

И. И. Дегтярева¹,
И. Н. Скрытний²,
Н. Н. Козачок¹,
О. И. Лыховский¹

¹Украинская военно-медицинская академия, Киев

²Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, этиология, патогенез, клиническое течение, лечение, ЭГЛОНИЛ, НО-ШПА форте, МАГНЕ-В₆.

Резюме. Приведены данные литературы по проблеме синдрома раздраженной кишки, а также результаты собственных исследований, которые свидетельствуют о целесообразности применения медикаментозного комплекса — ЭГЛОНИЛ, НО-ШПА форте, МАГНЕ-В₆ — для лечения больных с синдромом раздраженной кишки с повышенным газообразованием и абдоминальной болью при наличии соматоформных расстройств в виде тревожно-депрессивных состояний.

ВВЕДЕНИЕ

Среди заболеваний толстой кишки выделяется группа болезней, при которых у пациентов несмотря на большое количество постоянно предъявляемых жалоб не удается определить морфологическую основу клинических симптомов. Однако до настоящего времени не существует единой общепринятой терминологии для обозначения данного заболевания. В зарубежной литературе чаще всего используют термины «синдром раздраженной толстой кишки» (СРТК), «синдром раздраженной кишки» (СРК) или «синдром раздраженного кишечника» (irritable colon syndrome, irritable bowel syndrome). Длительное время наиболее используемым был термин «хронический спастический колит», который, однако, нельзя признать удачным, поскольку истинного воспаления слизистой оболочки толстой кишки у больных с СРК не отмечено. При СРК в патологический процесс вовлекаются как тонкая, так и толстая кишка (Златкина А.Р., 1994; Дегтярева И.И., 2000; Дегтярнова Г.Г. та співавт., 2000), поэтому применяемый некоторыми исследователями термин «синдром раздраженного кишечника», с нашей точки зрения, вполне правомочен.

Термин СРТК существует более 50 лет. Классическими клиническими проявлениями синдрома являются: урчание в животе; метеоризм, увеличение или уменьшение выраженности абдоминальной боли после дефекации; нарушения дефекации, видимая перистальтика при боли в животе; позывы к дефекации во время колики; наличие слизи в кале и прямой кишке; чувство неполного опорожнения после дефекации (Ивашкин В.Т. и соавт., 2001; Парфенов А.И., 2002).

В соответствии с рекомендациями, выработанными участниками Международного рабочего со-

вещания, состоявшегося в 1988 г. в Риме (так называемыми Римскими критериями I), СРК определяют как комплекс функциональных расстройств, продолжающихся свыше 3 мес, основными клиническими проявлениями которого являются: боль в животе (выраженность которой обычно уменьшается после дефекации), сопровождающаяся метеоризмом, урчанием, чувством неполного опорожнения кишечника или императивными позывами к дефекации, а также нарушениями его функции: запорами, поносами или их чередованием (Thompson W.G.; the Working Team for Functional bowel disorders, 1994).

В ноябре 1999 г. в Риме был принят Международный консенсус по функциональным гастроинтестинальным расстройствам, включающий диагностические критерии СРК (Римские критерии II), к которым относятся дискомфорт или боль в животе длительно — не менее 12 нед и не более 12 мес, характеризующиеся двумя признаками из трех: выраженность дискомфорта и боли уменьшается при дефекации; изменением консистенции и цвета кала. К симптомам, подтверждающим диагноз СРК, относятся: 1) частота дефекации менее 3 раз в неделю; 2) частота дефекации более 3 раз в сутки; 3) твердый или фрагментированный кал; 4) мягкий (кашицеобразный) или водянистый кал; 5) натуживание при опорожнении кишечника; 6) императивный позыв к опорожнению кишечника; 7) чувство неполного опорожнения кишечника; 8) примесь слизи в кале; 9) чувство переполнения или вздутия живота. При течении преимущественно с диареей отмечаются 2 и более из указанных признаков — 2, 4 или 6, при течении преимущественно с запорами — 1 и более — 1, 3 или 5.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СРК

СРК является наиболее распространенной гастроэнтерологической патологией и отмечается у 40–70% пациентов с заболеваниями органов пищеварения. Женщины болеют примерно в 2 раза чаще, чем мужчины. Иногда болезнь развивается в детском возрасте, но чаще у лиц в возрасте 30–40 лет. У пациентов старше 60 лет СРК обычно впервые не возникает (Гребенев А.Л., Мягкова Л.П., 1994; Thompson W.G.; the Working Team for Functional bowel disorders, 1994). СРК диагностируют приблизительно у трети населения. Как причина нетрудоспособности СРК, в частности в США, занимает второе место после простудных заболеваний. Это свидетельствует о том, что СРК является социально значимым заболеванием (Reichen J., 2002).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СРК

К основным этиологическим факторам СРК относят отрицательные эмоции, инфекционные заболевания, лекарственное воздействие, особенности питания (Дегтярева И.И., 2000).

Результаты экспериментальных исследований и клинических наблюдений убедительно свидетельствуют о том, что отрицательные эмоции, различные стрессовые ситуации влияют на моторику кишечника, а длительная травматизация психики может вызвать ее нарушения (Drossman D.A., 1994; Дегтярева И.И., 2000).

СРК считается многофакторным и гетерогенным заболеванием, в развитии которого большую роль играет состояние высшей нервной деятельности и тип личности больного. Более чем у половины пациентов отмечают соматоформные расстройства. Среди больных с СРК выделяется группа с ситуационно обусловленными психопатологическими проявлениями и эндогенными нарушениями (Белоусова Е.А., 2001).

В этиологии и патогенезе звеньев СРК имеет значение влияние нарушений как в толстой, так и в тонкой кишке; церебральные и спинальные расстройства, приводящие к гиперчувствительности нервного аппарата кишечника; стрессовые ситуации, способствующие нарушению моторно-эвакуаторной функции тонкой и толстой кишки, в том числе отрицательные эмоции; кишечные формы пищевой аллергии, повышенная функциональная активность тонкой кишки в отношении повышения секреции клетками тонкой кишки непептидных и пептидных эндогенных регуляторов и гормонов, в частности холецистокинин-панкреозимина, стимулирующего моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки и др.; синдром избыточного бактериального роста в дистальных отделах тонкой кишки и микробно-ассоциативного нарушения микрофлоры толстой кишки (Златкина А.Р., 1994; Дегтярева И.И., 2000; Дегтярева И.И. та співавт., 2000).

Определенная роль в этиологии СРК отводится инфекции, возбудителями которой в частности являются шигеллы, вирус гепатита В и др. После острых кишечных заболеваний чаще всего возникают функциональные расстройства кишечника и желудка, в то время как колит развивается редко (Златкина А.Р., 1994).

В настоящее время как этиологическому фактору определенное значение придается микробно-ассоциативным нарушениям в толстой кишке (синдром кишечного дисбактериоза) с интенсивным ростом протеолитической условно-патогенной, патогенной флоры на фоне снижения роста сахаролитической флоры. Кишечный дисбиоз, возникающий после антибиотикотерапии, однообразного несбалансированного питания, стресса, радиационного воздействия, перенесенных острых кишечных инфекций и др., часто приводит к СРК (Куваева И.Б., 1997; Москалев Ю.А., 1997; Donner C.S., 1998; Златкина А.Р., 1999; Дегтярева И.И., Скопиченко С.В., 2003). Имеет значение и раздражение слизистой оболочки кишечника бактериальными токсинами (Белоусова Е.А., 2001).

Длительный прием слабительных средств с раздражающим и осмотическим действием, постоянное использование клизм также может привести к СРК в результате чрезмерного раздражения хеморецепторов кишечной стенки и последующей потери ими чувствительности (Гребенев А.Л., Мягкова Л.П., 1994).

Важное значение имеет гипокinezия, а также изменения в последние годы характера питания — избыточное потребление углеводсодержащих продуктов и сниженное потребление продуктов, богатых пищевыми волокнами. Большое значение в развитии СРК имеет нарушение режима питания (Гребенев А.Л., Мягкова Л.П., 1994; Дегтярева И.И., 2000).

Одним из механизмов развития СРК может быть пищевая аллергия, интолерантность и токсическое влияние некоторых продуктов питания, мальабсорбция, гиперергические иммунологические реакции. Активация цитокинов и непосредственное влияние пищевых антигенов могут вызывать нарушение нейроиммунологических функций, транспорта жидкости, кровотока толстой кишки (Дегтярева И.И., 2000).

Одной из причин развития СРК является подавление самим пациентом позыва к дефекации, что приводит к частичной или полной утрате физиологического рефлекса дефекации. Этому способствует дефицит времени в утренние часы у работающих лиц, путешествие, командировки, некомфортность туалета, стеснительность (Дегтярева И.И., 2000).

