

Синдром раздраженного кишечника

В.А. Бурковская

СибГМУ (кафедра терапии ФПК и ППС), Томск

Синдром раздраженного кишечника (СРК) относится к функциональным заболеваниям кишечника. Во всем мире приблизительно от 10 до 28% взрослого населения имеют симптомы СРК. Женщины страдают в 2 раза чаще мужчин. Средний возраст пациентов составляет 21–41 год. Появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК, следует исключать органические заболевания, в первую очередь колоректальный рак, дивертикулез, полипоз, ишемический колит и др.

Согласно современным представлениям СРК является биопсихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункции, то есть нарушений **висцеральной чувствительности** и **двигательной активности** кишечника.

Главные факторы патогенеза

1. Изменение моторной функции кишечника (спастическая или гипермоторная дискинезия, или их чередование). Повышение сократительной активности мышечного слоя стенки кишечника и его спазм – основные причины возникновения болей в животе.

2. Повышение висцеральной чувствительности рецепторов кишечника (снижение порога восприятия боли и более интенсивное ощущение боли) к нейромедиаторам, гастроинтестинальным гормонам, метаболитам и др.

3. Нарушение состава кишечного содержимого, включая изменение количественного и качественного состава кишечной микрофлоры. **Воспаление (инфекции)** и последующие **стойкие нейроиммунные повреждения**. В настоящее время доказано, что у 7–33% пациентов после кишечной инфекции развивается клиническая картина, подобная СРК с преобладанием диареи (ПИ-СРК).

Постулат о том, что СРК относят к функциональным заболеваниям без морфологических изменений кишечника, о чем указано в Римских критериях, претерпел изменения. В этой группе больных ПИ-СРК отмечается воспаление слизистой оболочки толстой кишки, повышение содержания провоспалительных цитокинов и избыточный бактериальный рост в тонкой кишке. Изменение количественного и качественного состава кишечной микрофлоры на фоне дискоординированной моторики приводит к повышенному газообразованию в кишках.

4. Психосоматические нарушения, реализующиеся по оси: мозг – кишечник – мозг.

Психоэмоциональный стресс – триггерное звено в развитии СРК, поскольку у 30–45% пациентов удается установить факты физического, психологического или сексуального насилия, тяжелых стрессовых ситуаций. Влияют **личностные особенности**: высокий уровень тревоги и страха (40–60% больных страдают депрессивным и тревожным расстройствами).

Таким образом, СРК в настоящее время рассматривается как взаимодействие важных биологических и психосоциальных факторов. В зависимости от особенностей человека в этиопатогенез СРК в различной степени вовлечены нарушения моторики, висцеральная гипералгезия, расстройства регуляции ЖКТ

со стороны ЦНС, вегетативные и гормональные нарушения, генетические и средовые факторы, последствия перенесенной кишечной инфекции и психологические проблемы.

Диагностика

Симптоматология СРК разнообразна. Главная жалоба – дискомфорт и боль различной интенсивности: от тупой ноющей до схваткообразной. Боль может локализоваться в любой части живота – чаще в подвздошной (преимущественно левой) области, как правило, не иррадирует, усиливается после приема пищи и уменьшается после дефекации, отхождения газов. Характерно, что боли не возникают в ночное время и не нарушают сон. Замечено, что у женщин боли обычно усиливаются во время менструации. Одновременно с болями, а иногда без таковых беспокоит ощущение перерастяжения, переполнения, вздутия живота.

Диагностические критерии СРК

Рецидивирующая боль в животе или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 мес, связанные с двумя или более из нижеследующих признаков: улучшение после дефекации; начало связано с изменением частоты стула; начало связано с изменением формы стула. *Дополнительными симптомами являются:* патологическая частота стула (менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день); патологическая форма стула (комковатый/твердый стул или жидкий/водянистый стул); натуживание при дефекации; императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие.

Примечание: критерии присутствуют в течение последних 3 мес с началом симптомов не менее 6 мес до того; дискомфорт означает неприятное ощущение, не описанное как боль.

