

Актуальные вопросы диагностики и лечения синдрома раздражённой кишки

В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко, А.И. Елизарова, Е.М. Скворцова

Волгоградский государственный медицинский университет

Синдром раздраженной кишки описан в 1892 г. английским клиницистом *W. Osler* (под названием «слизистого колита»), который выделил основные проявления болезни и обратил внимание на то, что они чаще наблюдаются у пациентов со склонностью к истерии и депрессии. Термин «раздраженный кишечник» появился в литературе в 1930-х годах. До этого его проявления назывались по-разному: синдром раздраженной толстой кишки, кишечная колика, дискинезия толстой кишки, невроз кишечника, слизистая колика, спастический колит, функциональная колопатия, нервная диарея.

В 1988 г. в Риме прошло совещание Международной группы по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта. На совещании, получившем название «Римские критерии СРК», официально был утвержден термин «синдром раздраженного кишечника», дано его определение и разработаны критерии постановки диагноза. В 1999 г. критерии были дополнены и приняты «Римские критерии СРК II» (*Thompson W. G. et al., 1999*). «Римские критерии II» включают следующие рубрики:

С. Функциональные кишечные расстройства

С1. Синдром раздраженного кишечника

С2. Функциональный метеоризм

С3. Функциональные запоры

С4. Функциональная диарея

В настоящее время диагноз синдрома раздраженного кишечника классифицируется в МКБ 10-го пересмотра:

K58. Синдром раздраженного кишечника

K58.0. Синдром раздраженного кишечника с диареей

K58.9. Синдром раздраженного кишечника без диареи

K59. Другие функциональные кишечные нарушения

K59.0. Запор

K59.1. Функциональная диарея

K59.2. Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках

F. Weber и *R. McCallum* в 1992 г. предложили классификацию, согласно которой в соответствии с преобладающим симптомом заболевания выделяют три основных варианта:

1) протекающий с преобладанием боли в животе и метеоризма;

2) протекающий с преобладанием диареи;

3) протекающий с преобладанием запора.

В зависимости от выраженности симптомов, течения заболевания, психосоциального анамнеза, личностных особенностей, частоты обращаемости к врачу, особенностей самооценки, пациентов разделяют на 2 группы: «не пациенты» и «пациенты» с СРК.

Наибольшую по численности группу больных — 85–90% составляют «не пациенты», т.е. лица, которые:

1) никогда не обращались к врачу по поводу симптомов СРК и/или

2) однажды обратившись и пройдя обследование и лечение, более к врачам не обращаются.

Эти больные хорошо приспосабливаются к своему заболеванию, учатся сосуществовать с ним и самостоятельно справляться с симптомами болезни при ее обострении. У таких лиц болезнь существенно не влияет на качество жизни; они ведут себя как практически здоровые люди — отсюда и название группы.

Вторую, меньшую по численности, 10–15%, составляют так называемые «пациенты» с СРК. Это лица длительно и тяжело болеющие, часто обращающиеся к врачам разных специальностей, трудно поддающиеся лечению, подвергающиеся частым инвазивным диагностическим процедурам и даже оперативным вмешательствам. Показано, что эти пациенты имеют отягощенный психосоциальный анамнез (физические, сексуальные домогательства, фатальные жизненные потрясения), сопутствующую психопатологию и

Таблица 1

Римские критерии СРК

Сочетание	
<p><i>Боли или дискомфорт в животе, которые:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • проходят после акта дефекации • связаны с изменениями частоты стула (запорами, поносами или их чередованием) • связаны с изменениями консистенции стула 	<p><i>Два или более следующих симптома на протяжении 1/4 этого времени:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • изменения частоты стула (чаще чем 3 раза в день или реже чем 3 раза в неделю) • изменение формы кала (жидкий, твердый) • изменения акта дефекации • императивные позывы • чувство неполного опорожнения • дополнительные потуживания, усилия • выделение слизи • метеоризм/вздутие живота

нуждаются в лечении у психоневролога. Качество жизни таких больных страдает, трудоспособность снижена, ведут они себя как больные, страдающие тяжелым органическим заболеванием при удовлетворительном общем состоянии, хорошем внешнем виде и отсутствии признаков прогрессирования болезни.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность СРК составляет 14–24% у женщин и 5–19% у мужчин; около 40% больных в возрасте от 35 до 50 лет. Примерно 2/3 больных не обращаются за медицинской помощью, но СРК является причиной 12% случаев обращения к врачам общей практики и 28% случаев обращения к гастроэнтерологам.

