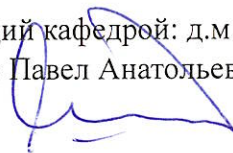


**ФГБОУ ВО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России**  
**Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии с курсом ПО**

Заведующий кафедрой: д.м.н.,  
Шестерня Павел Анатольевич



Проверил: к.м.н.,  
Пелипецкая Елена Юрьевна

**Реферат на тему: Синдром раздражённого кишечника**

Выполнила: врач-ординатор  
2 года обучения, специальности общей  
врачебной практики (семейной медицины),  
Чернова Арина Дмитриевна

Красноярск, 2023

## Содержание

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| Клиническая анатомия и физиология толстой кишки..... | 3  |
| Определение .....                                    | 4  |
| Диагностические критерии СРК.....                    | 4  |
| Эпидемиология.....                                   | 5  |
| Этиология и патогенез.....                           | 5  |
| Классификация .....                                  | 8  |
| Клиническая картина.....                             | 8  |
| Диагностика и дифференциальная диагностика.....      | 10 |
| Лабораторная диагностика .....                       | 12 |
| Инструментальная диагностика.....                    | 12 |
| Дифференциальная диагностика СРК.....                | 13 |
| Алгоритм диагностики .....                           | 14 |
| Формулировка диагноза .....                          | 16 |
| Лечение СРК.....                                     | 16 |
| Литература .....                                     | 22 |

## Клиническая анатомия и физиология толстой кишки

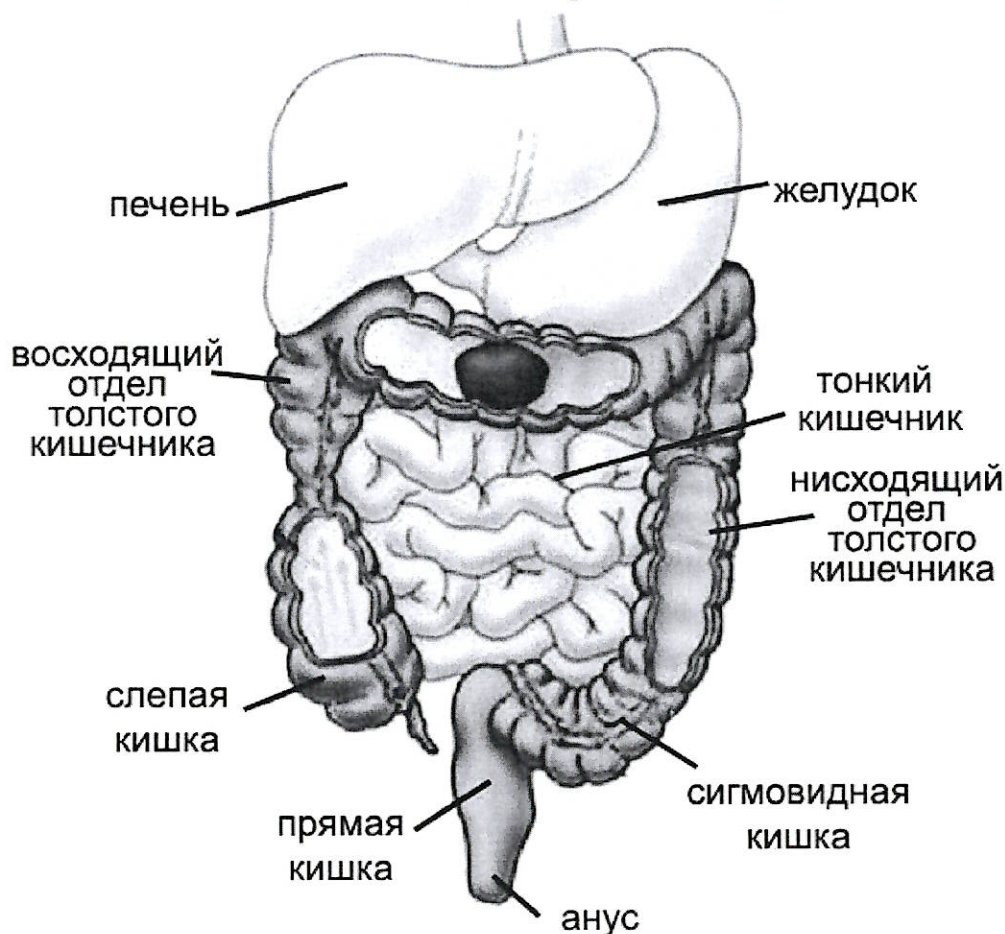


Рисунок 1. Желудочно-кишечный тракт.

Толстая кишка располагается от илеоцекального угла до заднепроходного отверстия. В ней различают 6 частей: слепую кишку, восходящую ободочную, поперечную ободочную, нисходящую ободочную, сигмовидную и прямую кишку. Места перехода восходящей ободочной кишки в поперечную ободочную и поперечной ободочной в нисходящую ободочную называют соответственно печеночным (правый поддиафрагмальный) и селезеночным (левый поддиафрагмальный) изгибами. Длина толстой кишки составляет в среднем 1 м 50 см, ее диаметр – 7-14 см в проксимальном отделе, 4-6 см в дистальном отделе.

Толстая кишка имеет внешние отличия от тонкой в виде лент, гаустр, сальниковых отростков. Ленты ободочной кишки располагаются продольно, их образование связано с неравномерным распределением продольных мышечных пучков, лежащих в виде полос в трех отделах кишки: по линии прикрепления большого сальника и по продолжительности этой линии на другие части кишки (сальниковая лента); по линии прикрепления брыжейки поперечной ободочной кишки и по продолжению ее на другие части кишки (брыжеечная лента); по передней поверхности восходящей и нисходящей ободочной кишки. Ширина лент равна примерно 1 см. Ленты оттягивают, гофрируют кишку; образуя гаустры в ободочной кишке, которые внутри углубляются за счет полулунных складок при сокращении кругового слоя мышечной оболочки кишки. В дистальном отделе сигмовидной ободочной кишки они наименее выражены. Благодаря гаустрам значительно увеличивается всасывательная и секреторная поверхность СО толстой кишки. Сальниковые отростки – это выросты брюшины до 5 см длиной, которые содержат жировую ткань.

Стенка толстой кишки состоит из слизистой, мышечной и серозной оболочек и подслизистого слоя. СО не имеет ворсинок, а вместо круговых складок в ней видны полулунные складки, состоящие из СО, подслизистого слоя и мышечной оболочки.

Полулунные складки находятся между соседними гаустрами и ограничены кишечными лентами. СО имеет большое количество кишечных крипт, по всей поверхности которых располагаются бокаловидные клетки, и хорошо выраженный подслизистый слой. Поверхностный эпителий СО является призматическим, «щеточная кайма» выражена слабо. Особенностью его является меньшее по сравнению с энтероцитами число микроворсинок, мало бокаловидных клеток.

Мышечная оболочка состоит из наружного продольного слоя, который располагается в виде трех лент с отдельными мышечными пучками между ними, и внутреннего кругового, более развитого, особенно между гаустрами, слоя.

Серозная оболочка (висцеральная брюшина) плотно подлежит к мышечной оболочке, покрывает восходящую и нисходящую ободочную кишку с передней и боковых сторон, что делает их малоподвижными.

Поперечная и сигмовидная кишка располагаются интраперитонеально, имеют свою брыжейку, что обеспечивает им значительную подвижность.

Кровоснабжение осуществляется верхней и нижней брыжеечными артериями, от которых отходят сосуды к различным отделам кишки. Венозный отток из всех интрамуральных венозных образований происходит в хорошо развитое подслизистое венозное сплетение. Верхняя и нижняя брыжеечные вены впадают в воротную вену.

Лимфа в региональные лимфатические узлы поступает по лимфатическим сосудам, которые формируются из капиллярных лимфатических сетей всех слоев кишки.

В стенке кишки имеется интрамуральный нервный аппарат, состоящий из подслизистого мейснеровского сплетения, мышечного ауэрбаховского сплетения, субсерозного сплетения, тонких нервных стволиков, чувствительных (во всех слоях кишки) и двигательных (в мышечной оболочке кишки и сосудах стенки) окончаний.

В толстой кишке происходит всасывание жидкости и солей, формирование и накопление до эвакуации плотных масс, представляющих собой обезвоженное кишечное содержимое, а также удаление их из организма. Довольно много (около 75% сырой массы фекалий) в кале содержится микроорганизмов, число которых возрастает при повышении в пище количества растительной клетчатки.

### **Определение**

**СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК)** — функциональное кишечное расстройство, при котором боль в животе связаны с дефекацией или с изменениями частоты и консистенции стула, а также с изменениями самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения кишечника, дополнительные усилия при дефекации) (Римские критерии IV, 2016).

Согласно современным воззрениям СРК относят к функциональным заболеваниям. В 1988 году во время работы IX Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Риме Международная рабочая группа по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта во главе с профессором D.A.Drossman впервые официально утвердила термин «синдром раздраженного кишечника» («irritable bowel syndrome»), дала его развернутое определение и разработала критерии постановки диагноза, получившие название «Римские критерии СРК». На Американской гастроэнтерологической неделе, проходившей в Сан-Диего с 22 по 24 мая 2016г. были озвучены новые критерии функциональных нарушений (Римские критерии IV).

### **Диагностические критерии СРК**

Согласно Римским критериям IV из диагностических критериев СРК удалено такое понятие как «дискомфорт», так как оно разными пациентами по-разному трактовалось на разных языках, было слишком неопределенным. Кроме того, в новых критериях фраза

«улучшение после дефекации» модифицирована на «связанная с дефекацией», поскольку у большого числа пациентов с СРК после дефекации отмечается не уменьшение, а усиление абдоминальной боли.

Кроме того, в определении СРК изменена частота абдоминальной боли— для постановки диагноза СРК пациент должен испытывать абдоминальную боль по меньшей мере 1 день в неделю в течение 3 последних месяцев.

Таблица 1. Диагностические критерии синдрома раздраженной кишки  
Диагностические критерии<sup>1</sup> синдрома раздраженной кишки

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 день в неделю за последние 3 месяца, ассоциирующаяся с 2 или более признаками из следующих:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Связанная с дефекацией</li> <li>2. Сочетается с изменением частоты стула</li> <li>3. Сочетается с изменением формы стула</li> </ol> <p><sup>1</sup> Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3-х последних месяцев с начала проявлений и не менее 6 месяцев перед диагностикой (за предшествующий шестимесячный период).</p> |
| <p>Подтверждающие критерии (кумулятивно подтверждают диагноз СРК):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Патологическая форма стула: (комками/плотный или жидкий/водянистый)</li> <li>• Патологический пассаж каловых масс (напряжение при акте дефекации, императивные позывы на дефекацию или чувство неполного опорожнения)</li> <li>• Выделение слизи при дефекации</li> <li>• Вздутие живота и чувство распираания.</li> </ul>                                                                                                        |

### Эпидемиология

Распространенность СРК составляет 20% (9-48%). При этом наибольшая распространенность отмечается в развитых странах, что объясняется характером употребляемой пищи и уровнем регулярных психоэмоциональных нагрузок. Средний возраст пациентов СРК— 24-41 лет. Соотношение женщин и мужчин с СРК составляет 2:1. На долю пациентов с СРК приходится 1/3 от всех пациентов, кто консультируется врачами общей практики. 1% пациентов с симптомами СРК направляется к специалисту. В основном обращаются к врачам тяжелые пациенты с СРК и средней степени тяжести, которые проходят многочисленные обследования для исключения органической патологии, характеризуются отчетливым снижением качества жизни и психоэмоциональными расстройствами. Пациенты с СРК составляют значимую долю на приеме у врача общей практики и гастроэнтеролога.

### Этиология и патогенез

Истинная природа СРК остается до конца неясной. Целый ряд факторов самостоятельно или в сочетании друг с другом приводят к развитию СРК. Наибольшее число исследователей сходятся во мнении о важной роли психоэмоционального стресса в развитии СРК. В Римских

критериях IV предложен новый термин «нарушения церебро-интестинального взаимодействия».

Наибольшее число исследователей сходятся во мнении о важной роли психоэмоционального стресса в развитии СРК. У пациентов с СРК, обращающихся за лечебной помощью, наблюдается большая частота отклонений от нормы их психического статуса и связь обострений заболевания с психотравмирующими ситуациями (в 30-45% случаев). Так, в анамнезе у таких пациентов удастся установить факты физического, психологического или сексуального насилия, наличие стрессовых ситуаций, сопутствующих современному ритму жизни, переживаний, обусловленных потерей близких.

В патогенезе СРК одним из ключевых звеньев является формирование висцеральной гиперчувствительности (ВГЧ), которая проявляется снижением порога восприятия боли. В развитии ВГЧ и восприятии боли участвуют многочисленные молекулярные медиаторы и рецепторы. Недавно были описаны новые рецепторы, участвующие в формировании реакций ВГЧ, - N-метил-Даспартат-рецепторы (NMDA) в головном мозге, спинном мозге и энтеральной нервной системе. Показано значительное усиление активности NMDA слизистых оболочек кишечника у пациентов с СРК по сравнению с контролем, а также статистически значимая корреляция с выраженностью абдоминальной боли.

В настоящее время не вызывает сомнений факт, что при СРК как тонкая, так и толстая кишка проявляют повышенную реактивность в отношении различных стимулов, включая лекарственные препараты, стресс, баллонное растяжение и даже еду. Тем не менее, однозначная связь моторных нарушений с такими симптомами как боль, вздутие живота, чувство неполного опорожнения кишечника не доказана. Исследования показали, что патологическая, или повышенная сократимость кишки не всегда являлась причиной отмечаемых пациентами болей или других симптомов. И наоборот, когда не регистрировались какие-либо отклонения двигательной активности желудочно-кишечного тракта, пациенты с СРК часто предъявляли жалобы на боль, вздутие живота.

Изменения двигательной функции кишечника способствуют активации спинальных нейронов и приводят к развитию повышенной спинальной возбудимости, когда обычные по силе раздражители вызывают усиленную реакцию, проявляющуюся болью. При этом может быть нарушен процесс нисходящего (обусловленного влиянием коры головного мозга) подавления восприятия боли. Болевые ощущения могут вторично приводить к возникновению других изменений функции кишечника. Таким образом, формируется порочный круг, обуславливающий все многообразие клинических проявлений заболевания.

Психосоциальные исследования показали, что при этом заболевании нарушения кишечной моторики являются результатом нарушения регуляции между ЦНС и автономной энтеральной нервной системой.

Генетическая предрасположенность при воздействии сенсibiliзирующего фактора может приводить к сбою регуляции функций кишечника, нарушению висцеральной чувствительности и моторики.

СРК сегодня — это «совокупность кишечных симптомов с гетерогенными определяющими факторами», под этим подразумевается не только полиэтиологичность синдрома, но и его потенциально неоднородная внутренняя нозологическая структура. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что незначительная воспалительная инфильтрация слизистой оболочки кишечника является одним из патофизиологических механизмов СРК. Воспалительные изменения наряду с психологическими расстройствами лежат в основе нарушения моторной, секреторной и эвакуаторной функции кишечника, а также повышенной висцеральной чувствительности.

#### **Основные звенья патогенеза:**

- Психоэмоциональный стресс;

- Висцеральная гиперчувствительность;
- Нарушение моторики;
- Генетическая предрасположенность;
- Слабовыраженное воспаление;
- Оксидативный стресс;
- Ассоциация с психопатологическими факторами и сопутствующими нарушениями, такими, как тревожность;
- Нарушение микробиоценоза кишечника;
- Постинфекционный СРК.

Результаты последних экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о роли слабовыраженного воспаления в патогенезе СРК.

Показано снижение плотности и активности энтеро-эндокринных клеток, выделяющих различные сигнальные вещества, такие, как серотонин, мелатонин, а также цитокины, что может приводить к нарушению моторики кишечника и формированию повышенной висцеральной чувствительности.

Кроме того, у пациентов с СРК отмечается сдвиг в сторону повышения продукции провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- $\alpha$ ), интерлейкинов – ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1 $\beta$  и снижение уровня противовоспалительного цитокина – ИЛ-10 в системном кровотоке.

В последнее время авторы придают значение окислительному стрессу в развитии СРК. При СРК показано снижение концентрации ферментовантиоксидантов, в том числе ферментов системы глутатиона, и, напротив, повышение показателей перекисного окисления липидов.

Повышенная возбудимость, депрессия и другие формы психологического дистресса значительно чаще встречаются у лиц с СРК, чем в остальной популяции. По психосоматическому состоянию больные с СРК образуют пограничную группу между нормой и явной психопатологией. У таких пациентов отмечается низкая приспособляемость к окружающей обстановке, неадекватная реакция на внешнее воздействие в обычных условиях и тем более в стрессовой ситуации.

Но в то же время большинство людей с симптомами СРК либо никогда не обращаются за медицинской помощью, либо, однажды, пройдя обследование и убедившись в отсутствии «серьезного» заболевания, в дальнейшем хорошо адаптируются к своему состоянию, самостоятельно справляются с проявлениями болезни при ее обострении. У таких лиц болезнь существенно не влияет на качество жизни. Больные с СРК, активно выявленные при эпидемиологических обследованиях, никогда не обращавшиеся к врачам по поводу нарушений функций кишечника, не отличаются по психическому статусу от людей, не имеющих кишечных нарушений. Это послужило даже основанием разделить пациентов с СРК на «пациентов» (их примерно 15%) и «непациентов» (их большинство 85%).

Микробиоценоз кишечника играет важную роль в развитии СРК. Показана взаимосвязь микрофлоры, иммунной системы и ноцицептивной системы кишечника. В связи с нарушением процессов кишечной ферментации дисбиоз кишечника рассматривается как потенциальный этиологический механизм при СРК. Отдельно выделяют постинфекционный СРК.

## Классификация

Чтобы больному легче было оценить тип стула, была разработана специальная шкала формы кала, получившая название Бристольской (Bristol Stool Form Scale), согласно которой плотному калу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому – типы 6 и 7 (табл. 2).

В классификации СРК в зависимости от характера изменений формы кала выделяют:

- СРК с преобладанием запоров (СРК – З): более, чем в 25% дефекаций форма стула 1-2 по Бристольской шкале; менее, чем в 25% дефекаций – 6-7 по Бристольской шкале
- СРК с преобладанием диареи (СРК – Д): более, чем в 25% дефекаций форма стула 6-7 по Бристольской шкале; менее, чем в 25% дефекаций – 1-2 по Бристольской шкале
- СРК смешанный субтип (СРК – М): более, чем в 25% дефекаций форма стула 1-2 по Бристольской шкале; и более, чем в 25% дефекаций – 6-7 по Бристольской шкале
- СРК неклассифицируемый (СРК – Н): пациент соответствует диагностическим критериям СРК, но не может быть отнесен к первым трем группам.

Как известно, в Римских критериях III разделение на субтипы (СРК с запором, диареей, смешанный или неклассифицируемый) основывалось на пропорции нарушения консистенции стула по Бристольской шкале по отношению к общему стулу. Однако, поскольку у многих пациентов часто отмечаются длительные периоды стула нормальной консистенции, это приводит к необоснованному увеличению числа пациентов с неклассифицируемым субтипом СРК по отношению к другим субтипам. В новой редакции Римских критериев при разделении на субтипы рекомендуется учитывать только пропорцию измененного стула (комковатый/твердый или неоформленный/жидкий), а не весь стул (включая нормальный). В результате существенно уменьшилось число больных с неклассифицируемым субтипом СРК.

Таблица 2. Бристольская шкала формы стула

|       |                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------|
| Тип 1 | Отдельные твердые комки, как орехи (пассаж затруднен) |
| Тип 2 | Колбасовидный, но комковатый                          |
| Тип 3 | Колбасовидный, но с трещинами                         |
| Тип 4 | Колбасовидный, гладкий, мягкий                        |
| Тип 5 | Мягкие комочки с ровными краями                       |
| Тип 6 | Рыхлые комочки, с рваными краями, кашицеобразный стул |
| Тип 7 | Водянистый стул без плотных комочков                  |

## Клиническая картина

Абдоминальная боль – ведущий симптом заболевания. Больной может характеризовать боль как неопределенную, жгучую, тупую, выкручивающую, постоянную, кинжальную. Интенсивность боли может быть самой разной: от ощущения неинтенсивной боли до кишечной колики, характерно появление боли сразу после еды и часто ее стихание после дефекации и отхождения газов.

Таблица 3. Анамнестические данные больных с синдромом раздраженного кишечника и органическими заболеваниями органов брюшной полости

| Анамнестические данные | Органические заболевания | СРК |
|------------------------|--------------------------|-----|
|------------------------|--------------------------|-----|

|                        |                                                                    |                                                                                                              |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Длительность анамнеза  | Короткий, прогредиентное течение                                   | Длительное, благоприятное течение болезни без прогрессирования; повторяющиеся эпизоды обострений стереотипны |
| Постоянство жалоб      | Монотонные или нарастающие, часто возникают ночью, будят больного. | Многообразны и изменчивы, беспокоят только в период бодрствования                                            |
| Локализация болей      | Боли локализованные                                                | Изменчивая                                                                                                   |
| Потеря массы тела      | Обычно связана с анорексией                                        | Вес стабильный или снижается из-за отказа от приема пищи_                                                    |
| Зависимость от стресса | Не зависит                                                         | Самочувствие ухудшается при стрессовых ситуациях, улучшается на отдыхе                                       |
| Вегетативные нарушения | Обычно нет                                                         | Выражены признаки симпатико- или ваготонии                                                                   |

Важной отличительной особенностью болевого синдрома при СРК является отсутствие болей в ночные часы. Как правило, боль локализуется в подвздошных (преимущественно левой) областях, но может отмечаться в любом отделе живота. Абдоминальная боль сопровождается нарушением опорожнения кишечника. У женщин боли могут усиливаться во время менструации.

При осмотре часто пальпируются спастически сокращенные болезненные участки ободочной кишки. Но спазм различных отделов толстой кишки, так же как и болезненность при пальпации, непостоянен, может менять локализацию в разные дни.

Наряду с болями беспокоит ощущение переполнения, вздутия живота. Как правило, метеоризм слабо выражен утром, постепенно усиливаясь к вечеру.

Для облегчения диагностики может быть использована таблица симптомов, характерных для СРК (таблица 3).

Нарушения стула могут проявляться как диарей, так и запором или чередованием этих симптомов. При диарее частота стула составляет 3-5 раз в день с выделением небольшого количества кала. Диарея может быть вызвана приемом пищи (гастроколитический рефлекс) или стрессом. При запорах дефекация происходит менее трех раз в неделю. Несмотря на это картина запора более дифференцирована. Изменение в процессе опорожнения (то есть необходимость натуживания, или ощущение неполного опорожнения) свидетельствует о запоре. Для этих больных характерно наличие фрагментированного, «овечьего» кала или комковатого (тип 1-2 по Бристольской шкале). Слизеотделение чаще встречается при СРК с запорами.

В клинике СРК для подавляющего большинства пациентов характерно многообразие и мозаичность жалоб. Помимо классических «кишечных», выделяют и большую группу внекишечных проявлений СРК: утомляемость, слабость, головные боли по типу мигрени, ощущение кома в горле, неудовлетворенность вдохом, невозможность спать на левом боку из-

за появляющихся неприятных ощущений в области сердца, вазоспастические реакции (онемение, зябкость пальцев рук).

При наблюдении таких больных обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством симптомов, длительным течением болезни и удовлетворительным общим состоянием, отсутствием объективных изменений в статусе больных, признаков прогрессирования болезни даже при многолетнем анамнезе.

В табл. 4 представлена часть из них: это и симптомы симпатикoadреналовой или вагоинсулярной направленности, признаки функциональных нарушений деятельности желудка, сердца, легких.

Большую помощь в постановке диагноза СРК оказывает изучение психического статуса пациента. При этом само начало заболевания многие пациенты связывают с наличием психотравмирующей ситуации – развод, потеря близкого человека, изменение работы, места жительства.

Большинство исследователей у больных с СРК диагностируют преобладание смешанного тревожно-депрессивного синдрома. Генерализованное тревожное расстройство может трансформироваться в тревожно-фобическое личностное расстройство, связанное со страхом перед появлением позыва к дефекации в ситуации, когда его реализация является затрудненной (СРК с диареей), канцерофобии (СРК с запором), ипохондрии.

Таблица 4. Вспомогательные симптомы при СРК

| Психогенные симптомы                                                                                                                                                                                                                                                    | Симптомы вегетативных расстройств                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Симптомы других функциональных заболеваний ЖКТ                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• внутреннее беспокойство</li> <li>• головные боли</li> <li>• лабильность настроения,</li> <li>• депрессивные расстройства</li> <li>• фобии,</li> <li>• состояния утомления,</li> <li>• нарушение сна, « канцерофобия</li> </ul> | <p>Признаки симпатикотонии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• бледность и сухость кожи</li> <li>• холодные конечности, « зябкость»</li> <li>• склонность к тахикардии, повышению АД</li> <li>• парестезии</li> </ul> <p>Признаки ваготонии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• влажность кожи</li> <li>• красный дермографизм</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• тошнота</li> <li>• отрыжка</li> <li>• горечь во рту</li> <li>• изжога</li> <li>• голодные боли</li> <li>• тяжесть в эпигастрии</li> <li>• раннее насыщение</li> <li>• ощущение дискомфорта, усиливающееся после еды</li> </ul> |

### Диагностика и дифференциальная диагностика

**Диагностика.** Клиника синдрома раздраженного кишечника неспецифична. В отличие других функциональных заболеваний, при которых имеется только нарушение стула и/или вздутие живота, при СРК обязательным симптомом является наличие абдоминальной боли.

#### Клинические симптомы и признаки СРК:

- Абдоминальная боль;

Боль в животе – главный симптом СРК, она может заметно варьировать по интенсивности и частоте. Появляются дискомфорт в животе, колики, острые интенсивные или тупые ноющие боли. Одни пациенты жалуются на ежедневные симптомы, другие сообщают о периодических болях с интервалом в недели и даже месяцы [13]. Боль после еды (очень частая жалоба) сочетается со вздутием, метеоризмом или обострением диареи, после дефекации, как правило, уменьшается. Боль появляется сразу после пробуждения или после приема пищи, может быть вызвана физическим напряжением или стрессовым событием.

- Вздутие живота;

Многие пациенты ощущают дискомфорт от вздутия и растяжения кишечника, одежда становится для них тесной и неудобной. Нарушают покой повышенное кишечное газообразование, урчание, газоотделение.

Причина вздутия заключается в том, что часть невсосавшейся пищи может подвергаться брожению в рамках физиологической нормы, способствуя газообразованию. При этом ускорение транзита пищи в тонкой кишке при СРК может усилить процессы брожения с образованием газа и осмотически активных веществ типа короткоцепочечных жирных кислот, стул меняет свою консистенцию, становится более жидким или кашицеобразным.

- Нарушение стула (запор или диарея);

Нарушения кишечной моторики при СРК включают диарею, запор или их чередование. В такие периоды в стуле часто присутствует слизь, что связывают с перестройкой слизистой оболочки дистальных отделов толстой кишки с преобладанием бокаловидных клеток над обычными энтероцитами. Требуется тщательный сбор анамнеза, чтобы определить, что пациент называет запором, а что – диареей.

Диарея. Пациенты могут часто жаловаться на относительно нормальный стул, однако учащенный и водянистый в утренние часы, без дальнейших расстройств в течение остальной части суток. Другие пациенты, жалуясь на диарею, подразумевают частое посещение туалета с отхождением небольшого количества слизи, нормального кала или даже вовсе без кала. Наиболее выраженные нарушения стула бывают в утренние часы, часто после приема пищи, в оставшуюся часть дня состояние больного остается удовлетворительным.

Запор. Пациенты могут жаловаться на запор, если фактически при сохранении частоты дефекации выделяется небольшое количество твердых фекальных масс (овечьих или ленточный стул). Необходимость натуживаться и ощущение неполного опорожнения кишечника пациенты могут также назвать запором.

Чередование симптомов. Часто у одного и того же больного наблюдается чередование симптомов. Изменения стула могут быть связаны с изменением жизненной ситуации или привычного образа жизни. Обучение выявлению факторов, приводящих к изменению стула, и их устранению поможет пациенту успешно управлять симптомами своего заболевания. Однако нельзя исключать появление интеркуррентного соматического заболевания при указанных состояниях.

- Выделение слизи;
- Психопатологические симптомы;
- Симптомы вегетативных нарушений;
- Симптомы других функциональных заболеваний.

#### Внекишечные проявления СРК

Здесь нужно сказать, что обращающихся за медицинской помощью пациентов с СРК можно условно разделить на 2 группы. В 1-ю группу (85–90%) входит категория лиц, которые хорошо приспосабливаются к своему заболеванию, не обращались к врачу, либо же однократно проходили обследование и лечение и благополучно справляются с проявлениями СРК самостоятельно. Вторая группа (10–15%) пациентов часто обращается к врачам, прибегает к инструментальным методам исследования, госпитализируется и даже подвергается оперативным вмешательствам. Для пациентов этой группы характерны длительные (не менее месяца) обострения, частые рецидивы симптомов на протяжении года. Зачастую у этих больных имеется отягощенный психосоциальный анамнез (физические, сексуальные домогательства, тяжелый стресс и т. д.), сопутствующая психопатология и необходимость психоневрологического лечения. Качество жизни таких больных значительно ухудшено.

Именно для этих пациентов наиболее характерно проявление внекишечных симптомов СРК, а именно: слабость, утомляемость, головные боли по типу мигрени, ощущение кома в горле, неудовлетворенность вдохом, невозможность спать на боку из-за появляющихся неприятных ощущений в области сердца, диспепсические симптомы (тошнота, изжога, раннее насыщение), мочевые симптомы (дизурия, никтурия, частое мочеиспускание, императивные позывы, чувство неполного опорожнения), сексуальная дисфункция (в т. ч. диспареуния, слабость либидо), боли в спине.

Диагноз СРК устанавливают при соответствии Римским критериям IV, исключении органических заболеваний ЖКТ и отсутствии «симптомов тревоги». Приведенные ниже симптомы могут быть проявлением органической патологии и должны служить показанием к углубленному обследованию.

#### **Симптомы «тревоги» у пациентов с возможным СРК:**

##### **Жалобы и анамнез:**

- уменьшение массы тела;
- начало заболевания в пожилом возрасте;
- ночная симптоматика;
- рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников;
- постоянная боль в животе как единственный симптом поражения ЖКТ;
- прогрессирующее течение заболевания.

##### Симптомы, выявленные при непосредственном обследовании:

- лихорадка;
- изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.).

##### Лабораторные показатели:

- снижение уровня гемоглобина;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- наличие скрытой крови в кале.

**Физикальное обследование** должно быть направлено на исключение органической патологии и обязательно включать осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки.

##### **Лабораторная диагностика**

Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК, является проведение общего анализа крови с определением СОЭ и уровня С-реактивного белка, общий анализ кала и тест на скрытую кровь, определение антител IgA или IgG к тканевой трансглутаминазе, общий анализ мочи.

##### **Инструментальная диагностика**

При отсутствии «симптомов тревоги» решение о проведении инструментального обследования принимают индивидуально с учетом анамнеза и наследственности.

Так, при обследовании проводят следующие основные исследования:

- общий анализ крови для выявления анемии, признаков воспаления, инфекции;
- биохимический анализ крови для оценки метаболических нарушений, в т. ч. электролитного дисбаланса у больных с диареей;
- копрологическое исследование на яйца гельминтов, скрытую кровь, патологические примеси, простейших, кишечных патогенов, лейкоцитов, токсинов *Clostridium difficile*.

Из инструментальных методов исследования кишечника определяющими служат эндоскопические (колоноскопия, ректороманоскопия) и рентгеноконтрастное исследование – ирригоскопия, а также УЗИ органов брюшной полости, КТ, МРТ.

По показаниям проводятся следующие исследования:

– определение скорости транзита по кишечнику, манометрия разных отделов толстой кишки;

– балонно-дилатационный тест с введением в прямую кишку латексного баллона с переходником длиной 3–4 см, через который в баллон вводят воздух;

– определение вегетативного статуса (метод интервалокардиографии) с определением вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения различных форм деятельности, как правило, у больных с СРК определяются различные вегетативные дисфункции;

– для объективной оценки психологического статуса используют: 1) Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety-Depression Scale – HADS) – опросник из 14 пунктов, предназначенный для оценки уровня тревожности и депрессии; 2) тест на «чувство близости» (SOC); 3) опросник о состоянии здоровья (PHQ-15) из 15 вопросов, ответы на которые помогают выявить наличие множественных соматических симптомов; 4) Гиссенский соматический и личностный опросник; 5) опросник Леонгарда – Смишека для определения структуры личности [25].

### **Дифференциальная диагностика СРК**

Диагноз СРК является диагнозом исключения. Дифференциальную диагностику СРК проводят со следующей патологией:

- целиакией (глютеновая энтеропатия),

Необходимым скрининговым исследованием для исключения целиакии является определение антител Ig к тканевой трансглутаминазе;

- лактазной и дисахаридазной недостаточностью

Диагностику проводят с помощью дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой;

- внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы;
- эндокринными расстройствами (гипертиреоз, гормонпродуцирующие опухоли ЖКТ);
- ВЗК (болезнь Крона и язвенный колит),

При подозрении на наличие указанной патологии больной должен быть направлен на илеоколоноскопию;

- лимфоцитарным или коллагенозным колитами (микроскопические колиты), которые, как правило, протекают без боли и служат причиной хронической диареи у 23–30% лиц старшего возраста. Для подтверждения диагноза необходимо выполнить колоноскопию с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки;

- радиационным (постлучевым) колитом;
- колитом, ассоциированным с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;
- ишемической болезнью органов пищеварения;
- раком толстой кишки;
- острой инфекционной диареей, антибиотико-ассоциированной диареей и псевдомембранозным колитом;
- лямблиозом;
- СИБР в тонкой кишке, для которого характерны диарея, вздутие живота и мальабсорбция.

Диагностику осуществляют путем проведения дыхательного водородного теста для подтверждения избыточной колонизации тонкой кишки;

- дивертикулитом эндометриозом,

- воспалительными заболеваниями органов малого таза, для которых характерны неострые боли в нижних отделах живота, необъяснимая лихорадка, давящая боль с иррадиацией вверх при влагалищном исследовании придатков, набухание придатков;
- раком яичника, который необходимо исключить у женщин старше 40 лет.

К редким причинам СРК-подобных симптомов, в первую очередь диареи, относят болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

Трудности проведения дифференциального диагноза обуславливаются тем, что клиническая картина различных заболеваний толстой кишки, особенно в начальных стадиях, имеет много общего.

### **Алгоритм диагностики**

Краткий алгоритм диагностики СРК представлен на рис.2 В Римских критериях IV отмечается, что ряд состояний, к числу которых относят хронические ВЗК, целиакию, непереносимость лактозы и фруктозы, микроскопический колит и др., могут протекать под «маской» СРК, в связи с чем с целью дифференциальной диагностики может быть проведен ограниченный круг исследований (limited testing). По мнению авторов, диагноз СРК должен основываться на четырех составляющих: анамнезе заболевания, результатах непосредственного обследования больного, минимальных лабораторных исследований и, при наличии клинических показаний, колоноскопии.

Однако при таком подходе возможны серьезные диагностические ошибки, поскольку ряд органических заболеваний, таких как хронические ВЗК, микроскопические колиты и даже опухоли толстой кишки, могут протекать с клинической картиной СРК при отсутствии «симптомов тревоги».

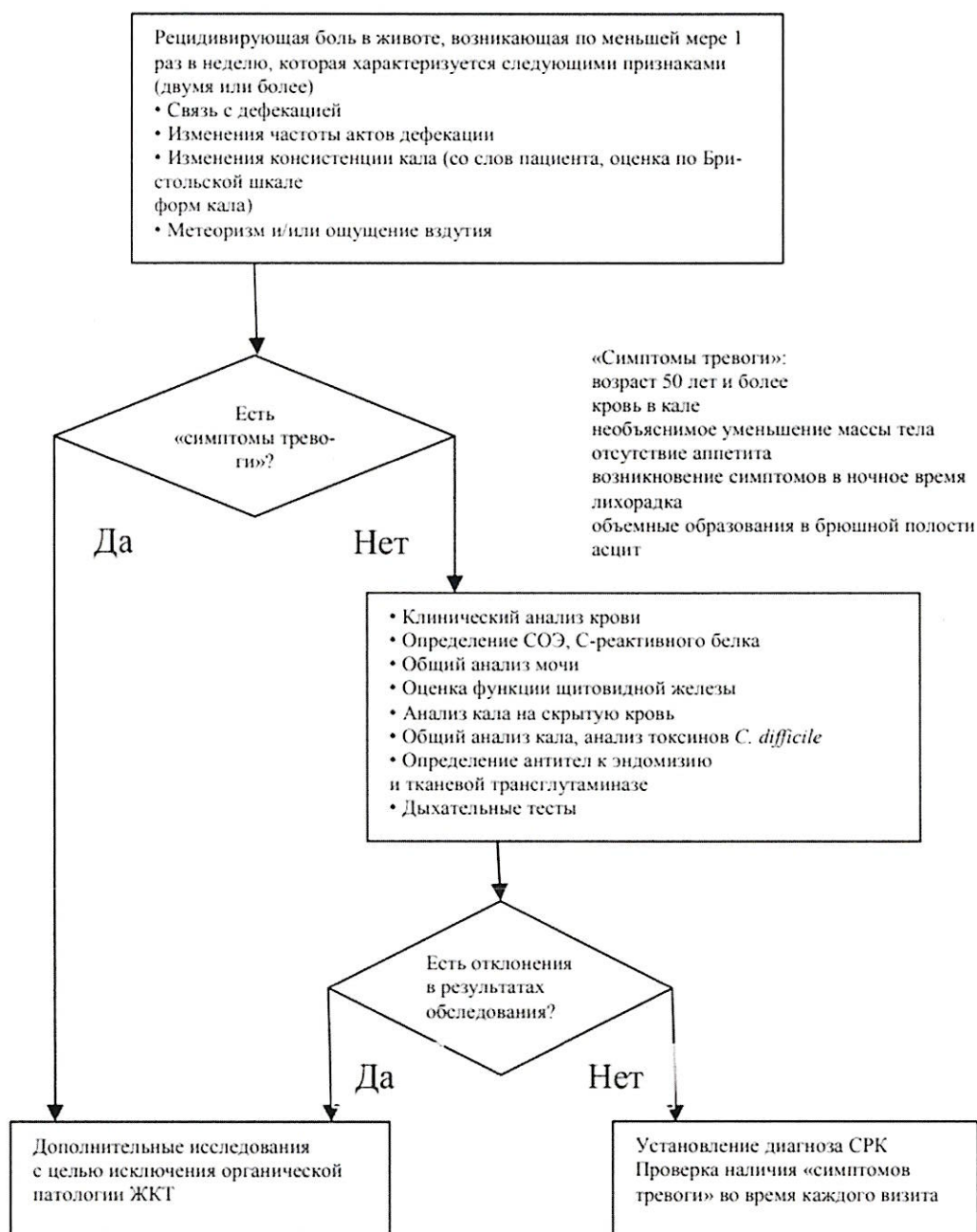


Рис. 2. Алгоритм диагностики синдрома раздраженного кишечника

В связи с этим СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого необходимо выполнить следующие исследования:

- клинический и биохимический анализы крови;
- определение антител к тканевой трансглутаминазе (АТ к tTG) IgA или IgG у пациентов с СРК-Д и СРК-М;
- определение уровня гормонов щитовидной железы;
- анализ кала для выявления скрытой крови;
- водородный дыхательный тест с глюкозой или лактулозой для выявления СИБР у пациентов с СРК-Д и СРК-М;

- анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (*Shigella* spp., *Salmonella* spp., *Yersinia* spp. и др), токсинов А и В *Clostridium difficile*, у пациентов с СРК-Д и СРК-М;
- определение уровня кальпротектина у пациентов с СРК-Д и СРК-М
- УЗИ органов брюшной полости;
- эндоскопическая гастродуоденоскопия с биопсией двенадцатиперстной кишки для исключения целиакии (биопсию выполняют при выявлении АТ к tTG в диагностическом титре у больных целиакией или их родственников первой линии);
- колоноскопию с биопсией.

### **Формулировка диагноза**

1. Синдром раздраженного кишечника с запором.
2. Синдром раздраженного кишечника с диареей.

### **Сопутствующие заболевания**

У пациентов с СРК с течением времени могут развиваться дополнительные желудочно-кишечные заболевания, и врач не должен пропустить появление соответствующих жалоб. Изменение симптоматики (например, локализации, типа и интенсивности боли, функции опорожнения кишечника, характеристик запор и понос) и появление новых признаков (например, диареи в ночное время) может служить сигналом присоединения другого заболевания.

К другим проявлениям, требующим дополнительного обследования, относятся появление свежей крови в стуле, похудание, интенсивная боль в животе либо необычное вздутие живота, стеаторея или зловонный стул, лихорадка, озноб, рвота, примесь крови в рвотных массах, а также симптомы, которые нарушают ночной сон (например, боль, позывы к дефекации), а также прогрессирование клинических проявлений. У пациентов > 45 лет чаще, чем у молодых пациентов, развивается интеркуррентное физиологическое заболевание.

### **Лечение СРК**

Лечение пациентов СРК представляет своеобразную пирамиду и включает:

1. Взаимоотношения врача и больного
2. Назначение гастроэнтерологических препаратов
3. Психотерапия и психофармакотерапия

Краеугольным камнем лечения больных СРК является установление позитивных взаимоотношений между пациентом и врачом. Создание терапевтического союза включает в себя общий для врача и пациента взгляд на природу симптомов заболевания и диагноз, соглашение в отношении лечебной стратегии.

Поскольку лица, страдающие СРК, часто испытывают опасения, связанные с возможным наличием у них тяжелого заболевания (прежде всего - онкологического) подробное объяснение им причин и механизмов кишечных расстройств и роли двигательных нарушений в их возникновении, имеет принципиальное значение.

Пациентам с СРК следует рекомендовать умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой), которые приводят к достоверному уменьшению выраженности основных симптомов заболевания

Назначается так называемая элиминационная диета, когда пациенту самому предлагается исключить из рациона пищевые продукты, напитки, вызывающие те или иные неприятные ощущения, не говоря уже о боли. При вариантах СРК-Д и СРК-М возможно назначение аглутеновой диеты, а также диеты с низким содержанием олигоди- и олиго-

моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола).

Больным с диарейным вариантом СРК нежелательно употреблять в пищу сырые овощи и фрукты, особенно богатые эфирными маслами, содержащие грубую клетчатку (редька, чеснок, редис, зеленый лук), продукты и напитки, усиливающие процессы брожения, газообразование в кишечнике (черный хлеб, бобовые, квас и т.д.), тугоплавкие жиры, цельное молоко, алкоголь. Им необходимо проявлять осторожность, употребляя кофеин и искусственные сахара (сорбитол, фруктоза), сахаросодержащие продукты (в том числе жевательную резинку) и напитки (соки, лимонад), обладающие послабляющим эффектом.

Наоборот, при варианте заболевания с запорами желателен включение в рацион продуктов питания, богатых клетчаткой, балластными веществами (хлеб из муки грубого помола, овощи и фрукты и т.д.), употребление достаточного количества жидкости (не менее 1,5-2 л в сутки).

Медикаментозная терапия СРК складывается из назначения препаратов, применяемых для купирования: болевого абдоминального синдрома, метеоризма, синдрома диареи и запоров; и назначается с учетом преобладания тех или иных синдромов.

Патогенетически оправданным, необходимым условием купирования боли является назначение спазмолитических лекарственных средств. Применяют миотропные селективные антиспастические препараты: мебеверин (дюспаталин) (в капсулах по 200 мг 2 раза в день), пинаверия бромид (дицетел) (по 50 мг 3 раза в сутки).

Нейротропные спазмолитики (или антихолинергические препараты, или М-холинолитики) блокируют процесс передачи нервных импульсов в вегетативных ганглиях и нервных окончаниях, стимулирующих гладкомышечные клетки. Из этой группы препаратов при СРК с преобладанием боли применяется гиосцина бутилбромид (бускопан). Противопоказан препарат больным, страдающим закрытоугольной глаукомой, миастенией, при токсическом мегаколоне.

При доминирующем болевом синдроме назначают также антидепрессанты.

Для лечения больных с СРК-Д применяют такие препараты, как лоперамида гидрохлорид, диоктаэдрический смектит, невсасывающийся антибиотик рифаксимин и пробиотики.

Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамида гидрохлорид (суточная доза 4-12 мг) улучшает консистенцию кала, уменьшает количество позывов на дефекацию, однако не оказывает существенного влияния на другие симптомы СРК, в том числе на абдоминальную боль.

Положительный эффект дает применение адсорбентов, вяжущих и обволакивающих средств, например, диосмектита. В одном из плацебоконтролируемых РКИ показана эффективность применения диоктаэдрического смектита в течение 8 нед при лечении 104 пациентов с СРК-Д. Ежедневный прием препарата (1 пакетик 3 раза в день) способствовал достоверному (по сравнению с отмечавшимися на начальном этапе исследования и при использовании плацебо) улучшению качества жизни больных, а также уменьшению интенсивности боли в животе и выраженности метеоризма.

Невсасывающийся антибиотик рифаксимин может быть рекомендован для лечения больных с СРК-Д.

Рифаксимин при коротком курсе терапии достаточно эффективно купировал диарею, а также способствовал уменьшению вздутия живота у больных.

Для устранения диареи используются также пробиотики. Пробиотики — это живые микроорганизмы, которые могут быть включены в состав различных пищевых продуктов, включая лекарственные препараты и пищевые добавки, оказывающие положительное влияние на функции микрофлоры. В недавно выполненном мета-анализе, включавшем 43 клинических

исследования, в которых проводили оценку эффективности и безопасности пробиотиков, подтверждено позитивное влияние препаратов данной группы на основные симптомы СРК. Доказана эффективность пробиотиков, содержащих различные штаммы лактобактерий и бифидум-бактерий.

Пробиотический препарат надлежащего качества должен соответствовать ряду требований: оболочка, содержащая пробиотик, должна обеспечивать беспрепятственное прохождение его по ЖКТ с последующей доставкой бактериальных клеток в кишку; в капсуле или таблетке пробиотического препарата на момент продажи должно содержаться не менее 1 млрд ( $10^9$ ) бактериальных клеток, и он должен способствовать уничтожению патогенных микроорганизмов в кишечнике, не оказывая при этом негативного влияния на полезные бактерии.

Альтернативным направлением является сохранение жизнеспособности пробиотиков ЖКТ и доставка микробных клеток в кишку путем создания микрокапсулированных пробиотических препаратов.

Для лечения больных с СРК-3 применяют слабительные средства следующих групп: слабительные средства, увеличивающие объем каловых масс (пустые оболочки семян подорожника);

осмотические слабительные средства (макрогол 4000, лактулоза);

слабительные средства, стимулирующие моторику кишки (бисакодил).

При неэффективности слабительных препаратов возможно назначение энтерокинетики прукалоприда.

#### **Слабительные средства, увеличивающие объем каловых масс**

Эти препараты увеличивают объем кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию, не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают привыкания.

Псиллиум (препарат семян подорожника) приводит к достоверному уменьшению выраженности симптомов заболевания, тогда как нерастворимые пищевые волокна (отруби) менее эффективны и могут способствовать увеличению выраженности симптомов.

#### **Осмотические слабительные средства**

К наиболее изученным представителям данной группы препаратов относятся полиэтиленгликоль (ПЭГ, макрогол) и лактулоза, способствующие замедлению всасывания воды и увеличению объема кишечного содержимого. Эти препараты не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию. Обычные дозы для препаратов: лактулоза – 15-30 мл; макрогол 4000 – 10-20 г на ночь.

В международных клинических исследованиях была показана возможность длительного применения ПЭГ (до 17 мес). При курсовом лечении ПЭГ был получен эффект последствия — обеспечение нормальной работы кишечника после отмены препарата. С учетом важной роли в регуляции моторики ЖКТ микрофлоры кишечника, способствующей формированию каловых масс и выработке различных метаболитов, в первую очередь коротко-цепочечных жирных кислот, возможно назначение препаратов с комплексным механизмом действия, оказывающих нормализующее влияние как на моторику ЖКТ, так и на состав и функции кишечной микрофлоры (например, лактитола, или экспортала, назначается по 2 порошка на ночь).

#### **Слабительные средства, стимулирующие моторику кишки**

Лекарственные препараты этой группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки усиливают её перистальтику. Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации, длительность курса лечения препаратами данной группы не должна превышать 10–14 дней.

## Энтерокинетики

В случае неэффективности рассмотренных слабительных препаратов целесообразно назначить прокинетики из группы агонистов 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов. Единственный на сегодняшний день препарат этого класса, доступный в России, — прукалоприд. Препарат одобрен в 2009 г. в европейских странах как средство для лечения хронического запора у женщин, в частности при СРК-З, в том случае, если слабительные средства не обеспечили должного эффекта в устранении симптомов запора. Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие живота, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни больных и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении. Препарат характеризуется удобством приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет 1 раз в сутки) и предсказуемостью эффекта. Побочные эффекты препарата (головная боль, тошнота, диарея, боль в животе), обычно слабо выраженные, чаще всего отмечаются в 1-й день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно, поэтому не требуется отменять препарат.

В тех случаях, когда в клинике заболевания преобладает метеоризм, используют пеногасители, то есть препараты, содержащие симетикон (по 1-2 капс. 3-5 раз в сут.) или диметикон, природные вещества, снижающие поверхностное натяжение находящихся в желудочно-кишечном тракте пузырьков газа, которые при этом распадаются. Высвобождаемые газы могут поглощаться стенками кишечника или выводиться из организма благодаря перистальтике. В состав комбинированного препарата метеоспазмил входит комбинация цитрата альверина (60 мг) и симетикона (300 мг), что определяет преимущества использования его при функциональных расстройствах кишечника. В экспериментальных исследованиях было показано, что препарат обладает способностью купировать стимулированные инъекцией ацетилхолина сокращения подвздошной кишки и тощей кишки после холинергической стимуляции. Альверин показал способность изменять нервную регуляцию перистальтики кишечника за счет торможения реакции возбуждения и торможения, вызванной афферентной парасимпатической стимуляцией. Кроме того, что цитрат альверина блокирует серотониновые рецепторы 5-HT<sub>1A</sub>, тем самым, предотвращая висцеральную боль.

Таким образом, комбинация альверина цитрата и симетикона (метеоспазмил) регулирует моторную активность кишечника, снижает висцеральную гиперчувствительность, что важно в лечении СРК.

Высокая клиническая эффективность достигается при назначении метеоспазмил по 1 капсуле 2-3 раза в сутки в течение 1 месяца. Кроме того, он может использоваться и в качестве симптоматического средства при абдоминальной боли и метеоризме.

Препараты комбинированного действия с учетом механизма их действия, способствуют как уменьшению интенсивности боли в животе, так и нормализации частоты актов дефекации и консистенции кала. Так, для устранения абдоминальной боли и нарушений выделительной функции кишечника при лечении пациентов с СРК с успехом применяют агонисты периферических опиоидных рецепторов, нормализующие двигательную активность кишечника благодаря влиянию на различные подтипы периферических опиоидных рецепторов и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности в результате воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга. Препарат данной группы — тримебутин малеат (тримебутин) — безопасен при длительном применении, эффективен при лечении сочетанной функциональной патологии, в частности при сочетании СФД и СРК, а также способствует уменьшению частоты возникновения и выраженности абдоминальной боли. Тримебутин (тримедат) назначается по 100-200 мг 3 раза в сутки.

К препаратам комбинированного действия растительного происхождения относят STW 5, полученный путем спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений (иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша

пятнистая, мелисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая). STW 5 — одно из наиболее изученных растительных лекарственных средств. В экспериментальных и клинических исследованиях установлено многоцелевое (мультитаргенное) действие STW 5, заключающееся в нормализации моторики различных отделов ЖКТ, снижении висцеральной чувствительности и повышенного газообразования, противовоспалительном и антиоксидантном действии. У пациентов с СРК STW 5 уменьшает выраженность симптомов заболевания (боль в животе, диарея, запор). Частота возникновения нежелательных явлений, по данным обследований более 46 000 пациентов, не превышала 0,04%. При предположительном диагнозе СФД и СРК, а также при их сочетании STW 5 можно назначать до получения результатов полного обследования для уменьшения выраженности симптомов.

### **Психотропные препараты**

Психотропные препараты (трициклические антидепрессанты — ТЦА, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — СИОЗС, нейролептики) применяют для коррекции эмоциональных нарушений, диагностируемых у большей части пациентов с СРК, а также для уменьшения выраженности боли в животе.