Важное значение в патогенезе СРК имеют гинекологические заболевания, поскольку его симптомы наблюдаются у многих женщин с нарушениями менструального цикла (Дегтярева И.И. и соавт., 1999).

В развитии СРК важное значение придают регуляторным нарушениям на оси «головной мозг–кишечник» (Ивашкин В.Т. и соавт., 2001). В патологических взаимодействиях играет роль нарушение баланса между нейротрансмиттерами и регуляторными пептидами, которые контролируют основные функции кишечника (холецистокинин, мотилин, нейротензин), опиоидными пептидами (энкефалины, эндорфины, вазоактивный интестинальный пептид, серотонин и др.). При лабильности ЦНС кишечник является органом-мишенью, реализующим нарушение взаимоотношений мозга и висцеральных органов. При этом изменяется порог болевой чувствительности и нарушается восприимчивость рецепторного аппарата кишечника к раздражителям. Большую роль играет психосоциальная дезадаптация: такие больные плохо приспосабливаются к окружающей обстановке, неадекватно реагируют на стрессы и бытовые ситуации, т.е. у них резко снижены адаптивные реакции (Белоусова Е.А., 2001).

Психогенные и другие этиологические факторы оказывают патогенное действие на функции кишечника с помощью холинергических, адренергических и пептидергических нервов. При электронно-микроскопическом исследовании биоптатов толстой кишки у больных с СРК выявлено повышение почти в 2 раза по сравнению с нормой содержания холинергических нейросекреторных гранул в нервах подслизистой оболочки, что свидетельствует о повышенной активности холинергических нервов — важных стимуляторов кишечной моторики. Толстая кишка хорошо снабжена также адренергическими нервными волокнами, в ней отмечается очень высокий уровень обмена адреналина, о чем свидетельствует повышенная экскреция с мочой катехоламинов и их метаболитов при СРК. Таким образом, у больных при СРК отмечается дисбаланс обоих звеньев вегетативной нервной системы (Бабак О.Я., 1997).

Большое значение в патогенезе СРК отводится гастроинтестинальным пептидным гормонам, в частности холецистокинину, которые стимулируют моторику толстой кишки путем усиления секреции гормонов или повышения чувствительности мышц кишечника к их действию. Важную роль оказывают непептидные эндогенные регуляторы. Приблизительно 65% серотонина в организме находится в пищеварительном канале. У больных с СРК в слизистой оболочке прямой кишки обнаруживается увеличенное количество энтерохромаффинных клеток, продуцирующих серотонин. Одним из патогенетических факторов СРК является повышенная выработка простагландинов слизистой оболочкой прямой кишки (Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

У больных с СРК отмечают следующие основные нарушения моторики толстой кишки: усиление сокращений кишечной стенки при запоре и

ослабление их при поносе; усиление ретроградных сокращений кишки; корреляция моторики и боли; усиление моторики кишки в ответ на прием пищи, на введение парасимпатических средств, холецистокинина, на эмоциональное воздействие и стресс; увеличение продолжительности низкочастотного (3 цикла в 1 мин) ритма миоэлектрической активности (Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

При СРК в сочетании с запором моторика толстой кишки чаще повышена, а у больных с поносом преимущественно снижена. У больных с СРК возникают нарушения нормальных соотношений между пропульсивной и ретроградной моторикой толстой кишки. Расстройства моторики толстой кишки являются основной причиной боли. Секреторные процессы в этом отделе кишечника тесно связаны с моторикой. Повышение секреции — существенный механизм поноса при СРК (Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

У больных с СРК повышена чувствительность рецепторов стенки кишки к растяжению, в связи с чем боль и неприятные ощущения возникают при более низком пороге возбудимости, чем у здоровых. Наличие у пациентов с СРК висцеральной гипералгезии обусловлено тем, что периферические раздражители (в частности, растяжение стенки кишки) вызывают перевозбуждение спинальных нейронов с последующим формированием болевых ощущений (Lembo T. et al., 1994; Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

КЛАССИФИКАЦИЯ СРК

Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра выделяют следующие функциональные заболевания кишечника:

K58 — Синдром раздраженного кишечника (включая синдром раздраженной ободочной кишки).

K58.0 — Синдром раздраженного кишечника с диареей.

K58.9 — Синдром раздраженного кишечника без диареи.

K59 — Другие функциональные нарушения кишечника.

K59.0 — Запор.

K59.1 — Функциональная диарея.

K59.2 — Неврогенная возбудимость кишечника.

K59.4 — Спазм анального сфинктера.

K59.8 — Другие уточненные функциональные нарушения кишечника.

Наиболее удачной и удобной в практическом отношении представляется классификация F. Weber и R. McCallum (1992), в которой в зависимости от ведущего клинического симптома выделяют 3 основных варианта СРК: 1) СРК, протекающий с преобладанием диареи (diarrhoea predominant); 2) СРК с преобладанием запоров (constipation predominant) и 3) СРК с преобладанием боли в животе и метеоризмом (abdominal pain/gas predominant).

Поскольку в клинической практике крайне редко наблюдаются изолированные варианты данного заболевания (с запором, поносом или повышенным газообразованием и болью), а чаще — их сочетание, мы (Дегтярева И.И., 2000) предлагаем модифицированную классификацию СРК F. Weber, R. McCallum (1992):

1) вариант с преобладанием обстипационного синдрома;

2) вариант с преобладанием диарейного синдрома;

3) вариант с преобладанием повышенного газообразования и абдоминального болевого синдрома;

4) вариант с преобладанием обстипационного синдрома в сочетании с:

- болевым абдоминальным синдромом;
- повышенным газообразованием;
- болевым абдоминальным синдромом и повышенным газообразованием;

5) вариант с преобладанием диарейного синдрома в сочетании с:

- болевым абдоминальным синдромом;
- повышенным газообразованием;
- болевым абдоминальным синдромом и повышенным газообразованием.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СРК

Клинические симптомы, укладывающиеся в рамки упоминавшихся выше Римских критериев СРК, нельзя считать специфичными только для данного заболевания. Они наблюдаются и при многих органических заболеваниях, в частности при опухолях кишечника, дивертикулярной болезни, воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), хроническом панкреатите и т.д. Вместе с тем ряд особенностей развития и течения заболевания дают возможность уже на начальном этапе обследования более точно установить диагноз СРК. К ним относится прежде всего многообразие клинической картины.

При легкой форме СРК имеет место скрытое течение. При обращении к врачу у каждого третьего больного длительность жалоб превышает 5 лет. Для СРК обычно характерны длительный анамнез заболевания, изменчивый характер жалоб, связь ухудшения самочувствия с психоэмоциональными факторами (Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

Психологические нарушения у больных с СРК весьма разнообразны. Пациенты жалуются на головную боль, повышенную утомляемость, плохое настроение, сонливость, расстройства сна и аппетита. Часто отмечаются аффективные и тревожные расстройства. Более чем у половины больных отмечается канцерофобия (Белюсова Е.А., 2001).

Основным симптомом СРК является боль в животе. Она отмечается практически у всех больных.

Интенсивность боли может варьировать от легкого дискомфорта до приступов колики, которая иногда имитирует острый живот. Продолжительность боли — от нескольких минут до нескольких часов. Ее характер различный: давящая, распирающая, сопровождающаяся вздутием живота, схваткообразная, тупая, жгучая, иногда не поддающаяся описанию. Разнообразной может быть также локализация боли. Боль в животе при СРК может проявляться жалобами на абдоминальную колику, боль жгучего, режущего, давящего и распирающего характера. Чаще всего отмечается боль в нижних отделах живота, больше слева, нередко мигрирующая (Шептулин А.А., 1998).

Важным отличительным признаком СРК является отсутствие боли и других симптомов (например, диареи) в ночное время. Чаще всего при засыпании боль исчезает и постепенно развивается вновь при пробуждении. Примерно у трети больных она появляется или усиливается после еды, но при этом нет четкой связи с характером пищи, как у пациентов с заболеванием желудка или поджелудочной железы. У половины больных опорожнение желудка или отхождение газов приносит облегчение, но в отдельных случаях после дефекации боль усиливается. Эмоции и стресс часто вызывают усиление боли. У некоторых больных отмечается связь боли с физической нагрузкой (Drossman D.A., 1994).

Больные с СРК часто жалуются на боль в крестце, ощущение комка при глотании, неудовлетворенность вдохом, вазоспастические реакции, расстройства мочеиспускания. Почти у 30% больных отмечается сочетание симптомов СРК с проявлениями синдрома неязвенной диспепсии (чувство тяжести и переполнения в подложечной области, тошнота, отрыжка и т.д.), что объясняется нарушением моторики пищеварительного тракта в патогенезе обоих заболеваний. Проявлениями СРК, кроме диспепсии, могут также быть гастропарез, анорексия, дискинезия сфинктера Одди (Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., 2001), головная боль, общая слабость, сонливость, фибромиалгический синдром, боль в пояснице, груди, простатизм, дизурия, гинекологические расстройства (Дегтярева И.И. и соавт., 1999).

