



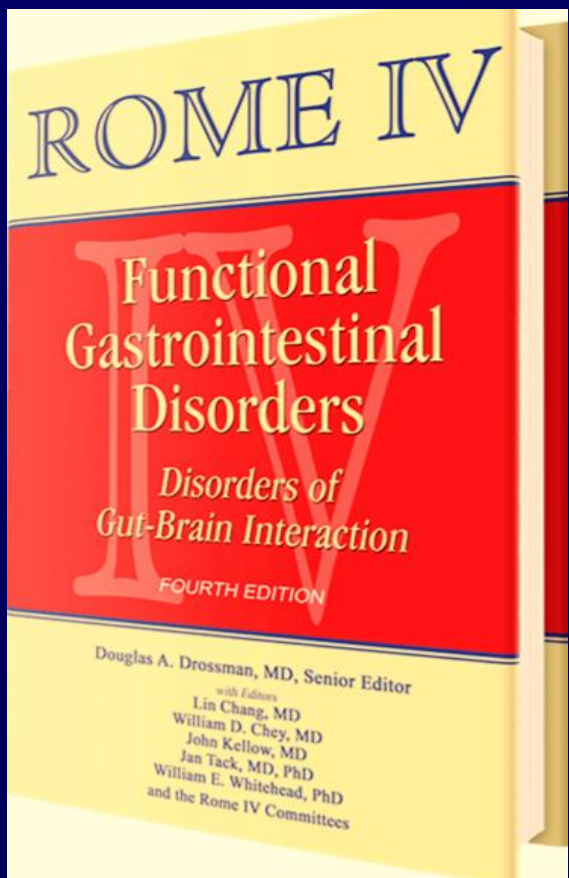
ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

ЛЕКЦІЯ 1

Лектор: професор, д.мед.н. Кривенко В.і.

- **ФР ШКТ є майже у 25% населення і після ГРВІ є другою причиною тимчасової непрацездатності.**
- **До 75% осіб з симптомами ФР ШКТ за медичною допомогою не звертаються і лікуються самостійно.**
- **Найчастіше симптоми ФР ШКТ дебютують у дитячому віці і супроводжують людину все життя.**





- **Функціональні розлади ШКТ є розладами взаємодії між кишечником і головним мозком.**
[Римські критерії IV, Drossman, 2016].
- **Функціональні розлади ШКТ– це різноманітна комбінація гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень.**
[Римські критерії III, Drossman, 2006].

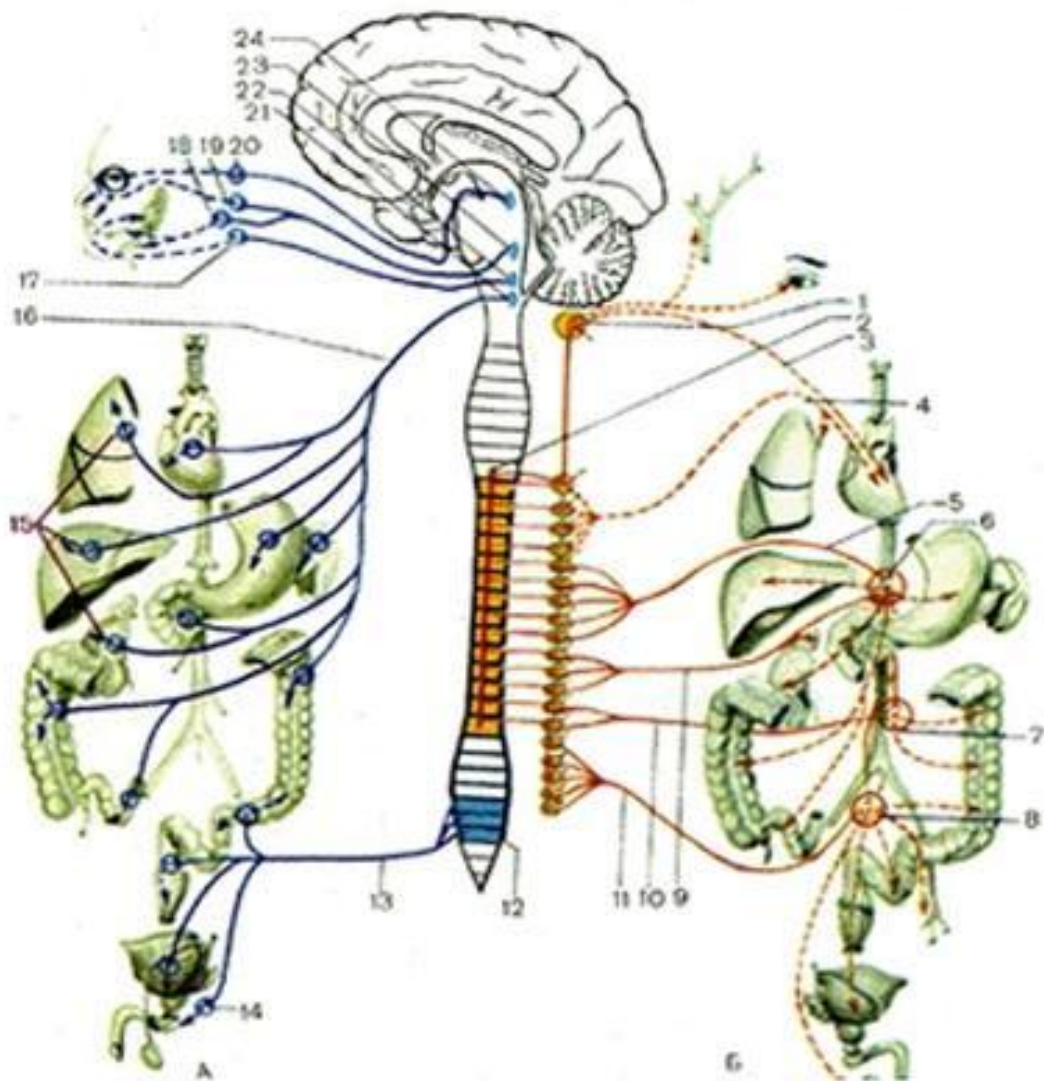
До функціональних захворювань відносять ті стани, коли не вдається виявити морфологічні, генетичні, метаболічні та інші змін, якими можна було б пояснити клінічні симптоми, що спостерігаються.

ФР ШКТ визнані самотійною нозологічною формою і розглядаються як психосоціальні захворювання.

Сформована нова біопсихосоціальна модель ФР ШКТ, яка включає кілька детермінант:

- порушення моторики, до яких часто приєднуються зміни секреторної та всмоктувальної функцій,
- вісцеральна гіперчутливість,
- порушення стану мікрофлори ШКТ,
- зміна мукозального імунітету та запального потенціалу слизової оболонки.

Автономная (вегетативная) иннервация внутренних органов (схема).



А — парасимпатическая часть.

Б — симпатическая часть.

