

Синдром раздраженного кишечника: новые аспекты диагностики и лечения

29 мая в Киеве на базе Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика состоялась научно-практическая конференция, посвященная Международному дню здорового пищеварения. На конференции были представлены доклады ведущих специалистов в области гастроэнтерологии, в которых освещались наиболее актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний. Большое внимание в ходе мероприятия было уделено проблемам, связанным с диагностикой и лечением синдрома раздраженного кишечника (СРК).

Высокая распространенность СРК, трудности, связанные с лечением этого заболевания, а также его существенное влияние на качество жизни, экономическая значимость обуславливают высокую актуальность проблемы.

В Украине данные о распространенности СРК на сегодня отсутствуют, однако, по мнению отечественных специалистов, есть все основания полагать, что этот показатель может быть более высоким по сравнению с таковым в западных странах с развитой экономикой.

Современным тенденциям в диагностике и лечении СРК, отраженным в новом руководстве Всемирного гастроэнтерологического общества (ВГО), был посвящен доклад заместителя директора Института терапии им. Л.Т. Малой, доктора медицинских наук, профессора Галины Дмитриевны Фадеенко.

— Классификация СРК сегодня дополнена еще одной категорией (по частоте стула и консистенции кала) и выглядит следующим образом:

- СРК с преобладанием запора (IBS-C);
- СРК с преобладанием диареи (IBS-D);
- смешанный СРК (IBS-M);
- неклассифицируемый СРК (патологическая консистенция кала, соответствующая критериям IBS-C, IBS-D или IBS-M).

При этом в качестве объективного критерия оценки стула используется Бристольская шкала формы кала.

В новом руководстве, явившемся важным дополнением к основному регламентирующему документу — Римским критериям III, — выделены также триггерные факторы СРК, в зависимости от которых различают:

- постинфекционный СРК;
- СРК, индуцированный пищевой погрешностью;
- стресс-индуцированный СРК.

Большое внимание сегодня уделяется постинфекционному СРК, в патогенезе которого ведущую роль играют постинфекционные лимфоцитоз и гиперплазия энтерохромаффинных клеток кишечной стенки, способствующие увеличению проницаемости кишечной стенки. Это, в свою очередь, приводит к ослаблению кишечной иммунной системы, бактериальному обсеменению тонкой кишки, повреждению энтеральной нервной системы антигенами возбудителей острой кишечной инфекции и в результате — к развитию симптомов СРК.

Диагностика СРК требует от врача тщательного и внимательного подхода при оценке общего соматического состояния пациента, его психологического статуса и наблюдаемых симптомов.

Согласно Римским критериям III среди диагностических критериев СРК сегодня выделяют основные и дополнительные.

Основным критерием является рецидивирующая боль или дискомфорт в области живота, отмечающиеся 6 месяцев с регулярностью не реже 3 дней в месяц за последние 3 месяца и связанные с двумя или более из нижеследующих признаков, таких как:

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

К дополнительным критериям относятся:

- патологическая частота стула (<3 раз в неделю или >3 раз в день);
- патологическая форма стула (комковатый/твердый или жидкий/водянистый стул);
- натуживание при и после дефекации;
- императивный позыв или чувство неполного освобождения кишечника;
- выделение слизи с калом;
- вздутие живота.

В диагностике СРК большое значение имеет четкое следование ее алгоритму. На первом же этапе проведения диагностики следует исключить генетические факторы развития симптомов СРК, выполнив тесты на наличие целиакии и гиполактазии. При положительных результатах тестов необходимо провести исследование биопсийного материала 12-перстной кишки и назначить аглютену (в случае

выявления целиакии) или гиполактозную (в случае выявления гиполактазии) диету.