Больные с СРК также отмечают вздутие живота, у некоторых сопровождающееся громким урчанием, — симптомом, невротизирующим больных. Метеоризм может иметь преимущественно локальный характер, когда газ скапливается в том или ином участке кишки. Сочетание локального метеоризма с болью определенного типа может приводить к развитию симптомокомплексов с характерной клинической картиной («синдром селезеночного угла», «синдром печеночного угла», «синдром слепой кишки»). Они являются следствием скопления газов и кишечного содержимого в некоторых отделах толстой кишки (Дегтярева И.И. и соавт., 1999).

Расстройства стула отмечаются практически у всех больных с СРК. Запор — наиболее частый симптом заболевания, который обусловлен усилением непропульсивной моторики толстой кишки, что приводит к замедлению транзита и вследствие этого к дегидратации каловых масс. Копростаз локализуется главным образом в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке. Запор может быть постоянным или периодически сменяться поносом (Drossman D.A., 1994; Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000). Длительное время запор определяли как задержку кишечного содержимого или замедление эвакуации плотных каловых масс (Дегтярева И.И., 2000). Частота дефекации, однако, является субъективной и имеет индивидуальные вариации. Ранее полагали, что у пациентов без гастроэнтерологических заболеваний стул обычной консистенции с частотой дефекации от 3 раз в день до 3 раз в неделю является нормальным (Rendtorf R.C., Kashgarian M., 1967). Установлено, что нет необходимости в корреляции количества дефекаций и диагноза констипации. Такие жалобы, как боль или трудности при эвакуации каловых масс (дефекация до 25–30 мин и постоянное натуживание), кал твердой консистенции или чувство неполного опорожнения прямой кишки, являются наиболее важными для диагностики запора (Velio P., Bassotti G., 1996).

В настоящее время международной исследовательской группой по лечению запоров (Whitehead W.E. et al., 1991) проведены исследования, согласно которым диагноз запора устанавливают при постоянном натуживании во время дефекации; при плотной грубокомковатой консистенции кала; ощущении неполного опорожнения прямой кишки; наличии двух и менее дефекаций в 1 нед; при вышеперечисленных жалобах на протяжении 12 мес без применения слабительных средств.

Запор является не болезнью, а симптомом многих заболеваний. Существует четыре основных типа запоров: 1) нарушение давления или моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, а также сократительной способности мышц малого таза (идиопатический запор); 2) запор, вызванный механической обструкцией толстой кишки; 3) медикаментозный запор; 4) колостаз центрального происхождения (нарушение психики, травма головного мозга, инсульт и др.). Типичными причинами запоров являются: механические (ослабление абдоминального мышечного давления, которое может иметь место при эмфиземе легких, асците, ожирении), гастроуденальные (целиакия спру, СРК, стеноз и дивертикулез толстой кишки, склеродермия, заболевания анального канала), нейрогенные (болезнь Гиршпрунга, спинальные заболевания, болезнь Паркинсона), метаболически-эндокринные (сахарный диабет, гипотиреоз, гипокалиемия, гиперкальциемия при аденоматозе паращитовидных желез), психиатрические (подавление рефлекса дефекации), ме-

дикаментозные (Ивашкин В.Т. и соавт., 2001). Запор может возникать вследствие применения различных фармакологических препаратов: amitриптилин, антациды, содержащие алюминий или кальций, антихолинергические препараты, трициклические антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные препараты, бария сульфат, препараты висмута, антагонисты кальция, холестирамин, клонидин, диуретики, препараты железа, опиоиды, фенотиазины, скополамин, сукральфат, винкристин (Hallmann F., 2000).

Понос — это учащенное опорожнение кишечника с выделением разжиженного и обязательно обильного стула. Понос при СРК следует рассматривать как хронический, т.е. продолжающийся более 2 нед, и рецидивирующий. При СРК могут отмечаться следующие разновидности поноса: со стертой клинической картиной; выраженный понос при отсутствии боли; циклическая смена поноса и запора с выраженной болью. Стул при СРК может быть овечьим, в форме орехов, сморщенной сосиски, лентообразным, мягкокомковатым, обильным (полифекалия), водянистым (Stockbrugger R.W., Pace F., 1999).

У некоторых больных с СРК могут отмечаться императивные позывы к дефекации, которые вызывают дискомфорт и отрицательно сказываются на их психическом состоянии. Императивные позывы к дефекации — это следствие дисфункции анального сфинктерного аппарата, которая является симптомом СРК (Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

Если раньше повышенному слизиобразованию придавали большое значение, то в настоящее время «слизистая колика» наблюдается редко, не чаще чем в 1% случаев. Уменьшение массы тела при СРК не характерно, масса тела остается в норме или даже увеличивается. Только у каждого пятого больного отмечается умеренное похудание, часто вызванное соматоформными расстройствами (тревожно-депрессивными состояниями) (Бабак О.Я., 1997).

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СРК

При обследовании больного с СРК отмечается несоответствие между большим количеством и разнообразием жалоб и хорошим общим состоянием пациента, отсутствие признаков прогрессирования заболевания. Необходимо обращать внимание на наличие или отсутствие так называемых симптомов тревоги (примеси крови в кале, лихорадка, необъяснимого похудания, анемии и повышенной СОЭ и др.), выявление которых делает диагноз СРК маловероятным.

Отсутствие строгой специфичности клинических проявлений СРК обуславливает необходимость обследования пациентов, включающего проведение обязательных клинического и биохимического анализов крови, а также колоноскопии, которую в определенных случаях дополняют биопсией. Уже на дан-

ном этапе это позволяет исключить такие заболевания, как рак толстой кишки, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, ишемический колит, дивертикулярную болезнь, амилоидоз, меланоз кишечника, а также злоупотребление слабительными средствами. По показаниям для исключения инфекционного генеза поражения кишечника выполняют анализ кала на наличие бактерий кишечной группы (сальмонеллы, шигеллы, иерсинии, кампилобактер, клостридии и т.д.). При подозрении на спру или болезнь Уиппла проводят гастроудоденоскопию с биопсией. Внекишечные и ретроперитонеальные изменения определяют с помощью УЗИ, компьютерной томографии, ангиографии.

Дифференциальную диагностику СРК необходимо проводить с: хроническим неязвенным колитом; неспецифическим язвенным колитом; болезнью Крона; дивертикулярной болезнью; опухолями толстой кишки; заболеваниями тонкой кишки с диареей, кишечными инфекциями.

ЛЕЧЕНИЕ СРК

Лечение СРК включает следующие направления: воздействие на психоэмоциональную сферу, коррекцию нарушенных функций кишечника (запор и понос), устранение болевого синдрома и метеоризма.

Дифференцирование гипер- и гипомоторных нарушений толстой кишки является важным для выбора лекарственного средства с целью воздействия на моторику кишечника для улучшения качества жизни пациентов с СРК. Комплекс терапевтических мероприятий при лечении СРК должен включать психотерапию, соответствующую диету, лекарственные средства и физиотерапию.

Психотерапия играет важную роль в лечении больных с СРК. Применяют все ее виды, включая гипноз, «абдоминальный» вариант аутогенной тренировки, методы поведенческой психотерапии и др. Больному важно внушить, что у него нет тяжелых структурных изменений кишечника, но есть нарушения его моторики, часто являющиеся результатом нервных стрессов, переутомления, нерационального питания, недостаточной физической активности. В ряде случаев полезно указать больным на то, что их мнение о необходимости ежедневной дефекации является ошибочным (подчас это приводит к неоправданному использованию клизм и приему слабительных средств) и что, по современным представлениям, диагностировать запор можно только в тех случаях, когда частота стула ниже 3 раз в неделю.

При наличии у больных с СРК проявлений депрессии и симптомов повышенной тревоги психотерапевтические беседы можно дополнять назначением антидепрессантов или анксиолитиков (амитриптилин, алпразолам, флувоксамин, флуоксетин, сертралин). Их применение, причем в сравнитель-

но невысоких дозах (50 мг amitриптилина в сутки), позволяет полностью устранить клинические симптомы СРК или добиться заметного уменьшения их выраженности у значительного числа больных.

При лечении больных с СРК применяют сульпирид (ЭГЛОНИЛ, производства Sanofi-Synthelabo), обладающий антидепрессивным эффектом. Сульпирид — первое производное бензамида и в химическом отношении принципиально отличается от большинства других традиционно применяемых нейрорептиков. Действие ЭГЛОНИЛА обусловлено активностью дофаминчувствительной аденилатциклазы. Эффект препарата развивается также за счет блокады периферических дофаминовых рецепторов кровеносных сосудов и гладких мышц пищеварительного тракта (Калинин В.В., 2001).

