

И.В. ЕГОРОВ<sup>1</sup>, д.м.н., профессор, М.А. ПОПОВА<sup>2</sup>, к.м.н.<sup>1</sup> Институт интегративной семейной терапии, Москва<sup>2</sup> Поликлиника ООО «АСПЭК-Медцентр», Ижевск

# ДИФДИАГНОЗ СРК,

## ИЛИ ЕЩЕ РАЗ К ВОПРОСУ О «МУСОРНОЙ КОРЗИНЕ»

Клинические критерии синдрома раздраженной толстой кишки очерчены и хорошо известны. Однако нередко врачи-практики приходят к данному суждению, не ориентируясь на критерии. Между тем диагноз хронического колита «вышел из моды», не ставится клиницистами, дабы не прослыть отставшими от современных тенденций. Это приводит к гипердиагностике одного состояния и гиподиагностике другого и, как следствие, к неверному лечебному подходу. Представленный ниже случай демонстрирует ошибочно выставленный диагноз и те последствия, к которым это привело.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, хронический колит, меланоз толстой кишки, психосоматика.

I.V. EGOROV<sup>1</sup>, MD, Prof., M.A. POPOVA<sup>2</sup>, PhD in medicine<sup>1</sup> Institute of Integrative Family Therapy, Moscow<sup>2</sup> Polyclinic of LLC ASPEK-Medcenter, Izhevsk

### DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF IRRITATED BOWEL SYNDROME (IBS) OR ONCE MORE ABOUT DUSTBIN

The clinical criteria of the irritated bowel syndrome are well-defined and well-known. But often practicing doctors come to this judgement without support of criteria. Meanwhile diagnosis of chronic colitis is out of fashion, is not established by clinicians to prevent their acknowledgement as doctors lagging behind modern trends. This leads to hyperdiagnosis of one state and hypodiagnosis of the other state and, as a consequence, to the erroneous therapeutic approach. The case further demonstrates an erroneous diagnosis and consequences to which it led.

**Keywords:** irritated bowel syndrome, chronic colitis, melanosis coli, psychosomatics.

Во все времена существовали диагнозы, которые оказывались удобной «отмазкой» для спешащего доктора. Чего стоит одна вегето-сосудистая дистония, под маской которой могли протекать миокардиты у подростков, ранние проявления эссенциальной гипертензии, неврогенные и психогенные расстройства у молодых людей? Вспоминается фраза М. Classen, написанная еще в 1994 г.: «Диагноз «хронический гастрит» часто выполняет роль «мальчика для битья» (Prügelknabe) и ставится при любых неясных жалобах, касающихся верхних отделов желудочно-кишечного тракта». Другими словами, в практике врача имеются диагнозы – «мусорные корзины», к которым прибегают всякий раз, когда пациент кажется «типовым» и не требующим углубленного поиска.

Такая же участь в последние годы постигла «синдром раздраженного кишечника» (СРК), впервые описанный под названием «слизистого колита» в 1892 г. самим Уильямом Ослером, который выделил основные проявления болезни и обратил внимание на то, что они чаще наблюдаются у пациентов со склонностью к истерии и депрессии. Как только не обозначали проявления этого состояния за последние 100 лет: функциональная колопатия, кишечная колика, дискинезия толстой кишки, невроз кишечника, нервная диарея и т. д. Это лишь подчеркивает, что заболевание такое есть и требует от врача знаний и внимания. Да вот только все чаще именно знаний и внимания оказывается маловато, и СРК выставляется совсем не там, где нужно. Ниже приведем клиническую демонстрацию такого случая.

Пациентка С., 25 лет, обратилась с жалобами на запоры по 6-7 дней, с которыми справляется при помощи

слабительных препаратов. Отмечает давящие боли в животе после еды, вздутие живота. Периодически возникает тошнота, пару раз возникала рвота недавно съеденной пищей. Постоянно испытывает слабость.

