



Программа «Терапевт нашего времени»

ТЕМА

14

«Боль без отрады
и без слез!...»

боль в животе

helicobacter pylori

международные рекомендации

Частые желудочно-кишечные СИМПТОМЫ



ИЗЖОГА
БОЛЬ/ ДИСКОМФОРТ В ЖИВОТЕ
МЕТЕОРИЗМ
ЗАПОР



БЕСПОКОЯТ
> 30% НАСЕЛЕНИЯ мира

Имеют сочетанную этиологию, которую удается верифицировать не всегда, и всегда - путем затратного или длительного обследования.

Глобальные практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации

Ведение частых ЖК симптомов в общей популяции

Глобальный взгляд на изжогу, запор, метеоризм и
абдоминальную боль/дискомфорт

Май 2013



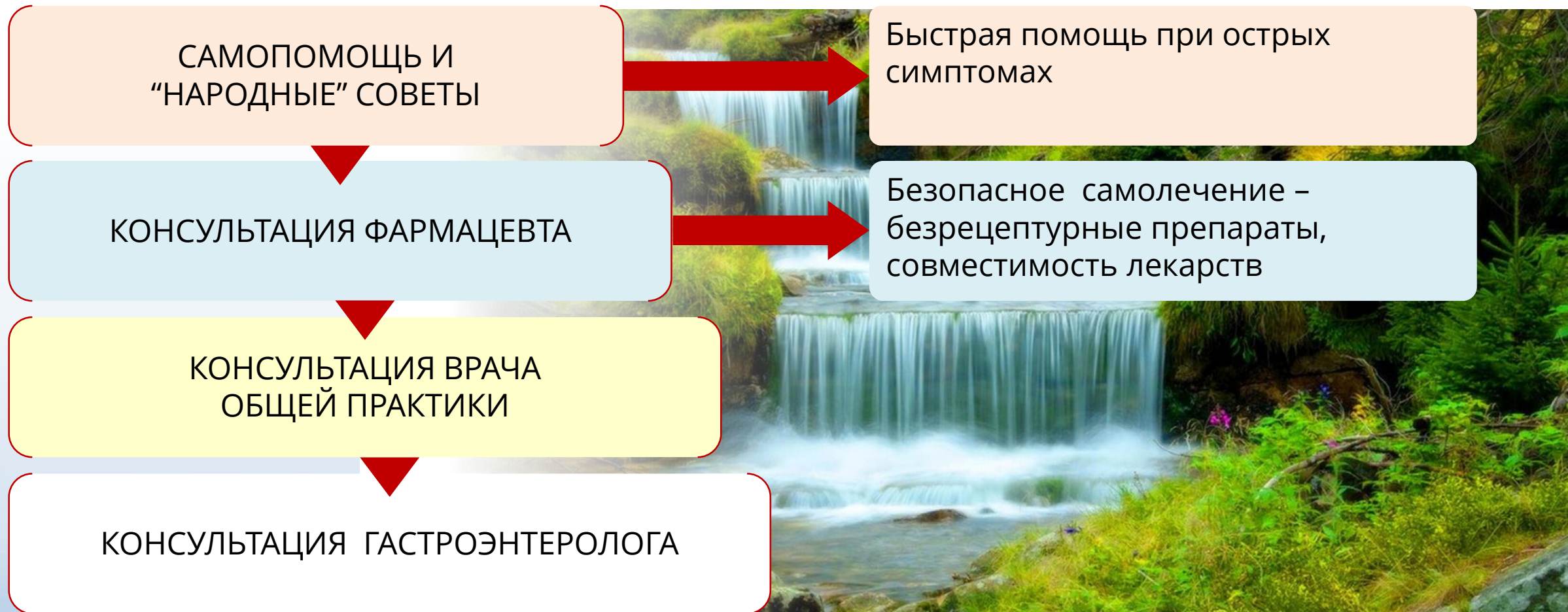
A Resource Sensitive Solution

ЭТИОЛОГИЯ ЧАСТЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ СИМПТОМОВ НЕ СПЕЦИФИЧНА:
они могут быть результатом патологии различных отделов системы
пищеварения и других органов, а также функциональных заболеваний

- ✓ изжога: > 10% взрослых
- ✓ боль/дискомфорт в животе: 18 – 46%
- ✓ урчание, переливание, вздутие: 10 – 30%
- ✓ запор, диарея, другие нарушения дефекации: > 15%



Стратегия лечения распространенных желудочно-кишечных симптомов: каскадный принцип всемирной гастроэнтерологической организации



Что следует делать пациенту?

- Лучше понимать причины жалоб.
- Иметь список безопасных безрецептурных препаратов дома.
- Если препараты 1 выбора не сработали, жалобы остались в силе или усиливаются, то обратиться к врачу общей практики.



Стратегия лечения распространенных желудочно-кишечных симптомов: каскадный принцип всемирной гастроэнтерологической организации



“Каскадный” принцип лечения при частых симптомах ЖКТ приближает помощь к конкретному больному в конкретной ситуации

САМОПОМОЩЬ И
“НАРОДНЫЕ” СОВЕТЫ




КОНСУЛЬТАЦИЯ
ФАРМАЦЕВТА

КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

КОНСУЛЬТАЦИЯ
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА



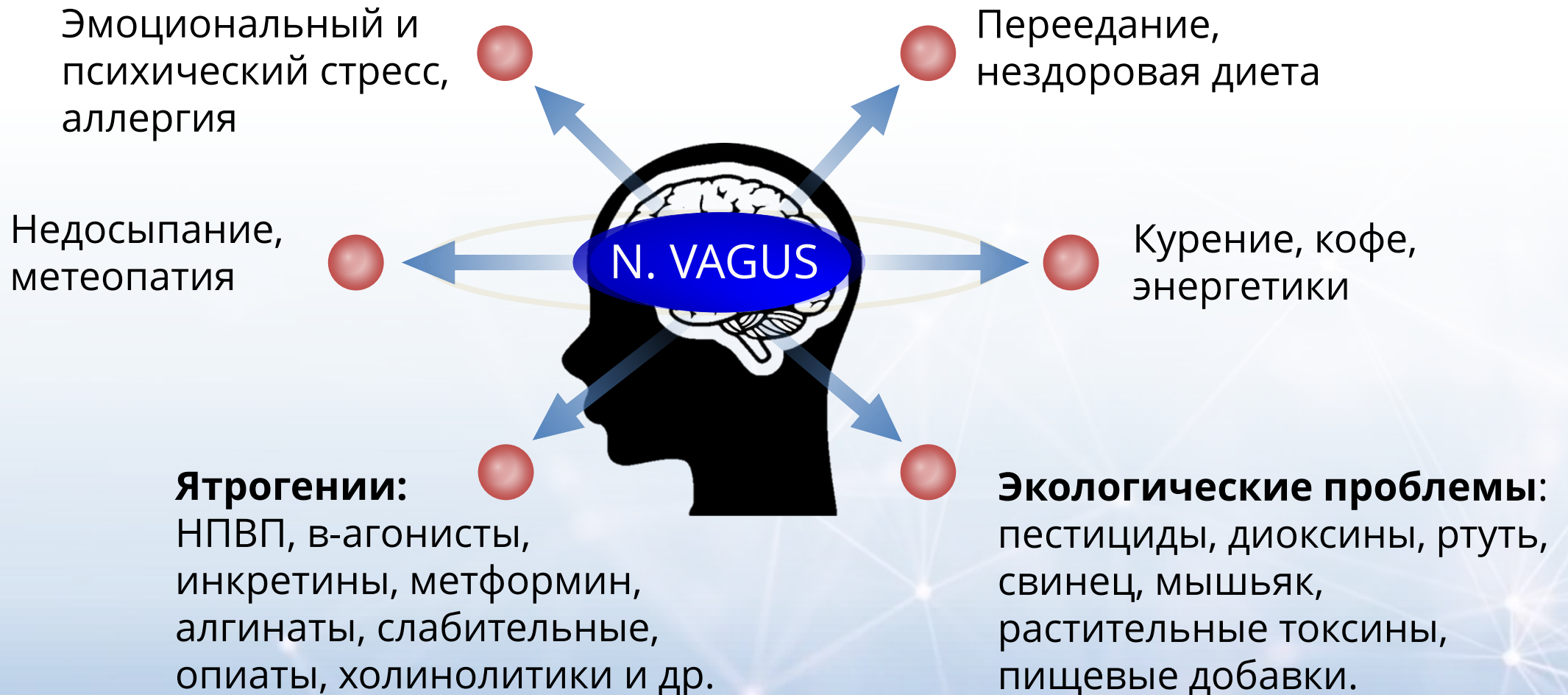
Важно на каждом уровне каскада лечения

1. **выявление симптомов “красного флага”** 
2. **мульти-таргетное воздействие - немедикаментозные методы лечения:** коррекция стиля жизни, питания и сна (режим сна/отдыха, отказ от курения, физическая активность, нормализация массы тела, элиминационная диета/растительная клетчатка и другие индивидуализированные мероприятия в рамках “здорового” образа жизни)
3. **“пробная” терапия**, ориентированная на доступные и безопасные для пациента лекарства
4. **минимизация применения лекарств:** фармакотерапия в режиме “по требованию”
5. **ориентация на “золотой стандарт” клинических рекомендаций** для специалиста - гастроэнтеролога

АНАЛИЗ гастро-энтерологических жалоб у пациентов поликлиники

- 1 Характер и “этаж” симптомов.
- 2 Образ жизни, ятрогении.
- 3 Возраст, пол, генетика.
- 4 Коморбидные заболевания.

