

Руководство Всемирной гастроэнтерологической организации «Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы»*

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — функциональное заболевание кишечника, при котором боль или дискомфорт в животе связаны с актом дефекации и характеризуются изменением привычного характера дефекации и консистенции каловых масс.

СРК рассматривают как рецидивирующее функциональное нарушение деятельности кишечника, патофизиологический субстрат которого не известен. Течение СРК не ассоциировано с возрастанием риска развития воспалительных заболеваний кишечника, опухолевых процессов и не сопровождается увеличением смертности.

Распространенность СРК

Точных данных о распространенности СРК в мировом масштабе нет. Статистический анализ затруднен из-за использования различных диагностических критериев при проведении эпидемиологических анализов (чем более расплывчаты определяющие параметры, тем выше частота распространения патологии). Кроме того, большое значение имеет влияние других факторов, например, выбор популяции, включение или исключение сопутствующих заболеваний в анализ, возможность получения медицинской помощи, наличие культурологических особенностей в понимании специфических терминов. При изучении распространенности СРК в Мексике с использованием Римских критериев II были получены следующие данные: в общей популяции этот показатель составил 16 %, а среди лиц, госпитализированных в клинику, при использовании тех же диагностических критериев значение распространенности СРК возросло до 35 %.

Имеющиеся данные свидетельствуют, что распространенность СРК примерно одинакова во многих странах, невзирая на различия пове-

денческих и пищевых привычек в популяциях (рис. 1). В странах Европы и Северной Америки распространенность СРК оценивается в 10–15 % от общей популяции, в Азиатско-Тихоокеанском регионе она несколько выше и колеблется от 5,7 до 22,1 %.

Наименее изучена распространенность СРК в странах Южной Америки и Африки, где проведено всего по одному эпидемиологическому исследованию, согласно которым этот показатель в указанных странах составляет 10,9 и 26,1 % соответственно.

Эпидемиология СРК

Наиболее часто клиника СРК развивается в возрасте от 15 до 65 лет, при этом за медицинской помощью пациенты обращаются гораздо позже, в возрасте 30–50 лет. Гендерная структура заболевания значительно варьирует в зависимости от региона земного шара: в странах Европы от СРК наиболее часто страдают женщины (соотношение мужчин и женщин 1 : 2), в странах Азиатского региона половые различия в структуре заболевания значительно уменьшаются (соотношение мужчин и женщин 1 : 1,25) и практически полностью нивелируются в странах Африки. В отношении возрастной градации отмечено уменьшение частоты развития СРК в старших возрастных группах. В соответствии с демографическими данными наиболее часто диагнозы СРК устанавливают у жителей урбанизированных районов, а именно — мегаполисов и городов.

Классификация СРК

Классифицируют СРК в соответствии с Римскими критериями III, основанными на консистенции каловых масс (табл. 1). Для более точного диагноза СРК может быть использована дополнительная классификация, основанная на факторах, индуцирующих появление клинической симптоматики, либо на превалирующем клиническом синдроме.

* Quigley E, Fried M, Gwee K.A. et al. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Irritable bowel syndrome: a global perspective — 2009 // [Электронный ресурс] <http://www.worldgastroenterology.org/irritable-bowel-syndrome.html>

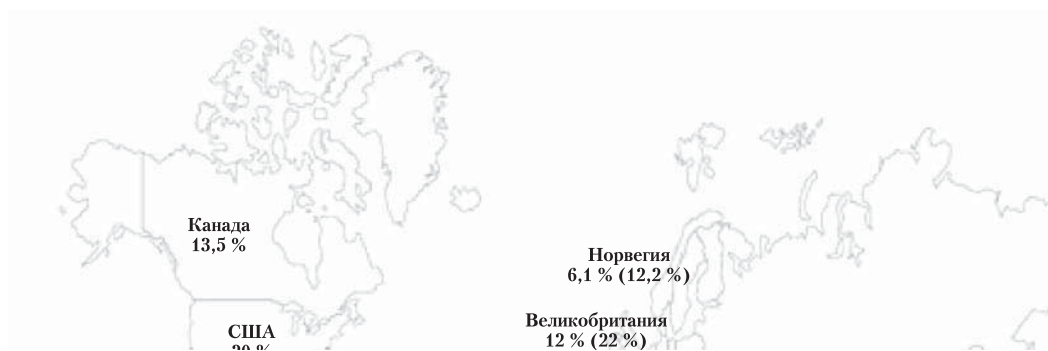


Рис. 1. **Распространенность СРК в мире**
(адаптировано по E. Quigley «Irritable bowel syndrome: a global perspective», 2009)

Дополнительная классификация СРК, рекомендуемая Всемирной гастроэнтерологической организацией (ВГО)

Триггер-фактор:

- постинфекционный СРК;
- СРК, индуцированный употреблением определенных пищевых продуктов;
- Стресс-индуцированный СРК.