При сборе анамнеза выяснилось, что пациентка «болеет, сколько себя помнит». Страдает запорами с детства, позывов к дефекации не испытывала никогда. Сама связывает свое состояние с неправильным питанием и нервно-психическими переживаниями (живет по учебной визе в США, но медицинские консультации и исследования проводит в России). В последние годы раз в неделю использует различные аптечные слабительные средства, понимая, что «стул должен быть». В связи с болью в животе обращалась к врачам. Поскольку самочувствие улучшается после опорожнения кишечника, в основном выставляется диагноз «синдром раздраженного кишечника с запорами». При подробном опросе удалось детализировать характер «боли»: это, скорее, чувство тяжести, дискомфорта без четкой локализации. Однократно был выявлен повышенный уровень антител к тиреоглобулину, в связи с чем предположили, что запоры связаны с гипотиреозом (хотя уровень гормонов щитовидной железы был в норме); принимает 25 мкг эутирокса, однако динамики в состоянии от этого не произошло. За несколько лет перепробовала сеннаде, дульколак, гуталакс, макрогол. По рекомендациям врачей использует ферментативные препараты, желчегонные травы. Хотя считает себя больной «всю жизнь», неприятным дополнением стало присоединение в последние месяцы периодической тошноты, дважды возникла рвота съеденной недавно пищей. Все время испытывает слабость, снижение аппетита (вес стабильный). Спит плохо: долгое засыпание, утром разбитость, сонливость днем.



С. окончила с золотой медалью школу с углубленным изучением иностранных языков, подтвердила международный уровень владения английским (TOEFL). Поступила на факультет международного менеджмента в Университет Массачусетса (Бостон). Обучение, которое необходимо сочетать с подработкой, проходит сложнее, чем она предполагала, занимает почти все время; признается, что «есть хвосты». В настоящее время проводит дома летние каникулы.

Менструальный цикл нерегулярный, menses обильные. Лишь в последние полгода на фоне приема фемостона цикл удалось стабилизировать, кровопотеря стала меньше. Перенесенные заболевания: цистит, дискинезия желчевыводящих путей. Тонзилэктомия в 12 лет. Наследственность: по материнской линии – ревматоидный артрит у матери, сахарный диабет у бабушки, по отцовской – запоры у бабушки. Вакцинацию не проводит.

**В практике врача имеются диагнозы – «мусорные корзины», к которым прибегают всякий раз, когда пациент кажется «типовым» и не требующим углубленного поиска. Такая же участь в последние годы постигла «синдром раздраженного кишечника» (СРК), впервые описанный под названием «слизистого колита»**

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Рост 164 см, вес 51 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, чистые. Отеков нет. Язык обложен белым налетом. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, дующий систолический шум над верхушкой. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 78 ударов в мин. Живот мягкий, несколько вздут (тимпанит над правыми отделами), болезненный по ходу толстой кишки, больше слева. Печень – по краю реберной дуги. Симптомы Ортнера и Пастернацкого отрицательные. Мочеиспускание – без особенностей.

Уже при первичном знакомстве с пациенткой возникли вполне оправданные сомнения в том диагнозе, с которым она велась многие годы. Как известно, правильно собранный анамнез – это 70%-ная гарантия верного диагностического суждения. Синдром раздраженного кишечника – это чаще всего психогенно обусловленный симптомокомплекс, и в этом отношении психологических предпосылок у С. было более чем достаточно: «комплекс отличницы», уязвленный за время учебы в США перфекционизм, жизнь вдали от дома и привычной социальной среды. К этому мы еще вернемся в дальнейшем. Но все эти факторы возникли позже имеющихся у нее проблем со здоровьем. Кроме того, появление запоров с раннего детства уже должно было натолкнуть на мысль об органической, а не функциональной причине симптомов. Не было сомнений в том, что она нуждается в обследовании толстой кишки. До проведения колоноскопии были проведены и некоторые другие исследования.

В клиническом анализе крови гемоглобин 112 г/л, эритроциты  $3,9 \times 10^{12}$  в л, лейкоциты  $8,1 \times 10^9$  в л (палоч-

коядерные нейтрофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы 56%, эозинофилы 3%, лимфоциты 33%, моноциты 6%), тромбоциты  $221 \times 10^9$  в л, СОЭ 21 мм/ч, умеренный анизоцитоз. В общем анализе мочи 2–5 лейкоцитов в п/зр. В биохимическом анализе ферритин 17,0 мкг/л, железо 15,85 мкмоль/л, в остальном – без отклонений от нормы. При анализе кала на фекальный кальпротектин – 186 мкг/г (норма <50 мкг/г). При гормональном исследовании ТТГ 1,64 мМЕ/л, ФСГ 2,6 мМЕ/л (снижен для 21 дня цикла), ЛГ 5,4 мМЕ/л, пролактин 124,2 мМЕ/л, СТГ 7,3 нг/мл.