Образ жизни пациента и ятрогении



ПРИЧИНЫ ЧАСТЫХ ЖАЛОБ СО СТОРОНЫ ЖКТ: боль, изжога, метеоризм, запор (органическая диспепсия)

ЭНДОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ЧАСТЫЕ:** язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
- МЕНЕЕ ЧАСТЫЕ:** хронический панкреатит, хроническая ишемия органов брюшной полости, заболевания желчевыводящих путей
- РЕДКИЕ:** бластомы желудка, поджелудочной железы, толстой кишки; мальабсорбция; сосудистые мальформации

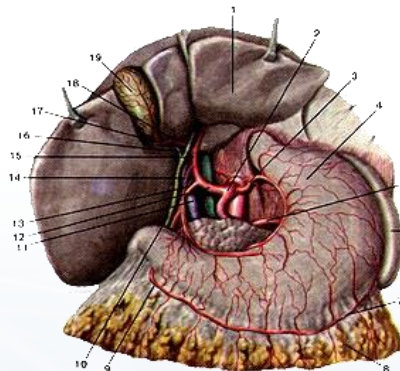
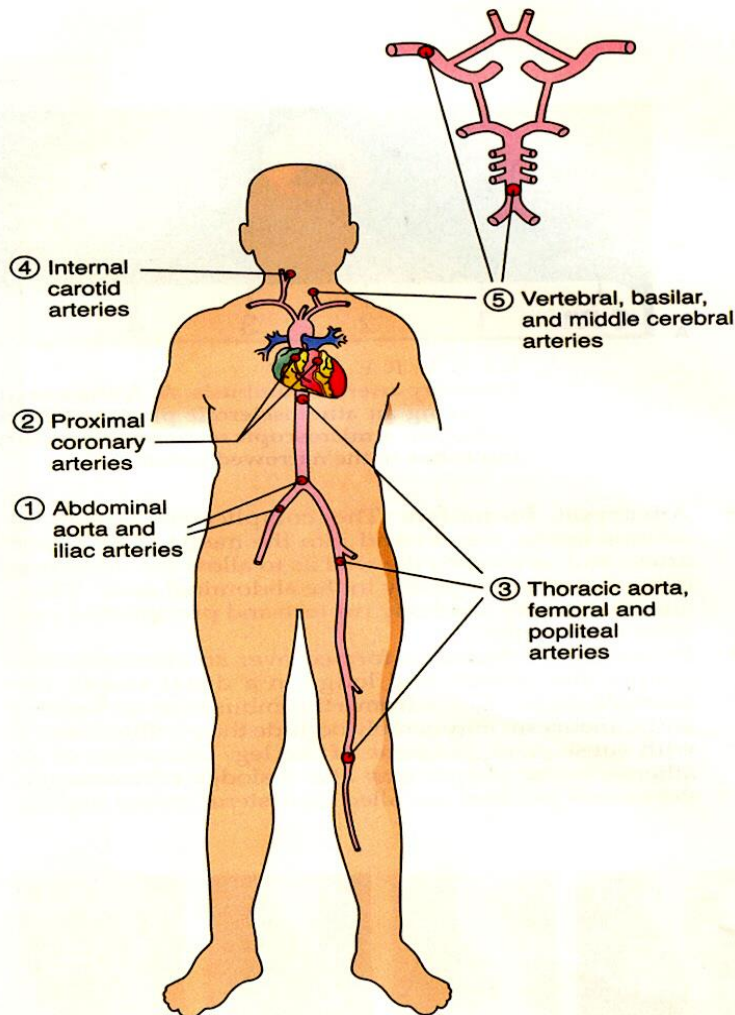
ЭКЗОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- ЛЕКАРСТВЕННЫЕ:** НПВП, антибиотики, теофиллин, препараты наперстянки, железа + БИОДОБАВКИ !!!
- ХРОНИЧЕСКОЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ**

ДРУГИЕ

- Сахарный диабет
- Гипер- или гипотиреоз, гиперпаратиреоз
- Электролитные нарушения
- Заболевания соединительной ткани
- Заболевания печени

У пожилых и “сосудистых” пациентов важнейшая причина кислой диспепсии – гиперацидность в желудке и 12-перстной кишке вследствие ишемии ЖКТ



ИШЕМИЯ В ЧРЕВНОМ СТВОЛЕ

эрозивно-язвенное поражение слизистой желудка/ДПК + ЖКК, диспепсия, “брюшная жаба”

ИШЕМИЯ / ТРОМБОЗ В ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

поражение ДПК и тонкой кишки, парез тонкой кишки, запор, тонкокишечная непроходимость, острый панкреатит

ИШЕМИЯ В НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

поражение толстой кишки, крованистая диарея

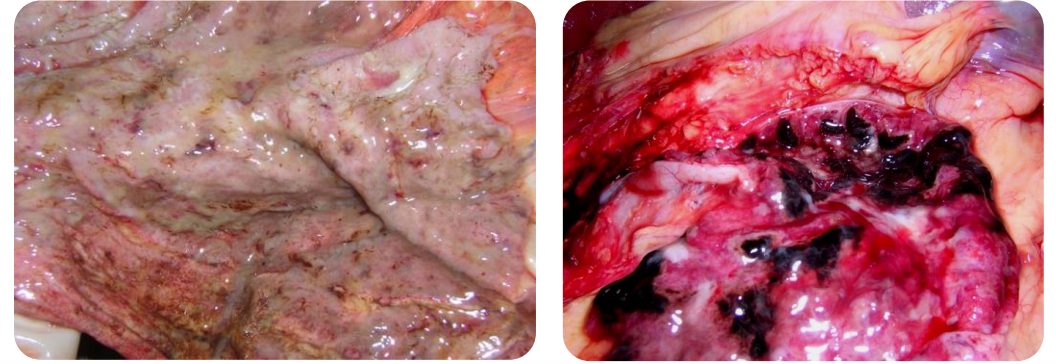
Клинико-морфологические формы ассоциированного с НПВП поражения ЖКТ



- Диспепсия (у **20%** принимающих АСК)
- Химический гастрит
- Гастродуоденальные эрозии (**50%** при АСК)
- Гастродуоденальные язвы (**10%** при АСК)
- Желудочно-кишечное кровотечение (**2,5%** на фоне АСК)
- Эзофагит
- Энтеропатия
- Панкреатопатия

