

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра внутренних болезней №3

Код по МКБ- 10 : К-58, К-58.01

СРК – комплекс функциональных кишечных нарушений , который включает в себя боль или дискомфорт в животе, облегчающиеся после дефекации, связанные с изменением частоты дефекации и консистенции стула в течение не менее 3 дней в месяц на протяжении 3 мес. за истекший год

Эпидемиология

- В мире СРК страдает 10–20% взрослого населения.
- Две трети лиц, страдающих данным заболеванием, к врачам не обращаются в связи с деликатным характером жалоб.
- Пик заболеваемости приходится на молодой трудоспособный возраст — 30–40 лет. Средний возраст пациентов составляет 24–41 г. Соотношение женщин и мужчин 1:1–2:1. Среди мужчин «проблемного» возраста (после 50 лет) СРК распространён так же часто, как среди женщин.

Этиология

- Стрессовые ситуации
- Личностные особенности
- Генетическая
предрасположенность
- Перенесенная кишечная инфекция

Патогенез

По современным представлениям СРК – биопсихосоциальное заболевание.

Совокупное влияние психических, социальных и биологических факторов приводит к развитию **висцеральной гиперчувствительности, нарушению моторики кишки и замедлению прохождения газов по кишке**

Классификация

- СРК с запорами
- СРК с диареей
- Смешанная форма СРК
- Неклассифицируемая форма СРК

Бристольская шкала стула

Большое
время
транзита
(100 часов)

Короткое
время
транзита (10
часов)

- Отдельные твёрдые фрагменты.
- Оформленный, но фрагментированный.
- Оформленный, но с неоднородной поверхностью.
- Оформленный или змеевидный, с ровной и мягкой поверхностью.
- Мягкие фрагменты с ровными краями.
- Нестабильные фрагменты с неровными краями.
- Водянистый стул без твёрдых частиц, окрашенная жидкость.

Диагностические критерии СРК

Рецидивирующая боль в животе или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 мес., связанные с двумя или более из нижеследующих признаков :

- Улучшение после дефекации
- Начало связано с изменением частоты стула
- Начало связано с изменением формы стула

Диагностические критерии СРК

Дополнительные симптомы :

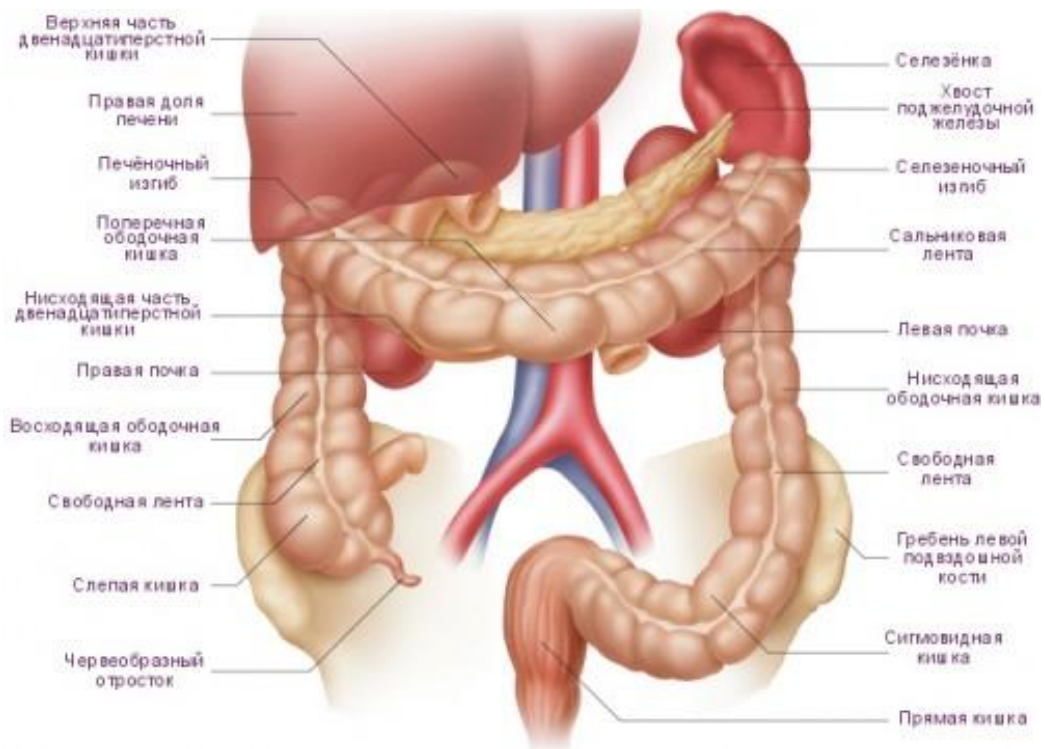
- Патологическая частота стула (< 3 раз в неделю или $>$ раз в день)
- Патологическая форма стула
- Натуживание при дефекации
- Императивный позыв или чувство неполного опорожнения , выделение слизи и вздутие

