



ГБУЗ «ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО»



Функциональные расстройства органов пищеварения

*Сундукова А.Н., к.м.н., главный гастроэнтеролог МЗ
Пензенской области, зав. гастроэнтерологическим
отделением ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко*

Пенза, 2017 год

Римский процесс –совершенствование представлений о ФРОП



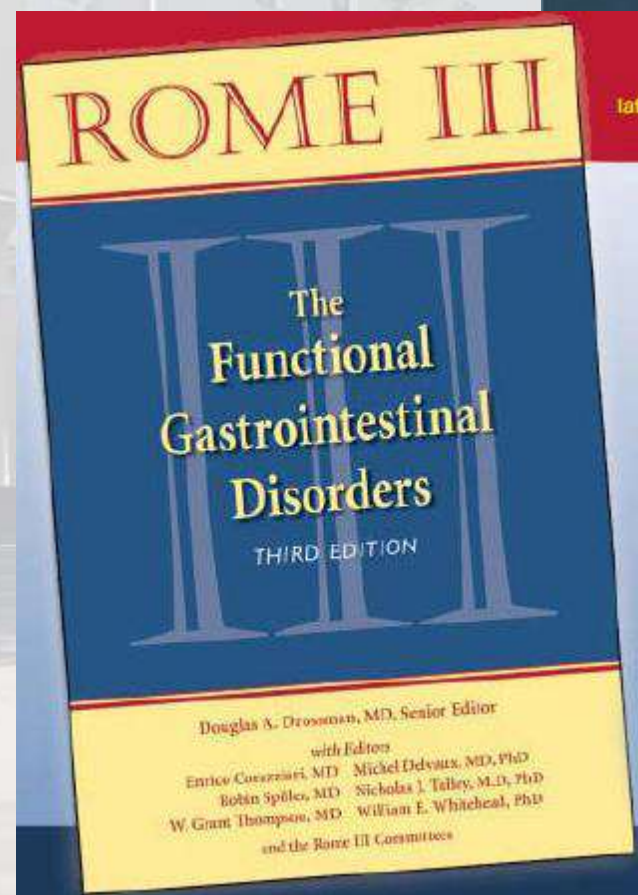
1978 г. -Критерии Маннинга

1988 г. -Римские критерии I

1998 г. -Римские критерии II

2006 г. -Римские критерии III

2016 г. –Римские критерии IV





Принципы Римских критериев, 2016

- Признание роли биологических факторов
- Возрастная периодизация -выделяется
 - 21 форма ФР у взрослых (с вариантами 36) –разделы А, В, С, D, E, F;
 - 7 у младенцев -раздел G
 - 9 у детей и подростков (с вариантами 13) –раздел H
- Основа диагностики ФР–клинико-анамнестические критерии при отсутствии «симптомов тревоги»
- Четкие критерии по продолжительности, частоте, выраженности и клинической симптоматике

Функциональная диспепсия



- это состояние, которое существенно влияет на обычную деятельность пациента и характеризуется одним или более из следующих симптомов:
- чувство переполнения после приема пищи,
- раннее насыщение, боли и жжение в эпигастрии, которые нельзя объяснить данными рутинного клинического обследования

H2a. Функциональная диспепсия

•H2a1. Постпрандиальный дистресс синдром
чувство переполнения после еды, раннее насыщение, которое опережает обычное время окончания приёма пищи; вздутие в верхних отделах живота, послеобеденная тошнота или чрезмерная отрыжка

•H2a2. Синдром эпигастральной боли
боль или жжение (достаточно сильные, чтобы препятствовать занятию повседневными делами), локализованные в эпигастрии, не прекращающиеся после дефекации или отхождения газов

С. Расстройства кишечника

- С1. Синдром раздраженного кишечника (IBS)
- СРК преимущественно с запорами (IBS-C)
- СРК преимущественно с диареей (IBS-D)
- СРК со смешанной симптоматикой (IBS-M)
- СРК неклассифицируемый (IBS-U)
- С2. Функциональный запор
- С3. Функциональная диарея
- С4. Функциональное вздутие/растяжение
- С5. Неклассифицируемые кишечные расстройства
- С6. Опиоид-индуцированные запоры

Синдром раздраженного кишечника

Римские диагностические критерии СРК IV

-Рецидивирующая **абдоминальная боль** ,в среднем как минимум 1 раз в неделю за последние 3 мес(в отличие от 3 дн. в 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. и начала симптомов не менее 6 мес.

Назад!

Основные критерии СРК.

