

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА:

ОТ ДИАГНОЗА ДО ЛЕЧЕНИЯ

Проблема функциональных заболеваний кишечника (ФЗК) является дискуссионной на протяжении многих лет. Используемые в настоящее время диагностические критерии ФЗК предполагают отсутствие морфологических и биохимических нарушений. Однако поиски субстратов для верификации этой патологии продолжаются и в настоящее время.

Ключевые слова: функциональные заболевания кишечника, Римские критерии III, синдром раздраженного кишечника, лечение.

R.G. MYAZIN, PhD in medicine, Volgograd State Medical University
IRRITABLE BOWEL SYNDROME: FROM DIAGNOSIS TO THERAPY

The problem of functional intestine diseases has been a discussion subject for many years. Diagnostic criteria of FID presuppose no morphological and biochemical disturbances. But search of substrates for verification of this pathology continue till now.

Keywords: functional intestine diseases, Roman criteria III, irritable intestine syndrome, therapy.

Термин «синдром раздраженной кишки» 100 лет назад ввел в клиническую практику Уолтер К. Альварес, который в 1915 г. в своей оригинальной статье впервые описал локальное повышение тонуса кишки и изменение характера перистальтики кишечника, приводящие к изменению транзита, в ответ на раздражающие стимулы [1]. В настоящее время синдром раздраженного кишечника (СРК) является функциональным кишечным расстройством, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патогенетических механизмов: психосоциального воздействия и сенсомоторной дисфункции, т. е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности.

В 1988 г. в Риме Международная группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника», дала его определение и разработала критерии постановки диагноза, получившие в дальнейшем название «Римские критерии СРК».

В 1999 г. в Риме были приняты следующие диагностические критерии синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии II) – наличие болей или абдоминального дискомфорта в течение 12 (не обязательно последовательных) недель за последние 12 месяцев в сочетании с двумя из следующих трех признаков:

- купирующиеся после акта дефекации;
- ассоциирующиеся с изменением частоты стула;
- ассоциирующиеся с изменением формы кала.

В соответствии с «Римскими критериями II» СРК – это устойчивая совокупность функциональных расстройств продолжительностью не менее 12 нед. на протяжении последних 12 месяцев, проявляющаяся болью и/или дискомфортом в животе, которые проходят после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции

стула и сочетаются на протяжении 25% времени заболевания не менее чем с двумя стойкими симптомами нарушения функции кишечника – изменениями частоты стула, консистенции кала, самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации), выделением слизи с калом, метеоризмом (табл. 1).

Таблица 1. Римские критерии СРК

Боли или дискомфорт в животе, которые:	Два или более следующих симптома на протяжении ¼ этого времени:
<ul style="list-style-type: none"> • проходят после дефекации; • связаны с изменениями частоты стула (запорами, поносами или их чередованием); • связаны с изменениями консистенции стула 	<ul style="list-style-type: none"> • изменения частоты стула (чаще чем 3 раза в день или реже чем 3 раза в неделю); • изменение формы кала (жидкий, твердый); • изменения акта дефекации; • императивные позывы; • чувство неполного опорожнения; • дополнительные потуживания, усилия; • выделение слизи; • метеоризм/вздутие живота

В 2006 г. согласованы и представлены Римские критерии III функциональных расстройств кишечника и подгрупп СРК. В критерии внесен показатель пороговой частоты проявления симптомов, необходимый для соответствия им, а именно 3 или более дней в месяц в течение последних 3 мес. Продолжительность симптомов сокращена до «более чем 6 мес.», до постановки окончательного диагноза. Уточнены также подтипы СРК. В 2016 г. ожидается публикация четвертой редакции Римских критериев.

В соответствии с Римскими критериями III выделяют [2]:

- СРК с запором.
- СРК с диареей.
- Смешанный СРК.
- Неклассифицированный СРК.

Основными этиопатогенетическими факторами СРК считают:

- Нарушения висцеральной чувствительности.
- Психосоциальные воздействия.
- Нарушения моторики.
- Нарушения секреции.

Отличительной особенностью СРК является многообразие жалоб. Главным отличием СРК от других функциональных кишечных расстройств является обязательное наличие боли.

Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48% в различных популяциях. СРК чаще встречается у молодых женщин (от 64 до 69%) и нередко сочетается с другой функциональной патологией [3–5]. В России за медицинской помощью с симптомами СРК обращаются около 10% больных, при этом 5% пациентов попадают к врачам других специальностей – чаще всего к хирургам, эндокринологам и гинекологам [6].

Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48% в различных популяциях. СРК чаще встречается у молодых женщин (от 64 до 69%) и нередко сочетается с другой функциональной патологией

Изучение особенностей восприятия боли и церебро-энтеральных взаимодействий. Whitehead с помощью баллонно-дилатационного теста обнаружил феномен висцеральной гиперчувствительности при быстром механическом растяжении стенки прямой кишки у больных с СРК. Было обнаружено 2 вида висцеральной гиперчувствительности:

- 1) снижение порога восприятия боли;
- 2) более интенсивное ощущение боли при нормальном пороге восприятия.

При СРК наблюдался диффузный характер нарушения восприятия боли на всем протяжении кишечника.

В настоящее время считается, что в формировании болевого синдрома при СРК и главного его патогенетического звена – висцеральной гиперчувствительности – принимает участие комплекс взаимосвязанных механизмов. Ключевыми из них являются нарушения кишечной моторики [7], изменение качественного и количественного состава интестинальной микробиоты [8], нарушение функции слизистого барьера [9, 10], неярко (low-grade, субклинически) выраженные воспалительные изменения в слизистой оболочке кишечника [11] и нарушенное функционирование нейрогуморальной оси «головной мозг – кишечник» [12–14].

F. Weber и R. McClum предложили клиническую классификацию, в которой в зависимости от ведущего симптома выделяются три варианта течения СРК:

- 1) с преобладающими болями в животе и метеоризмом;
- 2) с преобладающей диареей;
- 3) с преобладающими запорами.

В настоящее время считается, что в формировании болевого синдрома при СРК и главного его патогенетического звена – висцеральной гиперчувствительности – принимает участие комплекс взаимосвязанных механизмов

Характерным для СРК является наличие абдоминальной боли в сочетании с диареей или запорами. Боль в животе может быть различной интенсивности, локализуется, как правило, внизу живота, хотя может отмечаться и в других его отделах. Она часто усиливается после нарушения диеты, при всплеске эмоций, на фоне нервного и физического переутомления. Боль уменьшается обычно после акта дефекации или отхождения газов и, что очень важно, не беспокоит в ночное время. Наряду с болями, пациенты нередко отмечают изменения частоты стула: патологическим считается стул более трех раз в день и менее трех раз в неделю. У больных с СРК могут также наблюдаться изменения формы и консистенции кала, появление слизи в кале. Обширный перечень симптомов, обусловленных нарушением пассажа по кишечнику и нарушением акта дефекации, является ведущим в длинном изложении жалоб больными СРК. Пациенты могут предъявлять жалобы, свойственные нейроциркуляторной дистонии с разными синдромами – кардиалгическим, респираторных расстройств, астеническим, цефалгическим и т.д.

Процесс диагностики СРК имеет несколько этапов. Сначала ставится предварительный диагноз (табл. 2) с выделением доминирующего симптома и соответственно его клинической формы. Затем исключаются симптомы «тревоги» (табл. 3) и проводится дифференциальный диагноз [15].

Завершается скрининг СРК выполнением диагностических тестов, включающих клинический и биохимический анализы крови, копрологическое исследование с анализом кала на яйца глистов и цисты лямблий, ЭГДС,

Таблица 2. Признаки, свидетельствующие в пользу функционального генеза клинических расстройств

- Изменчивость жалоб
- Рецидивирующий характер жалоб
- Отсутствие прогрессирования
- Отсутствие снижения веса
- Усиление расстройства под действием стресса
- Связь с другими функциональными расстройствами, такими как синдром диспепсии, синдром вегетативной астении, ортостатические сосудистые расстройства, неврозы, синдром раздраженного мочевого пузыря и др.

Таблица 3. Симптомы, исключающие диагноз синдрома раздраженного кишечника

Жалобы и анамнез
<ul style="list-style-type: none"> • немотивированная потеря массы тела • ночная симптоматика • постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ • начало в пожилом возрасте • рак толстой кишки у родственников
Физикальное обследование
<ul style="list-style-type: none"> • лихорадка • изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия)
Лабораторные показатели
<ul style="list-style-type: none"> • кровь в кале • лейкоцитоз • анемия • увеличение СОЭ • изменения в биохимии крови

УЗИ органов брюшной полости и малого таза, сигмо- или колоноскопию и ирригоскопию. После верификации диагноза назначают первичный курс лечения, по результатам которого вновь обращаются к оценке диагноза. При эффективности лечения может быть выставлен окончательный диагноз СРК, при неэффективности проводится дополнительное обследование. При болевой форме наибольшую ценность могут иметь такие диагностические тесты, как серийная энтерография, интестинальная манометрия, баллонно-дилатационный тест; при диарейной – лактозотолерантный тест, аспирация содержимого тонкой кишки для исследования бактериальной флоры; при запорах – радиоизотопное исследование транзита, изучение аноректальных функций и др.

