

Министерство образования Российской Федерации  
Ульяновский государственный университет  
Институт медицины и экологии  
Медицинский факультет  
Кафедра госпитальной терапии

*Визе-Хрипунова М.А., Пащенко И.Г., Песков А.Б.*

## **СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Методические рекомендации  
для преподавателей, врачей, студентов

г. Ульяновск, 2003

ББК 54.133  
В 42

*Печатается по решению Ученого Совета  
института медицины и экологии  
Ульяновского государственного университета*

**Визе-Хрипунова М.А., Пащенко И.Г., Песков А.Б.**

**Синдром раздраженного кишечника.** Методические рекомендации для преподавателей, врачей, студентов. Ульяновск: УлГУ, 2003 г. – стр.

Методические рекомендации посвящены наиболее распространенной функциональной патологии кишечника – синдрому раздраженного кишечника. В рекомендациях отражены современные взгляды на этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение данного заболевания. Методические рекомендации предназначены для студентов старших курсов медицинских ВУЗов, а также врачей-интернов и клинических ординаторов. Преподавателям окажут помощь в разборе тем по дифференциальной диагностике заболеваний кишечника.

**Рецензенты:**

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой инфекционных, кожных и венерических болезней  
*Л.М.Киселева*

Доктор медицинских наук,  
профессор кафедры госпитальной терапии  
*Г.В.Грачева*

## Введение

Функциональная патология кишечника считается в цивилизованных странах в последние десятилетия наиболее распространенной среди больных гастроэнтерологического профиля.

Полагают, что эти расстройства встречаются у 20-30% населения и часто служат поводом для консультации у практического врача.

В то же время истинная природа этих патологий остается не совсем ясной.

Наиболее изученной патологией является синдром раздраженного кишечника (СРК).

Заболевание наносит большой экономический ущерб обществу как по прямым показателям затрат на медицинское обслуживание и лечение, так и по косвенным показателям, включающим компенсацию временной нетрудоспособности.

Среди практикующих врачей и по настоящее время нередко используются многочисленные синонимы названия синдрома – дисбактериоз кишечника, функциональная колопатия, синдром раздраженной толстой кишки, спастическая толстая кишка, хронический спастический колит. Однако эти диагнозы неточно обозначают суть синдрома, т.к. его течение не сопровождается клинически значимым нарушением флоры кишечника или характерной воспалительной реакцией слизистой оболочки. В то же время большую роль в развитии и прогрессировании заболевания отводят особенностям личности.

Необходимость издания настоящих методических рекомендаций обусловлена несколькими факторами. Во-первых, СРК относится к наиболее распространенной форме гастроэнтерологической патологии. Во-вторых, в его диагностике нередко допускаются достаточно серьезные ошибки. В-третьих, в диагностике и лечении больных с синдромом раздраженного кишечника принимают участие терапевты, гастроэнтерологи, психотерапевты, а нередко и психиатры.

Неверная трактовка происхождения клинических симптомов при синдроме раздраженного кишечника приводит к неправильному выбору лекарственных средств, которые в одних случаях оказываются бесполезными, а в других (антибиотики) – просто вредными.

Для студентов данные методические рекомендации будут полезны при подготовке к занятиям по дифференциальной диагностике синдромов диареи и запоров.

В методические рекомендации вошли и собственные оригинальные методы лечения больных СРК, разработанные на кафедре госпитальной терапии.

## Содержание

	стр.
Введение	2
1. Классификация функциональных расстройств системы пищеварения	
2. Патогенез СРК	
3. Определение	
4. Римские критерии СРК	
5. Эпидемиология СРК	
6. Классификация СРК	
7. Клиническая картина СРК	
8. Лабораторные и инструментальные исследования	
9. Стратегия постановки диагноза СРК	
10. Дифференциальный диагноз при СРК	
11. Программа лечения больных с СРК	
12. Тактика ведения больных СРК	
12.1 Лечение больных с преобладанием абдоминальной боли и метеоризмом	
12.2 Лечение больных с преобладанием диареи	
12.3 Лечение больных с преобладанием запоров	
13. Психотерапия	
14. Компьютерная электроакупунктура как один из методов лечения СРК	
15. Литература	

Деление патологии человека на органическую и функциональную условно. В гастроэнтерологии функциональные заболевания – это различные устойчивые комбинации хронических и/или рецидивирующих симптомов, чаще свидетельствующих о нарушениях двигательной функции, относящихся к глотке, пищеводу, желудку, билиарному тракту, тонкой, толстой кишке, аноректальной зоне.

### **Классификация функциональных расстройств системы пищеварения (римский консенсус, 1988)**

1. Расстройства пищевода
  - 1.1. Спазм пищевода
  - 1.2. Синдром руминации (жвачный синдром)
  - 1.3. Функциональная за грудиной боль пищеводного происхождения
  - 1.4. Функциональная изжога
  - 1.5. Функциональная дисфагия
  - 1.6. Неспецифические функциональные пищеводные расстройства
  
2. Расстройства желудка и двенадцатиперстной кишки
  - 2.1. Неязвенная (функциональная) диспепсия
    - 2.1.1. Язвенно-подобная диспепсия
    - 2.1.2. Диспепсия при преимущественном нарушении моторики желудка
    - 2.1.3. Неспецифическая диспепсия
  - 2.2. Аэрофагия
  - 2.3. Функциональная рвота
  
3. Расстройства кишечника
  - 3.1. Синдром раздраженного кишечника
  - 3.2. Функциональный метеоризм
  - 3.3. Функциональный запор
  - 3.4. Функциональная диарея
  - 3.5. Неспецифические функциональные расстройства кишечника
  
4. Функциональная абдоминальная боль
  - 4.1. Синдром функциональной абдоминальной боли
  - 4.2. Неспецифическая функциональная абдоминальная боль
  
5. Расстройства желчевыводящих путей
  - 5.1. Дисфункция желчного пузыря
  - 5.2. Дисфункция сфинктера Одди
  
6. Аноректальные расстройства
  - 6.1. Функциональное недержание кала
  - 6.2. Функциональная аноректальная боль
    - 6.2.1. Синдром m. levator ani
    - 6.2.2. Боль в прямой кишке
  - 6.3. Нарушение функции тазового дна

7. Функциональные расстройства у детей
  - 7.1. Рвота
    - 7.1.1. Срыгивание у новорожденных
    - 7.1.2. Жвачный синдром у новорожденных
    - 7.1.3. Синдром циклической рвоты
  - 7.2. Абдоминальная боль
    - 7.2.1. Функциональная диспепсия
    - 7.2.2. Синдром раздраженного кишечника
    - 7.2.3. Функциональная абдоминальная боль
    - 7.2.4. Абдоминальная мигрень
    - 7.2.5. Аэрофагия
  - 7.3. Функциональная диарея
  - 7.4. Расстройства дефекации
    - 7.4.1. Затруднение дефекации у новорожденных
    - 7.4.2. Функциональный запор
    - 7.4.3. Функциональная задержка кала
    - 7.4.4. Недержание кала

Диагностически сложным являются клинические ситуации, когда тяжелые симптомы заболевания не находят объяснения в результатах лабораторных, инструментальных и морфологических исследований. СРК служит ярким примером такой патологии.

Согласно современным взглядам СРК относят к функциональным заболеваниям на том основании, что не удается обнаружить морфологических изменений, которыми можно было бы объяснить боли, нарушение стула и другие клинические симптомы. Однако такое объяснение нельзя считать бесспорным. Ряд авторов выдвигают следующие аргументы.

Во-первых, число функциональных патологий не может быть в принципе, так как функция является отражением структурных изменений. Возможности их выявления определяется в первую очередь развитием соответствующих технологий.

Во-вторых, имеется достаточно работ, в которых показано наличие дистрофических изменений слизистой оболочки кишечника при этом заболевании.

В-третьих, у больных СРК нарушается не только моторика кишечника, но и всасывательная функция и проницаемость кишечника, что также подтверждает наличие морфологических изменений в слизистой оболочке.

Длительное время СРК считается самым распространенным заболеванием внутренних органов, хотя подавляющее большинство активно выявляемых лиц с симптомами раздраженного кишечника практически не обращались за врачебной помощью и не считали себя больными.

В состав СРК включались также функциональные запоры, метеоризм, безболевая диарея и абдоминальные боли кишечного происхождения, а также трудно диагностируемые заболевания со сходной симптоматикой (стертые формы эндокринных энтеропатий, дисахаридазной недостаточности).

## Патогенез СРК

Согласно современным представлениям, СРК является биопсихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежит взаимодействие двух основных патологических механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункций, то есть нарушение висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника. Третьим фактором, привлекающим сейчас внимание исследователей, являются стойкие нейроиммунные повреждения, которые развиваются после инфекционных заболеваний кишечника и рассматриваются как возможная причина сенсорно-моторной дисфункции.



Собирая известные звенья патогенеза СРК в единую цепь патологических событий, предлагается следующая модель развития патологии.

При наличии генетической предрасположенности и воздействии сенсibiliзирующих факторов (перенесенная кишечная инфекция, психоэмоциональный стресс, сопряженный с болями в животе – физические, сексуальные домогательства) у личности, развивающейся в определенной социальной среде (художники, музыканты, творческая интеллигенция), складываются психоло-

гические особенности характера. Низкий уровень резистентности к стрессовым воздействиям и слабая социальная поддержка способствуют нарушениям регуляции функций желудочно-кишечного тракта, нарушению висцеральной чувствительности и моторики кишечника, при этом ломаются энтероцеребральные связи и формируется симптомокомплекс раздраженного кишечника. Очень вероятно, что СРК является и не патологией ЖКТ, и не заболеванием центральной нервной системы или психической сферы, а, скорее всего, неким новым бионейропсихосоциальным состоянием человека, формирующимся в экстремальных социальных условиях и проявляющимся повышенной чувствительностью, восприимчивостью и реактивностью организма.