НПВП-гастропатия:
летальность на фоне
приема низких доз
АСК – **5,7%**

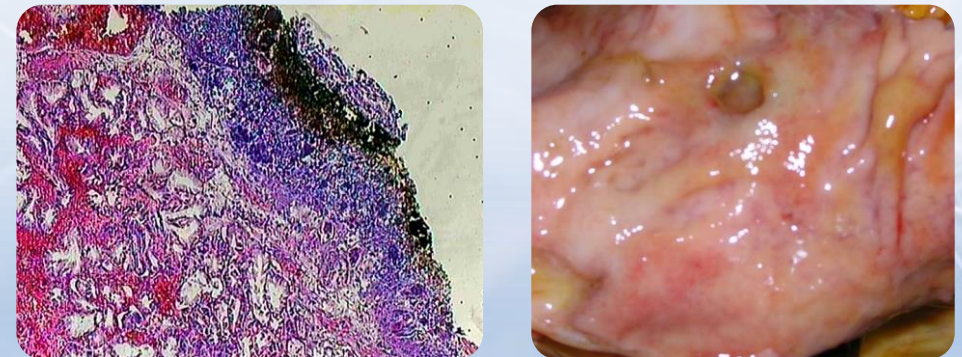
Острые эрозии желудка



Острые язвы желудка

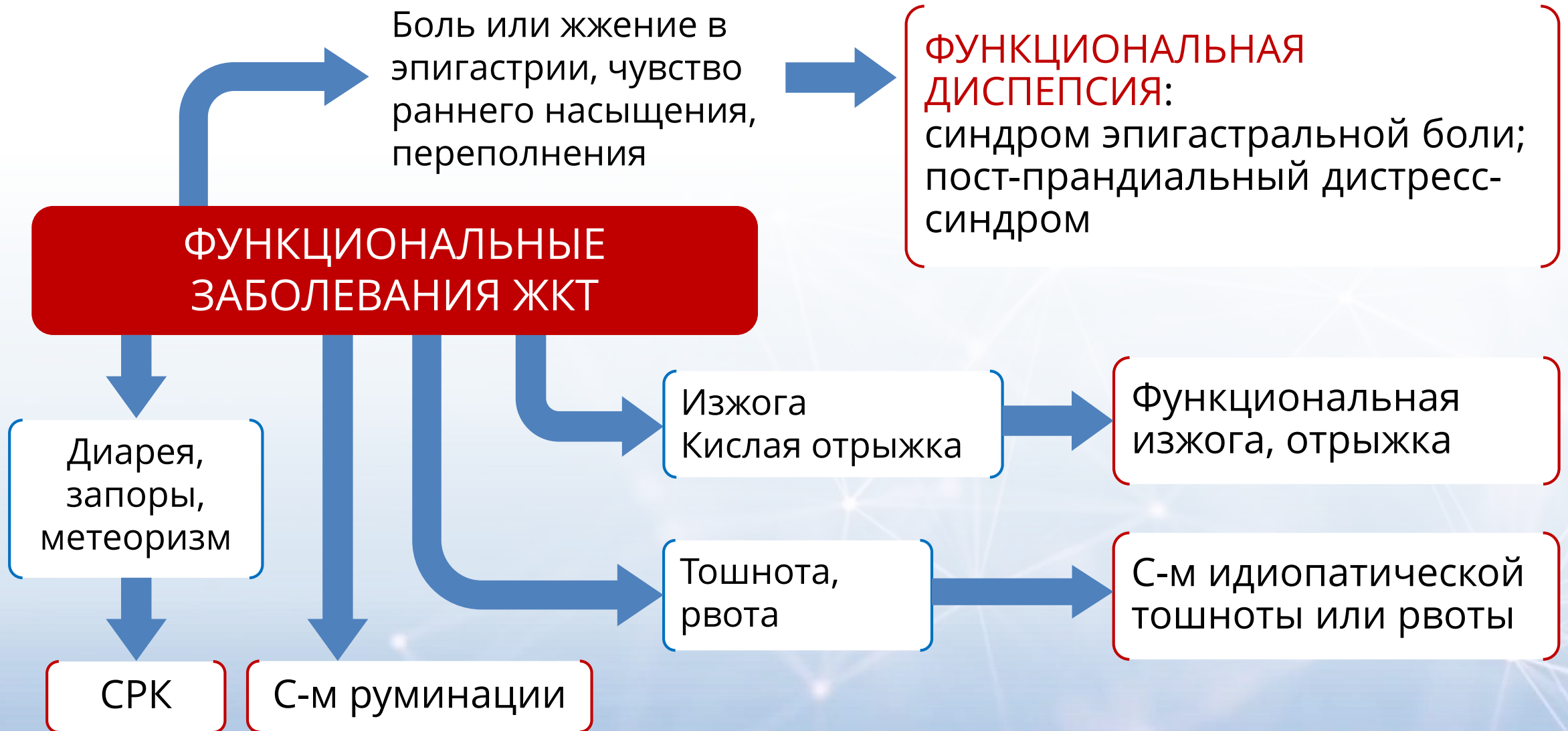


Острые язвы ДПК



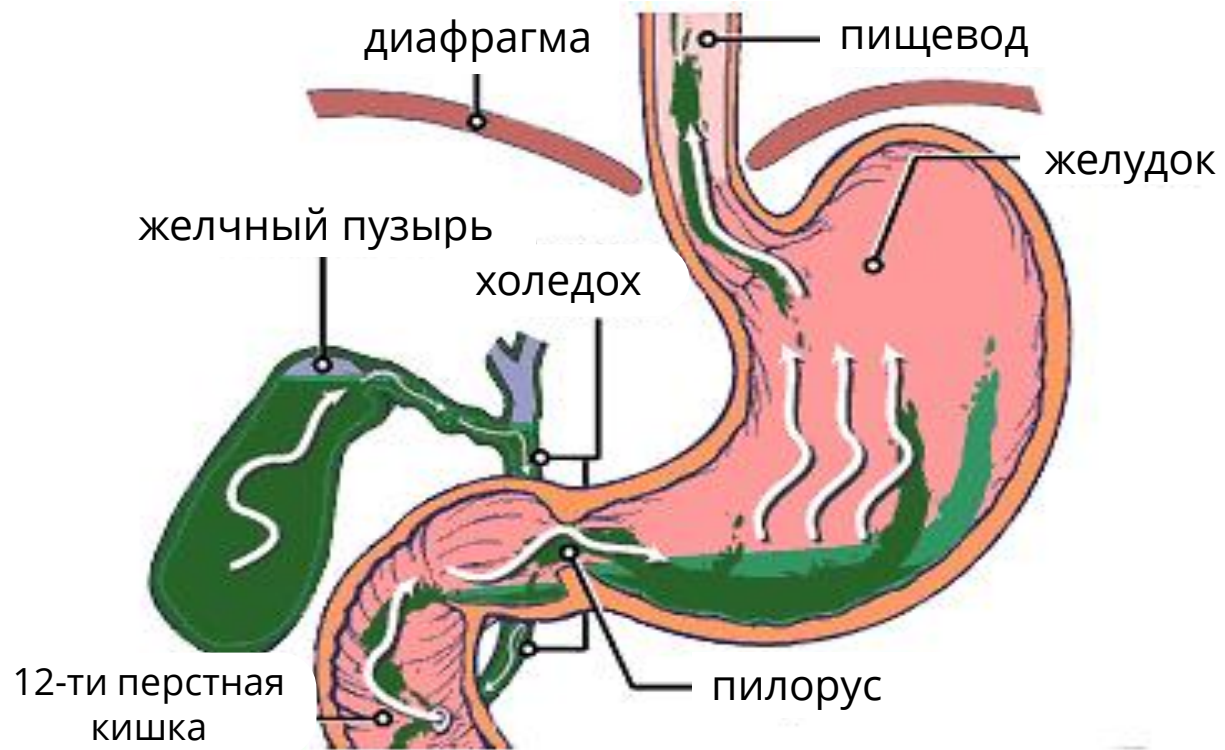
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖКТ.

Диагноз исключения: дифференциальный критерий – молодой возраст + стресс



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖКТ.

Био-психо-социальная патология с участием воспаления и формированием высокой восприимчивости к органическому поражению



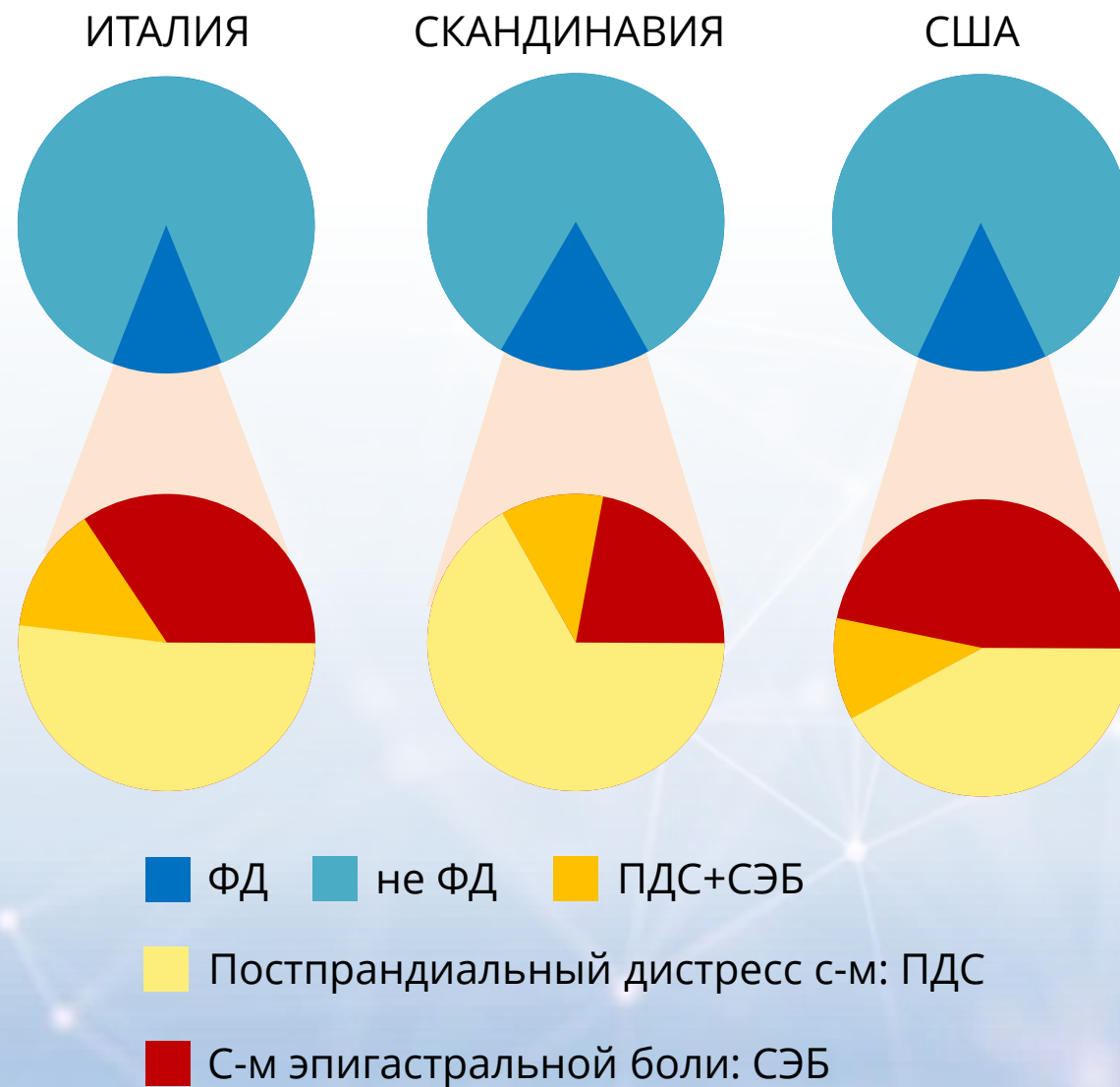
ОБЩИЕ СИМПТОМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ:

- Нарушение моторики желудка и кишечника
- Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковые нарушения
- Расстройство вегетативной нервной системы кишечника
- Дисбиоз и ассоциированная с ним "ранимость" кишечника
- Постинфекционные изменения кишечника (лимфоцитарная инфильтрация)
- Висцеральная гиперчувствительность: ↓ толерантности ЦНС и болевая окраска физиологических стимулов от ЖКТ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ у “сосудистого” пациента скорее исключение, чем правило

возраст	ГЭРБ	ФД	СРК
18-29	1.0	1.0 (18%)	1.0
30-39	0.48 (0.13-1.82)	2.12 (1.19-3.77) 20%*	1.15 (0.44-3.04)
40-49	1.14 (0.44-3.00)	1.39 (0.77-2.50) 23%*	0.56 (0.18-1.68)
50-59	1.23 (0.46-3.33)	2.28 (1.30-4.02) 24%*	0.68 (0.22-2.04)
60-69	3.30 (1.44-7.54)	3.00 (1.75 -5.14) 25%*	0.50 (0.15-1.63)

Частота выявления вариантов ФД в соответствии с Римскими критериями (TACK J., TALLEY N.J., 2013).