Патогенез

Патогенез СРК окончательно не изучен. В его развитии придают значение нарушению двигательной активности и чувствительности (висцеральная гипералгезия) желудочно-кишечного тракта. Высказано предположение о роли воспалительных клеток в патогенезе заболевания. Стрессовые гормоны, выделяющиеся в состоянии тревоги, могут вызвать освобождение некоторых цитокинов, включая интерлейкины 1 и 6, и повышенную воспалительную реакцию на обычные стимулы, такие как пища или легкие инфекции. Четкой корреляции между выраженностью воспалительной реакции и симптомов пока не обнаружено, противовоспалительные средства при синдроме раздраженного кишечника неэффективны. Большую роль играют психопатологические нарушения. Такие пациенты склонны к истерии, депрессии, тревоге, преувеличению собственных симптомов, канцерофобии и активно реагируют на стрессогенные факторы окружающей среды.

Клиническая картина

Диагностика синдрома строится на клинической оценке жалоб больного в их соответствии с критериями Мэннинга, Римскими критериями I и II.

Анамнез заболевания дает важную информацию для диагностики СРК. При наличии синдрома раздраженной кишки только анамнез позволяет получить информацию, необходимую для постановки правильного диагноза, поскольку у таких пациентов не выявляется никаких изменений, ни при объективном обследовании, ни при лабораторных и инструментальных исследованиях.

Абдоминальная боль является обязательным компонентом клинической картины СРК. Она имеет широкий спектр интенсивности — от лёгкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интен-

сивной постоянной схваткообразной боли и даже нестерпимой острой боли, имитирующей клиническую картину «острого живота».

Как правило, боль локализуется внизу живота, чаще в левой подвздошной области, но может отмечаться практически в любом отделе. Боль носит рецидивирующий характер, периоды обострения связаны с нарушением диеты, стрессом, переутомлением.

Для больных с СРК характерно появление боли сразу после еды. На фоне появления боли отмечается вздутие живота, метеоризм, усиление перистальтики кишечника, диарея или урежение стула. Боли стихают, как правило, после дефекации и отхождения газов и не беспокоят по ночам. Характерно, что при СРК болевой синдром не приводит к значительной потере массы тела и развитию синдрома нарушенного всасывания (СНВ).

Одной из частых жалоб является ощущение вздутия и распираания живота, увеличения его размеров, появление слышимого урчания и повышенного газоотделения (флатуленции). Эти симптомы возникают сразу после еды одновременно с появлением болей.

К вспомогательным симптомам, помогающим диагностировать СРК и определять клинический вариант его течения, относят симптомы нарушения пассажа кишечного содержимого и акта дефекации.

Вспомогательные симптомы СРК

1. Три и менее актов дефекации в неделю;
2. Три и более актов дефекации в день;
3. Твёрдый или овечий кал;
4. Неоформленный или водянистый стул;
5. Дополнительные усилия при дефекации;
6. Срочные акты дефекации;

7. Чувство неполного опорожнения кишечника;
8. Пассаж слизи с калом;
9. Чувство переполнения, вздутия живота, урчание.

Критерии классификации больных

1. СРК с преимущественно диареей: один или более симптомов из группы 2, 4 или 6. Отсутствие 1, 3 или 5.

2. СРК с преимущественно запорами: один или более симптомов из группы 1, 3 или 5. Отсутствие 2, 4 или 6.