ЭГЛОНИЛ относится к группе атипичных нейрорептиков. Однако накоплены данные о широком спектре действия ЭГЛОНИЛА и его принципиальных отличиях от классических нейрорептиков. Это обусловлено фармакологическими свойствами ЭГЛОНИЛА и основным влиянием на дофаминовые рецепторы (Rich T.D., 1984; Cavazzuti E. et al., 1999), т.е. препарат не вызывает соответствующих побочных эффектов (Вельгищев Д.Ю., 2001). ЭГЛОНИЛ не метаболизируется в печени, что обеспечивает отсутствие отрицательного влияния препарата на орган, однако при его применении у пациентов с почечной недостаточностью иногда развиваются побочные эффекты (O'Connor S.E., Brown R.A., 1982). В отличие от большинства нейрорептиков ЭГЛОНИЛ не оказывает выраженного седативного действия и не вызывает заторможенности (Maier W., Benkett O., 1994). ЭГЛОНИЛ в низких терапевтических дозах активно используют в настоящее время при лечении широкого спектра тревожно-депрессивных расстройств, соматоформных расстройств: психогенная головная боль, мигрень, боль в области сердца, функциональные расстройства кишечника. При использовании ЭГЛОНИЛА у больных купируется абдоминальная боль, уменьшается выраженность нарушений функции пищеварительного тракта: нормализуется моторика толстой кишки, уменьшаются тошнота, рвота, чувство тревоги, улучшается аппетит, сон (Guslandi M., 1990).

ЭГЛОНИЛ назначают больным с СРК, у которых наблюдаются запор, выраженная абдоминальная боль, а также одно из соматоформных расстройств. К базисному лечению СРК на фоне приема НО-ШПЫ или НО-ШПЫ форте (производства Sanofi-Synthelabo), а также мебеверина, пинаверия бромид, лактулозы дополнительно назначают ЭГЛОНИЛ в дозе 50 мг 2 раза в сутки, что способствует исчезновению у больных клинических проявлений (абдоминальная боль, метеоризм) к 7–10-му дню. У части больных без дополнительного назначения слабительных средств устраняется обстипационный синдром. При этом у больных улучшается настроение, качество сна, исчезают тревога и де-

в сутки),
ие симп-
шения их
ьных.
ют суль-
ntheLabo).
м. Суль-
д в хими-
чается от
еняемых
бусловле-
денилат-
также за
ых рецеп-
ш пице-
).

ных ней-
широком
ципаль-
иков. Это
йствами
аминовые
al., 1999).
их побоч-
ГЛОНИЛ
ивает от-
тарата на
циентов с
виваются
own R.A..
лептиков
дательного
(Mailer W.
левтичес-
ее время
о-депрес-
стройств:
ть в обла-
ва кишеч-
у больных
ается вы-
рительно-
й кишки.
) тревоги,
90).

К. у кото-
оминаль-
ных рас-
фоне при-
изводства
тинаверия
азначают
пособству-
х проявле-
к 7–10-му
ого назна-
д обстипа-
улучшает-
евога и де-

прессивные расстройства, в то время как без тера-
пии ЭГЛОНИЛОМ выраженность соматоформных
расстройств уменьшалась к 4-й неделе, а у некото-
рых больных сохранялись и после лечения (Дегтя-
рева И.И., 2000; Дегтярева И.И. и соавт., 2002).

Специальная диета для больных с СРК не раз-
работана. В рацион пациента должна входить пол-
ноценная разнообразная пища, за исключением
плохо переносимых продуктов. Большое внимание
уделяется продуктам, содержащим пищевые волок-
на. Их вводят в рацион в виде отрубей, хлеба, со-
держашего отруби, либо в виде овощей и фруктов,
богатых растительными волокнами.

При СРК, течение которого сопровождается об-
стипационным симптомом, первостепенное значе-
ние имеет соответствующая диета, которая заклю-
чается в потреблении достаточного количества
растительной клетчатки и других продуктов, уси-
ливающих перистальтику. Обычно назначают диету
№ 3 по Певзнеру. В рацион можно включать разно-
образные напитки, газированные — в холодном
виде: хлеб ржаной и хрустящие хлебцы с отрубями;
молочнокислые продукты однодневные (кефир,
ацидофильное молоко, простокваша), сметану, тво-
рог; сливочное и растительное масло; мясо и рыбу
в любом виде; супы, желатин в холодном виде;
крупы (гречневая, ячневая, перловая), сваренные
вкрутую яйца; сырые овощи и фрукты, особенно
морковь, чернослив, квашеную капусту, абрикосы;
мед, компоты, варенье; разнообразные закуски и
соусы. Следует исключить из рациона кофе, кисель,
крепкий чай, какао, шоколад, слизистые супы, про-
тертые каши, сдобное тесто, а также ограничить по-
требление горячих блюд и напитков.

При проктогенном запоре, а также при запоре,
сопровождающемся болью, рекомендуют включать
в рацион овощи в отварном и протертом виде, мясо
рубленое или отварное (диета № 3а).

При запоре, сопровождающемся выраженным
метеоризмом, ограничивают потребление капусты,
картофеля, гороха, фасоли, бобовых, арбуза, вино-
града, ржаного хлеба и цельного молока. Для уси-
ления эвакуации кишечного содержимого рекомен-
дуют есть свеклу, морковь, тыкву, чернослив, а так-
же пить овощные и фруктовые соки.

При СРК, сопровождающемся поносом, пище-
вые вещества должны минимально раздражать сли-
зистую оболочку кишок. Из диеты исключают все
продукты, стимулирующие опорожнение кишок, и
заменяют их веществами, уменьшающими перис-
тальтику (диета № 4). Пищу следует принимать 5–
6 раз в день небольшими порциями. В рацион мож-
но включать крепкий горячий чай, кофе, какао на
воде, отвар из черники, белые сухари, сухое несдоб-
ное печенье; молочные продукты (кефир, просток-
вашу трехдневную, свежий творог в протертом
виде); масло сливочное в небольшом количестве;
яйца и блюда из яиц в ограниченном количестве;
рисовый или овсяный отвар. Следует ограничивать

потребление мяса, поваренной соли, сахара и саха-
ристых веществ. Сахарозаменители (цикламат, са-
харин) могут отрицательно влиять на течение СРК.
Из рациона необходимо исключить пряности, ост-
рые и соленые приправы и блюда, овощи, фрукты,
черный хлеб, молоко и свежие кисломолочные про-
дукты, жирные сорта рыбы и мяса, холодные на-
питки и блюда, сдобное тесто и пироги.

Диету № 4 следует назначать лишь на короткое
время, а затем переходить на диету № 2. Длитель-
ное пребывание на строгой диете оказывает вред-
ное воздействие, так как приводит к белковому и
витаминому голоданию, усиливает понос, вызы-
вает истощение организма.

Если в клинической картине СРК преобладают
запоры, большое значение имеют рекомендации по
диете, в частности обогащение рациона балластны-
ми веществами (пищевыми волокнами), к которым
относятся растительные компоненты пищи, не рас-
щепляющиеся ферментами пищеварительного трак-
та и выделяющиеся из организма в неизменном
виде. Представляя собой чаще всего пустые клеточ-
ные оболочки растений, балластные вещества связы-
вают воду в кишечнике, увеличивая таким образом
объем кишечного содержимого, усиливая перисталь-
тику кишечника и способствуя его опорожнению.

В настоящее время пользуются большой «попу-
лярностью» препараты из оболочек семян подорож-
ника большого/блосного/ланцетолистного (*plan-
tago major/psyllum/lanceolata*), содержащие гидро-
фильные волокна. При применении этих препара-
тов у больных с СРК в сочетании с достаточным
потреблением жидкости нормализуется частота де-
фекации и уменьшается выраженность других не-
приятных ощущений (боли в животе, метеоризма),
не развивается привыкание к слабительным сред-
ствам, а также улучшается самочувствие тех паци-
ентов, у которых в клинической картине заболева-
ния преобладают поносы (Drossman D.A., 1994).

Если изменение характера и привычек питания
не приводит к нормализации частоты стула у боль-
ных с СРК, проявляющимся преимущественно за-
порами, то в таких случаях можно использовать
цизаприд. Цизаприд, способствующий высвобо-
ждению ацетилхолина за счет активации серотони-
новых рецепторов (5-НТ₄-рецепторов), локализо-
ванных в нейронных сплетениях пищеварительно-
го тракта, значительно усиливает пропульсивную
моторику тонкой и толстой кишки и сокращает вре-
мя транзита содержимого по кишечнику (Дегтяре-
ва И.И. и соавт., 1999). Назначение данного препа-
рата в дозе 10 мг 3 раза в сутки больным с функцио-
нальными запорами, в том числе и резистентными
к терапии другими лекарственными средствами,
позволяет повысить среднюю частоту стула и умень-
шить прием слабительных средств. При лечении
больных с СРК оправдана комбинация цизаприда
и препаратов из оболочек семян подорожника (Hall-
mann F., 2000).

