

Практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации

Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы

20 апреля 2009



Авторы обзора

Проф. Eamonn Quigley (Председатель, Ирландия)

Проф. Michael Fried (Швейцария)

Проф. K.A. Gwee (Сингапур)

Проф. C. Olano (Уругвай)

Проф. F. Guarner (Испания)

Проф. I. Khalif (Россия)

Проф. P. Hungin (Великобритания)

Проф. G. Lindberg (Швеция)

Проф. Z. Abbas (Пакистан)

Проф. L. Bustos Fernandez (Аргентина)

Проф. F. Mearin (Испания)

Проф. S.J. Bhatia (Индия)

Проф. P.J. Hu (Китай)

Проф. M. Schmulson (Мексика)

Д-р J.H. Krabshuis (Франция)

Д-р A.W. Le Mair (Нидерланды)

Содержание

- 1 Введение
- 2 Диагноз СРК
- 3 Оценка СРК
- 4 Ведение пациентов с СРК

1 Введение

Определение. Синдром раздраженного кишечника (СРК) – это функциональное нарушение деятельности кишечника, при котором абдоминальная боль или дискомфорт связаны с актом дефекации или изменениями в его схеме. Наиболее частыми симптомами являются метеоризм и нарушение акта дефекации.

Синдром раздраженного кишечника – это рецидивирующее функциональное нарушение деятельности органа, определяемое диагностическими критериями, основывающимися на симптоматике, при отсутствии выраженных органических причин. Четкий набор симптомов не характерен для диагностики СРК, поскольку любой из них может испытывать практически каждый человек. Для отличия СРК от преходящей кишечной симптоматики эксперты выделили шкалы для хронического и рецидивирующего типов СРК и предложили диагностические критерии, основанные на уровне частоты развития симптомов (см. раздел диагностики ниже).

Вот некоторые из характеристик СРК:

- Нет данных о связи СРК с повышенным риском развития рака или воспалительной болезни кишечника, а также с повышенным уровнем смертности.
- СРК требует значительных прямых и непрямых материальных затрат от здравоохранения.
- При СРК не выявлено конкретного патофизиологического субстрата.
- Возможен переход СРК (а также перекрест) с другими желудочно-кишечными заболеваниями (например, с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, диспепсией и функциональными запорами).
- Для СРК характерны длительно существующие симптомы, которые могут:
 - проявляться эпизодически
 - меняться и зависеть от приема пищи
 - ухудшать качество жизни и социального поведения у многих пациентов, а также мешать совершению серьезных событий в жизни, или проявляться в периоды ощутимого стресса.

В целом, можно отметить, что общих критериев диагностики синдрома не существует; многие пациенты с симптомами СРК не консультируются у врачей и не имеют формального диагноза. СРК требует значительных прямых и непрямых материальных затрат от здравоохранения.

Варианты СРК

В соответствие с Римскими критериями III и на основании характеристик стула больного, выделяются:

- СРК с преобладанием диареи (СРК-Д):
 - Жидкий стул в более чем 25% случаев, и оформленный стул менее чем в 25% случаев
 - До одной трети всех случаев заболевания
 - Более часто встречается у мужчин
- СРК с преобладанием запоров (СРК-З):
 - Запоры более чем в 25% случаев и жидкий стул менее чем в 25% случаев
 - До одной трети всех случаев заболевания
 - Более часто встречается у женщин
- СРК со смешанным характером стула или циклическими схемами (СРК-М):
 - Одновременно оформленный и неоформленный стул более чем в 25% случаев
 - От трети до половины всех случаев заболевания

Тем не менее, необходимо помнить, что:

- Пациенты часто переходят из одной подгруппы в другую
- Симптомы диареи и запора часто неправильно интерпретируются у пациентов с СРК. Следовательно, многие больные с СРК, жалующиеся на «диарею», имеют в виду частый оформленный стул. Также, в той же самой популяции пациентов понятие «запор» может относиться к одному из вариантов жалоб, связанных с попыткой акта дефекации, а не просто к нечастым сокращениям кишечника.

Также могут быть использованы другие классификации, основанные на клинических данных:

- Основанные на симптоматике:

СРК с преобладанием кишечной дисфункции

СРК с преобладанием болевого синдрома

СРК с преобладанием метеоризма

- Основанные на наличии отягощающих факторов:

Постинфекционный СРК (ПИ-СРК)

СРК, связанный с определенными пищевыми продуктами

СРК, связанный со стрессом

Тем не менее, за исключением ПИ-СРК, который достаточно хорошо определен, отношение этих классификационных форм к прогнозу или ответу на лечение, еще остается выяснять.

Также необходимо помнить, что Римские критерии III не используются повсеместно в клинической практике. Более того, определенные клинические традиции

могут влиять на понимание различных симптомов. Например, в Индии пациент, жалующийся на затруднение при дефекации или на наличие твердого стула, скорее всего, получит диагноз запора, несмотря на то, что стул у него или у нее может быть чаще одного раза в день.

Распространенность и частота СРК во всем мире

Общая частота распространенности СРК во всем мире не очень ясна (рисунок 1), поскольку в некоторых регионах отсутствуют конкретные данные. В дополнение к этому, сравнение данных из разных регионов мира затруднено из-за использования различных диагностических критериев (в целом, чем более расплывчат критерий, тем выше становится частота распространения болезни). Также большое значение имеет влияние других факторов, например, выбора популяции, включение или исключение сопутствующих заболеваний в анализ (например, фактор тревожности), возможность получения медицинской помощи и наличие различных культурологических воздействий. К примеру, в Мексике частота распространения СРК в общей популяции по Римским критериям II составляла 16%, в то же время этот показатель увеличивался до 35% среди госпитализированных пациентов при использовании тех же критериев. Необходимо отметить, насколько это позволяют предположить доступные данные, что частота СРК приблизительно одинакова во многих странах вне зависимости от различий в жизненном стиле.

- Распространенность СРК в Европе и Северной Америке расценивается примерно в 10 – 15% от общей популяции. В Швеции наиболее цитируемый показатель – 13.5%.
- Частота СРК возрастает в Азиатско – Тихоокеанском регионе, особенно в развивающихся странах. Частота распространенности СРК (по Римским диагностическим критериям II) сильно варьирует в этом регионе. Исследования, проведенные в Индии, показывают, что количество пациентов, оцененных по Римским критериям I, выше, чем по Римским критериям II. Сообщаемые данные о частоте распространенности СРК включают 0.82% в Пекине, 5.7% в южном Китае, 6.6% в Гонконге, 8.6% в Сингапуре, 14% в Пакистане и 22.1% на Тайване. Исследование, проведенное в Китае по Римским критериям III, показало частоту СРК у амбулаторных пациентов 15.9%.
- Данные, полученные из Южной Америки, были более скудными; в Уругвае, например, было проведено только одно исследование, и общая частота распространенности СРК была определена в 10.9% (14.8% у женщин и 5.4% у мужчин); 58% с СРК-З и 17% с СРК-Д. В 72% случаев развития синдрома возраст больных был менее 45 лет.