1 — gangl. cervicale superius;

2 — columna intermediolateralis;

3 — n. cardiacus cervicalis superior;

4 — nn. cardiaci et pulmonales thoracici;

5 — n. splanchnicus major;

6 — plexus coeliacus;

7 — plexus mesentericus inferior;

8 — plexus hypogastrici superior et inferior;

9 — n. splanchnicus minor;

10 — nn. splanchnici lumbales;

11 — nn. splanchnici sacrales;

12 — nucl. parasympathici sacrales;

13 — nn. splanchnici pelvini

[nn. pelvici splanchnici];

14 — gangl. pelvina [pelvica];

15 — gangl. parasympathici

(в составе органных сплетений);

16 — n. vagus;

17 — gangl. oticum;

18 — gangl. submandibulare;

19 — gangl. pterygopalatinum;

20 — gangl. ciliare;

21 — nucl. dorsalis n. vagi;

22 — nucl. salivatorius caudalis

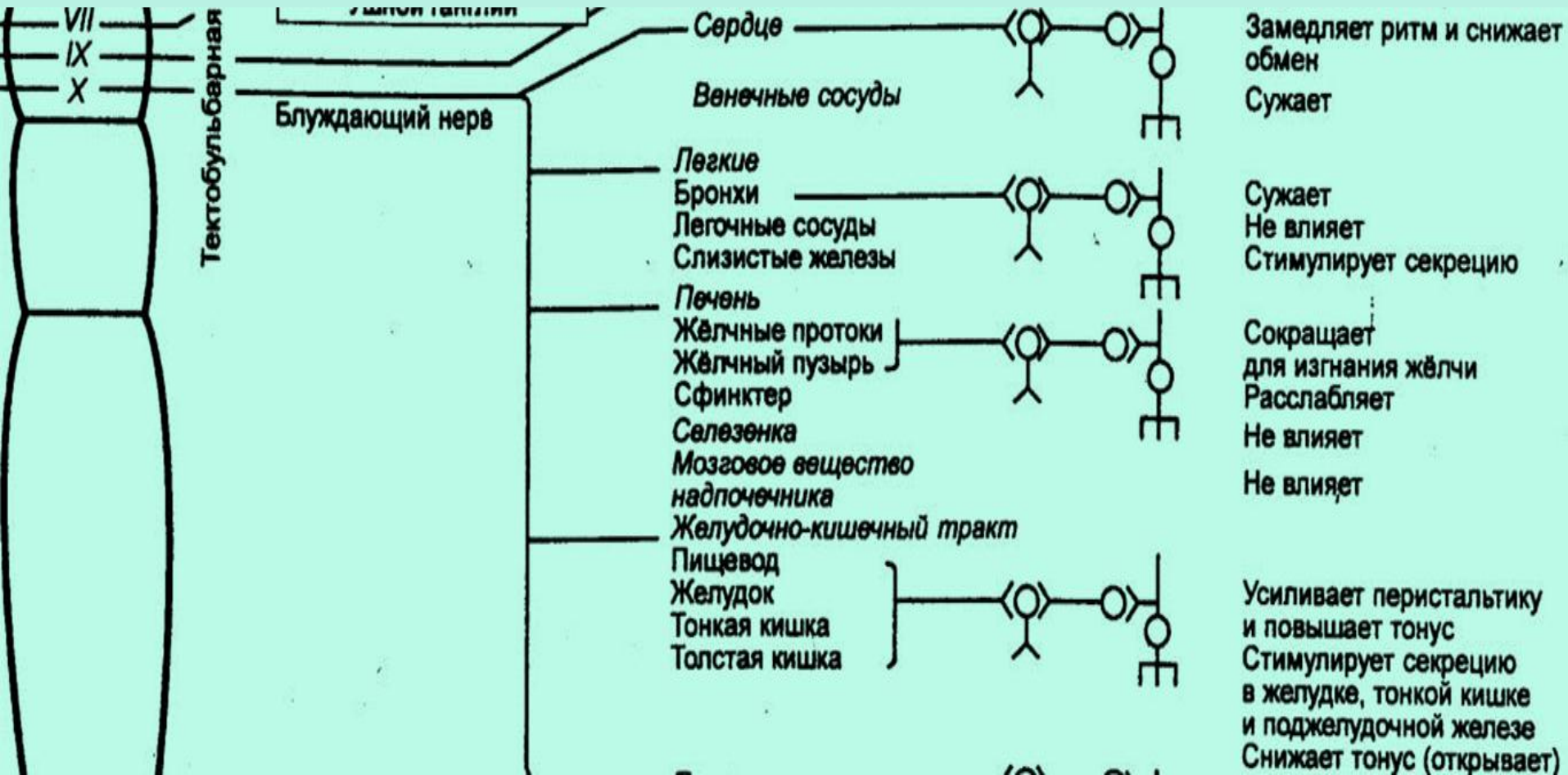
[nucl. salivarius inferior];

23 — nucl. salivatorius cranialis

[nucl. salivarius superior];

24 — nucl. oculomotorius accessorius.

ІНЕРВАЦІЯ СЕРЦЯ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ



ЩО ТАКЕ ВІСЦЕРАЛЬНА ГІПЕРЧУТЛИВІСТЬ?

- ВГЧ - порушена чутливість у відповідь на нормальні фізіологічні стимули.
- При відсутності патологічних змін звичайне розтягнення або скорочення полого органу не відчувається людиною.
- При наявності ВГЧ у пацієнтів з СПК відзначається біль або дискомфорт в животі у відповідь на механічні дії на кишечник.
- ВГЧ зустрічається у 33-90% хворих з СПК (в середньому - у 60%).



ВИДІЛЯЮТЬ ДВА КОМПОНЕНТИ ВГЧ:

Гіпералгезія - імпульси, які можуть викликати в звичайних умовах біль, сприймаються як більш інтенсивний біль.

