

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Профессор И.И. ДЕГТЯРЕВА

Украинская военно-медицинская академия, Киев

Изложены современные данные об этиологии, патогенезе, диагностике и принципах лечения синдрома раздраженного кишечника. Приведены существующие классификации заболевания. Патогенетически обоснован выбор современных фармакологических средств, диетотерапии, физических методов для лечения синдрома раздраженного кишечника.

Среди заболеваний кишечника выделяется группа болезней, при которых у пациентов, несмотря на большое количество жалоб и их стабильность, не удается обнаружить морфологической основы клинических симптомов. До настоящего времени нет единого определения данного заболевания. В европейской литературе чаще всего используют термин «синдром раздраженной толстой кишки» (СРТК) или «синдром раздраженного кишечника» (СРК). Длительное время сохранял популярность термин «хронический спастический колит», который нельзя признать удачным, поскольку истинного воспаления слизистой оболочки толстой кишки у больных не отмечается.

В этиологии и патогенезе звеньев заболевания имеет значение влияние нарушений как толстой, так и тонкой кишки: церебральные и спинальные расстройства, приводящие к гиперчувствительности нервного аппарата кишечника; стрессовые ситуации, способствующие нарушению моторно-эвакуаторной функции тонкой и толстой кишки, в том числе отрицательные эмоции; кишечные формы пищевой аллергии, повышенная функциональная активность тонкой кишки в отношении повышенной секреции клетками тонкой кишки неопептидных и пептидных эндогенных регуляторов и гормонов, в частности холецистокинин-панкреозимина, стимулирующего моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки, и др.; синдром избыточного бактериального роста в дистальных отделах тонкой кишки и микробно-ассоциативного нарушения микрофлоры толстой кишки [1; 2]. Это дает основание отечественным ученым и ученым-клиницистам ближнего зарубежья заменить общепринятое в Европе и Северной Америке название заболевания СРТК на СРК.

Термин СРТК существует более 50 лет. Классическими критериями СРТК являются: урчание в животе; метеоризм; увеличение или уменьшение абдоминальной боли после дефекации; нарушения дефекации; видимая перистальтика при наличии боли в животе; позывы к дефекации во время болевой колики; наличие слизи в кале и прямой кишке; чувство неполного опорожнения после дефекации [3].

В соответствии с рекомендациями, выработанными участниками Международного рабочего совещания, состоявшегося в 1988 г. в Риме («Римские критерии I»), СРТК определяется как комплекс функциональных расстройств, продолжающихся свыше 3 мес, основными клиническими проявлениями которого служат боли в животе, обычно уменьшающиеся после дефекации, сопровождающиеся метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника или императивны-

ми позывами к дефекации, а также запорами, поносами или их чередованием [4; 5].

В 1999 г. в Риме был принят Международный консенсус по функциональным гастроинтестинальным расстройствам, включающий диагностические критерии СРК («Римские критерии II»): дискомфорт или боли в животе длительностью не менее 12 нед и не более 12 мес, характеризующиеся двумя признаками из трех: уменьшаются при дефекации; связаны с изменением частоты стула, консистенции и внешнего вида кала.

Симптомы, подтверждающие диагноз СРК: частота стула менее 3 раз в неделю; частота стула более 3 раз в день; твердый или фрагментированный кал; мягкий (кашицеобразный) или водянистый кал; натуживание при опорожнении кишечника; императивный позыв к опорожнению кишечника; чувство неполного опорожнения кишечника; примесь слизи в кале; чувство переполнения или вздутия живота. При варианте течения преимущественно с диареей отмечаются один и более из указанных признаков — 2, 4 или 6-й, при варианте течения преимущественно с запорами — один и более — 3-й или 5-й.

Эпидемиология. СРК является наиболее распространенным среди гастроэнтерологических заболеваний и отмечается у 40–70% больных с заболеваниями органов пищеварения. Женщины болеют примерно в два раза чаще, чем мужчины, но имеются указания, что СРК чаще встречается у мужчин. Болезнь может начаться в детские годы, но чаще всего — в возрасте 30–40 лет. После 60 лет СРК обычно впервые не возникает [6]. СРК встречается приблизительно у трети населения, а как причина нетрудоспособности, в частности в США, занимает второе место после простудных заболеваний, что свидетельствует о социальной значимости болезни [7].

Этиология и патогенез. К основным этиологическим факторам относят отрицательные эмоции, инфекционные заболевания, лекарственное воздействие, особенности питания. Установлено, что отрицательные эмоции, различные стрессовые ситуации влияют на двигательную функцию кишечника, а длительная травматизация психики может вызвать ее нарушения [1].

Значительную роль в гиперчувствительности толстой кишки играет ЦНС: изменение настроения, раздражительность, болезненное восприятие, депрессия, нарушение спинальных афферентных влияний, повышение порога болевой чувствительности, приводящее к гиперрефлексии. Изменение тонуса как центральной, так и периферической нервной системы может приво-

доть к гиперчувствительности кишечника и играть непосредственную роль в развитии СРК. Спинальные и церебральные изменения приводят к гиперчувствительности нервного аппарата кишечника за счет спланхических афферентных влияний у больных с СРК, что было показано при ректальном введении лидокаина.

СРК считается многофакторным и гетерогенным заболеванием, в развитии которого большое значение имеют состояние высшей нервной деятельности и тип личности больного. Это психосоматическое заболевание, по характеру и выраженности нервно-психических реакций занимающее пограничное место между нормой и психопатологией. Более чем у половины пациентов отмечаются соматоформные расстройства с психопатологическими симптомами: чувство тревоги, страха, депрессия, навязчивые состояния, истерические реакции. Среди больных с СРК выделяется группа с ситуационно обусловленными психопатологическими проявлениями и явными эндогенными нарушениями [8]. Причиной развития СРК могут быть также ипохондрия, психастения, паранойя, психопатологические реакции, шизофрения, эгоцентризм.

Повышение механического давления в толстой кишке вызывает ректальную гиперальгезию [9]. Интенсивность центральной и спинальной стимуляции оказывает влияние на кишечную моторику и играет важную роль в формировании СРК.