- Данных по Африке еще меньше. Исследование в студенческой популяции в Нигерии, основывающееся на Римских критериях II, показало частоту в 26.1%. Исследование амбулаторных пациентов в той же стране дало количество случаев СРК в 33%.

Другие наблюдения по эпидемиологии СРК

- В основном СРК развивается в возрасте от 15 до 65 лет
- Первое обращение пациента к врачу приходится обычно на возраст 30 – 50 лет
- В некоторых случаях симптомы могут развиваться еще в детском возрасте
- Частота СРК выше у женщин – хотя эти данные неприменимы, например, к Индии
- Существует тенденция по уменьшению частоты развития СРК в старших возрастных группах
- Оценочная частота распространенности СРК среди детей соответствует взрослой популяции
- Типичные симптомы СРК часто встречаются в «здоровой» популяции

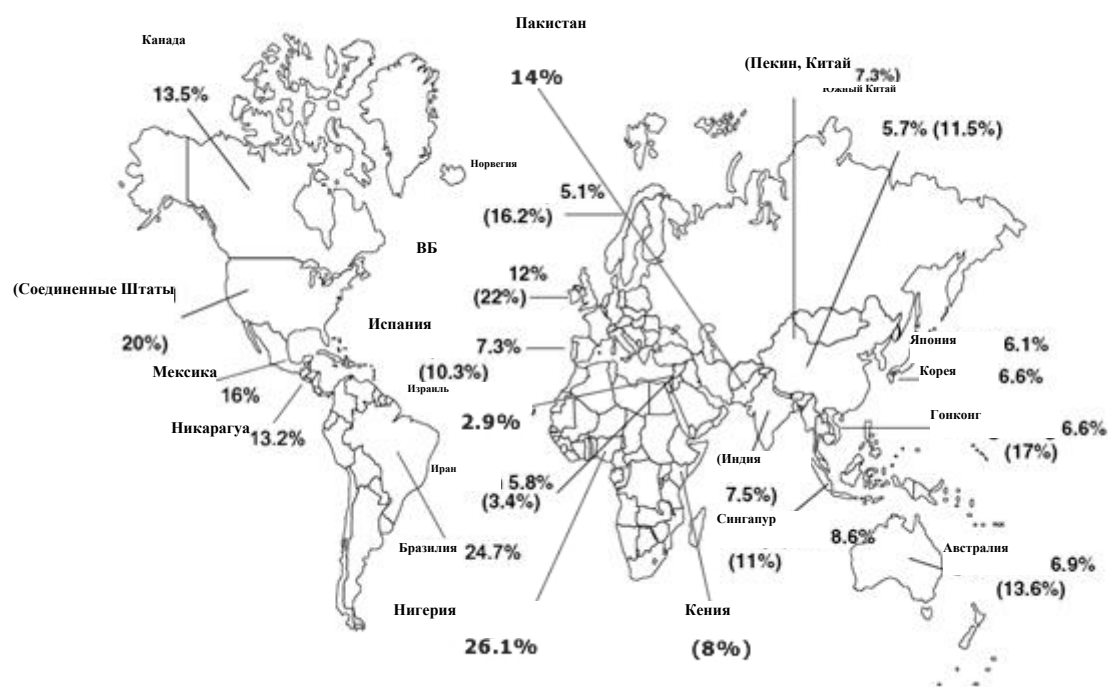


Рис. 1 Частота распространения СРК по всему миру (2000–2004), основанная на применении Римских критериев II и III, с данными по критериям Manning (в скобках), там, где они доступны. Адаптировано из *Neurogastroenterol Motil* 2005;17:317–24.

Демографические данные по СРК и различие симптоматики на Западе и Востоке

- Общемировая картина симптоматики СРК, также как и данные по его распространенности, варьируют. Сравнение исследований общих популяций, данных амбулаторных наблюдений и госпитальной статистике, можно провести лишь с большим трудом.
- Типичные симптомы СРК часто встречаются в «здоровой» популяции, но основная масса пациентов, страдающим этим симптомом не имеет официального диагноза. Этот факт может объяснять различия в статистической распространенности СРК между странами.
- Исследование, проведенное в Китае, показало, что частота СРК в Южном Китае выше, чем в Пекине, но ниже, чем в Западных странах.
- Результаты некоторых исследований, проведенных в незападных странах, указывают на:
 - отсутствие большей частоты у женщин (возможно за счет различий в оценке и подходах систем здравоохранения). В Южном Китае, например, отношение «мужчина – женщина» составляло только 1 : 1.25 (по сравнению в Западной Европе - 1 : 2);
 - тесную связь между СРК и выраженным дистрессом у мужчин, что совпадает с полученными в западных странах данными для женщин;
 - большей частотой абдоминальной боли в верхних отделах брюшной полости;
 - меньшим влиянием качества дефекации на каждодневную жизнь пациента (это не доказано в Китае и Мексике).
- Несколько исследований позволяют предположить, что у афро-карибских американцев, по сравнению с представителями белой расы:
 - частота стула реже;
 - частота развития запоров выше
- В Латинской Америке частота диареи выше, чем частота запоров.
- Частота стула в Индии в целом представляется более высокой – у 99% пациентов стул бывает один или более раз в день.
- В Мексике 70% пациентов жалуются на тревожность, 46% - на депрессию и 40% - на то и другое.
- В Мексике СРК оказывает большое значение на расходы здравоохранения из-за значительного использования материальных ресурсов.
- Клинический перекрест между функциональной диспепсией и СРК, по определениям Римских критериев III, очень часто отмечается в Китае.

- Психологический дистресс, жизненные события и негативный тип восприятия могут играть важную роль в патогенезе СРК. Эти факторы также могут влиять на поведение индивидуума в качестве пациента и на клинический исход заболевания.