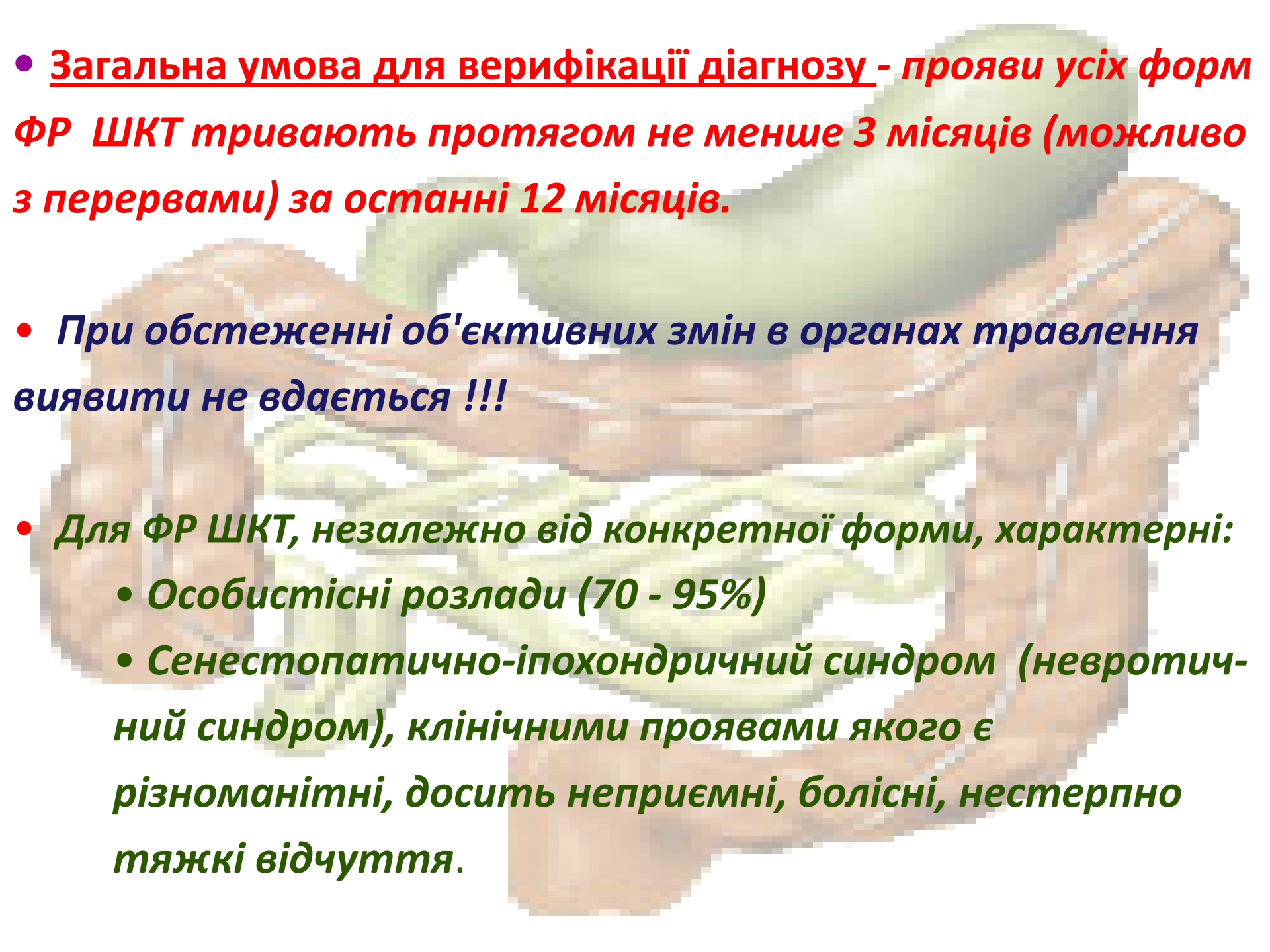
Аллодінія - біль відзначається через імпульси, нездатні в звичайних умовах викликати больові відчуття.



- Таким чином, у хворих з СРК при ВГЧ відзначається знижений поріг сприйняття імпульсів з кишечника.
- ВГЧ може спостерігатися по всьому кишечнику і в більш проксимальних відділах гастроінтестинального тракту.
- Подібні прояви ВГЧ також можуть відзначатися і з боку шлунка, що спостерігається при функціональній диспепсії шлунка.



Біопсихосоціальна концептуальна модель ФР ШКТ

- 
- **Загальна умова для верифікації діагнозу - прояви усіх форм ФР ШКТ тривають протягом не менше 3 місяців (можливо з перервами) за останні 12 місяців.**
 - **При обстеженні об'єктивних змін в органах травлення виявити не вдається !!!**
 - **Для ФР ШКТ, незалежно від конкретної форми, характерні:**
 - **Особистісні розлади (70 - 95%)**
 - **Сенестопатично-іпохондричний синдром (невротичний синдром), клінічними проявами якого є різноманітні, досить неприємні, болісні, нестерпно тяжкі відчуття.**

КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

| | |
|---|--|
| A. Стравохідні розлади | |
| A1 Функціональний біль у грудній клітці A2 Функціональна печія A3 Рефлюксна гіперчутливість | A4 Ком у горлі A5 Функціональна дисфагія |
| B. Гастродуоденальні розлади | |
| B1 Функціональна диспепсія <ul style="list-style-type: none">• B1a Постпрандіальний дистрес-синдром (ПДС)• B1b Епігастральний больовий синдром (ЕБС) B2 Розлад відрижки <ul style="list-style-type: none">• B2a Надмірна супрагастральна відрижка• B2b Надмірна гастральна відрижка | B3 Розлади нудоти і блювання <ul style="list-style-type: none">• B3a Хронічний синдром нудоти і блювання• B3b Синдром циклічного блювання• B3c Синдром канабіноїдного нестримного блювання B4 Синдром відрижки |
| C. Розлади кишечника | |
| C1 Синдром подразненого кишечника (СПК) <ul style="list-style-type: none">• СПК з переважанням закріпів (СПК-З)• СПК з переважанням діареї (СПК-Д)• СПК зі змішаними ритмами дефекації (СПК-ЗМ)• СПК без класифікації | C2 Функціональний закріп C3 Функціональна діарея C4 Функціональне здуття живота C5 Невизначений розлад кишечника C6 Опіоїдіндукований закріп |
| D. Центральньо-опосередкований розлад шлунково-кишкового болю | |
| D1 Центральньо-опосередкований больовий абдомінальний синдром (ЦОБАС) | |
| D2 Опіоїдна дисфункція кишечника (ОДК) / опіоїдіндукована шлунково-кишкова гіпералгезія | |
| E. Розлади жовчного міхура і сфінктера Одді (СО) | |

КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

E1 Біліарний біль

- E1a Функціональний розлад жовчного міхура
- E1b Функціональний біліарний розлад CO

E2 Функціональний панкреатичний розлад CO

F. Аноректальні розлади

F1 Нетримання калу

F2 Функціональний аноректальний біль

- F2a Синдром леватора заднього проходу
- F2b Невизначений функціональний аноректальний біль

- F2c Швидкоплинна прокталгія

F3 Функціональний розлад дефекації

- F3a Порушена дефекаторна перистальтика
- F3b Асинергічна дефекація

G. Дитячі шлунково-шлункові розлади: новонароджені/малюки

G1 Відрижка у немовлят

G2 Синдром відрижки

G3 Синдром циклічного блювання (СЦБ)

G4 Дитяча коліка

G5 Функціональна діарея

G6 Дитяча дисхезія

G7 Функціональний закреп

H. Дитячі шлунково-шлункові розлади: дитина/підліток

H1 Функціональний розлад нудоти і блювання

- H1a Синдром циклічного блювання (СЦБ)
- H1b Функціональна нудота і функціональне блювання

блювання

- H1b1 Функціональна нудота
- H1b2 Функціональне блювання
- H1b Синдром румінації (відрижки)
- H1d Аерофагія

H2 Функціональні розлади абдомінального болю

- H2a Функціональна диспепсія

- ✓ H2a1 Постпрандіальний дистрес-синдром

- ✓ H2a2 Епігастральний больовий синдром

- H2b Синдром подразненого кишечника

(СПК)

- H2c Абдомінальна мігрень

- H2d Функціональний абдомінальний біль –

органонеспецифічний

H3 Функціональні розлади дефекації

- H3a Функціональний закреп

- H3b Нетримання калу без закрепу

Характеристика вісцеральної та соматичної болі

| Показники | Характер болі | |
|---|--|------------------------------|
| | Вісцеральна | Соматична |
| Характер | Тупа, спастична | Гостра, інтенсивна |
| Локалізація | Розлита. невизначена, по середній лінії | Точкова, в місці подразнення |
| Тривалість | Від хвилин до місяців | Постійна |
| Ритмічність (зв'язок з харчуванням, часом доби, актом дефікації та ін.) | Характерна (ритм може бути правильним або неправильним) | Відсутня |
| Ірадіація | Виникає при інтенсивному характері і відповідає ураженому органі | Наяна при більшості випадків |

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ СТРАВОХОДУ

СКАРГИ

КОМ В ГОРЛІ (глобус):

- постійне або періодичне відчуття клубка або стороннього тіла в горлі в проміжках між прийомами їжі.
- відсутність дисфагії і одінофагії.
- Відсутність рефлюксу, ахалазії або інших порушень моторики з доведеною патологічною основою, як причини захворювання.