Основные клинические проявления СРК

- Боль в животе, стихающая после дефекации
- Чередование поноса и запора
- Чувство неполного опорожнения кишечника
- Примесь слизи в кале
- Метеоризм. Чувство распираания в животе
- Отсутствие потери веса
- Отсутствие кровотечений из прямой кишки
- Болезненность при пальпации в левой подвздошной области

Клинические особенности болей при СРК:

- Локализуются в подвздошных областях
- Усиливаются после приема пищи
- Уменьшаются после дефекации или отхождения газов, приема спазмолитиков
- У женщин усиливаются во время менструаций
- Не возникают в ночное время



Способы градации интенсивности боли

- Пятизначная общая шкала (0-1-2-3-4)
- ВАШ (линия 10 см, скользящая линейка)
- Оценка жизненно важных функций больного врачом – может ли пациент осуществлять самостоятельно основные функции (глубокое дыхание, кашель , активные движения в суставах, передвижения) – Да\нет

Клинические особенности диареи при СРК:

- Отсутствует в ночное время
- Возникает утром после завтрака («morning rush syndrome», «синдром утренней бури»)
- Частота стула 2–4 раза в сутки
- Стул с небольшими интервалами в течение короткого времени
- Общая масса кала не превышает 200 г в сутки

Внекишечные симптомы при СРК:

- Головные боли по типу мигрени
- Ощущение кома при глотании
- Неудовлетворенность вдохом
- Невозможность спать на левом боку
- Вазоспастические реакции
- Учащенное мочеиспускание
- Гинекологические нарушения

Распространенные сопутствующие СИМПТОМЫ

- Диспепсия, тошнота, дисфагия, изжога
- Утомляемость. Нарушение сна, чувство печали, тревожность
- Боязнь тяжелого заболевания
- Иногда – многочисленные операции на органах брюшной полости

Симптомы тревоги (исключающие СРК)

- Немотивированная потеря массы тела
- Начало заболевания в пожилом возрасте
- Сохранение симптомов в ночные часы
- Постоянные боли в животе, как единственный и ведущий симптом
- Лихорадка
- Наличие патологии органов брюшной полости (гепатомегалия, спленомегалия)
- Изменения лабораторных показателей (анемия, лейкоцитоз, увел. СОЭ и др.)

Дополнительные исследования

- ОАК
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая, билирубин и др.)
- Копрологическое исследование
- Колоноскопия
- УЗИ органов брюшной полости
- ФЭГДС

Дифференциальный диагноз

- Реакции на продукты питания
- Реакции на прием лекарственных средств
- Кишечные инфекции
- Воспалительные заболевания кишки
- Синдром мальабсорбции
- Психопатологические состояния
- Нейроэндокринные опухоли
- Эндокринные заболевания
- Гинекологические заболевания
- ПМС, беременность, климакс
- Проктоанальная патология

Заболевания, требующие исключения при подозрении на диарейный вариант СРК:

- целиакия;
- дисахаридазная недостаточность;
- внешнесекреторная панкреатическая недостаточность;
- гипертиреоз;
- хронические воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит);
- микроскопический колит;
- лекарственный (НПВП-ассоциированный) колит;
- синдром избыточного бактериального роста;
- Clostridium difficile-ассоциированная болезнь.

Заболевания, требующие исключения при подозрении на обстипационный вариант СРК:

- колоректальный рак;
- дивертикулярная болезнь кишечника;
- диссинергия мышц тазового дна;
- системные заболевания;
- гипотиреоз;
- сахарный диабет;
- электролитные нарушения (гипокалиемия);
- лекарственно обусловленные запоры.

Отличительные особенности течения СРК:

- Возникновение в молодом возрасте
- Связь кишечных расстройств с нервно-психическими факторами
- Высокая частота тревожных и ипохондрических реакций
- Несоответствие многообразия жалоб объективными данными
- Отсутствие прогрессирования
- Отсутствие «симптомов тревоги»

Группы больных СРК

- В зависимости от выраженности симптомов, течения заболевания, личностных особенностей и психологического статуса, а также по обращаемости к врачам и особенностям поведения больных с СРК принято подразделять на две группы – «не пациенты» и «пациенты» с СРК.

1 группа - «не пациенты» (75-90%), т.е. лица, которые или никогда не обращались к врачу по поводу симптомов СРК, или, однажды обратившись, пройдя обследование и получив рекомендации по лечению, более к врачам не обращаются. Они 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.

2 группа - «пациенты с СРК».

- Это, как правило, лица, длительно и тяжело болеющие, они часто обращаются к врачам разных специальностей, трудно поддаются лечению, неоднократно подвергаются инвазивным диагностическим процедурам и даже оперативным вмешательствам. Именно эти пациенты входят в контингент т.н. «трудных больных». Качество жизни лиц, страдающих СРК, снижается, трудоспособность ограничена, а ведут они себя как больные с тяжелым органическим заболеванием при явно удовлетворительном общем состоянии, хорошем внешнем виде и отсутствии признаков прогрессирования болезни при динамическом

Стратегия постановки диагноза СРК

- Предварительный диагноз (с выделением доминирующего симптома и соответственно его клинической формы).
- Исключение симптомов «тревоги», проведение дифференциального диагноза
- Завершение скрининга органического заболевания при выполнении оптимума диагностических тестов (клинический и биохимический анализы крови, копрологическое исследование с анализом кала на яйца глистов и цисты лямблий, ЭГДС, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, сигмо– или колоноскопия и ирригоскопия).
- После верификации диагноза назначают первичный курс лечения, по результатам которого вновь обращаются к оценке диагноза. При эффективности лечения может быть выставлен окончательный диагноз СРК, при неэффективности – проводится дополнительное обследование.

Цели лечения

Целью лечения пациента, страдающего СРК, считают достижение ремиссии и восстановление социальной активности. Лечение в большинстве случаев проводят амбулаторно, госпитализация предусмотрена для проведения обследования и при трудностях в подборе терапии.

Немедикаментозное лечение

- обучение больного (ознакомление пациента в доступной форме с сущностью заболевания и его прогнозом);
- «снятие напряжения» - акцентуация внимания пациента на нормальных показателях проведённых исследований. **Больной должен знать, что у него нет тяжёлого органического заболевания, угрожающего жизни;**
- диетические рекомендации (обсуждение индивидуальных привычек питания, выделение продуктов, употребление которых вызывает усиление симптомов заболевания). Для определения продуктов питания, вызывающих ухудшение состояния у конкретного пациента, следует рекомендовать ведение «пищевого дневника».

Спазмолитики, применяемые для лечения СРК:

- антихолинергические препараты (гиосцина бутилбромид);
- миотропные спазмолитики (дротаверин, альверина цитрат);
- блокаторы кальциевых каналов (пинаверия бромид);
- блокаторы натриевых каналов (мебеверин);
- агонисты μ - и κ -опиоидных рецепторов (тримебутин).

Препараты для купирования диареи:

- агонисты опиоидных рецепторов (лоперамид);
- рифаксимин;
- висмута трикалия дицитрат;
- диоктаэдрический смектит;
- антагонисты 5-HT₃-рецепторов (алосетрон) (применяется только в США);
- ингибитор секреции хлоридов (клофелемер) и ингибитор кальциевых каналов (арверапамил) (в стадии клинического изучения).

Психотерапия и психофармакотерапия

- Трициклические антидепрессанты
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- Когнитивная поведенческая терапия (cognitive-behavioral therapy)
- Релаксационная терапия («biofeedback»)
- Гипнотерапия