После того как диагноз СРК установлен, необходимо классифицировать пациента по преобладающему симптому, чтобы в дальнейшем правильно определить лечебную тактику. Различают четыре варианта СРК:

- СРК с запором – твердый либо шероховатый стул (1 и 2 типы Бристольской шкалы) более 25% и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул менее 25% от числа опорожнений кишечника;
- СРК с диареей – кашицеобразный или водянистый стул (6 и 7 типы Бристольской шкалы) более 25% и твердый или шероховатый стул менее 25% от числа опорожнений кишечника;
- СРК смешанный – твердый или шероховатый стул более 25% и кашицеобразный или водянистый стул более 25% из числа опорожнений кишечника;
- неклассифицированный СРК – недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для смешанного варианта.

Для СРК с преобладанием диареи характерно сочетание стула чаще 3 раз в сутки, жидкого или кашицеобразного кала и императивных позывов на дефекацию. При стуле реже 3 раз в неделю, твердой консистенции кала и напряжении при акте дефекации говорят о СРК с преобладанием запоров.

Диагноз СРК является диагнозом исключения, поэтому при его постановке обязательно исключение так называемых

«**симптомов тревоги**», часто встречающихся при воспалительных, сосудистых или опухолевых заболеваниях. К ним относятся из **жалоб и анамнеза**: немотивированная потеря массы тела; ночная симптоматика; постоянные интенсивные боли в животе, не связанные со стулом или усиливающиеся после дефекации, как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ; начало в пожилом возрасте (у лиц старше 50 лет); рак толстой кишки у родственников. **Физикальное обследование**: лихорадка, изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия). **Лабораторные показатели**: кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ; изменения в биохимии крови.

Очень часто СРК сочетается или манифестирует так называемыми **внекишечными проявлениями**, затеняющими диагноз: симптомы, свидетельствующие о нейрциркуляторной дистонии: утомляемость, слабость, головные боли по типу мигрени, ощущение кома в горле, неудовлетворенность вдохом, невозможность спать на левом боку из-за появляющихся неприятных ощущений в области сердца, вазоспастические реакции (онемение, зябкость пальцев рук), дизурия, раннее насыщение, тошнота, фибромиалгия, диспареуния (боль во время полового акта), боли в пояснице. Весьма часто симптомы СРК сочетаются с признаками функциональной диспепсии, синдромом гиперактивного мочевого пузыря, сексуальными нарушениями.

Дифференциальную диагностику СРК проводят, прежде всего, с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, его инфекционными и паразитарными поражениями, синдромом избыточного бактериального роста, опухолями, дивертикулезом и дивертикулитом, ишемическим колитом.

Диагностика СРК сложна, поскольку требует исключения всех прочих болезней кишечника, другой функциональной или органической патологии ЖКТ. Для пациентов, которые имеют типичные симптомы СРК и не имеют симптомов тревоги, объемного дополнительного обследования не требуется. Колоноскопия с биопсией обязательна для лиц старше 50 лет в случаях рака толстой кишки в семье для исключения воспаления, опухоли или другой патологии.

Ключевым моментом диагностики СРК является проведение первичного курса лечения с последующей переоценкой диагноза.

Лечение

Больные должны лечиться, как правило, амбулаторно. Терапию назначают с учетом преобладания тех или иных симптомов. У рефрактерных к лечению больных возможно сочетать препараты с различным механизмом действия.

Больным с **диарейным вариантом СРК** нежелательно употреблять в пищу сырые овощи и фрукты, особенно богатые эфирными маслами, содержащие грубую клетчатку, продукты и напитки, усиливающие процессы брожения, газообразование в кишечнике, тугоплавкие жиры, цельное молоко, алкоголь, кофеин.

Наоборот, в основу программы лечения больных с **преобладанием запоров** должно быть положено обогащение рациона стимуляторами моторики – продуктами питания, богатыми пищевыми волокнами, клетчаткой и балластными веществами, необходимо также потребление достаточного количества жидкости (не менее 1,5–2,0 литров в сутки). Оптимальное содержание пищевых волокон в суточном рационе составляет 20–30 г. Но если при гипомоторных запорах применение пищевых волокон не вызывает сомнения, то при сочетании болевой и запорной формы СРК избыточное **потребление пищевых волокон может сопровождаться усилением абдоминальных болей**. В ряде случаев высокое содержа-

ние пищевых волокон в виде грубых нерастворимых отрубей в пище противопоказано.