РУМІНАЦІЙНИЙ СИНДРОМ (ВІДРИЖКА)

- постійна або періодична регургітація в ротову порожнину недавно з'їденої їжі з подальшим проковтуванням.
- відсутність нудоти і блювоти.
- припинення, якщо їжа стає кислою.



СКАРГИ



- ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПЕРВИННО- СТРАВОХІДНОГО ПОХОДЖЕННЯ: за грудинна біль, яка не носить характер печії.
- ФУНКЦІОНАЛЬНА ПЕЧІЯ: дискомфорт за грудиною пекучого характеру.
- ФУНКЦІОНАЛЬНА ДИСФАГІЯ: відчуття застрявання або ненормального проходження по стравоходу рідкої або твердої їжі
- НЕУТОЧНЕНИЙ ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ РОЗЛАД СТРАВОХОДУ: незрозумілі симптоми, пов'язані з стравоходом, які відповідають попереднім формам.

**Верифікація остаточного діагнозу
можлива тільки після виключення:**

- **ГЕРХ,**
- **ахалазії кардії,**
- **раку стравоходу.**

Для визначення терапевтичної тактики виділяють гіпомоторну і гіпермоторну дискінезію стравоходу, яка супроводжується спазмом м'язових структур стравоходу. Останні зустрічаються найбільш часто.

Фармакотерапія обов'язкова:

| Схеми лікування | Тривалість | Стаціонар | Амбулаторно |
|---|--------------|-----------|-------------|
| Прокінетик Антидепресант | 4 - 6 тижнів | - | + |
| Нейротропний спазмолітик Седативний препарат | 3 – 4 тижні | - | + |
| Антагоніст кальція Міорелаксант | 3 - 4 тижні | - | + |

Функціональне зривування. функціональна печія

| Препарат | Доза | Спосіб введення |
|-----------------------------|------------------------|-----------------|
| Метоклопрамід (церукал) або | 25 мг 2-3 рази на добу | в/м, per os |
| Домперідон (мотіліум) або | 10 мг 3 рази на добу | per os |
| Цізапрід (коордінакс) | 5-10 мг 2 рази на добу | per os |
| Амітриптилін (амізол) | 25 мг 2 рази на добу | per os |

Функціональний клубок у горлі. Функціональний біль у стравоході

| Препарат | Доза | Спосіб введення |
|--|---|-------------------|
| Бутілскополамін (бускопан, спазмобрю) або | 2,0 мл або 1 т. 2-3 рази на добу | в/м, per os |
| Пріфініум бромід (ріабал, но-спазм) або | по 1 т. або по 1 ч.л. або по 1 свічці 3 рази на добу | per os, у свічках |
| Дротаверін (но-шпа) | 2.0 мл або 1-2 т. 3 рази на добу | в/м, per os |
| Сульпірід (еглоніл) | 50 мг 2 рази на добу | в/м, per os |

Функціональна дисфагія. Функціональна біль у стравоході

| Препарат | Доза | Спосіб введення |
|--|--------------------------|-----------------|
| Ніфедіпін (корінфар, адалат, фенігідін, кардіпін, кордафен) | 1 т. 2-3 рази на добу | per os |
| Баклофен | По 5 мг 2-3 рази на добу | per os |

Функціональні гастродуоденальні розлади

- **Функціональна диспепсія (ФД)** - не пояснює комплекс скарг органічними захворюваннями :
 - біль і печія в надчеревній ділянці,
 - відчуття і переповнення після їжі,
 - раннє насичення

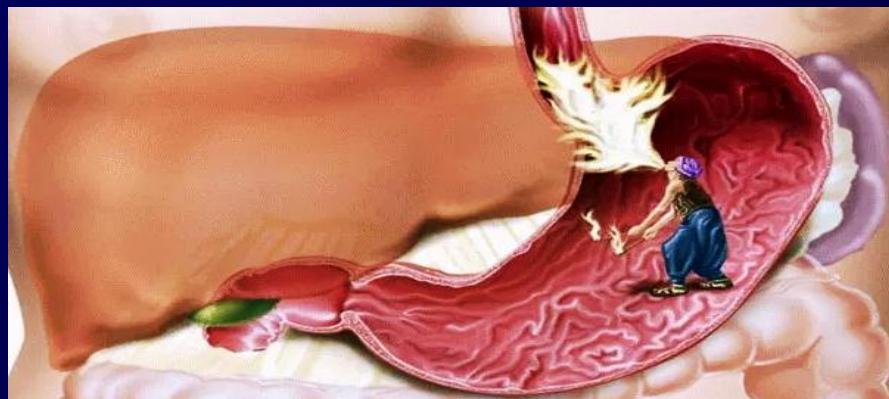


Турбує протягом 3 останніх місяців

із загальною тривалістю не менше 6 місяців.

В Римських критеріях IV перегляду «органічну диспепсію» рекомендовано називати «вторинною диспепсією».

- **Загальна поширеність симптомів диспепсії в середньому близько 25%.**
- **До лікарів звертається лише кожен 2 - 4 пацієнт з синдромом диспепсії.**
- **Хворі ФД складають близько 5% пацієнтів, що приходять на прийом до сімейного лікаря.**



- **Показники поширеності ФД у чоловіків і жінок суттєво не відрізняються.**
- **Майже 25% хворих ФД звертаються до лікаря більше 4 разів на рік.**
- **Пацієнти з ФД в 2,6 разів частіше беруть лікарняний лист і за рік на 3-4 тижні більше знаходяться на лікарняному в порівнянні з середніми популяційними показниками.**

ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ ФД

- **Спадковість**: порушення чутливості рецепторів до нейротрансмітерів, які стимулюють рухову функцію шлунку.
- **Аліментарні похибки** – надмірне вживання червоного перця, цибулі, майонезу, горіхів, цитрусових, шоколаду, кави, газованих напоїв.
- **Куріння** - в 2 рази підвищує ризик розвитку ФД.
- **Перенесена харчова токсикоінфекція** - у 20% призводить до «постінфекційної» ФД часто нетривалого перебігу.
- **Психосоціальні фактори.**
- **Не виявлено зв'язку інфекції НР з розвитком ФД**, в більшості випадків еридикація не призводить до зникнення диспепсичних симптомів.
- **При клінічній ефективності ерадикаційної терапії** - диспепсія асоційована з інфекцією НР.
- **Кислотно-пептичної фактор** оцінюється неоднозначно, при виразкоподібному варіанті ФД ефективність ІПП підтверджує припущення.
- **Розлади рухової функції шлунка і дванадцятипалої кишки** - у 40-60% хворих ФД.