Лечение больных синдромом раздраженного кишечника является трудной задачей. Это связано с многообразием факторов, приводящих к развитию заболевания, часто возникающими расстройствами психоэмоциональной сферы, наличием в большинстве случаев сопутствующих заболеваний органов пищеварения, что вызывает необходимость одновременного назначения нескольких лекарственных препаратов.

Характерным для СРК является наличие абдоминальной боли в сочетании с диареей или запорами. Боль в животе может быть различной интенсивности, локализуется, как правило, внизу живота, хотя может отмечаться и в других его отделах

Лечение включает меры психосоциальной адаптации, диетотерапию и лекарственную терапию в зависимости от преобладания симптомов – боли, диареи или запоров.

Основные принципы лечения СРК следующие:

1. Диета.
2. Купирование болевого синдрома – спазмолитики.

3. Нормализация моторных нарушений кишечника.
4. Нормализация функции центральной нервной системы (психотропные средства) и снижение висцеральной чувствительности (антидепрессанты и нейролептики).
5. Нормализация ферментного состояния кишечника – пищеварительные ферменты, адсорбенты.

При назначении диеты учитывается вариант СРК. Необходимо следить, чтобы диета была адекватной, сбалансированной.

При СРК с преобладанием диареи необходимо ограничить в рационе газообразующие продукты, растительную клетчатку, жиры, молоко и индивидуально непереносимые продукты. При СРК с преобладанием болей и метеоризма необходимо ограничить в рационе пищевые волокна, газообразующие продукты, молоко. При СРК с запорами необходимо:

1. Употребление пищи с высоким содержанием пищевых волокон.
2. Регулярный прием пищи (особенно важным является прием завтрака).
3. Достаточное употребление жидкости (желательно до 2 л/сут).
4. Регулярное опорожнение кишечника.
5. Ежедневная физическая активность.

Лечение СРК включает меры психосоциальной адаптации, диетотерапию и лекарственную терапию в зависимости от преобладания симптомов – боли, диареи или запоров

Особую роль играют растворимые пищевые волокна (пребиотики), эффект которых обеспечивается:

- увеличением объема кишечного содержимого, что стимулирует рецепторы толстой кишки;
- увеличением концентрации воды в кале;
- увеличением бактериальной массы;
- волокна являются важным субстратом для продукции короткоцепочечных жирных кислот (молочная, пропионовая) и газов (метан, водород, диоксид углерода).

Пациенты с СРК в последние годы все чаще обращаются к фитотерапии. Растительные средства занимают особую нишу в структуре лекарственных средств, пользуясь доверием и популярностью у значительной части населения. Отмечено, что наибольшими поборниками лекарств растительного происхождения являются женщины. Растительные средства имеют сложный состав, содержат ряд действующих компонентов, которые оказывают разноплановые действия, что и желательно при дисфункциональных расстройствах.

Лекарственные препараты растительного происхождения обладают рядом эффектов, направленных на возможные патогенетические механизмы СРК: выраженным противовоспалительным действием, нормализуют тонус гладкой мускулатуры ЖКТ, способствуют устранению спазма без влияния на нормальную перистальтику, а при пониженном тонусе и моторике оказывают тонизирующее,

прокинетическое действие. Помимо этого, они обладают выраженным противовоспалительным, ветрогонным действием, а также включают седативные компоненты [16].

Эффективность и безопасность применения фитопрепаратов при функциональных заболеваниях ЖКТ, в т. ч. СПК, были продемонстрированы в ряде крупных клинических исследований.

Растительные средства занимают особую нишу в структуре лекарственных средств, пользуясь доверием и популярностью у значительной части населения

Анализ применения при СПК препаратов STW5 и STW5II в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании продемонстрировал эффективность, достоверно превышающую эффект приема плацебо. Препарат

STW5 включал иберийку горькую, ромашку, перечную мяту, тмин, солодку, Melissa лимонную, чистотел, корень дудника, расторопшу. Препарат STW5II – иберийку горькую, ромашку, перечную мяту, тмин, солодку, Melissa лимонную [17].

