



Синдром раздраженного кишечника



Структура учебного содержания

- [Определение](#)
- [Код по МКБ-10](#)
- [Этиология и патогенез](#)
- [Эпидемиология](#)
- [Классификация](#)
- [Диагностика](#)
 - [Жалобы и анамнез](#)
 - [Симптомы тревоги](#)
- [Дифференциальный диагноз СРК](#)



Структура учебного содержания

- Лечение
 - Консервативное лечение
 - Диета и образ жизни
 - Препараты, применяющиеся для купирования боли при СРК
 - Препараты, применяющиеся для купирования диареи
 - Препараты для лечения запора
 - Препараты комбинированного действия
 - Пробиотики
 - Психотропные препараты
 - Хирургическое лечение
- Реабилитация
- Профилактика и диспансерное наблюдение

Определение



Определение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

- связана с дефекацией, связана с изменением частоты стула и/или формы стула.

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Код по МКБ-10



Классификация по МКБ-10

- K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей
 - K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи
- Синдром раздраженного кишечника БДУ



Этиология и патогенез



- Согласно современной концепции патогенеза СРК в формировании данного заболевания важную роль играют генетическая предрасположенность, а также психосоциальные факторы, включающие в себя стрессовые ситуации, нарушение копинга (способности преодолевать стресс) и недостаточную социальную поддержку. Сочетание данных составляющих приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности и нарушению моторики кишки.
- Однако, в настоящее время схема патогенеза может быть дополнена целым рядом звеньев, касающихся изменений, локализованных на уровне кишечной стенки: таких как увеличение экспрессии сигнальных рецепторов, белков плотных контактов, нарушение цитокинового профиля, наличие неспецифического воспаления, а также изменение качественного и количественного состава кишечной микрофлоры.

- Представители условно-патогенной и патогенной микрофлоры, обладающие факторами адгезии, и проникающие в лимфоидные фолликулы, запускают каскад иммунных реакций, приводящих к развитию воспаления в кишечной стенке. Так, в публикациях последних лет приводятся данные о повышении уровня интраэпителиальных лимфоцитов, плазматических клеток, лимфоцитов, тучных клеток в слизистой оболочке кишечника пациентов, страдающих СРК.
- Информация о наличии воспаления трансформируется в электрический сигнал, который проводится по чувствительным нервным волокнам к спинномозговому ганглию, откуда центральные аксоны направляются через задние корешки в задний рог спинного мозга, что приводит к гиперактивации высших нервных центров (в первую очередь, лимбической системы) и усилению эфферентной иннервации кишечника.
- Согласно данным, приводимым в современной литературе, сопутствующие тревожные, депрессивные, ипохондрические расстройства отмечаются у 75–100% больных СРК. В ряде случаев клинически значимое сопутствующее психическое расстройство может приводить к усилению выраженности гастроэнтерологических симптомов.



Эпидемиология



Эпидемиология

СРК страдают от 10 до 15% населения. Однако лишь 25-30% из них обращаются за медицинской помощью. Женщины страдают СРК чаще, чем мужчины,.

Диагноз в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет. Достаточно часто, в 15-44,6% случаев, СРК сочетается с СФД.

Наличие СРК не сопровождается повышением риска колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а равно и увеличением смертности. Несмотря на то, что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и косвенным затратам на его лечение и диагностику.



Классификация



Согласно Римским критериям IV (2016) выделяют четыре варианта течения СРК

- 1. **IBS-C (constipation)** - СРК с запорами (твердый или фрагментированный стул в $\geq 25\%$ и жидкий или водянистый стул $< 25\%$ всех актов дефекации).
- 2. **IBS-D (diarrhea)** - СРК с диареей (жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ и твердый или фрагментированный стул $< 25\%$ всех актов дефекации).
- 3. **IBS-M (mixed)** - Смешанная форма СРК (твердый или фрагментированный стул в $\geq 25\%$ и жидкий или водянистый стул $\geq 25\%$ всех актов дефекации).
- 4. **IBS-U (unsubtyped)** - Неклассифицируемая форма СРК (недостаточное изменение формы стула для определения СРК с запорами, СРК с диареей или смешанного варианта заболевания).

Бристольская шкала форм кала

БОЛЬШОЕ
ВРЕМЯ
ТРАНЗИТА
(100 ЧАСОВ)



КОРОТКОЕ
ВРЕМЯ
ТРАНЗИТА
(10 ЧАСОВ)

ТИП 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
ТИП 2	В форме колбаски, но комковатой	
ТИП 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
ТИП 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
ТИП 5	Маленькие мягкие шарики с ровными краями	
ТИП 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
ТИП 7	Водянистый, без твердых частиц	ПОЛНОСТЬЮ ЖИДКИЙ

Диагностика



Согласно Римским Критериям IV, СРК диагностируется при наличии следующих симптомов:

- рецидивирующая боль в животе, возникающая по меньшей мере 1 раз в неделю, характеризующаяся следующими признаками (двумя или более):

- связана с дефекацией;
- сочетается с изменением частоты стула;
- сочетается с изменением консистенции стула.

Симптомы возникают на протяжении последних 3-х месяцев при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

При формулировании диагноза необходимо указать тип преобладающих нарушений стула

1. Синдром раздраженного кишечника с диареей.
2. Синдром раздраженного кишечника с запором.
3. Синдром раздраженного кишечника, смешанный вариант.
4. Синдром раздраженного кишечника, неклассифицируемый вариант.

Жалобы и анамнез



Жалобы и анамнез

Жалобы, предъявляемые больными СРК, условно можно разделить на три группы:

- кишечные;
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, тошнота, изжога);
- негастроэнтерологические (диспареуния, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгия, мигрень).

Наличие симптомов, относящихся к другим отделам ЖКТ, а также негастроэнтерологических симптомов делает диагноз функционального расстройства более вероятным.

- **Боль в животе:** (неопределённая, жгучая, тупая, ноющая, постоянная, кинжальная, выкручивающая). Боль локализована преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Боль обычно усиливается после приёма пищи, уменьшается после акта дефекации, отхождения газов, приёма спазмолитических препаратов. У женщин боль усиливается во время менструаций. Важной отличительной особенностью болевого синдрома при СРК считается отсутствие боли в ночные часы.
- Более характерен преходящий, чем постоянный, характер боли.

- **Ощущение вздутия живота:** менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после приёма пищи.
- **Нарушения стула,** в виде запора, поноса или их чередования:
 - диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2-х до 4-х и более раз за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Нередко при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда объём кишечного содержимого уменьшен, но консистенция более жидкая. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. Диарея в ночные часы отсутствует.
 - при запорах возможно выделение «овечьего» кала, каловых масс в виде «карандаша», а также пробкообразного стула (выделение плотных, оформленных каловых масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Стул не содержит примеси крови и гноя, однако достаточно часто отмечается примесь слизи в кале.
- **Нарушения акта дефекации в виде императивных позывов на дефекацию или чувство неполного опорожнения кишечника.**

- **Также наличие СРК могут сопровождать жалобы, не связанные с функционированием кишечника, а именно:**
 - Диспепсия (отмечается у 15 – 44,6% пациентов с СРК), тошнота, изжога;
 - Боли в поясничной области, другие мышечные и суставные боли;
 - Урологические симптомы (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря);
 - Диспареуния (появление боли при половом акте) у женщин;
 - Нарушение ночного сна

Симптомы тревоги



Симптомы тревоги

- **Жалобы и анамнез:**

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

Симптомы тревоги

- **Непосредственное обследование:**

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

- **Лабораторные показатели:**

- снижение уровня гемоглобина;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- наличие скрытой крови в кале;
- изменения в биохимическом анализе крови;
- стеаторея и полифекалия.

Диагностика



Физикальное обследование

- Физикальное обследование должно быть направлено на исключение органической патологии и в обязательном порядке включать в себя осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки

Лабораторная диагностика

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

Инструментальная диагностика

- При отсутствии симптомов тревоги решение о проведении инструментального обследования принимается индивидуально с учетом анамнеза и наследственности.
- В рутинной практике исключение всех потенциальных органических патологий не является обоснованным при отсутствии характерных симптомов.

Дифференциальный диагноз СРК



Дифференциальный диагноз СРК

- Целиакия (глютеновая энтеропатия), для которой характерно начало заболевания в детстве и которая может служить причиной замедленного развития ребенка (определение антител IgA к тканевой трансглутаминазе);
- Лактазная и дисахаридазная недостаточность, при которых прослеживается связь симптомов с приемом определенных продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой;
- Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы;
- Эндокринологические расстройства (гипертиреоз, гормон-продуцирующие опухоли ЖКТ);
- Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит), при которых возможно наличие ректального кровотечения, длительной постоянной диареи, инфильтрата в брюшной полости, необъяснимой потери массы тела, анемии, а также перианальные поражения (свищи, трещины). При подозрении на указанные патологии больной должен быть направлен на илеоколоноскопию;

Дифференциальный диагноз СРК

- Лимфоцитарный или коллагенозный колит (микроскопические колиты), как правило, протекающие без боли и являющиеся причиной 23-30% случаев хронической диареи у лиц старшего возраста. Для подтверждения диагноза необходимо проведение колоноскопии с биопсией слизистой оболочки ободочной кишки;
- Радиационный (постлучевой) колит;
- Колит, ассоциированный с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов;
- Ишемическая болезнь органов пищеварения;
- Рак толстой кишки;
- Острая инфекционная диарея, антибиотико-ассоциированная диарея и псевдомембранозный колит;

Дифференциальный диагноз СРК

- Лямблиоз;
- Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке, для которого характерны диарея, вздутие живота и мальабсорбция. Диагностика осуществляется путем проведения дыхательного водородного теста для подтверждения избыточной колонизации тонкой кишки;
- Дивертикулит, при котором может отмечаться лихорадка, определяться инфильтрат в виде пальпируемого мягкого образования в левой подвздошной области, а боль носит локализованный характер (как правило, в левой подвздошной области);

Дифференциальный диагноз СРК

- Эндометриоз, сопровождающийся циклической болью в нижних отделах живота, увеличением яичников или наличием ретроцервикальных узлов;
- Воспалительные заболевания органов малого таза, для которых характерно наличие неострых болей в нижних отделах живота, необъяснимой лихорадки, давящей боли с иррадиацией вверх при влагалищном исследовании придатков, а также набухание придатков;
- Рак яичника, являющийся обязательным для исключения диагнозом у женщин старше 40 лет.

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

Лечение



Консервативное лечение



Диета и образ жизни



Диета при СРК

- Принимать пищу регулярно в специально отведенное для этого время, избегать приема пищи в спешке, в процессе работы.
- Не пропускать приемы пищи и не допускать длительных перерывов между приемами пищи.
- При диарейном и смешанном варианте СРК возможно назначение аглютеновой диеты, а также диеты с низким содержанием олиго-ди-моносахаридов (лактозы, фруктозы, фруктанов, галактанов) и полиолов (сорбитола, ксилитола, маннитола) .



Диета при СРК

- При недостаточной эффективности диеты – возможно назначение альфа-галактозидазы (1-3 таблетки с первыми порциями пищи).
- Целесообразно рекомендовать пациенту «ведение пищевого дневника» для выявления продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.



Препараты, применяющиеся для купирования боли при СРК



Согласно Римским критериям IV пересмотра
спазмолитики рекомендованы для лечения
абдоминальной боли у пациентов с СРК



Препараты, применяющиеся для купирования диареи



Для лечения СРК с диареей применяются такие препараты, как лоперамида гидрохлорид, диоктаэдрический смектит, невсасывающийся антибиотик рифаксимин и пробиотики.



Препараты для лечения запора



- Для лечения СРК с запором применяются слабительные следующих групп:
 - слабительные, увеличивающие объем каловых масс (пустые оболочки семян подорожника);
 - осмотические слабительные (макрогол 4000, лактулоза);
 - слабительные средства, стимулирующие моторику кишки (бисакодил).
- При неэффективности слабительных препаратов возможно назначение энтерокинетики пруклоприда.

Препараты комбинированного действия

- агонисты периферических опиоидных рецепторов (тримебутин), нормализующие двигательную активность кишечника в результате влияния на различные подтипы периферических опиоидных рецепторов, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга
- STW 5 (иберогаст), полученный путем спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений (иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша пятнистая, мелисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая). STW 5 является одним из наиболее изученных растительных лекарственных средств

Пробиотики

- Пробиотики – это живые микроорганизмы, которые могут быть включены в состав различных пищевых продуктов, включая лекарственные препараты и пищевые добавки, оказывающие положительное влияние на функции микрофлоры.
- Пробиотический препарат надлежащего качества должен соответствовать целому ряду требований:
 - □ оболочка, содержащая пробиотик, должна обеспечивать беспрепятственное его прохождение по ЖКТ с последующей доставкой бактериальных клеток в кишку
 - □ пробиотический препарат должен содержать не менее миллиарда бактериальных клеток в капсуле или таблетке на момент продажи и способствовать уничтожению патогенных микроорганизмов в кишечнике, не оказывая при этом отрицательного влияния на другие полезные бактерии



Психотропные препараты

- Антидепрессанты.

Согласно Римским критериям IV пересмотра, для уменьшения боли в животе могут назначаться такие антидепрессанты как дезипрамин в дозе 25-100 мг, пароксетин 10-40 мг, сертралин 25-100 мг, циталопрам 10-40.

- Нейролептики.

К антипсихотикам (нейролептикам), обладающим антидепрессивной и противотревожной активностью, относят антипсихотики второго поколения (так называемые атипичные антипсихотики) – Оланзапин, Кветиапин, Арипипразол, Рисперидон, а также некоторые антипсихотики первого поколения, на протяжении долгого времени применяющиеся для лечения психосоматических заболеваний, такие, как Алимемазин.



Хирургическое лечение



При лечении синдрома раздраженного
кишечника хирургические методы не
применяются



Реабилитация



Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. Являясь хроническим заболеванием, ассоциированным с рядом эмоциональных нарушений, в большинстве случаев, длительное течение СРК требует психотерапевтических методов лечения.

При неэффективности медикаментозного (симптоматического) лечения СРК гастроэнтерологом, больным показана консультация психиатра для определения дальнейшей тактики лечения.

При оценке психотерапевтических методик определено, что успешными оказались когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия, мультикомпонентная психотерапия, при проведении методики по телефону – динамическая психотерапия.

Не было достигнуто достоверного улучшения в самочувствии пациентов при проведении релаксационной терапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, бихевиоральной психотерапии, проводимой онлайн, психотерапии, направленной на управление факторами стресса), медитативных психотерапевтических практик).

Профилактика и диспансерное наблюдение



Профилактика и диспансерное наблюдение

- Специфических мер профилактики СРК не существует.
- Являясь доброкачественным заболеванием, не повышающим риск органических заболеваний ЖКТ, СРК не требует дополнительного планового диспансерного наблюдения и контрольных обследований. Решение о повторном обследовании принимается индивидуально при появлении новых симптомов, в первую очередь, симптомов тревоги, а также при резистентном к терапии течении заболевания.