### Определение

В 1992 году Международная группа по разработке критериев функциональных расстройств предложили Римские критерии СРК, модернизированные в 2000 году ( Римские критерии II ).

Согласно критериям СРК это устойчивая совокупность расстройств продолжительностью не менее 12 недель на протяжении 12 месяцев, проявляющаяся болью и/или дискомфортом в животе, которые проходят после дефекации, сопровождаются изменениями частоты и консистенции стула, сочетающимися на протяжении 25% времени заболевания не менее, чем с двумя стойкими симптомами нарушения функции кишечника – изменением частоты стула, консистенции кала, самого акта дефекации (императивные позывы, тенезмы, чувство неполного опорожнения, дополнительные усилия при дефекации ), выделением слизи с калом, метеоризмом.

### Римские критерии СРК

#### в сочетании:

<p>Боли или дискомфорт в животе, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проходят после акта дефекации,</li> <li>- связаны с изменениями частоты стула (запорами, поносами или их чередованием),</li> <li>- связаны с изменением консистенции стула.</li> </ul>	<p>Два или более следующих симптомов на протяжении ¼ этого времени:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изменение частоты стула (чаще, чем 3 раза в день, или реже, чем 3 раза в неделю),</li> <li>- изменение формы кала (жидкий, твердый),</li> <li>- изменение акта дефекации,</li> <li>- императивные позывы,</li> <li>- чувство неполного опорожнения,</li> <li>- дополнительные потуживания, усилия,</li> <li>- выделение слизи,</li> <li>- метеоризм, вздутие живота.</li> </ul>
---	--

Римские критерии СРК способствовали единому пониманию сути патологии гастроэнтерологами разных школ и позволили в дальнейшем избегать использования многочисленных неправомерных синонимов названия синдрома – дисбактериоз кишечника, функциональная колопатия, хронический спастический колит, спастическая толстая кишка, слизистая колика и др. В России до настоящего времени чрезвычайно распространены диагнозы “дисбактериоз кишечника”, “хронический спастический колит”, которые неточно обозначают суть синдрома, так как его течение не сопровождается клинически значимым нарушением состояния флоры кишечника или характерной воспалительной реакцией слизистой оболочки.

### Эпидемиология СРК

Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48%. Размах показателей распространенности объясняется тем, что две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются и только треть больных ищет помощи у врача. Социальный и культурный уровень населения во многом определяет показатель обращаемости населения по поводу заболевания.

В развитых странах Европы, Америки, в Японии, Китае обращаемость высока и распространенность заболевания достигает 30%. В таких странах, как Таиланд, она составляет 5%, а в Иране – всего 3,4%.

Последние эпидемиологические исследования среди латиноамериканцев и афроамериканцев США, жителей Японии и Китая показали, что распространенность синдрома не зависит от расовой принадлежности и составляет во всех изученных группах в среднем 20%.

Заболеваемость СРК составляет 1% в год. Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст – 30-40 лет.

Соотношение женщин и мужчин среди больных, по разным данным, варьирует от 1:1 до 2:1. Новейшие эпидемиологические исследования показали, что среди мужчин так называемого “проблемного” возраста (после 50 лет) СРК распространен так же часто, как среди женщин. Социальное положение полов определяет обращаемость по поводу симптомов СРК. В тех странах, где женщины эмансипированы, имеют равные права с мужчинами, например в России, Европе и Америке, их обращаемость по поводу симптомов СРК в 2–4 раза выше, чем у мужчин. В странах, где женщины имеют низкое социальное положение, например в Индии и Пакистане, с симптомами СРК в 4 раза чаще обращаются мужчины и по статистике наблюдается значительное преобладание мужчин среди больных (рис. 1). В большинстве стран Африки обращаемость одинакова как среди мужчин, так и среди женщин, и поэтому соотношение полов составляет 1:1.

Средний возраст пациентов составляет 24-41 год. Среди лиц пожилого возраста, 65-93 лет, распространенность СРК составляет 10,9% по сравнению с 17% у лиц 30-64 лет. Появление характерных симптомов впервые у пациентов старше 60 лет ставит под сомнение диагноз СРК. Таким пациентам следует

особенно тщательно исключать органические заболевания, в первую очередь колоректальный рак, дивертикулез, полипоз, ишемический колит и др.

Эпидемиологические исследования показали определенную связь распространенности СРК с местом проживания. Отмечается, что у сельских жителей, которые занимаются преимущественно физическим трудом и питаются растительной пищей, синдром встречается значительно реже, чем у жителей городов. В свою очередь среди горожан СРК наиболее распространен в крупных мегаполисах и столицах, несколько реже встречается у жителей больших городов и еще реже наблюдается среди населения поселков городского типа.

Как распределяется поток больных с СРК? Подавляющее большинство, 55% пациентов, впервые обращаются к участковым терапевтам, составляя 12% от всего количества больных. 25% пациентов впервые приходят к гастроэнтерологу, составляя 28% контингента больных, наблюдающихся у гастроэнтеролога. Подсчитано, что 50% рабочего времени врача-гастроэнтеролога уходит на лечение больных с СРК. Примерно 15% больных изначально обращаются к психиатру по поводу той или иной психопатологии, сопровождающей течение СРК. 5% больных попадают к врачам других специальностей – чаще всего к гинекологам, хирургам, эндокринологам.

### **Критерии классификации больных**

F.Weber и R.Mc Clum предложили клиническую классификацию, в которой в зависимости от ведущего симптома выделяются три варианта течения СРК: 1) с преобладающими болями в животе и метеоризмом; 2) с преобладающей диареей; 3) с преобладающими запорами.

#### **1. СРК с преимущественной диареей**

Один или более из следующих симптомов:

- три и более актов дефекации в день,
- неоформленный или водянистый стул,
- срочные акты дефекации.

#### **2. СРК с преимущественными запорами**

Один или более из следующих симптомов:

- три и менее актов в неделю,
- твердый или овечий кал,
- дополнительные усилия при дефекации.

#### **3. СРК с преобладающими болями, метеоризмом.**

Выделение вариантов течения синдрома важно с практической точки зрения, так как определяет дальнейший выбор первичного курса лечения. Более того, в зависимости от доминирующего симптома выбирается тот или иной план обследования больных. Однако такое деление условно, т.к. у половины больных сочетаются несколько симптомов.

В зависимости от выраженности симптомов, течения заболевания, психосоциального анамнеза, личностных особенностей, психологического статуса, частоты обращаемости к врачам, особенностей поведения, оценки и отношения к своему заболеванию, пациентов принято подразделять на 2 группы: “не пациенты” и “пациенты” с СРК.

Первую, наибольшую по численности, группу больных 85-90% составляют “не пациенты”, т.е. лица, которые: 1) никогда не обращались к врачу по поводу симптомов СРК и/или 2) однажды обратившись и пройдя обследование и лечение, более к врачам не обращаются. Эти больные, как правило, хорошо приспосабливаются к своему заболеванию, быстро учатся сосуществовать с ним и самостоятельно справляться с симптомами болезни при ее обострении. У таких лиц болезнь существенно не влияет на качество жизни; они ведут себя как практически здоровые люди – отсюда и название группы.

В противоположность первой группе, вторую, меньшую по численности, 10-15%, составляют так называемые “пациенты” с СРК. Это, как правило, лица длительно и тяжело болеющие, часто обращающиеся к врачам разных специальностей, трудно поддающиеся лечению, подвергающиеся частым инвазивным диагностическим процедурам и даже оперативным вмешательствам. В настоящее время изучено, что эти больные чаще имеют отягощенный психосоциальный анамнез (физические, сексуальные домогательства, фатальные жизненные потрясения и т.д.), сопутствующую психопатологию, и нуждаются в лечении у психоневролога. Качество жизни таких больных страдает, трудоспособность снижена, а ведут они себя как больные, страдающие тяжелым органическим заболеванием при удовлетворительном общем состоянии, хорошем внешнем виде и отсутствии признаков прогрессирования болезни.

И, наконец, в 1999 г. Drossman с соавт. предложили классификацию СРК по тяжести течения заболевания.

### Классификация СРК по тяжести течения

Течение	Легкое	Умеренно тяжелое	Тяжелое
Обращение	Участковый терапевт	Врач-гастро- энтеролог поликлиники	Врач-гастро- энтеролог стационара
Постоянство симптомов	0	+	+++
Нарушение функции кишечника	+++	++	+
Психосоциальные расстройства	0	+	+++
Связь со стрессом	+++	+	+
Частота обращений к врачу	+	++	+++

Собирая известные звенья патогенеза СРК в единую цепь патологических событий, предлагается следующая модель развития патологии.

При наличии генетической предрасположенности и воздействии сенситизирующих факторов (перенесенная кишечная инфекция, психоэмоциональный стресс, сопряженный с болями в животе – физические, сексуальные домогательства) у личности, развивающейся в определенной социальной среде (художники, музыканты, творческая интеллигенция), складываются психологические особенности характера. Низкий уровень резистентности к стрессовым воздействиям и слабая социальная поддержка способствуют нарушениям регуляции функций желудочно-кишечного тракта, нарушению висцеральной чувствительности и моторики кишечника, при этом ломаются энтероцеребральные связи и формируется симптомокомплекс раздраженного кишечника. Очень вероятно, что СРК является не патологией ЖКТ, и не заболеванием центральной нервной системы или психической сферы, а, скорее всего, неким новым бионейропсихосоциальным состоянием человека, формирующимся в экстремальных социальных условиях и проявляющимся повышенной чувствительностью, восприимчивостью и реактивностью организма.