Двойное слепое плацебо-контролируемое исследование включало 208 больных СПК, из них 124 женщины. Продемонстрировано, что при приеме STW5 позитивный эффект статистически значимо превысил результат приема плацебо (по окончании курса лечения общие абдоминальные симптомы (по ВАШ) составили 27,3 против 45,5 при плацебо ($p < 0,05$)). Отмечено, что позитивное влияние не зависело от преобладания тех или иных симптомов [18].

В заключение следует подчеркнуть, что лекарственные препараты растительного происхождения обладают рядом важнейших свойств, необходимых при лечении различных форм синдрома раздраженного кишечника.



ЛИТЕРАТУРА

1. Alvarez W.C. The motor functions of the intestine from a new point of view. *JAMA*, 1915, 65: 388-394.
2. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, 2006, 130(5): 1377-1390.
3. Celebi S, Acik Y, Deveci SE et al. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J. Gastroenterol. and Hepatol.*, 2004, 19(7): 738-743.
4. Hungin AP, Chang L, Locke GR et al. 2005 Irritable bowel syndrome in the United States: Prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2005, 21: 1365-1375.
5. Agreus L, Talley NJ, Svardsudd K et al. 2000 Identifying dyspepsia and irritable bowel syndrome: The value of pain or discomfort, and bowel habit descriptors. *Scand. J. Gastroenterol.*, 2000, 35: 142-151.
6. Яковенко А.В., Иванов А.Н., Прянишникова А.С. и др. Патогенетические подходы в лечении синдрома раздраженного кишечника. *Лечащий врач*, 2001, 7. / Yakovenko A.V., Ivanov A.N., Pryanishnikova A.S. et al. Pathogenetic approaches to therapy of irritable intestine syndrome. *Lechaschiy Vrach*, 2001, 7.
7. Kanazawa M, Palsson OS, Thiwan SI et al. Contributions of pain sensitivity and colonic motility to IBS symptom severity and predominant bowel habits. *Am. J. Gastroenterol.*, 2008, 103: 2550-2561.
8. Simren M, Barbara G, Flint HJ et al. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut*, 2013, 62: 159-176.
9. Camilleri M, Lasch K, Zhou W. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. The confluence of increased permeability, inflammation, and pain in irritable bowel syndrome. *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver. Physiol.*, 2012, 303: 775-785.
10. Shulman RJ, Jarrett ME, Cain KC et al. Associations among gut permeability, inflammatory markers, and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *J. Gastroenterol.* 2014. doi: 10.1007/s00535-013-0919-6.
11. Ford AC, Talley NJ. Mucosal inflammation as a potential etiological factor in irritable bowel syndrome: a systematic review. *J. Gastroenterol.*, 2011, 46: 421-431.
12. Koloski NA, Jones M, Kalantar J et al. The brain-gut pathways in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*, 2012, 61: 1284-1290.
13. Mayer EA, Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Ann. Rev. Med.*, 2011, 62: 381-396.
14. Stasi C, Rosselli M, Bellini M et al. Altered neuro-endocrine-immune pathways in irritable bowel syndrome: the top-down and the bottom-up model. *J. Gastroenterol.*, 2012, 47: 1177-1185.
15. Турко Т.В., Махов В.М. Синдром раздраженного кишечника. *РМЖ*, 2006, 1. / Turko T.V., Makhov V.M. Irritable intestine syndrome. *RMZ*, 2006, 1.
16. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В., Шептак Н.Н. Синдром раздраженного кишечника – коморбидное соматопсихическое заболевание. *РМЖ, Прил. к матер. конгр. Человек и лекарство*, 2012, 2. / Makhov V.M., Romasenko L.V., Turko T.V., Sheptak N.N. Irritable intestine syndrome – comorbide somatopsychic disease. *RMZ, app. to materials of congress Chelovek I Lekarstvo*, 2012, 2.
17. Мадис А., Хольтман Ж., Пляйн К., Хотц Дж. Лечение синдрома раздраженного кишечника препаратами растительного происхождения: результаты двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого многоцентрового исследования. *Российский медицинский журнал гастроэнтерологии*, 2004, 19: 271-279. / Madish A., Kholzman Z., Plyain K., Khotz J. Therapy of irritable intestine syndrome by vegetable origin drugs: results of double blind randomized placebo-controlled multi-center study. *Rossiyskiy Meditsinskiy Zhurnal Gastroenterologii*, 2004, 19: 271-279.18. Simmen U, Kelber O, Jaggi R et al. Relevance of the herbal combination of STW 5 for its binding affinity to the muscarinic M3 receptor. *Naunyn-Schmiede-berg's Arch. Pharmacol.*, 2003, 367(Suppl. 1A): R22.