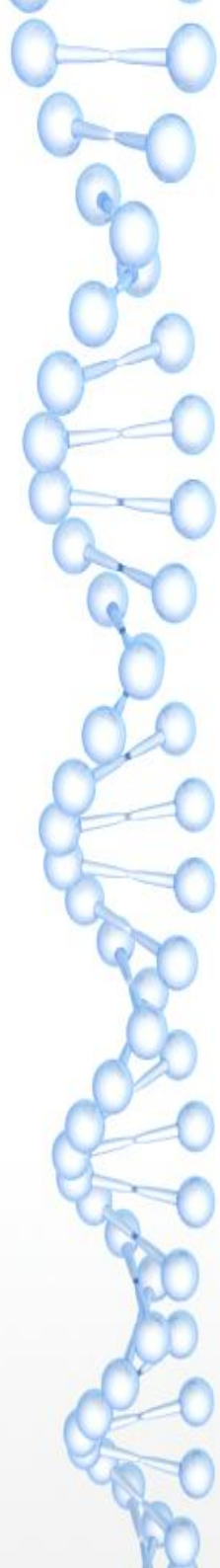


Харьковский национальный университет
им.В.Н.Каразина
Медицинский факультет
Кафедра внутренней медицины

Гипердиагностика при постановке диагноза «синдром раздраженного кишечника»

Выполнил: студент 3-го курса Шпильчак А.В.

Научные руководители: асс. Балаклицкая И.О., доц. Гармаш Е.В.,
зав. каф., д. м. н., проф. Яблучанский Н.И.



Синдром раздраженного кишечника: определение

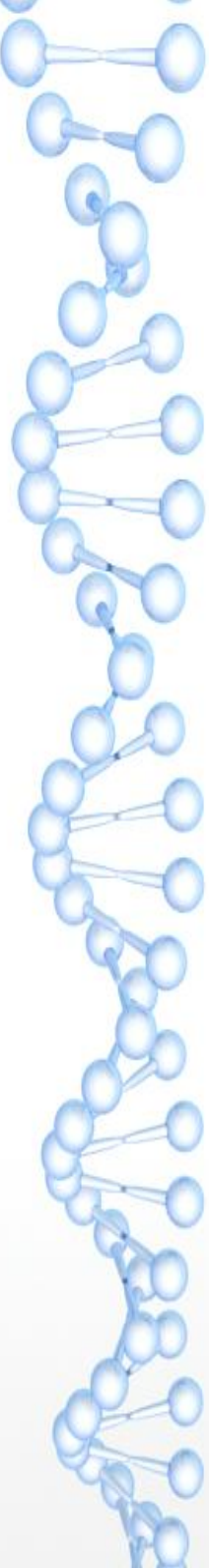
На основании Римских критериев IV

СРК - **функциональное** кишечное расстройство, проявляющееся периодической абдоминальной болью, ассоциированной с актом дефекации, с изменениями частоты последней и/или формы стула (запор и/или диарея, смешанный вариант), при наличии этих симптомов на протяжении последних 3 мес. при общей продолжительности нарушений 6 мес, **при отсутствии анатомической или физиологической аномалии**



Синдром раздраженного кишечника: эпидемиология

- наиболее распространенная патология желудочно-кишечного тракта.
- распространенность СРК в мире колеблется в пределах между 10% и 25%.
- общая распространенность СРК у женщин на 67% выше, чем у мужчин.



Синдром раздраженного кишечника: диагностические критерии

Рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 раз в неделю за последние 3 месяца, связанная с 2 или более из нижеследующих признаков:

1. связанная с дефекацией
2. связанная с изменением частоты стула
3. связанная с изменением формы стула (Бристольская шкала формы стула)

Бристольская шкала формы кала

<p>Большое время транзита, до 100 ч</p>  <p>Короткое время транзита, до 12 ч</p>	Тип кала	писание внешнего вида кала	Форма
	1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	2	В форме колбаски комковатой	
	3	В форме колбаски с ребристой поверхностью	
	4	В форме колбаски или змеи, гладкий, мягкий	
	5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
	6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашецеобразный стул	
	7	Водянистый без твердых частиц	





Синдром раздраженного кишечника: диагностика

- 1) клиническая картина и анализ истории заболевания;
- 2) физикальный осмотр с соблюдением методологии пропедевтики;
- 3) проведение минимального количества лабораторных тестов и инструментальных исследований, индивидуализированных в соответствии с клиническими особенностями каждого пациента, и только по показаниям — дополнительный набор необходимых исследований.



