

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В обзоре представлены современные представления о синдроме раздраженного кишечника, его частота, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагноз, лечение, прогноз, профилактика.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, патогенез, клиника, диагноз, лечение.

I. I. Gonczaryk

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH SYNDROME IRRITABLE BOWELS

The main modern views on syndrome irritable bowels, its frequency, etiology, pathogenesis, classification, clinic, treatment, prognosis, prophylactic.

Key words: syndrome irritable bowels, pathogenesis, clinic, diagnosis, treatment.

Синдром раздраженной кишки (СРК) – это хроническое функциональное заболевание, основными симптомами которого признаны абдоминальная боль или дискомфорт в сочетании с нарушением функции кишечника (изменение частоты и характера стула), причем абдоминальная боль или дискомфорт непременно связаны с опорожнением кишки, как правило, уменьшаясь или исчезая после дефекации (5).

Диагноз СРК – понятие собирательное, а возможно, и группа разных заболеваний с общей патофизиологией, клинической картиной и отсутствием исхода в тяжелую органику (9) Он устанавливается на основании соответствия обнаруживаемых симптомов Римским критериям Ш пересмотра (17).

Частота. СРК встречается у 20% общей популяции; преобладающий пол – женский (3:1). Пик заболеваемости приходится на молодой возраст.

Несмотря на то, что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и косвенным затратам на лечение и диагностику.

Этиология неизвестна. Придают значение отрицательным эмоциям, длительной травматизации психики, неполным семьям, низкому уровню социальной поддержки, проживанию в мегаполисе, перенесенным кишечным инфекциям, воздействию токсических факторов. Существует связь клинической симптоматики СРК с наличием стрессовых ситуаций в жизни пациента.

Патогенез. Рассматриваются следующие факторы: измененная моторика ЖКТ, висцеральная гиперчувствительность, расстройство взаимодействия в системе «головной мозг – кишка», вегетативные и гормональные сдвиги, генетические факторы и факторы окружающей среды, последствия перенесенных кишечных инфекций, личностные особенности и психопатологический фон пациента. Во многих случаях СРК является своеобразной формой невроза, при котором ведущими симптомами становятся кишечные расстройства, а висцеральная гиперчувствительность расценивается как его биологический маркер (4, 5, 13).

Считают, что СРК является скорее всего неким новым бионейропсихосоциальным состоянием человека, формирующимся в экстремальных социальных условиях и проявляющимся повышенной чувствительностью, восприимчивостью и реактивностью организма (11, 12).

Код по МКБ-10

К 58 Синдром раздраженного кишечника

К 58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей

К 58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи.

Классификация. В зависимости от характера изменения стула выделяют четыре возможных варианта СРК (1, 4, 5):

СРК с запорами – СРК-З (твердый или фрагментированный стул > 25%, жидкий или водянистый стул < 25% всех актов дефекации).

СРК с диареей – СРК-Д (жидкий или водянистый стул > 25%, твердый или фрагментированный стул < 25% всех актов дефекации).

Смешанная форма (твердый или фрагментированный стул ≥ 25% всех актов дефекации).

Неклассифицируемая форма (недостаточно данных для установления диагноза СРК с запором, СРК с диареей или смешанной формы).

В основу классификации положена форма стула по Бристольской шкале, которая легко понимается пациентами и позволяет идентифицировать характер нарушений стула (4).

Бристольская шкала форм кала

- | | |
|-------|---|
| Тип 1 | Отдельные твердые комочки кала (стул в виде «орешков») |
| Тип 2 | Кал нормальной колбасовидной формы, но с твердыми комочками |
| Тип 3 | Кал нормальной колбасовидной формы, но поверхность с глубокими бороздками |
| Тип 4 | Кал нормальной колбасовидной формы или в виде змейки с гладкой поверхностью и мягкой консистенции |
| Тип 5 | Кал в виде шариков с ровными краями, легко эвакуируется |
| Тип 6 | Кусочки кала с неровными краями, кашицеобразной консистенции |
| Тип 7 | Водянистый или жидкий стул без твердых комочков |

Согласно Бристольской шкале форм кала плотному стулу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7.

Формулировка диагноза:

- СРК с диареей;
- СРК с запором;
- СРК, смешанный тип;
- СРК, неклассифицируемый вариант.

Клиническая картина. В клинической картине при СРК выделяют кишечные (характерна триада – боль в животе, метеоризм и расстройства стула) и внекишечные симптомы.

