

УДК: 616.34-002-009

Синдром раздраженного кишечника: от консенсуса к практике

Т.А. Цапляк

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, Римские критерии III, Бристольская шкала формы стула

Одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии является проблема функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. Почему эта патология остается проблемой в медицине, основанной на доказательствах? Трудность диагностики функциональной патологии состоит в том, что достоверно исключить воспалительные, опухолевые и метаболические заболевания со сходной симптоматикой на всех уровнях оказания медицинской помощи не возможно. Исходя из этого врачу, как правило, необходимо основываться на субъективных проявлениях болезни. Значимость представленного синдрома определяется тем, что встречающиеся у таких больных клинические симптомы нередко расцениваются как проявление серьезных органических заболеваний (например, воспалительных поражений кишечника, хронического панкреатита и т.д.). Это ведет к ненужному дублированию различных инструментальных исследований и применению многочисленных лекарственных препаратов (в том числе антибиотиков), необоснованным затратам на оказание медицинской помощи. Трудность лечения этой патологии также определяется высоким позитивным ответом на placebo (до 60%). Именно по этим причинам выполненные на высоком уровне рандомизированные исследования немногочисленны.

Для координации научных исследований различных аспектов функциональных желудочно-кишечных

расстройств (ФЖКР), выработки согласованных решений, доведения принимаемых рекомендаций до практических врачей-терапевтов и гастроэнтерологов уже в течение почти 20 лет в Риме проходят заседания экспертов, принимаются международные согласительные документы, которые являются руководством для врачей разных стран.

В 1988 году во время работы IX Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Риме Международная рабочая группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта во главе с профессором Drossman впервые официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника» («irritable bowel syndrome»), дала его развернутое определение и разработала критерии постановки диагноза, получившие название «Римские критерии синдрома раздраженного кишечника». Третий Римский Консенсус 2006 года стал результатом работы 87 экспертов из 18 стран, которые пришли к соглашению по вопросам этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения ФЖКР.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – наиболее часто встречающееся функциональное расстройство органов пищеварения. Подобные больные составляют 28% среди всех пациентов, обращающихся за специализированной помощью к гастроэнтерологу, и до 12% среди всех больных врача общей практики.

Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст - 30 до 40 лет. Соотношение женщин и мужчин колеблется от 1:1 до 2:1. Среди мужчин «проблемного» возраста, после 50 лет, СРК распространен так же часто, как среди женщин. Средний возраст пациентов составляет 24 - 41 год.

Ежегодные расходы, связанные с обследованием и лечением данной категории больных в США, достигают 25 млрд. долларов, а число обращений составляет приблизительно 3 млн. Общее число дней нетрудоспособности вследствие СРК сопоставимо с таковыми вследствие ОРВИ.

Определение

СРК – функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциируется с дефекацией или изменением поведения кишечника и особенностями расстройства дефекации.

Классификация

Субтипы СРК Римских критериев II (с преобладанием боли и метеоризма, с преобладанием запоров, с преобладанием поносов), учитывавшиеся многочисленные симптомы, были сложными для использования в практике, а сообщения пациента о «запоре» или «поносе» могли ввести в заблуждение. В связи с этим III Римский Консенсус упростил определение субтипов, используя только самый надежный критерий –

форму стула по Бристольской шкале менением частоты стула (Табл. 1). Следует учесть, что в основе разделение СРК на субтипы лежит ► начало, ассоциирующееся с изменением формы стула.

Бристольская шкала формы стула

Тип	Описание
1	Отдельные твердые глыбки подобно орехам (пассаж затруднен)
2	Имеющий форму колбаски, шероховатый
3	Подобно колбаске, но с тещинами на ее поверхности
4	Подобно колбаске или змее, гладкий и мягкий
5	Мягкие комочки с четкими гранями (пассаж легкий)
6	Пушистые комочки с рваными гранями, кашецеобразный стул
7	Водянистый, никаких твердых частей, полностью жидкий

Согласно Бристольской шкале формы стула, запор идентифицируется как типы 1 и 2, а диарея как типы 6 и 7.

Субтипы СРК:

1. СРК с запором – твердый или шероховатый стул $\geq 25\%$ и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $< 25\%$ из числа всех опорожнений кишечника

2. СРК с диареей – расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $\geq 25\%$ и твердый шероховатый стул $< 25\%$ из числа всех опорожнений кишечника

3. Смешанный СРК – твердый или шероховатый стул $\geq 25\%$ и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $\geq 25\%$ из числа всех опорожнений кишечника

4. Неклассифицированный СРК – недостаточная выраженность отклонений консистенции стула для вышеобозначенных субтипов

Следует подчеркнуть, что субтипы очень непостоянны. В популяции приблизительно в 33% случаев отмечаются СРК с диареей, СРК с запором, смешанный СРК. У 75% пациентов подтипы меняются и у 29% клинические проявления колеблются между СРК с запором и СРК с диареей в течение года.

Диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника:

Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт, по крайней мере, 3 дня в месяц за последние 3 месяца, ассоциирующаяся с 2 или более признаками из нижеследующих

- улучшение после дефекации
- начало, ассоциирующееся с из-

менением частоты стула

Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3-х последних месяцев с началом проявлений не менее 6 месяцев перед диагностикой.

Подтверждающие критерии (не являются частью диагностических критериев) включают

► ненормальную частоту стула: ≤ 3 испражнений в неделю или > 3 испражнений в день

► неправильную форму стула: шероховатый /твердый стул или расслабленный/водянистый стул; натуживание при дефекации; безотлагательность или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие

Следует помнить, что диагноз СРК может быть установлен при наличии двух и более симптомов, при этом болевой синдром или дискомфорт в области живота является обязательным компонентом.

Клиника и диагностика

Согласно современным представлениям, синдром раздраженного кишечника является биопсихосоциальным функциональным расстройством кишечника, в основе которого лежит взаимодействие двух основных механизмов: психосоциального воздействия и сенсомоторной дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. Характеристика синдрома требует особой стратегии постановки диагноза, дифференциального диагноза и осуществления программы лечения.

Абдоминальная боль является обязательной составной частью картины СРК. Она может иметь широкий спектр интенсивности: от легкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интенсивной постоянной и

даже нестерпимой, имитирующей картину кишечной колики. Болевой синдром при СРК имеет характерные особенности: локализуется в подвздошных областях, усиливается после приема пищи, уменьшается после дефекации или отхождения газов, у женщин усиливается во время менструаций, никогда не возникает ночью. Клиническими особенностями диареи при СРК следует считать: возникновение утром после завтрака, частота дефекации 3-4 раза в сутки, испражнение с небольшими интервалами в течение короткого промежутка времени, общая масса кала не превышает 200г, отсутствие дефекации в ночное время. Для запора при СРК характерно отсутствие дефекации в течение 3 и более дней, чувство неполного опорожнения кишечника, чередование запоров и диареи. Правильная трактовка и оценка кишечной дисфункции пациентов с абдоминальными или «тазовыми» болями может уменьшить число непоказанных оперативных вмешательств. В пользу функционального генеза клинических расстройств свидетельствуют изменчивость и рецидивирующий характер жалоб; несоответствие между многообразием жалоб и данными объективного обследования; многолетнее течение и отсутствие прогрессирования; отсутствие похудения; усиление расстройства под действием стресса. Врачу необходимо помнить о некишечных проявлениях СРК. К ним относятся головная боль по типу мигрени, ощущение «комка» при глотании, неудовлетворенность вдохом, невозможность спать на левом боку, зябкость пальцев рук, клинические проявления раздраженного мочевого пузыря, расстройства настроения, боль в области прямой кишки, ощущение дрожи.

Многочисленные жалобы можно разделить на 3 группы:

- 1) симптомы неврологических и вегетативных расстройств – мигрень, боли в поясничной области, ком в горле, сонливость, бессонница, различные виды дизурии, дисменорея, импотенция и др., встречающиеся у 50% больных;
- 2) симптомы сопутствующих функциональных заболеваний органов пищеварения – тяжесть в эпигастрии, тошнота, отрыжка, рвота, боли в правом подреберье и др., наблюдаемые у 80% пациентов;
- 3) признаки психопатологических расстройств, чаще, такие как депрес-

Возможные лекарства для доминирующего симптома СРК

Симптом	Препарат	Доза
Диарея	Лоперамид Холестирамин Алосетрон	2-4мг, максимально до 12мг в день 4г с пищей 0,5-1мг 2 раза в день (при тяжелом СРК у женщин)
Запор	Псиллиум Метилцеллюлоза Кальций поликарбофил Лактулоза сироп 70% сорбитол Полиэтиленгликоль 3350 Тегасерод Магния гидроксид	3,4г с пищей 2г с пищей 1г 1-4 раза в сутки 10-20г 2 раза в день 15мл 2 раза в день 17г в воде на 8 унций ¹ ежедневно 6мг 2 раза в день 2-4 ст. ложки в день
Абдоминальная боль	Релаксанты гладкой мускулатуры Трициклические антидепрессанты Ингибиторы обратного захвата серотонина	1-4 раза в день Начальная доза 25-50мг перед сном, затем корректируют Начинают с малой дозы, при необходимости увеличивают

¹ 1унция = 31,1г

сия, синдром тревоги, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия и др., выявляемые у 15 - 30% больных.