Синдром раздраженного кишечника: диагностика

Физикальный осмотр:

1. Исключить гепатоспленомегалию, асцит, лимфаденит.
2. Пальцевое исследование аноректальной области при наличии крови в кале.

Специфические лабораторные исследования:

1. Полный клин анализ крови(исключение анемии, лейкоцитоза), СРБ и кальпроктин
2. Скрининговая колоноскопия у пациентов старше 50 лет при отсутствии симптомов тревоги или у более молодых при наличие тревожных симптомов, отягощенный семейный анамнез в отношении колоректального рака, диарея, не отвечающая на лечение.



Синдром раздраженного кишечника: «узкие места» 1

Отсутствие специфических симптомов (т.е. СРК – это диагноз-исключение)

СРК часто маскирует органическую патологию ЖКТ

Ошибочно воспринимается как другая патология (больным СРК почти в три раза чаще выполняется ненужная холецистэктомия и в два раза чаще аппендэктомия или гистерэктомия).



Синдром раздраженного кишечника: «узкие места» 2

Все эти «узкие места» дают основания для ошибок при постановке диагноза.

Часто врачи ставят диагноз СРК не обращая внимание на результаты исследований, говорящих о наличии органической патологии. Это демонстрирует наш клинический случай.



Наш пациент

Женщина, 21 год

Жительница г. Харькова

Место работы: студент



Жалобы

- Периодическая интенсивная колющая и давящая боль по всей поверхности живота, больше внизу, не иррадиирующая, связанная с дефекацией
- Вздутие после приема пищи
- Тошнота по утрам
- Чередование поносов и запоров (водянистый стул возникает после завтрака до 3-5 раз в день, запор до 3-х дней – один раз в неделю)
- Непереносимость жирной, острой еды
- Общая слабость
- Все жалобы пациентка сообщала очень эмоционально, акцентируя на тяжести заболевания



Анамнез болезни

Вышеуказанные жалобы впервые появились три месяца назад, после сильной стрессовой ситуации.

За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала смекту, активированный уголь, без существенных изменений

Хронический гастродуоденит с детства.



Анамнез жизни

- родилась в неполной семье, 2-м ребенком, росла и развивалась согласно полу и возрасту без особенностей
- жилищно-бытовые условия относительно удовлетворительные
- операции, травмы, ВИЧ-инфекцию, туберкулез, гемотрансфузии, вирусные гепатиты отрицает
- питание нерегулярное, несбалансированное
- наследственность не отягощена



Объективный статус

- общее состояние удовлетворительное
- достаточного питания, рост-160 см., вес-60 кг
- кожные покровы бледно-розовые
- язык влажный, обложенный белым налетом
- живот мягкий, не увеличен в размерах, при пальпации болезнен в эпигастральной области, левой подвздошной области
- стул - чередование запоров (до 3-х дней) и поносов (до 3-5 раз в сутки)
- другие органы и системы в пределах нормы



План обследования в клинике

1. Клинический анализ крови, мочи, кала
2. Кал на дисбактериоз, кал на скрытую кровь, яйца глистов
3. Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин)
4. ФГДС, pH-метрия
5. ЭКГ, УЗИ ОБП
6. Ирригоскопия
7. Суммарные антитела к *H. pylori*
8. Консультация психотерапевта



Клинический анализ крови

гемоглобин	130 г/л
эритроциты	4.6×10^{12}
лейкоциты	5.0×10^9
сегментоядерные	49 %
палочкоядерные	4 %
СОЭ	4 мм/час
эозинофилы	2 %
лимфоциты	38 %
моноциты	5 %

Заключение: физиологическая норма



Клинический анализ мочи

количество	30 мл
цвет	желтый
прозрачность	умеренная
удельный вес	1.017
pH	сл. кислая
глюкоза, белок	не найдены
лейкоциты	3-5
эпителий	единичный

Заключение: физиологическая норма



Биохимический анализ крови

Общий билирубин	10.8 мкмоль/л
прямой	2.8 мкмоль/л
непрямой	8.2 мкмоль/л
АлАТ	24 ед/л
АсАТ	30 ед/л
Щелочная фосфатаза	113 ед/л