Абдоминальная боль имеет широкий спектр интенсивности от легкого дискомфорта до интенсивной схваткообразной боли, имитирующей синдром кишечной псевдообструкции (синдром Огилви). Обычно боль локализуется внизу живота, чаще в левой подвздошной области. Известны также «синдром селезеночной кривизны» – возникновение боли в области левого верхнего квадранта в положении пациента стоя и уменьшение ее в положении лежа с приподнятыми ягодицами. Боль носит рецидивирующий характер и чаще связана с нарушениями диеты, стрессовыми факторами, переутомлением. Характерно появление боли сразу после еды. На фоне боли отмечаются вздутие живота, метеоризм, усиление перистальтики кишечника, диарея. Боли стихают после дефекации и отхождения газов и не беспокоят по ночам.

Характерна утренняя диарея, возникающая после завтрака и в первую половину дня, и отсутствие диареи в ночное время. Частота стула колеблется от 2 до 4 и более раз за короткий промежуток времени, нередко сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Часто при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда объем кишечного содержимого уменьшен, но консистенция более жидкая. Общая суточная масса кала не превышает 200 г.

При запорах возможно выделение «овечьего» кала, каловых масс в виде «карандаша», а также наличие пробкообразного стула (выделение плотных, оформленных каловых масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Стул не содержит примеси крови или гноя, однако часто отмечается наличие слизи (4).

Пациентов с СРК отличает обилие сопутствующей внекишечной симптоматики – головная боль, ощущение внутренней дрожи и неполного вдоха, боли в спине, в поясничной области, мышечные и суставные боли; никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, нарушение ночного сна. Могут наблюдаться определенные личностные особенности: тревожное, депрессивное или ипохондрическое расстройство.

При обследовании пациентов с СРК наблюдается несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием.

Диагноз СРК достаточно сложен, поскольку может требовать исключения всех других болезней кишечника (14). Он устанавливается при соответствии жалоб пациен-

та Римским критериям Ш, исключении органических заболеваний ЖКТ и отсутствии «симптомов тревоги».

Симптомы тревоги:

- немотивированная потеря массы тела;
- ночная симптоматика (боли, поносы или другие симптомы ночью);
- постоянные интенсивные боли в животе, не связанные со стулом;
- начало в возрасте после 50 лет;
- рак толстой кишки у ближайших родственников;
- лихорадка выше 37,4 °С;
- гепатомегалия, спленомегалия;
- кровь в кале;
- лейкоцитоз;
- анемия;
- увеличение СОЭ;
- изменения в биохимических анализах крови.

При подозрении на СРК проводят ректосигмоскопию и ирригоскопию, а при необходимости и колоноскопию. Они важны для исключения органической или воспалительной патологии в прямой и сигмовидной кишке, а также для обнаружения признаков, характерных для СРК: спазмированной сигмовидной кишки, гиперемии слизистой оболочки дистальных отделов ободочной и прямой кишки. Наличие микроскопической картины проктосигмоидита не является основанием для исключения СРК. Показания к ирригоскопии и колоноскопии – клинические проявления с признаками органического заболевания, особенно у лиц старше 50 лет, и ректальное кровотечение в любом возрасте.

Лечение. Диета при СРК подбирается индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). В диете исключаются непереносимые продукты (особенно молоко и молочные продукты, лук, фасоль, морковь, капуста, сухофрукты, виноград, бананы, абрикосы, шоколад, приправы). Кофе, чай и алкоголь могут усилить диарею и спровоцировать ее. При преобладании запоров показана диета, обогащенная пищевыми волокнами (пшеничные отруби, овощи, фрукты, особенно свекла и сливы).

Принимать пищу следует регулярно в специально отведенное время, избегать ее приема в спешке, в процессе работы. Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между ними (1, 2, 3).

Пациентам с СРК рекомендуется в ходе рабочей недели тратить не менее 30 мин в день на умеренные физические нагрузки (бег, занятие на тренажерах, плавание, а также выделять время на отдых в течение дня).

Основные механизмы развития абдоминальной боли при СРК обусловлены нарушением моторики кишечника и висцеральной гиперчувствительностью.

Поскольку гладкомышечный спазм является основной причиной боли при СРК, то препаратом выбора для снятия спазма и купирования боли считаются миотропные спазмолитики (папаверин, дротаверин), которые способствуют накоплению в гладкомышечной клетке цАМФ и уменьшению концентрации ионов кальция, что тормозит соединение актина с миозином. Они используются кратковременно (до недели) для купирования спазма.

К препаратам, блокирующим сокращение гладкомышечных волокон относятся также антихолинергические средства (М-холиноблокаторы): атропин, метацин, платифиллин, пирензепин, бускопан и др. Они пригодны при купировании болевого синдрома у значительной части пациентов с СРК, но не для курсового лечения. Возможно совместное применение спазмолитиков и М-холиноблокаторов.

