

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

В последние десятилетия постоянно нарастает поток больных обоих полов и любого возраста с жалобами на периодические боли в животе, не связанными с приемом пищи, и на неустойчивый стул. Это состояние ранее квалифицировали как хронический колит, хотя данных за органическую патологию толстой кишки не было. После длительных дискуссий специалистов, предлагавших разные обозначения этого состояния (слизистая кишечная колика, функциональная кишечная диспепсия и др.), был принят термин «синдром раздраженного кишечника».

Ключевые слова: функциональные расстройства, синдром раздраженной кишки, растительные препараты

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное расстройство кишечника, при котором боль или неприятные ощущения (дискомфорт) в животе связаны с дефекацией, изменениями частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника.

Впервые синдром раздраженного кишечника 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. Сам термин «раздраженный кишечник» появился в литературе в 1930-х гг. 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. Но несмотря на свое существование и изучение в течение более 100 лет, данная патология не теряет своей актуальности.

СРК является частью функциональных расстройств кишечника, кроме СРК (С1), в данный раздел входят функциональное вздутие живота (С2), функциональный запор (С3), функциональная диарея (С4), неспецифическое функциональное расстройство кишечника (С5). При этом СРК служит определенным эталоном для понимания патогенетической сути функциональных заболеваний органов пищеварения, в частности кишечника, поскольку является наиболее распространенной и изученной патологией. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, СРК рассматривается как нозологическая форма, хотя этиологические моменты этой патологии до сих пор точно неизвестны.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СРК

Продолжают активно изучаться и обсуждаться патогенетические механизмы формирования СРК. В его развитии

основную роль отводят нарушению двигательной активности и висцеральной чувствительности (висцеральная гипералгезия) желудочно-кишечного тракта.

При этом 2 основных критерия изменения висцеральной чувствительности:

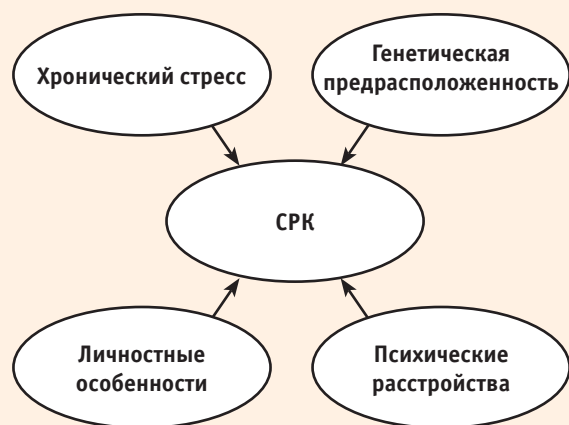
- 1) восприятие боли:
 - а) снижение порога восприятия боли,
 - б) более интенсивные ощущения боли при нормальном пороге восприятия;
- 2) изменения двигательной активности кишечника:
 - а) повышенная чувствительность воспринимающего аппарата кишечника в ответ на нормальный стимул к сокращению отвечает гиперкинетической реакцией;
 - б) нормальная чувствительность, гиперкинетический ответ.

Важную роль играет регуляторное воздействие ЦНС на функционирование кишки как в норме, так и при патологии. Так, с одной стороны, повторяющиеся стрессы сопровождаются моторными расстройствами кишечника, с другой стороны, на фоне повышенной рецепторной реакции в кишечнике вырабатываются афферентные стимулы, достигающие по червунному и блуждающему нервам центральных подкорковых и корковых отделов ЦНС, в свою очередь изменяющих их функциональную деятельность.

Также в ходе исследований патогенетических механизмов СРК обнаружены стойкие нейроиммунные повреждения, которые развиваются после инфекционных заболеваний кишечника и рассматриваются как возможная причина формирования сенсорно-моторной дисфункции. Продолжает обсуждаться роль опиоидных пептидов, различных кишечных гормонов (интестинальный полипептид, холецистокинин, мотилин и др.), биологически активных (гистамин, серотонин, брадикинин) и других веществ, в частности короткоцепочечных жирных кислот, в регуляции моторики и секреции кишки.

