



Синдром раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника широко распространен в популяции (30-40%)

СРК - расстройства моторной и секреторной функции кишечника, характеризующиеся наличием болей или абдоминального дискомфорта в течение 12 не обязательно последовательных недель за последние 12 месяцев в сочетании с двумя из следующих 3 признаков:

- 1) купируются после акта дефекации;
- 2) связаны с изменением частоты стула;
- 3) связаны с изменением формы кала

Реже периодические схваткообразные боли по ходу толстой кишки, метеоризм, расстройства стула с наклоном к поносам, запорам или их чередованием, служат проявлением скрыто протекающей лактазной недостаточности или легкой степени целиакии



ФЖКР :

статистические исследования

Синдром раздраженного кишечника

- **СРК – функциональное расстройство кишечника, при котором рецидивирующая абдоминальная боль ассоциирована с дефекацией или изменением стула**
- **Диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника:**

Рецидивирующая абдоминальная боль в среднем не менее 1 дня в неделю на протяжении последних 3 мес. с двумя или более из следующих критериев:

 1. Связана с дефекацией
 2. Ассоциирована с изменением частоты стула
 3. Ассоциируется с изменением формы (внешней) стула

** Соответствие критериям должно соблюдаться в течение 3 последних месяцев с началом проявлений не менее 6 мес. перед диагностикой*
- **! По сравнению с Римским III консенсусом в Рим IV термин “дискомфорт” удален из определения и диагностических критериев.**

Классификация СРК (K58 по МКБ-10)

В зависимости от ведущего симптома выделяются 3 варианта течения СРК:

- 1) с преобладающими болями в животе и метеоризмом;
- 2) с преобладающей диареей (стул более 3 раз в день);
- 3) с преобладающими запорами(стул менее 3 раз в неделю)

СИМПТОМЫ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ СРК

- Потеря массы тела.
- Начало заболевания в пожилом возрасте
- Сохранение симптомов в ночные часы (в период сна)
- Постоянные интенсивные боли в животе, как единственный и ведущий симптом.
- Лихорадка
- Выраженный синдром мальабсорбции
- Изменение лабораторных показателей (анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, отклонения в биохимических тестах и др.).

Окончательный диагноз устанавливается при исключении органической патологии органов пищеварения и других систем, при которых в процесс вовлекается кишечник (колоректальный рак, дивертикулез, полипоз и другие органические заболевания кишечника)

Локализация болей при поражении различных отделов ЖКТ

Локализация и условия возникновения болей	Наиболее вероятное поражение ЖКТ
Боли в межлопаточном пространстве (иногда за грудиной) возникают во время проглатывания пищи, нередко сопровождаясь дисфагией	Пищевод
Боли непосредственно под мечевидным отростком и в подложечной области, возникающие сразу после приема пищи или в течение 1 часа, могут сопровождаться изжогой и отрыжкой	Желудок (субкардиальный отдел и тело)

Локализация болей при поражении различных отделов ЖКТ

Локализация и условия возникновения болей	Наиболее вероятное поражение ЖКТ
Боли в эпигастральной области или правом подреберье возникают натощак или через 2 часа после еды, стихают после приема пищи, соды, молока или после рвоты	Желудок (пилорический отдел) или 12 ПК
Боли в околопупочной области и правом квадранте живота, с приемом пищи обычно не связаны, могут сопровождаться обильным жидким и зловонным стулом	Тонкая кишка и восходящий отдел толстой кишки

Локализация болей при поражении различных отделов ЖКТ

Локализация и условия возникновения болей	Наиболее вероятное поражение ЖКТ
Боли по ходу толстой кишки, в нижних отделах живота, больше слева, облегчаются после стула или отхождения газов, с приемом пищи обычно не связаны, могут сопровождаться частой дефекацией со скудными испражнениями, нередко с примесями слизи или крови и метеоризмом и запорами	Нисходящие отделы толстой кишки
Боли в области промежности и заднем проходе, возникают или усиливаются во время или после дефекации, могут сопровождаться тенезмами и ложными позывами на дефекацию, начальные порции каловых масс могут содержать слизь, гной, и быть окрашенными алой кровью	Прямая кишка