### **Клиническая картина СРК**

Диагностика синдрома строится преимущественно на оценке жалоб больного в их соответствии Римским критериям, поэтому клиническая картина синдрома заслуживает детального описания. Клинический метод демонстрирует наиболее высокие показатели достоверности диагностики синдрома, чувствительность которого составляет 83%, а специфичность – 100%.

Абдоминальная боль является обязательным компонентом клинической картины СРК. Она имеет широкий спектр интенсивности от легкого дискомфорта, терпимой ноющей боли до интенсивной постоянной схваткообразной боли и даже нестерпимой острой боли, имитирующей клиническую картину синдрома кишечной псевдообструкции (синдрома Огилви). Как правило, боль локализуется внизу живота, чаще в левой подвздошной области, но может отмечаться практически в любом отделе вплоть до эпигастрия. Боль носит непрерывно рецидивирующий характер, причем периоды обострения чаще всего связаны с нарушениями диеты, стрессовыми факторами, переутомлением и т.д. Для больных с СРК характерно появление боли сразу после еды. На фоне появления боли отмечаются вздутие живота, метеоризм, усиление перистальтики кишечника, диарея или урежение стула. Боли стихают, как правило, после дефекации и отхождения газов и не беспокоят по ночам.

Одной из наиболее частых жалоб является ощущение вздутия и распирания живота, чувство быстрого насыщения. Эти симптомы также возникают сразу после еды одновременно с появлением боли и уходят после дефекации.

К вспомогательным симптомам, помогающим определять клинический вариант СРК, относятся признаки нарушения транзита кишечного содержимого и самого акта дефекации.

Оценивая симптомы нарушения транзита содержимого кишечника, следует отличать истинные хронические запоры или поносы от кратковременного относительно для данного пациента учащения или урежения стула. Согласно

Римским критериям, принятым для включения больных в протоколы научных исследований, патологической считается частота стула более 3 раз в день (диарея) и менее 3 раз в неделю (запоры).

Наряду с изменениями частоты стула у больных с СРК наблюдается изменение формы и консистенции кала. При этом учащение стула может сочетаться с выделением небольшого суточного количества кала кашицеобразной или жидкой консистенции, так называемая дистальная диарея малого объема. При запорах, наоборот, больной может жаловаться на однократное выделение кала, который в начале дефекации оформленный, а затем кашицеобразный и даже водянистый, так называемый “пробкообразный” стул.

Для больных с СРК характерны утренняя диарея, возникающая после завтрака и в первую половину дня, и отсутствие диареи по ночам. 50% больных с СРК отмечают примесь слизи в кале, происхождение и причины образования которой остаются неизученными. Выделение крови с калом, ночная диарея, синдром мальабсорбции и потеря массы тела требуют настойчивых поисков органического заболевания.

К нарушениям акта дефекации относятся такие симптомы, как необходимость в дополнительных потужных усилиях, увеличение продолжительности акта, императивные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника, чаще характерные для клинического варианта с преимущественными запорами

Больных с СРК отличает обилие сопутствующей внекишечной симптоматики, а также определенные личностные особенности, что помогает уже при первом контакте с пациентом заподозрить у него данное заболевание.

Сопутствующие симптомы можно разделить на 3 группы: 1) 50% больных имеют негастроэнтерологические симптомы, чаще неврологические и вегетативные нарушения, – головная боль, боли в поясничной области, мигрень, чувство кома в горле, кардиалгия, похолодание конечностей, неудовлетворенность вдохом, сонливость, бессонница, частое мочеиспускание, никтурия и другие виды дизурии, дисменорея, импотенция, быстрая утомляемость и т.п.; 2) 87% пациентов отмечают симптомы сочетанной патологии ЖКТ – чувство тяжести в эпигастрии, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, тяжесть и боли в правом подреберье, горечь во рту и др., которые бывают обусловлены сочетанной функциональной патологией пищеварительного тракта – неязвенной диспепсией, билиарной диспепсией, дискинезией пищевода и т.п.; 3) у 15-30% больных, чаще из группы “пациентов” с СРК, наблюдается яркая симптоматика психоневрологических расстройств, чаще всего таких, как депрессия, тревожный синдром, фобии, истерия, панические атаки, ипохондрия, синдром соматизации и др.

Одним из основных дифференциально-диагностических отличий СРК считается отсутствие симптомов в ночное время.

Особое внимание при обследовании больных следует уделять признакам, позволяющим достоверно исключить диагноз СРК. Такими признаками являются симптомы “тревоги” или “красные флаги” СРК, прямо или косвенно указывающие на возможность органического заболевания. К ним относятся немотивированная потеря массы тела, лихорадка, кровь в кале, начало заболе-

вания в пожилом возрасте, наличие у родственников рака толстой кишки, патологические изменения при объективном обследовании пациента (гепатомегалия, спленомегалия и др.), а также анемия, лейкоцитоз, лейкопения, увеличение СОЭ, любые изменения в биохимическом анализе крови.

С целью предупреждения ошибочной диагностики СРК у больных с другими формами патологии перечислены симптомы, присутствие которых исключает диагноз: СРК (симптомы «тревоги»). Активное выявление этих симптомов позволяет врачу избежать грубых диагностических ошибок.

### **Симптомы «тревоги», исключаяющие СРК**

1. Постоянная боль в животе, не связанная со стулом или усиливающаяся после дефекации.
  1. Боли, поносы или другие симптомы, нарушающие ночной сон.
  2. Немотивированная потеря массы тела.
  3. Первое появление симптомов у лиц старше 50 лет.
  4. Онкологические болезни кишечника у ближайших родственников.
  5. Повышение температуры до  $37,4^{\circ}\text{C}$  и выше.
  6. Анемия.
  7. Лейкоцитоз.
  8. Повышение СОЭ.
  9. Кровь в кале.
  10. Отклонения в БАК.

Таким образом, активное выявление клинических симптомов СРК и отсутствие симптомов «тревоги» дают возможность врачу поставить диагноз без применения сложных инструментальных исследований и назначить соответствующее лечение. Отсутствие эффекта от лечения или наличие симптомов «тревоги» является основанием для применения всего комплекса стандартов диагностики, применяемых в ЦНИИ гастроэнтерологии, и дальнейшей дифференциальной диагностики.

### **Обязательные лабораторные исследования:**

#### **Однократно:**

1. ОАК.
2. ОАМ.
3. Копрограмма.
4. Кал на дисбактериоз.
5. Бактериологический анализ кала.
6. Анализ кала на скрытую кровь.
7. Общий билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ,  $\gamma$ -ГТП.
8. Иммунологическое исследование биологических проб пациентов методом реакции коаггутинации на антигены кишечных инфекций.

9. Исследование сыворотки крови методом реакции непрямой гемагглютинации на титры антител к кишечным инфекциям.
10. Исследование иммуноглобулинов сыворотки крови.
11. Исследование гормонов щитовидной железы.
12. Исследование кишечинальных гормонов в сыворотке крови (гастрин) при тяжелой диарее.

### **Обязательные инструментальные исследования:**

1. Ректороманоскопия.
2. Ирригоскопия.
3. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки дистального отдела двенадцатиперстной кишки.
4. Рентгенологическое исследование желудка и тонкой кишки.
5. Колонофиброскопия с ретроградной илеоскопией и биопсией слизистой оболочки толстой кишки.
6. УЗИ брюшной полости и петель кишечника.
7. Дыхательный водородный тест с нагрузкой лактозой.
8. Желудочная рН-метрия.
9. Исследование скорости транзита с помощью рентгеноконтрастных маркеров.
10. Допплерография сосудов брюшной полости (по показаниям).
11. Сфинктероманометрия (при СРК с преобладанием запоров).
12. Электромиография мышц тазового дна (при СРК с преобладанием запоров).
13. Электроколография.
14. Энтерография.
15. Консультация специалистов психоневролога, эндокринолога, гинеколога, уролога, физиотерапевта.

### **Стратегия постановки диагноза СРК**

Диагностика СРК базируется на характерной клинической картине заболевания. В 80% случаев у молодых пациентов до 40 лет СРК с уверенностью может быть диагностирован только на основании правильно проведенного расспроса больного, подробного сбора жалоб и анамнеза. Проведение всем пациентам таких диагностических исследований, как ирригоскопия, колоноскопия, компьютерная томография, безусловно, позволило бы с большей уверенностью исключить тяжелые органические заболевания, но часто требует госпитализации, а следовательно, длительного времени, больших финансовых затрат и может усилить тревожно-мнительный синдром, и без того характерный для данного контингента больных.

Данные физикального исследования у больных с СРК, как правило, бывают малоинформативными. Больные проявляют симптомы тревоги, имеют холодные и влажные руки. Пальпация может определить легкую диффузную

болезненность по всему животу, умеренно спазмированные петли кишечника. Выявление увеличения размеров печени, селезенки, лимфатических узлов и наличие скрытой крови в кале не совместимы с диагнозом СРК.