При СРК применяются слабительные средства с различным механизмом действия: любриканты (растворимый парафин); объемные агенты (отруби, семена); синтетические препараты (неадсорбируемые соли и многоатомные спирты — сорбит, ксилит); раздражающие слабительные (бисакодил, кассия остролистная/узколистная, клещевина обыкновенная); прокинетики (метоклопрамид, домперидон, цизаприд).

Препараты следует назначать при СРК с осторожностью, поскольку многие из них вызывают привыкание, развитие «ленивой толстой кишки» и обуславливают необходимость повышения дозы слабительного средства. С осени 1997 г. ранее широко применяемые препараты фенолфталеина запрещены в Северной Америке и Италии ввиду большого количества вызываемых ими побочных эффектов, они не могут быть рекомендованы для лечения привычных запоров.

Из раздражающих слабительных средств на короткое время может быть рекомендован бисакодил в форме таблеток или свечей. Применяют препарат по 1–2 таблетки на ночь или по 1 суппозиторию *per rectum* за 20–30 мин до акта дефекации.

Современным раздражающим слабительным средством с оригинальным механизмом действия является натрий пикосульфат. Под действием сульфата толстой кишки пикосульфат натрия метаболизируется и его дериваты стимулируют кишечную перистальтику. Натрий пикосульфат назначают также коротким курсом индивидуально в дозе от 10 до 25 капель на ночь.

При привычных запорах может быть назначен слабительный чай, в состав которого входит обезвоженный экстракт коры крушины ломкой, плоды аниса, плоды тмина, плоды кориандра, плоды фенхеля, листья мяты перечной, листья сенны, трава золототысячника, трава хвоща. Чай следует пить по 1 чашке 1 раз в день, лучше вечером или утром натощак. Действие чая наступает через 8–10 ч.

Среди слабительных средств для лечения СРК с обстипацией препаратами выбора являются современные осмотические слабительные средства, которые не адсорбируются в кишечнике, увеличивают объем его содержимого, снижают вязкость последнего и разжижают каловые массы. Эти эффекты присущи синтетическому дисахариду — лактулозе. Препарат проявляет высокую терапевтическую эффективность в лечении упорных запоров, не всегда поддающихся терапии другими лекарственными средствами. К ним относятся запоры, возникающие при спаечном процессе в брюшной полости, лучевых поражениях толстой кишки, гипотонии кишечника у лиц пожилого возраста. Лактулозу назначают в дозе 15–50 мл/сут. Иногда на фоне приема лактулозы возникает метеоризм, что требует снижения дозы препарата (Григорьева Г.А., 1997).

Лактулоза в толстой кишке под действием сахаролитической флоры ферментируется до молочной

и в меньшей степени — до уксусной, муравьиной, масляной, пропионовой кислот, которые стимулируют перистальтику толстой кишки, повышают осмотическое давление и уменьшают время транзита в ней. Все это обеспечивает слабительный эффект лактулозы, который сохраняется достаточно длительное время (несколько недель и более после отмены препарата). Лактулоза не вызывает спастическую боль в животе, неприятные ощущения при дефекации и привыкание. Препарат можно назначать детям и лицам пожилого возраста, лежачим больным, женщинам в период беременности и кормления грудью, поскольку лактулоза не всасывается и не содержится в грудном молоке (Дегтярева И.И. и соавт., 2001; Дегтярева И.И., Скопиченко С.В., 2003).

Увеличение в рационе пищевых волокон целесообразно при лечении запоров, однако трудности жевания, обусловленные наличием зубных протезов у людей пожилого возраста, не позволяют в полной мере использовать их как слабительное средство для пациентов, у которых СРК сопровождается болью в животе и метеоризмом. Кроме того, в отрубях содержится большое количество фитина, который может снизить абсорбцию витаминов и кальция, крайне необходимых в пожилом возрасте.

Раздражающие слабительные средства (бисакодил, кассия остролистная/узколистная клещевина обыкновенная) оказывают резкое, стимулирующее сокращение толстой кишки действие, часто при этом возникают спазмы, рези в животе и водянистый кал, что влечет за собой потерю натрия и кальция. Раздражающие слабительные средства содержат антраноиды, которые являются канцерогенами, и при длительном их употреблении повышается риск развития карциномы толстой кишки. В связи с этим их применение резко ограничено. Аналогичным эффектом обладает фенолфталеин.

Объемные слабительные средства (дериваты пшеницы, растительный клей семян, камеди, полусинтетические препараты) вызывают вздутие и урчание в животе, требуют растворения их в большом количестве жидкости, что нежелательно в связи с учащением мочеиспускания или возможной ретенцией жидкости.

Осмотические солевые слабительные средства являются производными магния, натрия или калия. Эти препараты вызывают задержку воды в каловых массах. Действие препаратов продолжается несколько часов; из-за быстрого эффекта при приеме часто возникают спазмы и кишечная колика. Осмотические слабительные средства часто абсорбируются и могут вызвать дисбаланс электролитов в организме.

Слабительные средства, смазывающие и обволакивающие слизистую оболочку толстой кишки: жидкий парафин и другие минеральные масла размягчают каловые массы и облегчают прохождение по толстой кишке. При длительном их применении незначительное количество всасывается из кишеч-

ника и может поражать печень, селезенку и слизистую оболочку кишечника, обуславливая воспаление или образование парафином. Данные слабительные средства при постоянном применении ассоциируются с истощением жирорастворимых витаминов и зудом в заднем проходе. Всех этих побочных эффектов лишена лактулоза, которая оказывает мягкое эффективное слабительное действие, не вызывает серьезных побочных эффектов и приывкания (Дегтярева И. И. и соавт., 2000).

Новым осмотическим слабительным средством является макрогол. Молекула активного вещества представляет собой высокомолекулярный оксид этилена, который образует водородные связи с молекулами воды в просвете кишечника. Макрогол повышает содержание жидкости в химусе и, размягчая его, облегчает дефекацию. Макрогол не метаболизируется, не адсорбируется, не изменяет pH химуса и действует независимо от состава бактериальной флоры кишечника. Средняя терапевтическая доза — содержимое 1–2 пакетиков в день. Содержимое пакетика предварительно размешивают в 100 мл воды, что позволяет гидратировать химус. Рекомендуется принимать препарат утром во время завтрака или в течение дня (Дегтярева И. И. и соавт., 1998). Эффект макрогола проявляется через 24–48 ч после приема. E. Cuillerier и соавторы (1997), P. Jouet и соавторы (1998) на основании скинтиграфических исследований пришли к заключению, что лактулоза в терапевтической дозе интенсивнее, чем макрогол, ускоряет опорожнение правых отделов толстой кишки у здоровых добровольцев.

При преобладании в клинической картине СРК диарейного синдрома препаратом выбора для его лечения является лоперамид. Как агонист опиатных рецепторов кишечника (при отсутствии влияния на опиатные рецепторы центральной нервной системы) лоперамид хорошо зарекомендовал себя при длительном лечении больных с СРК, проявляющемся диареей. Он угнетает пропульсивную перистальтику, усиливает непропульсивные сокращения, повышает тонус кишечных сфинктеров, замедляет пассаж, тормозит секрецию воды и электролитов, стимулирует всасывание жидкости. Назначаемый в сравнительно низких дозах (4 мг или 2 капсулы в сутки), препарат оказывается эффективным более чем у 70% больных (Гребенев А. Л., Мягкова Л. П., 1994).

При лечении СРК, сопровождающегося поносами, эффективным является назначение фитопрепарата эрикан, представляющего собой водорастворимый комплекс веществ из наземной части мелколепестника канадского. Антидиарейный эффект обусловлен противовоспалительным и цитопротекторным действием препарата. Назначают содержание 1–2 пакетиков в виде водной суспензии в первый день лечения однократно, а затем еще 2–3 раза с 2–3-часовым перерывом. В последующие дни — содержимое 1–2 пакетиков 2–3 раза в день.

Эффективное антидиарейное, сорбирующее действие оказывает диосмектит. При СРК, который сопровождается поносом, диосмектит принимают, растворив в 100 мл воды содержимое 1 пакетика. 3 раза в сутки через 30 мин после еды, курс лечения — 3–14 дней.

Средства, способствующие нормализации моторики кишок, играют важную роль в лечении СРК. Антагонисты кальция тормозят двигательную активность толстой кишки в ответ на прием пищи. При этом снижается как сократительная, так и миоэлектрическая активность кишки. Препараты этой группы также стимулируют всасывание воды в подвздошной и толстой кишке. Назначают нифедипин в дозе 10 мг 3 раза в день.