Заключение: физиологическая норма



Клинический анализ кала

форма	кашицеобразный
цвет	коричневый
мышечные волокна не измененные	немного
измененные	немного
растительная клетчатка	умеренно
жир нейтральный	немного
кристаллы	немного
лейкоциты	1-2
элементы с признаками злокачественности	не найдено
йодоформная флора	не найдено
элементы грибов	не найдено

Заключение: физиологическая норма



Исследование кала

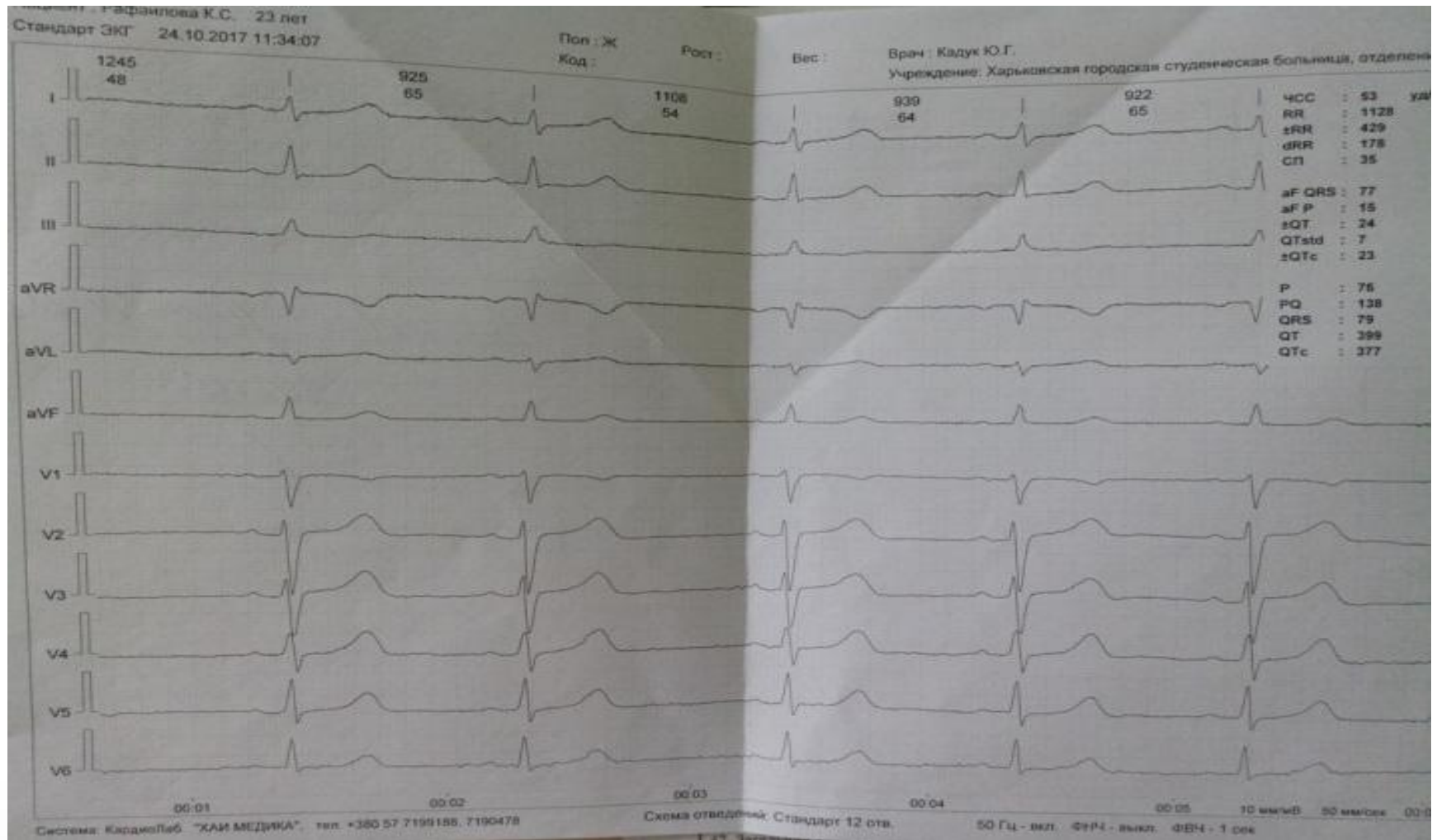
Кал на дисбактериоз - без патологических изменений

Кал на яйца глистов, паразитов - не обнаружено

Кал на скрытую кровь - не обнаружено

Кровь на суммарные антитела к *H. pylori* - отрицательный

Электрокардиограмма



Заключение: синусовая аритмия,
срединное положение ЭОС, ЧСС 48-65

Ирригография



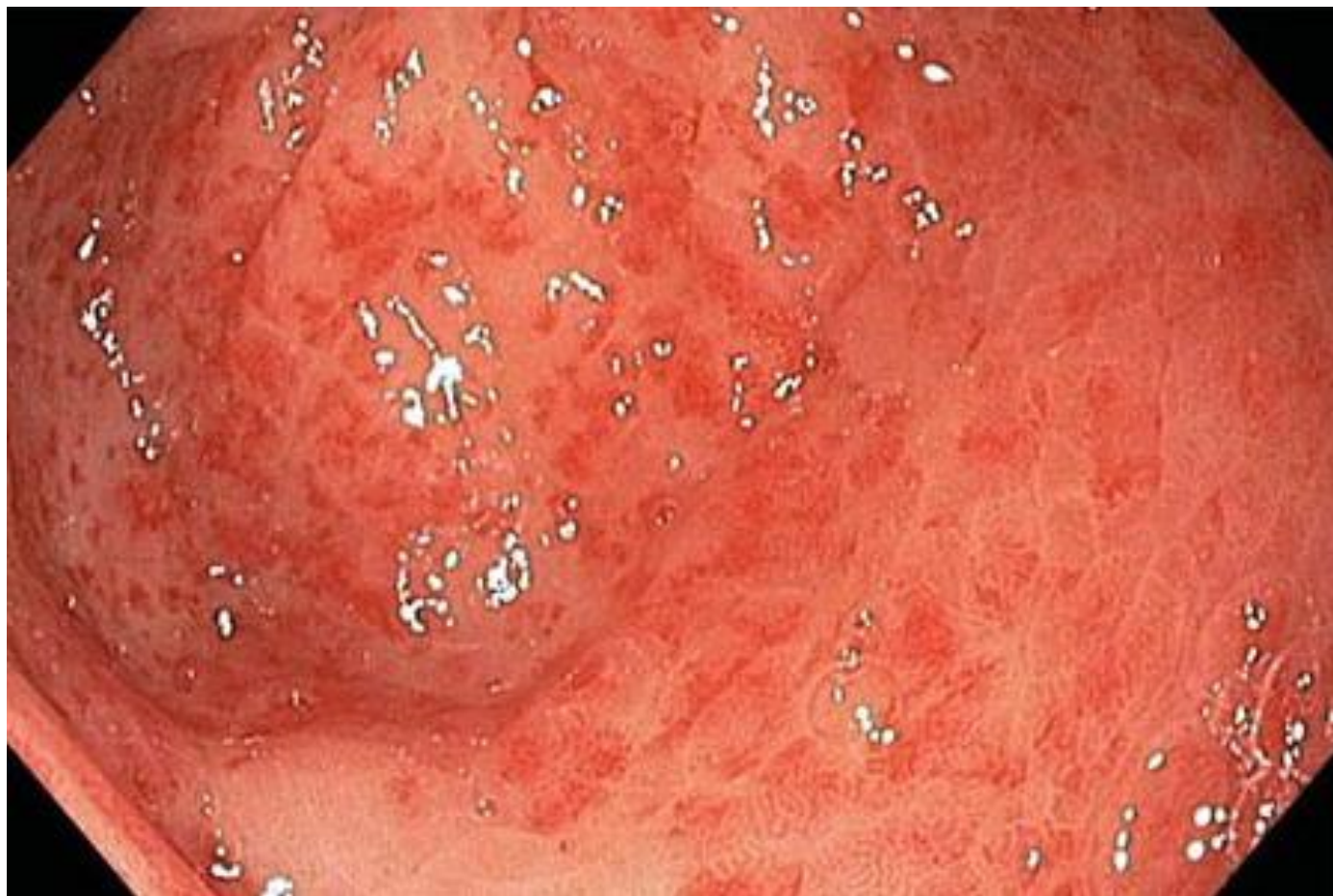
Заключение: долихосигма с нарушением эвакуаторной функции кишечника