При отрицательных тестах на вышеуказанные заболевания для исключения или подтверждения диагноза СРК рекомендуется выполнение диагностического каскада, представленного экспертами ВГО в новом руководстве. Сегодня ведущие мировые эксперты в области гастроэнтерологии обращают внимание практических врачей на тот факт, что СРК — это диагноз исключения, и дифференциальная диагностика этого заболевания, помимо исключения целиакии и гиполактазии, предполагает исключение ряда других патологий, предполагает исключение ряда других патологий, таких как микроскопический колит, хронические воспалительные заболевания кишечника, лямблиоз, мальабсорбция лактозы, тропическая спру, острая инфекционная диарея, синдром избыточного бактериального роста, мальабсорбция желчных кислот, рак кишечника, дивертикулит, эндометриоз.

В связи с этим диагностический алгоритм состоит из целого ряда мероприятий, направленных на исключение воспалительных, инфекционных или паразитарных заболеваний кишечника, а также опухолевой патологии, и включает:

- сбор анамнеза, объективный осмотр, исключение тревожных симптомов («красные флаги») и психических заболеваний;
- пальцевое ректальное исследование;
- клинический анализ крови, анализ кала (яйца паразитов, атипичные клетки);
- исследование функции щитовидной железы;
- колоноскопию с биопсией;
- лактозный дыхательный тест;
- определение маркеров воспаления в толстом кишечнике (кальпротектин);
- ректороманоскопию.

Перечень симптомов тревоги («красные флаги») определен в Римских критериях III и включает анамнестические, физикальные и лабораторные данные.

К анамнестическим данным относятся:

- немотивированная потеря массы тела;
- развитие симптомов впервые в пожилом возрасте;
- ночная симптоматика;
- хроническая рецидивирующая диарея;
- отягощенная наследственность по колоректальному раку или воспалительным заболеваниям кишечника.

Среди физикальных и лабораторных данных рассматривают наличие лихорадки, изменения в статусе (гепатомегалия, спленомегалия), признаки ректального кровотечения, наличие крови в кале, лейкоцитоз, анемию, увеличение СОЭ, изменения в биохимическом анализе крови.

Избегать ошибок в постановке диагноза «СРК» помогает хорошее знание клинических особенностей болей, диареи и запоров при этом заболевании. Боль при СРК локализуется в подвздошных областях, ее интенсивность усиливается после приема пищи и снижается после дефекации или отхождения газов. Кроме того, при СРК боли отсутствуют в ночное время и усиливаются у женщин во время менструации.

Диарея у пациентов с СРК отсутствует в ночное время; возникает утром после завтрака; общая масса кала (отмечаются испражнения с небольшими интервалами в течение короткого периода) составляет не более 200 г/сут.

К клиническим особенностям запоров при СРК относятся: отсутствие дефекации на протяжении 3 суток и более, чувство неполного освобождения кишечника после дефекации, чередование с послаблением стула.

Очень важно помнить, что начало развития СРК отмечается чаще всего в молодом возрасте, и появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет позволяет поставить под сомнение наличие функциональной патологии вообще и СРК в частности.

Врач-терапевт или гастроэнтеролог не должен забывать и о важности оценки психологического статуса пациента. Чаще всего для этого нет необходимости направлять больного на консультацию к психологу или психиатру — достаточно задать на приеме следующие вопросы:

- Испытывал ли пациент чувство безысходности, депрессии и упадка сил на протяжении последнего месяца?
- Отмечал ли пациент отсутствие интереса к происходящим событиям?
- Предпринимал ли он какие-либо попытки бороться с этим?

Переходя к вопросам лечения СРК, напомним, что терапия этого заболевания включает несколько аспектов: диетическую, психологическую и фармакологическую коррекцию.

Что касается диетических рекомендаций, то важно отметить, что результаты последних многоцентровых исследований не показали высокой эффективности изменения количества поступающих в организм пищевых волокон (уменьшение при запорах и увеличение при диарее), которое было рекомендовано в руководстве по лечению СРК 2006 г.

В качестве психологической коррекции при СРК сегодня рекомендованы различные психотерапевтические методы: от релаксации до гипнотерапии.

Фармакологическая коррекция предусматривает использование стандартных и альтернативных методов лечения.

В качестве стандартной фармакологической терапии используются спазмолитики, антидепрессанты, слабительные, антидиарейные препараты, агонисты и антагонисты рецепторов серотонина.

