

# Синдром раздраженного кишечника в практике гастроэнтеролога

По материалам IV Украинской гастроэнтерологической недели, 22-23 сентября, г. Киев

**Синдром раздраженного кишечника (СРК) является актуальной медико-социальной проблемой, поскольку, по данным разных авторов, эта патология приводит к существенному снижению качества жизни у 20-60% пациентов, тогда как за медицинской помощью обращается лишь около трети больных. Таким образом, наиболее многочисленную группу пациентов составляют молодые, трудоспособные люди (пик заболеваемости приходится на 30-40 лет), что обуславливает значительные материальные потери. В то же время высокую распространенность СРК можно объяснить недостаточно четкими критериями диагностики этого заболевания.**



В докладе, который представил на секции по заболеваниям кишечника заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Андрей Эдуардович Дорофеев, было

отражено современное состояние проблемы СРК и возможности патогенетически обоснованной терапии.

— На сегодняшний день СРК принято считать функциональным заболеванием вследствие отсутствия определенного патофизиологического субстрата. Однако этот вопрос остается предметом дискуссии. Существуют данные о том, что одним из звеньев патогенеза СРК может быть микровоспаление слизистой оболочки толстой кишки. В некоторых работах показано наличие дистрофических изменений слизистой оболочки кишечника у пациентов с СРК. Кроме того, при этом заболевании нарушается не только моторика кишечника, но и всасывание, что подтверждает наличие морфологических изменений в слизистой оболочке. Вместе с тем выявленные морфологические изменения не являются специфичными для СРК, не коррелируют с клиническими проявлениями заболевания.

Согласно современным представлениям СРК является биопсихосоциальным расстройством со сложным и до конца не изученным патогенезом, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патологических механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункции, то есть нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника.

В 2010 г. начали обсуждать возможность выделения этиологических форм СРК: постинфекционной и стрессиндуцированной.

Невроиммунные нарушения, которые развиваются после инфекционных заболеваний кишечника, рассматриваются как возможная причина формирования сенсорно-моторной дисфункции. В настоящее время доказано, что острые бактериальные гастроэнтериты являются фактором риска развития СРК. Патофизиологической основой постинфекционного СРК, вероятно, являются ускоренный кишечный транзит, нарушенная висцеральная чувствительность, мальабсорбция желчных кислот и повышенная кишечная проницаемость.

Важную роль в возникновении симптомов функциональных заболеваний органов пищеварения играет и психоэмоциональный стресс, часто предшествующий манифестации симптомов. Стресс является фактором агрессии, который приводит к нарушению нисходящего подавления восприятия боли и, как результат, к возникновению висцеральной гиперчувствительности и изменению моторики кишечника. В то же время гипо-/гипермоторная или спастическая дискинезия, а также избыточное слизееобразование могут играть адаптационную роль в патогенезе СРК.

Согласно Римским критериям III СРК определяется как рецидивирующая боль

в животе или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 мес, связанные с двумя или более из перечисленных признаков, таких как:

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

Дополнительными симптомами являются:

- патологическая частота стула (<3 раз в неделю или >3 раз в день);
- патологическая форма стула (комкообразный/твердый или жидкий/водянистый);
- натуживание при дефекации;
- императивный позыв или чувство неполного опорожнения кишечника, выделение слизи и вздутие.

Критерии должны наблюдаться на протяжении последних 3 мес и по меньшей мере за 6 мес до установления диагноза.

Абдоминальная боль является ведущим симптомом СРК и наблюдается у всех пациентов, хотя не имеет каких-либо патогномичных для этой патологии характеристик. В Римских критериях III предусмотрена также такая дефиниция, как абдоминальный дискомфорт — неприятное ощущение, которое нельзя описать как боль. Боль может варьировать по интенсивности и частоте. Большинство пациентов определяют боль как умеренную, то есть такую, которая обращает на себя внимание, но не нарушает повседневной активности. Чаще боль локализована в левой или правой подвздошной области. Боль при СРК, как правило, сопровождается изменением частоты дефекации и формы стула. Часто наблюдаются также вздутие кишечника и метеоризм. Болезненные ощущения обычно уменьшаются или исчезают после дефекации; наблюдаются чувствительность и болезненность при пальпации толстой кишки.

В Римских критериях III СРК в зависимости от преобладающей формы стула предлагается классифицировать на следующие подгруппы:

- СРК с преобладанием запора (твердый или комкообразный стул  $\geq 25\%$  дефекаций, жидкий или водянистый стул <25% дефекаций);
- СРК с преобладанием диареи (жидкий или водянистый стул  $\geq 25\%$  дефекаций, твердый или комковатый стул <25% дефекаций);
- смешанный СРК (твердый или комковатый стул  $\geq 25\%$  дефекаций, жидкий или водянистый стул  $\geq 25\%$  дефекаций);
- неклассифицируемый СРК (изменения формы стула невозможно классифицировать как соответствующие критериям СРК с преобладанием запора, СРК с преобладанием диареи или смешанного СРК).

Классифицировать кал рекомендуется с использованием Бристольской шкалы.

При постановке диагноза СРК обязательно необходимо исключить так называемые симптомы тревоги, которые могут указывать на другие, в том числе внекишечные, заболевания и urgentные состояния:

- необъяснимое снижение массы тела;
- появление симптомов в ночное время;
- постоянные интенсивные боли в животе как единственный ведущий симптом поражения ЖКТ;
- манифестация симптомов в пожилом возрасте;

— отягощенный семейный анамнез в отношении рака толстой кишки;

- лихорадка;
- гепато-, спленомегалия;
- кровь в кале;
- лейкоцитоз;
- анемия;
- повышение скорости оседания эритроцитов;
- изменения в биохимическом анализе крови.