Помимо нарушений, свойственных СРК, у пациентов часто возникают жалобы на головные боли (по типу мигрени), ощущение кома при глотании, чувство неудовлетворенности вдохом, невозможность спать на левом боку, нарушения мочеиспускания (синдром раздраженного мочевого пузыря), сна. У 30-40% больных наблюдается сочетание клиники СРК с симптомами функциональной диспепсии (ощущением тяжести и переполнения в подложечной области после еды, тошнотой, отрыжкой, изжогой), причем эти симптомы могут становиться ведущими, отесняя на задний план клинические проявления СРК.

Все многообразные желудочно-кишечные и внекишечные жалобы у больных СРК можно разделить на 3 группы:

1. Около 50% больных имеют негастроэнтерологические симптомы, вегетативные и неврологические нарушения — головную боль, боли в поясничной области, мигрень, чувство кома в горле, кардиалгию, похолодание конечностей, бессонницу, частое мочеиспускание, никтурию, дисменорею, эректильную дисфункцию, утомляемость.
2. Более 80% пациентов отмечают симптомы сочетанной патологии ЖКТ — чувство тяжести в эпигастрии, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, тяжесть и боли в правом подреберье, горечь во рту и др., которые чаще всего бывают обусловлены сочетанной функциональной патологией пищеварительного тракта — неязвенной диспепсией, билиарной диспепсией, дискинезией пищевода.
3. У 15-30% больных, чаще из группы «пациентов» с СРК, наблюдается яркая симптоматика психоневрологических расстройств: депрессия, тревожный синдром, фобия, истерия, панические атаки, ипохондрия.

Характерными признаками СРК являются также длительный (в течение многих лет) анамнез заболевания, изменчивый характер жалоб, четкая связь периодов ухудшения самочувствия с нервно-

психическими факторами. Важным дифференциально-диагностическим отличием служит отсутствие каких-либо клинических симптомов в ночное время.

Одним из первых вопросов, который рекомендуют задавать больным с синдромом диареи — бывает ли диарея ночью. СРК — единственное из заболеваний кишечника, при котором жидкий стул в ночное время отсутствует.

При обследовании больных с СРК обращает на себя внимание несоответствие между многообразием жалоб и хорошим состоянием больных.

Тщательное внимание необходимо обращать на наличие или отсутствие так называемых «симптомов тревоги» (примеси крови в кале, лихорадки, анемии, немотивированного похудения, повышения СОЭ), обнаружение которых заставляет думать об органическом заболевании. Но наличие симптомов «тревоги» не исключает у больного возможности сопутствующего СРК.

СРК может быть и у лиц старше 50 лет, но требуется обязательное инструментальное обследование с целью исключения ишемического поражения кишечника, эндокринных заболеваний. Кроме того, у больных старших возрастных групп следует учитывать продолжительность болезни. СРК может продолжаться много лет, но в отличие от других болезней симптомы раздражимого кишечника с годами не прогрессирует.

Диагностика

Процесс диагностики синдрома раздраженного кишечника протекает в пять этапов:

- на I этапе ставится предварительный диагноз,
- на II — выделяется доминирующий симптом и соответственно клиническая форма синдрома;
- на III — исключаются симптомы «тревоги» и проводится дифференциальный диагноз;
- на IV этапе завершается скрининг органического заболевания при выполнении диагностических тестов, которые включают клинический и биохимический анализы крови, копрологическое исследование с анализом кала на яйца глистов, ФГС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, фиброколоноскопию и ирригоскопию;
- на V этапе назначают первичный курс лечения не менее чем на 6 недель, по результатам которого вновь пересматривают диагноз.

При эффективности лечения может быть выставлен окончательный диагноз синдрома раздраженного кишечника, при неэффективности — проводится дополнительное обследование.

Дифференциальный диагноз

Диагноз СРК является диагнозом исключения. Больные предъявляют жалобы, которые могут сопровождать течение и прогностически неблагоприятных органических заболеваний, исключив которые, врач может остановиться на диагнозе функционального заболевания.