Определенную роль в этиологии заболевания могут играть инфекции, в частности шигеллы, вирус гепатита В. После острых кишечных заболеваний чаще всего возникают функциональные расстройства кишечника и желудка, в то время как колит развивается редко [10].

Важное значение в развитии СРК придается микробно-ассоциативным нарушениям в толстой кишке (синдром кишечного дисбиоза) с интенсивным ростом условно-патогенной и патогенной протеолитической флоры на фоне снижения роста сахаролитической флоры. Кишечный дисбиоз, возникающий после антибиотикотерапии, однообразного и несбалансированного питания, стресса, радиационного воздействия, перенесенных острых кишечных инфекций и др., часто приводит к СРК. Последний проявляет себя клинически ипохондрией, болью и урчанием в животе, повышенным газообразованием, диареей или обстипацией и др. [11–13].

Кишечный дисбиоз играет немаловажную роль не столько в развитии, сколько в поддержании СРК [6], что приводит к изменению содержания желчных кислот, уменьшению синтеза летучих жирных кислот. Имеет значение и раздражение слизистой оболочки кишечника бактериальными токсинами.

Длительный прием раздражающих осмослабительных, постоянное использование клизм также может привести к СРК в результате перераздражения хеми- и барорецепторов кишечной стенки и последующей потери ими чувствительности. Следует указать, что качество жизни тесно связано с возникновением СРК. При этом синдроме возникает нарушение моторно-эвакуаторной деятельности кишки по гиперкинетическому типу с уменьшением (при поносе) или с увеличе-

нием времени кишечного транзита (при запоре). Эти нарушения могут чередоваться, вызывая диарею или запор. Гиперчувствительность к внешним раздражителям определяет характер болевого синдрома. Повышение секреторной функции кишечника сопровождается увеличением выделения воды и электролитов в просвет кишки, что наряду с гипермоторной дискинезией вызывает или усиливает диарею [1].

В качестве причин СРК выделяют непереносимость некоторых пищевых ингредиентов, гипокинезию, нарушение режима и характера питания (снижение содержания в пище продуктов, богатых растительной клетчаткой). Одним из факторов развития СРК могут быть гиперергические иммунологические реакции либо мальабсорбция. Из-за активации цитокинов и непосредственного влияния пищевых антигенов нарушаются нейроиммунологические функции, транспорт жидкости, кровотока в толстой кишке. Пищевая аллергия возникает на пищевые добавки, микроорганизмы пищи через медиацию IgE и без него.

В патогенезе СРК играют роль гинекологические заболевания, он обнаруживается у многих женщин, страдающих нарушениями менструального цикла, причем выраженность и периодичность возникновения симптомов СРК у таких больных часто коррелирует с усилением гинекологических расстройств.

Для развития СРК имеют значение регуляторные нарушения на оси мозг — кишечник [3]. В патологических взаимодействиях играет роль нарушение баланса между нейротрансмиттерами и регуляторными пептидами, которые контролируют основные функции кишечника (холецистокинин, мотилин, нейротензин), опиоидными пептидами (энкефалины, эндорфины, вазоактивный интестинальный пептид, серотонин и др.). При лабильности ЦНС кишечник является органом-мишенью, реализующим нарушение взаимоотношений между мозгом и висцеральными органами. При этом изменяется порог болевой чувствительности и нарушается восприимчивость рецепторного аппарата кишечника к раздражителям. Способствует возникновению СРК и психосоциальная дезадаптация: плохая приспособляемость больных к окружающей обстановке, неадекватное реагирование на стрессы и неблагоприятные бытовые ситуации [8].

Основными патогенетическими звеньями СРК считают нарушение функции холинергических и адренергических нервов, усиление секреции гастроинтестинальных пептидных гормонов, увеличение количества энтерохромаффинных клеток в слизистой оболочке прямой кишки и синтеза простагландинов в слизистой оболочке толстой кишки, повышенную чувствительность мускулатуры толстой кишки к интестинальным регуляторам. Психогенные и другие этиологические факторы осуществляют патогенное воздействие на функции кишечника с помощью холинергических, адренергических и пептидергических нервов [14].

При электронно-микроскопическом исследовании биоптатов толстой кишки у больных с СРК выявлено повышение почти в два раза по сравнению с нормой содержания холинергических нейросекреторных гранул в нервах подслизистой оболочки, что свидетельствует о повышенной активности холинергических нервов.

Толстая кишка богато снабжена также адренергическими нервными волокнами. В ней отмечается очень высокий уровень обмена адреналина, о чем свидетельствует обнаружение при СРК повышенной экскреции с мочой катехоламинов и их метаболитов. Таким образом, при этом заболевании отмечается дисбаланс обоих звеньев вегетативной нервной системы.

Большое значение в патогенезе СРК имеют гастроинтестинальные пептидные гормоны, в частности холецистокинин, которые стимулируют моторику толстой кишки путем усиления секреции гормонов или повышения чувствительности мускулатуры кишечника к их действию. Важное влияние оказывают непептидные эндогенные регуляторы. Приблизительно 65% серотонина в организме находится в пищеварительном канале, и у больных с СРК в слизистой оболочке прямой кишки обнаруживается увеличенное количество энтерохромаффинных клеток, продуцирующих серотонин. Одним из патогенетических факторов СРК является гиперпродукция простагландинов слизистой оболочкой прямой кишки.

У больных с СРК отмечаются следующие основные нарушения двигательной деятельности толстой кишки: усиление сокращений кишечной стенки при запоре и ослабление при поносе; усиление ретроградных сокращений кишки; корреляция моторики и боли; усиление двигательной реакции кишки на прием пищи и введение парасимпатических средств, холецистокинина; повышенная двигательная реакция кишки на эмоциональное воздействие и стресс; увеличение продолжительности низкочастотного (3 цикла/мин) ритма миоэлектрической активности.