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ФД:

- з переважанням синдрому болю в епігастрії або виразковоподібний варіант;
- з переважанням постпрандіального дистрес-синдрому - діскінетичний варіант.

СКАРГИ І АНАМНЕЗ

Болі в епігастрії:

- не рідше 1 разу на тиждень,
- не постійного характеру,
- пов'язані з прийомом їжі або виникають натщесерце,
- не локалізуються в інших відділах живота,
- зменшуються після дефекації,
- не супроводжуються ознаками дисфункції жовчного міхура або сфінктера Одді.



Почуття переповнення в епігастрії або раннє насичення - постпрандіальний дистрес-синдром частіше 3 разів на тиждень після прийому звичайного об'єму їжі.

Відчуття печії в епігастрії.

В Римських критеріях IV підкреслена можливість поєднання ФД з нудотою і відрижкою, які розглядаються як додаткові симптоми основного захворювання.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

■ **Езофагогастродуоденоскопія виявить** супутні зміни слизової оболонки стравоходу (рефлюкс-езофагіт), порушення моторики шлунка і дванадцятипалої кишки (дуоденогастрального рефлюксу). Важлива перевага - можливість біопсії.



■ **УЗД органів черевної порожнини**, в тому числі інформація про тонус і перистальтику шлунка після прийому 200-300 мл теплої води.

■ **Тестування на *H.pylori***: серологічне, морфологічне, швидкий уреазний тест, дихальний тест, визначення антигену HP в калі, ПЛР на ДНК HP в калі і слизовій оболонці шлунка. Достовірність підвищується при одночасному застосуванні декількох методів.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

- **ГЕРХ** часто поєднується з ФД, особливо при збереженні симптомів після курсу антисекреторної терапії.
- **Глютенова ентеропатія (целиакія)** - визначення антитіл до гліадину, ендомізію і тканинної трансглютамінази.
- **Діабетичний гастропарез.**
- **Системна склеродермія.**
- **Інфільтративні ураження шлунка** при хворобі Менетріє, хворобі Крона, амілоїдозі, саркоїдозі, прийомі лікарських препаратів, алкогольній гастропатії, ХСН, ХНН, гіпер- і гіпотиреозі, гіперпаратиреозі, Х над. Н, променевої хворобі, вагітності.
- **Ідіопатичний гастропарез** - у молодих жінок, обумовлений психопатологічними чинниками.
- **Хронічна ідіопатична нудота.**
- **Функціональна блювота.**
- **Аерофагія.**
- **Надмірна відрижка.**
- **Синдром румінації.**



ЧАСТІ ПОЄДНАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ:

- функціональні розлади шлунково-кишкового тракту: СПК, функціональна печія, функціональний метеоризм, функціональні запори, функціональна діарея, синдром функціональної абдомінальної болі.
- «негастроентерологічні» функціональні синдроми: хронічні тазові болі, некардіальна біль у грудній клітці, головний біль напруги, синдром фіброміалгії, синдром хронічної втоми та ін.

▪ Виключають ФД «симптоми тривоги»:

лихоманка, виражена втрата ваги, кров у калі і ін.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

- Встановлення правильних взаємовідносин між лікарем і хворим, дотримання дієти, відмова від шкідливих звичок.
- Часте - 6 разів на день дробове харчування невеликими порціями з обмеженням жирної і гострої їжі, а також кави.
- Відмова від куріння, вживання алкоголю, прийому НПЗ.
- При необхідності антисекреторну терапію доповнюють антацидними препаратами.
- Синдром болю в епігастрії або змішаний варіант ФД - застосування H₂-блокаторів (ІПП).
- ІПП ефективні при больовому (виразковоподібному) варіанті ФД, особливо при нічних болях, поєднанні з ГЕРХ, у хворих з надлишковою масою тіла, але мало допомагають при діскінетичному варіанті.
- Ерадикація хелікобактерної інфекції.

ПРОКІНЕТИКИ

- Ефективність - 61%, що значно перевищує ефективність плацебо - 41%.
- Застосовуються антагоністи дофамінових рецепторів (метоклопрамід, домперідон), препарат з комбінованим механізмом дії - ітопріда гідрохлорід.
- Побічні ефекти метоклопраміда (25-30%): екстрапірамідні порушення (м'язовий гіпертонус, спазм лицьової мускулатури, гіперкінези), головний біль, запаморочення, сонливість, занепокоєння, депресія, гормональний ефект (гіперпролактинемія, галакторея, порушення менструального циклу, гінекомастія).
- Домперідон через блокування калієвих каналів hERG (IKr) подовжує фазу реполяризації шлуночків і збільшує інтервал Q-T з можливістю розвитку серйозних порушень ритму. Рекомендується обмежити прийом домперідону лише симптоматичним лікуванням нудоти і блювоти не більше 7 днів.
- Ітопріда гідрохлорід через 8 тижнів лікування усуває або зменшує симптоми диспепсії у 57% - 64% хворих.
- При ППДС або поєднання ФД і СРК, рекомендується прийом агоніста m- k-, d-опіоїдних рецепторів тримебутін.

ПРОВОДЯТЬСЯ КЛІНІЧНІ ВИПРОБУВАННЯ:

- агоністів 5-HT₁-рецепторів (бушпірон, суматріптан),
- агоністів мотілінових рецепторів (алемцінал, мітемцінал, атілмотін і ін.),
- мотіліноподібним пептиду греліну (агоніст грелінових рецепторів),
- аналоги гонадотропін-релізінг гормону леупроліда,
- агоністи каппа-рецепторів (федотоцін, азімадолін).

ТРИЦИКЛІЧНІ ДЕПРЕСАНТИ

- При недостатній не ефективності антисекреторних препаратів і прокінетиків.
- Трициклічні антидепресанти ефективні в субтерапевтичних дозах.
- Амітриптилін в невеликих дозах трохи більше ефективний, ніж плацебо.

РЕАБІЛІТАЦІЯ

Після завершення курсу медикаментозної терапії може бути рекомендовано санаторно-курортне лікування з питвом мінеральних вод і різними фізіотерапевтичними процедурами.



ПРОФІЛАКТИКА

- Нормалізація способу життя,
- Правильне чергування режиму праці і відпочинку,
- Дотримання дієти з обмеженням гострої і грубої їжі,
- Припинення куріння і зловживання алкоголем

Аерофагія –

повторна відрижка, обумовлена заковтуванням повітря, яка завдає занепокоєння і відзначається хворим на протязі не менше 12 тижнів протягом року. Аерофагія становить 5% всіх функціональних розладів шлунка і дванадцятипалої кишки і зустрічається частіше у чоловіків старше 45 років.

Діагноз ставиться на підставі анамнезу і об'єктивного підтвердження наявності підвищеного заковтування повітря. Хворі, які страждають на аерофагію, вимагають обов'язкової консультації психіатра для виключення депресії і підвищеної тривоги.

Діагноз функціональної блювоти ставиться в тих випадках, коли у хворого напротязі не менше 12 тижнів протягом року і по меншій мірі не рідше 3 днів на тиждень спостерігається блювота, а ретельне обстеження не виявляє інших причин, що пояснюють наявність даного симптому

- **На функціональну блювоту припадає 6%** від всіх функціональних розладів шлунка і дванадцятипалої кишки. Найчастіше зустрічається у жінок молодше 45 років.