Прежде всего, при дифференциальном диагнозе следует исключить раздражение кишечника, причиной которого является хроническое нарушение диеты и прием лекарств. К пищевым раздражителям относятся жирная пища, алкогольные напитки, кофе, газообразующие продукты и напитки, обильная еда, изменения привычного питания в путешествиях. Среди лекарственных препаратов раздражают кишечник слабительные, антибиотики, препараты калия, железа, желчных кислот, калия, мизопростол.

Физиологические состояния женщин — предменструальный период, беременность, климакс могут протекать с симптомами СРК. Длительное психоэмоциональное и интеллектуальное напряжение, испуг, волнение могут привести к развитию признаков СРК, которые быстро проходят после отдыха и разрешения стрессовой ситуации.

Органические заболевания кишечника — колоректальный рак, полипоз, дивертикулез, болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, кишечные инфекции, паразитарные инвазии, синдром короткой тонкой кишки, долихосигма обязательно входят в круг диагностического поиска.

Нейроэндокринные опухоли ЖКТ (гастриномы, карциноидный синдром), на начальных стадиях могут протекать под маской диарейной или болевой формы СРК. Гинекологические болезни (эндометриоз и пластический рубцовый перитонит) могут иметь типичную для синдрома раздраженного кишечника клиническую картину. Среди эндокринных заболеваний чаще тиреотоксикоз и сахарный диабет с автономной диабетической энтеропатией протекают по типу диарейной формы СРК.

Лечение

Состоит из двух этапов — первичного курса и последующей базовой терапии. Продолжительность первичного курса лечения составляет не менее 6-8 недель, базовой терапии — 1-3 месяца.

Меры психосоциальной адаптации. Следует акцентировать внимание пациентов на нормальных показателях исследований и подчёркивать важность отсутствия патологических нарушений для прогноза заболевания. Врач должен информи-

ровать больного о сущности заболевания и ознакомить с прогнозом.

Нередко приходится проводить консультации с психиатрами, неврологами для подбора адекватной психотропной терапии.

Диетотерапия. Назначают диету исключения, не содержащую кофеин, лактозу, фруктозу, сорбитол, уксус, алкоголь, перец, копчености, а также продукты, вызывающие чрезмерное газообразование. Больным с СРК показана диета, богатая пищевыми волокнами, особенно при преобладании запоров. Смешанные и нерафинированные источники пищевых волокон (хлеб из муки грубого помола, фруктовые соки, вареные овощи) более предпочтительны, чем только добавка отрубей. Суточный объем потребляемой жидкости должен быть не менее 1,5 л.

Нередко «не пациентам» с СРК достаточно бывает психосоциальной поддержки и соблюдения диетических рекомендаций: им не требуется медикаментозной терапии.

Первичный курс лечения больных с последующей переоценкой диагноза является ключевым моментом диагностики СРК.

Целью такого лечения является устранение симптомов заболевания и проверка правильности постановки диагноза СРК. В результате лечения больной должен убедиться, что его состояние улучшается или хотя бы не ухудшается.

Лечение больных с преобладанием болей

Назначаются препараты спазмолитического действия (миотропные спазмолитики или М-холиноблокаторы).

Бускопан — антихолинэргическое средство с выраженным спазмолитическим действием, назначается по 10-20 мг 3-4 раза в день.

Дицетел (пинаверия бромид) — по механизму действия относится к селективным блокатором кальциевых каналов гладкой мускулатуры кишечника, у 90% больных обеспечивает эффективное спазмолитическое действие, купирует боли в животе, уменьшает выраженность метеоризма. Назначается по 50 мг 3-4 раза в день.

Дебридат (тримебутин малеат) — агонист опиатных рецепторов, относится к группе эндогенных пептидов — энкефалинов, которые обладают сродством к энкефалиновым рецепторам, участвующим в механизме регуляции моторики органов пищеварения. Универсальный препарат, облегчающий боли и нормализующий кишечную моторику, как при диарее, так и при запорах. Назначается по 100-200 мг 3 раза в день.