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости



Заключение: загиб желчного пузыря

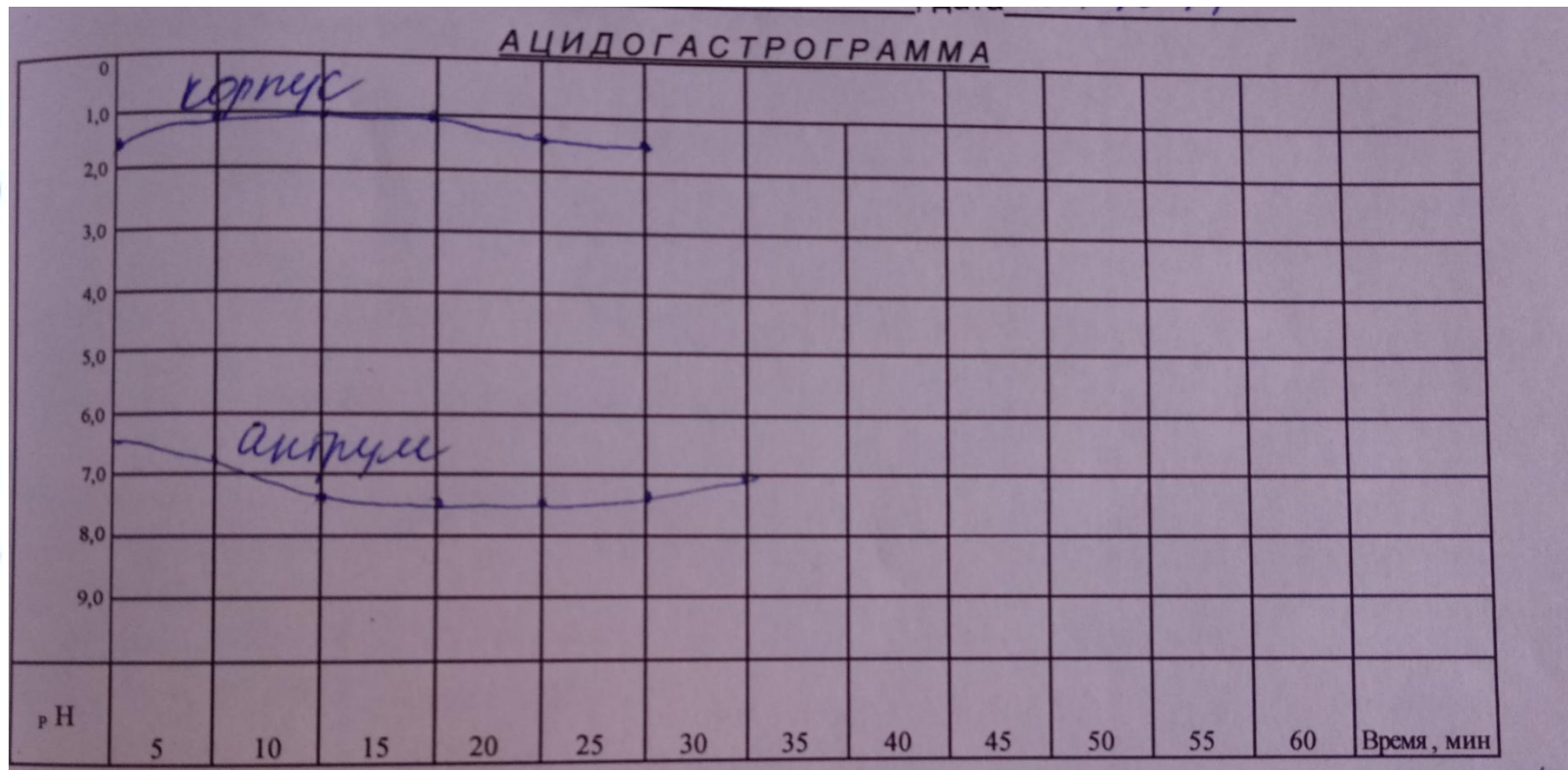
Фиброгастродуоденоскопия



Заключение: гастродуоденит

Фото: <http://bolzheludka.ru/chto-eto-takoe-poverhnostnyiy-gastrit/>

Ацидограмма (рН-метрия)



Заключение: гиперацидность с сохраненной функцией антрума



Консультация психотерапевта

Заключение -эмоционально лабильна.