Не вызывает сомнений важность роли психосоциальных факторов, участвующих в формировании симптомов СРК. К ним относятся эмоциональное и физическое насилие, хронический стресс и тревожные расстройства. При этом стресс (как острый, так и хронический), определяемый как триггерное звено развития психосоматических заболеваний, пред-

Рис. 1. Факторы риска развития СРК
(Харченко Н.В., Черненко В.В., 2005)



ставляет собой состояние организма, при котором осложняется осуществление его интегративных функций. Пациенты с СРК склонны к истерии, депрессии, тревоге, преувеличению собственных симптомов, канцерофобии.

Таким образом, СРК в настоящий момент рассматривается как результат взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. Нарушение моторики, висцеральная гипералгезия, нарушения регуляции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) со стороны ЦНС, вегетативные и гормональные нарушения, генетические и средовые факторы, последствия инфекций и психологические проблемы в разной степени вносят свой вклад в патогенез СРК (рис. 1).

Определение СРК как функционального состояния снимает понятие «воспаление» — главный морфологический признак любого колита (инфекционного, неспецифического язвенного, пострадиационного, антибиотико-ассоциированного). При СРК не выявляются макроскопические изменения, в то же время при любом истинном колите слизистая оболочка толстой кишки эрозирована или изъязвлена, в биоптатах обнаруживают крипт-абсцессы, лейкоцитарные инфильтраты, фибриновые наложения. Однако постепенно появляются результаты исследований, в которых показаны микроскопические изменения бокаловидных клеток слизистой оболочки толстой кишки, интенсивная миграция лейкоцитов, снижение числа нормальных кишечных крипт и др. («переходная слизистая»). Эти исследования представлены на одном из зарубежных форумов, специально посвященном СРК. Ряд гастроэнтерологов придерживаются концепции единства структуры и функции (И.В. Давыдовский) и мнения, что при так называемых функциональных заболеваниях, в частности при СРК, разработка более

углубленных методов исследования приведет к раскрытию их этиологии, как это было сравнительно недавно с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, когда была открыта и подробно описана хеликобактерная инфекция как одна из ведущих причин возникновения этой патологии.

РИМСКИЕ КРИТЕРИИ

По данным последнего пересмотра 2006 г. международной группы экспертов-гастроэнтерологов, регулярно проходящего в Риме (Римские критерии), диагноз СРК устанавливают при наличии рецидивирующей абдоминальной боли или ощущения дискомфорта в области живота в течение 3 дней каждого месяца за последние 3 месяцев в сочетании с двумя или более из следующих признаков:

- улучшение состояния после дефекации;
- начало связано с изменением частоты стула;
- начало связано с изменением формы кала.

Дополнительными симптомами являются:

- патологическая частота стула [a] < 3 раз в неделю или [b] > 3 раз в день;
- патологическая форма стула [c] — комковатый/твердый стул или [d] жидкий/водянистый стул;
- [e] — натуживание при дефекации;
- [f] — императивный позыв или чувство неполного опорожнения, выделение слизи и вздутие.

Согласно Римским критериям III (2006), в отличие от критериев II пересмотра, рекомендуется использовать классификацию СРК, основанную только на преобладающей характеристике стула, используя Бристольскую шкалу формы кала (табл. 1).

Согласно Римским критериям выделяют:

1. СРК с преобладанием запора (IBS-C) — твердый или комковатый стул (тип 1—2) > 25% и жидкий или водянистый стул (тип 6—7) < 25% дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств).

Таблица 1. Бристольская шкала формы стула (17)

Большое время транзита (100 часов) Короткое время транзита (10 часов)	Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
	Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
	Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
	Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	

2. СРК с преобладанием диареи (IBS-D) — жидкий или водянистый стул (тип 6—7) > 25% и твердый или комковатый стул (тип 1—2) < 25% дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств).

3. Смешанный СРК (IBS-M) — твердый или комковатый стул (тип 1—2) > 25% и жидкий или водянистый стул (тип 6—7) > 25% дефекаций (без применения антидиарейных или слабительных средств).

4. Неклассифицируемый СРК (IBS-U) — патологическая консистенция стула, соответствующая критериям IBS-C, D, или M (без применения антидиарейных или слабительных средств). Так как в определенные моменты могут преобладать разные симптомы (в течение времени запор сменяется поносом и наоборот), эксперты предлагают использовать термин «перемежающийся СРК» (IBS-A).

