

А.А.ШЕПУЛИН, д.м.н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва

Современные подходы

К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

СРК является наиболее часто встречающимся гастроэнтерологическим заболеванием. Среди населения развитых стран он встречается в среднем у 15—20%. СРК выявляется у 28% всех пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам. Выбор лекарственных препаратов при СРК определяется клиническим вариантом заболевания. Единственным классом лекарственных препаратов, эффективность которых подтверждена для лечения болей при СРК, являются спазмолитики. Проведенные метаанализы показали, что эффективность спазмолитиков при лечении больных СРК составляет 53—61%.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, запор, диарея, слабительные средства, спазмолитики

Синдром раздраженного кишечника (СРК) в соответствии с «Римскими критериями III» (2005) определяется как комплекс функциональных расстройств, включающих в себя рецидивирующие боли или дискомфорт в животе, отмечающиеся по меньшей мере 3 дня в течение месяца на протяжении последних 3 месяцев (при общей продолжительности клинических симптомов не менее 6 месяцев) и сочетающиеся с двумя из трех следующих признаков: боли уменьшаются после акта дефекации; боли сопровождаются изменением частоты стула; боли сопровождаются изменением консистенции стула. Различают следующие клинические варианты СРК: с запорами, диареей, смешанный (с чередованием запоров и диареи) и неклассифицируемый. Изменения консистенции кала, устанавливаемые в соответствии с Бристольской шкалой, являются основным признаком того или иного варианта СРК: 1-й и 2-й пункты этой шкалы (твердый, комковатый кал в виде «орешков») характерны для варианта СРК с запорами, 6-й и 7-й пункты (кашицеобразный или водянистый кал) — для варианта СРК с диареей [8].

СРК является наиболее часто встречающимся гастроэнтерологическим заболеванием. Среди населения развитых стран он встречается в среднем у 15—20%. СРК выявляется у 28% всех пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам, и у 8—12% больных, обращающихся к врачам общей практики [3].

Важное место в патогенезе СРК занимают различные нарушения двигательной функции кишечника, в частности повышение сократительной активности гладкомышечных волокон стенки кишечника, считающееся основной причиной возникновения болей у пациентов с СРК. У больных СРК наблюдается повышенная чувствительность стенки кишечника к растяжению (висцеральная гиперчувствительность), которая может приводить к снижению порога болевой чувствительности (висцеральной гипералгезии). Модулирующую роль при этом может играть измененная активность центральной нервной системы. Так, при растяжении прямой кишки у больных СРК активируются не лимбические структуры, а префронтальная зона коры, ответственная за депрессивные реакции.

■ СРК выявляется у 28% всех пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам, и у 8—12% больных, обращающихся к врачам общей практики.

Перенесенная кишечная инфекция (так называемый постинфекционный СРК), психоэмоциональный стресс, физическая или сексуальная травма, перенесенная больным (особенно в детском или подростковом возрасте), могут способствовать возникновению нарушений моторики кишечника и повышенной висцеральной чувствительности. Клиническая картина СРК неспецифична, поэтому при постановке диагноза необходимо исключить широкий круг органических заболеваний: опухоли толстой и прямой кишки, хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона), микроскопический (коллагеновый и лимфоцитарный) колит, дивертикулярную болезнь кишечника, дисахаридазную недостаточность, целиакию и др. [2]. При обследовании пациентов следует обращать внимание на наличие у них «симптомов тревоги», обнаружение которых делает диагноз СРК маловероятным и требует поиска серьезного заболевания органической природы.

К «симптомам тревоги» относится появление первых симптомов СРК в пожилом возрасте, лихорадка, примесь свежей крови в кале (гематохезия), возникновение кишечных расстройств в ночное время, необъяснимое похудание, прогрессирующее течение заболевания, анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, стеаторея и полифекалия [1].

Для подтверждения диагноза СРК проводят клинические и биохимические исследования крови, анализ кала (общий и на скрытую кровь), колоноскопию (желательно с биопсией), ультразвуковое исследование (при необходимости — компьютерную томографию) органов брюшной полости. Целесообразны консультации гинеколога и психотерапевта.

Помимо общих мероприятий (нормализации образа жизни, режима и характера питания больных, подбора диеты с учетом индивидуальной переносимости и непереносимости пациентами тех или иных продуктов) необходимо установить правильные взаимоотношения между врачом и пациентом (patient-physician relationship) [4].

Необходимо попытаться выяснить причины (опасения, связанные с возможностью наличия серьезного или неизлечимого заболевания, перенесенные больным нервно-психические стрессы и др.), заставившие больного обратиться к врачу.

Во время бесед с больными важно объяснить им на доступном уровне механизм возникновения болей в животе и других

клинических симптомов, в т.ч. нарушений моторики желудка и кишечника и висцеральной чувствительности. Иногда объяснение механизмов развития симптомов функциональных кишечных расстройств позволяет добиться хорошего терапевтического эффекта, не прибегая к назначению лекарственных препаратов.

«Переубеждение» больных помогает выявить и устранить опасения в отношении возможности наличия у них серьезного заболевания (в частности, злокачественной опухоли толстой кишки). Это достигается демонстрацией больному нормальных данных лабораторного и инструментального обследования. Ведение пищевого дневника помогает выявить алиментарные факторы, способствующие возникновению клинических симптомов.

