количество слизи**

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСБАКТЕРИОЗА
БАЗИРУЕТСЯ НА БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ
ИССЛЕДОВАНИИ ФЕКАЛИЙ, СОСКОБОВ СО
СЛИЗИСТЫХ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ ЭНДОСКОПИИ,
СОДЕРЖИМОМ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И
ИССЛЕДОВАНИЕМ ЖЕЛЧИ**

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИСБАКТЕРИОЗОМ

**ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ
ИЛИ ДИСФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА**



**ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ С
ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ИЛИ
ИСКЛЮЧЕНИЯ ДИАГНОЗА
ДИСБАКТЕРИОЗА**



**ВЫБОР ТАКТИКИ
ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО**

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ

- ☐ **Подавление избыточного роста УПМ**
- ☐ **Регуляция (чаще стимуляция) и стабилизация на определенном уровне анаэробного и аэробного звеньев нормофлоры**
- ☐ **Оптимизация моторно-эвакуационной деятельности кишечника**
- ☐ **Абсорбция и удаление токсинов и токсических продуктов**
- ☐ **Восстановление нарушенных видов обмена**
- ☐ **Создание и поддержание условий, оптимальных для функционирования нормоценоза (рН среды, иммуномодуляция, повышение неспецифической резистентности**

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ☐ **Дието- и фитотерапия, применение бифидо- и лактосодержащих кисломолочных смесей**
- ☐ **Использование немикробных стимуляторов нормальной микрофлоры (пребиотики)**
- ☐ **Препараты для селективной деконтаминации (антибактериальные средства, бактериофаги, иммуноглобулины)**
- ☐ **Пробиотики (конкурентного и заместительного типа действия)**
- ☐ **Энтеросорбенты**
- ☐ **Ферменты**
- ☐ **Препараты, влияющие на моторику кишечника**
- ☐ **Витамины**
- ☐ **Иммуномодуляторы**

НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ДИСБАКТЕРИОЗОВ ИМЕЮТ ПРОБИОТИКИ И ПРЕБИОТИКИ

ПРОБИОТИКИ – живые микроорганизмы, чаще лакто- и бифидобактерии, реже – дрожжи, являющиеся нормальными обитателями кишечника

ПРЕБИОТИКИ – неперевариваемые ингредиенты пищи, которые способствуют улучшению здоровья за счет избирательной стимуляции роста и/или метаболической активности одной или нескольких групп бактерий, обитающих в толстом кишечнике

ПРЕБИОТИКИ – не подвергаются гидролизу пищеварительными ферментами, а селективно стимулируют рост или активируют метаболизм полезных для организма бактерий

ДИЕТОТЕРАПИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ☐ **Лечебное питание: при диарее – стол №4а,б,в; при запорах – стол №3 по Певзнеру**
- ☐ **Ограничение:**
 - ☐ **при бродильной диспепсии – углеводов, растительной клетчатки**
 - ☐ **при гнилостной диспепсии – жиров и белков**
- ☐ **При гипомоторной дискинезии включение в рацион пшеничных отрубей**
- ☐ **Исключение из рациона нутриентов-аллергенов**
- ☐ **Включение в рацион продуктов, содержащих пищевые волокна, которые являются дополнительными локусами для колонизации бифидобактерий**
- ☐ **Использование пектинов (яблочных, свекловичных и др.)**

ДИЕТОТЕРАПИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Кисломолочные бифидо- и лактосодержащие продукты («Биокефир», «Бифидок», «Бифидин», «Бифидолакт», «Виталакт», «Ацидолакт», «Наринэ» и др.), бифидосодержащий сыр «Олимп»**
- ❑ Применение кисломолочных продуктов, позволяющих, помимо восстановления эубиоза, добиться холестеринмодифицирующего действия**
- ❑ Большинство из этих средств универсально, т.е. позволяет добиться положительного эффекта в большинстве случаев дисбактериоза**

ФИТОТЕРАПИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ При торпидно протекающем дисбактериозе, вызванном протеем используют эвкалипт, календулу, зверобой, аир, малину, клюкву, полынь, подорожник**
- ❑ При дисбактериозе, вызванном синегнойной палочкой – абрикосы, красный сладкий перец, черную смородину, клюкву**
- ❑ При грибковых дисбактериозах и бродильной диспепсии – цикорий**
- ❑ Эффективны БАДы, например биококтейль НК («BELBO» LTD, Израиль), содержащий экстракты сои, овощей, прополиса, которые подквашены кишечной палочкой M-17**

НЕМИКРОБНЫЕ СТИМУЛЯТОРЫ РОСТА НОРМАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

- ☐ Данную группу препаратов называют пребиотиками, а при их сочетании с бактериальными компонентами – синбиотиками
- ☐ К пребиотикам относятся:
 - ☐ Кальция пантотенат, парааминобензойная кислота («Памба»)
 - ☐ Лизоцим, лактулоза («Нормазе», «Дюфалак»)
 - ☐ Хилак форте
- ☐ Хилак форте содержит концентрат продуктов метаболизма нормальной микрофлоры кишечника, который подавляет рост патогенных и условно патогенных микроорганизмов

НЕМИКРОБНЫЕ СТИМУЛЯТОРЫ РОСТА НОРМАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

- ❑ Действие лизоцима опосредовано через факторы неспецифической резистентности, помимо этого, этот фермент белкового происхождения оказывает муколитическое и репаративное действие**
- ❑ Лактулоза – синтетический дисахарид, понижающий рН содержимого кишечника, что приводит к подавлению роста гнилостных бактерий, что способствует наращиванию количества анаэробной нормофлоры**
- ❑ Помимо этого, лактулоза имеет свойства калообразующего слабительного (стимуляция перистальтики обусловлено увеличением количества каловых масс)**

НЕМИКРОБНЫЕ СТИМУЛЯТОРЫ РОСТА НОРМАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ

- ☐ Пребиотики могут применяться на любом этапе лечения, в т.ч. в сочетании с антибиотиками
- ☐ Практически единственное противопоказание для этой группы препаратов – индивидуальная непереносимость
- ☐ Ограничения:
 - ☐ Лизоцим и препарат «Памба» не стоит использовать при тромбозах
 - ☐ Лактулоза противопоказана при галактоземии, а в больших дозах – при сахарном диабете

ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ☐ Долгое время основным используемым сорбентом оставались активированный уголь и карболен
- ☐ В последнее время появились новые препараты, как на основе угля (СКН, Карболонг, Микросорб П, Ваулен), так и на основе природных полимеров (полифепан, билигнин) и силикатов (колин, смекта), а также других веществ и их сочетаний
- ☐ Действие сорбентов основано на связывании токсинов и аллергенов, а также бактериальных клеток
- ☐ Энтеросорбенты применяют для элиминации УПМ, токсических веществ, уменьшения газообразования, а также цитомукопротекции (смекта, бектит)

ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Энтеросорбенты не влияют на УПМ, а устраняют действие на организм токсических продуктов, которые эта микрофлора вырабатывает**
- ❑ Основной их недостаток – неселективный характер действия, поэтому они способствуют элиминации не только вредных веществ, но и нормофлоры, витаминов и питательных веществ**
- ❑ Поэтому применение энтеросорбентов пока носит ограниченный характер**
- ❑ В настоящее время разрабатываются селективные энтеросорбенты (СУМС-1 и др.), которые действуют избирательно и не выводят солей и витаминов**

ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Даже при отсутствии заболеваний органов пищеварения, при дисбактериозе возникает дефицит пищеварительных ферментов, которые разрушаются УПМ**
- ❑ Универсальные ферментные препараты: панкреатин (мезим-форте, трифермент, креон)**
- ❑ При стеаторее и гипомоторной дискинезии кишечника показаны ферментные препараты, содержащие желчные кислоты (панзинорм и др.)**
- ❑ При бродильной диспепсии применяют препараты, содержащие гемицеллюлозу (фестал, дигестал, энзистал)**