### **Антидепрессанты**

По данным мета-анализа, включавшего 12 контролируемых РКИ (799 пациентов), проведенных с целью оценки эффективности антидепрессантов при лечении больных с СРК, применение препаратов данной группы приводит к уменьшению выраженности основных симптомов. При этом самочувствие пациентов, получавших ТЦА, оказывалось достоверно лучше по сравнению с исходным, в то время как в группе лиц, получавших СИОЗС, различия были недостоверными. Схожие данные о низкой эффективности СИОЗС приведены также в более ранних публикациях. Согласно Римским критериям IV, для уменьшения выраженности боли в животе можно использовать такие антидепрессанты, как дезипрамин (25–100 мг 4 раза в день), пароксетин (10–40 мг 4 раза в день), сертралин (25–100 мг 4 раза в день), циталопрам (10–40 мг 4 раза в день). Антидепрессанты рассматривают как достаточно безопасные препараты при лечении больных с СРК. В плацебо-контролируемых РКИ возникновение побочных эффектов не приводило к необходимости достоверно более частой отмены антидепрессантов, чем при лечении плацебо. При назначении ТЦА могут возникать такие побочные эффекты, как сухость во рту, сонливость, сердцебиение, при приеме СИОЗС — нарушение сна, головная боль, тошнота, тревога.

### **Нейролептики**

Наряду с влиянием на коморбидные психические расстройства тревожного и/или депрессивного расстройства психофармакологические препараты дают эффекты, значимые для патогенеза СРК. Так, блокада гистаминовых рецепторов 1-го типа важна для снижения болевой чувствительности, ярко выраженная у некоторых психотропных препаратов (нейролептики, ТЦА) спазмолитическая холинолитическая атропиноподобная активность — для уменьшения мышечного спазма; способность взаимодействовать с различными подтипами периферических серотониновых рецепторов также может сыграть значимую роль в уменьшении выраженности симптомов СРК (изменение частоты актов дефекации). К антипсихотикам (нейролептикам), обладающим антидепрессивной и противотревожной активностью, относят антипсихотики второго поколения (так называемые атипичные антипсихотики) — оланзапин, кветиапин, арипипразол, рисперидон) а также некоторые антипсихотики первого поколения, которые в течение долгого времени применяли для лечения психосоматических заболеваний, такие как алимемазин.

Для уменьшения выраженности симптомов СРК и коморбидных психических и поведенческих расстройств антипсихотики назначают в меньших дозах, чем те, которые обычно применяют для лечения тяжелых психических расстройств. Так, суммарная доза алимемазина, необходимая для уменьшения чувства тревоги и выраженности симптомов

вегетативной дисфункции, составляет 15 мг/сут (рекомендуется титровать дозу препарата, начиная с 2,5 мг на ночь, тем самым давая возможность пациенту адаптироваться к основному нежелательному эффекту — повышенной сонливости в 1-е сутки приёма).

Несмотря на лечение, по некоторым статистическим данным, до 25% больных СРК остаются рефрактерными к терапии или даже имеют место случаи ухудшения самочувствия на фоне таковой. В то же время ряд клинических исследований, проводившихся за рубежом, доказали высокую эффективность гипнотерапии и психотерапии у таких пациентов. Поэтому участие специалистов-психологов, психиатров в лечении подобной категории больных, очевидно, необходимо.

## Литература

1. Irritable bowel syndrome / P. Enck, Q. Aziz, G. Barbara [et al.] // *Nat. Rev. Dis. Primers*. — 2016. — Vol. 24, № 2. — P. 16014.
2. Functional bowel disorders / G.F. Longstreth, W.G. Thompson, W.D. Chey [et al.] // *Gastroenterology*. — 2006. — Vol. 130. — P.1480—1491.
3. Патогенетические подходы в лечении синдрома раздраженного кишечника / А.В. Яковенко, А.Н. Иванов, А.С. Прянишникова [и др.] // *Лечащий врач*. — 2011. — № 7. — С.36—41.
4. Роль моторных нарушений в механизмах формирования клинических проявлений синдрома раздраженного кишечника (СРК) и СРК-подобных нарушений. Вопросы терапии / Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова, А.В. Яковенко [и др.] // *Consilium medicum*. — 2011. — № 1. — С.69—73.
5. Погромов, А.П. Распространенность синдрома раздраженного кишечника / А.П. Погромов, М.Г. Мнацаканян, О.В. Тацян // *Клиническая медицина*. — 2016. — Т. 94, № 11. — С.869—874.
6. Henstrom, M. Genetics of irritable bowel syndrome / M. Henstrom, M. D'Amato // *Molecular and Cellular Pediatrics*. — 2016. — Vol. 3. — P.7—12.
7. Is irritable bowel syndrome an organic disorder? / M. El-Salhy, D. Gundersen, O.H. Gilja [et al.] // *World. J. Gastroenterol.* — 2014. — Vol. 20, № 2. — P.384—400.
8. Tryptase potentiates enteric nerve activation by histamine and serotonin: Relevance for the effects of mucosal biopsy supernatants from irritable bowel syndrome patients / D. Ostertag, A. Annahazi, D. Krueger [et al.] // *Neurogastroenterol. Motil.* — 2017. — Vol. 3. — P.13070.
9. Sidhu, M. The gut microbiome / M Sidhu, D. van der Poorten // *Aust. Fam. Physician*. — 2017. — Vol. 46, № 4. — P.206—211.
10. Drossman, D.A. Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction / D.A. Drossman, W.L. Hasler // *Gastroenterology*. — 2016. — Vol. 150, № 6. — P. 1257—1261.
11. Schmulson, M.J. What Is New in Rome IV / M.J. Schmulson, D.A. Drossman // *J. Neurogastroenterol. Motil.* — 2017. — Vol. 30, № 2. — P. 151—163.
12. Simren, M. Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice / M. Simren, O.S. Palsson, W.E. Whitehead // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2017. — Vol. 19. — P.15—26.
13. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, А.А. Шептулин [и др.] // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. — 2017. — Т. 27, № 1. — С.50—61.
14. Comparison of psychiatric morbidity in patients with irritable bowel syndrome and non-ulcer dyspepsia / S.K. Padhy, S. Mishra, S. Sarkar [et al.] // *Ind. Psychiatry J.* — 2016. — Vol. 25, № 1. — P.29—34.
15. Buono, J.L. Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea / J.L. Buono, R.T. Carson, N.M. Flores // *Health Qual. Life Outcomes*. — 2017. — Vol. 15, № 1. — P.35—42.
16. Шкляев, А.Е. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника / А.Е. Шкляев, Ю.В. Горбунов // *Архивъ внутренней медицины*. — 2016. — Т. 30, № 4. — С.53—57.
17. Спиридонов, А.В. Синдром раздраженного кишечника в практике врача-гастроэнтеролога: от механизмов возникновения до эффективной терапии / А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсаямова, И.А. Гималетдинова // *Вестник современной клинической медицины*. — 2015. — Т. 8, № 6. — С.79—84.

18. Спиридонов, А.В. Применение краткого опросника ВОЗ WHOQOL-BREF для оценки качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника / А.В. Спиридонов, Л.Р. Абсалямова, И.А. Гималетдинова // Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Т. 9, № 6. — С.76—81.
19. Ивашкин, В.Т. Синдром раздраженного кишечника: патофизиологические и клинические аспекты проблемы / В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2015. — Т. 25, № 1. — С.4—16.
20. Шульпекова, Ю.О. Дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника и глютеновой энтеропатии / Ю.О. Шульпекова, Е.К. Баранская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии — 2009. — Т. 6. — С.39—48.
21. Economic Burden of Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea: Retrospective Analysis of a U.S. Commercially Insured Population / J.L. Buono, K. Mathur, A. Averitt [et al.] // J. Manag. Care. Spec. Pharm. — 2017. — Vol. 23, № 4. — P.453—460.