При СРК в сочетании с запором двигательная активность толстой кишки чаще усилена, а у больных с поносом преимущественно ослаблена. У больных возникают нарушения нормальных соотношений между пропульсивной и ретроградной моторикой толстой кишки. Двигательные расстройства толстой кишки являются основной причиной боли. Секреторные процессы в этом отделе кишечника тесно связаны с моторикой. Повышение секреции — существенный механизм поноса при СРК.

У больных с рассматриваемым синдромом повышена чувствительность рецепторов стенки кишки к растяжению, в связи с чем боли и неприятные ощущения возникают у них при более низком пороге возбудимости, чем у здоровых. Наличие у пациентов с СРК висцеральной гипералгезии связано с тем, что периферические раздражители вызывают перевозбуждение спинальных нейронов с последующим формированием болевых ощущений [7].

Одна из причин развития СРК — подавление пациентом позыва к дефекации, что приводит к частичной или полной утрате физиологического рефлекса дефекации. Этому способствует дефицит времени в утренние часы у работающих, путешественников, командировки, некомфортность туалета, стеснительность [1].

Классификация. В МКБ-10 выделяются:

K58 — синдром раздраженного кишечника (включая синдром раздраженной ободочной кишки);

K58.0 — синдром раздраженного кишечника с диареей;

K58.9 — синдром раздраженного кишечника без диареи;

K59 — другие функциональные нарушения кишечника;

K59.0 — запор;

K59.1 — функциональная диарея;

K59.2 — неврогенная возбудимость кишечника;

K59.4 — спазм анального сфинктера;

K59.8 — другие уточненные функциональные нарушения кишечника.

Наиболее удобной в практическом отношении представляется классификация F. Weber и R. McCallum [по 6], в которой в зависимости от ведущего клинического симптома выделяют три основных варианта СРК: 1) с преобладанием диареи (diarrhoea predominant); 2) с преобладанием запоров (constipation predominant); 3) с преобладанием болей в животе и метеоризмом (abdominal pain/gas predominant).

Поскольку в клинической практике крайне редко встречаются изолированные варианты СРК (с запором, поносом или повышенным газообразованием и болью), а чаще наблюдается их сочетание, нами была предложена модификация классификации F. Weber, R. McCallum: 1) вариант с преобладанием обстипационного синдрома; 2) вариант с преобладанием диарейного синдрома; 3) вариант с преобладанием повышенного газообразования и абдоминального болевого синдрома; 4) вариант с преобладанием обстипации в сочетании с болевым абдоминальным синдромом, повышенным газообразованием, болевым абдоминальным синдромом и повышенным газообразованием; 5) вариант с преобладанием диарейного синдрома в сочетании с болевым абдоминальным синдромом, повышенным газообразованием, болевым абдоминальным синдромом и повышенным газообразованием [1].

Клиническая картина. Клинические симптомы СРК, укладывающиеся в рамки «Римских критериев», нельзя считать специфичными для данного заболевания. Они встречаются и при многих органических заболеваниях, в частности опухолях кишечника, дивертикулярной болезни, воспалительных заболеваниях кишечника, хроническом панкреатите и т. д. Вместе с тем ряд особенностей возникновения и течения заболевания могут уже на начальном этапе обследования сделать диагноз СРК более вероятным. К ним относятся, прежде всего, многообразие клинической картины.

При легкой форме СРК имеет место скрытое течение. При обращении к врачу у каждого третьего больного длительность жалоб превышает 5 лет. Более чем у половины больных отмечается канцерофобия. Для СРК обычно характерны длительный анамнез заболевания, изменчивый характер жалоб, связь ухудшения самочувствия с психоэмоциональными факторами. Психологические нарушения у больных весьма разнообразны. Часто отмечаются навязчивые состояния, патологическая тревога, отчетливая тенденция к депрессии. Пациенты жалуются на головную боль в виде мигрени, повышенную утомляемость, нередко наблюдаются плохое настроение, сонливость, расстройство сна и аппетита.

Основным симптомом СРК является боль в животе давящего, распирающего характера, сопровождающаяся вздутием живота, схваткообразная, тупая, жгучая, иногда не поддающаяся описанию. Локализация боли может быть разнообразной. Чаще всего боль локализуется в нижних отделах живота, больше слева, нередко мигрирует. Она может варьировать по интенсивности от легкого дискомфорта до приступов в виде колики, которая иногда симулирует «острый живот». Продолжительность боли — от нескольких минут до нескольких часов.

Важным отличительным признаком СРК является отсутствие болей и других симптомов в ночное время. Чаще всего при засыпании боль исчезает и постепенно появляется вновь при пробуждении. Примерно у 1/3 больных она появляется или усиливается после еды, но при этом не связана с характером пищи. Половине больных опорожнение желудка или отхождение газов приносит облегчение, однако в отдельных случаях после дефекации боль усиливается. Сильные эмоции и стресс часто вызывают усиление боли. У некоторых больных отмечается связь боли с физической нагрузкой [15].

Больные с СРК часто жалуются на боли в крестце, ощущение кома при глотании, неудовлетворенность вдохом, вазоспастические реакции, расстройства мочеиспускания. Почти у 30% больных симптомы СРК сочетаются с проявлениями синдрома неязвенной диспепсии, что объясняется нарушением моторики пищеварительного тракта в патогенезе обоих заболеваний. Проявлениями СРК, кроме диспепсии, могут быть также гастропарез, анорексия, дискинезия сфинктера Одди, головная боль, общая слабость, сонливость, фибромиалгический синдром, боль в пояснице, груди, простатизм, дизурия, гинекологические расстройства.

Больные отмечают также вздутие живота, сопровождающееся у некоторых громким урчанием, что невротизирует их. Метеоризм имеет преимущественно локальный характер, когда газ скапливается в том или ином участке кишки. Сочетание локального метеоризма с определенного типа болью приводит к развитию симптомокомплексов с характерной клинической картиной («синдром селезеночного угла», «синдром печеночного угла», «синдром слепой кишки»).

