

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Демко И. В.

Руководитель ординатуры: к.м.н., доцент Мосина В. А.

РЕФЕРАТ на тему:

«Синдром раздраженного кишечника»

Выполнил: Ординатор 2 года обучения

Цупинин А.Е.

Красноярск

2024

## Содержание

|  |    |
|--|----|
| Введение .....                                   | 3  |
| Диагностические критерии .....                   | 3  |
| Этиология и патогенез .....                      | 4  |
| Классификация .....                              | 7  |
| Клиническая картина .....                        | 8  |
| Диагностика и дифференциальная диагностика ..... | 11 |
| Дифференциальная диагностика .....               | 13 |
| Лечение .....                                    | 14 |
| Литература .....                                 | 21 |

## Введение

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)

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».

## Диагностические критерии

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.

Рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 день в неделю за последние 3 месяца, ассоциирующаяся с 2 или более признаками из следующих:

1. Связанная с дефекацией
2. Сочетается с изменением частоты стула
3. Сочетается с изменением формы стула

Подтверждающие критерии (кумулятивно подтверждают диагноз СРК):

- Патологическая форма стула: (комками/плотный или жидкий/водянистый)
- Патологический пассаж каловых масс (напряжение при акте дефекации, императивные позывы на дефекацию или чувство неполного опорожнения)

- Выделение слизи при дефекации
- Вздутие живота и чувство распираания.

### 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 удается 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-D-аспартат-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

1. Психо-эмоциональный стресс
2. Висцеральная гиперчувствительность
3. Нарушение моторики
4. Генетическая предрасположенность
5. Слабо-выраженное воспаление
6. Оксидативный стресс
7. Ассоциация с психопатологическими факторами и сопутствующими нарушениями, такими, как тревожность.
8. Нарушение микробиоциноза кишечника.

## 9. Постинфекционный СРК .

Результаты последних экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют о роли слабо-выраженного 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 ферментов-антиоксидантов, 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.

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.

## Бристольская шкала формы кала

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| <b>Тип 1</b> | Отдельные твёрдые комки, как орехи, трудно продвигаются |    |
| <b>Тип 2</b> | В форме колбаски, но комковатый                         |    |
| <b>Тип 3</b> | В форме колбаски, но с ребристой поверхностью           |    |
| <b>Тип 4</b> | В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий             |    |
| <b>Тип 5</b> | Мягкие маленькие шарики с ровными краями                |  |
| <b>Тип 6</b> | Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул  |  |
| <b>Тип 7</b> | Водянистый, без твёрдых частиц                          |  |

### 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.

| 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. 1

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.

| 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> |

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.

## 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
- Вздутие живота
- Нарушение стула (запор или диарея )
- Выделение слизи
- Психопатологические симптомы
- Симптомы вегетативных нарушений
- Симптомы других функциональных заболеваний ЖКТ

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:

#### 1. 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.

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

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

и др.).

### 3. Лабораторные показатели:

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

### Физикальное обследование

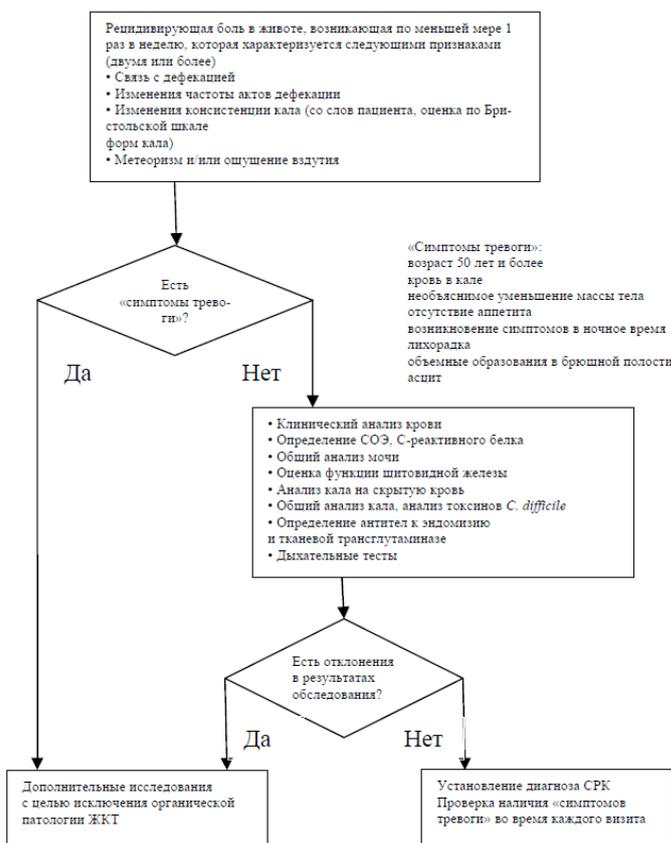
Направлено на исключение органической патологии и обязательно включать осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки.

### 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.



## Дифференциальная диагностика

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

- целиакией (глютеновая энтеропатия),

Необходимым скрининговым исследованием для исключения целиакии является определение антител 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.

## Лечение

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 аглютеновой 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 желательно 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 50мг 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 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.

Для лечения больных с СРК-З 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; макроголь 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 последействия — 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 ишемной 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-НТ4-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-3, 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-НТ 1А, 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 метеоспазмилла 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 — тримебутина 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. Гастроэнтерология: национальное руководство /Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. –464 с.
2. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К., и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных синдромом раздраженного кишечника // Российский ЖГГК. – 2017; 27 (5): 76– 93.
3. Ивашкин В.Т., Алексеенко С.А., Колесова Т.А., Корочанская Н.В., Полуэктова Е.А., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Трухманов А.С., Хлынов И.Б., Шептулин А.А., Шифрин О.С. Резолюция Экспертного совета, посвященного проблемам диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016; 26(4):109-10.2020;4(11):691-697. DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-11-691-697.
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Резолюция Экспертного совета «Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника»? Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2016; 26(2):101-4.
5. Клинические рекомендации «Синдром раздраженного кишечника» 2021.