Более чем у 1/3 больных синдром разворачивается на фоне психоэмоциональных расстройств (табл. 2). Согласно статистическим данным, в крупных индустриальных центрах, мегаполисах частота посещений пациентов с СРК на общетерапевтическом приеме занимает 2-е место после сердечно-сосудистой патологии. Впервые обращаясь к терапевту с жалобами на боли в животе и неустойчивый стул, при направлении их к гастроэнтерологу наиболее часто звучит основной диагноз — ГЭРБ, «хронический гастрит» или «язвенная болезнь», а СРК обычно упоминают как сопутствующее состояние. Однако врачам первичного звена следует помнить, что под маской СРК могут протекать другие, более серьезные заболевания, органические поражения толстой кишки. Так, множественные дивертикулы толстой кишки могут протекать с похожей клинической картиной — нелокализованными болями в животе, неустойчивым стулом, патологическими выделениями при дефекации. При обнаружении дивертикулов у больных СРК следует выделять эту группу, т. к. лечение толстокишечного дивертикулеза во многом отличается от терапии СРК. Еще важнее, что при скрининговой колоноскопии у 1/3 больных СРК выявляют полипы толстой кишки, а в ряде случаев — злокачественные новообразования. Эти находки еще раз свидетельствуют о необходимости проведения колоноскопии у всех проктологических больных, относящихся к группе высокого риска развития опухолей толстой кишки. Важно сходство клинической картины СРК с дивертикулезом толстой кишки и, что еще важнее, с ранними формами рака этой локализации, выходящего в настоящее время на одно из первых мест в мире в

онкопатологии. Отсюда необходимость при периодических «немотивированных» болях в животе и хроническом расстройстве стула выполнить колоноскопию, которая является единственным действенным методом ранней диагностики предрака и рака толстой кишки и должна быть первичной профилактической процедурой у всех лиц, достигших 50 лет, но т. к. это практически невыполнимо, то хотя бы у группы повышенного риска рака толстой кишки.

Симптомами тревоги у пациентов (Римские критерии III, 2006) являются:

- немотивированное уменьшение массы тела, начало заболевания в пожилом возрасте, сохранение симптомов в ночные часы (в период сна), постоянная интенсивная боль в животе как единственный и основной симптом, прогрессирование выраженности симптомов, рак толстой кишки у родственников (выясняются при сборе жалоб и анамнеза);
- лихорадка, изменения в статусе — гепатомегалия, спленомегалия (обнаруживается при физикальном обследовании);
- кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ, изменения в биохимии крови (определяется при лабораторном обследовании).

ЛЕЧЕНИЕ СРК

Лечение больных СРК остается трудной задачей. В Римских критериях III содержатся рекомендации по лечению больных СРК, которые включают следующие мероприятия:

- нормализация образа жизни,
- установление доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом,
- соблюдение диеты, при этом выбор пищевых продуктов зависит от варианта СРК.

Помимо этого, проводится назначение лекарственных средств с учетом преобладания у больных с СРК тех или иных клинических симптомов, применяются методы психотерапии.

Выделяют следующие группы препаратов, участвующих в регуляции моторно-эвакуаторной функции:

1. Прокинетики.
2. Модуляторы (регуляторы) моторики кишечника.
3. Спазмолитики.
4. Комбинированные препараты.

В настоящее время самой перспективной группой лекарственных препаратов для купирования симптомов СРК явля-

Таблица 2. Вспомогательные симптомы при СРК (по Л.И. Буторовой и соавт., 2003)

Психогенные симптомы	Симптомы вегетативных расстройств	Симптомы других функциональных проявлений ЖКТ
Общее внутреннее беспокойство Головные боли Лабильность настроения Депрессивные расстройства Фобии Состояние утомления Нарушение сна Канцерофобия	<i>Признаки симпатикотонии:</i> бледность и сухость кожи; холодные конечности; зябкость; склонность к тахикардии, повышению АД; парестезии <i>Признаки ваготонии:</i> влажность кожи; гипергидроз; яркий красный дермографизм	Тошнота Отрыжка Горечь во рту «Голодные» боли Тяжесть в эпигастрии Раннее насыщение Ощущение дискомфорта, которое усиливается после еды

ются серотонинергические. В кишечнике серотонин (5-гидрокситриптамиин, 5-НТ) содержится в энтерохромаффинных клетках и в группе нисходящих интернейронов. Серотонин оказывает выраженное влияние на моторику кишечника посредством активации рецепторов, находящихся на эффекторных клетках и в нервных окончаниях. 5-НТ₃- и 5-НТ₄-рецепторы стоят в ряду наиболее изученных рецепторов. Считается, что эти рецепторы играют ведущую роль в ноцицепции посредством модулирования афферентной стороны висцеральных рефлексов. Кроме того, описаны 5-НТ₃-рецепторы на эфферентных нейронах в вегетативной и в кишечной нервной системах. Стимуляция этих рецепторов приводит к выбросу ацетилхолина и субстанции Р, которые являются трансмиссерами гастроинтестинальной чувствительности.