При УЗИ внутренних органов – признаки диффузных изменений поджелудочной железы. При ЭГДС, проведенной за месяц до настоящей консультации, выявлен поверхностный гастрит.

**Фиброколоноскопия:** эндоскоп удалось провести до поперечного отдела ободочной кишки. В анальном канале виден внутренний одиночный геморроидальный узел до 5-6 мм диаметром. В просвете кишечника, на стенках кал типа пластилина. Водой не отмывается. В просвете кишечника много мутной клейкой слизи, образующей нити в просвете и напоминающей бронхиальную слизь (рис. 1). Водой слизь не отмывается. Сигма удлинена. Прохождение ее сопровождается болезненными ощущениями у пациентки. Перистальтика прослеживается, симметричная. Слизистая на всех видимых участках отечная, крипты заполнены густой слизью. Видны белесоватые участки до 2-3 мм в диаметре, напоминающие кисты и заполненные слизью. Капиллярная сеть набухшая, типа внутрислизистых точечных кровоизлияний, поэтому вид слизистой синюшный с многочисленными вкраплениями коричневатых участков различного размера. Произведена биопсия двух участков слизистой сигмовидной кишки. Заключение: Признаки диффузного воспаления и меланоза левых (осмотренных) отделов толстой кишки. Долихосигма. Внутренний геморрой.

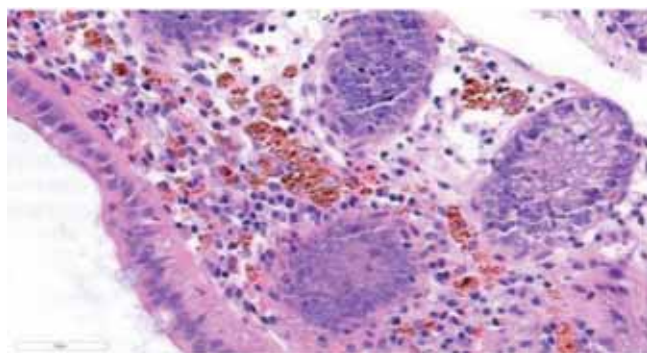
**Морфологическое исследование:** в образцах слизистой толстой кишки на фоне неактивного хронического воспаления в собственной пластинке кластеры крупных клеток без признаков атипии, содержащих в цитоплазме гранулы бурого цвета (рис. 2). Заключение: гистологическая картина не противоречит эндоскопическому диагнозу меланоза толстой кишки и неспецифического колита.

**Рисунок 1.** Картина меланоза слизистой толстой кишки при колоноскопии





**Рисунок 2.** Гранулы меланина в биоптате из толстой кишки



По результатам клинического, инструментального и морфологического исследований был выставлен клинический диагноз: *Долихосигма. Хронический неязвенный колит. Меланоз толстой кишки. Обстипационный синдром. Железодефицитная анемия легкой степени. Астено-невротический синдром.*

**Рекомендовано:**

1. Диета с кисломолочными продуктами, богатая зеленью, орехами. Вареная свекла три раза в неделю. Мюсли, отруби.
2. Расширение питьевого режима до 30 мл/кг массы тела.
3. Постепенный отказ от химических слабительных средств.
4. Мукофальк – одно саше дважды в день (месяц) с последующим переходом на одно саше ежедневно.
5. Дюфалак 20 мл – вечером ежедневно с последующей постепенной отменой
6. Пангрол 25 000 ед., 1 капс. 2 раза в день во время обеда и ужина в течение месяца
7. Сидерал Форте, 1 табл. в день – три месяца с первым контролем ферритина через два месяца после начала терапии.
8. Адаптол 500 мг, 1 табл. 2 раза в день – три недели, затем одна таблетка в сутки до трех месяцев.
9. Йога-терапия, висцеральный массаж.