Доминирующий клинический синдром:

- СРК с преобладанием кишечной дисфункции;
- СРК с преобладанием болевого синдрома;
- СРК с преобладанием метеоризма.

Каждый клинический вариант СРК встречается приблизительно с одинаковой частотой, при этом мужчины наиболее часто страдают формой СРК с преобладанием диареи (СРК-Д), а женщины – с преобладанием запора (СРК-З).

Эксперты ВГО обращают внимание практических врачей на возможность изменения доминирующих симптомов в клинической картине заболевания, что, в свою очередь, может обусловить трансформацию формулировки диагноза СРК (СРК-З в СРК-Д или наоборот).

Таблица 1. **Классификация СРК (Римские критерии III, 2006)**

Вариант СРК	Характеристика стула
С преобладанием диареи	Жидкий или водянистый стул ² более чем в 25 % случаев и твердый или комковатый ¹ менее чем в 25 % дефекаций ³
С преобладанием запора	Твердый или комковатый стул ¹ более чем в 25 % случаев и жидкий или водянистый ² менее чем в 25 % дефекаций ³
Смешанный	Одновременно наличие как твердых или комковатых примесей ¹ в более чем 25 % случаев, так и жидких или водянистых ² в более чем 25 % случаев

Примечание. ¹ Бристольская шкала формы кала, тип 1–2.

² Бристольская шкала формы кала, тип 6–7.

³ Без применения антидиарейных или слабительных средств.

Особенности клинической картины СРК

При первом контакте с больным для максимально точного понимания проблем, его беспокоящих, необходимо уточнить, что он подразумевает под понятием «запор», «понос».

При сборе жалоб важно детализировать характерные черты абдоминальной боли или дискомфорта (хроническое или острое течение, переходящий или постоянный болевой синдром, локализация боли, связь боли с актом дефекации), уточнить наличие других абдоминальных жалоб (вздутие и распирание живота, урчание, усиленное газообразование), оценить возможное нарушение акта дефекации (императивный позыв на дефекацию, ощущение незавершенной дефекации). Типичная клиническая картина СРК характеризуется хроническим рецидивирующим течением с наличием преходящего болевого синдрома, уменьшающегося после акта дефекации.

Кроме уточнения и детализации жалоб, следует выявить «тревожные» симптомы (так называемые красные флаги) для исключения альтернативного диагноза:

- возраст 50 лет и старше;
- примеси крови в кале;
- необъяснимая потеря массы тела;
- отсутствие аппетита;
- ночные симптомы;
- лихорадка;
- образование в брюшной полости;
- асцит.

При уточнении анамнеза жизни нужно уточнить, принимает ли пациент какие-либо лекарственные средства, употребляет ли молоко, искусственные заменители сахара, алкоголь, посещал ли субтропические или тропические страны? В новом руководстве ВГО обращается пристальное внимание на пищевые привычки пациента (нерегулярный или неадекватный прием пищи, недостаточный прием жидкости, избыточное или недостаточное употребление клетчатки).

При установлении диагноза СРК необходимо учитывать наличие поведенческих особенностей в проявлении патологических симптомов: эмоциональный стресс усугубляет состояние пациента; больные часто консультируются у других врачей по вопросам, не связанным с гастроэнтерологией; прием пищи ухудшает самочувствие пациента.

В клинической картине заболевания, кроме характерных для СРК жалоб, могут наблюдаться и другие гастроэнтерологические симптомы: изжога, тошнота, явления диспепсии. В таких случаях диагностируют перекрестный синдром (overlap-syndrome) СРК с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, функциональной диспепсией.

Большая часть пациентов с СРК (42–87 %) жалуются на симптоматику со стороны опорно-двигательного аппарата (боль в поясничной области, мышечная и суставная боль), мочеполовой системы (никтурия, императивные позывы на мочеиспускание, неполное опорожнение мочевого пузыря), половой сферы (диспареуния — болевые ощущения при половом акте).