2 Диагноз СРК

Клиническая картина

При оценке пациента с СРК важно не только понять жалобы, с которыми он впервые обратился, но и выявить сопутствующие факторы и другие, имеющиеся у него гастроэнтерологические и общие симптомы. Также жизненно необходимо выявлять тревожные симптомы и тщательно расспрашивать о них больного. Наиболее значим сбор анамнеза, который включает идентификацию симптоматики, присущей СРК, а также и выявление «красных флажков», которые могут говорить об альтернативном диагнозе. Соответственно у пациента необходимо узнать следующее (симптомы, отмеченные знаком* сопоставимы с диагнозом СРК):

- Схема абдоминальной боли или дискомфорта:
 - Хроническое течение *
 - Тип боли: преходящая* или постоянная
 - Болевые эпизоды в анамнезе*
 - Локализация боли. У некоторых пациентов боль может быть четко локализована (например, в нижнем квадранте брюшной полости), в то время как у других боль может иметь тенденцию к возникновению в различных местах.
 - Облегчение после дефекации или отхождения газов*
 - Ночные боли редки и служат угрожающим признаком
- Другие абдоминальные симптомы
 - Метеоризм
 - Чувство распирания
 - Урчание
 - Газообразование

(Внимание! Метеоризм может быть измерен; чувство распирания является субъективным симптомом. По определению метеоризм и чувство распирания живота могут обладать разной патофизиологией и не должны рассматриваться как эквивалентные и взаимозаменяемые термины. Тем не менее, на многих языках они могут определяться одним и тем же словом. (Ни один из терминов не подразумевает обязательного усиления газообразования в кишечнике).

- Причина сочетанных нарушений деятельности кишечника
- © World Gastroenterology Organisation, 2009

- Запор
- Диарея
- Неустойчивый стул
- Нарушения акта дефекации:
 - Диарея в течение более 2 недель (Внимание! Врач должен постараться понять, что пациент понимает под терминами «запор» и «понос»)
 - Наличие слизи в стуле
 - Срочный позыв на дефекацию
 - Ощущение неполной дефекации (этот симптом расценивается как особенно важный в азиатской популяции – 51% в Сингапуре, 71% в Индии, 54% на Тайване)

Другая информация из анамнеза пациента и важныестораживающие симптомы:

- Неустановленная потеря веса
- Наличие крови в стуле
- Семейный анамнез:
 - колоректального рака
 - целиакии
 - воспалительной болезни кишечника
- Лихорадка, сопровождающая боль в нижней части брюшной полости
- Связь с менструациями
- Связь с:
 - лекарственной терапией
 - потреблением определенных пищевых продуктов (особенно молока), искусственных заменителей сахара, диетических продуктов или алкоголя
 - туристические поездки в субтропики и тропики
- Нарушение привычек приема пищи
 - нерегулярный или неадекватный прием пищи
 - недостаточный прием жидкости
 - избыточное поглощение клетчатки
 - ожирение при наличии диетической гигиены
- Семейный анамнез СРК. Этот синдром явственно проявляется внутрисемейно, хотя генетических данных пока недостаточно

Причина начала заболевания (внезапное начало по отношению к гастроэнтериту, предполагающему постинфекционный СРК (ПИ-СРК))

Психологическая оценка пациента

Психологические факторы не показали себя в качестве причины, оказывающей влияние на начало СРК. Этот синдром не является психиатрическим заболеванием или психологическим нарушением. Тем не менее, психологические факторы могут:

- Играть роль в сохранении симптомов и тяжести абдоминальных жалоб
- Ухудшать качество жизни и играть роль в избыточном расходовании средств здравоохранения

По этим причинам сочетанные психологические состояния часто могут наблюдаться в соответствующих медицинских центрах и включать в себя:

- Тревожность
- Депрессию
- Соматизацию
- Ипохондрию
- Страх, связанный с симптоматикой

Для объективной оценки психологической картины могут помочь:

- Шкала госпитальной тревожности и депрессии (HADS). Это – простой опросник из 14 пунктов, предназначенный для оценки уровня тревожности и депрессии.
- Тест на Чувство Близости (SOC) может быть использован для идентификации пациентов, имеющих низкий показатель, но отвечающим на когнитивную поведенческую терапию
- Опросник о состоянии здоровья (PHQ-15). В этом опроснике содержится 15 вопросов, ответы на которые помогают выявить наличие множественных соматических симптомов (соматизацию). PHQ-15 должен быть утвержден в каждой конкретной стране, прежде чем он может быть внедрен в клиническую практику.

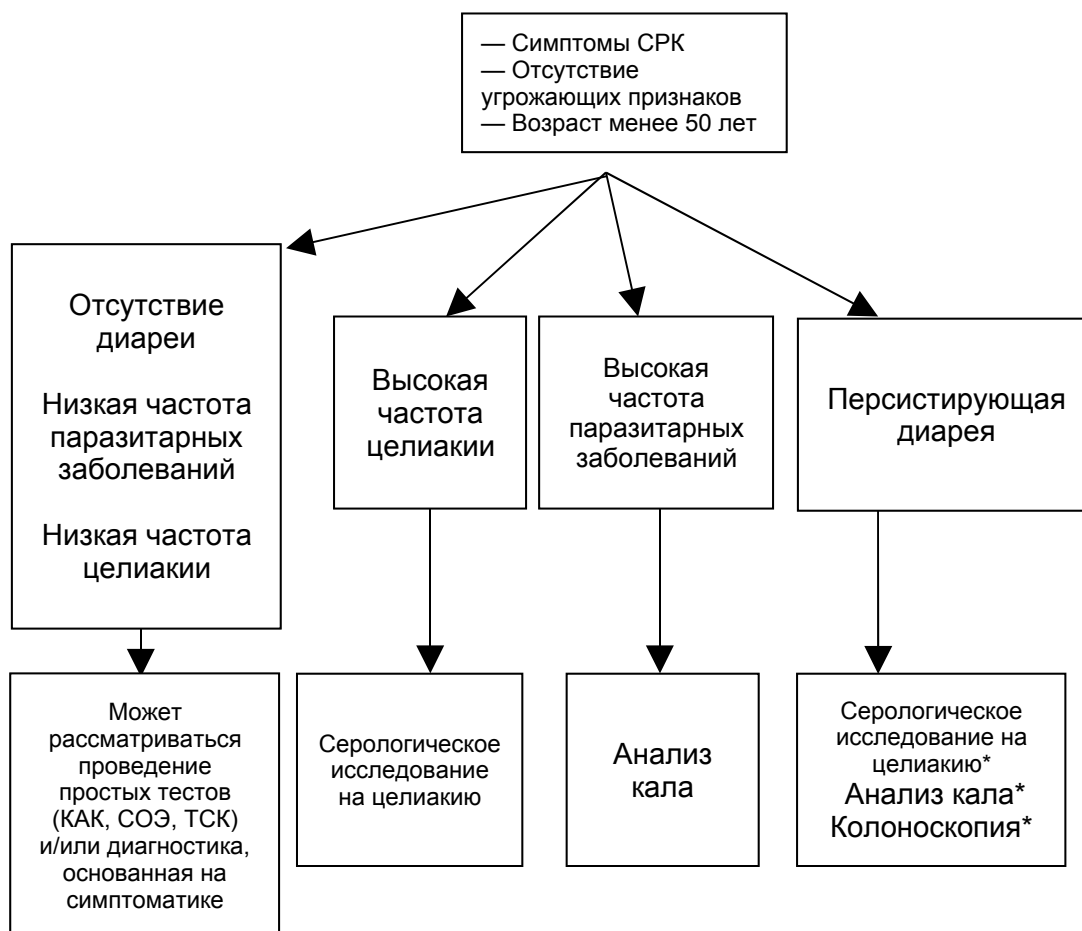
Физикальный осмотр

- Физикальный осмотр придает пациенту уверенность и помогает выявить возможные органические причины его заболевания
- Общий осмотр выполняется для выявления признаков системного заболевания
- Осмотр области живота:

- Осмотр

- Аускультация
- Пальпация
- Исследование перианальной области
 - Пальцевое исследование прямой кишки

Диагностический алгоритм СРК



КАК – клинический анализ крови; ТСК – тест на скрытую кровь; СОЭ – скорость оседания эритроцитов

* Где необходимо—например, там, где существует высокая частота целиакии, паразитарных заболеваний и воспалительной болезни кишечника или лимфоцитарного колита, соответственно.