Уже через неделю пациентка отметила улучшение состояния: появились самостоятельные позывы к дефекации, стул мягкий однократный раз в 2–3 дня. Исчезла тяжесть в животе, тошноты нет. Улучшилось настроение, стала лучше спать.

С точки зрения диагностики нашу пациентку нельзя назвать сложной. Было достаточно одного лишь исследования, чтобы ответить на ключевой вопрос: отчего у нее с детства имелись такие упорные запоры? Причина – в анатомической особенности толстой кишки, в долихосигме. Тогда почему С. так долго вели с неверным диагнозом?

Раньше общепринятым был диагноз «хронический колит», на счет которого относили и боли в животе, и запоры, и метеоризм, и прочие симптомы, которые могли вовсе и не иметь воспалительной («-ит») природы. Не то чтобы такого состояния теперь не было, но на сегодняшний день понятие «колит» принято использовать в более специфических случаях: туберкулезный колит, амебиаз-

ный колит, язвенный колит и т. д. Термин «хронический колит» в старом понимании сегодня не в чести. Ему на смену пришло понятие «синдром раздраженного кишечника». Однако от путаницы и своеобразного «диагностического бедлама» это не спасло. СРК превращен врачами, по большому счету, в некий «хронический гастрит для кишечника», в «мусорную корзину». Пожалуй, стоит снова напомнить условия, необходимые для данного клинического заключения [2].

Как уже упоминалось выше, пациентами оказываются молодые люди (от 15 до 45 лет) с эмоциональной нестабильностью. По складу темперамента: холерики и меланхолики (сангвиники и флегматики – нет). Важный момент – пестрота жалоб: они предъявляются во множестве (и живот урчит, и сердце «колет», и щитовидка «душит»), а объективной картины почти никакой нет.

Согласно Четвертым Римским диагностическим критериям (2016 г.), СРК устанавливают в случае, если рецидивирующая боль в животе, возникающая не менее 3 дней в месяц за последние 3 месяца, на протяжении не менее 6 месяцев перед постановкой диагноза, сочетается с двумя или более признаками:

- купирование или уменьшение боли после дефекации<sup>1</sup>,
- начало ассоциируется с изменением частоты стула,
- начало ассоциируется с изменением консистенции кала.

Соответствует ли клиническая картина нашей больной этим критериям? Абсолютно не соответствует! Во-первых, не столько запоры появились на фоне «боли» (как это понимали встречавшиеся ей в прошлом врачи), сколько неприятные ощущения в животе сопровождали многолетний обстипационный синдром. Во-вторых, у С. по большому счету нет никакой боли. Есть вполне закономерная тяжесть, чувство переполненности, которая не может не присутствовать у человека, который ежедневно ест, но в туалет не ходит по многу дней. В-третьих, разве можно брать в расчет то, что после опорожнения кишечника раз в неделю на фоне слабительного средства ей становилось легче? Кому же не будет лучше при «освобождении» после стольких дней «завала»? Разве это похоже на уменьшение болевого синдрома при СРК после самостоятельной дефекации? Другими словами, диагноз был совершенно неверным и способствовал развитию осложнений, которые и выявились при колоноскопии [3].

СРК – это диагноз исключения! Даже сама клиническая картина нашей больной «кричала», что заболевание у нее органическое. При лабораторном исследовании выявлен повышенный кальпротектин – свидетельство воспалительного компонента. Это вещество образуется нейтрофилами, выходящими в просвет кишечника, и обнаруживается лишь при наличии той или иной степени колита (или энтерита). При болезни Крона или неспецифическом язвенном колите кальпротектин оказывается очень высоким (более 500 мкг/г и даже выше 1000 мкг/г). При СРК он в норме [4]. У С. обнаружено повышение до

<sup>1</sup> Так этот признак был сформулирован в Третьих Римских критериях (2006 г.) Четвертые заменили его на: «боль связана с дефекацией», однако мы сами ни разу не встречались с ситуациями, когда при СРК болевой синдром после дефекации усиливался. Он именно уменьшается либо полностью проходит.