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ☐ Показаны в период реабилитации
- ☐ Используют «мягкие» иммуномодуляторы – витамины, натрия нуклеинат, растительные адаптогены (женьшень, элеутерококк, препараты эхинацеи)
- ☐ Для ускорения репаративных процессов в слизистой кишечника и устранения лейкопении применяют метилурацил и пентоксил (курсами до 2 недель)
- ☐ Препараты лизоцима в восстановительном периоде не применяются, т.к. отсутствует лекарственная форма для его перорального применения (возможно использовать комбинированную форму – бифилиз)

СЕЛЕКТИВНАЯ ДЕКОНТАМИНАЦИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ

- ☐ Применение антибактериальных средств может потребоваться для подавления УПМ, несмотря на то, что сама по себе антибактериальная терапия может вызывать дисбактериоз
- ☐ Для деконтаминации УПМ можно рекомендовать нитрофураны и оксихинолоны (гидроксихинолоны) нового поколения – нифуроксазид и интетрикс
- ☐ Эти кишечные антисептики (особенно интетрикс) имеют широкий спектр действия в отношении УПМ (включая грибы рода *Candida*), при этом они не нарушают равновесие облигатной микрофлоры кишечника
- ☐ Альтернативным антибактериальным средством могут быть бактериофаги, которые благодаря высокой родо- и видо специфичности не влияют на нормальную микрофлору кишечника

СЕЛЕКТИВНАЯ ДЕКОНТАМИНАЦИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ

- ☐ **Бактериофаги – это вирусы, избирательно поражающие бактериальные клетки, существуют стафилококковые, коли-протейные, клебсиеллезные и поливалентные бактериофаги**
- ☐ **С целью селективной деконтаминации может быть использована также пассивная иммунизация, помимо стафилококкового иммуноглобулина в последние годы появились монокомпонентные препараты, в т.ч. лактоглобулины**
- ☐ **В последние годы используют комплексные препараты, обладающие широким спектром антибактериального действия, в некоторых из них в качестве стабилизатора может быть использован пектин или добавлен бактериальный компонент (ацилакт) – кипацид (комбинированный пробиотик)**

СЕЛЕКТИВНАЯ ДЕКОНТАМИНАЦИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ

- ❑ Бифилиз – современное средство, содержащее бифидобактерии и лизоцим, имеющий комплексное, антибактериальное, противовоспалительное, регенераторное, иммуномодулирующее и гипосенсебилизирующее влияние**
- ❑ Существенным иммуномодулирующим действием обладают также многие эу- и пробиотики, активирующие метаболизм клеток фагоцитарной системы, синтез и секрецию в кровь медиаторов неспецифической резистентности и иммуногенеза (лизоцим, интерферон и др.), стимулирующие цитокиновый компонент иммунной системы**

ПРОБИОТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Первым отечественным пробиотиком, созданным еще в 1933 году, был колибактерин, содержащий бактериальные клетки кишечной нормофлоры**
- ❑ В 60-х годах XX века были разработаны лакто- и бифидумбактерин, бификол, которые поначалу использовались с целью заместительной терапии для заместительной терапии**
- ❑ По мере накопления опыта их применения, наиболее эффективными были признаны бифидо- и лактобактерии, которые являются основой нормального биоценоза кишечника**
- ❑ В настоящее время выделяют IV поколения пробиотиков**

ПРОБИОТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ☐ I поколение – классические монокомпонентные препараты, содержащие нормальную микрофлору (колибактерин, бифидумбактерин, лактобактерин)
- ☐ II поколение – препараты конкурентного действия, вытесняющие УПМ и не колонизирующие в дальнейшем кишечник (бактисубтил/флонивин, биоспорин, споробактерин, энтерол), эти препараты могут использоваться для селективной деконтаминации
- ☐ III поколение – поликомпонентные препараты нормофлоры (бифилонг, ацилакт, аципол, линекс)
- ☐ IV поколение – комбинированные препараты, например бифидумбактерин форте, бифилиз

ПРОБИОТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Бифидумбактерин форте содержит микроколонии бифидобактерий, адсорбированных на активированном угле**
- ❑ Большинство пробиотиков не рекомендуют использовать одновременно с антибиотиками (исключение – бифилиз, содержащий комбинацию бифидобактерий с лизоцимом)**
- ❑ При назначении пробиотиков следует учитывать, что на фоне диареи колонизация кишечника затруднена, поэтому перед их применением необходимо устранить понос с помощью диеты или патогенетических средств**

ПРОБИОТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Длительность курса применения пробиотиков I, III и IV поколений не менее 2 недель**
- ❑ Обычно пробиотики принимают за 30-40 минут до еды или через 1,0-1,5 часа после приема пищи (если не указан другой режим назначения)**
- ❑ Влияние пробиотиков на организм не ограничивается нормализацией межвидовых соотношений в кишечнике, поскольку нормофлора является не только клеточной, но и метаболической и иммунологической основой жизнедеятельности человека**
- ❑ Доказано, что пробиотики стимулируют угнетенный иммунитет и не влияют на нормальный**

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДИСБАКТЕРИОЗА

- ❑ Коррекция дисбактериоза III степени начинается с селективной деконтаминации с использования эубиотиков и пробиотиков II поколения (или конкурентного типа), бактериофагов, реже – антибиотиков или кишечных антисептиков**
- ❑ После подавления УПМ создают условия для стабильной жизнедеятельности бифидо- и лактофлоры с помощью соответствующей диеты, пре- и синбиотиков**
- ❑ При дисбактериозе I-II степени можно назначить препараты бифидо- и лактобактерий (рассчитывают на их конкуренцию с УПМ), или в начале терапии применить биоспорин**

СХЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ИЗВЕСТНЫХ ПРОБИОТИКОВ (У ВЗРОСЛЫХ)

- ☐ **Бифидумбактерин – по 5 доз 3 раза в день, курс 15-20 дней, до 2 месяцев**
- ☐ **Бифидумбактерин форте – по 15-20 доз в день, в один прием, лучше перед сном, одновременно с жидкой или кашицеобразной пищей комнатной температуры, курс лечения – 10-25 дней**
- ☐ **Бифилиз – по 5 доз 2 раза в день, курс 14-15 дней, в тяжелых случаях по 5 доз 3 раза в день в течение 1 недели, затем по 5 доз 2 раза в день в течение 15-20 дней**
- ☐ **Лактобактерин – по 5 доз 2 раза в день (таблетка содержит 1 дозу, ампула – 3-5 доз, флакон – 5 доз), с молоком или молочнокислыми продуктами, курс – 10-25 дней**
- ☐ **Ацилакт – по 5-10 доз в день (в таблетке 1 доза, флаконе 5 доз, свече – 1 доза), курс 10 и более дней**

СХЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ИЗВЕСТНЫХ ПРОБИОТИКОВ (У ВЗРОСЛЫХ)

- ☐ Аципол – по 5 доз 2 раза в день (4-10 доз в день), курс – 2-4 недели
- ☐ Биламинолакт – по 5 драже 3 раза в день, курс – 10 дней
- ☐ Колибактерин – по 6-12 доз в день (в ампуле 2-5 доз, в таблетке – 1 доза, курс – от 3-х недель в зависимости от тяжести заболевания, препарат противопоказан при атрофии слизистой кишечника, неспецифическом язвенном колите)
- ☐ Бификол – по 5-10 доз в день, ограничения такие же, как и у колибактерина
- ☐ Бифиформ – по 2 капсулы (до 4 капсул) в день
- ☐ Биофлор (Биококтейль НК) – по 2 столовых ложки 3 раза в день, курс 1-2 месяца (при острых кишечных инфекциях – 5-7 дней)