Таким образом, сегодня главный симптом СРК- это рецидивирующая **боль** в животе связанная с дефекацией в ассоциации с нарушением кишечной привычки ,а не ДИКОМФОРТ ,ВЗДУТИЕ, РАСТЯЖЕНИЕ или другие ощущения больного.

Еще одной отличительной чертой обновленных рекомендаций является замена словосочетания «облегчение после дефекации» на «**связанную с дефекацией**»

Подтверждающие критерии СРК

- Ненормальная частота стула
- Ненормальная форма стула
- Ребристый/твердый стул или
- Размягченный/водянистый стул
- Натуживание при дефекации
- Безотлагательность или чувство неполного опорожнения

На рисунке приведен схематичный план дополнительного обследования пациента для диагностики СРК, предложенный в Практических рекомендациях Всемирной гастроэнтерологической организации (2009)



Симптомы СРК
Отсутствие угрожающих признаков
Возраст менее 50 лет

Отсутствие диареи
Низкая частота паразитарных заболеваний
Низкая частота целиакции

Может рассматриваться проведение простых тестов (КАК, СОЭ, ТСК) и (или) диагностика, основанная на симптоматике

Высокая частота целиакции

Серологическое исследование на целиакцию

Высокая частота паразитарных заболеваний

Анализ кала

Персистирующая диарея

Серологическое исследование на целиакцию*
Анализ кала*
Колоноскопия*

План дополнительного обследования (по Рекомендациям Всемирной гастроэнтерологической организации, 2009); (КАК - клинический анализ крови; в качестве альтернативы определению СОЭ может использоваться оценка уровня С-реактивного белка; ТСК - тест на скрытую кровь в кале; *при необходимости –например, в группах риска заболевания целиакией, паразитозом, воспалительными болезнями кишечника или микроскопическим колитом.

ВОЗМОЖНЫЕ СХЕМЫ ТЕРАПИИ СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА



Диагноз Синдром раздраженного кишечника с запором

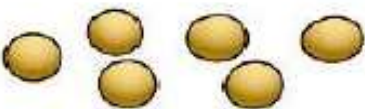
- 1 Диета, ведение пищевого дневника, жидкость не менее 1,5 л в сутки.
- 2 **Восстановление моторики, снижение висцеральной гиперчувствительности:**
Тримедат 200 мг (1 таблетка) 3 раза в день за 30 минут до еды, 3-4 недели. При достижении стойкого клинического эффекта продолжается поддерживающая терапия препаратом в дозе 100 мг (1/2 таблетки) 3 раза в день до 3-х месяцев.
- 3 Мероприятия, направленные на нормализацию кишечной микрофлоры:
В течение 5-7 дней принимать один из кишечных антисептиков (рефаксимин 200мг.*2 раза 5-7дней.эрсефулир 200 мг 4 раза в день или др.) с последующим приемом пробиотика в течение 2 и более недель.
- 4 При сохранении запоров через 5-7 дней от начала терапии следует подключить лактулозу, 15-30 мл или лактитол (Экспортал) 20 г в день в течение 2-3 недель
- 5 Психотропные препараты по показаниям: Тералиджен (алимемазин) 5 мг на ночь 2-4 недели, amitriptyline

Бристольская шкала форм кала

до 100 ч.

Время транзита (часы)

от 10 ч.

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

ЗАПОР – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В возрасте старше 60 лет



Беременных



Взрослого трудоспособного
населения



Молодых мам
(в первые месяцы после родов)



1. Catherine S Bradley, Colleen M Kennedy, Anne M Truax, Sarah S C Ross, Nigel P Morgan. «Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms and risk factors». Obstetrics and gynaecology. 01/06/2008; 111(6):1311-7

Главная цель терапии запоров – достижение такой консистенции кишечного содержимого и скорости его транзита, которые бы позволили иметь регулярный, желательно ежедневный стул, в одно и то же время суток.

ЗАПОР

- ✓ Хроническая задержка опорожнения кишечника более чем на 48 часов, сопровождаемая чувством неполного опорожнения кишечника, с отхождением малого количества (менее 100 г) кала повышенной твердости
- ✓ Функциональным – называется запор, если отсутствуют связь его с известными генетическими, структурными, органическими изменениями кишечника.