**Механизм болевого синдрома
Дистензионные боли (от растяжения стенок полых
органов и натяжения их связочного аппарата)**

Характеристика болей	Вероятные причины возникновения
Тупые, тянущие малоинтенсивные, чаще разлитые, без четкой локализации и иррадиации. Перистальтика чаще ослаблена. Не стихают после приема спазмолитиков	Метеоризм. Гипосекретонный синдром (гастрит со сниженной секреторной и моторной функцией желудка) и т.д.

Механизм болевого синдрома Сосудистые ишемические боли боли (от спазма, тромбоза, эмболии артериальных сосудов)

Характеристика болей	Вероятные причины возникновения
Начинаются внезапно, разлитые , могут быть интенсивными и усиливаться до нестерпимых. Могут сопровождаться метеоризмом и ослаблением перистальтики, появлением кровавого стула. При прогрессировании могут трансформироваться в перитонеальные боли или исчезнуть при нарастании интоксикации и ухудшения общего состояния	Мезентериальный тромбоз. Брюшная жаба. Ишемический колит и т.д.

Механизм болевого синдрома Спастические боли (спазма гладкой мускулатуры)

Характеристика болей	Вероятные причины возникновения
Острые, приступообразные (внезапно начинаются и могут внезапно прекращаться), чаще интенсивные и локализованные, нередко с типичной иррадиацией, ослабевают от приема спазмолитиков. Могут сопровождаться усиленной перистальтикой и скудной рвотой, чащи не приносящей облегчения	Кишечная колика (при СРК), Желудочная колика, желчная колика и т.д.

Механизм болевого синдрома Перитонеальные боли

Характеристика болей	Вероятные причины возникновения
Возникают постепенно (при распространении воспаления на париетальную брюшину) или внезапно (при прободении полого органа), быстро становятся разлитыми и постоянными, усиливаясь до нестерпимых. Могут сопровождаться перитонеальными симптомами, признаками воспаления и интоксикации	Перитониты в результате распространения воспаления (холецистит, аппендицит и т.д.) или прободения полого органа (желудок, кишка и т.д.)

Виды запоров у пожилых

- Атонический запор - связан со снижением моторной функции кишечника вследствие понижения тонуса гладкой мускулатуры кишечной стенки и снижения тонуса мышц передней брюшной стенки
- Спастический запор - связан с усилением моторики кишечника вследствие спастических сокращений гладкой мускулатуры кишечной стенки; в результате сегментарные движения преобладают над продольными, препятствуя пассажу кишечного содержимого
- Органический запор – обусловлен механическим препятствием на пути продвижения каловых масс, сдавлением или прорастанием опухоли в кишечник

Атонический запор - клиника

- Тупые длительные распирающие боли дистензионного характера по ходу толстой кишки, метеоризм. При пальпации увеличение ободочной кишки, возможно появление плотных безболезненных опухолевых образований, выявляемых при пальпации нисходящей и сигмовидной кишок («каловые камни»). Перистальтика ослаблена. Кал цилиндрической формы.