Диагностический каскад СРК

Уровень 1

- Анамнез, физикальный осмотр, исключение угрожающих симптомов, оценка психологических факторов
- Проведение клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитов или С-реактивного белка, анализа кала (лейкоциты, яйца глист, паразиты, скрытая кровь)

- Исследование функции щитовидной железы, определение антител к тканевой трансглутаминазе (тТГ)
- Колоноскопия и биопсия*
- Определение воспалительных маркеров в кале (например, калпротектина)

Уровень 2

- Анамнез, физикальный осмотр, исключение угрожающих симптомов, оценка психологических факторов
- Проведение клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитов или С-реактивного белка, анализа кала, исследование функции щитовидной железы
- Сигмоидоскопия

Уровень 3

- Анамнез, физикальный осмотр, исключение угрожающих симптомов, оценка психологических факторов
- Проведение клинического анализа крови, скорости оседания эритроцитов, анализа кала

*Внимание! Даже в «богатых» странах не все пациенты нуждаются в проведении колоноскопии – в частности, только пациенты с тревожными симптомами и признаками, а также лица старше 50 лет. Необходимость проведения дальнейших исследований и сигмоидоскопии должна быть обусловлена характеристиками больного (имеющиеся симптомы, возраст и т.д.) и географической локализацией (например, если пациент проживает в местности, где существует высокая частота воспалительной болезни кишечника, целиакии, рака толстой кишки или паразитарных заболеваний). Можно поспорить, например, что 21-летней больной с симптомами СРК-Д без тревожной симптоматики необходимо, как минимум, определение серологических исследований на целиакию (там, где это возможно).

3 Оценка СРК

Предварительный диагноз СРК обычно основывается на анамнезе пациента и результатах физикального осмотра, без проведения дополнительных исследований. Окончательный диагноз требует доказательного исключения органического заболевания с учетом индивидуальной симптоматики и характеристик каждого конкретного пациента. Во многих случаях (например, у молодых пациентов без угрожающей симптоматики),

окончательный диагноз может быть установлен только на основании клинических наблюдений.

Диагностические критерии (Рим III)

- Появление симптомов, по меньшей мере, за 6 месяцев до установления диагноза
- Рецидивирующая абдоминальная боль или дискомфорт > 3 дней в месяц в течение прошлых 3 месяцев
- Минимум 2 из ниже представленных симптомов:
 - Улучшение состояния после дефекации
 - Связь с изменениями в частоте стула
 - Связь с изменениями в характере стула

В клинической практике, как на амбулаторном приеме, так и на приеме у специалиста, врачи обосновывают диагноз СРК по оценке пациента в целом (часто через определенное время) и определяют множественность симптомов, которые могут помочь в установлении диагноза (за исключением боли и дискомфорта, связанных с дефекацией, или изменений частоты и характера стула).

Частые симптомы СРК, подтверждающие диагноз:

- Метеоризм
- Патологический характер стула (твердый и/или жидкий)
- Патологическая частота стула (менее 3 раз в неделю или более 3 раз в день)
- Натуживание при дефекации
- Срочная необходимость дефекации
- Чувство неполной эвакуации из кишечника
- Появление слизи из прямой кишки

Поведенческие симптомы, помогающие в установлении диагноза СРК в клинической практике:

- Симптомы наличествуют более 6 месяцев
- Стресс усугубляет симптоматику
- Частые консультации по вопросам, не связанным с гастроэнтерологией
- Не доказанные посредством медицинского обследования симптомы в анамнезе
- Ухудшение состояния после еды
- Сочетанные тревожность и/или депрессия

Жалобы, не связанные с кишечником, часто сопровождающие СРК:

- Диспепсия – отмечается у 42 – 87% пациентов с СРК
- Тошнота
- Изжога

Сочетанные негастроэнтерологические симптомы:

- Летаргия
- Боли в поясничной области, другие мышечные и суставные боли
- Урологические симптомы:
 - Никтурия
 - Частота и срочность позывов к мочеиспусканию
 - Неполное опорожнение мочевого пузыря
- Диспареуния (появление боли при половом сношении) у женщин
- Бессонница
- Низкая переносимость лекарственных препаратов

Дополнительные анализы или исследования

В большинстве случаев СРК нет необходимости дополнительных анализов или исследований. Рекомендуется проведение их минимального количества в явных случаях СРК, особенно у молодых пациентов.

- Назначение дополнительных анализов или исследований необходимо рассматривать в следующих случаях:
 - первое появление симптомов в возрасте старше 50 лет
 - короткий анамнез заболевания
 - необъяснимая потеря веса
 - ночная симптоматика
 - семейный анамнез колоректального рака, целиакии, воспалительной болезни кишечника
 - анемия
 - ректальное кровотечение
 - недавнее применение антибиотиков
 - наличие образований в брюшной полости или в ректальной области
 - повышение уровня воспалительных маркеров в крови
 - лихорадка
- Хотя проведение клинического анализа крови, биохимического анализа крови, определение функции щитовидной железы и анализа кала на скрытую кровь, яйца глист и паразитов практически везде возможно, они показаны только при наличии соответствующих показаний на основании клинической истории заболевания

- Проведение дополнительных анализов и исследований также должно рассматриваться при:
 - наличии у пациента персистирующих симптомов или наличия тревожности, несмотря на проводимое лечение
 - выраженном ухудшении симптоматики. Необходимо оценить возможность появления нового сочетанного состояния.

Дифференциальный диагноз

Целиакическая спру / глютенная энтеропатия

Главные симптомы и/или находки

- Хроническая диарея
- Замедленное физическое развитие ребенка
- Утомляемость
- Приблизительная частота заболевания - $\pm 1\%$ всех индоевропейских популяций
- Необходимо включать в дифференциальный диагноз во всех регионах с высокой частотой заболевания

Внимание! У многих пациентов с целиакией *нет* классических симптомов, а имеются «СРК-подобные» симптомы, включая запоры. Следовательно, в регионах с высокой частотой распространенности целиакии (с частотой более 1% в общей популяции), необходимо оценивать возможность наличия этого заболевания.