Расстройства стула встречаются практически у всех больных с СРК. Установлено, что нет необходимости в корреляции между количеством дефекаций и диагнозом констипации. Жалобы на боль или трудности при эвакуации каловых масс (дефекация до 25–30 мин и постоянное натуживание), плотный стул или чувство неполного опорожнения прямой кишки являются наиболее важными для определения запора [16].

Запор при СРК — наиболее частый симптом, обусловленный усилением непропульсивной моторики толстой кишки, что приводит к замедлению транзита и вследствие этого к дегидратации каловых масс. Копростаз локализуется главным образом в нисходящей ободочной и сигмовидной кишках. Запор может быть постоянным или периодически сменяться поносом [1; 17].

Понос при СРК следует рассматривать как хронический, т. е. продолжающийся более 2 нед и име-

ющий рецидивирующее течение. Встречаются следующие его разновидности: со стертой клинической картиной; выраженный понос при отсутствии боли; циклическая смена поноса и запора с выраженной болью.

Стул при СРК может быть овечьим, в виде орехов, сморщенной сосиски, лентообразным, мягкокомковатым, обильным (полифекалия), водянистым [4].

У некоторых больных могут наблюдаться императивные позывы с давлением на низ вследствие дисфункции анального сфинктерного аппарата, которая является компонентом СРК. Они причиняют больным большие страдания, отрицательно сказываются на их психологическом состоянии.

«Слизистая колика» в настоящее время встречается редко (не более 1% случаев). Потеря массы тела для СРК не характерна, она остается в норме или даже повышается. Лишь у каждого пятого больного отмечается умеренное похудение [14].

Диагностика. При обследовании больного с СРК отмечается несоответствие между обилием, а иногда и красочностью предъявляемых жалоб и хорошим общим состоянием пациента, отсутствие признаков прогрессирования заболевания. Обязательно следует обращать внимание на наличие так называемых «симптомов тревоги» (примеси крови в кале, лихорадки, необъяснимого похудения, анемии, повышенной СОЭ и др.), наличие которых делает диагноз СРК маловероятным.

Отсутствие строгой специфичности клинических проявлений СРК обуславливает необходимость обследования пациентов, включающего в себя клинический и биохимический анализы крови, а также колоноскопию, дополняемую в соответствующих случаях биопсией. Уже на данном этапе это позволяет исключить такие заболевания, как рак толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, ишемический колит, дивертикулярную болезнь, амилоидоз, меланоз кишечника, и расстройства, обусловленные злоупотреблением слабительными. По показаниям для исключения инфекционного генеза поражения кишечника определяют в кале бактерии кишечной группы (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии, кампилобактер, клостридии и т. д.). При подозрении на спру или болезнь Уиппла проводят гастродуоденоскопию с биопсией. Внекишечные и ретроперитонеальные изменения распознаются с помощью УЗИ, компьютерной томографии, ангиографии.

Дифференциальную диагностику СРК необходимо проводить с хроническим неязвенным колитом, неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, дивертикулярной болезнью, опухолями толстой кишки, заболеваниями тонкой кишки с диарейным синдромом, кишечными инфекциями.

Лечение СРК включает следующие направления: воздействие на психоэмоциональную сферу больного, коррекцию нарушенных функций кишечника (запор и понос), купирование болевого синдрома и метеоризма.

Дифференцирование гипер- и гипомоторных нарушений толстой кишки важно для правильного выбора лекарственного средства с целью воздействия на двигательную функцию кишечника для улучшения качества жизни пациентов. Полный комплекс терапев-

тических мероприятий при СРК должен включать психотерапию, соответствующую диету, лекарственные средства и физиотерапию.

Психотерапия играет важную роль в лечении больных с СРК. Применяют все ее виды, включая гипносуггестию, «абдоминальный» вариант аутогенной тренировки, различные методы поведенческой психотерапии и др. При обнаружении у больных проявлений депрессии и симптомов повышенной тревоги психотерапевтические беседы могут дополняться назначением антидепрессантов (амитриптилин, феварин, прозак, золофт) или анксиолитиков (транксен). Применение антидепрессантов, причем в сравнительно невысоких дозах (50 мг амитриптилина в сутки), позволяет полностью купировать клинические симптомы или добиться заметного улучшения у 61–89% больных с СРК [4].

Применяется также сульпирид (эглонил), обладающий антидепрессивным эффектом. Сульпирид — первое производное бензамида, отличающееся в химическом отношении от большинства традиционных нейрореплетиков, не оказывает выраженного седативного действия и не вызывает заторможенности [18]. Действие эглонила связывают с активностью дофаминчувствительной аденилатциклазы [19; 20]. Препарат оказывает эффект также за счет блокады периферических дофаминовых рецепторов кровеносных сосудов и гладкой мускулатуры ЖКТ [21]. Лечение эглонилом позволяет устранить абдоминальные боли, у больных уменьшаются функциональные желудочно-кишечные симптомы: нормализуется двигательная функция толстой кишки; редуцируются тошнота, рвота, чувство тревоги, улучшаются аппетит и сон [21; 22].

Эглонил назначают больным с СРК, сопровождающимся запором и выраженной абдоминальной болью, одним из соматоформных расстройств: тревогой, депрессией, ипохондрическим синдромом, нарушением сна. Назначение эглонила в дозе 50 мг 2 раза в день на фоне базисного лечения СРК приводит к исчезновению у больных клинических проявлений (абдоминальные боли, метеоризм) к 7–10-му дню; у части больных обстипационный синдром устраняется без дополнительного назначения слабительных. При этом ликвидируются также соматоформные проявления (улучшаются настроение, качество сна, устраняются тревога, депрессия), в то время как без эглонила проявления соматоформных расстройств уменьшаются к 4-й нед, а у некоторых больных сохраняются и после лечения [22; 23].

Специальная диета для больных СРК не разработана. Пациенты должны получать полноценный разнообразный пищевой рацион, исключая лишь плохо переносимые продукты. Предпочтение следует отдавать продуктам, содержащим пищевые волокна.