Препаратом выбора при запоре, связанном с СРК, является **мукофальк**. Мукофальк – лекарственный препарат из оболочки семян подорожника овального, семян подорожника (псиллиум) с высоким содержанием слизи, что позволяет отнести его к группе мягких пищевых волокон, оказывающих слабительное, размягчающее и смазывающее действие на слизистую кишечника, что облегчает пропульсию кишечного содержимого. Препарат оказывает также обволакивающее и противовоспалительное действие на слизистую оболочку кишечника; связывает в кишечнике желчные кислоты, токсины и «вредные» микроорганизмы (естественная энтеросорбция); обеспечивает пребиотическое действие – рост собственной микрофлоры кишечника – бифидо- и лактобактерий. Препарат обладает лучшей переносимостью по сравнению с пшеничными отрубями (не вызывает газообразования, может применяться при воспалительных процессах в кишечнике). **Схема применения препарата «Мукофальк» при запоре**: 1–2 (до 3–4) пакетика в день на 2–3 приема неограниченно долго.

При недостаточной эффективности мукофалька хороший эффект оказывают также слабительные средства, вызывающие увеличение объема каловых масс – форлак, который содержит не всасывающийся макроголь (полиэтиленгликоль) 4000 (10–20 г на ночь), осмотические – лактулоза (с пребиотическим эффектом) (15–30 мл вечером).

Принцип действия стимулирующих слабительных заключается в раздражении хеморецепторов слизистой оболочки кишечника, что приводит к повышению секреции воды и электролитов и усилению перистальтической активности, но одновременно усиливают боли. Поэтому их (препаратов бисакодила, пикосульфата натрия) применение при СРК, где доминируют болевые ощущения, недопустимы.

Патогенетически необходимым условием **купирования боли** является применение спазмолитических лекарственных средств. Предпочтительны селективные препараты, влияющие спазмолитически лишь на мускулатуру ЖКТ (блокаторы кальциевых каналов за счет блокады поступления Ca^{2+} через кальциевые каналы в гладкомышечные клетки кишечника (дицетел (пинаверия бромид) 50–100 мг 3–4 раза в день во время еды), блокаторы натриевых каналов за счет уменьшения проницаемости гладкомышечных клеток кишечника для Na^+ (дюспаталин (мебеверин) 200 мг 2 раза в день за 20 мин до еды), а также блокаторы опиоидных рецепторов (тримедат (тримебутин) 200 мг 3 раза в день) или нейротропные спазмолитики (М-холинолитики – бускопан 10 мг 3 раза в день) в среднесуточных дозах. Оказывая влияние и на нормализацию моторики при любом кишечном варианте, препараты типа дицетела и тримедата уменьшают висцеральную чувствительность кишечника.

При лечении **СРК с преобладанием диареи** препаратом выбора может у части больных являться лоперамид, активно снижающий пропульсивную двигательную активность кишечника, увеличивающий время пассажа каловых масс по кишке (суточная доза 4–12 мг). Положительный эффект дает применение адсорбентов, вяжущих и обволакивающих средств, например, диосмектита (по 1 пакетик 3 раза в день до еды) или висмута субгаллата (по 0,5 г 3 раза в день) до нормализации консистенции стула.

При вздутии и метеоризме используют «пеногасители», то есть препараты, содержащие симетикон/диметикон (эспумизан по 1–2 капсулы до 5 раз в день) – природное вещество, снижающее поверхностное натяжение пузырьков газа, которые при этом распадаются.

Ферменты поджелудочной железы ослабляют метеоризм, поэтому больным СРК, особенно при диарее, назначаются ферментные препараты без желчных кислот в своем составе: микрокапсулированные (креон 10000), таблетированные (мезим форте 10000) и другие ферментные препараты в средних терапевтических дозах.