Течение СРК может ассоциироваться с другими заболеваниями, такими как фибромиалгия (20–50 %), синдром хронической усталости (51 %), патология височно-нижнечелюстного сустава (64 %), синдром хронической боли в малом тазу (50 %).

Психологическая оценка пациента

Несмотря на то что СРК не является психиатрическим заболеванием или психологическим нарушением, психологические факторы могут играть значительную роль в развитии, течении и прогрессировании заболевания. Наиболее часто у пациентов, страдающих СРК, отмечают проявления тревоги, депрессии, соматизации, ипохондрии, страха. Для оценки его психологического состояния рекомендуют использовать простые опросники с доказанной валидностью: Шкалу госпитальной тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), тест на чувство близости (The Sense of Coherence, SOC), о состоянии здоровья (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15). Опросник HADS предназначен для оценки уровня тревожности и депрессии, анкета SOC — для идентификации пациентов, не отвечающих на когнитивную поведенческую терапию, опросник PHQ-15 применяют для выявления признаков соматизации.

Диагностика СРК

Диагностический каскад при подозрении на СРК состоит из нескольких последовательных уровней. При первичном обращении больного необходимо тщательно собрать анамнез болезни, жизни, провести физикальный осмотр, исключить наличие «тревожных» симптомов, оценить психологическое состояние при помощи специальных опросников. Дальнейшая последовательность врачебной тактики зависит от особенностей эпидемиологических данных касательно географического региона. Если больной проживает в местности с высокой распространенностью целиакии, паразитарных заболеваний (*Blastocystis hominis*, *Dientamoeba fragilis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis*), воспалительных заболеваний кишечника, то потребуются исключение указанной патологии. Рекомендуют

в практической деятельности использовать следующий диагностический алгоритм (рис. 2).

При лабораторно-инструментальном исследовании может понадобиться анализ кала с определением количества лейкоцитов, выявлением яиц глистов или самих паразитов, проведением теста на скрытую кровь. Для исключения воспалительных заболеваний кишечника рекомендовано определение в кале уровня кальпротектина (копорологический маркер). Некоторым пациентам может быть показано исследование гормонпродуцирующей функции щитовидной железы с обязательным выявлением антитиреоидных антител. В ряде случаев обязательным является проведение эндоскопического исследования кишечника: ректороманоскопии, колоноскопии с биопсией. Эксперты ВГО обращают внимание практикующих врачей на то, что нет необходимости в проведении колоноскопии всем пациентам с предварительным диагнозом СРК. Эндоскопическое исследование толстой кишки показано пациентам с отягощенным семейным анамнезом по воспалительным заболеваниям кишечника, онкопатологии, а также больным старше 50 лет с наличием «тревожных» симптомов.

Предварительный диагноз СРК основывается на характерных жалобах, анамнезе болезни, результатах физикального осмотра. Больной не нуждается в дополнительных лабораторно-инструментальных исследованиях. Окончательный диагноз СРК требует доказательного исключения органической патологии с учетом индивидуальной симптоматики и характеристик каждого конкретного пациента. Во многих случаях (например, у молодых пациентов без угрожающей симптоматики) окончательный диагноз

может быть установлен только на основании клинических наблюдений без дополнительного использования лабораторно-инструментального обследования или при минимальном количестве дополнительных исследований.

Дополнительное обследование пациента необходимо при появлении патологических симптомов в возрасте старше 50 лет, коротком анамнезе заболевания, необъяснимой потере массы тела, появлении ночной симптоматики, отягощенном семейном анамнезе колоректального рака, целиакии, воспалительных заболеваниях кишечника, анемии, признаках ректального кровотечения, недавнем применении антибиотиков, при образованиях в брюшной полости или в ректальной области, повышении уровня воспалительных маркеров в крови, лихорадке.

Дифференциальный диагноз

При диагностическом поиске СРК необходимо исключить разнообразную патологию, клиническая картина которой может проявляться подобными симптомами: целиакическая спру (глютенная энтеропатия), непереносимость лактозы, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), колоректальная карцинома, лимфоцитарный и коллагенозный колит, острая бактериальная диарея, синдром избыточного бактериального роста, дивертикулит, эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза, рак яичника.

Ведение пациентов с СРК

Нижеприведенная диаграмма раскрывает алгоритм ведения пациентов с СРК-подобными симптомами (рис. 3).