Эпидемиология запоров в РФ и качество жизни пациентов

В России распространенность запоров среди населения составляет 20%

С возрастом распространенность возрастает до 36%

Качество жизни пациентов, страдающих хроническим запором, сравнимо с качеством жизни больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией и депрессией

Осмотические слабительные в международных и российский клинических рекомендациях по лечению больных с хроническим запором*

Эффективность:

Высший уровень доказательности

Метод лечения	Американский Колледж Гастроэнтерологов (ACG), 2005	Американское общество хирургов-колопроктологов , (ASCRS), 2007	Всемирная Организация Гастроэнтерологов WGO (2010)
Осмотические слабительные	A	A	1A
Дифенилметаны (бисакодил, пикосульфат натрия)	B	C	3C
Антрахиноны (сенна и др.)	B	C	3C
Прукалоприд	-	-	1A

Безопасность

Осмотические слабительные имеют благоприятный профиль безопасности, что позволяет применять их у беременных и кормящих женщин. Курс лечения 4-6 недель

*Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором, 2016

Симптомы функционального запора (Римские критерии IV)*

Нет достаточных критериев для постановки диагноза СРК
Появление за 6 месяцев и наличие на протяжении 3 месяцев, не менее 2-х симптомов

Менее 3-х
дефекаций в
неделю

Ощущение
неполного
опорожнения
(во время 25%
дефекаций)

Жидкий стул
только после
слабительных



Нутуживание при
акте дефекации
(>25% дефекаций)

Стул твердый или
фрагментированный
(>25% дефекаций)
Бристольская шкала
1,2 типов

Ощущение
аноректальной
обструкции
в 25% дефекаций

Для покрытия всех звеньев медикаментозной терапии необходим комплексный препарат, устраняющий запор и нормализующий микрофлору кишечника



Механизм пребиотического действия лактитола

Уксусная,
Пропионовая,
Масляная
кислоты



Регулирование и нормализация процессов:

- ✓ энергетического снабжения колоноцитов
- ✓ воспаления
- ✓ синтеза липидов мембран
- ✓ защитного барьера и проницаемости слизистой оболочки толстой кишки
- ✓ колоректального канцерогенеза
- ✓ окислительного стресса
- ✓ водно-электролитного баланса



Пребиотическое действие -

стимулирует рост полезной микрофлоры (бифидо- и лакто-)

В результате метаболизма микрофлорой образуются эндогенные масляная, пропионовая и уксусная кислоты



Экспортал
нормализует
функционального
состояния
слизистой
оболочки толстой
кишки



Экспортал® - удобный способ приема

ОДИН РАЗ В ДЕНЬ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ

СХЕМЫ ДОЗИРОВАНИЯ³

✓ Дети 1 - 6 лет: $\frac{1}{2}$ - 1 пакетик по 5г

✓ Дети 6 - 12 лет: $\frac{1}{2}$ - 1 пакетик по 10г

✓ Дети 12 - 16 лет: 1- 2 пакетика по 10г

✓ Взрослые: 2 пакетика по 10г

Препарат необходимо растворять в физиологическом
объеме напитка или жидкой пище



ВОЗМОЖНЫЕ СХЕМЫ ТЕРАПИИ СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА



Диагноз Синдром раздраженного кишечника с диареей

- 1 Диета, ведение пищевого дневника, жидкость.
- 2 **Восстановление моторики, снижение висцеральной гиперчувствительности:**
Тримедат 200 мг (1 таблетка) 3 раза в день за 30 минут до еды, 3-4 недели. При достижении стойкого клинического эффекта продолжается поддерживающая терапия препаратом в дозе 100 мг (1/2 таблетки) 3 раза в день до 3-х месяцев.
- 3 Мероприятия, направленные на нормализацию кишечной микрофлоры:
- 4 Бактистатин по 1 капсуле 2 раза в день или РиоФлора Баланс.
- 5 Психотропные препараты по показаниям: Тералиджен (алимемазин) 5 мг (1 таблетка) на ночь 2-4 недели, amitriptyline

Продукты, вызывающие метеоризм



все виды фасоли
чечевица
горох



все виды
капусты
салаты

петрушка
морковь
чеснок
лук



продукты из
цельных
злаков
(особенно
ржаной хлеб)



соя и соевые
продукты

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Действующее вещество
природный фермент альфа-галактозидаза
В 1 табл содержится 5мг



Расщепляет проблемные олигосахариды, содержащиеся в овощах, фруктах, бобовых и цельных злаках – причину избыточного газообразования в кишечнике

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ

С первыми порциями пищи
при употреблении продуктов, вызывающих метеоризм

По 1-3 таблетки на один приём
в зависимости от объёма пищи



1 таблетка
лёгкий
перекус



2 таблетки
плотный обед
или ужин



3 таблетки
обильное
застолье

**ОРЛИКС® - ЗАБУДЬТЕ О ВЗДУТИИ! ЕШЬТЕ С
УДОВОЛЬСТВИЕМ!**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

П Р И К А З

24 декабря 2012г

Москва

№ 14204



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 27337

от 26 февраля 2012г.

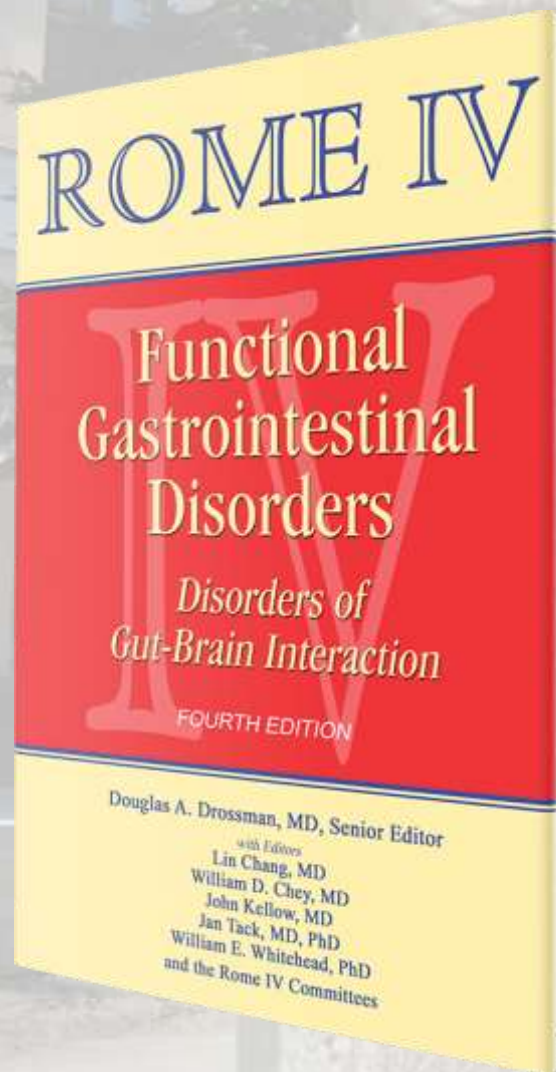
Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при
синдроме раздраженного кишечника

3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз

Код	Анатомо- терапевтическо- химическая классификация	Наименование лекарственного препарата**	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД***	СКД****
A03AA	Синтетические антихолинергические средства, эфиры с третичной аминогруппой		1			
		Мебеверин		мг	405	7290
		Платифиллин		мг	15	270
		Тримебутин		мг	600	10800

Фармакологическое действие





**Тримебутин рекомендован
при консервативном
лечении для снижения
базального давления в СО
в Римских критериях IV!**

Medical therapy. Because of the risks and uncertainties involved in invasive approaches, it is important to explore conservative management initially. Nifedipine, phosphodiesterase type-5 inhibitors, trimebutine, hyoscine butylbromide, octreotide, and nitric oxide have been shown to reduce basal sphincter pressures in SOD and asymptomatic volunteers during acute manometry.^{67,68} H₂ an-

**ТРИМЕДАТ® включен в клинические
рекомендации Российской
гастроэнтерологической ассоциации**

Желчнокаменная болезнь (2016)

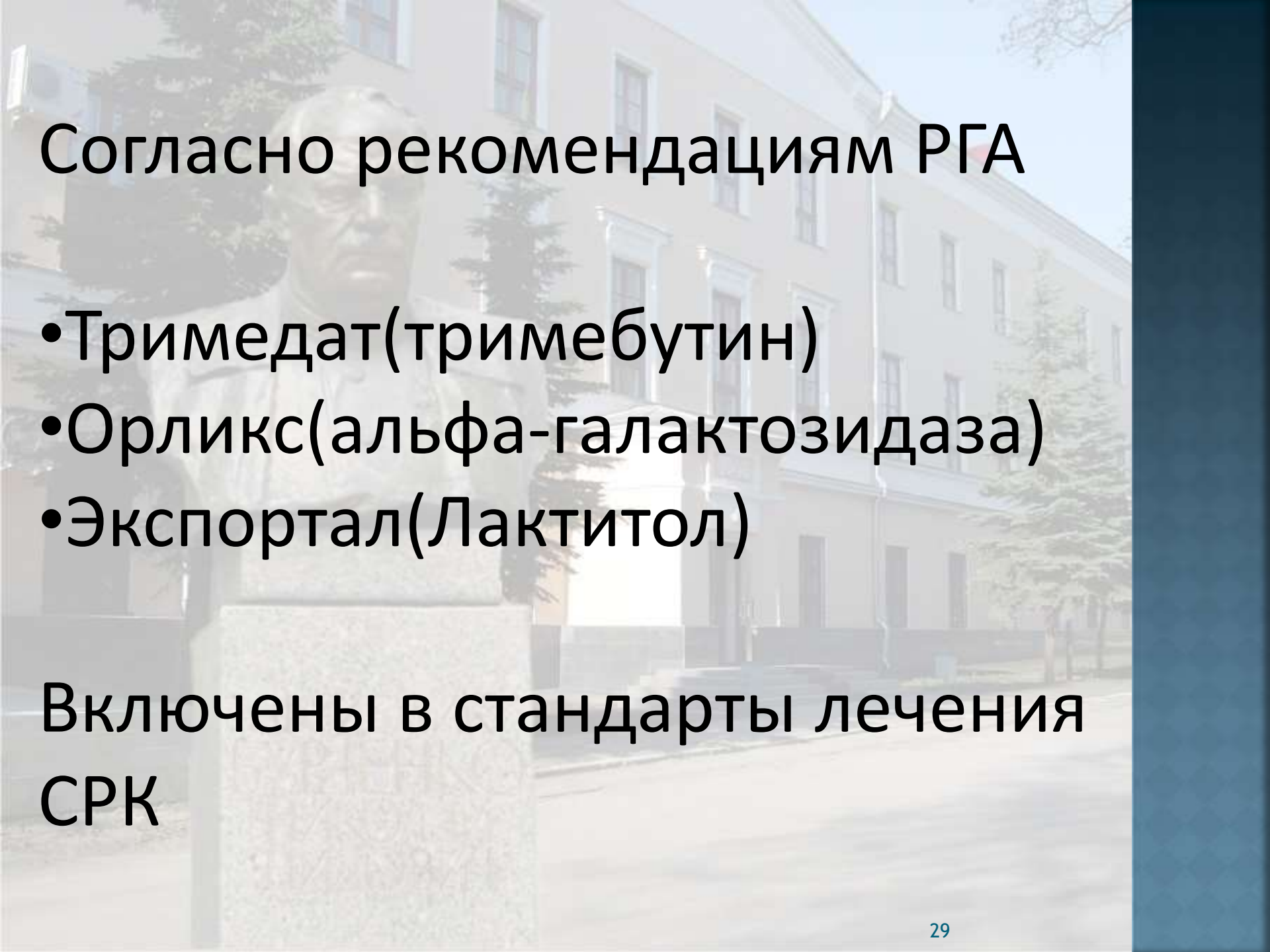
Функциональная диспепсия (2016)

**Синдром раздраженного
кишечника (2016)**

Абдоминальная боль (2015)

**Тримебутин включен в раздел функциональных
расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди Римских
критериев IV**

регулятор моторики и висцеральной чувствительности Тримедат ,
благодаря сочетанию спазмолитической и прокинетической активности
может быть эффективен при абдоминальной боли не зависимо от
механизма ее возникновения

The background of the slide features a faded image of a large, multi-story building with many windows. In the foreground, there is a stone pedestal with a statue of a man, likely a historical figure, partially visible. The overall tone is light and academic.

Согласно рекомендациям РГА

- Тримедат(тримебутин)
- Орликс(альфа-галактозидаза)
- Экспортал(Лактитол)

Включены в стандарты лечения СРК



ГБУЗ «ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Н.Н. БУРДЕНКО»

Благодарю за внимание!



В докладе использованы:

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации; Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника.

В. Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, Е. К. Баранская, Е.А. Белоусова, СВ. Васильев, О. В. Головенко, А. О. Головенко, Е.Г. Григорьев, Н. В. Костенко, В.Н. Кагаников, В.Ф. Куликовский, Т. Л. Лапина, И. В. Маев, Е.А. Полуэктова, В. Г. Румянцев, В.М. Тимербулатов, А. А. Тихонов, А. С. Трухманов, О.Ю. Фоменко, И. Л. Халиф, Д. А. Хубезов, Е.Ю. Чашкова, Г. И. Чибисов, А. А. Шептулин, О. С. Шифрин, В. В. Яновой.

Материалы научно-практических журналов Врач.