При СРК, протекающем преимущественно с болевым синдромом, оптимальным является назначение лекарственных средств, оказывающих спазмолитическое действие. При назначении препаратов данной группы следует отдавать предпочтение традиционно применяемым спазмолитикам многотропного ряда (например, НО-ШПЕ форте, содержащей 80 мг дротаверина), а также холинолитическим препаратам, в первую очередь скополамину, оказывающему выраженное спазмолитическое действие в отношении гладкомышечных структур кишечника. В совместном германо-американском руководстве по дифференциальной диагностике гастроэнтерологических заболеваний (1995) отмечено, что селективные холинолитики являются препаратами первой линии для лечения клинических форм СРК, сопровождающихся болью.

Гладкомышечный спазм является одной из основных составляющих абдоминальной боли, поэтому его купирование становится актуальной задачей. В настоящее время не существует фармакологических средств, воздействующих на все патогенетические механизмы, вызывающие спазмы гладких мышц, и соответственно все клинические проявления заболевания: абдоминальную боль, метеоризм, расстройства дефекации, общую слабость, раздражительность, тревогу, нарушение аппетита и сна. Для купирования спазма и боли в органах пищеварительной системы применяют миотропные спазмолитики. К спазмолитикам прямого действия относят дротаверина гидрохлорид (НО-ШПА и НО-ШПА форте), являющегося ингибитором фосфодиэстеразы — энзима, деградирующего циклические нуклеотиды, прежде всего — цАМФ. Снижение активности фосфодиэстеразы в клетке вызывает накопление в миоците циклических аденозин- и гуанозинмонофосфатов, что снижает в клетке концентрацию ионов кальция и приводит к расслаблению гладких мышц органов и тканей. НО-ШПА является более сильным спазмолитиком по сравнению с папаверином. Однако при СРК с абдоминальной болью, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона и заболеваниях желчного пузыря и дисфункции сфинктера Одди первоначальная доза дро-

таверина должна быть повышена, в связи с чем современная лечебная доза дротаверина составляет 80 мг (НО-ШПА форте). Наиболее эффективным при спазмах и кишечной колике является парентеральное введение дротаверина.

Препарат НО-ШПА форте назначают в дозе по 1 таблетке (80 мг) 2 раза в сутки в течение 10–14 дней, что вызывает полное расслабление миоцитов толстой кишки за счет интенсивного «входа» ионов натрия в клетку. Препарат НО-ШПА форте выпускается в двух лекарственных формах — таблетированной и инъекционной. Последнюю форму широко применяют при коликах (печеночной, кишечной, почечной) и острых атаках хронического панкреатита. Однако учитывая наполнение миоцитов натрием, НО-ШПА форте не назначается при гипотонии желчного пузыря и рефлюксной болезни (дуоденогастральном и гастроэзофагеальном рефлюксе), колостазе II–III степени, аденоме предстательной железы II–III степени.

Скополамин блокирует никотиновые и мускариновые рецепторы вегетативных нервных узлов, обладает высоким аффинитетом к интрамуральным рецепторам пищеварительного тракта, снижает тонус и моторику гладких мышц полых органов брюшной полости, тормозит повышенную миоэлектрическую активность толстой кишки. Препарат практически не проникает через гематоэнцефалический барьер (Шептулин А.А., 1996). Рекомендуются назначать в начале лечения по 10 мг 3 раза в сутки между приемами пищи, через 3 дня дозу повышают, доводя ее постепенно до 40 мг 3 раза в сутки.

При СРК применяют современный миогенный спазмолитик — мебеверин, который назначают по 200 мг (1 капсула) 2 раза в сутки, или комбинированный препарат, включающий спазмолитик (альверина цитрат) и полимерный сорбент газа (симетикон), по 1 капсуле 2–3 раза в день. Последний препарат применяют при абдоминальной боли в сочетании с метеоризмом (Дегтярева И.И. и соавт., 1999). Мебеверин не обладает системным эффектом и применяется только при заболеваниях органов пищеварения. За счет снижения проницаемости гладкомышечных клеток для потока ионов натрия в клетку и уменьшения выхода ионов натрия из клетки препарат не вызывает атонии кишечной стенки и желчного пузыря. Мебеверин можно применять при гипотонически-гиперкинетической дискинезии желчного пузыря («застойный» желчный пузырь и спазм сфинктера Одди) (Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., 2001), аденоме предстательной железы.

Среди холинолитиков выраженный терапевтический эффект оказывает селективный M_1 -холинолитик — пирензепин. Преимущества этого препарата у больных с СРК заключаются в блокаде парасимпатических окончаний блуждающего нерва на уровне интрамуральных ганглиев, улучшении кровоснабжения брюшной полости, отсутствии инги-

бирования микросомальных ферментов печени и отрицательного влияния на метаболизм других лекарственных препаратов. Пирензепин практически не проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает синдрома отмены. Назначение больным с СРК пирензепина в дозе 50 мг 2 раза в сутки за 30 мин до еды устраняет вызванное приемом пищи усиление моторики сигмовидной кишки и способствует размягчению кала. Использование пирензепина для лечения СРК значительно улучшает качество жизни пациентов (Шептулин А.А., 1996).

Миотропным спазмолитиком со свойствами антагониста медленных кальциевых каналов является пинаверий бромид, который назначают при СРК по 1 таблетке (50 мг) 3 раза в день. Препарат также снижает секрецию соляной кислоты, не изменяя объем желудочной секреции, ускоряет моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта. Применение пинаверия бромида не вызывает побочных антихолинергических эффектов, поэтому его назначают пациентам с глаукомой и гипертрофией предстательной железы.

При СРК рекомендовано применение препарата МАГНЕ-В₆ (производства Sanofi-Synthelabo), поскольку дефицит магния часто вызывает разлитую висцеральную боль, спазмы в животе, тошноту, рвоту, чередование запоров и поносов, сердечно-сосудистые (боль в сердце, сердцебиение, повышение артериального давления), церебральные (головокружение, головная боль, нарушение памяти, внимания, депрессии), мышечно-тетанические расстройства (парестезии, судороги). Кроме того, применение МАГНЕ-В₆ нормализует соотношение процессов торможения и возбуждения, устраняет эмоциональную лабильность, тревогу, нормализует сон при его нарушении (засыпание, продолжительность сна). Назначают препарат по 1–2 драже 3 раза в сутки или в форме раствора для питья по 1 ампуле 2–3 раза в сутки, разведя содержимое ампулы в 1/2 стакана воды (Дегтярева И.И. и соавт., 1999; Дегтярева И.И., 2000).

Физиотерапевтические методы следует использовать в комплексной терапии СРК. При болевом синдроме, спастических явлениях и поносе назначают грелку на живот или согревающий компресс. Значительное облегчение приносит накладывание озокерита температуры 50–60 °С на область живота на 20–30 мин. При недостаточном опорожнении кишечника для повышения тонуса мышц рекомендуют диадинамические токи, амплипульс, фарадический ток, гальванизацию области живота. Благоприятное влияние нередко оказывают местное и общее облучение живота ртутно-кварцевой лампой, инфракрасными лучами, гидропроцедуры (теплая ванна, восходящий и циркулярный душ).

Холодные водные процедуры чаще усиливают перистальтику, а тепловые — замедляют моторную функцию, уменьшают спазмы. В зависимости от преобла-

печени и других лекарственных ба-значение и 2 раза в иное при-тользова-чительно (Шепту-

ойствами слов явля-чают при Препарат бы, не из-оряет мо-тельного не вызы-ффектов, укомой и

препара-:labo), по-разлитую ноту, рво-чно-сосу-ывшение : (голово-яяти, вни-ские рас-ого, при-ношение устраняет ормализу-родолжи-1–2 драже питья по кимое ам- и соавт..

т исполь-и болевом осе назна-компресс-адывание ть живота роженнии .рекомен-е, фаради-та. Благо-тное и об-й ламной. ы (теплая . ивавают пе-ную функ-т преобла-

дания тех или иных нарушений моторики кишок, а также общего состояния больных температура водных процедур варьирует в пределах 33–38 °С.

Эффективными методами лечения больных с СРК являются рефлексотерапия, электро- и лазеропунктура на биологически активные точки кожи.

Важное место в лечении больных с СРК занимают применение минеральных вод и курортная терапия. Минеральные воды способствуют улучшению моторной, секреторной и выделительной функций толстой кишки. Их назначают в зависимости от особенностей течения СРК. Для больных с СРК, сопровождающихся запорами, показаны преимущественно среднеминерализованные воды («Ессентуки» № 17, «Баталинская» и др.), сульфатные или хлоридные воды («Арзни», «Славяновская» и «Смирновская»). При склонности к поносу рекомендуют воды с более низкой концентрацией солей («Ессентуки» № 4, «Миргородская», «Березовская» и др.).