Большое значение в регуляции моторной функции органов ЖКТ отводится эндогенным опиатам, в частности агонисту опиатных рецепторов тримебутину (тримедату) (10, 12).

Тримебутин обладает антисеротониновой активностью, способствует высвобождению мотилина и др. гастроинтестинальных пептидов. Он наиболее эффективен при СРК с абдоминальными болями, запором и вздутием живота (1, 3, 6, 8).

В последнее время для курсового лечения пациентов с СРК предпочтение отдается миотропным спазмолитикам с селективным действием на гладкие мышечные клетки ЖКТ (мебеверин). Мебеверин (дюспаталин) вызывает блокаду быстрых натриевых каналов клеточной мембраны миоцитов, что нарушает поступление натрия в клетку и блокирует вход кальция, тем самым нарушается фосфорилирование миозина и прекращается сокращение мышечного волокна. Препарат назначают по 1 капсуле 2 раза в день за 20 мин до еды (1, 2, 3, 4).

Конечный этап сокращения гладких мышц зависит от концентрации ионов кальция в цитоплазме миоцитов. Ионы кальция поступают в миоцит через специализированные мембранные каналы. Открытие кальциевых каналов приводит к увеличению концентрации кальция, образования комплекса актин-миозин и сокращению гладких мышц, а блокирование каналов сопровождается уменьшением концентрации кальция в миоците и его расслаблением. Селективным блокатором кальциевых каналов гладких мышц ЖКТ является пинаверия бромид (дицетел). Дицетел обладает не только спазмолитическим действием, но и способностью снижать висцеральную чувствительность (16, 18). Дицетел назначают по 100 мг 3 раза в день во время еды.

При СРК с преобладанием запоров возможно применение пищевых добавок (пшеничные отруби, семена льна, лактулозы (дюфалак, нормазе), трансюлозы, псилиума (мукофальк) или форлакса (макрогол). Целесообразно придерживаться растительной диеты, особенно свеклы, моркови, слив. Хороший слабительный эффект оказывает препарат энтерокинетического действия прукалоприд. Селективные слабительные для лечения СРК с запорами не рекомендуются, поскольку могут провоцировать спастические сокращения кишки и усиливать болевой синдром (15, 16).

При СРК с преобладанием диареи рекомендуется механически и химически щадящая диета. Применяют адсорбенты – карбонат кальция, активированный уголь, дисмектит по 3 г в день, спазмолитики. При неэффективности комбинированного назначения спазмолитиков и адсорбентов и значительном увеличении частоты стула могут быть назначены агонисты опиатных рецепторов лоперамид или тримебутин, что определяет их способность подав-

лять пропульсивные сокращения кишечника и замедлять транзит каловых масс. Они снижают пассаж химуса и повышают реабсорбцию жидкости и электролитов в кишечнике. Их принимают в дозе 2–3 капсулы в день.

Короткий курс приема невсасывающегося антибиотика рифаксимина достаточно эффективно купирует диарею, а также способствует уменьшению вздутия живота у таких пациентов. Отмечена эффективность курсового приема висмута трикалия дицитрата (7).

При СРК с преобладанием метеоризма тягостными симптомами являются вздутие и ощущение абдоминального растяжения, отрыжка избыточное отделение газа через прямую кишку. Основными причинами избыточного содержания газа в кишке являются увеличение его продукции кишечной микрофлорой, замедление транзита в результате спастической дискинезии, а также нарушение всасывания кишечной стенкой в кровь. При метеоризме наиболее эффективным средством являются пеногасители – диметикон и симетикон. Из лекарственных препаратов, содержащих симетикон можно назвать эспумизан, симикол, дисфатил, метеоспазмил (симетикон + спазмолитик альверин), альмагель нео (симетикон+антацид), панкреофлат (диметикон+панкреатин), имодиум плюс (симетикон+лоперамид). Их применяют по 1–2 капсулы 3 раза в сутки (8).

Когда симптомы СРК рефрактерны к медикаментозному лечению проводится коррекция психопатологических нарушений. Обычно назначаются нейролептики. Одним из первых препаратов этой группы является сульпирид (эглонил). Являясь агонистом 5-HT₄-рецепторов он ослабляет моторику толстой кишки после еды. Благодаря центральному эффекту сульпирид повышает бодрость, улучшает настроение и способствует формированию мотивированного поведения. Применяются также трициклические антидепрессанты или селективные ингибиторы захвата серотонина: эсциталопрам (ципролекс, селектра), пароксетин (паксил, актапироксетин), флуоксетин. Антидепрессанты снижают висцеральную гиперчувствительность и применяются длительно от 6 до 12 месяцев.