Коррекция состояния кишечного микробиоценоза предусматривает назначение **антибактериальной терапии**: кишечные антисептики – интетрикс (1 капсула 3–4 раза в день) или нифуроксазид (200 мг 3–4 раза в день) 7–10 дней; де-нол (120 мг 3 раза в день за 30 минут до еды 2–3 недели), невсасывающийся антибиотик альфа-нормикс 400 мг 2 раза в день 5–7 дней. В последующем добавляют **пробиотики** и **пребиотики** (мукофальк – 1 пакет в день, лактулоза, хилак-форте и др.).

Во всех этих ситуациях энергоснабжение колоноцитов является обязательным требованием для здорового состояния слизистой оболочки и для поддержания нормального баланса микрофлоры (эубиоза). Этим требованиям отвечает комбинированный препарат «**Закофальк**», содержащий **масляную кислоту** (основной источник обеспечения энергией и регулятор метаболизма и функций колоноцитов; активно воздействует на процесс абсорбции воды и электролитов, регулируя объем стула и моторику кишечника; участвует в механизмах восстановления структуры и функции колоноцитов при заболеваниях кишечника), и пребиотик **инулин** (стимулирует рост полезных бактерий физиологической кишечной флоры). Специальная полимерная мультиматриксная система (NMX) доставляет действующие вещества во все отделы толстой кишки и обеспечивает их действие на протяжении 24 часов. **Рекомендуемая доза** для взрослых 3–4 таблетки в день; принимать до еды, не разжевывая. Длительность приема не менее 30 дней.

Фармакологическая стратегия терапии в настоящее время направлена на регуляцию нейротрансмиттеров, обеспечивающих функциональную деятельность кишечника, особенно на серотонин и его влияние на рецепторы 5-НТЗ и 5-НТ4. В настоящее время из препаратов этой группы доступны антагонист 5-НТЗ алосетрон (с ограничениями) и частичный агонист 5-НТ4 тегасерод. Однако в нашей стране препараты не нашли применения.

Полезным представляется и участие в лечении психотерапевта, а также назначение психотропных препаратов, кото-

рые наиболее эффективны при болевой форме СРК и преобладании диарейного синдрома. Используют трициклические антидепрессанты с 25–50 мг/сут, селективные ингибиторы ОЗС с малых доз.

Учитывая воспалительно-инфильтративные изменения при СРК, ставится вопрос о назначении противовоспалительной терапии месалазином с доказанным уменьшением инфильтрации стенки кишки (Corinaldesi et al., 2009). С учетом преимущественной локализации воспаления в дистальном отделе толстой кишки из всех препаратов месалазина следует выбрать **салофальк в гранулах**, представляющий собой особую форму, где полимерное матриксное ядро из Eudragit NE40 набухает водой и постепенно и медленно выделяет 5-АСК в просвет кишки, достигая высокой внутрипросветной концентрации месалазина **на всем протяжении толстой кишки** (вплоть до прямой кишки). Салофальк гранулы назначается 1,5–2 г/сут однократно в течение 3–4 недель. При изолированном проктосигмоидите или проктите целесообразна местная терапия: **при проктите** – салофальк свечи 1,0–1,5 г/сут, **при проктосигмоидите** – салофальк клизмы 2 г однократно на ночь 3–4 недели.

Несмотря на проводимое комплексное лечение, до 25% больных СРК остаются рефрактерными к терапии, у таких больных доказана высокая эффективность гипно- и психотерапии.

Прогноз в целом благоприятный, поскольку заболевание, как правило, не прогрессирует и общее состояние больных остается удовлетворительным. Но у части больных нарушается трудоспособность. У больных СРК число обращений к врачу и продолжительность временной нетрудоспособности за год в 3,5 раза выше, чем у здоровых лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурков С. Г., Макух Е.А. Синдром раздраженного кишечника в поликлинической практике // Фарматека. – 2009. – № 8. – С. 60–64.
2. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III // Consilium medicum, приложение Гастроэнтерология. – 2009. – № 1. – С. 5–10.
3. Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Сильвестрова С.Ю. Тактика лечения и профилактики функциональных запоров в свете Римского консенсуса III // Лечащий врач. – 2007. – № 1. – С. 66–78.