Атонический запор - причины

- Алиментарные факторы (недоедание- малое количество пищи, редкое питание, легкоусвояемая пища с малым количеством клетчатки, сухое питание, нерегулярное питание, бессолевая диета и т.д.)
- Нарушение водно-электролитного баланса (дегидратация, анемия, прием мочегонных, гипокалиемия и т.д.)
- Гиподинамия и постельный режим
- Продолжительное подавление позыва на дефекацию
- Заболевания ЦНС (инсульт, опухоли, ДЭ, псих расстройства и т.д.)
- Эндокринные заболевания (гипотиреоз , СД, климакс, гиперпаратиреозидит, недостаточность коры надпочечников)
- ЛС (холинолитики, наркотики, седативные, антациды с Al , антиконвульсанты, антидепрессанты, транквилизаторы и т.д.)
- Злоупотребление слабительными

Спастический запор - клиника

- Приступообразные, иногда достаточно интенсивные спастические боли четко локализованные по ходу толстой и прямой кишки. Возможна рвота. При пальпации – спастически сокращенные и болезненные отделы толстой кишки. Перистальтика усилена. «Овечий кал».

Спастический запор - причины

- Заболевания толстой кишки (колиты , СРК, дивертикулез, опухоли и т.д.)
- Рефлекторные влияния при болезнях ЖКТ (гастрит, ЯБ, холециститы) и мочевыводящей системы (МКБ, пиелонефрит и т.д.)
- Употребление продуктов с дубильными веществами (крепкий чай, кофе, какао и т.д.)
- Отравление никотином, ртутью, свинцом и др.
- Болезни rectum, тормозящие перистальтику из-за повышения тонуса анального сфинктера (геморрой, трещины и свищи заднего прохода, проктиты, парапроктиты и т.д.)
- Псих расстройства

Органический запор - клиника

- Нарастание интоксикации, истощение и ухудшение общего состояния. По мере прогрессирования заболевания метеоризм и усиление перистальтики могут смениться ее ослаблением и исчезновением - развивается парез кишечника возможна трансформация частичной кишечной непроходимости в полную (чаши Клойбера).
- Нарастание интоксикации, заторможенности и спутанности сознания, отсутствие перистальтики, усиление болей в животе, появление рвоты и симптомов раздражения брюшины могут указывать на развитие перитонита

Органический запор - причины

- Опухоли толстой и прямой кишки
- Спаечный процесс в брюшной полости
- Опухоли матки
- Поликистоз и опухоли яичников
- Аденома. Камни и опухоли простаты
- Аномалии развития толстой кишки (мегаколон, долихосигма и т.д.)

Поносы у пожилых имеют воспалительную, опухолевую или ишемическую природу

- Усиленная перистальтика кишечника и ускоренный пассаж его сождержимого
- Уменьшение всасывания в кишечнике воды, электролитов, белков, жирных и желчных кислот (мальабсорбция)
- Нарушение кишечного пищеварения (мальдигестия)
- Патологическая секреция жидкости в просвет кишечника и повышение слизиобразования
- Поносы имеют вид недержания кала и мочи
- Понос быстро приводит к дегидратации, интоксикации, адинамии, спутанности сознания, гипотонии, тахикардии, церебральным расстройствам и НРС

Вид и механизм поносов

- Гастрогенные поносы (вызываются снижением секреторной функции желудка с нарушением переваривания белков и быстрым опорожнением желудка)
- Колитические поносы (вызываются воспалением слизистой оболочки, опухолевым или ишемическим поражением толстой кишки)
- Панкреатические поносы (вызываются снижением внешнесекреторной функции поджелудочной железы вследствие чего нарушается переваривание и всасывание белков и жиров)
- Энтеральные поносы (вызываются воспалением или раздражением слизистой тонкой кишки). Следствием становятся нарушения кишечного пищеварения, всасывания, секреции и перистальтики

Гастрогенные поносы

Клинические особенности	Вероятные причины возникновения
<p>Умеренное учащение стула, сопровождающиеся чувством переполнения и тупыми распирающими дистензионными болями в эпигастрии.</p> <p>Испражнения жидкие, темные, с остатками плохо переваренной пищи.</p> <p>Нередко с неприятным запахом (нарушено переваривание белка) и слизью.</p>	<p>Гастриты с секреторной недостаточностью, Ахилия</p> <p>Язва желудка и т.д.</p>