Алгоритм ведения пациентов с жалобами на персистирующую изжогу и боль/дискомфорт в верхней половине живота

“НЕИССЛЕДОВАННАЯ” ДИСПЕПСИЯ:
изжога, боль/дискомфорт в верхней половине живота:

возраст > 45 лет, симптомы “красного флага”, коморбидная отягощенность

возраст < 45 лет, нет симптомов “красного флага” и патологии ЖКТ

ЭГДС

Пробная терапия ИПП:
21-28 дней + анализ симптомов повторно

ГПОД, недостаточность кардии, ГЭРБ:
ИПП курсом + оперативное лечение

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ, ДУОДЕНИТ, ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ:
антихеликобактерная терапия

нет эффекта от лечения, симптомы изменились

симптомы купированы

БЕЗ ПАТОЛОГИИ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ

ХРОНИЧЕСКАЯ ОРГАНИЧЕСКАЯ ДИСПЕПСИЯ: ИБС, ХСН, легочное сердце, СД, ХПН, рефлюкс-гастрит, хронический панкреатит, болезнь Крона, склеродермия, болезни желчевыводящих путей, портальная гастропатия, НПВП и другая ятрогения
СРК, ГЭРБ: ИПП + прокинетики курсами, панкреатин, спазмолитики, тримедат, урсодезоксихолевая кислота

ПОСТ-ПРАНДИАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ, СИНДРОМ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ БОЛИ:
ИПП, прокинетики, грандаксин, тримедат, психотерапия

БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ В ЭПИГАСТРИИ, ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА: предполагает кислото-зависимый характер заболевания

САМОПОМОЩЬ И
"НАРОДНЫЕ" СОВЕТЫ

- ✓ **невсасывающиеся антациды:**
Маалокс, Альмагель, Пепсан
- ✓ **ИПП в низких дозах:**
омепразол 20 мг/сутки,
рабепразол 10 мг/сутки
- ✓ **безрецептурные спазмолитики:**
Но-шпа, Метеоспазмил, Бускопан, Тримедат

КОНСУЛЬТАЦИЯ ФАРМАЦЕВТА

- ✓ **ИПП в средних дозах:**
омепразол 40 мг/сутки,
рабепразол 20 мг/сутки
- ✓ **спазмолитики:** НПВП, баралгин,
Метеоспазмил, Бускопан, Тримедат,
домперидон

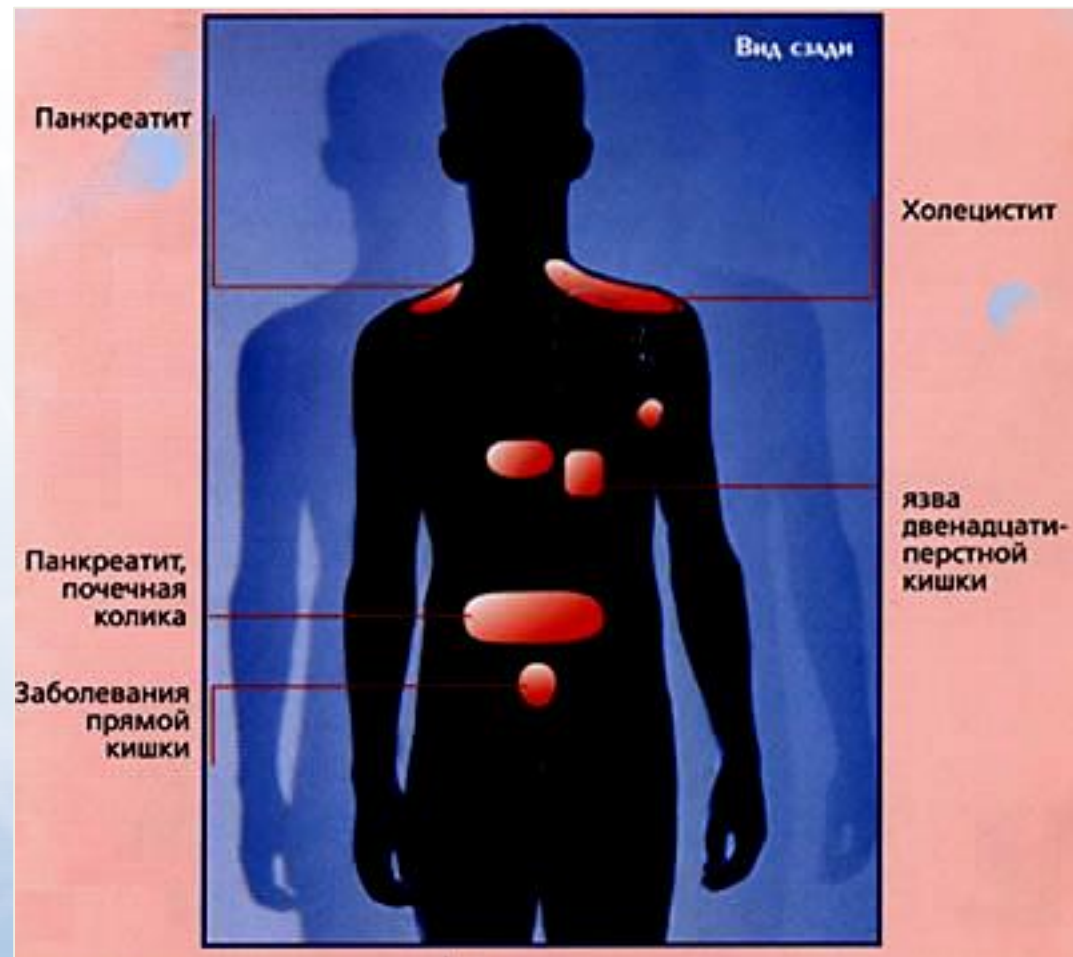
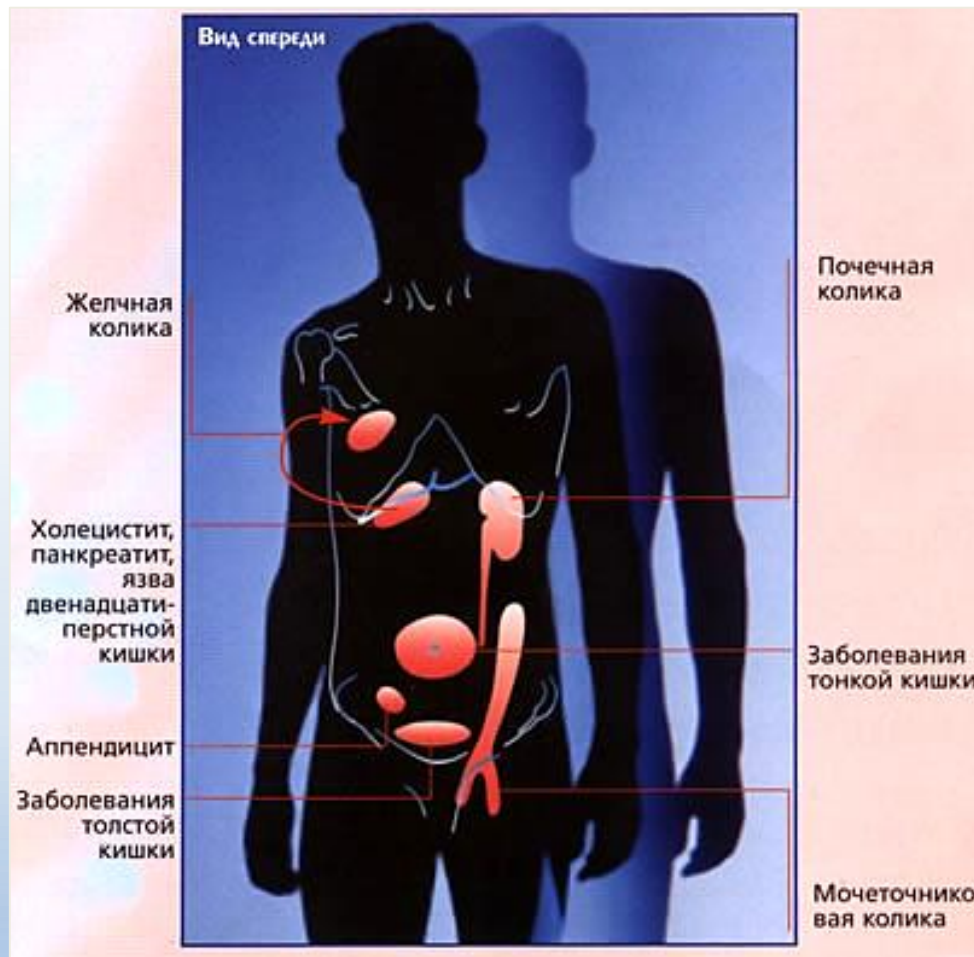
КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

КОНСУЛЬТАЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

Терапия после верификации
диагноза

Острая/обострение хронической боли в животе

Самая частая причина острой спастической боли в верхней половине живота - ЖКБ и обострение хронического панкреатита.



Распространённость **ЖКБ** в России: 4,71-4,78/ 1 000.

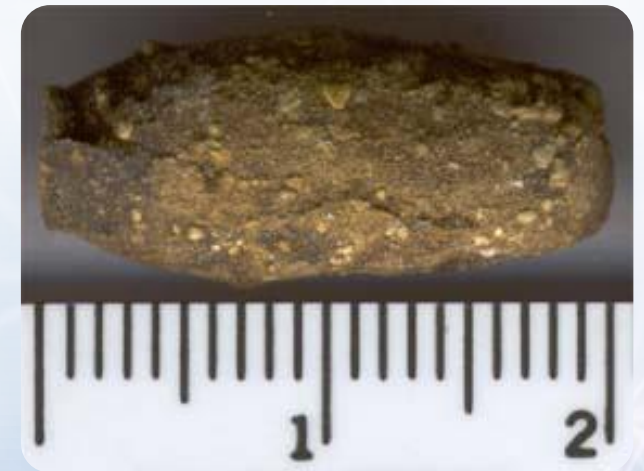
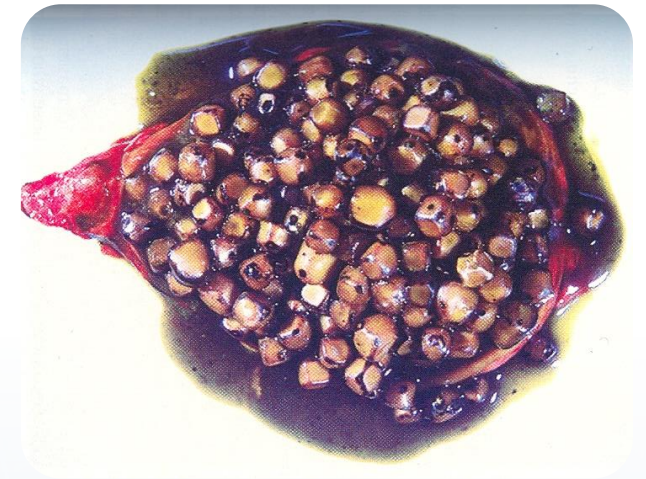
В Германии ЖКБ болеют в 2 раза чаще:

в возрасте 21 - 30 лет болеет 3,8%,

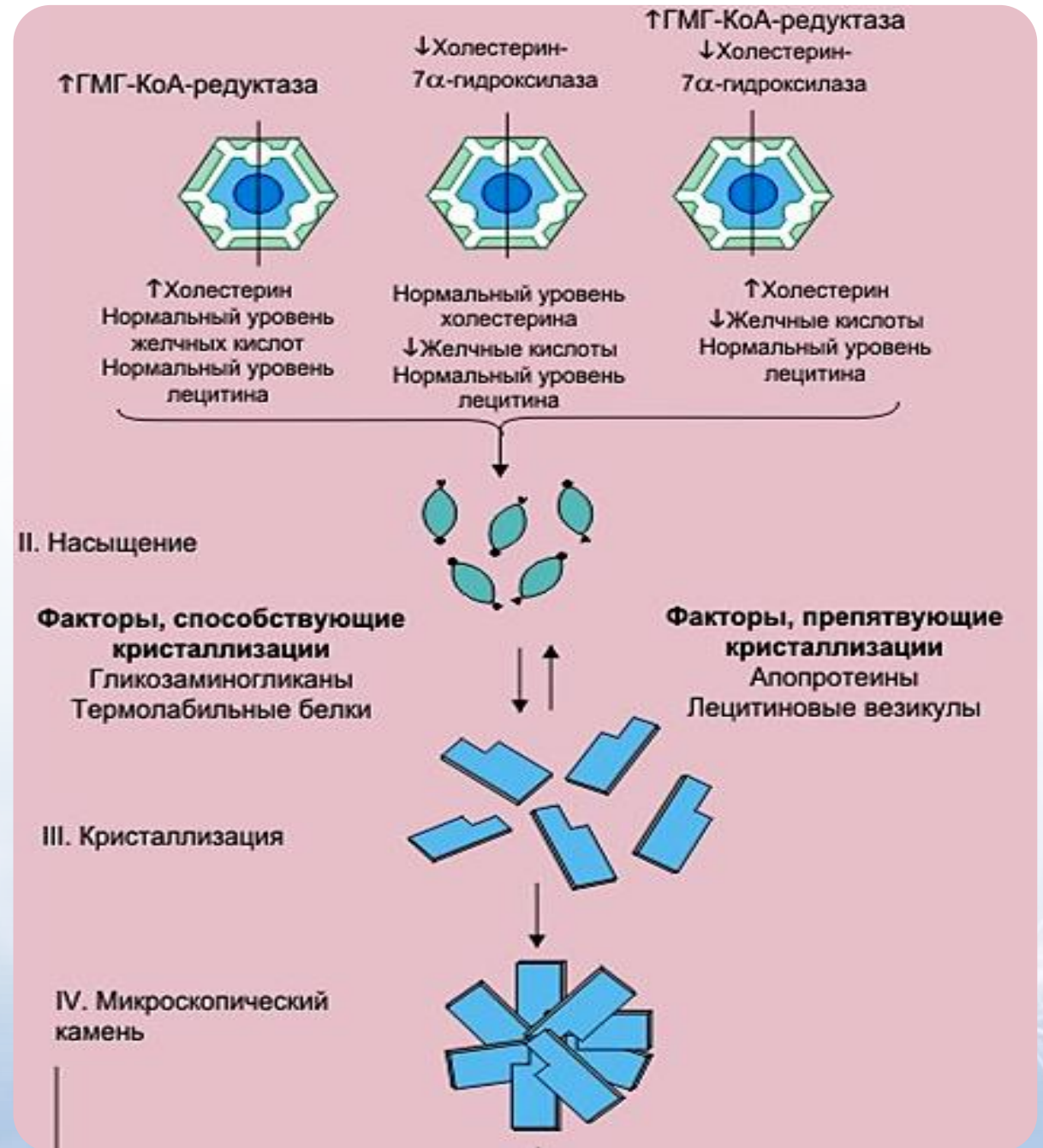
41 - 50 лет - 5,25%.

в возрасте >40 лет – каждая 5 женщина и 10 мужчина.

В возрасте > 71 года ЖКБ болеют 14,3% населения Европы, чаще мужчины с ССЗ. Риск развития хирургических осложнений ЖКБ также выше у мужчин.

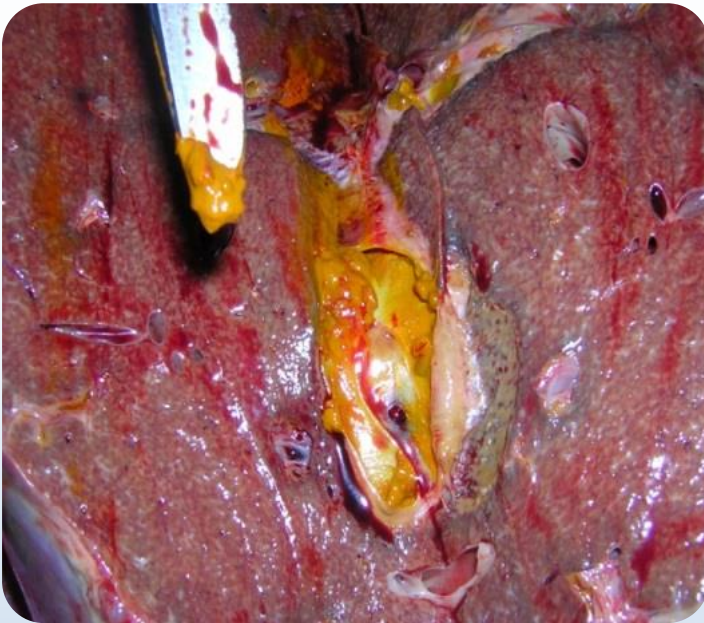


У пациентов с заболеваниями сердца и сосудов частота ЖКБ в 1,5 раза превышает среднюю в популяции



Острый холецистит

2 варианта боли, которые могут развиваться каждый в отдельности или последовательно, но всегда, после еды и часто, после приема острой, жирной или жареной пищи.



Острый холецистит

2 варианта боли, которые могут развиваться каждый в отдельности или последовательно, но всегда, после еды и часто, после приема острой, жирной или жареной пищи.

ЖЕЛЧНАЯ КОЛИКА

- внезапная, сильная, периодическая боль** в правом подреберье/точке желчного пузыря непосредственно после еды
- длительностью до 4 часов
- иррадиирующая в правую лопатку/плечо/надключичную область, правую половину шеи, при беспокойном поведении больного
- уменьшающаяся при движении, введении спазмолитиков и под местным воздействием тепла

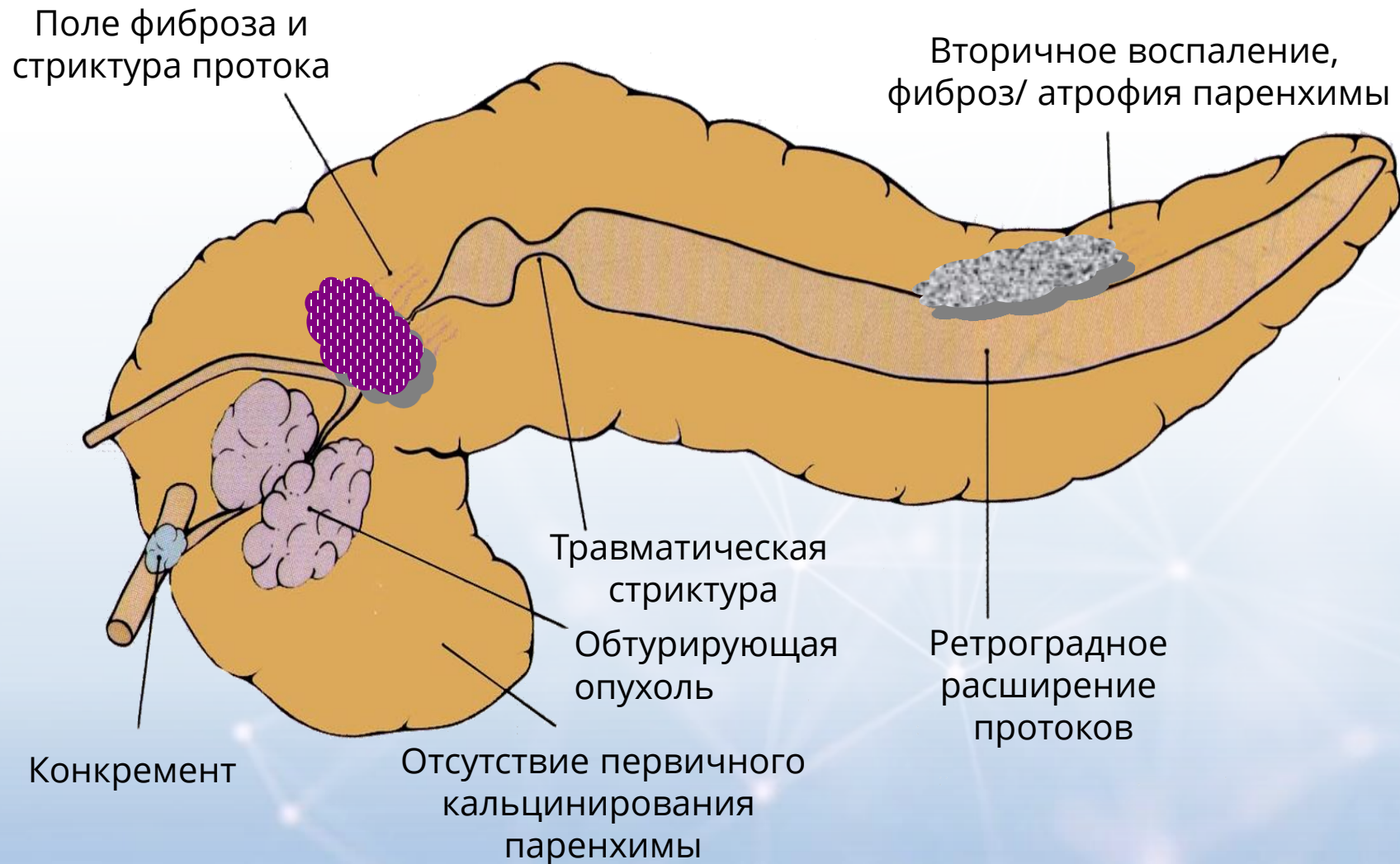
НОЮЩАЯ БОЛЬ ПОСТОЯННОГО ХАРАКТЕРА

признак развития острого холецистита

- длительная (> 6 часов) средней интенсивности или тяжесть в правом подреберье/ эпигастральной области, нередко – ночью, при относительно спокойном поведении пациента
- усиливающаяся при движении, тряске, давлении на живот, действии тепла, рефрактерная к спазмолитикам
- уменьшающаяся в покое и при введении НПВП

