

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА

Т. Д. Звягинцева, И. И. Шаргород, А. В. Дергачёва
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра гастроэнтерологии

В настоящее время одним из наиболее распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта в цивилизованных странах считается синдром раздражённого кишечника (СРК). В основе функциональной патологии кишечника лежит сложный комплекс нарушений основных функций тонкой и толстой кишок: моторики, секреции и чувствительности без видимых структурных изменений его слизистой оболочки [1, 2, 4].

По определению международной рабочей группы ВОЗ (Рим, 1992) СРК определяется как комплекс функциональных расстройств, продолжительностью свыше 3 мес., при котором абдоминальная боль сочетается с нарушениями дефекации и кишечного транзита.

Частота распространённости СРК колеблется от 14-22 до 30-50%, соотношение женщин и мужчин от 2:1 до 4:1. Обращаемость за медицинской помощью не более 10% лиц [3, 5], предъявляющих следующие жалобы:

1. Боли или дискомфорт в животе, уменьшающиеся после дефекации и/или сочетаются с нарушением частоты стула и/или с изменением консистенции кала.

2. Сочетание двух или более нижеследующих признаков, сохраняющихся в течение не менее чем 25% времени периода наблюдения:

– нарушение частоты стула (чаще 3 раз в день или реже 3 раз в неделю);

– изменение консистенции кала (фрагментированный, жидкий, водянистый);

– нарушение акта дефекации (необходимость длительного напряжения, неотложные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника);

– выделение слизи при акте дефекации;

– скопление в кишечнике газов и ощущение вздутости живота (метеоризм);

Этиология СРК не выявлена. Различные аспекты, касающиеся его сущности, изучают гастроэнтерологи, социологи, экспериментаторы-психологи, нейробиологи. Большую роль в развитии болезни отводят особенностям личности. Поэтому проблема выявления у пациентов с СРК маскированной депрессии или

других изменений психики весьма актуальна. По современным представлениям, состояние психики больных с СРК пограничное, оно уже отличается от нормы, но это ещё не явная психопатия [2, 9, 10].

Причины развития СРК:

– нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы (изменение нейрогуморальной регуляции функционального состояния кишечника);

– хронические психические нагрузки, стресс; функционирует ось: кишечник–мозг–кишечник;

– перенесённые острые кишечные инфекции с последующим развитием дисбактериоза, уменьшением количества бифидобактерий и заселением кишечника условно-патогенной флорой;

– широко употребляемые лекарственные препараты: антибиотики, антациды, бета-адреноблокаторы и др.;

– эндокринные нарушения (дисменорея, климакс, сахарный диабет, гипотиреоз, ожирение);

– особенности режима и характера питания.

Критерии диагностики СРК [2, 5]

• СРК с преобладанием запоров:

– отсутствие дефекации в течение 3 суток и более;

– чередование запоров и поносов;

– чувство неполного опорожнения кишечника (стул в виде овечьего кала или лентообразный в виде карандаша).

• СРК с преобладанием диареи:

– жидкий стул 2-4 раза в день преимущественно в утренние часы, иногда с примесью слизи и остатков непереваренной пищи;

– неотложные (императивные) позывы на дефекацию (изредка);

– отсутствие диареи в ночное время.

• СРК с преобладанием абдоминальных болей и вздутия живота:

– схваткообразные абдоминальные боли и вздутие живота (метеоризм);

– при пальпации живота – напряжение передней брюшной стенки и болезненность по ходу кишечника;

– усиление болей перед актом дефекации и уменьшение после опорожнения кишечника; боли могут провоцироваться приёмом пищи.

Клинические критерии СРК [1, 3, 6]

• Долгительное (многолетнее) течение болезни без заметного прогрессирования

• Многообразии имеющихся жалоб (сочетание болей в животе с головными болями, нарушением сна, ощущением кома при глотании, учащённым мочеиспусканием)

• Изменчивый характер жалоб

• Связь ухудшения самочувствия с действием психоэмоциональных факторов

• Отсутствие диареи в ночное время

• Отсутствие “симптомов тревоги” (примесь крови в кале, лихорадки, необъяснимого похудения, анемии, повышения СОЭ и др.)

Диагноз СРК устанавливается после исключения органической патологии органов желудочно-кишечного тракта с применением рентгенологических, эндоскопических, морфологических методов исследования [1, 2, 6].

Основной принцип терапии СРК:

1. Сбалансированное рациональное питание.

2. Воздействие на психоэмоциональную сферу.

3. Ограничение медикаментозного лечения.

4. Повышение физической активности.

Исключить из лечения:

– щадящую диету;

– обилие лекарственных средств;

– систематическое использование очистительных клизм и слабительных препаратов, которые усугубляют моторно-секреторные нарушения и невротизируют пациента.

Специальной диеты при СРК нет. Необходимо исключить щадящее питание. Пищевой рацион должен быть разнообразным, полноценным с учетом переносимости продуктов. Исключаются пряности, острые и соленые приправы, продукты богатые эфирными маслами, свежие овощи, фрукты, жирные сорта мяса и рыбы, сдобное тесто, молоко.

Основой лечебного комплекса при СРК считается функциональное питание, которое включает пектины, пищевые волокна, то есть пребиотики. Пищевые волокна не только адсорбируют воду, повышая массу фекалий, но и стимулируют моторику толстой кишки [8].

Традиционным источником пищевых волокон и пектинов считаются злаки (отруби), корнеплоды (свекла, капуста, тыква, морковь, редька), грибы, водоросли, фрукты (яблоки, слива), крупа (гречневая, овсяная). Учитывая свойство отрубей связывать воду, целесообразно рекомендовать обильное питье 1,5-2 л жидкости – минеральная вода, компот, соки, молоко.

Мнения о лечебном эффекте пищевых волокон при СРК весьма неоднозначны.

Особое место в терапии больных СРК занимает коррекция психопатологических нарушений и вегетативных дисфункций. При обнаружении депрессивного и ипохондрического синдромов целесообразно назначение антидепрессантов, например, небольших доз феварина (50 мг/сут) и анксиолитиков, после консультации психотерапевта. При выраженной астении, вегетативных расстройствах, снижении настроения назначаются общеукрепляющие средства, поливитамины, психостимуляторы, включая и растительные препараты (женьшень, заманиха, элеутерококк, лимонник и др.) [3,6].

Нормализация моторно-эвакуаторной функции кишечника и акта дефекации.

При СРК протекающем преимущественно с болевыми ощущениями рекомендуются препараты, обладающие спазмолитическим действием. В практической работе используются спазмолитики с различными механизмами действия: антихолинергические (атропин, гастропепин, бускопан) препараты, миотропные спазмолитики (мебеверин, но-шпа, папаверин). Но они имеют ряд недостатков.

В последние годы широкое применение при СРК находят блокаторы кальциевых каналов – пинавериум бромид (дигител) [1,2,4,5], обладающий рядом преимуществ:

– действует селективно на кишечник;

– избирательно блокирует кальциевые каналы гладкой мускулатуры кишечника;

– препятствует избыточному поступлению кальция внутрь клетки;

– обладает низкой биодоступностью (<0,5%);

– не обладает антихолинергическим эффектом;

– не активен в отношении вегетативного аппарата кишечника;

– не обладает вазодилаторным и антиаритмическим действием.

Дигител надежно купирует болевой синдром и восстанавливает нарушенную моторно-эвакуаторную функцию. При обострении препарат назначают по 100 мг (2 таблетки) 3 раза в день во время еды 7 дней (до стихания силь-

ных болей), затем по 50 мг 3–4 раза в день до 4 недель.

Использование очистительных клизм и слабительных средств при СРК не устраняют, а усугубляют моторно–секреторные нарушения, усиливают спазмы и боль, дополнительно невротизируя больного.

Препаратом выбора в лечении запоров при СРК является форлакс (активное вещество–макроголь 4000), который увеличивает содержание жидкости в химусе, размягчает кишечное содержимое, облегчает акт дефекации. Средняя терапевтическая доза 1–2 пакетика в день. Эффект форлакса проявляется через 24–48 часов после приема.

Если при СРК диарея является доминирующим симптомом, то наиболее эффективное действие окажет диоктаэдрический смектит (смекта) [3, 4, 5]. Обладая мукоцитопротективными свойствами, смекта быстро восстанавливает процессы абсорбции и секреции, нормализует моторику кишки, тем самым улучшая клиническую симптоматику: уменьшение вздутия, болей в животе, прекращение поносов. Доза смекты 3 пакетика в день через 30 минут после еды.

Диарейный синдром [3, 5] купирует лоперамид (имодиум) – 2 капсулы в день (4мг). При метеоризме эффективен эспумизан (симетикон–пенотасит), который снижает поверхностное натяжение пузырьков газа в химусе, обволакивает и защищает стенку кишки, препятствует скоплению газов. Назначают по 6–9 капсул в день.

В настоящее время применяется новый прокинетики, являющийся агонистом опиоидных рецепторов – тримебутин (дебридат, модулон) – исключительно эффективный в лечении больных с СРК [7, 11]. Его можно назначать в виде монотерапии по 300 мг/сут. Через 7 дней дозу увеличивают до 600 мг/сут.

Литература

1. Звягинцева Т.Д., Плутенко И.М. Синдром раздражённого кишечника // Проблемы мед. науки та освіти. 2000. №1. С. 35–37.
2. Златкина А.Р. Синдром раздражённого кишечника // Тер. архив. 1997. Т. 69, №2. С. 68–71.
3. Златкина А.Р. Синдром раздражённого кишечника // Рос. журнал гастроэнтеролог., гепатол., колопроктол. 2000. №1. С. 13–17.
4. Ивашкин В.Т. Златкина А.Р. Синдром раздражённой кишки // там же. 1993. Т. 2, №3. С.27–31.
6. Мишушкин О.Н. Возможности современной фармакотерапии в восстановлении и регуляции нарушений моторики кишечника // там же. 2000. №4. С. 39–44.
5. Мишушкин О.Н. Синдром раздражённого кишечника // Тер. архив. 2000. №1. С.71–72.
7. Парфёнов А.И. Использование дебридата в лечении синдрома раздражённого кишечника // Воен.-мед. журнал. 1996. Т. 317, №5. С.37–38.
8. Bengmark S. Ecnutrition and health maintenance // Clin. Nutrit. 1996. Vol. 15. P. 1–10.
9. Drossman D.A., Creed F.H. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders //Ann. Intern. Med. 1995. Vol.123. P.688–797.
10. Sanger G.J. S-Hydroxytryptamine and functional bowel disorders //Neurogastroenterol. Motil. Dec. 1996. №8. P.319.
11. Fraitag B., Hostein J., Pascaud X., Junien J.L. Trimebutin. Pharmacology, recent concepts about its mechanism of action, therapeutic results //Gastroenterol. Clin. Biol. 1992. Vol.16, N5. P.413–420.