Колитические поносы

Клинические особенности	Вероятные причины возникновения
<p>Частое опорожнение кишечника со схваткообразными болями в животе и тенезмами.</p> <p>Испражнения чаще скудные, «плевком», с примесью слизи и крови</p> <p>В отдельных случаях кал может самопроизвольно выделяться наружу вследствие исчезновения позывов к дефекации (при поражении прямой кишки)</p>	<p>Колиты , особенно при поражении дистальных отделов толстой кишки</p> <p>Рак толстой или прямой кишки</p> <p>Ишемический колит</p> <p>Дивертикулит толстой кишки</p> <p>НЯК и т.д.</p>

Панкреатические поносы

Клинические особенности	Вероятные причины возникновения
<p>Умеренное учащение стула, сопровождающееся болями в верхней половине живота, нередко опоясывающими и иррадирующими в позвоночник, метеоризмом и значительным похуданием.</p> <p>Испражнения обильные, нередко жидкие («панкреатическая холера») или кашицеобразные. Глинисто-жирной консистенции, содержат слизь, со зловонным гнилостным запахом</p>	<p>Панкреатиты Рак pancreas Кисты pancreas Синдром Золлингера Элиссона и т.д.</p>

Энтеральные поносы

Клинические особенности	Вероятные причины возникновения
<p>Умеренное учащение стула (4-6 раз в день), очень обильные зловонные испражнения связанные с болью в околопупочной области и правом нижнем квадранте живота. Каловые массы содержат остатки плохо переваренной пищи.Стеаторея при воспалении проксимального отдка тонкой кишки (еунит), или водянистый и пенистый стул при воспалении дистального отдела тонкой кишки (илеит)</p> <p>В тяжелых случаях быстро развивается дегидратация, ↓ калия, ↓ Na, ↓ Cl, мышечная слабость, адинамия и спутанность сознания</p>	<p>Алиментарные факторы (переедание молока, злоупотребление жирной, грубой и холодной пищей, поспешность в еде, гиповитаминозы)</p> <p>Неврогенные факторы (тревога, страх и т.д.)</p> <p>Энтериты</p> <p>Карциноид, лимфома и т.д.</p>

Изменение цвета каловых масс

- Обесцвечивание кала-прием молочных продуктов или бария
- Черный кал при приеме препаратов железа и висмута , угля и кофе
- Вишнево-красный цвет-свекла, черная смородина, черноплодная рябина, черника
- Зеленый цвет- щавель и шиповник

Лечебные мероприятия:

Диета с исключением непереносимых продуктов и напитков.

Исключаются:

- продукты, богатые эфирными маслами (редька, зеленый лук, чеснок);
- тугоплавкие жиры;
- цельное молоко.

Основа лечебного питания при СРК - пектины и пищевые волокна:

- злаки (отруби),
- корнеплоды (свекла, капуста, морковь),
- фрукты (яблоки, сливы), крупы (гречневая, овсяная).

Из рациона не исключаются мясо и рыба.

Рекомендуется обильное питье (1,5-2 л жидкости в сутки).

Набор продуктов определяется их переносимостью, характером моторных расстройств, преобладанием протеолитической (гнилостной) или сахаролитической (бродильной) микрофлоры

Психотерапия и психотропные препараты, которые назначаются с участием психотерапевта

Дневник больного СРК

Дата	Время приема пищи	Что съедено	Жалобы	Характер стула

Пищевые волокна в продуктах (в гр.)