Сигмоскопия выполняется большинству больных с подозрением на СРК. У больных с запорами исследование позволяет исключить обструктивные повреждения, а у пациентов с диареей – исключить воспалительные заболевания кишечника и другую патологию, сопровождающуюся изменениями слизистой кишки. У пациентов с диареей и нормальной картиной слизистой, произвольно взятая биопсия может помочь исключить микроскопические формы колитов (эозинофильный, лимфоцитарный или коллагенозный) и амилоидоз кишечника. При впервые появившейся симптоматике СРК у пациентов старше 50-60 лет необходима оценка слизистой толстой кишки на всем ее протяжении при проведении полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения колоректального рака.

Неспецифичность клинических проявлений поражения тонкой и толстой кишки в большинстве случаев делает крайне сложной постановку диагноза на нозологическом уровне. Гораздо проще и удобнее определить, в рамки какого синдрома укладывается симптоматика, и начинать симптоматическое лечение. Выбор такого более легкого пути синдромной диагностики может оказаться крайне опасным, так как риск допустить диагностическую ошибку и пропустить органическое заболевание очень велик.

В связи с этим принята определенная стратегия постановки диагноза СРК. Весь процесс диагностики принято делить на VI основных этапов.

На I этапе ставится диагноз СРК только как “предварительный” или “направляющий”, например, при госпитализации больного в стационар для дальнейшего исследования и исключения органических симптомов или при направлении больного на то или иное исследование.

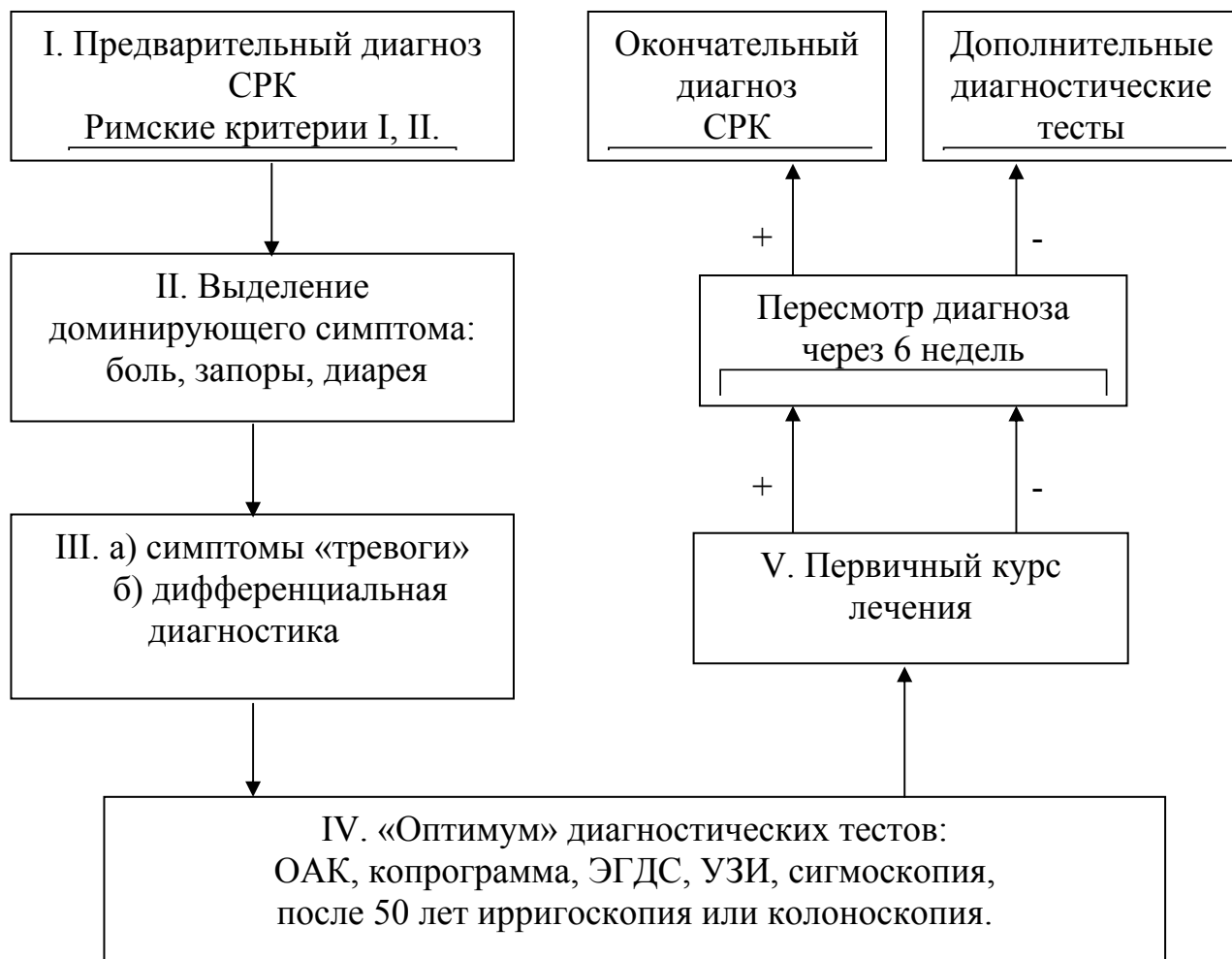
На II этапе выделяется доминирующий симптом и соответственно клиническая форма заболевания, что определяет выбор первичного курса лечения и набор дополнительных диагностических тестов, которые следует провести больному при неэффективности первичного курса лечения.

На III этапе целенаправленно исключаются симптомы “тревоги” и проводится дифференциальный диагноз.

На IV этапе завершается скрининг органического заболевания при проведении оптимума диагностических тестов, который включает клинический анализ крови, копрограмму, анализы кала на яйца глист и цисты лямблий, ЭГДС, УЗИ, а после 50 лет сигмо- или колоноскопию и/или ирригоскопию. Кроме того, считается целесообразным при обострении болевой формы СРК и выраженном метеоризме сделать обзорный снимок органов брюшной полости для исключения механической обструкции кишечника, а при диарейной форме – провести, по возможности, тест толерантности к лактозе либо лактозный дыхательный тест, либо назначить больному диету с исключением молока и молочных продуктов. На V этапе больному назначают первичный курс лечения продолжительностью не менее 6 нед., по результатам которого возвращаются к пересмотру диагноза. При эффективности лечения, на VI этапе выставляется

окончательный диагноз СРК, при неэффективности – проводятся дополнительные диагностические тесты для уточнения диагноза. Объем такого дополнительного обследования определяется индивидуально для каждого пациента, исходя из доминирующего симптома заболевания, особенностей его клинического течения, возраста больного, возможностей лечебного учреждения.

### Этапы постановки диагноза СРК



### Дифференциальный диагноз при СРК

Диагноз СРК является диагнозом исключения. Больные предъявляют жалобы, которые могут сопровождать течение и прогностически неблагоприятных органических заболеваний, исключив которые, врач может остановиться на диагнозе: функционального заболевания.

Прежде всего, при дифференциальной диагностике следует исключать простейшие причины раздражения кишечника, к которым относится хроническое воздействие диетических факторов и лекарственных препаратов. К распространенным пищевым раздражителям относится жирная пища, алкогольные

напитки, кофе, газообразующие продукты и напитки, обильная (банкетная) еда, изменение привычного питания в командировках и путешествиях.

Ниже приведен перечень продуктов питания в зависимости от выраженности их способности к газообразованию в кишечнике.

### **«Нормообразующие» продукты питания:**

- мясо, птица, рыба;
- овощи (салат, кабачки, перец, цветная капуста, помидоры, цуккини, оливки);
- фрукты (дыня, арбуз, ягоды);
- продукты, содержащие преимущественно углеводы (рис, кукурузные хлопья, попкорн, крекеры из муки грубого помола);
- орехи;
- разные продукты (яйца, горький шоколад, желатин фруктовое мороженое).

### **«Умеренно газообразующие» продукты питания:**

- кондитерские изделия;
- картофель;
- баклажаны;
- цитрусовые;
- яблоки.

### **«Чрезмерно газообразующие» продукты:**

- молоко и молочные продукты;
- овощи (лук, фасоль, морковь, сельдерей, брюссельская капуста, проросшие зародыши пшеницы);
- фрукты (сухофрукты, изюм, виноград, бананы, абрикосы, сливовый сок и др.).

Среди лекарственных препаратов раздражают кишечник слабительные, антибиотики, препараты калия, железа, желчных кислот, магнийсодержащие антациды, мизопростол и др.

Физиологические состояния у женщин – предменструальный период, беременность, климакс могут протекать с симптомами СРК. Длительное психоэмоциональное и интеллектуальное перенапряжение, испуг, волнение могут привести к развитию признаков СРК, которые быстро проходят после отдыха и разрешения стрессовой ситуации.

Наиболее распространенной патологией, сопровождающейся проявлениями СРК, является врожденная ферментопатия, лактозная и дисахаридазная недостаточность, простейшим способом диагностики которой является диета исключения, не содержащая молока и его продуктов, сорбитола (жевательная

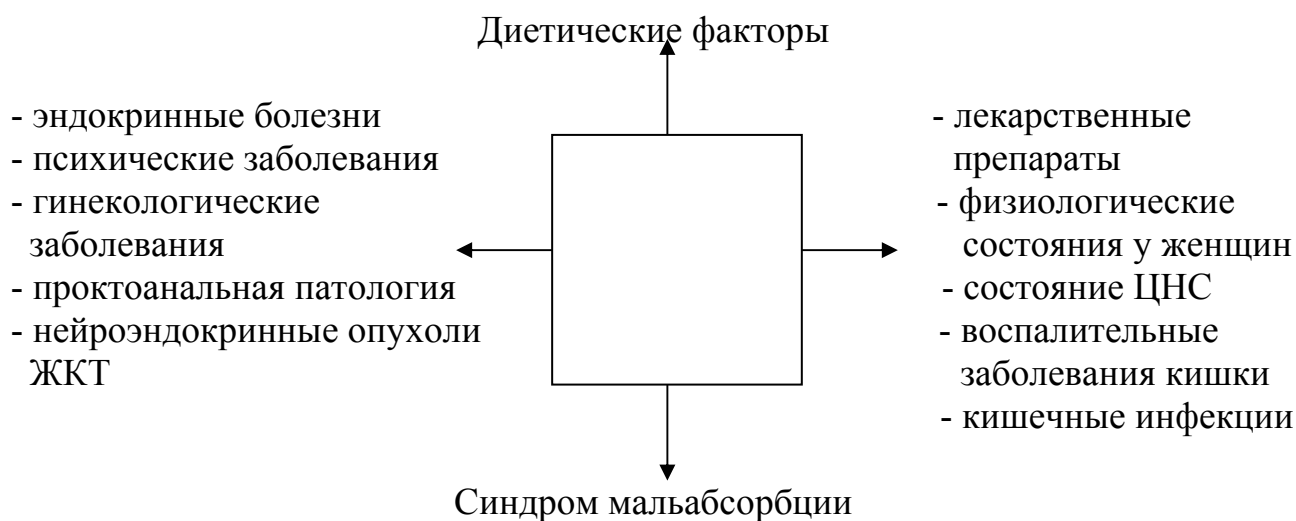
резинка), усвоение которых требует наличия в достаточном количестве лактозы или дисахаридазы.

Органические заболевания кишечника, в первую очередь колоректальный рак, полипоз, дивертикулез, воспалительные заболевания (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, микроскопические колиты, мастоцитоз), кишечные инфекции, синдром мальабсорбции (постгастрэктомический, панкреатический, энтеральный), целиакия, туберкулез, синдром короткой кишки, долихосигма, включают в круг дифференциально-диагностического поиска, и при неэффективности применения первичного курса лечения СРК вновь обращаются к исключению этой патологии, применяя дополнительные диагностические методы, в зависимости от доминирующего симптома.

Нейроэндокринные опухоли ЖКТ – гастриномы, карциноид и VIP-омы на первых этапах могут протекать под маской диарейной или болевой формы СРК.

Гинекологические заболевания, чаще всего эндометриоз и пластический рубцовый пельвиоперитонит, развивающийся после повторных гинекологических операций, могут протекать с симптомами СРК. Среди заболеваний органов малого таза необходимо исключить урологическую и аноректальную патологию. Следует помнить, что не только для больных с СРК характерны психопатологические симптомы, но и, наоборот, у больных с ведущим диагнозом большого или малого психического заболевания (маниакально-депрессивный синдром, шизофрения, паранойя, депрессия и др.) может наблюдаться та или иная форма соматизации, в том числе с симптоматикой поражения ЖКТ. Среди эндокринной патологии чаще всего тиреотоксикоз и сахарный диабет с развитием автономной диабетической энтеропатии протекают с симптомами диарейной формы СРК. В случае исключения у больного с предполагаемым СРК других заболеваний кишечника диагноз может быть подтвержден или установлен даже у некоторых больных с положительными тревожными симптомами. Так, СРК, безусловно, может быть и у лиц старше 50 лет, но требуется обязательное инструментальное обследование с целью исключения ишемического поражения кишечника, эндокринных заболеваний и т.д. Кроме того, у больных старших возрастных групп следует учитывать продолжительность болезни. СРК может продолжаться много лет, но в отличие от других болезней симптомы раздраженного кишечника с годами не прогрессирует. Если выяснится, что анемия и появление крови в кале связаны с геморроем, то диагноз СРК у подобного больного также вполне возможен, но только после исключения других возможных причин ректальных кровотечений и анемий. Следовательно, наличие симптомов «тревоги» ни в коей мере не исключает у больного возможности СРК. Соблюдение критериев и необходимых требований позволяет значительно улучшить качество диагностики СРК.

## Дифференциальный диагноз при СРК



Прогноз заболевания благоприятный. Течение болезни хроническое, рецидивирующее, но не прогрессирующее.

СРК не осложняется кровотечением, перфорацией, стриктурами, свищами, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции.

Синдром не ведет к более частой заболеваемости воспалительными заболеваниями толстой кишки – болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, полипозом, дивертикулезом. У больных с СРК предрасположенность к органическим заболеваниям кишечника такая же, как в общей популяции. Это определяет тактику наблюдения пациентов и отсутствие необходимости в более частых колоноскопиях.

Прогноз жизни при СРК также благоприятный – случаев смерти от заболевания не описано. Врач должен знакомить пациентов с особенностями прогноза болезни, что будет способствовать их оптимизации и улучшать их психосоциальную адаптацию.

Противоположная ситуация складывается в отношении индивидуального прогноза «пациентов» с СРК (т.е. лиц длительно и тяжело болеющих, часто обращающихся к врачам разных специальностей, трудно поддающихся лечению, имеющих отягощенный психосоциальный анамнез), который чаще бывает неблагоприятный. Нарушается трудоспособность больных. Как причина временной нетрудоспособности диагноз СРК вышел сейчас на второе место после ОРВИ.

Качество жизни «пациентов» с СРК в отношении питания, сна, отдыха, сексуальной активности, семейного и социального положения на протяжении длительного времени снижено. Годами они объективно тяжело страдают из-за упорных болей в животе, которые трудно купировать и по поводу которых они нередко подвергаются ненужным оперативным вмешательствам, иногда повторным. Утренняя диарея, императивные позывы, возможность срочных неконтролируемых актов дефекации приковывают больных к дому, не дают им вовремя выйти на работу. Метеоризм, вздутие в животе, необходимость соблюдения индивидуальной диеты, необходимость приема слабительных с не-

предсказуемым временем наступления эффекта, также ограничивают выход больных из дома, сужают круг общения, рвут семейные и социальные связи. Характерные личностные особенности пациентов накладывают отпечаток на взаимоотношения с окружающими и делают таких больных тяжелыми для общения в коллективе.

### **Программа лечения больных с СРК**

Почему лечение больных СРК не укладывается в привычные рамки консервативной терапии при заболеваниях органов пищеварения, а требует составления целевой программы? Что входит в программу лечения больных СРК?

Программа лечения больных СРК состоит из двух этапов: первичного курса и последующей базовой терапии. Продолжительность первичного курса лечения составляет не менее 6-8 недель, базовой терапии – 1-3 месяца.

Лечение должно быть направлено на устранение боли, нарушение стула, психосоциальных и неврологических расстройств. Последнее является причиной многочисленных внекишечных симптомов: быстрой утомляемости слабости, головных болей, пониженного аппетита, нарушений сна, парастезий, сердцебиений, потливости, приступов «нехватки воздуха», учащенного мочеиспускания, субфебрильной температуры, различного рода фобий и т.д. В этих случаях лечение СРК может быть эффективным только при условии применения психотерапевтических методов. Следует акцентировать внимание на нормальных показателях исследований и подчеркивать важность отсутствия патологических нарушений для прогноза заболевания. Больной должен поверить, что у него отсутствует тяжелое органическое заболевание, угрожающее его жизни.

Врач должен уметь правильно оценить психическое состояние больных с СРК. Нередко приходится проводить консультации с психологами, психиатрами, невропатологами, вегетологами для определения диагноза и подбора адекватной психотропной терапии. Вмешательство в эти сферы неспециалистов может нанести дополнительную травму больному и отдалить его от врача

При первой консультации с больным обсуждают индивидуальные привычки питания, которые сами по себе могут вызывать хронические симптомы СРК. Больному назначают диету исключения, не содержащую кофеин, лактозу, фруктозу, сорбитол, уксус, алкоголь, перец, копчености, а также продукты, вызывающие чрезмерное газообразование: молоко, кисломолочные продукты. Традиционно больным с преобладающими запорами рекомендуют вводить в рацион питания балластные вещества (например пшеничные или ржаные отруби), что достоверно не доказало своей эффективности по результатам двойных слепых плацебо-контролируемых исследований последних лет.

Нередко “не пациентам” с СРК бывает достаточно мер психологической поддержки и соблюдения диетических рекомендаций: в дальнейшем им требуется назначение лишь симптоматической медикаментозной терапии, направленной на коррекцию функций кишечника, что, безусловно, является наиболее благоприятным вариантом течения болезни.

Первичный курс лечения больных с последующей переоценкой диагноза является ключевым моментом диагностики СРК. Целью такого лечения является устранение симптомов заболевания и проверка *ex juvantibus* правильности постановки диагноза СРК, отсутствия необходимости дальнейшего поиска органической патологии и выполнения дополнительных диагностических процедур. В результате лечения больной должен убедиться, что его состояние улучшается или хотя бы не ухудшается, что позволяет с большей уверенностью и согласованно с больным принять решение не проводить дальнейшее обследование.

### Тактика ведения больных СРК



Дополнительные диагностические методы	Боль/метеоризм	Диарея	Запоры
	Серийная энтерография, фармакологический тест с амитриптилином, интестинальная манометрия, балоннодила-	Лактозный дыхательный тест, лактозотолерантный тест, аспирация содержимого тонкой кишки для исследования бактериальной флоры, балоннодилатационный тест,	Исследование транзита кишечного содержимого, манометрия анальных сфинктеров, балоннодилатационный тест, измерение

	тационный тест	радиоизотопное исследование времени транзита кишечного содержимого с <sup>75</sup> Se и холецираминном.	ректального угла, дефекография.
--	----------------	---	---------------------------------

Одним из факторов, способствующих формированию СРК, является острая кишечная инфекция. В патогенезе СРК имеет значение высокое бактериальное обсеменение тонкой кишки, выявляемое, с помощью дыхательного водородного теста, дисбактериоз толстой кишки и повреждение энтеринной, нервной системы антигенами острой кишечной инфекции на фоне снижения иммунной защиты организма.

### **Лечение больных с преобладанием абдоминальной боли и метеоризмом**

Определяющим симптомом заболевания является боль в животе, купирование которой у многих пациентов сопровождается уменьшением выраженности диареи, запоров, вздутия живота. Для больных с болевой формой и метеоризмом не существует стандартизированного препарата выбора, доказавшего свою эффективность в исследованиях по протоколу по отдаленным результатам наблюдения.

В арсенале врача имеется большой выбор препаратов различных фармакологических групп, которые можно применять в качестве обезболивающей терапии при СРК: 1) МЗ-антихолинергические средства (гасцина тиабромин), антихолинергические препараты нового поколения (циметропия бромид, клидиния бромид, октилония бромид, дицикламин) обладают высокой спазмолитической активностью и менее выраженными побочными эффектами. Сейчас активно изучается эффективность новых селективных антагонистов МЗ-рецепторов-замифенацина и дарифенацина; 2) специфические ингибиторы фосфодиэстеразы IV типа (дротаверин), хотя спазмолитики миотропного ряда широко не применяются сегодня у больных СРК из-за системного характера спазмолитического действия; 3) блокаторы кальциевых каналов (пинаверия бромид-дицетел); блокаторы натриевых каналов – мебеверин (дюспаталин).

К новейшим лекарственным препаратам следует отнести препараты следующих групп: 1) антагонисты холецистокинина (локсиглумид); 2) аналоги соматостатина; 3) антагонисты 5-гидрокситриптамина-3 (5-НТ3); 4) агонисты опиоидных рецепторов; 4) антагонисты субстанции Р, которые пока не нашли широкого применения в практике и проходят ту или иную стадию клинических испытаний

Больным с преобладанием болей показаны: метеоспазмил 1 капсула 3 раза в день – 2 недели; дротаверин 0,04 г или бускопан 0,01 г. 3-4 раза в день – 2 недели; спазмомен 0,04 г 3 раза в день; дицетел 0,05 г 3 раза в день; дюспаталин 0,2 г 3 раза в день – 4-6 недель.

При выраженном метеоризме показано применение комбинированного препарата – алверина в сочетании с симетиконом по 1 капсуле 2–3 раза в сутки.

При курсовом лечении этими препаратами на протяжении 3 нед в 90% случаев уходят боли в животе, уменьшается выраженность метеоризма. Особая тактика требуется при купировании интенсивной абдоминальной боли. Даже при наличии ранее установленного диагноза СРК, исключают симптомы “острого живота” по результатам осмотра, пальпации, исследования крови, обзорной рентгенографии органов брюшной полости, данных УЗИ, консультации хирурга, после чего назначают спазмолитические препараты парентерально (гасцин бутилбромид, дротаверин, платифиллин гидрохлорид и др.).

### **Лечение больных с преобладанием диареи**

Одним из наиболее тяжелых симптомов СРК, неизбежно влияющим на качество жизни пациентов, является диарея, которую необходимо как можно скорее устранить. Диарея оказалась самой частой причиной временной нетрудоспособности при СРК.

Во-первых, рекомендуется механически и химически щадящая диета (4Б). Из препаратов назначаются:

а) регуляторы моторики: имодиум (лоперамид) 0,002 г 2 таблетки 1 раз в день под язык до стабилизации стула (1-3 дня и более). Максимальная суточная доза для взрослых – не более 16 мг (8 капсул). Оценивая его эффективность, следует отметить, что уже на протяжении более 20 лет ни одно из известных симптоматических антидиарейных средств не выдерживает сравнения с имодиумом по показателям скорости смягчения диареи и надежности антидиарейного действия у больных с СРК.

Лоперамид относится к агонистам м- опиатных рецепторов, что определяет его способность подавления быстрых пропульсивных сокращений кишечника, ведет к замедлению транзита каловых масс. Это сопровождается снижением пассажа жидкой части химуса, способствует повышению абсорбции жидкости и электролитов.

К другим не менее важным при СРК механизмам действия лоперамида относится снижение восприимчивости стенки прямой кишки к растяжению, что позволяет повысить порог восприятия боли, смягчить и устранить тенезмы.

Препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер и не обладает центральным наркотическим действием. При соблюдении указанных дозировок имодиум действует мягко, безопасен, не вызывает побочных эффектов и потому включен в группу безрецептурных лекарственных средств

Дальнейшее совершенствование лечения диареи у больных с СРК касается разработки специальных форм имодиума. Наиболее современной и удобной в применении является лингвальная форма – имодиум лингвал, действие которого наступает в несколько раз быстрее, чем при приеме традиционных форм препарата

Имодиум лингвал – это маленькие, быстрорастворимые на языке таблетки, которые не нужно запивать водой и можно принять при тошноте, рвоте, нарушениях глотания, причем в любых условиях.

Хорошо зарекомендовал себя при СРК также имодиум плюс, в состав которого добавлен симетикон – вещество, абсорбирующее газы, что особенно необходимо при диарее и выраженном вздутии живота.

Также хорошо себя зарекомендовал комбинированный препарат, содержащий лоперамид и симетикон – вещество, абсорбирующее газы, что особенно желательно при СРК.

Агонист κ-рецепторов федотин оказался также эффективен у больных с диарейным вариантом СРК .

б) если у больного наблюдается незначительное по сравнению с обычным увеличение частоты стула, то возможно применение адсорбентов, вяжущих и обволакивающих препаратов: смекта 3,0 г (1 пакетик) 3 раза в день до еды – до оформления стула; дерматол 0,5 г 3 раза в день до оформления стула;

в) пробиотики: бифидумбактерин 50 доз 3 раза в день – 10 дней; бифиформ по 1-2 капсуле 2 раза в день – 2 недели; лактобактерин 50 доз 2 раза в день – 4 недели; линекс 1-2 капсулы 3 раза в день – 4 недели; хилак-форте 60 капель 3 раза в день – 4 недели.

При сочетании болевого синдрома с диареей больным из группы “пациентов” при наличии психопатологических расстройств назначение трициклических антидепрессантов и анксиолитиков, таких как дезапрамид, в дозе 50 мг 3 раза в день или амитриптилин 10-25 мг 2 раза в день, может существенно облегчить абдоминальную боль и сопутствующую ей диарею благодаря антихолинергическим свойствам препаратов. Применение антибиотиков в лечении диареи при СРК противопоказано, так как может вызвать развитие серьезных осложнений; использование препаратов из группы эубиотиков бесполезно, поскольку эффект препаратов этой группы у больных с СРК в двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях оказался аналогичным действию плацебо.

### **Лечение больных с преобладающими запорами**

При запорах, если отсутствует эффект от диетических мер (пищевые добавки: пшеничные отруби, семя льна), прибегают к назначению осмотических слабительных препаратов, среди которых наилучшим образом зарекомендовали себя лактулоза, магниезиальное молочко, макролголь 4000 (форлак) по 10-20 г (1-2 пакетика) на ночь – 2 недели; мукофальк по 1 ч.л. на ночь – 2 недели.

При упорных запорах следующим шагом может быть присоединение прокинетики, в первую очередь цизаприда (в дозе 5-10 мг 3-4 раза в день). Назначение сурфактантных слабительных, особенно, солевых средств, следует избегать, т.к. они могут усилить болевой синдром. При сочетании болевого синдрома с запорами применение трициклических антидепрессантов и анксиолитиков может усилить запоры, метеоризм и боли.

В последние годы показана эффективность применения у данной категории больных нового агониста 5-НТ 4-рецепторов тегасерода в суточной дозе 4-12 мг. Еще один новый агонист 5-НТ 4-рецепторов прукалоприд также оказался эффективным в лечении больных с функциональными запорами.

## Психофармакотерапия

Особую сложность для врача общей медицинской практики представляет диагностика психопатологических изменений “пациента” с СРК. В то же время оказать эффективную помощь больным этого профиля без коррекции имеющихся психовегетативных нарушений не удастся.

Основные правила психофармакотерапии:

Целенаправленный выбор препарата или их сочетания в соответствии с теми аффективными нарушениями, которые выявлены у пациента (синдромы астенический, депрессивный, истерический, фобический). Начинать лечение с минимальных доз и постепенно их увеличивать для достижения оптимального терапевтического эффекта.

Контроль в динамике за положительными и побочными эффектами, смена при необходимости препаратов. Постепенная их отмена. Курс лечения психотропными средствами может занимать 1,5-2 месяца, включая период адаптации, лечения и отмены. Как правило, сочетают 2-3 группы препаратов, например, транквилизаторы и антидепрессанты, транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики. При необходимости в комплекс включают психостимуляторы, ноотропные средства, а так же седативные и снотворные. Форма выпуска, дозы и кратность приема приводятся ниже.

### Основные группы препаратов для психофармакотерапии

#### Транквилизаторы:

Медазепам	5-10 мг 2-4 раза
Диазепам (реланиум, сибазон)	2,5-5 мг 3-4 раза
Феназепам	0,5-1 мг 2-4 раза

Показания: астения, вегетативная дисфункция

#### Антидепрессанты:

Имизин (мелипрамин)	6,25-25 мг 1-2 раза утром
Амитриптилин	6,25-25 мг 1-3 раза
Азафен	12,5-25 мг 2-3 раза
Пиразидол	12,5-25 мг 2-3 раза

Показания: субдепрессия и депрессия, тоскливо-тревожный аффект

Противопоказания: амитриптилин-глаукома, аденома

#### Нейролептики:

Этаперазин	4 мг 2-3 раза
Френолон	5 мг 2-3 раза
Сонапакс	5-10 мг 1-3 раза

Показания: навязчивые страхи, бессонница, рвота, икота, раздражительность, злобность, расстройство сна.

#### Стимуляторы ЦНС:

Аминалон	250 мг 1-3 раза
----------	-----------------

Курс лечения в стационаре продолжается 2 недели.

**Требования к результатам лечения должны быть следующими:**

- 1) Улучшение качества жизни больного
  - 2) Клиническая ремиссия заболевания, нормализация показателей дыхательного водородного теста и дисбиотических изменений кишечника.
  - 3) При отсутствии достижения ремиссии – лечение в клинике неврозов.
- Существенно, что оценку эффективности программы лечения в целом и действия отдельных лекарственных препаратов при их испытаниях, согласно Римским критериям, должен давать больной, страдающий СРК.

Неудовлетворительные результаты лечения вызывают необходимость использовать сочетание самых разнообразных методов лечения – от лечебной физкультуры, физиотерапевтических процедур до гипнотерапии, методов, основанных на принципе обратной биологической связи (biofeedback), и групповых межличностных методов лечения в специально созданных школах для больных с СРК.

### **Компьютерная электроakupunktura как один из методов лечения СРК**

Учитывая, что СРК отражает расстройство регуляции между ЦНС и автономной энтеральной нервной системой, перспективными могут быть немедикаментозные методы лечения. Они усиливают действие фармакологических препаратов, давая возможность уменьшить дозу, а также включить дополнительные механизмы воздействия на патологические процессы.

Традиционное использование при функциональных заболеваниях иглотерапии в настоящее время претерпело некоторые изменения. Это метод компьютерной электроakupunktury, появившийся в Европе в середине 90-х годов и позволяющий чрезвычайно расширить возможности врача, позволяя ему моделировать процесс лечения.

Авторы данных методических рекомендаций применили метод компьютерной электроakupunktury в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника и получили интересные результаты.

Нами использован комплекс аппаратно-программный для электроakupunktурной стимуляции «КЭС-01-МИДА», созданный Ульяновским ЗАО «Мидаус». В настоящее время прибор прошел все уровни технических и клинических испытаний, разрешен МЗ РФ для серийного выпуска и клинического применения.

### **Материал и**

Приводим результаты собственных исследований.

Под наблюдением находились 32 больных с синдромом раздраженного кишечника. Диагноз СРК ставили в соответствии с Римскими критериями. При этом 13 пациенток имели выраженный болевой синдром, 8 – диарею и 11 –

запоры. Формы и степень тяжести определяли согласно клинической классификации Veber и Callum.

Все больные получали стандартную терапию согласно форме заболевания.

Больные СРК были разделены на 2 группы: лечившихся традиционно (15 человек-контрольная) и получавших дополнительно КЭС-терапию на фоне традиционного лечения (17 человек-основная). По характеру и структуре клинических проявлений заболевания группы были однородными.

Мы применили комбинацию аурикулярных точек, рекомендованную Песиковым и Рыбалко. Курс лечения состоял из 5 сеансов, осуществляемых 1 раз в день, ежедневно, с ориентацией на клиническое состояние пациента.

У абсолютного большинства больных СРК, лечившихся с применением КЭС, наблюдалось существенное улучшение субъективного состояния уже после двух сеансов, а к окончанию курса исчезали неопределенные боли в животе, уменьшались явления кишечной диспепсии, нормализовывался стул, улучшалось общее психоэмоциональное состояние, в то время, как в контрольной группе положительная динамика отмечалась лишь после двух недель базисной терапии.

Оценку эффективности любой программы лечения СРК, согласно Римским критериям, должен давать сам больной. Все 17 пациентов достаточно высоко оценили эффективность лечения КЭС. Среднее количество койко-дней больных основной группы составило 12,6, тогда как в контрольной группе эта цифра была 16,8.

5 пациентов из 17 прошли повторный курс КЭС-терапии через 1 месяц, а двое пациентов в последующем прошли еще два курса. С учетом того, что эти пациенты имели тяжелое течение СРК с многолетним течением, а на фоне КЭС перешли либо в группу среднетяжелого, либо легкого течения говорит о достаточной эффективности лечения.

Нами проанализирована динамика электрических характеристик точек акупунктуры у больных СРК на протяжении первого курса лечения, состоявшего из 5 сеансов и проводимого во время госпитализации больного. Анализировались электрическое сопротивление точек акупунктуры и амплитуда стимулирующих импульсов до и после стимуляции, что позволило выявить некоторые закономерности.

При преобладании диареи среднее исходное электрическое сопротивление снижалось, а сопротивление точек акупунктуры росло. При этом эффект от лечения появлялся после 2-3 сеанса и сохранялся не менее 1 месяца.

При преобладании болевого синдрома среднее электрическое сопротивление ТА сохранялось на одном уровне, а амплитуда стимуляции первые два сеанса увеличивалась, а затем уменьшалась. Эффект от лечения наблюдался после первого сеанса, однако был не стойким.

Третий вариант также наблюдался у больных с болевой формой СРК. Электрическое сопротивление росло до третьего сеанса, затем резко падало и вновь возрастало к пятому сеансу. Самочувствие больных ухудшалось к

третьему сеансу, а затем полностью и стабильно исчезал болевой синдром на длительное время.

У 10% больных СРК КЭС-терапия значимого эффекта не оказала.

Таким образом, компьютерная электроakupунктурная стимуляция может быть использована в лечении больных СРК, является высоко эффективным методом индивидуальной терапии больных СРК.

Существуют варианты динамических изменений электрических характеристик точек акупунктуры, коррелирующие с клиническими вариантами СРК, что позволяет прогнозировать эффективность лечения.

## **Алгоритм КЭАП-терапии СРК.**

Все приводимые ниже материалы воспроизводимы только при использовании компьютерного электроakupунктурного стимулятора КЭС-01-МИДА. Перед изучением настоящих рекомендаций ознакомьтесь с Инструкцией к прибору.

### I. Некоторые общие вопросы.

#### ***1. Чего можно добиться, применяя КЭАП-терапию при СРК?***

- **Улучшения контролируемости заболевания** (существенного – вплоть до исчезновения – уменьшения клинических проявлений и соответствующего снижения фармакологической нагрузки на организм вследствие уменьшения доз или отмены лекарственных препаратов).

#### ***2. Обозначает ли использование КЭС отступление от медикаментозных схем лечения СРК?***

- **Нет.** КЭАП-терапия осуществляется параллельно медикаментозному лечению. Снижение доз начинается, как правило, только на фоне выраженной положительной динамики клинического состояния. В ряде случаев, после нескольких курсов электроakupунктуры, удается полностью отменить медикаментозную терапию.

#### ***3. Каких результатов следует ожидать от лечения различных форм СРК?***

- **СРК с преобладанием болевого синдрома.** Уже во время первого курса КЭАП-терапии обычно наблюдается существенное снижение частоты и интенсивности болей. При продолжении лечения (см. ниже) регресс болевой симптоматики продолжается, «светлые промежутки» удлиняются.
- **СРК с запорами (поносами).** Как правило, нарушения стула в виде поносов поддаются коррекции быстрее, нежели в виде запоров. Однако

в обоих случаях наблюдается выраженная положительная динамика, нарастающая от курса к курсу.

#### **4. Любой ли врач может осуществлять КЭАП-терапию СРК?**

- **Нет.** Методика может быть осуществлена только специалистом по рефлексотерапии (см. Инструкцию к прибору).

#### **5. Какие противопоказания к проведению КЭАП-терапии СРК?**

- **Те же, что и к электроакупунктуре вообще** (см. Инструкцию к прибору).

### **II. Методика проведения КЭАП-терапии СРК.**

- **Общие положения.**

1. Не начинайте лечение до **точного установления диагноза.**
2. Сеансы могут проводиться как в **период обострения** заболевания, так и во время **ремиссии.**
3. Сеансы следует проводить в отдельном кабинете, желательны полумрак и тихая релаксационная музыка. Пациенту желательно оказаться в кабинете не менее чем за 10-15 минут до начала сеанса и покинуть его через 10-15 минут по окончании лечения.
4. **Оптимальное время** проведения сеансов – 7<sup>00</sup>-11<sup>00</sup>.
5. Пациент во время сеанса должен находиться в **удобном сидячем или полулежащем положении** (положение «лежа» нежелательно, т.к. может вызвать затруднение дыхания у пациентов с обострением заболевания).
6. **Установку игл** производите в соответствии с правилами классической акупунктуры. При необходимости используйте режим **«Поиск ГА»** КЭС.
7. **Подключение к иглам электродов**, адаптацию и стимуляцию ГА следует проводить в строгом соответствии с «Инструкцией по применению...» КЭС.