Эффективными при СРК являются такие миотропные спазмолитики, воздействующие на гладкую мускулатуру ЖКТ, как мебеверин (по 200 мг 2 раза в сутки, утром и вечером) и спазмомен

(отилония бромид), назначаемый по 1 таб. 2-3 раза в день.

При интенсивной абдоминальной боли, даже при наличии ранее установленного диагноза СРК исключают симптомы «острого живота» по результатам осмотра, пальпации, исследования крови (лейкоциты, СОЭ), УЗИ, обзорной рентгенографии брюшной полости, после чего возможно применение парентеральных спазмолитических препаратов (бускопана, платифиллина).

Лечение больных с преобладанием диареи

Препаратом выбора для лечения диарейной формы СРК признан имодиум (лоперамида гидрохлорид). У 50% больных симптомы уходят после приёма первой дозы препарата, и у 87% — через 12-24 часа от начала лечения.

Имодиум относится к агонистам μ -опиатных рецепторов. Особенностью действия препарата является подавление быстрых пропульсивных сокращений кишечника, что ведёт к замедлению продвижения каловых масс. Это сопровождается снижением пассажа жидкой части химуса, способствует повышению абсорбции жидкости и электролитов. Имеется блокирующее действие имодиума на кальциевые каналы миоцитов, что усиливает подавление моторики.

К другим механизмам действия имодиума относится снижение восприимчивости прямой кишки к растяжению, что позволяет повысить порог восприятия боли, устранить тенезмы. Имодиум повышает тонус анальных сфинктеров, что способствует улучшению контроля актов дефекации.

При хронической функциональной диарее у больных с СРК начальная доза имодиума для взрослых составляет 2-4 мг (1-2 капсулы). Поддерживающая доза не должна превышать максимально допустимую суточную дозу, которая составляет для взрослых 16 мг (8 капсул). При этом стул должен быть не более 3-х раз в день. При отсутствии стула и нормальном стуле в течение 12 часов лечение следует прекратить.

Имодиум Плюс — комбинированный препарат, в состав которого добавлен симетикон — вещество, устраняющее метеоризм (боли, колики в животе, чувство распирания, вздутия и урчание), что особенно важно при СРК. Благодаря синергизму действия Имодиум Плюс обеспечивает:

- более быстрое наступление эффекта, чем традиционный Имодиум;
- более быстрое комплексное устранение симптомов, связанных с метеоризмом;
- защиту слизистой кишечника благодаря обволакивающему действию симетикона.

Препарат Имодиум-Плюс рекомендуется применять в начальной дозе для взрослых 2 табл при максимальной суточной дозе 4 табл.

Если у больного наблюдается незначительное по сравнению с обычной увеличение частоты стула, возможно применение адсорбентов — карбоната кальция, активированного угля, диоктаэдрического смектита (смекты) по 3 г в день в виде суспензии). Однако антидиарейное действие этих препаратов наступает только через 3-5 дней.

При сочетании болевого синдрома с диареей больным из группы «пациентов» при наличии психопатологических расстройств назначение трициклических антидепрессантов и анксиолитиков, таких как мапротилин в дозе 50 мг 3 раза в день или amitриптилин 10–25 мг 2 раза в день. Это может существенно облегчить абдоминальную боль и сопутствующую ей диарею.

Применение антибиотиков в лечении диареи при СРК противопоказано, использование эубиотиков бесполезно, поскольку эффект препаратов этой группы у больных с СРК в двойных слепых плацебоконтролируемых исследованиях оказался аналогичным действию плацебо.

Лечение больных с преобладанием запоров

Если обогащение рациона балластными веществами оказалось недостаточным, прибегают к назначению слабительных препаратов, среди которых лучшим образом зарекомендовали себя лактулоза, пикосульфат натрия, магниезальное молочко, форлакс или фортранс по 1-2 пакетика в день.

При упорных запорах следующим шагом к нормализации стула может быть присоединение прокинетики, в первую очередь координакса (цизаприда) в дозе 10 мг 3-4 раза в день. Назначения солевых слабительных средств следует избегать, т. к. они могут усиливать болевой синдром при СРК. При дисбиозе назначается соответствующая терапия.