При СРК, протекающем с обстипацией, назначают диету № 3 по Певзнеру, включая в пищевой рацион разнообразные напитки, газированные воды в холодном виде; хлеб ржаной и хрустящие хлебцы с отрубями; однодневные молочнокислые продукты (кефир, ацидофильное молоко, простокваша), сметану, творог; сливочное и растительное масло; мясо и рыбу в любом виде; супы в холодном виде; крупы (гречневая, ячме-

вая, перловая); яйца вкрутую; сырые овощи и фрукты (морковь, чернослив, квашеная капуста, абрикосы); мед, компоты, варенье; закуски и соусы. Исключаются кофе, крепкий чай, какао, шоколад, кисели, слизистые супы, протертые каши, сдобное тесто. Ограничиваются блюда в горячем виде. При проктогенном запоре, а также при запоре, сопровождающемся болью, с целью максимального щажения овощи дают в отварном и протертом виде, мясо рубленое или отварное (диета № 3а).

При запоре в сочетании с выраженным метеоризмом в рационе ограничивают капусту, картофель, бобовые, арбуз, виноград, ржаной хлеб и цельное молоко. Для усиления эвакуации кишечного содержимого рекомендуют свеклу, морковь, тыкву, чернослив, овощные и фруктовые соки.

При СРК, сопровождающемся поносом, из диеты исключают все продукты, стимулирующие опорожнение кишок, вводят вещества, уменьшающие перистальтику (диета № 4). Пищу следует принимать 5–6 раз в день небольшими порциями. В рацион питания включают крепкий горячий чай, кофе, какао на воде, отвар из черники, белые сухари, сухое несдобное печенье; молочные продукты (кефир, простоквашу трехдневную, свежий творог в протертом виде); масло сливочное в небольшом количестве; яйца и яичные блюда в ограниченном количестве; рисовый или овсяный отвар. Ограничивают мясо, поваренную соль, сахар и сахаристые вещества. Сахарозаменители (цикламат, сахарин) могут отрицательно влиять на течение СРК. Исключаются пряности, острые и соленые приправы и блюда, овощи, фрукты, черный хлеб, молоко и свежие кисломолочные продукты, жирные сорта рыбы и мяса, холодные напитки и блюда, сдобное тесто и пироги.

Диету №4 назначают лишь на короткое время, а затем переходят на диеты типа № 2а и 2. Длительное пребывание на строгой диете вредно, так как приводит к белковому и витаминному голоданию, усиливает понос, вызывает истощение организма.

При доминировании в клинической картине СРК запоров большое значение приобретают диетические рекомендации, в частности обогащение пищевого рациона балластными веществами. Представляя собой чаще всего пустые клеточные оболочки растений, балластные вещества связывают воду в кишечнике, увеличивая объем кишечного содержимого, усиливая перистальтику кишечника и способствуя его опорожнению. С целью повышения содержания в рационе питания балластных веществ в него целесообразно включать хлеб из муки грубого помола, овощи и фрукты (яблоки, капусту), пшеничные отруби.

При плохой переносимости капусты, пшеничных отрубей и других продуктов с высоким содержанием балластных веществ, которые вызывают появление болей и усиливают метеоризм, в настоящее время используют препараты из оболочек семян подорожника *plantago ovata* (псиллиум), наиболее известным представителем которых является мукофальк. Оболочки семян индийского подорожника, содержащиеся в мукофальке, удерживая воду, увеличивают объем стула, способствуя восстановлению нормальной моторики кишечника. Прием препарата в сочетании с достаточным потреблением жидкости приводит не только

к нормализации частоты стула, но и к уменьшению других неприятных ощущений (болей в животе, метеоризма). Регулярное применение мукофалька позволяет преодолеть нередко развивающееся у пациентов с СРК привыкание к слабительным препаратам. Кроме того, связывая воду в кишечнике, мукофальк улучшает самочувствие и у тех больных с СРТК, у которых в клинической картине заболевания преобладают поносы. Назначают препарат по 1 чайной ложке 3–6 раз в день с большим количеством жидкости.

Если изменения характера и привычек питания оказывается недостаточно для нормализации частоты стула у больных с СРК, проявляющимся запорами, то препаратами выбора в таких случаях становятся прокинетики — домперидон (мотилиум), цизаприд (координакс, пропульсид, цизап, перистил). Цизаприд способствует освобождению ацетилхолина за счет активации серотониновых 5-НТ₄-рецепторов, локализованных в нейронных сплетениях ЖКТ, значительно усиливает пропульсивную моторику тонкой и толстой кишок и сокращает время транзита содержимого по кишечнику [24]. Назначение мотилиума или цизаприда в дозе 10 мг 3 раза в сутки больным с функциональными запорами, в том числе и резистентными к терапии другими лекарственными средствами, позволяет увеличить среднюю частоту стула и уменьшить прием слабительных препаратов. При лечении больных с СРК оправдана комбинация прокинетиков и псиллиума.

При СРК применяются слабительные с различным механизмом действия: смазки (растворимый парафин); объемные агенты: отруби (действующее начало — лигнин), семена (растительные клеи из подорожника — псиллиум); синтетические препараты: неадсорбируемые соли и многоатомные спирты (сорбит, ксилит); раздражающие слабительные (бисакодил, сенна, касторовое масло); прокинетики (домперидон, цизаприд).

Препараты следует назначать при СРК с осторожностью, поскольку многие из них вызывают привыкание, развитие «ленивой толстой кишки» и обуславливают необходимость увеличения дозы слабительного. Препараты фенолфталеина с осени 1997 г. запрещены в Северной Америке и Италии ввиду большого количества вызываемых ими побочных эффектов и не рекомендуются для лечения привычных запоров.

Из раздражающих слабительных средств может быть на короткое время рекомендован дульколак (бисакодил), который применяют по 1–2 таблетки на ночь или по 1 суппозиторию *per rectum* за 20–30 мин до акта дефекации.

Современным раздражающим слабительным с оригинальным механизмом действия является пикосульфат натрия (гутталакс), который назначают коротким курсом индивидуально от 10 до 25 капель на ночь. Под действием сульфата толстой кишки пикосульфат натрия метаболизируется и его дериваты стимулируют кишечную перистальтику.