Диетические рекомендации для больных с СРК зависят от характера нарушений стула. Так, при СРК с преобладанием диареи желателен исключить из рациона продукты, богатые растительной клетчаткой (капуста, бобовые и др.), усиливающие перистальтическую активность кишечника. У больных СРК с запорами целесообразно обогащать пищевой рацион растительными волокнами (отрубями). К сожалению, значительное число пациентов (до 50%) плохо переносят отруби из-за усиления метеоризма и самостоятельно прекращают их прием.

Выбор лекарственных препаратов при СРК определяется клиническим вариантом заболевания. Больным СРК с запорами можно назначить псилиум, содержащий пустые клеточные оболочки подорожника *Plantago ovata*, удерживающие воду и увеличивающие объем кишечного содержимого.

В большинстве случаев приходится применять слабительные препараты раздражающего (антрахиноны, бисакодил, пикосульфат натрия) или осмотического действия (макрогол, лактулоза), которые увеличивают частоту стула (как показали контролируемые исследования — с 2,0 до 5,0 раза в неделю), но обладают побочными эффектами: вызывают диарею, усиливают боли в животе и метеоризм, способствуют развитию электролитных нарушений (гипокалиемия), вызывают дегенеративные изменения клеток Мейснеровского и Ауэрбаховского сплетений стенки кишечника и меланоз кишечника (антрахиноны), а также эффект привыкания.

В связи с этим в настоящее время проводятся крупные исследования, касающиеся возможности применения других групп лекарственных препаратов, стимулирующих моторику кишечника, например агониста опиоидных рецепторов тримебутина. Агонисты 5-HT₄-рецепторов серотонина, усиливающие выделение ацетилхолина в межмышечных нервных ганглиях кишечника, — цизаприд и тегасерод, несмотря на хороший клинический эффект, были изъяты из обращения (цизаприд — из-за способности удлинять интервал QT на ЭКГ и вызывать серьезные нарушения сердечного ритма, тегасерод — из-за повышения частоты сердечно-сосудистых осложнений). В настоящее время в европейских странах разрешено применение нового препарата этой группы прукалоприда (в дозе 2—4 мг/сут), не оказывающего неблагоприятного влияния на сердечно-со-

судистую систему. Продолжаются исследования, направленные на изучение возможности использования при лечении СРК с запорами активаторов хлоридных каналов 2-го типа, способствующих увеличению секреции воды и хлоридов в кишечнике (препарат этой группы любипростон уже разрешен к применению в США), синтетических аналогов гуанилатциклазы (линаклотид) и ингибиторов транспортера желчных кислот, увеличивающих кишечную секрецию и вторично стимулирующих моторику кишечника [6].

Для лечения больных с диарейным вариантом СРК чаще всего назначают агонист опиоидных рецепторов лоперамид (2—4 мг/сут), угнетающий пропульсивную моторику кишечника, но часто вызывающий запоры и не влияющий на другие симптомы СРК. Антагонист 5-HT₃-рецепторов алосетрон, замедляющий кишечный транзит, разрешен в ряде стран для лечения резистентных форм диарейного ва-

рианта СРК у женщин (США), однако способен (правда, сравнительно редко) вызывать развитие ишемического колита. При диарейной форме СРК возможно применение висмута трикалия дицитрата (по 240 мг 2 раза в сутки курсом до 4 недель) и невсасывающего антибиотика рифаксимины (по 400 мг 2 раза в сутки курсом 7—10 дней). В стадии клинического испытания находятся в настоящее время клофелемер, тормозящий секрецию хлоридов в кишечнике, и селективный ингибитор кальциевых каналов кишечника верапамил.

Единственным классом лекарственных препаратов, эффективность которых подтверждена для лечения болей при СРК, являются спазмолитики. Проведенные метаанализы показали, что эффективность спазмолитиков при лечении больных СРК составляет 53—61%, тогда как эффективность плацебо — 31—41% [7, 9]. Оптимальным препаратом этой группы для лечения СРК в настоящее время является пинаверия бромид (Дигестал), оказывающий селективный спазмолитический эффект в отношении гладкомышечных клеток кишечника, уменьшающий висцеральную чувствительность и не оказывающий системных побочных эффектов (в частности, не влияющий на артериальное давление). По сравнению с другими спазмолитическими препаратами (гиосцина бромидом, тримебутином, циметропия бромидом, отилония бромидом, дицикломином) пинаверия бромид отличается наилучшей переносимостью [9]. Препарат назначают в дозе 100 мг 3 раза в сутки.

При отсутствии у больных СРК положительного эффекта от применения гастроэнтерологических препаратов обсуждается вопрос о назначении (лучше всего после предварительной консультации психиатра) трициклических антидепрессантов (например, дезипрамина) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетина, флувоксамина, циталопрама).

Некоторые больные негативно воспринимают назначение данных лекарственных средств, считая, что они предназначены для лечения психических заболеваний. В таких случаях в беседе с больными следует сделать упор не на психотропные свойства трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а на наличие у этих ле-

■ Продолжаются исследования, направленные на изучение возможности использования при лечении СРК с запорами активаторов хлоридных каналов 2-го типа.