186 мкг/г. Данные колоноскопии в полной мере объясняли эту лабораторную «находку».

Что же было обнаружено эндоскопистом, кроме факта долихосигмы? Колит! Публикации последнего десятилетия постепенно сформировали у клиницистов впечатление, что ни колита, ни дисбиоза вроде как не существует, что это «устаревшие взгляды». На самом-то деле сами по себе длительные запоры не могут не привести к воспалительным вторичным изменениям в толстой кишке!

В патогенезе хронического колита большую роль играют ослабление неспецифических иммунологических механизмов, аллергический компонент, сенсибилизация к аутомикрофлоре, дисбактериоз, появление бактериальных штаммов с повышенной вирулентностью. Патологические изменения в толстой кишке неспецифичны и имеют стереотипный характер независимо от причин, ведущих к их развитию. Морфологически обнаруживаются дистрофические изменения эпителия толстой кишки, вплоть до атрофии, выраженная клеточная инфильтрация слизистой и мышечного слоя, расширение или атрофия крипт, увеличение бокаловидных клеток, полнокровие капилляров, соединительнотканное разрастание.

Обратимся снова к протоколу фиброколоноскопии. Специалист подчеркивает, что напоминающий пластилин кал не отмывается водой. Под ним неминуемо возникнет повреждение слизистой: на всех видимых участках она отекает, крипты заполнены густой слизью. Она же в большом количестве определяется в просвете, растягивается

между стенками клейкими нитями. И хотя согласно МКБ 10-го пересмотра выделяют радиационный, токсический, аллергический, паразитарный и протозойный, а также лекарственный варианты колита, вновь следует подчеркнуть, что важное значение имеют предшествующие функциональные нарушения в толстой кишке: дискинезии, избыточное отделение слизи, нервно-эндокринные нарушения и др.

Но, кроме воспаления, упорные запоры вызвали у С. еще одно осложнение: меланоз толстой кишки. К нему приводит не только обстипация, но и сопутствующее злоупотребление слабительными препаратами. Сам термин звучит тревожно, наводя на мысль об онкологическом процессе. Однако меланоз – доброкачественное состояние (хотя при длительном «стаже» увеличивается частота колоректального рака). Он характеризуется наличием глубокой пигментации, нарастающей от внутреннего конца анального сфинктера в проксимальном направлении. Происхождение и характер пигмента остаются спорными, хотя последние данные электронной микроскопии указывают на то, что это липофусцин, образующийся перерожденными митохондриями [5].

Большинство пациентов с меланозом толстой кишки предъявляют жалобы на запоры и имеют в анамнезе факт злоупотребления слабительными в больших дозах. С отменой слабительных препаратов меланоз толстой кишки может исчезать. Меланоз обнаруживается, как правило, случайно во время выполнения эндоскопического



**РЕПРЕНТ**

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ  
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.



ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

**ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ  
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО**

105082,  
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.  
Тел.: 8 495 780 3425  
факс: 8 495 780 3426  
info@reprent.ru

www.remedium.ru



исследования по поводу симптомов какого-либо другого заболевания толстой кишки. Окраска слизистой оболочки, определяемая при эндоскопии, варьирует в широких пределах. Пигментация может быть светлой, серовато-коричневой, темно-коричневой или даже черной. Сплошной характер окрашивания отсутствует, имеется множество тонких желтоватых разделительных линий, обуславливающих мозаичную картину. Причина этой исчерченности заключается в поверхностных кровеносных сосудах кишечной стенки и лимфатических фолликулах, имеющих вид желтых пятен.

**В патогенезе хронического колита большую роль играют ослабление неспецифических иммунологических механизмов, аллергический компонент, сенсибилизация к аутомикрофлоре, дисбактериоз, появление бактериальных штаммов с повышенной вирулентностью**

Меланоз толстой кишки не требует лечения [6]. При прекращении использования химических (в т. ч. и растительных) слабительных средств заболевание проходит самостоятельно. Для нормализации стула следует соблюдать водный режим (пить не менее 2 литров воды в сутки) и диету, богатую растительной клетчаткой и кисломолочными продуктами. Таким пациентам необходимо регулярно заниматься спортом, а при необходимости использования слабительных применять объемные слабительные, например, содержащие шелуху семян подорожника. Наша пациентка прекрасно ответила на такой лечебный подход.