К антагонистам 5-НТ₃-рецепторов относятся ингибиторы моторики, тогда как препараты, активирующие 5-НТ₄-рецепторы, оказывают стимулирующее действие на перистальтику. Некоторые препараты обладают 5-НТ₃-антагонизмом и 5-НТ₄-агонизмом. В настоящее время из препаратов этой группы доступны антагонист 5-НТ₃ алосетрон (с ограничениями) и частичный агонист 5-НТ₄ тегасерод. В отношении эффективности других препаратов продолжаются клинические исследования по применению при СРК.

Сродством к серотониновым рецепторам обладают некоторые компоненты растительного препарата Иберогаст. Иберогаст — это лекарственный препарат на основе вытяжки иберийки горькой и восьми лекарственных растений (корня дягиля, цветков ромашки, плодов тмина, плодов расторопши, листьев мелиссы, листьев мяты перечной, травы чистотела и корней солодки). Данный препарат разработан в Германии в 1960-х гг. и с тех пор с успехом применяется при лечении функциональных расстройств ЖКТ. В исследованиях *in vitro* было установлено, что экстракты чистотела и ромашки селективны к 5-НТ₄-рецепторам, а экстракт корня солодки — к 5-НТ₃-рецепторам. Помимо этого, компоненты Иберогаста воздействуют на мускариновые М₃-рецепторы и опиоидные рецепторы ЖКТ. Обнаружение этих взаимодействий позволило объяснить основные эффекты препарата: стимулирующее действие при гипотонусе и гипомоторике, спазмолитическое при гипертонусе. Дополнительно Иберогаст оказывает ветрогонное и легкое успокоительное действие. Таким образом, Иберогаст может быть применен в терапии СРК как с преобладанием диареи, так и запоров и метеоризма.

При лечении больных СРК с преобладанием запоров, в случае отсутствия эффекта от применения диетических мер, прибегают к назначению осмотических слабительных препаратов, среди которых наилучшим образом зарекомендовали себя лактулоза и макроголь 4000. Механизм действия этих препаратов обусловлен способностью увеличивать объем содержащейся в кишечнике жидкости, что приводит к увеличению объема каловых масс и усилению перистальтики. Хронический запор может являться сам по себе достаточным стрессом для того, чтобы усиливать другие симптомы СРК. Один из наиболее важных принципов при назначении слабительных (или противодиарейных) средств является регуляр-

ный прием этих препаратов в низкой дозе, а не периодический в высокой дозе. В попытке сбалансировать стул высокая доза может привести к непредсказуемым результатам.

При СРК с преобладанием диареи, часто носящей императивный характер и превращающейся в социальную проблему, с целью профилактики следует применять противодиарейные средства — от карбоната кальция (0,5–1,0 г 2–4 раза в сутки) и диосмектита (по 3 г в виде суспензии внутрь) до лоперамида в невысоких дозах (2–4 мг/сут). Лоперамид связывается с опиатными рецепторами стенки кишечника. В результате этого происходит ингибирование высвобождения ацетилхолина и простагландинов, что приводит к снижению пропульсивной двигательной активности кишечника и увеличению времени транзита его содержимого. Кроме того, препарат повышает тонус анального сфинктера, снижая частоту и выраженность позывов к дефекации. Действие наступает быстро и продолжается 4–6 часов. Важно, что лоперамид не проникает через гематоэнцефалический барьер и не дает центральных побочных эффектов. Показаны также отвары вяжущих средств (плоды черемухи, черники, ольхи, лапчатка) и спазмолитических трав (мята перечная, ромашка).

Когда в клинической картине СРК преобладают жалобы на вздутие и метеоризм, при оценке врачом реальной роли газообразования в каждом конкретном случае показано назначение препаратов (симетикон), механизм действия которых основан на ослаблении поверхностного натяжения пузырьков газа в пищеварительном тракте, что обеспечивает резорбцию и свободное выделение газов. При метеоризме симетикон назначают до 3–5 раз в сутки.