При наличии поноса рекомендуется употреблять воду температуры 45–55 °С, больным с запором при отсутствии боли и других противопоказаний желателно назначать воду комнатной температуры. Количество воды на один прием составляет 200 мл. В большинстве случаев следует принимать по одному стакану воды 3 раза в день. Как правило, при СРК воду пьют за 30–40 мин до еды. При склонности к поносу желателно пить воду медленно. Больным с запорами можно рекомендовать пить воду быстро, большими глотками, что более активно стимулирует моторную функцию кишечника.

Больным с СРК в зависимости от состояния кислотообразующей функции желудка показано лечение на курортах: Березовские минеральные воды, Ессентуки, Миргород, Моршин, Поляна.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СРК. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Для лечения больных с СРК, сопровождающимся повышенным газообразованием и абдоминальным болевым синдромом при наличии соматоформных расстройств в виде тревожно-депрессивных состояний, применяли лечебный комплекс, включающий ЭГЛОНИЛ, НО-ШПУ форте и МАГНЕ-В₆.

Обследовано 26 больных с СРК с повышенным газообразованием и абдоминальной болью. У 11 больных отмечена обстипация (натуживание, удлинение дефекации до 15 мин, частота стула 2–3 раза в неделю, плотная комковатая консистенция), у остальных больных дефекация не нарушена. Все больные предъявляли жалобы на разлитую спазмоподобную боль в животе и повышенное газообразование, особенно после употребления острой и жирной пищи, сырых овощей и фруктов, бобовых и других продуктов с повышенным содержанием клетчатки (зерновых, пшеничных отрубей, отварной белокочанной и цветной капусты, шпината, кабачков и баклажанов). Употребление этих продуктов, а также отрицательные психоэмоцио-

нальные перенапряжения вызывали у больных абдоминальную, иногда схваткообразную боль. После дефекации интенсивность болевого синдрома снижалась или он устранялся. У 3 пациенток все неречисленные проявления СРК усиливались в предменструальный период.

Больные СРК жаловались на чувство подавленности, иногда страха, снижение работоспособности и интереса к жизни. У 14 (53,8%) больных расстройства сна проявлялись трудностями засыпания и пробуждения. 19 (73,1%) больных отмечали повышенную раздражительность, гневливость, невозможность контролировать поведение в определенных ситуациях, эмоциональную лабильность.

ЭГЛОНИЛ использовали как препарат, обладающий антидепрессивным и анксиолитическим эффектом, а также прокинетиическим действием на пищеварительный канал. ЭГЛОНИЛ назначали больным в течение 10 дней по 100 мг утром и вечером парентерально с последующим переходом на пероральный прием в дозе 50 мг 2 раза в сутки.

НО-ШПУ форте как классический миотропный спазмолитик применяли в целях купирования абдоминальной боли, кишечной колики и уменьшения выраженности метеоризма. Препарат НО-ШПА форте назначали по 80 мг 2 раза в сутки в течение 2 нед. В первые 2–3 дня в связи с возникновением спазмов в животе по типу колики НО-ШПУ форте вводили парентерально.

МАГНЕ-В₆ устраняет дефицит магния и таким образом снижает интенсивность висцеральной боли, спазмов в животе, уменьшает запоры, поносы, тошноту, рвоту, кардиалгии и церебральные расстройства при их наличии. Препарат также нормализует процессы возбуждения и торможения, которые проявляются раздражительностью, бессонницей — частыми клиническими симптомами СРК. МАГНЕ-В₆ назначали в дозе 1–2 драже или 1 ампула питьевого раствора (10 мл) 3 раза в сутки в течение 1 мес.

Всем больным была назначена диета с ограничением потребления продуктов, содержащих грубую клетчатку, жирных и острых блюд, бобовых, копченостей, зрелых острых сортов сыра, газированных сладких вод, кофе и алкоголя.

В результате применения комплекса препаратов, состоящего из ЭГЛОНИЛА, НО-ШПЫ форте и МАГНЕ-В₆, у 17 (65,4%) больных с СРК исчезли абдоминальная боль и колики, у 9 (34,6%) больных эти явления наблюдались редко и были значительно менее интенсивными. У всех 26 больных значительно уменьшился метеоризм. У 7 (63,6%) больных с СРК, у которых отмечали запор, нормализовался стул, у 4 (36,4%) — уменьшилось время дефекации до 5–10 мин, однако первые порции кала были плотной и комковатой консистенции. Поэтому был рекомендован прием слабительных средств типа лактулозы, препаратов из оболочек семян подорожника или натрия пикосульфата.

Под влиянием проводимого комплексного лечения улучшалось качество жизни больных: исчезли подавленность настроения, повысились жизненный тонус, работоспособность, исчезло чувство страха, напряжения, уменьшилась раздражительность и эмоциональная лабильность, нормализовался сон, что выражалось в быстром засыпании, продолжительности сна до 7–8 ч и легком пробуждении. Из 14 больных с СРК, у которых отмечались проблемы со сном, у 6 (42,9%) он нормализовался; остальным 8 (57,1%) больным был рекомендован прием снотворного препарата золпидем (ИВАДАЛ, производства Sanofi-Synthelabo).

У 5 больных исчезла боль сжимающего характера в прекардиальной области, а у 3 — головокружение, наблюдающееся до лечения во время приступов абдоминальной боли.

У всех больных переносимость лечения была хорошей, побочных эффектов не наблюдали.

Таким образом, у больных с СРК с преобладанием повышенного газообразования и абдоминальным болевым синдромом при наличии соматоформных расстройств в виде тревожно-депрессивного состояния применение комбинации препаратов ЭГЛОНИЛ, НО-ШПА форте и МАГНЕ-В₆ весьма эффективно уменьшает выраженность клинических проявлений заболевания, что обеспечивает достижение ремиссии. Благоприятное влияние комплексного лечения у этой группы больных (антидепрессивный и анксиолитический эффект, восстановление баланса между процессами возбуждения и торможения в ЦНС, прокинетиическое и спазмолитическое действие на пищеварительный канал, уменьшение висцеральной боли и диспепсических расстройств) можно объяснить синергическим влиянием препаратов на организм.