При наличии избыточного бактериального роста в кишечнике, выраженном метеоризме, при выявлении условнопатогенной микрофлоры в посевах кишечного содержимого лекарственную терапию, независимо от типа СРК, дополняют назначением кишечных антисептиков широкого спектра действия (рифаксимин, фуразолидон, нифуроксазид, сульгин и др.) в течение одного или двух семидневных курсов в общепринятых дозах со сменой препарата и последующим применением пребиотиков.

Прогноз СРК благоприятный. Течение хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и коллоидального рака такой же, как и в общей популяции. Это определяет тактику наблюдения и отсутствие необходимости в более частых колоноскопиях.

К факторам, оказывающим негативное влияние на прогноз относятся: наличие клинического варианта СРК с преобладанием диареи (15, 19), низкая приверженность пациентов к лечению, тревожность по поводу рисков, связанных с заболеванием, нарушение повсед-

невных функций, обусловленных СРК, длительный анамнез болезни, хронический стресс, а также наличие сопутствующих психических заболеваний (19).

Профилактика включает в себя меры по нормализации образа жизни и соблюдении режима питания. Необходим жесткий распорядок дня, включая прием пищи, физические упражнения, работу и время дефекаций.

Таким образом, среди функциональных заболеваний кишечника, ведущие позиции сохраняет синдром раздраженного кишечника. В его развитии наибольшее внимание придается концепции «висцеральной гиперчувствительности» толстой кишки. Популярными средствами в лечении являются спазмолитики различных фармакологических групп и нейролептики. Среди спазмолитиков наиболее эффективным оказался пинаверия бромид (дигестел), который обладает не только спазмолитическим действием, но и способен снижать висцеральную гиперчувствительность. Коррекцию психопатологических нарушений проводят нейролептиками, из которых наиболее апробирован сульприд (эглонил).

Литература

1. Агафонова, Н. А., Яковенко Э. П., Прянишникова А. С. и др. // Лечащий врач. -2011. – № 7. – С. 10–14.
2. Андреев, Д. Н., Самсонов А. А., Черемушкин // Фармотека. – 2014. – № 14. – С. 6–11.
3. Ардатская, М. Д. Минушкин О. Н. // Фармотека. – 2012. – № 7. – С. 18–25.
4. Ивашкин, В. Т., Шелыгин Ю. А., Баранская Е. К. и др. // Рос. журн. Гастроэнтерол., Гепатол., Колопроктол. – 2014. – № 2. – С. 92–101.
5. Маев, И. В., Кучерявый Ю. А., Черемушкин С. В. // Метод. рекомендации для врачей. – М. – 2013. – 80 с.
6. Осипенко, М. Ф., Холин С. И., Рыжичкина А. Н. // Леч. врач. – 2011. – № 2. – С. 30–34.
7. Парфенов, А. И., Ручкина И. Н., Осипов Г. А. // Рус. мед. журн. – 2006. – № 2. – С. 3–6.
8. Полуэктова, Е. А., Кучумова С. Ю., Шептулин А. А. и др. // Рос. журн. Гастроэнтерол., Гепатол., Колопроктол. - 2013. – № 1. – С. 57–65.
9. Свистунов, А., Осадчук М., Осадчук М. и др. // Врач. – 2014. – № 3. – С. 14–18.
10. Силивончик, Н. Н., Буглова А. Е., Гулицкая Л. И. и др. // Семейный доктор. – 2013. – № 3. С. 37–42.
11. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология. – М., 2013.
12. Яковенко, Э. П., Агафонова Н. А., Яковенко А. В. // Вопросы терапии. Consilium Medicum. – 2011. – № 1. – с. 69–73.
13. Cash, B. D., Chey W. D. // Clinic in Family Practice. – 2004; 6 (3): 647–69.
14. Cash, B. D., Chey W. D. // Gastroenterol. Clinic of North America. – 2005; 34 (2): 205–220.
15. Cho, H. S., Park J. M., Lim C. H. et al. // Gat Liver. – 2011; 5 (1): 29–36.
16. Cristen, M. O. // Today's Therapeutic Trends. – 1995; 13 (2): 47–62.
17. Drossman, D. A. // Gastroenterology. – 2006; 130 (5): 1377–1390.
18. Ford, A. C., Talley N. J., Schoenfeld P. S. et al. – Gat – 2009; 58 (3): 367–378.
19. Harlty, R. F., Mauad E. C., Brown A. M. – Lancet. – 1987; 1 (8539): 963–965.

Поступила 20.08.2014 г.