- тошнота/умеренная рвота;
- субфебрильная лихорадка;
- отрыжка, горечь/сухость во рту, метеоризм;
- желтуха;

Острый билиарный панкреатит нередко отягощает желчную колику или развивается самостоятельно



Боль/дискомфорт без уточнения локализации

- боль вокруг пупка, которая затем локализуется в правом нижнем квадранте живота
- лихорадка
- неспособность помочиться, опорожниться, выпустить газы
- очень сильная боль
- чувство потери сознания, неспособность двигаться
- крайний дискомфорт/беспокойство в брюшной полости или в груди
- боль в яичках
- боль в груди, сопровождающаяся иррадиацией в шею, челюсть, руки, с нехваткой дыхания, нерегулярный пульс
- тошнота, рвота, диарея
- рвота кровью или черным содержимым
- черный стул или стул с примесью крови

+ ЭПИДАНАМНЕЗ

НЕМЕДЛЕННО ОБРАТИТЬСЯ К ВРАЧУ

САМОПОМОЩЬ

ДИЕТА



БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ СПАЗМОЛИТИКИ И АНАЛЬГЕТИКИ:

- Но-шпа,
- Бускопан,
- Баралгин,
- Тримедат,
- Новиган,
- Спазмалгон,
- парацетамол

Острая боль / дискомфорт в животе: врач общей практики



САМОПОМОЩЬ И
"НАРОДНЫЕ" СОВЕТЫ:
безрецептурные спазмолитики

КОНСУЛЬТАЦИЯ ФАРМАЦЕВТА:
консультирование по применению
спазмолитиков

КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ:
рецептурные спазмолитики + НПВП

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
КОНСУЛЬТАЦИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА,
ХИРУРГА

- Отсутствие эффекта от доврачебной помощи
- Патологические находки при осмотре
- Неспровоцированная потеря веса
- Пожилой возраст
- ЖКК
- Абдоминальный рак в семейном анамнезе
- Появление симптомов без очевидной причины
- Лабораторная патология: анемия, гипоальбуминемия, измененные функциональные печеночные тесты, повышение СОЭ или СРБ, положительный анализ кала на скрытую кровь

АТХ классификация спазмолитиков

МИОТРОПНЫЕ СПАЗМОЛИТИКИ

- ингибиторы фосфодиэстеразы IV типа:
неселективные: папаверин
селективные: **дротаверин**
- нитраты
- блокаторы Ca⁺⁺ каналов:
нифедипин

М – ХОЛИНОЛИТИКИ

- неселективные природные:
атропин,
платифилин
- М-селективные полусинтетические:
гиосцина
бутилбромид

СИНТЕТИЧЕСКИЕ ХОЛИНОБЛОКАТОРЫ:

- гликопирроний,
питофенон
- Селективные блокаторы Ca⁺⁺ каналов: пинаверия бромид, отилония бромид
- агонист мю/дельта/каппа рецепторов: тримебутин
- блокатор Na⁺ каналов:
мебеверин

Комбинированные препараты: с альверином, НПВП и др.

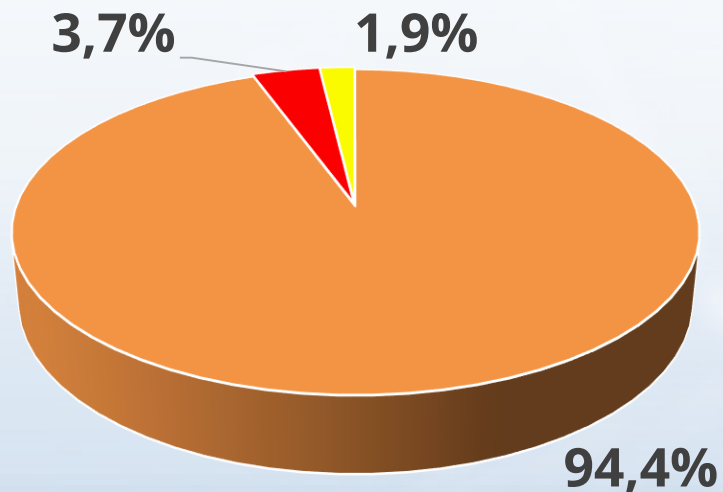
ДРОТАВЕРИН – селективный ингибитор ФДЭ IV типа: уменьшает воспаление/секрецию и снижает гладкомышечный тонус в органах с преимущественным расположением IV типа рецепторов к фосфодиэстеразе



Рецепторы к ФДЭ IV типа расположены в головном мозге, яичках, щитовидной железе, легких, тучных клетках, миоцитах сосудов, внутренних органов, скелетной мускулатуры

Безопасность ДРОТАВЕРИНА в неотложной терапии боли

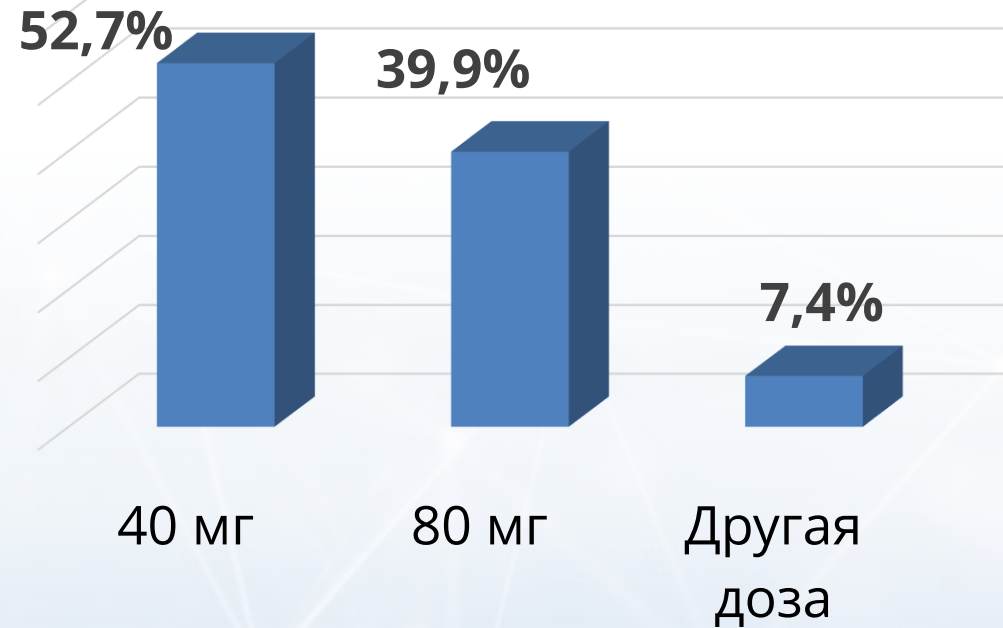
Путь введения дротаверина



В/В

В/В и В/М

Доза дротаверина для лечения острой боли



Количество пациентов: 4946

Частота НЯ: снижение АД = 0,6%

Maklári L, Tury P. NO-SPA® for the treatment of abdominal spastic conditions and acute cardiovascular cases. Ther Hung (English edition). 1989;Special Issue:3-20

ГИОСЦИНА бутилбромид (БУСКОПАН®)

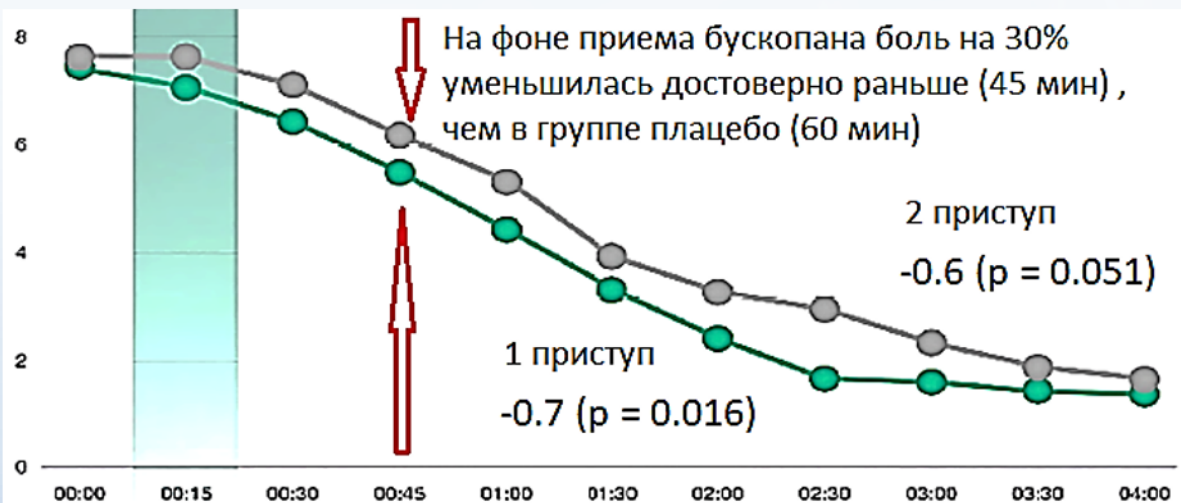
Зарегистрирован в Германии в 1951 году и с 1952 применяется во всем мире как безрецептурный препарат первого выбора при спастической боли в животе.

Проведено 10 плацебо контролируемых РКИ:
при приеме внутрь или ректальном введении свечей 20-60 мг БУСКОПАН оказывает быстрое, эффективное и стойкое спазмолитическое действие на спастическую боль в животе при высоком уровне безопасности.



Чувствительность гладких мышц ЖКТ к действию БУСКОПАНА увеличивается от пищевода к ободочной кишке.

Эффективность ГИОСЦИНА бутилбромида (БУСКОПАН®) для лечения спастической боли в животе в режиме “по требованию” : 2х слепое, плацебо-контролируемое исследование



Время после приема 20 - 100 мг бускопана (после приема 20 мг на старте, при необходимости дополнительно прием 20 мг каждые 30 минут)

ГИОСЦИНА бутилбромид (БУСКОПАН®): профиль безопасности



- не проникает через ГЭБ
- низкая системная биодоступность <1%.