Рис. 2. Диагностический алгоритм СРК

Диетические рекомендации

Учитывая частую связь клинических проявлений СРК с такими факторами, как прием пищи, стресс, психологические факторы, большое внимание нужно уделять адаптационным мерам, которые позволяют облегчить, а иногда и нивелировать патологическую симптоматику заболевания.

Эффективность соблюдения диетических рекомендаций при СРК не доказана. Увеличение поступления в организм пищевых волокон (гемоцеллюлоза, целлюлоза, пектин, лигнин) не сопровождается значительным улучшением самочувствия пациентов. Эффективность пшеничных или кукурузных отрубей не превышает результативность плацебо, поэтому включение этих пищевых продуктов в рацион больных с СРК не рекомендуется.

Пациентам с СРК могут быть даны общие рекомендации в модификации пищевого поведения: регулярно принимать пищу, употреблять достаточное количество жидкости, несколько увеличить физическую активность.

Психологическая коррекция

Важную роль в ведении пациентов с СРК играет психологическая адаптация пациента. Установление позитивных, доверительных отношений между врачом и больным позволит оценить влияние симптомов на качество жизни пациента, уменьшить уровень тревоги относительно диагноза, снизить проявления канцерофобии, оказать помощь в разрешении стрессовых факторов. Многие больные могут избегать приема назначенных медикаментов из-за боязни появления побочных действий на фоне лекарственной терапии. Нежелание получать медикаментозное лечение негативно влияет на течение и прогноз заболевания, поэтому грамотная психологическая помощь поможет пациенту справиться с проявлениями заболевания. Такие виды психологической помощи, как релаксация, познавательная поведенческая терапия, психодинамическая межличностная терапия, гипнотерапия, получили наибольшее распространение при лечении пациентов с СРК.

Фитотерапия, акупунктура

Есть данные о возможной эффективности китайских травяных смесей при СРК. Целесообразность использования фитотерапии при СРК окончательно не изучена, так как не исследованы безопасность приема таких фитопрепаратов и качества их очистки. При использовании любых китайских фитопрепаратов необходимо помнить об их потенциальной токсичности, возможном риске развития печеночной недостаточности.

Системные обзоры рандомизированных исследований, посвященные целесообразности применения акупунктуры у больных с СРК, не дают возможности сделать заключение о ее эффективности из-за гетерогенности результатов. В ближайшем будущем намечено проведение серии исследований для выяснения возможности применения, а также эффективности, безопасности фитотерапии, акупунктуры при СРК.

Купирование болевого синдрома

Для купирования болевого синдрома у пациентов с СРК могут быть использованы несколько групп лекарственных средств: нестероидные противовоспалительные, пробиотики, спазмолитические, трициклические антидепрессанты (ТЦА), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина).



Рис. 3. Тактика ведения пациентов с СРК

Если необходимо обезболивающее средство, рекомендуют назначать парацетамол.

Назначение пробиотического штамма *Bifidobacterium infantis* 35624 (по 1 капсуле в 1 сут) способствует уменьшению боли, метеоризма у пациентов с СРК, а также способствует нормализации консистенции каловых масс вне зависимости от вида нарушения.

Одними из самых доступных групп препаратов для купирования болевого синдрома во всех странах мира являются спазмолитические средства. Наибольшую доказательную базу имеют мебеверин (135–150 мг 3 раза в 1 сут) и гиосцин (10–20 мг 4 раза в 1 сут). Применение других спазмолитических средств (антагонисты Ca²⁺-каналов, опиоидных рецепторов) не имеет доказательной базы при СРК, поэтому назначать препараты этих групп при СРК нецелесообразно. В систематическом обзоре Американского колледжа гастроэнтерологии высказывается мнение об эффективности пинавериума бромид и масла мяты перечной в кратковременном купировании болевого синдрома у больных СРК. Эксперты ВГО подчеркивают, что нет доказательств эффективности длительного приема спазмолитических средств, данные о переносимости и безопасности продолжительной спазмолитической терапии ограничены.

Многочисленные рандомизированные исследования подтвердили эффективность ТЦА (амитриптилин, дезипрамин, тримипрамин, клонипрамин) в купировании симптомов СРК. Наибольшую доказательную базу имеют амитриптилин и дезипрамин. При СРК эти препараты первоначально назначают в малых дозах (10 мг/сут) с последующей титрацией до достижения целевой — 10–75 мг/сут. Необходимо учитывать, что одним из побочных действий препаратов группы ТЦА является развитие констипации, поэтому ТЦА не рекомендуют назначать при СРК с преобладанием запора.