Рекомендовано сеансы психотерапии и
гидазепам по 0.02 г 3р. в день



Диагноз в стационаре

Синдром раздраженного кишечника смешанного типа в стадии обострения.

Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, не ассоциированный с *H.pylori* в стадии обострения.



Лечение в стационаре

- Режим стационарный
- Диета №4
- Омепразол 20 мг 2 раза в день
- Домидон 10 мг 3 раза в день
- Гидазепам по 0.02 г 3р. в день
- NACL 0/9 %-200мл + 2 %-2 мл но-хша в/в капельно
- Сеансы психотерапии
- Пациентка выписана с улучшением

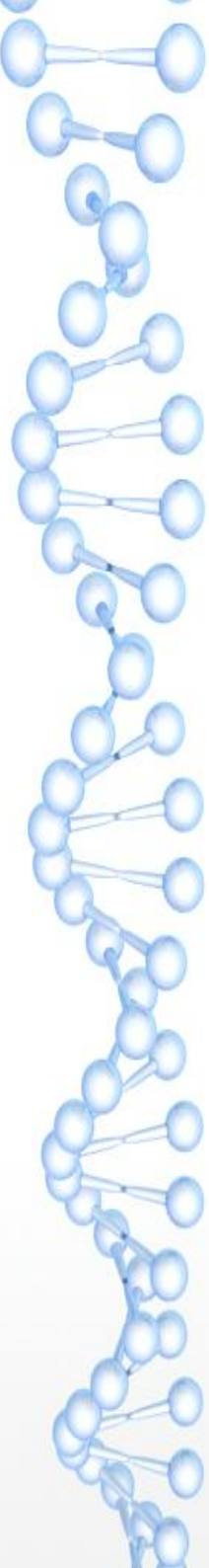


Наш диагноз

Учитывая наличие **органической** патологии в виде гастродуоденита и долихосигмы, диагноз СРК у данного пациента не правомочен, согласно Римским критериям IV.

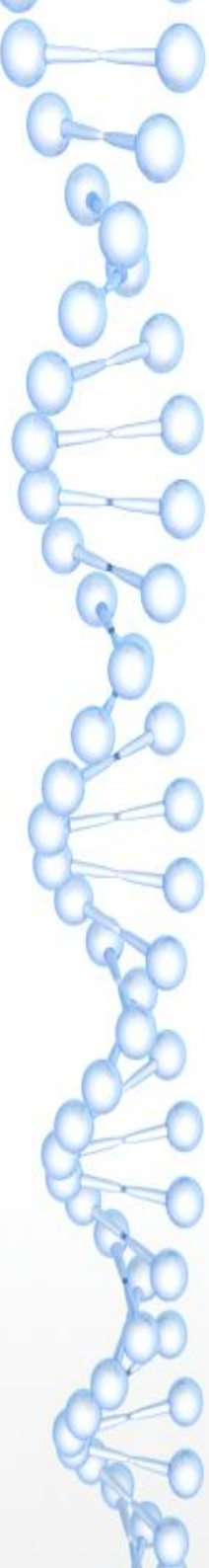
Наш диагноз: хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией, не ассоциированный с *H.pylori* в стадии обострения.

Долихосигма, хронический колит с дискинетическим синдромом, легкое течение, стадия обострения.



Основные клинические синдромы

- Диспепсический синдром
- Синдром дискинезии кишечника
- Болевой абдоминальный синдром
- Астеноневротический синдром
- Синдром долихосигмы



Наши рекомендации по лечению

- Режим стационарный
- Диета №4
- Модификация образа жизни
- Омепразол 20 мг 2 раза в день
- Домидон 10 мг 3 раза в день
- NACL 0/9 %-200мл + 2 %-2 мл но-хша в/в капельно
- Смекта по 1 пакетику 3 раза в день при диарее
- Гутталакс по 10 капель перед сном при запоре
- Настойка валерианы по 15 капель 2 раза в день



Выводы:

- Диагноз СРК ставится на основании Римских критериев IV
- СРК является диагнозом-исключение
- Наш клинический случай показывает пример гипердиагностики
- Индивидуальный подход к пациенту, детальное интервьюирования, знания пропедевтики и детальное следование регламентирующим документам поможет избежать ошибок в диагностике