Непереносимость лактозы

Главные симптомы и/или находки:

- Симптомы (метеоризм, газообразование, диарея) реально связаны с употреблением молочных продуктов
- Заболевание может быть выявлено при помощи дыхательного водородного теста на лактозу после положительного результата теста с молоком

Воспалительная болезнь кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)

Главные симптомы и/или находки

- Значительные вариации в распространенности по всему миру
- Диарея, персистирующая более 2 недель
- Ректальное кровотечение
- Воспалительное образование в брюшной полости, потеря веса, перианальные симптомы, лихорадка

Колоректальная карцинома

Главные симптомы и/или находки:

- Пациенты старших возрастных групп, у которых впервые могут развиваться СРК-подобные симптомы
- Наличие крови в кале
- Необъяснимая потеря веса
- Боль может быть обструктивной, по типу поражений левой половины брюшной полости
- Наличие анемии или дефицита железа по типу поражений правой половины брюшной полости

Лимфоцитарный и коллагенозный колит

- Причина необъяснимой диареи у 20% пациентов в возрасте старше 70 лет
- Обычно протекает без боли
- Наиболее часто встречается у женщин среднего возраста (М : Ж = 1 : 15)
- Диагностируется на основании данных биопсии толстой кишки

Острая диарея, вызванная протозойной и бактериальной инфекцией

Главные симптомы и/или находки:

- Острое начало диареи
- Анализ кала или биопсия двенадцатиперстной кишки

Вывод недавно опубликованного обзора по роли кишечных простейших в развитии СРК гласит, что «возможную роль в этиологии СРК играют простейшие паразиты, такие как *Blastocystis hominis* и *Dientamoeba fragilis*. Известно, что *Dientamoeba fragilis* вызывает СРК-подобные симптомы и обладает склонностью к поддержанию хронической инфекции, но поскольку диагностика основывается на микроскопическом исследовании окрашенных мазков, которое доступно не во всех лабораториях, это, следовательно, приводит к ошибочному диагнозу амебиаза как СРК. Роль *Blastocystis hominis* как этиологической причины СРК недостоверна, из-за наличия противоречивых сообщений и противоречивой природе *Blastocystis hominis* как человеческого патогена. Хотя инфекция *Entamoeba histolytica* встречается в основном в развивающихся странах, клинический диагноз амебиаза часто трудно установить, так как симптомы у пациентов с СРК очень похожи на симптоматику больных недизентерийным амебным колитом. Клинические проявления инфекции *Giardia intestinalis* также варьируют от бессимптомного носительства до острой и хронической диареи с абдоминальной болью».

Несмотря на то, что в Индии рекомендован анализ кала на *Giardia* и *Amoeba*, часто пациенты проводят самолечение имидазолами, что делает результаты исследования трудными для интерпретации.

Внимание! Важно чтобы все пациенты с СРК в соответствующих регионах проходили паразитологическое исследование для того, чтобы отвергнуть наличие протозойной инфекции как причины клинической симптоматики.

Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке (SIBO)

- Классическими симптомами SIBO являются нарушение пищеварения и мальабсорбция.
- Некоторые симптомы SIBO (метеоризм, диарея) могут наслаиваться на такие же симптомы СРК, что может привести к предположению, что SIBO часто присутствует при СРК.
- Тем не менее, существует большое количество доказательств того, что SIBO не часто встречается при СРК.

Дивертикулит

Связь между СРК и так называемой «дивертикулярной болезнью с болевым синдромом» не ясна. Представляет ли собой дивертикулярная болезнь с болевым синдромом не более чем СРК у пациентов с наличием дивертикулов? При дивертикулите классические симптомы и/или находки встречаются только эпизодически и бывают острыми и подострыми.

- Абдоминальная боль слева
- Лихорадка
- Мягкое воспалительное образование в левом нижнем квадранте живота

Тем не менее, в настоящее время, очевидно, что пациенты могут иметь больше хронических симптомов между скрытыми эпизодами/атаками.

Эндометриоз

Главные симптомы и/или находки:

- Циклическая боль в нижних отделах живота
- Увеличенные яичники или наличие ретроцервикальных узлов (при влагалищном исследовании)

Воспалительные заболевания органов малого таза

Главные симптомы и/или находки:

- Неострые боли в нижней части живота
- Лихорадка
- Давящая боль, отдающая вверх при надавливании или чувствительность придатков и их набухание (при влагалищном исследовании)

Рак яичника

У женщин старше 40 лет рак яичника должен рассматриваться в плане дифференциального диагноза. В одном из исследований были указаны следующие симптомы, наиболее часто встречающиеся у женщин с раком яичника:

- Увеличение объема живота
- Метеоризм
- Острые позывы на мочеиспускание
- Боль внизу живота

Комбинация метеоризма, увеличения объема живота и урологическая симптоматика были выявлены у 43% женщин с раком яичника и только в 8% общей популяции.

Сопутствующие заболевания

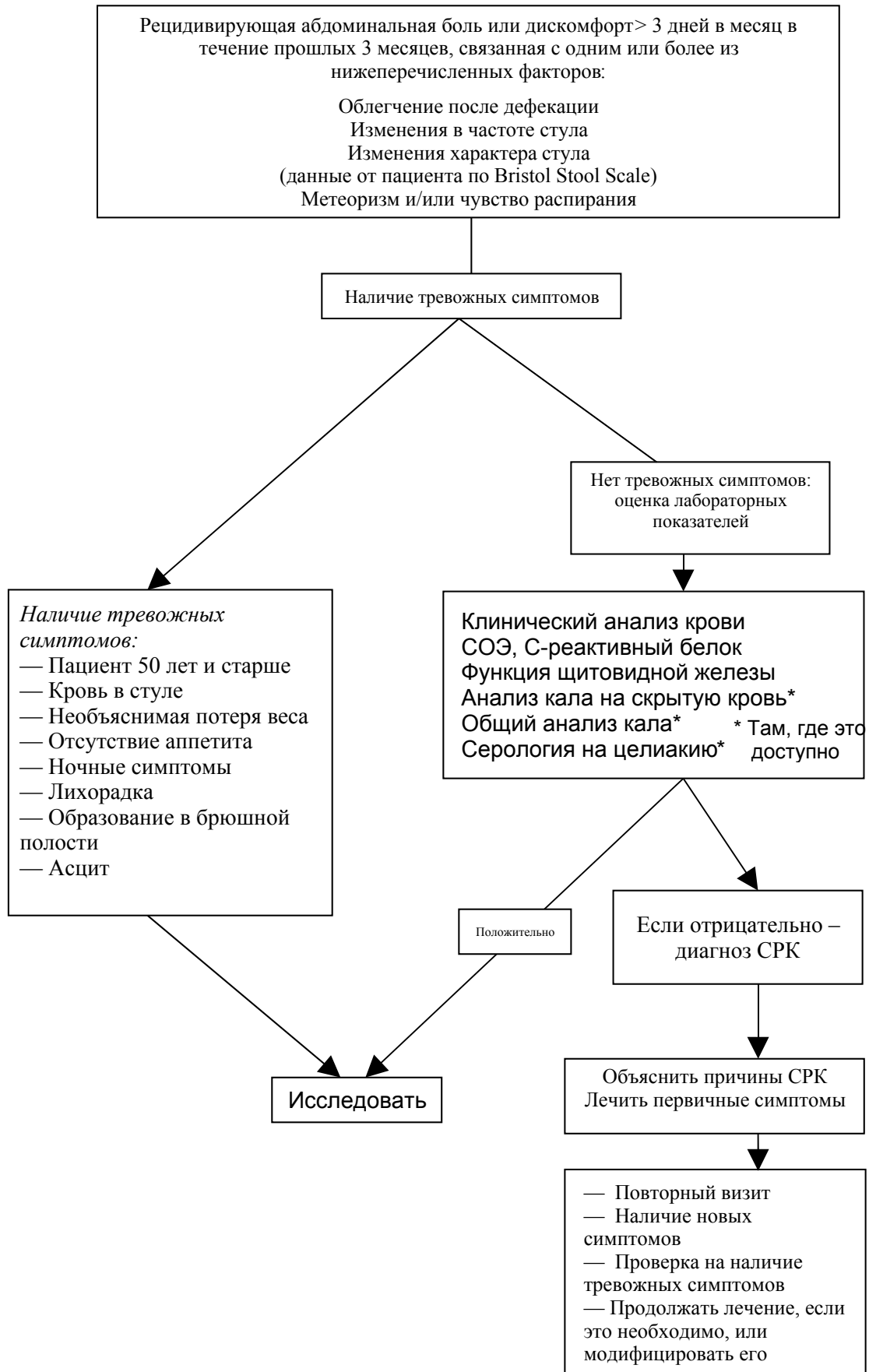
Пациенты с синдромом перекреста имеют тенденцию к более тяжелой форме СРК

- Фибромиалгия – у 20 – 50% пациентов с СРК (хотя, например, в Китае доказательств этого нет)
СРК часто встречается при некоторых других хронических заболеваниях с болевым синдромом
 - Присутствует у 51% больных с синдромом хронической усталости
 - Патология височно – нижнечелюстного сустава: 64%
 - Хроническая боль в малом тазу: 50%
 - Неязвенная диспепсия, дискинезия желчевыводящих путей

4 Ведение пациентов с СРК

Введение

Нижеприведенная диаграмма показывает общие черты порядка ведения пациентов с СРК-подобными симптомами



Внимание! Если ключевую роль играет тревожность пациента, то наиболее важно поддержать его и разъяснить ему суть заболевания.

Учитывая, что не существует общего согласия о причинах СРК, неудивительно, что в настоящее время нет единого всемирного метода ведения всех пациентов с данной патологией.

Также учитывая частую связь симптомов СРК и таких факторов как диета, стресс, психологические факторы, внимание должно быть уделено адаптационным мерам, которые могут облегчить, если не устранить, симптоматику. Можно бы было ожидать, что диетические различия между разными странами и этническими группами будут играть важную роль в частоте развития СРК, но в настоящее время по этому вопросу имеется слишком мало доступной информации. Пользу диетологических методов лечения, если таковая имеется, еще необходимо подтвердить.

Недавно опубликованные данные по нарушениям кишечной микрофлоры при СРК, также как вышеупомянутое противоречивое предположение о том, что SIBO может служить фактором развития, оказали живой интерес в разработке новых подходов к лечению СРК: пробиотики, пребиотики и антибиотики. Проведенный недавно мета-анализ подтвердил роль пробиотиков в лечении СРК, но также и показал, что их эффективность, как и при других заболеваниях, сильно зависима от штамма. Вариабельность и состав специфических штаммов сильно различаются в различных регионах мира. Например, *Bifidobacterium infantis* 35624, которая в настоящее время считается наиболее эффективной в лечении СРК, доступна сейчас только в США. Темы контроля за качеством также продолжают создавать трудности при разработке рекомендаций для этого метода лечения.

Пациенты с СРК во всем мире часто обращаются за помощью к множеству альтернативных/дополнительных методов лечения. В Индии (в аюрведической медицине) и Китае, например, широко распространены лекарственные средства, часто применяемые при лечении СРК. Тем не менее, их эффективность трудно оценить, поскольку концентрация активных ингредиентов значительно варьирует в зависимости от процесса экстракции.

Предварительные данные по невсасывающимся антибиотикам (например, в дозе 400 мг/день 3 раза) обнадеживают, но до настоящего времени проведенных исследований недостаточно для получения твердых выводов.

Недавно опубликованный системный обзор, хотя и указывающий на многих примерах в ограничениях дизайнов исследований, представил доказательства в поддержку использования антидепрессантов (как трициклических, так и селективных

ингибиторов повторного захвата серотонина) при СРК. Нефармакологические факторы часто игнорируются, но имеют очень важную роль в ведении пациентов с СРК.

Критическими также представляются отношения между пациентом и врачом.

Необходимо обращать особое внимание на следующее, как при первичном обращении, так и при динамическом наблюдении:

- Выявление и понимание забот пациента. Необходимо установление позитивных отношений между врачом и пациентом, с восприятием жалоб и дистресса больного как реальных
- Оценка влияния симптомов на пациента
- Обсуждение с пациентом его тревог относительно симптоматики и возможного диагноза, с целью устранения ненужных волнений
- Выявление и помощь в разрешении стрессовых факторов
- Уменьшение нежелания пациента получать лечение. Больные могут избегать действий, которые, как они боятся, вызывают появление симптомов заболевания, но нежелание получать лечение оказывает негативное воздействие на прогноз.
- Общие рекомендации по диете и образу жизни. Диета богатая клетчаткой (там, где это возможно), регулярный прием пищи, потребление достаточного количества жидкости и физическая активность могут принести общий благоприятный эффект, но не существует адекватных доказательств того, что эти меры напрямую влияют на исход заболевания.

Лекарственная терапия

Во всем мире для лечения индивидуальных симптомов СРК существует множество различных лекарственных препаратов.

- Спазмолитики для облегчения боли
- Слабительные, клетчатка и объемоформирующие препараты для лечения запоров. Недавно Управлением по Пищевым Продуктам и Лекарственным Препаратам (FDA) США был одобрен агонист хлоридных каналов лубипростон (2 x 24 мкг/день) для лечения хронических запоров и СРК со склонностью к запорам, но точную роль таких препаратов в общем ведении пациентов с СРК еще предстоит установить.
- Клетчатка, объемоформирующие препараты и антидиарейные средства для лечения диареи
- Сорбенты и другие препараты, уменьшающие газообразование, метеоризм и чувство распирания

Важно отметить, что спектр доступных средств и их состав значительно варьирует в разных странах, и очень важно, чтобы врачи, выписывающие препарат, обладали знанием об эффективности и возможном риске назначения каждого назначаемого препарата, а не только экстраполированием от действия других препаратов этой группы, или лекарств, обладающих тем же механизмом действия.

Боль

- Если требуется применение обезболивающего средства, рекомендуется назначение парацетамола, которое предпочтительнее назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Назначения опиатов необходимо избегать всеми средствами, так как при таких хронических состояниях высок риск развития привыкания и зависимости. НПВП и опиаты также оказывают нежелательное побочное действие на желудочно-кишечный тракт.
- Пробиотический штамм *Bifidobacterium infantis* 35624 (1 капсула в сутки) показал способность уменьшать боль, метеоризм и трудности с дефекацией, а также нормализовать стул, вне зависимости от его характера, у пациентов с СРК. Однако в настоящее время этот препарат доступен только в США.
- Спазмолитики:
 - Доступность препаратов в огромной степени варьирует в различных регионах мира
- Трициклические антидепрессанты:
 - Амитриптилин, начальная доза 10 мг/день, целевая доза 10 – 75 мг/день на ночь
 - Деспирамин, начальная доза 10 мг/день, целевая доза 10 – 75 мг/день на ночь
 Эти препараты могут вызывать запоры и, соответственно, не должны назначаться пациентам с данной проблемой.
- Селективные ингибиторы повторного захвата серотонина (SSRI)
 - Пароксетин, 10 – 60 мг/день
 - Циталопрам, 5 – 20 мг/день

Запоры

- Богатая клетчаткой диета или объемоформирующие препараты (например, псиллиум) в комбинации с достаточным приемом жидкости могут показаться логичным подходом к ведению СРК, однако доказательная база не убеждает, а метеоризм и чувство распирания у пациентов при назначении этих средств могут нарастать. Одно из исследований в Индии было направлено на изучение содержания клетчатки в диете пациентов с СРК и контрольной группы. Результаты показали, что не требуется дополнительного добавления клетчатки к пище,

поскольку ее естественное содержание было равным рекомендованному для пациентов с СРК.

- Пробиотический штамм *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 показал свою способность ускорять транзит по желудочно-кишечному тракту и увеличивать частоту стула у пациентов с СРК, склонным к запорам.
- Часто бывает полезным применение осмотических слабительных. Некоторые из этих препаратов были официально исследованы при СРК.
- Лубипростон
 - Для лечения СРК с запорами у женщин старше 18 лет.
 - Принимается два раза в день в дозе 8 мкг, во время еды, запивается водой.

Диарея

- Лоперамид (2 мг каждое утро или 2 раза в день) не более эффективен, чем плацебо для уменьшения боли, метеоризма и общих симптомов СРК, однако препарат эффективен в лечении диареи, уменьшении частоты стула и улучшении формы стула
- Алосетрон, антагонист 5-гидрокситриптаминового (5-HT₃) рецептора:
 - Показан только женщинам с тяжелым СРК с диареей и симптомами, наличествующими более 6 месяцев в отсутствие ответа на антидиарейное лечение
 - Редко может вызывать развитие ишемического колита

Купирование метеоризма и чувства распирания

- У некоторых пациентов может быть полезным назначение менее газообразующей диеты
- Нет доказательств, подтверждающих эффективность использования активированных углесодержащих продуктов, препаратов, уменьшающих газообразование, симетикона при СРК.
- Пробиотики: некоторые специфические штаммы, такие как *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 и пробиотический коктейль VSL#3, показали в исследованиях свою клиническую эффективность при купировании метеоризма и чувства распирания. Другие, например *Bifidobacterium infantis* 35624, уменьшают метеоризм и другие важнейшие симптомы СРК.
- Антибиотикотерапия рифаксимином 400 мг 3 раза в день уменьшает метеоризм у некоторых пациентов с СРК.

Рекомендации Американского Колледжа Гастроэнтерологии по лечению СРК

Американский Колледж Гастроэнтерологии (ACG) опубликовал в январе 2009 основанный на доказательствах системный обзор по ведению пациентов с СРК (*Am J Gastroenterol* 2009; 104:31-5). Заключение этого обзора см. ниже.

Спазмолитики, включая масло перечной мяты. Определенные спазмолитики (гиосцин, циметропиум, пинавериум и масло перечной мяты) могут давать кратковременное облегчение абдоминальной боли или дискомфорта при СРК. Доказательств длительной эффективности нет. Доказательства безопасности и переносимости ограничены.

Диета с клетчаткой, средства, вызывающие увеличение объема кишечного содержимого и слабительные.

Гидрофильный муциллоид псилиума (шелуха исфагулы) умеренно эффективен. Единственное исследование показало улучшение состояния пациентов при использовании поликарбофила кальция. Пшеничные или кукурузные отруби не более эффективны, чем плацебо в уменьшении симптомов СРК в целом и не могут быть рекомендованы для стандартного использования. Слабительное полиэтилен гликоль (PEG) показало свою эффективность в урежении частоты стула, но не оказывало влияния на абдоминальную боль в одном небольшом последовательном исследовании подростков с СРК-3.

Антидиарейные средства. Лоперамид не более полезен, чем плацебо в облегчении абдоминальной боли, метеоризма и симптомов СРК в целом, но эффективен в лечении диареи, урежении частоты стула и улучшении его характера. Рандомизированные исследования по сравнению лоперамида с другими антидиарейными препаратами не проводились. Нет доступных данных о безопасности и переносимости данного препарата.

Антибиотики. Короткий курс приема невоссасывающегося антибиотика более эффективен, чем плацебо в купировании общих симптомов СРК и метеоризма. Нет доступных данных о длительной безопасности и эффективности невоссасывающихся антибиотиков при ведении пациентов с СРК.

Пробиотики. В исследованиях по действию одного микроорганизма, лактобактерии не показали эффективности у больных с СРК. Некоторую эффективность показали бифидобактерии и определенные комбинации пробиотиков.

Антагонисты 5-HT₃-рецепторов. Антагонист 5-HT₃-рецепторов алосетрон был более эффективен, чем плацебо в купировании общей симптоматики СРК с диареей, как у мужчин, так и у женщин. По сравнению с плацебо при применении алосетрона чаще встречались серьезные побочные эффекты, такие как запор и ишемия толстой кишки. Баланс пользы и вреда при применении алосетрона более положителен для

женщин с тяжелым СРК с диареей, которые не ответили на стандартную терапию. Качество доказательств эффективности антагонистов 5-HT₃-рецептора высокое.