- **Продолжительность сеансов и их количество.**

1. **Первый курс (вводный)** состоит из **пяти** сеансов. Рекомендуемое число циклов повтора схемы (от первого к пятому сеансу): **3-5-7-5-3.**
2. **Второй курс** проводят **через 4 недели**, считая от первого сеанса вводного курса. Он состоит из **трех** сеансов. Рекомендуемое число циклов повтора схемы (от первого к третьему сеансу): **7-7-7.**
3. **Третий курс** проводят **через 4 недели**, считая от первого сеанса второго курса. Он состоит из **семи** сеансов. Рекомендуемое число циклов повтора схемы (от первого к седьмому сеансу): **3-5-7-7-7-5-3.**
4. **В дальнейшем**, при наличии хорошей положительной динамики, достаточно проведения коротких курсов, состоящих из **3-5 сеансов, один раз в три месяца.**

**Примечание.** Продолжительность любого курса может быть увеличена на 1-3 сеанса, если у пациента наблюдается положительная динамика состояния, но не выполняются изложенные ниже изменения электрических характеристик ТА. При обратной ситуации (более быстрой, чем предусмотрено схемой, нормализации характеристик ТА) укорачивать курсы не следует.

• **Медикаментозная терапия и контроль эффективности применения КЭАП.**

1. При проведении **вводного курса** дозы **базисных препаратов** изменять не следует. Желательно ведение больным дневника расхода лекарственных препаратов. Снижение доз можно начинать не ранее чем **через 10 дней после последнего сеанса вводного курса.**
2. Существенное снижение доз **базисных препаратов** (вплоть до отмены) допустимо **при проведении 3-5 курса КЭАП-терапии.**
3. Для оценки **эффективности** лечения КЭАП сравните объективные показатели **базисного периода** (год назад) с **текущим**: выраженность клинических проявлений заболевания и количество потребляемых лекарственных препаратов. Указанные параметры следует сравнивать после проведения, по крайней мере, **трех курсов КЭАП-терапии.**

• **Проведение вводного курса.**

1. Проведите два сеанса, не отступая от **таблицы 1.**

**Таблица 1.** ТА и режимы их стимуляции при СРК.

№	Аурикулярные ТА	Тип импульса*	Длительность импульса, мс	Частота, Гц	Длительность стимуляции, сек.
1	Симпатич. 1 (лев.)	1	10	50	10
2	Симпатич. 1 (прав.)	1	10	50	10
3	Th IV-S II (лев.)	1	10	75	10
4	Th IV-S II (прав.)	1	10	75	10
5	шЭнь-мЭнь (лев.)	1	4	70	15
6	шЭнь-мЭнь (прав.)	1	4	70	15
7	тонк кишка (лев.)	1	15	30	15
8	тонк кишка (прав.)	1	15	30	15
9	Солнечн сплет (лев.)	1	10	70	10
10	солнечн сплет (прав.)	1	10	70	10
11	Желудок (лев.)	1	10	30	10
12	Желудок (прав.)	1	10	30	10
13	селезенка (лев.)	1	4	30	10
14	селезенка (прав.)	1	4	30	10

15	тонус гл муск (лев.)	1	20	70	15
16	тонус гл муск (прав.)	1	20	70	15

\* - "1" - положительная равнобедренная трапеция.

2. Проанализируйте динамику начального и конечного сопротивления ТА ( $R_n$  и  $R_k$ ).

Если

- $R_n$  большинства ТА (хотя бы 10) второго сеанса ниже, чем первого - (условие А)

и/или

- Изменение сопротивления большинства ТА в пределах сеанса имеет **одинаковую тенденцию**: уменьшается ( $R_n > R_k$ , чаще) или увеличивается ( $R_n < R_k$ , реже) - (условие Б)

то

- **Лечение эффективно**, изменять параметры стимуляции до окончания курса не следует

иначе

- **Случай 1.**  $R_n$  и  $R_k$  более половины ТА ведут себя хаотично, закономерности не прослеживаются. **Продолжите лечение, не изменяя схемы стимуляции, до конца вводного курса.** Далее см. п. 3.

- **Случай 2.** Условия (А) и/или (Б) выполняются для семи - девяти ТА. Во время третьего сеанса измените тип импульса в «непослушных» ТА на «2» (инвертируйте импульс). Четвертый и пятый сеансы проведите по **прежней** схеме. Проанализируйте их результаты, аналогично анализу первого и второго сеансов.

➤ Условия (А) и/или (Б) выполняются для большинства ТА – проведите еще 2-3 сеанса, при анализе окончательных результатов вводного курса **игнорируйте** первые три сеанса.

➤ **ОСРК** условия по-прежнему не выполняются – лечение следует признать **неэффективным**. Попробуйте использовать **другую комбинацию** ТА.

3. Проанализируйте динамику  $R_n$  и  $R_k$  последних двух сеансов.

Если

- **Разброс значений  $R_n$  и/или  $R_k$  в пределах сеанса стал существенно меньшим, по сравнению с первым-вторым сеансом (точки «выстроились ряд») - (условие В)**

и

- В большинстве ТА  $R_n < R_k$  (точки «закрылись») – (условие Г)

то

- Курс прошел **успешно**, следующий курс проводите по **той же** схеме.

иначе

- **Случай 1.** Выполняется только условие (В) – точки «выстроились в ряд», но не «закрылись».

- Если проведено только 5 сеансов, проведите еще 2-3, увеличивая от сеанса к сеансу длительность импульсов стимуляции и/или уменьшая частоту стимуляции в «незакрывшихся» точках. Если после этого ТА «закрылись», проведенный курс можно считать успешным; следующий курс начните с измененных параметров стимуляции. Если ТА «не закрылись», результаты лечения сомнительны. При отсутствии клинического эффекта следует (во время второго курса) изменить комбинацию ТА, при наличии эффекта – повторный курс начинать с исходных установок параметров стимуляции.
- Если проведено 7-8 сеансов: при отсутствии клинического эффекта следует (во время второго курса) изменить комбинацию ТА, при наличии эффекта – повторный курс начинать с исходных установок параметров стимуляции.
- **Случай 2.** Выполняется только условие (Г) – точки «закрылись», но не «выстроились в ряд». Вводный курс следует закончить. При отсутствии клинического эффекта следует (во время второго курса) изменить комбинацию ТА, при наличии эффекта – повторный курс начинать с инверсии импульсов (тип «2»), установив остальные параметры стимуляции согласно таблице 1, через 2 –3 сеанса вернуться к первому типу импульса.

#### *Проведение повторных курсов.*

- Принципы оценки эффективности лечения те же, что и во время первого курса, используйте условия (В) и (Г), поскольку (А) и (Б) актуальны только для вводного курса. Не изменяйте параметров стимуляции во время проведения повторных курсов, оценку проводите ретроспективно и по ее результатам корректируйте параметры стимуляции для следующего курса.

## Литература

1. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // *Consilium medicum*. – 2000. – Т. II. – №7. – С.287-292.
2. Златкина А.Р. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, 1998. – 228 с.
3. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки. Практическое руководство для врачей. – М.: РГА, 1999. – 28 с.
4. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Избранные лекции по гастроэнтерологии. – М.: МЕДпресс, 2001. – 88 с.
5. Логинов А.С., Парфенов А.И., Потапова В.Б. и др. // *Российский гастроэнтерологический журнал*. – 1997. – №4. – С.119.
6. Парфенов А.И. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника: вопросы лечения и профилактики // *Consilium medicum*. – 2001. – Т. IV. – №6. – С.298-300.
7. Парфенов А.И. Синдром раздраженного кишечника: стандарты диагностики и лечения // *Consilium medicum*. Приложение. – 2002. – Выпуск №3. – С.25-26.
8. Парфенов А.И. // *Российский гастроэнтерологический журнал*. – 1999. – №4. – С.141-142.
9. Ручкина И.Н., Белая О.Ф., Парфенов А.И. и др. Роль *Campilobacter jejuni* в патогенезе СРК. // *Российский гастроэнтерологический журнал*. – 2000. – №2. – С.118-119.
10. Саркисов Д. // *Клиническая медицина*. – 1994. – №2. – С.71-74.
11. Шептулин А.А. Синдром раздраженной кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 1997. – №5. – С.88-90.
12. Шептулин А.А. Современные принципы лечения больных с синдромом раздраженного кишечника // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2003. – № 3. – С.15-21.
13. Camilleri M., Choi M. – G. Review article: irritable bowel syndrom // *Aliment pharmacol ther.* – 1997. – Vol.11. – P.3-15.
14. Coulie B., Camilleri M. Irritable bowel syndrom // *Clin. persp. gastr.* – 1999. – Vol.6. – P.229-338.
15. Drossman D.A. Presidential address: gastrointestinal illness and biopsychosocial model // *Psychosom. med.* – 1998. – Vol.60. – P.258-267.
16. Drossman D.A., Camilleri M., Whitehead W.E. American gastroenterological association technical review on irritable bowel syndrom // *Gastroenterology*. – 1997. – Vol.112. – P.2120-2137.
17. Drossman D.A., Mckee D.C., Sander R.S. et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrom // *Gastroenterology*. – 1988. – Vol.95. – P.701-708.
18. Jard B. Knowles, Douglas A. Drossman. Irritable bowel syndrom: diagnosis and treatment / In: *Evidence based gastroenterology and hepatology*. Edited by J.McDonald, A. Buroughs, B. Hagan. – London: BMJ Books. – 1999. – P.241-260.
19. Thompson W.G., Dotevall G., Drossman D.A. et al. Irritable bowel syndrom // *Gastroenterology Int.* – 1989. – Vol.2. – P.92-95.
20. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pfin. Rome II: A Multinational Consensus

Document on Functional Gastrointestinal Disorders // Gut. – 1999. – Vol.45. –  
Suppl.II – P.1143-1148.