Вместе с тем следует учитывать, что не менее чем у трети больных с СРК имеются признаки сочетанных функциональных нарушений ЖКТ или внекишечные симптомы, такие как ухудшение настроения, тревога, нарушение сна, тахикардия, боли в спине, внизу живота, головная боль, фибромиалгия, симптомы со стороны мочевыделительной системы. Эти проявления значимо ухудшают течение СРК и, по-видимому, связаны с психологическими факторами, но не могут быть использованы как критерии диагностики СРК.

Таким образом, СРК — это всегда диагноз исключения; он устанавливается тем реже, чем выше квалификация врача и чем больше у него возможностей для исследования кишечника. Дополнительные методы диагностики — ректороманоскопия, колоноскопия, анализ кала на скрытую кровь, клинический и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости — позволяют установить другие нозологические формы патологии кишечника у многих больных с предполагаемым диагнозом СРК. Кроме того, под маской СРК могут скрываться паразитарные, инфекционные болезни, пищевая непереносимость, эндокринопатии и многие другие патологии внутренних органов. Пациенты, имеющие типичные проявления СРК без симптомов тревоги, не требуют применения дополнительных методов обследования.

Часто СРК сочетается с другими соматическими заболеваниями и патологией ЖКТ, хотя, по данным Всемирной гастроэнтерологической организации (WGO, 2009), связь СРК с повышенным риском развития рака или воспалительных заболеваний кишечника не подтвердилась.

В результате обследования группы пациентов с СРК, проживающих в Донецкой области, нами была изучена коморбидность СРК с хроническими obstructивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). В исследовании приняли участие 120 больных с ХОЗЛ, 180 пациентов с диагнозом хронической ИБС и 120 лиц с изолированным СРК. Сопутствующий СРК был диагностирован у 36,7% больных ХОЗЛ и 28,9% пациентов с ИБС. В структуре изолированного СРК чаще встречался вариант с преобладанием запоров — в 43,3% случаев; СРК с диареей встречался в 35% случаев, смешанный тип СРК — в 15,8%, недифференцированный СРК — в 5,9% случаев. Основными жалобами пациентов были нарушение стула, абдоминальная боль, метеоризм, эмоциональная лабильность. У пациентов с ИБС и ХОЗЛ в большинстве случаев отмечался смешанный тип СРК, тогда как при изолированном СРК чаще наблюдался запор.

В настоящее время обсуждается возможное влияние лекарственных средств, применяемых

в лечении ХОЗЛ и ИБС ( $\beta$ -блокаторов, нитратов, метилксантинов, антагонистов кальция, статинов, антибиотиков и нестероидных противовоспалительных препаратов), на развитие СРК.

Лечение СРК должно быть направлено на устранение боли, нарушений стула, а также сопутствующих психоэмоциональных расстройств. Подбор медикаментозной терапии следует осуществлять с учетом ведущего клинического симптома и кишечных проявлений СРК. Впервые назначенное лечение одновременно играет и диагностическую роль: это проверка ex juvantibus правильности установления диагноза СРК. Очевидно, что при неэффективности терапии, направленной на нормализацию висцеральной чувствительности и моторики кишечника, необходим дальнейший поиск возможной органической патологии с применением дополнительных методов обследования.

Основной целью терапии СРК является достижение стабильной и длительной ремиссии. Патогенетическое лечение должно быть безопасным и фармакоэкономически обоснованным. В комплексной терапии целесообразно применение отилония бромид (Спазмомен, «Берлин-Хеми»). Этот препарат является антагонистом тахикининовых рецепторов и, снижая интенсивность влияния афферентных нервных импульсов, препятствует развитию висцеральной гиперчувствительности. Спазмолитический эффект достигается благодаря способности отилония бромида модулировать вход ионов кальция в гладкомышечные клетки, а также угнетать их выход из саркоплазматического ретикула. При проведении кишечного баростатического исследования доказано влияние отилония бромида на висцеральную гиперчувствительность и возможность повышения порога болевой чувствительности (Czimmer et al., 2001). Спазмомен обладает быстрым, дозозависимым, устойчивым эффектом при абдоминальной боли и висцеральной гиперчувствительности. По результатам исследования Malfet (1995) с участием 881 пациента отмечалось снижение болевых ощущений с 7,3 до 2,0 по болевой шкале к 14-му дню терапии с использованием отилония бромида, а через 3 нед — до 1,6.

У лиц с диареей уже на 5-й неделе приема отилония бромида отмечалась нормализация стула (Glende et al., 2002), а также наблюдалось улучшение эмоционального статуса.

Учитывая фармакокинетику отилония бромида, можно говорить о высокой безопасности лечения, поскольку после приема per os абсорбируется <3% препарата, большая часть быстро элиминируется через желчевыводящие пути; препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер. При использовании в рекомендованных дозах тилония бромид действует локально — в просвете кишечника, не оказывая системного антихолинэргического эффекта. Доказана безопасность Спазмомена как при коротком (2-недельном курсе), так и при длительном применении (1 год). После прекращения приема препарата эффект сохраняется в течение 2-3 нед.

**Таким образом, Спазмомен эффективно регулирует тонус гладкой мускулатуры кишечника и снижает выраженность висцеральной гиперчувствительности, уменьшает интенсивность абдоминальной боли и дискомфорта у больных СРК. Благодаря отсутствию системных побочных эффектов данный препарат может быть рекомендован для лечения пациентов с сопутствующей соматической патологией.**

Подготовила Елена Украинцев

3