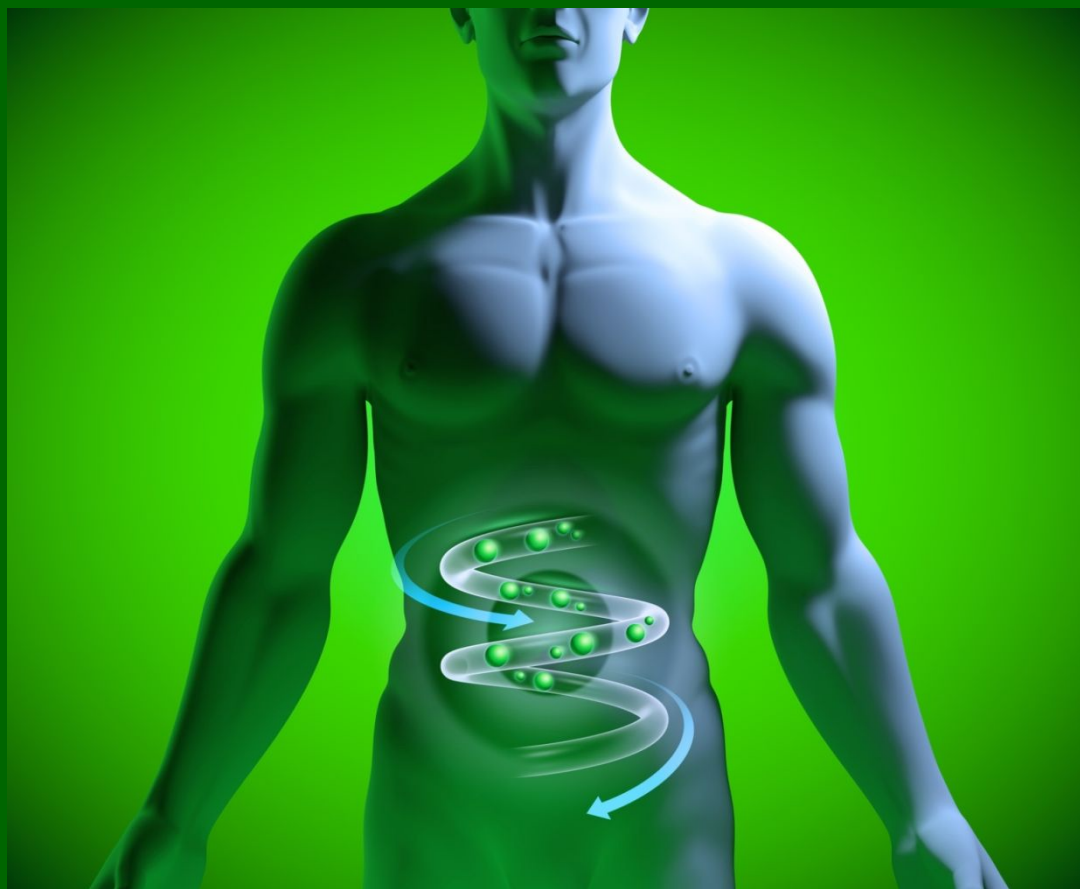
СХЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ИЗВЕСТНЫХ ПРОБИОТИКОВ (У ВЗРОСЛЫХ)

ПРОБИОТИКИ II ТИПА

- ☐ **Линекс – по 2 капсулы 3 раза в день, курс 3-5 дней**
- ☐ **Бактисубтил – по 1 капсуле 4 раза в день, курс – 4-6 дней**
- ☐ **Биоспорин – по 2 дозы 3 раза в день, курс 7-10 дней**
- ☐ **Бактиспорин – по 1 дозе 2 раза в день, курс 10-20 дней**
- ☐ **Споровактерин – по 1-2 дозы 2 раз в день, курс 10-20 дней**
- ☐ **Энтерол – по 1-2 капсулы (пакетика) 1-2 раза в день, курс 5 дней**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

ТАКИМ ОБРАЗОМ, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА, ЕГО СВОЕВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА, АДЕКВАТНАЯ, КОМПЛЕКСНАЯ И ИНДИВИДУАЛЬНО ПОДОБРАННАЯ ТЕРАПИЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ДИЕТОЙ, ФИТОПРЕПАРАТАМИ И СОВРЕМЕННЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ, ПОЗВОЛЯЕТ ОПЕРАТИВНО И ЭФФЕКТИВНО РЕШАТЬ ПРОБЛЕМЫ, ВЫЗВАННЫЕ ЭТИМ ШИРОКО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**