Неудовлетворительные результаты лечения вызывают необходимость использовать дополнительные методы лечения — лечебную физкультуру, физиотерапевтические процедуры, ИРТ, гипнотерапию, методы, основанные на принципе обратной биологической связи (biofeedback) и групповых межличностных методов лечения в специально созданных школах и клубах для больных с СРК.

Прогноз

Прогноз для жизни благоприятный. Течение болезни хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее. СРК не осложняется кровотечением, перфорацией, стриктурами, свищами, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных синдромом раздраженного кишечника такой

же, как и в общей популяции. Это определяет тактику наблюдения пациентов и отсутствие необходимости в частых колоноскопиях. Врач должен знакомить пациентов с особенностями прогноза болезни, что будет улучшать их психосоциальную адаптацию.

Вместе с тем, нарушается трудоспособность больных. Как причина временной нетрудоспособности в мире диагноз синдрома раздражен-

ного кишечника выходит на второе место после ОРЗ/ОРВИ. У больных СРК число обращений к врачу и продолжительность временной нетрудоспособности за год в 3,5 раза выше, чем у здоровых лиц. Качество жизни «пациентов» с синдромом раздраженного кишечника в отношении питания, сна, отдыха, сексуальной активности, семейного и социального положения значительно снижается.

Литература

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. — М.: МИА. — 2001.
2. Златкина А.Р. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения. — М.: Медицина, 1998.
3. Ивашкин В.Т. Синдром раздражённой кишки. Практическое руководство для врачей. — М.: РГА, 1999.
4. Краткое руководство по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. — М.: ООО «Издательский дом «М-Вести». — 2001.
5. Шентулин А.А. Синдром раздражённой кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — №5
6. Vonapase C., Mays D. The effect of mesalamine and nicotine in the treatment of inflammatory bowel disease. *Ann. Pharmacother.*, 1997, 31 (7-8), 907–913.
7. Cohen R., Hanauer S. Immunomodulatory agents and other medical therapies in inflammatory bowel disease. *Curr. Opin. Gastroenterol.*, 1995, 11, 321–330.
8. Collins S. Is the irritable gut an inflamed gut? *Scand. J. Gastroenterol.*, 1992, 192, S1-2–S105.
9. Drossman D., Whitehead W., Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology*, 1997, 112, 2120–2137.
10. Dusheiko G., Main J., Thomas H. et al. Ribavirin treatment for patients with chronic hepatitis C: results of a placebo-controlled study. *J. Hepatol.*, 1996, 25 (5), 591–598.
11. Hanauer S. Inflammatory bowel disease. *N. Engl. J. Med.*, 1996, 334 (13), 841–848.
12. Hanauer S., Schulman M. New therapeutic approaches. *Gastroenterol. Clin. North Am.*, 1995, 24, 523–540.
13. Malchow H., Ewe K., Brandes J. et al. European Cooperative Crohn's Disease study (ECCDS): results of drug treatment. *Gastroenterology*, 1984, 86, 249–266.
14. Maxwell P., Mendall M., Kumar D. Irritable bowel syndrome. *Lancet*, 1997, 350, 1691–1695.
15. Mulder C., Tytgat G. Topical corticosteroids in inflammatory bowel diseases. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 1993, 7, 125–130.
16. Sandborn W. A critical review of cyclosporine therapy in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Dis.*, 1995, 1, 48–63.
17. Spencer C., McTavish D. Budesonide. A review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in inflammatory bowel disease. *Drugs*, 1995, 50 (5), 854–872.
18. Spirt M. Antibiotics in inflammatory bowel disease: new choices for an old disease. *Am. J. Gastroenterol.*, 1994, 89, 974–978.
19. Summers R., Switz D., Sessions J. et al. National Cooperative Crohn's Disease Study: results of drug treatment. *Gastroenterology*, 1979, 77, 847–869.
20. Thompson W., Creed F., Drossman D. et al. Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterology Int.*, 1992, 5, 75–91.