Яблоки	- 3	Миндаль	- 10
Апельсины	- 2	Молоко и его продукты	- 0
Артишоки	- 11	Морковь	- 3
Бананы	- 3	Фруктовые мюсли	- 6
Фасоль, горох	- 17	Растительное масло	- 0
Брокколи, фенхель	- 3	Растительные жиры	- 0
Мясо	- 0	Рис полированный	- 1
Яйца	- 0	Сельдерей	- 4
Рыба	- 0	Соевые бобы	- 12
Масло	- 0	Семечки подсолнуха	- 6
Капуста листовая	- 4	Чай, кофе	- 0
Овсяные хлопья	- 10	Хлеб, булочки из цельного зерна	- 8
Лесные орехи	- 7	Пшеничные отруби	- 48
Сыр	- 0	Пшеничная мука	
Киви	- 4	(высший сорт)	- 4
Льняное семя	- 35	Пшеничная мука грубого помола	- 13
Кукуруза	- 4	Колбаса, сосиски	- 0

Колофорт

- **Эффективный контроль над заболеванием позволит осуществить только комплексный препарат, оказывающий патогенетическое действие на основные уровни регуляции деятельности кишечника при СРК – ЦНС, ВНС, а также на иммунные процессы в стенке кишечника, включая воспаление. Без этого любая терапия любого варианта СРК будет малоэффективна. Такое комплексное действие обеспечивают компоненты Колофорта:**
- **- РА АТ к мозгоспецифическому белку S-100 способствуют нормализации регуляции ЦНС, ВНС с устранением внутреннего напряжения, тревоги, нормализацией ряда висцеральных функций, в т.ч. деятельности толстого кишечника;**
- **- РА АТ к гистамину оказывают спазмолитическое, противовоспалительное, противоотечное действие, способствуя нормализации моторики;**
- **РА АТ к ФНО- α оказывают выраженное противовоспалительное действие с нормализацией провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в кишечной стенке.**
- **ВАЖНО: Колофорт – это именно тот случай, когда препарат создан четко «под патогенез» заболевания, что позволяет эффективно контролировать заболевание, несмотря на клинические различия его вариантов.**

Регулирующее действие Колофорта при СРК

Релиз-
активные
антитела к
S-100

Релиз-
активные
антитела к
гистамину

Релиз-
активные
антитела к
ФНО- α

Устранение внутреннего
напряжения, тревоги, нормализация
ряда висцеральных функций, в т.ч.
деятельности толстого кишечника

Вегетативная нервная
система

Спазмолитическое
Противовоспалительное
Противоотечное

Выраженное
Иммунные
нарушения и
восстановление
противовоспалительное
действие с нормализацией
провоспалительных и
противовоспалительных
ЦИТОКИНОВ

Колофорт

- 1. Рекомендован для лечения пациентов с различными вариантами СРК в том числе, при СРК с преобладанием диареи/запоров и смешанного типа.**
- 2. Терапевтическая эффективность Колофорта связана с комплексным влиянием на различные уровни регуляции ЖКТ, что клинически проявляется**
 - **противотревожным и антидепрессивным действием,**
 - **уменьшением/купированием абдоминального болевого синдрома.**
 - **коррекцией моторно-эвакуаторной дисфункции,**
 - **снижением висцеральной гиперчувствительности,**
- 3. Колофорт значительно повышает качество жизни пациентов с СРК.**

Лечение СРК

2. Нормализация моторно-эвакуаторной функции кишечника.

При СРК с преобладанием запоров, в основе которых лежит спастическая дискинезия толстой кишки (отличительные признаки: боли в животе, запоры, бобовидный кал) назначаются спазмолитики и препараты, разжижающие кишечное содержимое.

Лечебные мероприятия:

Препараты, нормализующие моторную функцию кишечника (3-4 недели)

При спастической и гипермоторной дискинезии препаратами выбора являются:

дицетел 50-100мг 3 р\д за 30 мин до еды

дюспаталин 200 мг 2 р\д,

Эффективны спазмомен, бускопан, метацин и миотропные спазмолитики, назначаемые в общепринятой дозировке.

СРК с преобладанием болей

Наиболее эффективны спазмолитические препараты.

Препараты выбора – селективные спазмолитики:

Пинавериум бромид (Дицетел) оказывает спазмолитическое действие за счет блокады поступления Ca^{2+} через кальциевые каналы в гладкомышечные клетки кишечника. Лишен антихолинергических эффектов и не влияет на ССС, только 5-10% адсорбируется в кровоток. Назначается по 1 таблетке (50 мг) 3-4 раза в день во время еды (до 6 табл. В сутки)

Отилония бромид (Спазмомен) оказывает спазмолитический эффект в результате нарушения процесса мобилизации Ca^{2+} из интра- и экстрацеллюлярного пространства гладкомышечных клеток кишечника без влияния на рецепторы клеточной мембраны. Назначается по 1-2 таблетки (20-40 мг) 2-3 раза в день перед едой.

Примерная схема терапии больных СРК с преобладанием запоров

1. Диета.

Пища в теплом виде, малошлаковая, не раздражающая, с мягкими составными компонентами, возможно добавление пищевых волокон (отруби).

2. Дюспаталин (мебеверин) 200 мг (1 капсула) 2 раза в день от 1 до 3 месяцев

■ 3. слабительные

форлакс (2-4 пакетика в сутки),

лактолоза (дюфалак, лизалак, лактусан) 30-60 мл в сутки

мукофальк - 4 ч. л. гранул в сутки.

При наличии психоэмоциональных расстройств – назначение психотропных препаратов с участием психоневролога.

Физиотерапевтическое лечение с участием физиотерапевта.

При СРК с преобладанием запоров

Регулятор кишечной моторики, являющийся агонистом опиоидных рецепторов, - **тримебутин (Дебридат, Модулон)**. Действие реализуется через периферические *мю, каппа и дельта* опиатные рецепторы и высвобождение желудочно-кишечных пептидов типа мотилина и ВИП, гастрин, глюкагон. *Оказывает модулирующее влияние на висцеральную чувствительность*. Назначается по 300 мг/сут, через 7 дней дозу увеличивают до 600 мг/сут

Классификация слабительных средств

- **Объемные средства:** пищевые волокна (агар-агар, пшеничные отруби, метилцеллюлоза, мукофальк, семена льна) и гидрофильные коллоиды (полиэтиленгликоль, макроголь).
- **Осмотические слабительные:** Солевые слабительные (глауберова соль, сульфат магния, фосфат натрия и цитрат натрия) и многоатомные спирты (сорбитол, маннитол, глицеринлактиол)
- **Невсасывающиеся ди- и олигосахариды:** Пребиотики (лактолоза)
- **Антиадсорбенты, стимулирующие секрецию средства:** Антрахиноны (препараты сенны, крушины, алоэ, ревеня), дифенолы (бисакодил), пикосульфат натрия, касторовое масло. производные дефенолэтана)
- **Другие вещества и методы:** Вазелиновое и оливковое масла, свечи с глицерином

Лечебные мероприятия:

- При диарее :
 - цитомукопротектор смекту - 1 пакет 3 р\д после еды
 - алюминий-содержащие антациды (маалокс, гастал, альмагель) по 1 дозе 3-4 р\д через 1 ч после еды
 - антидиарейные препараты, замедляющие перистальтику кишки:
 - лоперамид (имодиум) от 2 мг до 4 мг на прием (до 16 мг в сутки) до прекращения поноса.

Лечение СРК

Коррекция психоэмоциональных нарушений (с участием психотерапевта).

Включает прием психотропных средств, в первую очередь, антидепрессантов, психотерапию, аутогенные тренировки, лечебную физкультуру.

Лечение СРК

Восстановление нормального состава кишечной микрофлоры и химизма кишечного содержимого.

Для нормализации качественного и количественного содержания микрофлоры кишечника используются пробиотики и пребиотики. Показаниями для назначения антибактериальных препаратов являются:

- 1) Наличие избыточного бактериального роста в кишечнике и, прежде всего, в тонкой кишке
- 2) Выявление при посевах кала условно патогенной микрофлоры
- 3) Отсутствие эффекта от предшествующей терапии, не включающей антибактериальные средства.