Коррекция микробиоценоза кишечника является важной составляющей лечения при СРК. Это связано с тем, что воздействие на микрофлору кишечника приводит к восстановлению рецепторного аппарата кишечника, что в свою очередь сопровождается повышением эффективности других методов лечения. Для восстановления эубиоза применяют препараты-пробиотики (бифидо- и лактосодержащие).

Важным компонентом лечения больных с СРК служит применение психотропных средств и психотерапевтических методов, что обусловливается частой связью клинических симптомов СРК с психотравмирующей ситуацией, повышенным уровнем тревоги и депрессии, который обнаруживается у 40–60% пациентов.

Несмотря на широкий спектр применяемых в терапии СРК лекарственных средств, пока нет способов излечения данного заболевания, а действующие методики направлены на облегчение симптомов. Эффективность ряда используемых в настоящее время методов лечения была изучена в плацебо-контролируемых исследованиях, при этом выраженность действия изучаемых препаратов была подтверждена лишь у определенной части пациентов. В этой связи прилагается немало усилий для разработки новых лечебных подходов. Все большее значение в терапии СРК приобретают эффективные и безопасные фитопрепараты, обладающие минимальной возможностью развития побочных эффектов. Растительный препарат Иберогаст содержит ряд действующих компонентов, которые и солитарно, и содружественно

оказывают разноплановые действия, что весьма желательно при дисфункциональных расстройствах. Благодаря этому Иберогаст хорошо переносится и может входить в состав комплексной терапии СРК, поскольку действует сразу в нескольких направлениях:

- быстро устраняет тошноту, метеоризм, запор и диарею;
- нормализует моторику желудочно-кишечного тракта.

Эффективность и безопасность Иберогаста подтверждены многочисленными клиническими плацебо-контролируемыми исследованиями, в которых участвовали 7 613 взрослых пациентов (по стандартам GCP). Результаты исследований показывают, что препарат может быть эффективным в лечении СРК вне зависимости от преобладания тех или иных симптомов.

В отношении эффективности других препаратов продолжаются клинические исследования по применению при СРК.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактические меры должны включать нормализацию образа жизни и соблюдение режима питания, отказ от неоправданного применения препаратов. Течение болезни хроническое, рецидивирующее, без прогрессии и осложнений. Риск развития воспалительных заболеваний кишечника и колоректального рака у больных с СРК такой же, как в общей популяции. Прогноз жизни при СРК благоприятный, однако качество жизни резко ухудшается у пациентов с тяжелой степенью течения, т. к. в этом случае нарушается трудоспособность больных. Как причина временной нетрудоспособности в мире диагноз СРК 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. Только совместные усилия врача и пациента с применением медикаментозных и немедикаментозных методов терапии позволят добиться успеха.



ЛИТЕРАТУРА

1. Шептулин А.А., Кучумова С.Ю. Новое в изучении проблемы синдрома раздраженного кишечника. Рос. журн. гастроэнтерол., колопроктол. 2009; 4: 81–5.
2. Ривкин В.Л., Файн С.Н., Бронштейн А.С., Ан В.К. Руководство по колопроктологии. 2-е изд. М: Медпрактика, 2004.
3. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. — М.: МИА. — 2001.
4. Петров Д.С. Синдром раздраженного кишечника. Cons. Med. 2009; 8: 40–3.
5. Орлинская И.Н., Ривкин В.Л., Данюшин С.Н. Эндоскопия кишечника у больных общетерапевтического стационара. Cons. Med. 2009; 8: 61–4.
6. Щербенков И.М. Лечение диарейного синдрома в практике терапевта поликлиники. Справ. поликлинич. врача. 2009; 7: 44–53.
7. Василенко В.В. Дисбактериоз — синдром раздраженного кишечника. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2000; 6: 61–9.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.

Иберогаст®

Растительная альтернатива
в лечении желудочно-кишечных заболеваний



- УСТРАНЯЕТ ТОШНОТУ, МЕТЕОРИЗМ, НАРУШЕНИЯ СТУЛА
- ИЗБАВЛЯЕТ ОТ ТЯЖЕСТИ И СПАЗМОВ В ЖИВОТЕ
- НОРМАЛИЗУЕТ МОТОРИКУ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА



Bionorica®

Единство природы и современных технологий

Регула, ЛП 000094-211210