Для купирования болевого синдрома могут быть использованы и такие селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, как пароксетин (10–60 мг/сут) или циталопрам (5–20 мг/сут).

Нивелирование явлений констипации

Для восстановления адекватного времени транзита каловых масс по кишечнику, как правило, рекомендуют увеличить количество пищи, богатой клетчаткой, или назначить лекарственные средства, увеличивающие объем каловых масс, в комбинации с приемом достаточного количества жидкости. Однако, как свидетельствуют данные рандомизированных исследований,

данная рекомендация не имеет необходимой доказательной базы при СРК

Для сокращения времени транзита по пищеварительному каналу и увеличения частоты опорожнения кишечника можно назначать пробиотик, содержащий штаммы *Bifidobacterium lactis* DN-173 010. Применение препаратов, содержащих только лактобактерии, при СРК не является эффективным способом нормализации стула.

Использование селективного активатора С₂ хлоридных каналов (любипростон 8 мкг 2 раза в 1 сут) превосходит плацебо по эффективности восстановления времени пассажа кишечного содержимого и купированию общей симптоматики у женщин, страдающих СРК с преобладанием запоров.

Лечение диарейного синдрома

Для нормализации консистенции каловых масс у больных с СРК используют только два препарата, доказавшие эффективность в ходе рандомизированных исследований. Лоперамид (2 мг утром или 2 раза в 1 сут) эффективно уменьшает частоту стула, способствует нормализации консистенции каловых масс.

Алосетрон (антагонист 5-гидрокситриптаминных рецепторов) показан только женщинам с тяжелым течением СРК (диарейный синдром не купируется на протяжении 6 мес на фоне назначения других антидиарейных препаратов). Необходимо помнить, что прием алосетрона может провоцировать развитие ишемического колита, поэтому рекомендуют ограничить назначение этого лекарственного средства у пациентов из группы риска.

Коррекция метеоризма

Уменьшения вздутия живота у больных с СРК достигают путем коррекции диетических рекомендаций. Нет убедительных доказательств эффективности использования препаратов, содержащих активированный уголь, симетикон, и других лекарственных средств, уменьшающих газообразование при СРК.

Пробиотические продукты, содержащие штаммы *Bifidobacterium lactis* DN-173 010, а также пробиотический коктейль VSL#3 доказали эффективность в купировании метеоризма и чувства распираания живота у больных с СРК. Другие пробиотики, например, *Bifidobacterium infantis* 35624, уменьшают выраженность метеоризма и других клинических проявлений СРК.

Краткий курс невсасывающихся антибактериальных препаратов (рифаксимин в дозе 400 мг 3 раза в 1 сут) превосходит плацебо в нивелировании общих симптомов СРК и метеоризма.

Динамическое наблюдение

В случае легкого или умеренного течения СРК нет необходимости в динамических консультациях пациентов в течение длительного периода времени. Если симптомы заболевания плохо купируются на фоне адекватного терапевтического воздействия или появляются симптомы «тревоги», показано проведение дополнительных консультаций, а при необходимости — углубленное лабораторно-инструментальное исследование.

Показания для длительного наблюдения пациентов с СРК

Субъективные:

- сохраняющиеся патологические симптомы причиняют неудобство пациенту;
- пациент серьезно беспокоится о состоянии здоровья.

Объективные:

- диарейный синдром не купируется на протяжении 2 нед;

- сохраняется запор;
- появление тревожных симптомов;
- лихорадка;
- усугубление патологических симптомов.

Прогноз

У большинства пациентов симптомы СРК, вероятно, будут сохраняться или рецидивировать на фоне эмоциональных стрессов, диетических погрешностей или инфекционных заболеваний. Полностью выздоравливают 35–40 % больных (по данным рандомизированного эпидемиологического исследования в США, у 38 % больных после лечения не наблюдается рецидивов клинических проявлений СРК через 12–30 мес от начала терапии). Негативно влияют на прогноз заболевания могут нежелание лечиться, длительный анамнез СРК, выраженная тревожность, хронический эмоциональный стресс и сопутствующие психиатрические заболевания.

Подготовила Т.Л. Можина

Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины