

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Ректор д.мед.н., проф. Г.А. Игнатенко

Кафедра факультетской терапии им. А.Я. Губергрица

Зав. каф. д.мед.н., доцент Н.Е. Моногарова

# Синдром раздраженного кишечника: тезисно по проблеме

М.А. Крюк, И.В. Шалаева, О.А. Голубова, Г.М. Лукашевич

Донецк, 2024 год

22 мая 2016 года в США (Сан-Диего), в рамках 52-ой Американской гастроэнтерологической недели прошла официальная презентация Римских критериев функциональных расстройств ЖКТ IV пересмотра, где в том числе были представлены некоторые изменения в отношении одного из наиболее часто встречающихся функциональных заболеваний – синдрома раздраженного кишечника (СРК).

# Эпидемиология

Согласно обобщенным данным исследований по распространенности СРК в мире, данным расстройством страдают от 10% до 25% населения, однако лишь примерно 30% из них обращаются за медицинской помощью.

СРК встречается во всех возрастных группах, включая детей и стариков.

# Эпидемиология

Распространенность СРК у женщин на 67% выше, чем у мужчин.

У более, чем 50% пациентов с СРК симптомы заболевания появляются в возрасте до 35 лет.

В 15-45% СРК сочетается с синдромом функциональной диспепсии.

# Определение

СРК – функциональное расстройство кишечника, которое проявляется рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере 1 раз в неделю и ассоциированной с 2 или более признаками:

1. связана с дефекацией;
2. связана с изменением частоты стула;
3. связана с изменением формы (внешнего вида) стула.

# Определение

Признаки должны отмечаться у пациента на протяжении последних 3-х месяцев при общей продолжительности не менее 6 месяцев!

# Новое в определении СРК:

1. нет термина «дискомфорт» (полностью исключен, только «рецидивирующая боль»);
2. боль связана с дефекацией (вместо уменьшается после дефекации);
3. боль по меньшей мере 1 раз в неделю (вместо не менее 3-х дней в месяц)

# Классификация СРК:

1. СРК с диареей (СРК-Д);
2. СРК с запором (СРК-З);
3. Смешанный вариант СРК (СРК-С);
4. Неклассифицируемый вариант СРК (СРК-Н)

Изменений не претерпела!

При определении варианта СРК, пациенту рекомендуется пользоваться дневником, в котором подробно фиксируется частота актов дефекации с измененной консистенцией стула в течение не менее 2-х недель. При этом важно, чтобы пациент в этот период отказался от приема препаратов, устраняющих запоры или диарею.

# Диагностика СРК

По мнению экспертов, диагноз СРК основывается на 4-х основных составляющих:

1. клинический анамнез;
2. непосредственное обследование;
3. минимальные лабораторные исследования;
4. результат колоноскопии (при наличии показаний).

Диагноз СРК является диагнозом «исключения» и устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключении органических заболеваний ЖКТ и отсутствии «симптомов тревоги».

Группы жалоб пациентов с СРК:

1. кишечные;
2. относящиеся к другим отделам ЖКТ;
3. негастроэнтерологические.

При установлении диагноза СРК следует оценить следующие характерные признаки:

*1. Боль в животе.*

Характер боли: ноющая, тупая, жгучая, кинжальная, выкручивающая и т.д. Более характерен преходящий характер боли.

Интенсивность: от незначительной до выраженной.

Локализация: чаще в подвздошной области слева, может мигрировать в течение дня.

Связь: провоцируется психоэмоциональными стрессами, обычно усиливается после приема пищи, уменьшается или усиливается после акта дефекации, уменьшается после отхождения газов, приема спазмолитиков, усиливается во время менструации.

2. *Ощущение вздутия живота – менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после приема пищи.*
3. *Нарушение стула в виде запора, поноса или их чередования.*
4. *Нарушения акта дефекации в виде императивных позывов на дефекацию или чувство неполного опорожнения кишечника.*

Симптомы 1 – 3 нельзя считать специфичными для СРК, так как они могут встречаться и при других заболеваниях кишечника.

# Симптомы тревоги

## *Жалобы и анамнез:*

- снижение массы тела;
- начало в пожилом возрасте;
- ночная симптоматика;
- наличие у родственников рака толстой кишки, целиакии, язвенного колита, болезни Крона;
- постоянные боли в животе;
- прогрессирующее течение заболевания.

## *Непосредственное обследование:*

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

## *Лабораторные показатели:*

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

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

Лабораторная диагностика при наличии симптоматики СРК (минимум):

- общий анализ крови + СОЭ;
- общий анализ мочи;
- уровень СРБ;
- копрограмма + тест на скрытую кровь;
- АТ IgА к тканевой трансглутаминазе.

Новой (по сравнению с предшествующими Римскими критериями III) является рекомендация определять уровень кальпротектина в кале. Это позволяет исключить хронические воспалительные заболевания кишечника.

Также, при рефрактерности к лечению СРК, необходимо определять серологические маркеры целиакии.

При наличии «симптомов тревоги», отягощенного наследственного анамнеза по раку кишечника, персистирующей диарее (особенно, если она рефрактерна к проводимой терапии), когда возраст пациента старше 50 лет, рекомендуется проводить колоноскопию. А при хронической диарее необходима колоноскопия с биопсией слизистой оболочки различных отделов толстой кишки.

# Лечение СРК

Диета пациенту подбирается индивидуально, исключаются продукты, вызывающие усиление симптоматики заболевания.

Рекомендовано:

1. принимать пищу регулярно в специально отведенное время, не принимать пищу в спешке, в процессе работы;
2. не пропускать приемы пищи, не допускать длительных перерывов между приемами пищи;

3. возможно назначение аглютеновой диеты (СРК-Д, СРК-С), а также диеты с низким содержанием моносахаридов;
4. при неэффективности диеты, возможно назначение альфа-галактозидазы;
5. ведение пищевого дневника (необходим для выявления продуктов, приводящих к усилению симптоматики).

Следует рекомендовать умеренные физические нагрузки (достоверно уменьшают симптоматику).

# Консервативное лечение СРК

## Препараты для купирования боли.

В качестве препаратов первой линии рекомендуются спазмолитики (мебеверин 135 мг 2-3 р./сут., дицикломин 10-20 мг 4 р./сут., отилониум 40-80 мг 2-3 р./сут.), а также мятное масло (250-750 мг 2-3 р./сут. в капсулах). Хорошо зарекомендовал себя тримебутина малеат (особенно при сочетании СРК и функциональной диспепсии).

## Препараты для купирования диареи.

- лоперамида гидрохлорид (2-16 мг/сут.);
- смектит диоктаэдрический;
- секвестранты желчных кислот (холестирамин 9 мг 2-3 р./сут. – у нас нет, псиллиум 10 г/сут.)
- АБ (рифаксимин 400 мг 2-3 р./сут., нифуроксазид 200 мг 3-4 р./сут.);
- пробиотики;
- резервный препарат – антагонист 5-НТЗ-рецепторов (алосетрон 0,5-1,0 мг 2 р./сут., ондасетрон 4-8 мг 3 р./сут., рамосетрон 5 мг 1 р./сут.)

Для СРК-Д предложен новый препарат с комбинированным механизмом действия – элюксадолин (100 мг 2 р./сут.). Данный препарат является антагонистом всех опиоидных рецепторов одновременно. Однако, имеет ряд побочных эффектов: тошнота (8%), запор (8%), боли в животе (5%), развитие дисфункции сфинктера Одди и панкреатита у пациентов, перенесших ХЭ и злоупотребляющих алкоголем.

В России не зарегистрирован.

## Препараты для лечения запора.

- слабительные, увеличивающие объем каловых масс (псиллиум 10-30 г/сут.);
- осмотические слабительные (лактолоза, полиэтиленгликоль 17-34 г/сут.);
- слабительные, стимулирующие моторику кишечника (бисакодил);
- энтерокинетики - прокинетики из группы 5-HT<sub>4</sub>-рецепторов (прукалоприд 1-2 мг/сут. 1 р./сут.)

Предложены новые препараты для лечения запора:

- селективный активатор хлоридных каналов 2-го типа – любипростон (8 мкг 2 р./сут.);
- антагонист гуанилатциклазы C – линаклотид ( 290 мкг 1 р./сут.).

В России не зарегистрированы.

## Психотропные препараты.

- трициклические антидепрессанты (дезипрамин 25-100 мг/сут., amitриптилин 10-100 мг/сут.);
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин 10-40 мг/сут., циталопрам 10-40 мг/сут., сертралин 25-100 мг/сут.);
- нейрорептики/антипсихотики (оланзапин, кветиапин, арипипразол, рисперидон, алимемазина тартрат).

Хирургическое лечение при СРК не показано.

Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют.

Специфических мер профилактики СРК не существует.

# Заключение

Сравнивая между собой Римские критерии III и IV пересмотров по СРК, можно отметить, что основные изменения коснулись определения, диагностики, схем терапии. Важно помнить, что симптомы СРК неспецифичны, и сам диагноз СРК остается диагнозом исключения.

Спасибо за внимание!