Некоторые представители кишечной флоры

ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАБОЛИЗМА

Протеолитический
(* потенциально патогенные микроорганизмы)

Bacteroides

Proteus

Clostridium*

Escherichia coli*

Сахаролитический
(◇ полезные микроорганизмы)

Bifidobacterium
(различные виды) ◇

Lactobacillus
(различные виды) ◇

Streptococcus faecalis

При синдроме избыточного бактериального роста в кишечнике используется один из следующих препаратов

- [тетрациклин](#) (250 мг 4 р\д с едой);
- [ципрофлоксацин](#) - 250 мг 2 р\д;
- [метронидазол](#) 0,5 г 2 р\д с едой;
- [фуразолидон](#) 0,1 г 3-4 р\д,
- [эрссефурил](#) 200 мг 4 р\д после еды;
- [интетрикс](#) 1 капсул. 4 р\д;
- [цефалексин](#) 0,25 г 4 р\д.
- [энтерол](#) (2-4 капсулы или пакета в сутки).

При избыточном бактериальном росте в кишечнике и при выявлении условнопатогенной микрофлоры

лекарственная терапия дополняется назначением 2-3 семидневных курсов кишечных антисептиков широкого спектра действия со сменой препарата в очередном курсовом лечении и последующем использованием пробиотиков

- Бификол - 5-10 доз в сутки
- Бифиформ - 3-6 капс.\сут.
- **Хилак форте** - 60 капель 3 р\д до 4 недель
(концентрат продуктов обмена нормальной микрофлоры)

Основные пути воздействия на микрофлору

- **Пробиотики** — это живые микроорганизмы: молочнокислые бактерии, чаще бифидо — или лактобактерии, иногда дрожжи, которые, относятся к нормальным обитателям кишечника здорового человека и улучшающие микробный баланс кишечника

Основные пути воздействия на микрофлору

- **Пребиотики**- неперевариваемые ингредиенты пищи, которые способствуют улучшению здоровья за счет избирательной стимуляции роста и/или метаболической активности одной или нескольких групп бактерий, обитающих в толстой кишке. Чтобы компонент пищи был классифицирован как пребиотик, он не должен подвергаться гидролизу пищеварительными ферментами человека, а поступать в толстую кишку для селективной стимуляции роста и/или метаболической активации полезных, заселяющих толстый кишечник бактерий, приводя к нормализации их соотношения.

Эффекты пребиотиков

- муколитический эффект;
- репаративное действие;
- поддержание оптимальных значений pH;
- увеличение объема каловых масс;
- улучшение моторики кишечника;
- снижение газообразования;
- стимуляция синтеза витаминов группы В и витамина К;
- антибактериальный эффект (прямой и опосредованный)
 - через факторы неспецифической резистентности;
- бифидогенная активность;
- увеличение биомассы анаэробной нормофлоры
- восстановление сбалансированной микробной популяции

Требуемый терапевтический эффект лактолозы определяется дозой

Лечение печеночной
энцефалопатии

60-100
мл/сутки

Лечение запоров

15-40
мл/сутки

Лечение
дисбактериоза

3-5
мл/сутки



Подбор дозы препарата Дюфалак при дисбактериозе

- Пребиотическая доза препарата Дюфалак подбирается таким образом, чтобы не изменять частоту стула у пациента и является, как правило, меньше дозы рекомендуемой для лечения запора
- **Важно!** Правильно подобранная доза позволяет назначать Дюфалак в том числе при дисбактериозе, сопровождающемся диареей
- Доза при дисбактериозе, как правило, 3-5-7-10 мл в сутки
- Таким образом, правильный подбор дозы обеспечивает проявление только пребиотического действия препарата Дюфалак

Уважаемые студенты! Просим ответить на вопросы по ссылке:

- <https://forms.gle/nASWCqs7ZnG3Jo8v6>