Селективные активаторы C-2 хлоридных каналов. Лубипростон в дозе 8 мкг 2 раза в день показал себя более эффективным, чем плацебо в купировании общей симптоматики при применении у женщин с СРК-3.

Антидепрессанты. Трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы повторного захвата серотонина более эффективны, чем плацебо в купировании общей симптоматики СРК и, вероятно, в уменьшении абдоминальной боли. По безопасности и переносимости этой группы препаратов имеется только ограниченные данные.

Внимание! Доказательная база для многих методов лечения, часто используемых при лечении СРК, слаба, а для некоторых она не существует.

Другие методы лечения (включая психологические)

Общие нефармакологические рекомендации:

- Обсуждение с пациентом его тревог. Это помогает уменьшению жалоб и направлено на снижение ненужного беспокойства.
- Уменьшение нежелания получать лечение. Пациенты могут избегать активностей, которые, по их мнению, вызывают появление симптоматики, но нежелание получать лечение отрицательно влияет на прогноз.
- Обсуждение канцерофобии.
- Обсуждение и попытка разрешить стрессовые факторы.
- Регулярный прием пищи, потребление достаточного количества жидкости и соответствующая физическая активность могут приносить общий благоприятный эффект, но доказательств этому при СРК нет

Кроме общих подходов, описанных выше, необходимо установление доверительных отношений врача и пациента с СРК, более формальное психологическое вмешательство может применено при определенных обстоятельствах и зависит от его доступности в соответствующей обстановке и наличии опыта у врача. Такие подходы могут включать:

- Когнитивную / поведенческую терапию как в группе, так и индивидуальную
- Поведенческие технологии, нацеленные на модификацию дисфункциональных поведенческих реакций с помощью:
 - Релаксационных методов

- Рекламных методов (пропагандирующих здоровое поведение)
- Убеждающего обучения
- Гипноз

ACG в заключении утверждает, что психологические методы терапии, включающие когнитивную терапию, динамическую психотерапию и гипнотерапию (но не релаксационную терапию) более эффективны в купировании общих симптомов СРК, чем стандартные методы лечения.

В отношении фитотерапии и акупунктуры ACG заявляет, что доступные результаты рандомизированных контролируемых исследований, в основном уникальных китайских травяных смесей, по-видимому, доказывают их эффективность. Включить эти результаты в мета-анализ не представлялось возможным, но, тем не менее, в целом эффективность китайской фитотерапии при СРК продолжает потенциально оставаться неясной из-за разнообразия используемых компонентов и качества их очистки. Также при использовании любых китайских фитопрепаратов существуют значительные опасения в отношении их токсичности, в особенности риска развития печеночной недостаточности. Системные обзоры исследований по акупунктуре не дают возможности сделать заключение по ее эффективности из-за гетерогенности полученных результатов. Необходимо проведение дальнейших исследований до того, как можно будет давать рекомендации по применению акупунктуры и фитотерапии при СРК.

Прогноз

У большинства пациентов с СРК симптомы, вероятно, будут сохраняться, но не будут усиливаться. У малой части пациентов состояние ухудшится, зато некоторые больные полностью выздоровеют. Например, недавно проведенное исследование показало, что в то время как у 18% общей популяции в США имеется СРК (при рандомизированном обследовании 1021 человека), 38% из них не имело жалоб через 12 – 20 месяцев после проведения лечения.

Факторы, которые могут оказывать негативное влияние на прогноз заболевания, включают:

- Нежелание получать лечение
- Тревожность по поводу определенных медицинских условий
- Нарушение функций как результат симптомов СРК
- Длительный анамнез СРК
- Хронический жизненный стресс
- Наличие сопутствующих психиатрических заболеваний

Поведение врача, которое может положительно влиять на исход лечения:

- Признание наличия заболевания
- Информирование пациента о СРК
- Психологическая поддержка пациента

Динамическое наблюдение

В случаях умеренного течения СРК в целом нет медицинской необходимости для динамических консультаций на длительной период времени, если только не возникает следующая ситуация:

- Симптомы сохраняются с причинением неудобств или дисфункции
- Пациент серьезно беспокоится о своем состоянии
- Диарея продолжается более 2 недель
- Сохраняются запоры, неподдающиеся терапии
- Развиваются тревожные симптомы возможных серьезных гастроэнтерологических заболеваний:
 - Ректальное кровотечение
 - Анемия
 - Необъяснимая потеря веса
 - Наличие колоректального рака в семейном анамнезе
 - Лихорадка
 - Выраженное изменение симптоматики
- Необходимо остерегаться развития нарушений привычек приема пищи
 - Большинство пациентов с СРК стараются манипулировать с диетой.
 - Это может привести к питательно неадекватной диете или к потреблению аномального количества фруктов, кофеина, молочных продуктов и клетчатки.
 - Такая тенденция к нарушению диетических правил более часто встречается у пациентов – женщин.

Каскад ведения пациентов с СРК

Уровень 1

- Убеждение, рекомендации по диете и образу жизни, советы
- Назначение качественного пробиотика с доказанной эффективностью
- Симптоматическое лечение:

- Боли с помощью доступных спазмолитиков, и добавлением для пациентов с выраженной симптоматикой малых доз трициклических антидепрессантов или селективных ингибиторов повторного захвата серотонина
- Запоров с помощью диетических мер и добавления клетчатки, с последующим добавлением осмотических слабительных средств или лактулозы
- Диареи с помощью простых антидиарейных препаратов
- Рассмотреть психологические подходы к пациенту (гипнотерапия, психотерапия, групповая терапия), а также, при наличии показаний, консультации с диетологом
- При наличии показаний добавление фармакологических препаратов:
 - Лубипростона при СРК-З
 - Рифаксимина при диарее и метеоризме
 - Алостерона при СРК-Д

Уровень 2

- Убеждение, рекомендации по диете и образу жизни, советы
- Назначение качественного пробиотика с доказанной эффективностью
- Симптоматическое лечение:
 - Боли с помощью доступных спазмолитиков, и добавлением для пациентов с выраженной симптоматикой малых доз трициклических антидепрессантов
 - Запоров с помощью диетических мер и добавления клетчатки
 - Диареи с помощью объемобразующих препаратов и простых антидиарейных препаратов

Уровень 3

- Убеждение, рекомендации по диете и образу жизни, советы
- Симптоматическое лечение:
 - Боли с помощью доступных спазмолитиков
 - Запоров с помощью диетических мер и добавления клетчатки
 - Диареи с помощью объемобразующих препаратов и простых антидиарейных препаратов