ЛИТЕРАТУРА

- Бабак О.Я. (1997) Синдром раздраженной толстой кишки. Перспективы улучшения качества жизни. *Врачеб. дело*, 2: 9–14.
- Белоусова Е.А. (2001) Синдром раздраженной кишки. В кн.: В.Т. Ивашкин, Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт (ред.) Краткое руководство по гастроэнтерологии. ООО «Издательский дом М-Вести», Москва, с. 326–332.
- Вельтишев Д.Ю. (2001) Многоликий эглонил. *РМЖ*, 9(25): 1–10.
- Гребенев А.Л., Мягкова Л.П. (1994) Болезни кишечника. Медицина, Москва, 400 с.
- Григорьева Г.А. (1997) Запор и современные слабительные средства. *Клин. медицина*, 75(1): 52–55.
- Дегтярева И.И. (2000) Заболевания органов пищеварения. Демос, Киев, 321 с.
- Дегтярева И.И., Скопиченко С.В. (2003) Дуфалак: классическое применение и перспективы. ЗАО «Атлант ЮЭмСи», Киев, 233 с.
- Дегтярева И.И., Скопиченко С.В., Скрыпник И.Н. (2000) Обоснование применения лактулозы при хронических гепатитах, циррозах печени и дисбактериозе кишечника. 36. науч. прань співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. Вип. 9, кн. 4. Киев, с. 68–72.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н. (2001) Дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей: традиционные и современные взгляды на проблему. *Журн. АМН України*, 7(2): 297–313.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Гончарова Ю.В. (1998) Применение форлакса у больных с наличием синдрома обстипации. В кн.: Досягнення та невіршені питання гастроентерології. Матеріали респ. наук.-практ. конф., 7–8 квітня 1998 р. Харків, с. 60.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Козачок Н.Н., Оседло Г.В., Гуцало Е.В., Скопиченко С.В., Козел Н.П., Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Николайчук О.А. (2002) Эффективность применения сульпирида в комплексном лечении больных с заболеваниями органов пищеварения. *Сучасна гастроентерологія*, 3: 56–66.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Скопиченко С.В. (1999) Синдром раздраженной толстой кишки. В кн.: Заболевания органов пищеварения. Демос, Киев, с. 106–111.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Скопиченко С.В. (2001) Повышение пищевой ценности молочнокислых продуктов, содержащих пробиотики, путем добавления пребиотика дуфалака. В кн.: Парентеральное и энтеральное питание. Тез. докл. V Междунар. конгр., 24–26 октября 2001. Москва, с. 39.
- Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Скопиченко С.В., Селюк М.М. (2000) Порушення мікробіоценозу товстої кишки і метаболічні аспекти його впливу на формування патогенетичних механізмів захворювань внутрішніх органів. *Гастроентерологія*, 31: 88–97.
- Златкина А.Р. (1994) Лечение хронических болезней органов пищеварения. Медицина, Москва, 336 с.
- Златкина А.Р. (1999) Хронический колит. *Клин. медицина*, 7: 59–62.
- Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. (ред.) (2001) Краткое руководство по гастроэнтерологии. ООО «Издательский дом М-Вести», Москва, 458 с.
- Калинин В.В. (2001) Пародоксы эглонила — атипичного нейрорептика биполярного действия. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 3(6): 1–6.
- Куваева И.Б. (1997) Влияние алиментарных факторов на микробную экологию желудочно-кишечного тракта. В кн.: Дисбактериозы и эубиотики. Материалы Всерос. науч.-практ. конф., Москва, с. 34.
- Москалев Ю.А. (1997) Отдаленные последствия ионизирующего излучения. Медицина, Москва, 304 с.
- Парфенов А.И. (2002) Энтерология. «Триада-Х», Москва, 744 с.
- Шептулин А.А. (1996) Гастроцепин в лечении гастроэнтерологических заболеваний. *Клин. медицина*, 74(9): 13–15.
- Шептулин А.А. (1998) Синдром раздраженной толстой кишки: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении. *Клин. медицина*, 75(9): 26–29.
- Cavazzutti E., Bertolini A., Vergoni A.V. (1999) Sulpiride at a low non — neuraleptic dose, prevents conditioned fear stress-induced fressing behavior in rats. *Psychopharmacology*, 143(3): 20–23.
- Cuillierier E., Coffin B., Lemann M. (1997) Comparison of the effect of lactulose and polyethylene glycol on isotopic colonic transit. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 21: A117.
- Donner C.S. (1998) Pathophysiology and therapy of chronic radiation-induced injury to the colon. *Dig. Dis.*, 16(4): 253–261.
- Drossman D.A. (Ed.) (1994) The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology, treatment. Boston — New York — Toronto — London, 370 p.
- Guslandi M. (1990) Antiemetic properties of levo-sulpiride. *Minerva Med.*, 81(3): 855–860.
- Hallmann F. (2000) Toxicity of commonly used laxative. *Med. Sci. Monit.*, 6(3): 621–628.
- Jouet P., Gorbachev C., Flourie B. (1998) Effect of the fermentation of lactulose on colon phasic and tonic activity in healthy volunteers. *Gastroenterol. Clin. Biol.*, 22: A17.
- Leibo T., Munakata J., Mertz H. (1994) Evidence for the hypersensitivity of lumbar splanchnic afferents in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 107: 1686–1696.

сування медикаментозного комплексу — ЕГЛОНІЛ, НО-ШПА форте і МАГНЕ-В₆ — для лікування хворих із синдромом подразненої кишки з підвищеним газоутворенням та абдомінальним болем за наявності соматоформних розладів у вигляді тривожно-депресивних станів.

Ключові слова: синдром подразненої кишки, етіологія, патогенез, клінічний перебіг, лікування, ЕГЛОНІЛ, НО-ШПА форте, МАГНЕ-В₆.

IRRITABLE BOWEL SYNDROME

*I.I. Degtjaryova, I.N. Skrypnyk,
N.N. Kozachok, O.I. Lychovsky*

Summary. Article represents literature data on the problem of irritable bowel syndrome as well as native data that are substantiate the practicability of application of the complex of medicines — EGLONIL, NO-SPA forte, MAGNE-B₆ — in patients with irritable bowel syndrome with increased gas formation and abdominal pain on the background of anxiety-depression somatoform disorders.

Key words: irritable bowel syndrome, aetiology, pathogenesis, clinic, treatment, EGLONIL, NO-SPA forte, MAGNE-B₆.

Адрес для переписки:

Дегтярева Ирина Ивановна
03049, Киев, ул. Курская, 13А
Украинская военно-медицинская академия
МО Украины

Mailer W., Benkett O. (1994) Treatment of chronic depression with sulphiride: evidence of efficacy in placebo-controlled single case studies. *Psychopharmacology*, 115(8): 495–501.

O'Connor S.E., Brown R.A. (1982) The pharmacology of sulphiride — a dopamine receptor antagonist. *Gen. Pharmacol.*, 31(3): 185–193.

Reichen J. (2002) Classification of liver cirrhosis. *Chronic pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy*. Blackwell Wissenschafts-Verlag Blackwell Publishing Company, p. 299–303.

Rendtorf R.C., Kashgarian M. (1967) Stool patterns of healthy adult males. *Dis. Colon. Rectum.*, 10: 222–228.

Rich T.D. (1984) Sulpiride: assessment of a pharmacologically and chemically distinct neuroleptic. *Med. Hypotheses.*, 14(5): 69–81.

Stockbrugger R.W., Pace F. (1999) The irritable bowel syndrome manual. Mosby — Wolfe Medical Communications, London — Milan — Philadelphia — Hong Kong, 110 p.

Thompson W.G.; the Working Team for Functional bowel disorders (1994) Functional bowel disorders and functional abdominal pain. In: D.A. Drossmann (Ed.) *The functional gastrointestinal disorders*. Boston — New York — Toronto — London, p. 175–215.

Velio P., Bassotti G. (1996) Chronic idiopathic constipation: pathophysiology and treatment. *J. Clin. Gastroenterol.*, 22: 190–196.

Weber F.H., McCallum R.W. (1992) Clinical approaches to irritable bowel syndrome. *Lancet*, 340(8833): 1447–1452.

Whitehead W.E., Chaussade S., Corazziari E. (1991) Report of a international workshop on management of constipation. *Gastroenterol. Int.*, 3: 99–113.

СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ

*I.I. Дегтярьова, I.M. Скрипник,
M.M. Козачок, O.I. Лиховський*

Резюме. Наведені дані літератури з проблеми синдрому подразненої кишки, а також результати власних досліджень, які свідчать про доцільність засто-

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Коморбидность синдрома раздраженного кишечника и психических расстройств: обзор

Garakani A., Win T., Virk S., Gupta S., Kaplan D., Masand P.S. (2003) Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. Am. J. Ther., 10(1): 61–67.

Синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональное заболевание кишечника, распространенность которого среди взрослого населения США составляет от 10 до 20%. СРК определяют как хронический абдоминальный дискомфорт, характеризующийся изменением частоты дефекации и консистенции стула, нарушением дефекации и сопровождающийся такими симптомами, как вздутие живота и примеси слизи в кале. В ряде исследований было установлено, что у 70–90% пациентов с СРК, обратившихся за медицинской помощью, выявляют сопутствующие психические расстройства, в основном в виде аффективных и тревожных расстройств. Согласно данным последних исследований, среди пациентов с психическими расстройствами, обратившимися за медицинской помощью, отмечается высокая частота выявления СРК, в част-

ности у 19% больных с шизофренией, у 29% — с тяжелой депрессией и у 46% — с паническим расстройством. В статье обсуждаются вопросы коморбидности СРК и психических расстройств и подходы к терапии.

Взаимоотношения

головной мозг — кишечник при синдроме раздраженного кишечника

Harris M.L., Aziz Q. (2003) Brain-gut interaction in irritable bowel syndrome. Hosp. Med., 64(5): 264–269.

Боль в животе часто возникает у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Механизм развития болевого синдрома, очевидно, обусловлен сенситизацией нервного аппарата кишечника, вызванной периферическими или центральными влияниями, а также нарушением процессов обработки сенсорной информации в головном мозге. В настоящее время для изучения взаимоотношений головной мозг — кишечник используют методы исследования функционального состояния головного мозга.

заїни, 7(2):

Д.В. (1998) синдром об-
ня гастро-
7–8 квітня

.Н., Осед-
Л., Сыропя-
12) Эффек-
м лечении
Сучасна га-

С.В. (1999)
болевание

С.В. (2001)
продуктов.
иотика ду-
панне. Тез.
осква, с. 39.

С.В., Се-
стой кишки
я патогене-
зів. Гастро-

лезной ор-

ін. медици-

ред.) (2001)
«Издатель-

типичного
ия и психо-

факторов на
акта. В кн.:
науч.-практ.

вия ионизи-

-Х», Моск-

гастроэнте-
9): 13–15.

ной толстой
зе, диагнос-

iride at a low,
ress-induced
20–23.

parison of the
colonic tran-

ry of chronic
4): 253–261.

rointestinal
oston — New

vo-sulpiride,

axative. Med.

ct of the fer-
ity in healthy

lence for the
ritable bowel