Частота НЯ сопоставима с плацебо

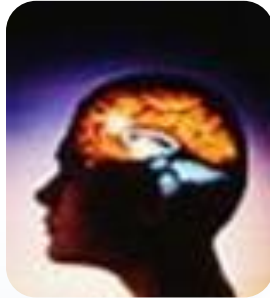
- не оказывает антихолинергического действия в ЦНС
- обладает низкой тропностью к N-холинергическим рецепторам

Хроническая Рецидивирующая боль в животе:

около 30% населения Европы

ЦЕНТРАЛЬНЫЕ причины =
высокий тонус n. vagus:

- Психогенные, системные влияния,
- болезни ЦНС



ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ причины:

- нарушения автономной нервной системы,
- отраженные боли

- Психогенные факторы: стресс, неврозы, ФД
- Курение, нарушения сна и циркадного ритма
- Лекарственные ятрогении
- Химические интоксикации
- Эпилепсия
- Паркинсонизм
- Церебро-васкулярная болезнь

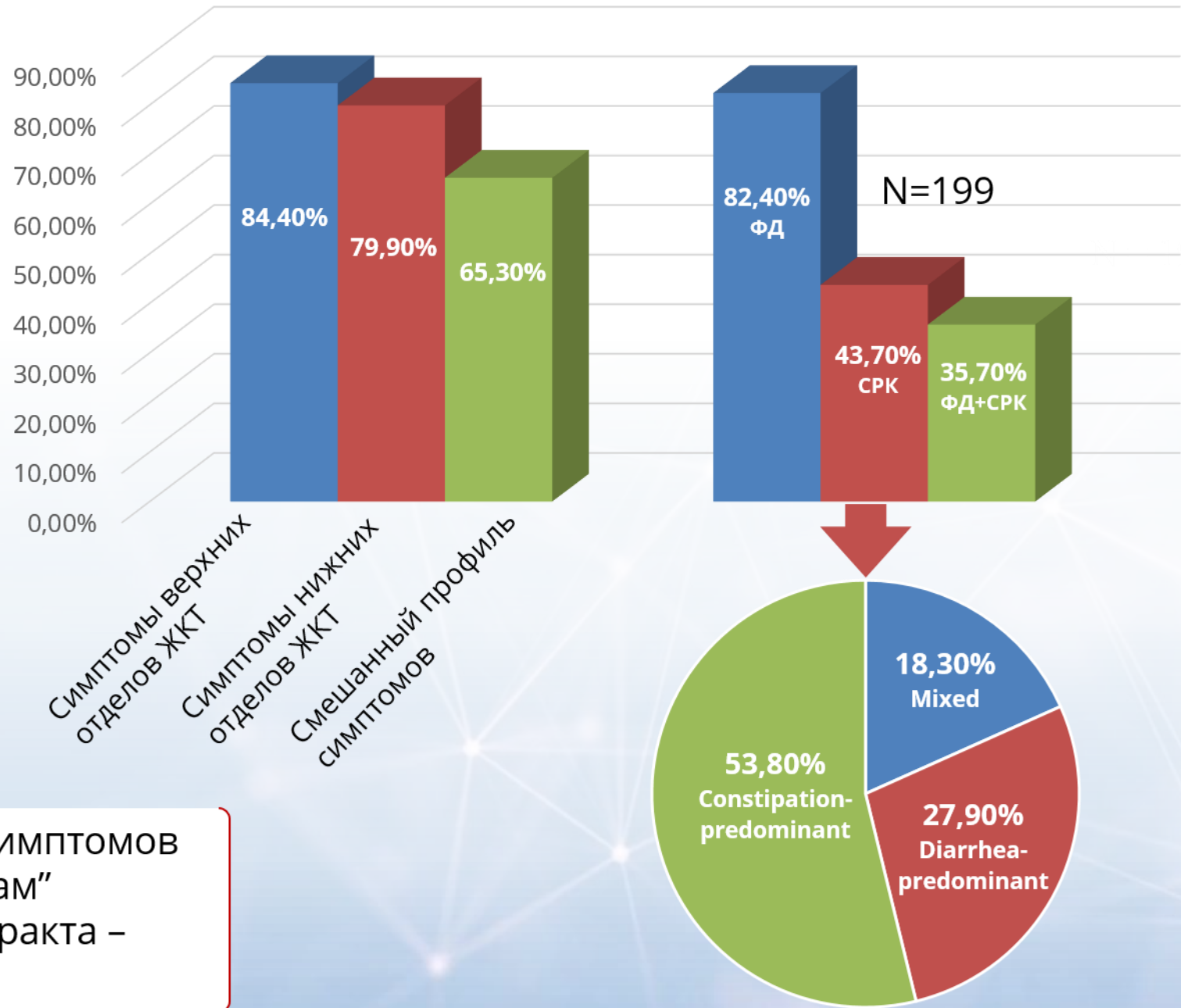
- Острые хирургические заболевания (ЖКБ, панкреатит, аппендицит, кишечная непроходимость)
- Ишемия
- Моче-каменная болезнь
- ЖКБ, дискинезия ЖВП
- **Синдром раздраженной кишки**

СРК – “позитивный диагноз”, после исключения симптомов “тревоги” не требует дообследования – может быть назначена эмпирическая терапия

БОЛЬ /ДИСКОМФОРТ В ЖИВОТЕ:

1. рецидивирующего характера
2. > 6 месяцев назад
3. беспокоят > 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев
4. симптомы совпали с нарушением стула
5. симптомы улучшаются после стула

- СРК с диареей
- СРК с запором
- СРК – смешанный вариант
- СРК – без идентификации



Распределение общих симптомов патологии ЖКТ по "этажам" желудочно-кишечного тракта – перекрест симптомов



Симптомы тревоги = симптомы “красного флага”: показание для срочной госпитализации для обследования по “онко-программе”

- Стойкая диарея
- Лихорадка
- Кровь в стуле
- Потеря веса
- Ухудшение ночью
- Рак толстой кишки в семейном анамнезе
- Начало симптомов после 50 лет
- Короткий анамнез и быстрое прогрессирование симптомов
- Анемия, воспаление

Симптомы характерные для нижних отделов ЖКТ

- чувство переполнения живота
- урчание, переливание, вздутие
- неустойчивый стул, улучшение после стула
- появление жалоб после еды
- периодическая боль по ходу кишки, "схватка"

СРК ?

Нарушения переваривания жира – билиарная недостаточность:

- гепатит, цирроз печени,
- дискинезия желчевыводящих путей, холецистит
- ожирение, НАЖБП, СД 2 типа переедание

Панкреатическая дисфункция:

- Инактивация липазы при высокой кислотности в тонкой кишке
- Истинный дефицит секреции панкреатина - синдром мальабсорбции

- Синдром избыточного бактериального роста в кишечнике
- Антибиотико- ассоциированная диарея, дисбиоз,
- Целиакия, лактозная недостаточность
- ВЗК: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона

Частые причины симптомов СРК – нарушения функции на фоне коморбидных заболеваний.



- артериальная гипертензия, ХСН,
- гипертиреоз
- сахарный диабет
- ХОБЛ, бронхиальная астма
- хроническая экзо-интоксикация, лучевая болезнь
- сосудистые заболевания головного мозга
- демиелинизирующие заболевания, эпилепсия
- склеродермия

Фармакологические средства, влияющие на гастро-интестинальный транзит

УМЕНЬШАЮЩИЕ СЕКРЕЦИЮ ЖКТ И УПЛОТНЯЮЩИЕ ФЕКАЛИИ

- Антисекреторные
- Антациды, содержащие гидроксид алюминия
- Препараты висмута
- НПВП
- Холестирамин
- Энтеросорбенты
- Вяжущие средства
- Хинидин
- Антибиотики
- Лучевая терапия

УМЕНЬШАЮЩИЕ МОТОРИКУ И ПАССАЖ ПО ЖКТ

- Антихолинергические средства: амитриптилин, фенотиазины, атропин
- Симпатомиметики
- Опиаты и опиоиды
- Клинидин
- Антагонисты кальция
- Спазмолитики
- Препараты железа
- Соли свинца и меди
- Винкристин

АКТИВАТОРЫ МОТОРИКИ ЖКТ И РАЗДРАЖАЮЩИЕ СРЕДСТВА:

- Препараты железа
- Метформин
- Аналоги глюкагон-подобного пептида
- Антибиотики
- Слабительные
- СИОРС

Селективные Фармпрепараты не являюся средствами выбора при лечении СРК в общей практике

Лекарственные препараты	Для лечения СРК с диареей	Для лечения СРК с запором	Для смешанного варианта СРК
Модуляторы серотониновых рецепторов	алосетрон рамосетрон	прукалоприд мосаприд тегасерод	азимадолин
Модуляторы Na ⁺ и Ca ²⁺ каналов	крофелемер	любипростон линаклотид	
Атипичные бензодиазепины, антидепрессанты		СИОРС мелипрамин амитриптилин	декстофизопам
Антагонисты рецепторов к дофамину		итоприд	
Агонисты опиоидных рецепторов	лоперамид	тримебутин	азимадолин
Спазмолитики		мятное масло, мебеверин, пинавериум, бускопан	
Препараты других групп		желчные кислоты: ХХК	активированный уголь, сорбенты

Гиосцина бутилбромид:

спазмолитик первого выбора при рецидивирующей боли в животе



Всемирная гастроэнтерологическая ассоциация

Средство первой линии для купирования боли в животе



Британское общество гастроэнтерологов

Рекомендации по ведению пациентов с СРК



Американский колледж гастроэнтерологов

Рекомендации по ведению пациентов с СРК и хроническим идиопатическим запором



Российская гастроэнтерологическая ассоциация

Лечение пациентов с СРК (уровень доказательности IA)

МЕТЕОСПАЗМИЛ

комбинированный препарат для терапии функциональных расстройств кишечника и сфинктера Одди

АЛВЕРИН - 60 МГ

- миотропный спазмолитик без атропиноподобной и ганглиоблокирующей активности
- снижает повышенный тонус гладкой мускулатуры кишечника

Симетикон - 300 мг

- Снижает газообразование в кишечнике
- Покрывает защитной пленкой пищеварительный тракт

- Устранение абдоминальной боли
- Снижение висцеральной гиперчувствительности
- Устранение газообразования/метеоризма

Фармакотерапия СРК с позиций доказательной медицины

Мультитаргетная терапия СРК предполагает применение любых методов лечения, имеющих современную доказательную базу.