Лихорадка, желудочно-кишечное кровотечение, потеря веса, анемия, лейкоцитоз и ускоренное СОЭ, пальпируемое образование и другие «тревожные» симптомы не возникают в следствие СРК, но могут сопровождать его.

Согласно рекомендациям III Римского Консенсуса определение объема диагностического поиска должно базироваться на возрасте пациента, продолжительности и выраженности симптомов, психосоциальных факторах, семейном анамнезе заболеваний органов пищеварения. Требуется не много тестов для пациентов, которые имеют типичные симптомы СРК и никаких тревожных признаков. Целесообразно проведение анализа кала на скрытую кровь, копрограммы и яйца паразитов в эндемичных регионах. Исследования могут включать сигмоскопию или колоноскопию для исключения органического поражения толстой кишки, но ректальная биопсия и проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости обычно не требуется.

Лечение

Успех лечения зависит от уверенности врача в диагнозе, умении объяснить происхождение симптомов и определить возможности их разрешения. Необходимо налаживать взаимопонимание между врачом и пациентом и тогда пациенты ожидают больше пользы от модификации образа жизни, чем от лекарств. Врачу стоит быть понимающим и поддер-

живать контакт с пациентом, предотвращать излишнее обследование и вредное лечение. Неудовлетворенные пациенты могут консультироваться со многими врачами, подвергаться необоснованному и опасному исследованию, получать недоказанное лечение и переносить ненужное оперативное лечение. Важно оценить качество жизни пациента, индивидуальность, перенесенный жизненно-важный стресс и любое эмоциональное волнение. Тип и серьезность клинических проявлений заболевания, его ассоциация с психосоциальными проблемами определяют тактику врача.

Врачи должны избегать назначения ограничительных диет. Необходимо большое количество клинических аргументов для тестирования пациента на антитела (IgG) к некоторым пищевым продуктам. Пищевые волокна для СРК-это во все времена добрая, недорогая и безопасная рекомендация, но плохо обоснованная клиническими испытаниями.

Лекарственная терапия направлена на купирование доминирующего признака. Изменчивость симптоматики заболевания и сложные взаимодействия между центральной и абдоминальной нервными системами ограничивают эффективность определенного лечения. Исследователи ищут биомаркеры и генетический полиморфизм, которые могли бы идентифицировать пациентов по наиболее вероятному ответу на лечение. Препараты помогают только при некоторых симптомах у избранных пациентов.

Лоперамид может предотвратить

диарею, если принимается перед едой или другим провоцирующим событием. Запор лечится первоначально добавлением пищевых волокон и в случае неудовлетворительного ответа могут помочь его коммерческие аналоги. Недостаточное количество клинических испытаний ставит под сомнение эффективность релаксантов гладкой мускулатуры. Результаты предварительных исследований пробиотиков обнадеживающие, особенно в отношении улучшения симптомов и нормализации в крови мононуклеарного клеточного соотношения противовоспалительных и провоспалительных цитокинов. Терапия антидепрессантами в дозах, которые ниже чем обычная терапевтическая, может быть полезна, даже если нет никакого главного коморбидного психиатрического заболевания. Стандартная психотерапия и гипнотерапия также подтвердили свою эффективность у некоторой категории больных.

Вместе с тем следует отметить, что применение препаратов, рекомендованных Римским Консенсусом 2006г. в зависимости от доминирующего клинического симптома, крайне ограничено из-за недоступности этих препаратов в Украине. Так, например, холестирамин, алосетрон и тегасерод не зарегистрированы в нашей стране.

Литература

1. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. Пособие для врачей. Витебск, 2006.- С. 76-84
2. Пивакин В.Т. Синдром раздраженной кишки. Практическое руководство для врачей. М, РГД, 1999; 28.
3. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // Consilium-medicus/-Том2/№7/2000

Синдром подразненного кишечника: від консенсусу до практики

Т.А.Цапьяк

У статті представлені критерії діагностики і субтипи синдрому подразненного кишечника згідно III Римському Консенсусу, а також перспективні напрями лікування залежно від домінуючого симптому.

Irritable Bowel Syndrome: from consensus to practice.

T.A. Tsapyak

The criteria of diagnostics and subtypes of irritable bowel syndrome according to III Rome Consensus are represented in the article, and also perspective directions of treatment depending on a dominant symptom.