И еще об одном аспекте хотелось бы сказать несколько слов. Как мы уже указывали, С. в последнее время нередко тошнит, несколько раз была рвота. Ни «поверхностный гастрит», выявленный при ЭГДС, ни диффузные изменения в поджелудочной железе объяснить этого не могут. И вот тут-то следует вернуться к тому эмоциональному фону, в котором живет девушка в последние пару лет. Выяснилось, что она оказалась не готова к жизни в США, где ритм обучения и требования Бостонского университета слишком разительно отличались от образа жизни на Родине.

Как это может быть связано с тошнотой? Самым прямым образом! Психосоматической природой тошноты чаще всего оказываются подсознательные страхи: перед новым событием, новыми идеями, каким-то человеком, перед нарушением своих планов или необходимостью покинуть безопасное и привычное место. Когда организм готовится сражаться или убегать, он должен облегчить себя и выбросить все лишнее и из желудка, и из кишечника, и из мочевого пузыря (с последней потребностью связано учащенное мочеиспускание на нервной почве, которое донимает многих невротиков). Кроме того, оборонительное тревожное восприятие мира всегда активизирует симпатическую нервную систему и ингибирует парасимпатическую, которая отвечает за нормальную перистальтику [1].

Другой причиной может быть мышечное перенапряжение, которое возникает в стрессовой ситуации. В первую очередь это касается скелетной мускулатуры, например мышц живота, повышающих внутрибрюшное давление и вызывающих тошноту. Кроме того, на сильное волнение реагируют и мышцы верхних отделов пищеварительной системы, что заканчивается позывами к рвоте. Еще один механизм – аэрофагия: в состоянии тревоги человек, сам того не замечая, дышит ртом, заглатывая порой большие объемы воздуха. Стремясь наружу, он также может вызвать тошноту.

В состоянии острого волнения, сильной внезапной тревоги диспепсические симптомы нарастают быстро, но и проходят сразу после того, как пациент перестает беспокоиться. Однако при наличии постоянного стресса или страха симптомы тошноты могут быть непривязанными к какому-то конкретному событию, поэтому оказываются «неясными», оказываются причиной обращения к гастроэнтерологу. Человеку, пребывающему в состоянии «хронической тревоги», кажется, что он спокоен, он на самом деле это далеко не так, и высокое вегетативное напряжение у него по-прежнему существует. Он как готовился «бороться или убегать», так и готовится. Только сам этого не замечает.

Психотерапевтическая работа не входила в возможности настоящей консультации, поэтому нашей пациентке была рекомендована работа с квалифицированным специалистом. Но существуют меры самопомощи, о которых ей было рассказано: медленное дыхание через нос в момент тошноты, расслабление мышц брюшного пресса, умывание прохладной водой. Кроме того, С. требовалось научиться опровергать мысли о собственной беспомощности. Для этого следует записать на листе бумаги от руки (это важно – не при помощи гаджетов, компьютеров и т. д., именно от руки) те мысли, которые делают ее беспомощной. А затем очень подробно, пункт за пунктом, написать логическое опровержение этих своих мыслей. Чем больше опровержений она нашла бы и чем более логичными и развернутыми они были, тем лучше. Этот метод помогает уменьшить любые физические проявления острой тревоги, в том числе и тошноту.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: Ин-т ОГИ, 2004. 336 с.
2. Ардатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая лекция. *Consilium medicum. Гастроэнтерология. Приложение*, 2010, 8: 21-26.
3. Синдром раздраженного кишечника: учебное пособие. Под ред. И.В. Маева. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ, 2004. 72 с.
4. Шептулин А.А. Синдром раздраженного кишечника. *PMЖ*, 1997, 5(22).
5. Freeman HJ. Melanosis in the small and large intestine. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(27): 4296-4299.
6. Nusko G, Schneider B, Muller G, Kusche J, Hahn EG. Retrospective study on laxative use and melanosis coli as risk factor for colorectal neoplasia. *Pharmacology*, 1993, 47: 234-241.