ДОК	ВЗДУТИЕ	ПОНОС	ЗАПОР	БОЛЬ	НЕ РЕГУЛЯРНЫЙ СТУЛ
А	Рифаксимин	Пробиотик Лоперамид Алосетрон (а/г 5-НТЗ)	Фитотерапия: масло мяты Растительная клетчатка Пробиотики	Фитотерапия: масло мяты Антидепрессанты Пробиотики Спазмолитики М1- холиноблокаторы	Фитотерапия: масло мяты Спазмолитики М1- холиноблокаторы
В	Фито-терапия Пробиотики	Клетчатка	Антидепрессанты Прукалоприд (аг 5-НТ4)		
С	Пеносгасители	Холестирамин	Осмотические слабительные		

ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ

Селективные препараты –
только после консультации с
гастроэнтерологом.

При лечении СРК с запором
недопустим подбор препарата
методом проб.



Диагностический минимум при рецидивирующих частых желудочно-кишечных симптомах

Основные

ТЕРАПЕВТ,
ВРАЧ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ

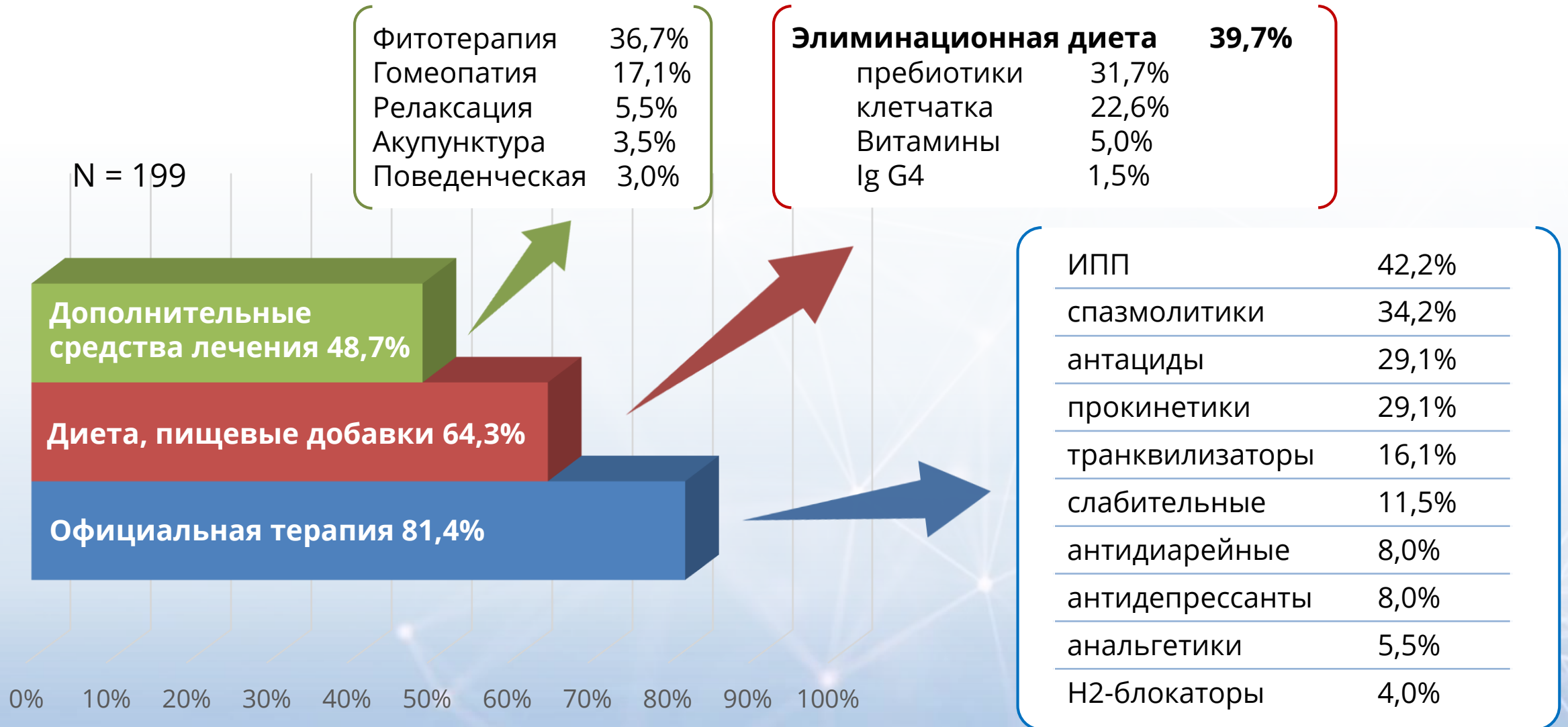
- Клинический и биохимический анализы крови, серология целиакии, кальпротектин, анализ кала на кровь, глисты, скрининг инфекций
- Функция щитовидной железы
- ЭГДС (с биопсией по показаниям)
- УЗИ органов брюшной полости
- Неинвазивное исследование на хеликобактериоз

Дополнительные

ГАСТРО-ЭНТЕРОЛОГ

- Рентгенография пищевода, желудка и ДПК, двойное контрастирование с бариевой клизмой
- Внутрижелудочная рН-метрия
- 24-72 часовая пищеводная рН-метрия (с капсулой Bravo)
- Манометрия желудка
- Аноректальная менометрия
- КТ, МРТ, капсульная эндоскопия
- Исследование уровня гормонов и гастроинтестинальных пептидов

Самопомощь и немедикаментозные методы лечения применяют около 50% пациентов с частыми желудочно-кишечными симптомами



В лекции использованы источники:

1. American Gastroenterological Association Clinical Practice and Practice Economics Committee. AGA Medi Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterology*, 1998; 114: 579-581
2. Chey W. D. et al. Pharmacologic and Complementary and Alternative Medicine Therapies for Irritable Bowel Syndrome. *Gut Liver*. Sep 2011; 5(3): 253–266.
3. Derry S , Loke Y K. *BMJ*. 2000 November 11; 321(7270): 1183–1187.
4. Edith Lahner et al. United A survey of pharmacological and nonpharmacological treatment of functional gastrointestinal disorders. *European Gastroenterol J*. Oct 2013; 1(5): 385–393.
5. Fashner J, Gitu AC. Common gastrointestinal symptoms: irritable bowel syndrome. *FP Essent*. 2013 Oct;413:16-23.
6. G.J.Tytgat, M.J.Bruno, 1996
7. Grundmann O, Yoon S. L. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: An integrative view. *World J Gastroenterol* 2014; 20(2): 346-362
8. Häuser et al. Functional Bowel Disorders in Adults *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(5):83-95
9. Holtmann G., Talley N. J. *Clinician's manual on managing dyspepsia*. – London: Life Science Communications, 2000. – 88 p.
10. Irritable Bowel Syndrome: a Global Perspective. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*. 2015: 1-28.
11. Lacy B.E. On-demand hyoscine butylbromide for the treatment of self-reported functional cramping abdominal pain. *Scand. L. Gastroenterol*. 2013;48:926-935/
12. Lacy B.E., Mearin F., Chang L. et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-1407.
13. Lanas, M.A. Perez-Aisa, F.Feu et al. *The American Journal of Gastroenterology* (2005) 100, 1685–1693;
14. Layer P et al. Irritable Bowel Syndrome: German consensus guidelines on definition, pathophysiology and management. *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-93.
15. Mahachai V. FIP-WGO Joint Session. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2015; 49(4):1-11
16. Mueller-Lissner S, Tytgat G.N., Paulo L.G. et al. Placebo- and paracetamol-controlled study on efficacy and tolerability of hyoscine butylbromide in the treatment of patients with recurrent crampy abdominal pain. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 23; 1741-8.
17. Piessevaux H et al. Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings. *Neurogastroenterol Motil*. 2009 Apr;21(4):378-88

18. Schafer E., Ewe K. Efficacy and tolerability of Buscopan Plus, Buscopan, paracetamol and placebo in outpatients with IBS. *Fortschritte der Medizin*. 1990; 108: 42-50.
19. Spiller R., Aziz Q., Creed F. et al. Guidelines on the Irritable Bowel Syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*. 2007; 56: 1770-1798.
20. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol.130. – P. 1466-1479
21. Tytgat Guido N. Hyoscine butylbromide: a review of its use in the treatment of abdominal cramping and pain. *Drugs*. 2007;67(9):1343-57
22. World Gastroenterology Organization, 2015
23. *World J Gastroenterol* 2014 January 14; 20 (2): 346-362; WGO Global Guidelines Common GI symptoms (long version).
24. Yeomans N, Lanas A, Labenz J et al. Efficacy of Esomeprazole (20 mg Once Daily) for Reducing the Risk of Gastroduodenal Ulcers Associated With Continuous Use of Low-Dose Aspirin Efficacy of Esomeprazole for Reducing the Risk of Gastroduodenal Ulcers. *The American Journal of Gastroenterology*, 2008; 103, 2465-2473.
25. Zhang L et al. Effects of Buscopan on human gastrointestinal smooth muscle activity in an ex vivo model: Are there any differences for various sections? *Eur J Pharmacol*. 2016 Jun 5; 780:180-7.
26. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью. *РЖГГК*. 2015; 4: 71-80.
27. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. *РЖГГК*. 2014; 2: 92-101.
28. Ивашкин, В. Т. Функциональная диспепсия: краткое практическое руководство / В. Т. Ивашкин, А. А. Шептулин, В. А. Киприанис. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 112 с.
29. Инструкция по медицинскому применению препарата Бускопан РУ П №14739/01 суппозитории ректальные.
30. Инструкция по медицинскому применению препарата Метеоспазмил РУ №П N013069 | 01
31. Рекомендации © World Gastroenterology Organisation, 2013
32. Шептулин А.А. Особенности диагностики и дифференциальной диагностики при синдроме раздраженного кишечника // *Клиницисты о лабораторной диагностике*. 2003. № 6. С. 3–7.