При привычных запорах может быть назначен слабительный чай «Derugaflux», в состав которого входит обезвоженный экстракт коры крушины ломкой, плоды аниса, тмина, кориандра, фенхеля, листья мяты переч-

ной, листья сенны, трава золототысячника, трава хвоща. Чай следует пить по 1 чашке 1 раз в день вечером или утром натощак. Действие чая наступает через 8–10 ч.

Эффективным объемным слабительным является спагулак (экстракт слизи растительного происхождения), который назначается при СРК, атонии толстой кишки и дистальном колите. Спагулак применяют по 2 чайных ложки гранул на стакан воды перед сном. Транзилат (гемицеллюлоза и псиллиум) — эффективное объемное слабительное, которое применяется по 1–2 чайных ложки на стакан воды перед сном.

Для лечения СРК с обстипацией препаратами выбора являются осмотические слабительные, которые не адсорбируются в кишечнике, увеличивают объем его содержимого, снижают вязкость последнего и разжижают каловые массы. Указанные эффекты присущи синтетическому дисахариду — лактулозе (дуфалаку). Препарат высокоэффективен при лечении упорных видов запора, не всегда поддающихся терапии другими средствами. К ним относятся запоры, возникающие при спаечном процессе в брюшной полости, лучевых поражениях толстой кишки, гипотонии кишечника у лиц пожилого возраста. Дуфалак назначают по 15–50 мл в день. В ряде случаев на фоне приема дуфалака возникает метеоризм, что требует уменьшения дозы препарата [25; 26].

Лактулоза в толстой кишке под действием сахаролитической флоры ферментируется до молочной, и в меньшей степени — уксусной, муравьиной, масляной, пропионовой кислот, которые стимулируют перистальтику толстой кишки, повышают осмотическое давление и уменьшают время транзита по ней. Все это обеспечивает слабительный эффект дуфалака, сохраняющийся длительное время. Лактулоза не вызывает спастических болей в животе, неприятных ощущений при дефекации и привыкания. Ее можно назначать детям и лицам пожилого возраста, лежачим больным, женщинам в период беременности и кормления грудью, учитывая то, что лактулоза не всасывается и не содержится в грудном молоке [27; 28].

Увеличение в диете количества пищевых волокон целесообразно при лечении запоров, однако трудности жевания при наличии протезов в ротовой полости не позволяют в полной мере использовать волокна как слабительное средство для лиц пожилого возраста, страдающих СРК с наличием болей в животе и метеоризма. Кроме того, в отрубях содержится большое количество фитина, который может снизить абсорбцию витаминов и кальция, крайне необходимых в пожилом возрасте.

Раздражающие слабительные (бисакодил, сенна и касторовое масло) оказывают резкое, стимулирующее сокращение толстой кишки действие и часто сопровождаются спазмами, режками в животе и водянистым стулом, что влечет за собой потерю натрия и калия. Кроме того, раздражающие слабительные содержат антраноиды, которые являются канцерогенами. При длительном их употреблении повышается риск развития карциномы толстой кишки. В связи с этим их применение резко ограничено. Аналогичным эффектом обладает фенолфталеин [29].

Объемные слабительные (дериваты пшеницы, растительный клей семян, камеди, полусинтетические препараты) вызывают вздутие и урчание в животе, требуют растворения в большом количестве жидкости, что нежелательно в связи с учащенным мочеиспусканием или возможной ретенцией жидкости.

Осмотические солевые слабительные являются производными магния, натрия или калия и вызывают задержку воды в каловых массах. Действие препаратов продолжается несколько часов, и из-за быстрого эффекта при их приеме часто наблюдаются спазмы и кишечная колика.

Слабительные-лубриканты (жидкий парафин и другие минеральные масла) размягчают каловые массы и облегчают пассаж по толстой кишке. Но при длительном применении небольшие их дозы всасываются из кишечника и могут поражать печень, селезенку и слизистую оболочку кишечника, вызывая в них воспаление или парафиномы. Слабительные-лубриканты при постоянном применении вызывают истощение жирорастворимых витаминов и зуд ануса. Всех этих побочных эффектов лишена лактулоза (дуфалак), которая обладает мягким эффективным слабительным действием и не вызывает привыкания [29].

Эффективным осмотическим слабительным является макрогаль 4000 (форлак). Молекула активного вещества представляет собой высокомолекулярный оксид этилена, который образует водородные связи с молекулами воды в просвете кишечника. Форлак увеличивает содержание жидкости в химусе и, размягчая его, облегчает акт дефекации. Форлак не метаболизируется, не адсорбируется, не изменяет pH химуса и действует независимо от состава бактериальной флоры кишечника. Средняя терапевтическая доза — 1–2 пакетика в день. Содержимое пакетика предварительно размешивают в 100 мл воды, что позволяет гидратировать химус. Рекомендуется принимать препарат утром, во время завтрака, или в течение дня [30]. Эффект форлакса проявляется через 24–48 ч после приема. E. Cuillerier et al. [31] и P. Jouet et al. [32] на основании данных скитисканирующих исследований пришли к заключению, что лактулоза в терапевтической дозе интенсивней ускоряет опорожнение правых отделов толстой кишки у здоровых добровольцев по сравнению с форлаксом.

При преобладании в клинической картине СРК диарейного синдрома препаратом выбора является лоперамид (имодиум) — агонист опиатных рецепторов кишечника, который хорошо зарекомендовал себя при длительном лечении больных с СРК, проявляющемся диареей. Он угнетает пропульсивную перистальтику, усиливает непропульсивные сокращения, повышает тонус кишечных сфинктеров, замедляет пассаж, тормозит секрецию воды и электролитов, стимулирует всасывание жидкости.

Эффективно также назначение эрикана, представляющего собой водорастворимый комплекс наземной части злинки канадской. Антидиарейный эффект препарата обусловлен противовоспалительным и цитопротекторным действием. Назначают по 1–2 пакетика в виде водной суспензии в 1-й день однократно,

а затем еще 2–3 раза с 3-часовым перерывом. В последующие дни — по 1–2 пакетика гранул 2–3 раза в день. Эффективным антидиарейным, сорбирующим действием обладает диоктагидраль смектит (смекта). При СРК, сопровождающемся поносом, смекту назначают по 1 пакетике 3 раза в день через 30 мин после еды, предварительно растворив в 100 мл воды; курс лечения — 3–14 дней.