Для диференційної діагностики:

- гастродуоденоскопія,
- визначення вмісту електролітів,
- оцінка евакуаторної функції шлунка,
- ретельне вивчення стану ЦНС

Функціональна диспепсія, виразковоподібний варіант

| Препарат | Доза | Спосіб введення |
|--|---|-----------------|
| Омепразол (омез, ульфамід) або лансопразол (ланзал, ланза) або пантопразол (контролок) або рабепразол (парнет) або езомепразол (нексіум) або квамател, фамотидін. Діосмектіт (біла глина, смекта) | по 1 к. або по 1 т. 1-2 рази на добу по 1 п. 3 рази на добу | per os |
| Амітріптілін (амізол) | 25 мг 2 рази ена добу | per os |

Функціональна диспепсія, діскінетичний варіант

| Препарат | Доза | Спосіб введення |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| Мотоклопрамід (церукал) або домперідом (мотіліум) | По 1 т. 3 рази на добу | per os |
| Антацид, який всмоктується (ренні) | По 1 т. 3-4 рази на добу | per os (табл., сіроп), свічки |
| Діметікон або семітікон (еспумізан) | По 40-80 мг 3-4 рази на добу | per os (капсули) |
| Лндасетрон (осетрон) | По 1 т. на добу | per os |

Функціональна диспепсія, змішаний варіант і НрІ +

| Препарат | Доза | Спосіб введення |
|--|---|-----------------|
| Антихелікобактерна терапія | 1 тиждень | per os |
| Антациди, які містять алюміній (маалокс, альмагель, фосфалюгель) | По 1-2 стандартній дозі 3-4 рази на добу через 40 хв. після їжі | per os |

Критерій ефективності лікування - припинення симптомів хвороби або зменшення їх інтенсивності.

Тривалість лікування: амбулаторне - повторні курси лікування на вимогу.

Санаторно-курортне лікування та реабілітація: для хворих з функціональними розладами НС.

Прогноз сприятливий.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ КИШЕЧНИКА:

- Синдром подразненого кишечника
- Функціональний закреп
- Функціональна діарея



Синдром подразненого кишечника -

поліетіологічне захворювання при якому морфологічні та фізіологічні відхилення обумовлені порушенням моторики ШКТ, кишкового мікробіому, вісцелярної гіперчутливості і змін з боку ЦНС.

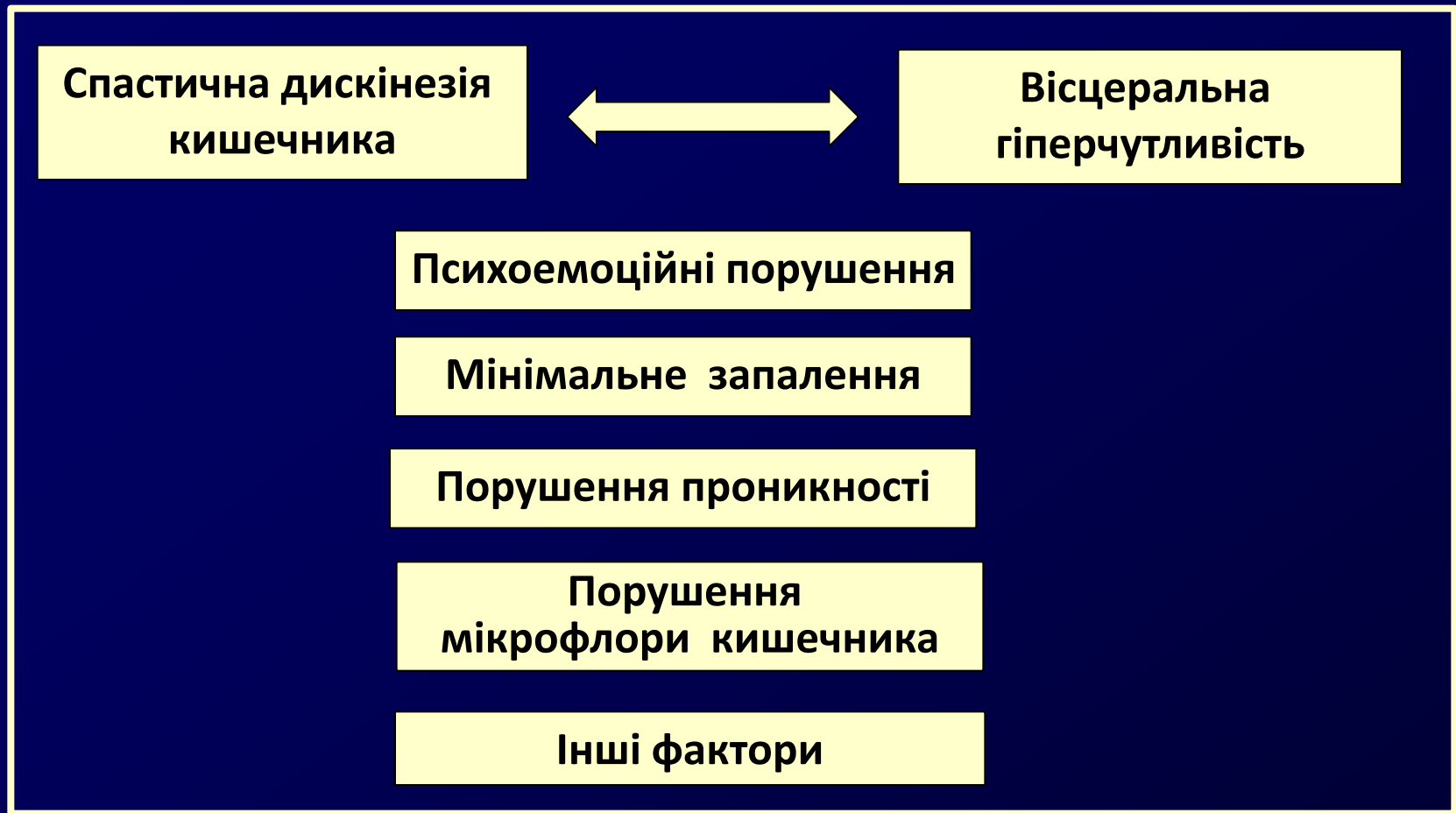


Згідно з Римськими критеріями IV, діагноз СПК вірогідний за наявності рецидивного болю в животі в середньому 1 день на тиждень упродовж останніх 3 міс, які поєднуються з 2 або більше наступними симптомами:

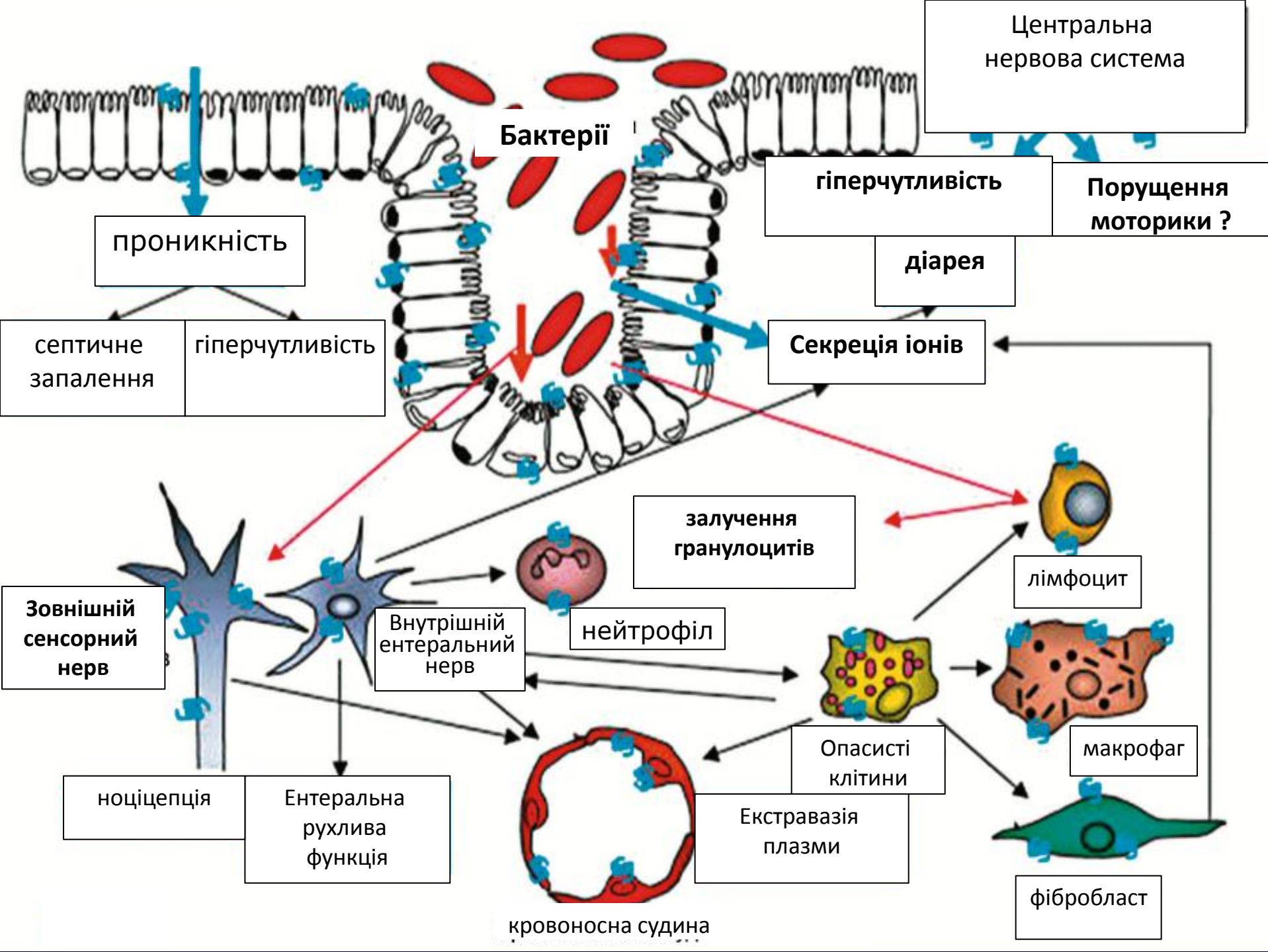
1. Зв'язок з дефекацією.
2. Асоціація зі зміною частоти випорожнення.
3. Асоціація зі зміною форми (зовнішнього вигляду) випорожнення.

Ці критерії дійсні, якщо спостерігаються протягом останніх 3 міс. від моменту появи симптомів за 6 міс. до встановлення діагнозу.

ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ СПК



- підвищена чутливість рецепторів стінки кишки до розтягування - перезбудження спінальних нейронів з подальшим формуванням больових відчуттів.
- особливості харчування.
- гінекологічні захворювання (виявлені високі кореляції з дісменореєю).
- зміни мікробного біоценозу кишечника.
- генетичні фактори.



Серед моторних порушень при СРК в першу чергу слід виділити спастичну дискінезію кишечника.



Спазми кишечника здатні викликати не тільки больовий синдром, але і відчуття здуття і розпирання кишечника.



Діарея при СРК може викликатися спазмами кишечника з подальшою гіперперистальтикою.



Закреп при СРК часто обумовлений спазмами лівих відділів кишечника з погіршенням нормального руху калових мас.

СКАРГИ



- **Болі в кишечнику:**

спастичний біль локалізуються в області сигми, ілеоцекальної зони, печінкового та селезінкового вигинів товстої кишки;

атонічні болі зазвичай не локалізовані, носять тупий характер і частіше відзначаються в мезагастральній області;

спастико-атонічні болі в зоні спазму - бурчання, а проксимальніше - пальпується роздута ділянка кишечника;

- **почуття посиленої перистальтики.**

- **бурчання, здуття живота.**

- **порушення актів дефекації у вигляді закрепів, проносів, нестійкого стільця.**

СКАРГИ



- **на порушення стільця у вигляді псевдодіареї** - акти дефекації прискорені і / або прискорені при нормальному або міцному стільці;
- **псевдозапор** - відчуття неповного випорожнення навіть при нормальній формі стільця, непродуктивні позиви на дефекацію;
- **зв'язок з нервово-психічними факторами** - часта присутність тривожно-іпохондрічних, депресивних реакцій;
- **наявність «позакишкових симптомів»** - головні болі, кардіалгії, вазоспастичні реакції, часте сечовипускання.

РОЗПОДІЛ СПК ПО ПЕРЕВАЖАЮЧІЙ ФОРМІ СТІЛЬЦЯ:

1. СПК з переважанням закрєпу - твердий або грудкуватий стілець $\geq 25\%$ і рідке або водянисте випорожнення $< 25\%$ дефекації.
2. СПК з переважанням діареї - рідке або водянисте випорожнення $\geq 25\%$ і твердий або грудкуватий стілець $< 25\%$ дефекації.
3. Змішаний СПК - твердий або грудкуватий стілець $\geq 25\%$ і рідке або водянисте випорожнення $\geq 25\%$ дефекації.
4. Неспецифічний СПК - порушення стільця, що не відповідає критеріям 1-3.

Класифікацію можна застосовувати за умови,
що пацієнт не приймає
антидіарейних або послаблюючих засобів.

ОБОВ'ЯЗКОВІ ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОБСТЕЖЕННЯ

| Показники | Доцільність |
|--|--|
| ЕГДС | Скринінг |
| Ректороманоскопія | Скринінг |
| УЗД органів черевної порожнини | Скринінг |
| Загальний аналіз крові | Скринінг |
| Загальний білірубін крові, АСТ, АЛТ, лужна фосфатаза | Виключити хвороби печінки |
| Загальний аналіз сечі | Скринінг |
| Копрограма | Виключити порушення кишкового травлення і всмоктування, приховані кровотечі, паразитарні хвороби |
| Бактеріологічний аналіз калу | Виключити кишкові інфекції, характеристика можливого дисбіозу |

Д о д а т к о в і: рентгенологічне дослідження тонкої, товстої кишки, колонофіброскопія з оглядом дистальних відділів клубової кишки і біопсією слизової оболонки товстої кишки, УЗД петель кишечника, КТ з контрастуванням, консультації психотерапевта, ендокринолога, гінеколога, уролога.