СРК — заболевание, трудно поддающееся лечению, поэтому очень важным при проведении фармакологического лечения является использование препаратов, эффективность которых является доказанной.

С этой точки зрения препаратами выбора при назначении спазмолитиков являются мебеверин (200 мг/сут) и гиосцин (10-20 мг/сут) как препараты, обладающие наибольшей доказательной базой в лечении СРК. Применение других классов спазмолитиков (антагонистов кальциевых каналов, антагонистов опиоидных рецепторов) представляется нецелесообразным.

Среди антидепрессантов эффективность в купировании симптомов СРК доказана для трициклических антидепрессантов в малых дозах, а также для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин) в стандартных дозах.

В качестве слабительных средств рекомендуется использовать отруби и метилцеллюлозу, повышающие объем каловых масс и ускоряющие кишечный транзит, полиэтиленгликоль, осмотические слабительные (лактолоза).

Применение раздражающих слабительных допустимо только однократно, поскольку частое применение препаратов этой группы приводит к развитию тахифилаксии и медикаментозной зависимости.

Доказанной эффективностью в лечении диареи при СРК обладает аналог опиоидных рецепторов лоперамид, который ингибирует перистальтику и секрецию кишечника и может применяться длительно. Применение при СРК кодеина фосфата или комбинированного



Г.Д. Фадеенко

препарата атропин+дефеноксилат признано нецелесообразным в связи с большим количеством побочных эффектов.

В качестве перспективного метода лечения СРК сегодня рассматривается применение агонистов и антагонистов рецепторов серотонина, поскольку установлено, что 95% таких рецепторов находится в желудочно-кишечном тракте, и нарушение серотониновой регуляции согласно современным представлениям играет большую роль в регуляции деятельности кишечника.

Однако известные сегодня медицинской науке представители этих классов лекарственных средств обладают большим количеством побочных эффектов, в связи с чем они не нашли широкого применения в развитых европейских странах и США.

В этом направлении ведутся дальнейшие поиски, и, возможно, в распоряжении врачей вскоре появятся более безопасные средства для эффективного патогенетического лечения СРК.

Альтернативная фармакологическая коррекция включает использование антибиотиков и пробиотиков. Клинические исследования показали, что антибактериальные препараты способствуют нивелированию клиники СРК только у 1/3 пациентов. Назначение препаратов этой группы признано целесообразным для лечения постинфекционного СРК.

Большие надежды на современном этапе возлагаются на еще один вид альтернативного лечения СРК — с использованием пробиотических средств. Следует подчеркнуть, что речь идет исключительно об оригинальных препаратах.

В новом руководстве указывается на большую доказательную базу эффективности применения пробиотических продуктов при СРК, включившую 5 метаанализов, систематических обзоров и практических руководств; результаты 9 хорошо спланированных плацебо-контролируемых клинических исследований; а также результаты 19 клинических исследований, проведенных под патронатом ВГО.

Согласно результатам клинических исследований пробиотики продемонстрировали хорошую эффективность по сравнению с плацебо в снижении газообразования и вздутия живота, уменьшении абдоминальной боли, улучшении общесоматического самочувствия.

Эксперты ВГО указывают, что при лечении СРК назначение препаратов, содержащих только лактобактерии, является неэффективным — предпочтительнее назначать пробиотики, содержащие штаммы бифидобактерий.

Эффективность других средств, предлагающихся в настоящее время для лечения СРК (клизмы, адсорбенты, фитопрепараты, прокинетики), сегодня не доказана.

Представленный в новом руководстве лечебный алгоритм при СРК, помимо вышеперечисленных видов коррекции, предполагает и проведение разъяснительной работы с пациентом. Пациент с СРК нуждается в разъяснении природы заболевания, ознакомлении с правилами питания и рекомендациях по изменению образа жизни.

Грамотная психологическая коррекция, назначение препаратов, обладающих доказанной эффективностью в купировании симптомов СРК, партнерские отношения врача и пациента будут способствовать приверженности больного к лечению, созданию мотивации для изменения образа жизни и в результате — повышению ее качества.

Подготовила **Наталья Очеретяная**