Важную роль в лечении СРК играют средства, способствующие нормализации моторики кишок. Антагонисты кальция тормозят двигательную реакцию толстой кишки на прием пищи, снижая при этом ее сократительную и миоэлектрическую активность, стимулируют всасывание воды в подвздошной и толстой кишках. Назначают нифедипин (коринфар, нифесан, кордипин) по 10 мг 3 раза в день.

При СРК, протекающем преимущественно с болевым синдромом, оптимальным является назначение лекарственных средств, оказывающих спазмолитическое действие. При назначении препаратов данной группы следует отдавать предпочтение спазмолитикам миотропного ряда (например, но-шпе форте, содержащей 80 мг дротаверина гидрохлорид), а также холинолитическим препаратам — бускопану, спазмолитическое действие которого в отношении гладкомышечных структур кишечника оказывается более выраженным, чем у но-шпы. В Германско-американском руководстве по дифференциальной диагностике гастроэнтерологических заболеваний [по 6] селективные холинолитики приводятся как препараты первоочередного применения для лечения клинических форм СРК, протекающих с болевыми ощущениями. Но-шпа форте назначается по 80 мг 2 раза в день в течение 10–14 дней.

Бускопан блокирует никотиновые и мускариновые рецепторы вегетативных нервных узлов, обладает высоким аффинитетом к интрамуральным рецепторам пищеварительного канала, снижает тонус и моторику гладкой мускулатуры полых органов брюшной полости, тормозит повышенную миоэлектрическую активность толстой кишки [24]. Бускопан выпускается в драже по 10 мг, суппозиториях — по 10 мг и в ампулах — по 20 мг/мл. Назначают по 10 мг 3 раза в день между приемами пищи, через 3 дня дозу повышают, доводя ее постепенно до 40 мг 3 раза в день.

При СРК применяют современный миогенный спазмолитик дуспаталин (мебеверина гидрохлорид), который назначают по 200 мг (1 капсула) 2 раза в день, а также метеоспазмил (спазмолитик с полимерным сорбентом газа — симетиконом) по 1 капсуле 2–3 раза в день. Последний препарат применяется при абдоминальной боли в сочетании с метеоризмом [4].

Среди холинолитиков выраженный терапевтический эффект оказывает селективный M₁-холинолитик — пиренцепин (гастроцепин), блокирующий парасимпатические окончания блуждающего нерва на уровне интрамуральных ганглиев, улучшающий кровоснабжение органов брюшной полости. Назначение больным с СРК гастроцепина в дозе 50 мг 2 раза в день за 30 мин до еды устраняет вызванное приемом пищи усиление двигательной активности сигмовидной кишки

и способствует смягчению каловых масс; улучшает качество жизни пациентов [33].

Миотропным спазмолитиком со свойствами антагониста кальция является пинаверия бромид (дигестел), который назначают при СРК по 1 таблетке (50 мг) 3 раза в день. Препарат также снижает секрецию желудочной секреции, ускоряет моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ. Дигестел не имеет побочных антихолинергических эффектов, поэтому его назначают пациентам с глаукомой и гипертрофией предстательной железы.

При СРК рекомендуется применение магне-В₆, так как магниевый дефицит часто проявляется различными висцеральными болями, спазмами в животе, тошнотой, рвотой, чередованием запоров и поносов, сердечно-сосудистыми (боль в области сердца, сердцебиение, повышение артериального давления), церебральными (головокружение, головная боль, нарушение памяти, внимания, депрессия), мышечно-тетаническими расстройствами (парестезии, судороги). Назначается препарат по 1–2 драже 3 раза в день или в виде питьевого раствора по 1 ампуле 2 раза в день, разведенной в 100 мл воды [1].

В комплексной терапии СРК следует использовать физиотерапевтические методы. При болевом синдроме, спастических явлениях и поносе назначают грелку на живот или согревающий компресс; аппликации озокерита на область живота при температуре 50–60°С на 20–30 мин, индуктотермию, электрическое поле УВЧ. При недостаточном опорожнении кишок для повышения тонуса мышц рекомендуют диадинамические токи, амплипульс, фарадический ток, гальванизацию области живота. Холодные водные процедуры усиливают перистальтику кишок, а тепловые замедляют моторную функцию, уменьшают спазмы. В зависимости от преобладания тех или иных нарушений моторной деятельности кишок, а также общего состояния больных температура водных процедур варьирует от 33–34 до 37–38°С.

Эффективными методами лечения больных с СРК являются рефлексотерапия, электропунктура и лазерная терапия на биологически активные точки кожи.

Важное место в лечении больных с СРК занимают применение минеральных вод и курортная терапия. Для больных с СРК, страдающих запорами, показаны преимущественно среднеминерализованные воды («Эссентуки» №17, «Баталинская» и др.), сульфатные или хлоридные воды («Арзни», «Славяновская» и «Смирновская»); при склонности к поносу — воды с более низкой концентрацией солей («Эссентуки» №4, «Миргородская», «Березовская» и др.) [34]. Больным с СРК в зависимости от состояния кислотообразующей функции желудка показаны курорты Миргород, Берминводы, Эссентуки, Железноводск, Моршин, Поляна.

Литература

1. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения.— К.: Демос, 2000.— 321 с.
2. Златкина А.Р. Хронический колит // Клиническая медицина.— 1999.— №7.— С. 59–62.
3. Краткое руководство по гастроэнтерологии / Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта.— М.: М-Вести, 2001.— 458 с.
4. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders.— Boston; New York; Toronto; London: Little, Brown and Company, 1994.— 370 p.
5. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology, treatment / Ed. D.A. Drossman.— Boston; New York; Toronto; London.— 370 p.
6. Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Скопиченко С.В. Синдром раздраженной толстой кишки // Заболевания органов пищеварения.— К.: Демос, 1999.— С. 106–111.
7. Stockbrugger R.W., Pace F. The irritable bowel syndrome manual.— London; Milan; Philadelphia; Hong Kong: Mosby — Wolfe Medical Communications, 1999.— 110 p.
8. Белоусова Е.А. Синдром раздраженной кишки: Краткое руководство. / Под ред. В.Т. Ивашкина, Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта.— М.: М-Вести, 2001.— С. 326–332.
9. Lembo T., Munakata J., Mertz H. Evidence for the hypersensitivity of lumbar splanchnic afferents in irritable bowel syndrome // Gastroenterol.— 1994.— V. 107.— P. 1686–1696.
10. Златкина А.Р. Лечение хронических болезней органов пищеварения.— М.: Медицина, 1994.— 336 с.
11. Куваева И.Б. Влияние алиментарных факторов на микробную экологию желудочно-кишечного тракта // Дисбактериозы и эубиотики: Матер. Всерос. науч.-практ. конф.— М., 1997.— С. 34.
12. Москалев Ю.А. Отдаленные последствия ионизирующего излучения.— М.: Медицина, 1997.— 304 с.
13. Дегтярева И.И., Скопиченко С.В. Дуфалак (лактолоза): классическое применение и перспективы.— К.: Атлант, 2003.— 158 с.
14. Бабак О.Я. Синдром раздраженной толстой кишки. Перспективы улучшения качества жизни // Врач. дело.— 1997.— № 2.— С. 9–14.
15. Парфенов А.И. Энтерология.— М.: Триада-Х., 2002.— 744 с.
16. Velio P., Bassotti G. Chronic idiopathic constipation: pathophysiology and treatment // J. Clin. Gastroenterol.— 1996.— V. 22.— P. 190–196.
17. Whitehead W.E., Chaussade S., Corazziari E. Report of international workshop on management of constipation // Gastroenterol. Int.— 1991.— V. 3.— P. 99–113.
18. Mailer W., Benkett O. Treatment of chronic depression with sulphiride: evidence of efficacy in placebo-controlled single case studies // Psychopharmacol.— 1994.— V. 115, № 8.— P. 495–501.
19. Калинин В.В. Парадоксы эглонила — атипичного нейролептика биполярного действия // Психиатр. и психофармакотер.— 2001.— Т.3, № 6.— С.1–6.
20. Sulpiride at a low, non-neuroleptic dose, prevents conditioned fear stress-induced feeding behavior in rats / E. Cavazzutti, A. Bertini, A.V. Vergoni et al. // Psychopharmacology.— 1999.— V. 143, № 3.— P. 20–23.
21. Вельтищев Д.Ю. Многоликий эглонил // Рус. мед. журн.— 2001.— Т.9, № 25.— С. 1–10.
22. Эффективность применения сульпирида в комплексном лечении больных с заболеваниями органов пищеварения / И.И. Дегтярева, И.Н. Скрыпник, Н.Н. Козачок и др. // Сучасна гастроэнтерология.— 2002.— № 3.— С. 56–66.

23. *Guslandi M.* Antiemetic properties of levo-sulpiride // *Minerva Med.*— 1990.— V. 81, № 3.— P. 855–860.
24. *Шентулин А.А.* Синдром раздраженной толстой кишки: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении // *Клин. мед.*— 1998.— Т. 75, № 9.— С. 26–29.
25. *Григорьева Г.А.* Запор и современные слабительные средства // *Там же.*— 1997.— Т. 75, № 1.— С. 52–55.
26. *Дегтярева И.И., Скопиченко С.В., Скрытник И.Н.* Обоснование применения лактулозы при хронических гепатитах, циррозах печени и дисбактериозе кишечника // *Зб. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л.Шупика.*— К., 2000.— Вип. 9, кн. 4.— С. 68–72.
27. *Дегтярева И.И., Скрытник И.Н., Скопиченко С.В.* Повышение пищевой ценности молочнокислых продуктов, содержащих пробиотики, путем добавления пребиотика дуфалака // *Парентеральное и энтеральное питание: Тез. докл. V Междунар. конгр.*— М., 2001.— С. 39.
28. *Порушення мікробіоценозу товстої кишки і метаболічні аспекти його впливу на формування патогенетичних механізмів захворювань внутрішніх органів / І.І. Дегтярєва, І.М. Скрипник, С.В. Скопиченко, М.М. Селюк // Гастроентерологія.*— 2000.— Вип. 31.— С. 88–97.
29. *Hallmann F.* Toxicity of commonly used laxative // *Med. Sci. Monit.*— 2000.— V. 6, № 3.— P. 621–628.
30. *Дегтярева И.И., Скрытник И.Н., Гончарова Ю.В.* Применение форлакса у больных с наличием синдрома обстипации // *Досягнення та невіршені питання гастроентерології: Матер. республ. наук.-практ. конф.*— Харків, 1998.— С. 60.
31. *Comparison of the effect of lactulose and polyethylene glycol on isotopic colonic transit / E. Cuillerier, B. Coffin, M. Lemann et al. // Gastroenterol. Clin. Biol.*— 1997.— V. 21.— A. 117.
32. *Jouet P., Gorbatschef C., Flourie B.* Effect of the fermentation of lactulose on colon phasic and tonic activity in healthy volunteers // *Ibid.*— 1998.— V. 22.— A. 17.
33. *Шентулин А.А.* Гастроцепин в лечении гастроэнтерологических заболеваний // *Клин. мед.*— 1996.— Т. 74, № 9.— С. 13–15.
34. *Гребенев А.Л., Мяжкова Л.П.* Болезни кишечника.— М.: Медицина, 1994.— 400 с.

Поступила 27.02.2003

SYNDROME OF IRRITATED INTESTINE

I.I. Degtiarivova

Summary

Modern data about the etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment principles in syndrome of irritated intestine are reported. The existing classifications of the disease are given. The choice of modern drugs, diet and physical methods of treatment is validated pathogenetically.