Алгоритм лікування СПК

Первинний курс лікування: 6-8 тижнів

Базова терапія: 1-3 місяця

СПК з переважно абдомінальним болем

Дієта
Спазмолітик
(дуспаталін 200 мг х 2/добу) або діцтел (100 мг х 3/добу тиждень, далі 50 мг х 3/добу 2 тижні)

+ ефект

СПК

СПК з переважною діареєю

Дієта
Спазмолітик
(дуспаталін)
200 мг х 2 рази на добу
Симптоматична терапія:
антациди (маалокс)

немає ефекту

Уточнення діагнозу

СПК з переважно закріпами

Дієта
Спазмолітик
(дуспаталін)
200 мг х 2/добу
Дуфалак 30-50 мл/добу

ПОЗИТИВНИЙ ЕФЕКТ

СПК

Фармакотерапія при СІК

| Симптоми | Групи препаратів/препарати |
|----------------------|--|
| Діарея | Лоперамід Діючі на опіатні рецептори: тримебутина малеат Спазмолітики: отилонія бромід, пинаверія бромід |
| Закріп | Послаблюючі засоби, що набрякають: насіння подорожника (псиліум) Послаблюючі засоби осмотичної дії: лактулоза, макрогол, поліетиленгліколь, солі магнію, сорбітом Розм'якшуючі послаблюючі: вазелінове масло Контактні послаблюючі: - похідні дифенілметану (бисакодил, пикосульфат натрію) - рицинолева кислота - антрахінони (сена, алое, ревінь) Прокінетики: домперидон, метоклопрамід Тримебутина малеат |
| Біль | Холіноблокатори : гіосцин бутилбромід Спазмолітики: дротаверин, отилонія бромід, мебеверин, папаверин, пинаверія бромід Тримебутина малеат Масло м'яги перцевої |
| Здуття | Симетикон, Диосмектит |
| Комбінація симптомів | Антидепресанти: пароксетин |

Альтернативні підходи до лікування СПК

| Підходи | Обґрунтування | Лікарські засоби |
|-----------------------|---|---|
| Пробіотики | Припущення про можливу роль надмірного зростання бактерій в генезі СПК | Бацилла clausii Бацилла subtilis Lactobacillus rhamnosus Rossel- 11, Lactobacillus acidophilus Rossel- 52 Lactobacillus bifidus Lactobacillus acidophilus Streptococcum faecium Saccharomyces boulardii |
| Антибіотики | Виявлення відмінностей в мікрофлорі хворих СПК і здорових Припущення про можливу роль надмірного зростання бактерій в генезі СПК | Рифаксимін |
| Панкреатичні ферменти | Ефект, що спостерігається на практиці, відносно здуття після прийому висококалорійної їжі | Панкреатин |

ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ СПК

При запорах: обмежується свіжий білий хліб, макаронні вироби, слизові супи, надмірна кількість каш; показано овочеві страви, фрукти (печені і сушені яблука, курага, урюк, чорнослив), рекомендовано мінеральну воду «Єсентуки № 17», «Смирновська» кімнатної температури по 1 склянці 3 рази в день за 30-40 хв до їжі в швидкому темпі великими ковтками.

При діарейі: включення в раціон танінмістких продуктів (чорниці, лохини, міцного чаю, какао), вживання підсушеного «вчорашнього» хліба, вживання «Єсентуки № 4», «Миргородська», «Березовська» в теплом вигляді (45-55 гр.) по 1 склянці 3 рази на день за 30-40 хв до їжі маленькими ковтками.

М Е Т Е О Р И З М

Три основних джерела газу в кишечнику:

- заковтує повітря
 - гази, що утворюються в просвіті сліпої кишки
 - гази з крові
- У нормі в ШКТ в середньому міститься близько 200 мл газу (азот 11-92%, кисень 0-11%, вуглекислий газ 3-54%, водень 1-10%, метан 0-56%, сірководень 0-30%).
 - У здорових людей щодоби через пряму кишку виділяється близько 600 мл газів, однак, індивідуальні відмінності варіюють від 200 до 2600 мл.

Два варіанти прояву метеоризму:

1. Значне збільшення живота за рахунок здуття кишечника, при цьому відходження газів не відбувається через спастичну дискінезію товстої кишки. Основні відчуття - дискомфорт, розпирання живота, біль.
2. Характеризується постійним бурхливим відходженням газів з кишечника, що значно обмежує якість життя і перебування в суспільстві. При цьому абдомінально-больовий синдром виражений незначно, переважають скарги на «бурчання» і «переливання» в животі.

ЗАЛЕЖНО ВІД ПРИЧИНИ ВИДІЛЯЮТЬ НАСТУПНІ ВИДИ МЕТЕОРИЗМУ:

- аліментарний** – на дієті, багатій целюлозою і вживанням в їжу бобів;
- психогенний** – метеоризм обумовлений психоемоційними перевантаженнями і нервово–психічними розладами за рахунок спазму гладкої мускулатури кишки;
- висотний** – при піднятті на висоту, коли гази розширюються і тиск в кишечнику збільшується;
- дисбіотичний** – внаслідок надлишкового бактеріального росту в тонкій кишці і порушення біоза товстої кишки;
- механічний** – при механічному порушенні евакуаторної функції кишки (стенозі, пухлинах, спайках);
- динамічний** – внаслідок порушень рухової функції кишечника (дискінезія, гострі інфекції, інтоксикації);
- циркуляторний** – метеоризм виникає при загальних і місцевих розладів кровообігу;
- дігестивний** – виникає при порушенні порожнинного травлення (гастрит, панкреатит, ЖКХ, інтестинальні ензимопатії).

КЛІНІКА

- **Метеоризм** має локальний характер, найчастіше газ накопичується в області сліпої кишки, іноді набуває характеру «газової» коліки
- Можуть з'являтися **позакишкові симптоми**: печіння в області серця, порушення ритму, розлад настрою, порушення сну, загальна слабкість.

ПРИНЦИП ЛІКУВАННЯ МЕТЕОРИЗМУ:

1. Корекція дієти - виключення продуктів, що містять грубу клітковину (капуста, щавель, виноград, агрус), бобові культури і викликають бродильні реакції (квас, пиво, газовані напої). Рекомендуються кисломолочні продукти, розсипчасті каші (гречана, пшоняна), овочі і фрукти у вареному вигляді (морква, буряк), м'ясо тільки в відвареному вигляді, хліб пшеничний з борошна грубого помелу з висівками.

2. Лікування захворювань, що викликали метеоризм;

3. Відновлення рухових порушень (прокінетики);

4. Лікування порушень біоценозу кишечника (біопрепарати);

5. Видалення газів з просвіту кишечника (піногасники):

Панкреофлат, 1 таб. містить - 170 мг панкреатину з ензимною активністю.

Показання - порушення перетравлення їжі у пацієнтів з нормальною функцією ШКТ в разі похибки в харчуванні, недостатності функції підшлункової залози; хронічні запальні захворювання шлунка, кишечника, печінки, жовчного міхура, стану після резекції цих органів, що супроводжується порушеннями перетравлення їжі, метеоризмом, діареєю.

Призначається пацієнтам на тлі базисного лікування основного захворювання по 1 таблетці 3 рази на день під час прийому їжі курсом 14 днів