

Ю.А. ФОМИНЫХ, к.м.н., Ю.П. УСПЕНСКИЙ, д.м.н., профессор  
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

# ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАПОРАМИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

**В статье представлена классификация функциональной патологии кишечника, особенно внимание читателей обращается на проблему функционального запора при синдроме раздраженного кишечника, описаны современные подходы к терапии взрослых пациентов с данным заболеванием.**

*Ключевые слова: функциональные заболевания кишечника, синдром раздраженного кишечника, запор, терапия*

**И**звестно, что изучение функциональной патологии органов пищеварения имеет длительную историю и активно проводится с начала XIX в. В течение значительного количества времени выполнялись попытки систематизации и классифицирования разнообразных клинических составляющих данных нарушений. С 2006 г. практикующие врачи всего мира используют критерии третьего Римского соглашения (Римский консенсус III), согласно которому синдром раздраженного кишечника (СРК) принято относить к классу С – Функциональные расстройства кишечника, подкласс С1 (табл. 1).

**Таблица 1. Римский консенсус III. Классификация функциональных заболеваний кишечника, класс С**

- С. Функциональные расстройства кишечника
- С1. Синдром раздраженного кишечника
- С2. Функциональное вздутие
- С3. Функциональный запор
- С4. Функциональная диарея
- С5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство

Впервые детальное клиническое описание СРК в виде триады симптомов: абдоминальной боли, расстройства пищеварения и метеоризма было дано в 1818 г. доктором R. Powdel. Синонимами данной нозологической формы в разное время были «мукозный энтерит», «синдром раздраженной толстой кишки», «дискинезии толстой кишки».

Важно, что СРК характеризуется эпидемиологической, социальной и клинической значимостью, обладая широкой распространенностью от 40 до 70% обращающихся за медицинской помощью, развитием симптомов заболевания у населения в наиболее трудоспособном, молодом и среднем возрасте, длительностью обследования пациентов и подбора терапии.

Согласно стандартам диагностики и лечения болезней органов пищеварения, утвержденным приказом министра здравоохранения Российской Федерации от 17.04.98 №125, синдром раздраженного кишечника – это расстройство

моторной и секреторной функции кишечника, преимущественно толстой кишки, без структурных изменений органов. По определению World Gastroenterology Organisation, СРК представляет собой функциональное расстройство кишечника, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциированы с дефекацией или изменением кишечного транзита.

Доказано, что синдром раздраженного кишечника является биопсихосоциальным расстройством, в основе развития которого лежат два основных патологических механизма – психосоциальное воздействие и сенсомоторная дисфункция кишечника. Следует отметить, что у значительной части больных СРК выявляются дисбиотические нарушения, которые приводят к стойкой гиперреактивности и гиперчувствительности кишечной стенки и сцепленным с ними функциональным изменениям в центральной нервной системе. Клинически дисбиоз кишечника проявляется либо гипермоторной дискинезией тонкой и/или толстой кишки, ведущим симптомом которой являются безболевые поносы, либо спастической дискинезией толстой кишки с наличием запоров, бобовидного кала и болей в животе.

Клиническая картина СРК характеризуется наличием трех основных и взаимосвязанных друг с другом проявлений заболевания: болевого абдоминального синдрома, метеоризма и нарушения моторики толстой кишки. Согласно Римскому консенсусу III, при синдроме раздраженного кишечника боль или дискомфорт в животе должны беспокоить пациента не менее 3 дней в течение месяца на протяжении последних 3 мес. и быть связаны с двумя или более из нижеперечисленных симптомов:

- уменьшаются после акта дефекации;
- сочетаются с изменениями частоты стула;
- сочетаются с изменениями консистенции стула.

Кроме того, данные клинические проявления должны появиться у пациента 6 или более месяцев назад.

В зависимости от преобладающих нарушений стула у пациентов принято выделять следующие клинические варианты синдрома раздраженного кишечника:

- СРК-D – диарейный вариант (частота мягкого/водянистого стула > 25% кишечного транзита и твердого/шероховатого < 25%);

■ СРК-М – смешанный вариант (частота твердого/шероховатого и мягкого/водянистого стула > 25% кишечного транзита);

■ СРК-U – перемежающийся (альтернирующий, неопределенный) вариант (имеющиеся расстройства консистенции стула недостаточны для применения критериев первых трех вариантов СРК);

■ СРК-C – констипационный вариант, с запором (частота твердого/шероховатого стула > 25% кишечного транзита и мягкого/водянистого – < 25%).

Известно, что запором принято считать хроническую задержку опорожнения кишечника более чем на 48 ч, сопровождающееся чувством неполного опорожнения с отхождением малого количества кала повышенной твердости. Важно подчеркнуть, что у больных синдромом раздраженного кишечника запор носит функциональный характер, т. е. в его генезе не принимают участие органические факторы возникновения.

Процесс диагностики протекает в 5 этапов. На 1-м этапе ставится предварительный диагноз. На 2-м – выделяется доминирующий симптом и, соответственно, клиническая форма синдрома. На 3-м исключаются симптомы тревоги и проводится дифференциальный диагноз. На 4-м этапе завершается скрининг органического заболевания при выполнении ряда диагностических тестов, который включает клинический и биохимический анализы крови, копрологическое исследование с анализом кала на яйца глистов и цисты лямблий, фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, ирригоскопию, ректосигмоидоскопию или колоноскопию. Эндоскопическое исследование нижних отделов желудочно-кишечного тракта выполняют большинству пациентов с подозрением на СРК для проведения дифференциального диагноза. При запорах исследование позволяет исключить обструктивные повреждения. При впервые появившейся симптоматике СРК у пациентов старше 50 лет необходима оценка слизистой на всем протяжении при полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения рака толстой кишки. На 5-м этапе назначают первичный курс лечения не менее чем на 6 нед., по результатам которого вновь обращаются к верификации диагноза. При эффективности лечения может быть выставлен окончательный диагноз СРК, при неэффективности проводится дополнительное обследование. При преобладании болевого синдрома дополнительную ценность могут иметь такие диагностические тесты, как серийная энтерография, интестинальная манометрия, баллонодилатационный тест, при доминировании запоров – радиоизотопное исследование транзита, изучение аноректальных функций и др.

Лечение пациентов с функциональным запором является крайне непростой задачей. Оптимально, что лечение является комплексным и включает диетотерапию, модификацию образа жизни, назначение спазмолитических препаратов, слабительных средств, терапию дисбиотических нарушений, психофармакокоррекцию.

С пациентами, страдающими функциональным запором, обсуждают индивидуальные привычки питания. Пациенту назначают диету исключения, не содержащую кофеин, лакто-

зу, фруктозу, сорбитол, уксус, алкоголь, перец, копчености, а также продукты, вызывающие чрезмерное газообразование, что неизбежно сможет способствовать возникновению болевого абдоминального синдрома. Традиционно больным с запорами рекомендуют придерживаться растительной диеты. Рекомендуется употреблять овощи в отварном виде, приготовленные на пару, в виде пюре, рассыпчатую кашу из гречневой и пшеничной крупы, мясо, птицу, рыбу готовить в вареном или запеченном виде. Кроме того, пациенту рекомендуется обильное питье, не меньше 2 л жидкости в сутки. Последний прием пищи не менее чем за 2 ч до ночного сна, а непосредственно перед сном нужно выпить стакан кисломолочных продуктов (кефир или простокваша). Кроме того, пациентам с запорами показаны минеральные воды: эссендуки №4, баталинская, славяновская, джермук и др. При снижении двигательной деятельности кишечника рекомендуют более минерализованную воду эссендуки №17. При запорах с повышенной сократительной деятельностью кишечника, при болях в животе предпочтительнее прием теплой минеральной воды.

Большую роль в профилактике и лечении запоров играет модификация образа жизни пациентов, в первую очередь исключение гиподинамии. Весьма полезны пешие или лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде и другие физические нагрузки, которые стимулируют двигательную активность кишечника, укрепляют мышцы брюшной стенки, повышают тонус всего организма, благоприятно действуют на психоэмоциональную сферу больных.

**■ Впервые детальное клиническое описание СРК в виде триады симптомов: абдоминальной боли, расстройства пищеварения и метеоризма было дано в 1818 г. доктором R. Powdel. Синонимами данной нозологической формы в разное время были «мукозный энтерит», «синдром раздраженной толстой кишки», «дискинезии толстой кишки»**

Часто в терапии данной патологии используются различные спазмолитические средства, назначение которых является патогенетически обоснованным и способствует купированию абдоминалгии, нормализации частоты и консистенции стула, устранению моторно-эвакуаторных расстройств кишечника, оптимизирует качество жизни пациентов. В настоящий момент времени медикаментозный арсенал характеризуется значительным выбором спазмолитиков из различных фармакологических групп со следующими эффектами:

■ подавление открытия  $Ca^{2+}$ -каналов и поступления  $Ca^{2+}$  из внеклеточного пространства в цитоплазму и выход  $K^{+}$  из клетки – начальный этап реполяризации (блокаторы кальциевых каналов – пинаверия бромид);

■ подавление открытия  $Na^{+}$ -каналов и поступления  $Na^{+}$  в клетку (блокаторы натриевых каналов – мебеверин);

- блокада передачи нервного импульса на мышечное волокно (М-холиноблокаторы – атропин, платифиллин, гиосцина бутилбромид);
  - подавление активности фосфодиэстеразы, распада цАМФ, тем самым блокируя энергетические процессы мышечной клетки (блокаторы фосфодиэстеразы – альверин, дрогаверин);
  - воздействие через серотонинергические рецепторы, нарушая регуляцию транспорта ионов;
  - воздействие на опиоидные рецепторы (тримебутин);
  - воздействие на оксидазы (нитроглицерин, нитросорбид).
- Необходимо отметить, что с точки зрения American College Gastroenterology (ACG) к спазмолитикам с доказанной эффективностью в лечении СРК отнесены такие средства, как пинаверия бромид, гиосцина бутилбромид, циметропия бромид и масло перечной мяты.

Из собственного клинического опыта наиболее эффективными препаратами для купирования абдоминального болевого синдрома и решения проблемы констипаций у пациентов с СРК являются препараты пинаверия бромид и тримебутин.

Современные слабительные препараты принято подразделять по механизму действия на следующие группы:

- вызывающие химическое раздражение рецепторов слизистой оболочки кишечника: антрахины (производные сенны, крушины, ревеня, алоэ), дифенолы (бисакодил, пикосульфат натрия), касторовое масло;
- обладающие осмотическими свойствами: солевые (натрия или магния сульфат, карловарская соль), олигосахариды (лактитол, лактулоза), многоатомные спирты (маннитол, сорбитол), макрогол;
- увеличивающие объем содержимого кишечника – балластные вещества (агар-агар, метилцеллюлоза, отруби, семена льна);
- способствующие размягчению кала (жидкий парафин, масло вазелиновое, макрогол).

Наиболее часто в лечении функциональных запоров используются осмотические слабительные средства, характеризующиеся высоким профилем эффективности и безопасности, включая полиморбидный пожилой контингент пациентов. К данным препаратам, успешно зарекомендовавшим себя, относятся такие средства, как лактулоза, макрогол и лактитол.

За последнее время в качестве симптоматической терапии хронического запора у женщин используется прукалоприд, по механизму действия являющийся стимулятором серотониновых рецепторов.

С точки зрения авторов, для коррекции микробиоценоза кишечника с последующим положительным эффектом на клиническую симптоматику заболевания оптимально назначать мультивидовые, мультиштаммовые пробиотики, например содержащие в своем составе различные штаммы лактобацилл и бифидобактерий.

**■ За последнее время в качестве симптоматической терапии хронического запора у женщин используется прукалоприд, по механизму действия являющийся стимулятором серотониновых рецепторов**

В терапии пациентов с функциональными запорами из средств психофармакокоррекции назначают препараты в зависимости от выявляемых нарушений психоэмоциональной сферы. Наиболее часто у больных данной категории определяются депрессивные расстройства различной степени выраженности, вследствие чего в комплексные схемы терапии эффективно включать именно антидепрессанты. По мнению авторов, успешно с данной целью применяется препарат тразодон. Необходимо обратить внимание, что наряду с редукцией психопатологической симптоматики наблюдается положительное влияние проводимого лечения на клинические проявления заболевания.

**■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Еще раз хочется подчеркнуть, что функциональные заболевания являются актуальной проблемой здравоохранения, характеризуясь медико-социальной и экономической значимостью. Синдром раздраженного кишечника относится к наиболее часто встречающейся функциональной патологии кишечника в клинической практике. Эффективная терапия данной нозологии должна базироваться на понимании клинического варианта течения заболевания. Лечение пациентов с функциональными запорами характеризуется комплексностью, сочетая модификацию образа жизни, соблюдение диетических рекомендаций и фармакотерапию.



**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гомон Ю.М. Качество жизни больных с синдромом раздраженной кишки в условиях дифференцированной терапии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Гомон. СПб., 2006.
2. Пат. 2311126 РФ, МПК А 61 В 5/16, А 61 В 10/00, G01N 33/48. Способ диагностики формы и степени выраженности нарушений психологического статуса у больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения. Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенский, М.М. Захарченко, Н.В. Барышникова, Е.В. Балуюкова, В.М. Захарченко; заявитель и патентообладатель Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова. №2006107080; заяв. 06.03.2006; опубл. 27.11.07. Бюл. №33.
3. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей. Под ред. В.И. Симаненкова. СПб.: СпецЛит, 2008.
4. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Синдром раздраженного кишечника: от патогенеза к лечению. *Consilium medicum, приложение к журналу Гастроэнтерология*, 2010, 1: 48-52.
5. Фоминых Ю.А., Успенский Ю.П. Болевой абдоминальный синдром и синдром раздраженного кишечника. *Справочник поликлинического врача*, 2011, 11: 43-7.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.