

# СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

**В.А. Лапотников**, проф., **В.Н. Петров**, проф.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова

**E-mail:** vlapotnikov@mail.ru



Приведены причины, принципы диагностики и лечения синдрома раздраженной кишки. Описаны компоненты сестринской помощи при этом заболевании.

**Ключевые слова:** синдром раздраженной кишки, диагностика, лечение, сестринская помощь.

Синдром раздраженной кишки (СРК) – устойчивая совокупность функциональных расстройств, возникающих не реже 3 дней в месяц в последние 3 мес на протяжении не менее полугода и проявляющихся болью и(или) дискомфортом в животе, которые проходят после дефекации, изменениями частоты, характера стула и наличием не менее 2 стойких признаков нарушений опорожнения кишечника. Наиболее существенные расстройства акта дефекации:

- редкий или частый стул – соответственно менее 3 раз в неделю или чаще 3 раз в день;
- изменения консистенции кала («овечий», твердый, кашицеобразный, водянистый и др.);
- натуживание при дефекации;
- императивные позывы;
- ощущение неполного опорожнения кишечника;
- выделение слизи с калом;
- вздутие живота, метеоризм.

Распространенность СРК среди взрослого населения экономически развитых стран – 15–20%, среди лиц пожилого и старческого возраста – 11%. Пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст – 30–40 лет – с существенным ее преобладанием у женщин. СРК у женщин и мужчин пожилого возраста встречается с одинаковой частотой. Большинство (70%) пациентов с этим функциональным расстройством кишечника не обращаются за помощью к врачу. Редкая обращаемость обусловлена достаточно легким течением СРК, периодичностью возникновения (непостоянством) клинических проявлений, их неспецифичностью и отсутствием в ночное время, хорошим, как правило, самочувствием и сохранением трудоспособности.

## Этиология и патогенез

Причины и механизмы развития СРК изучены недостаточно. Способствуют его возникновению психосоциальные (личностные) особенности пациента, частые психоэмоциональные стрессовые ситуации, наследственная (генетическая) предрасположенность. Отклонения в психической сфере – расстройства сна, депрессия, синдром тревоги, панические атаки, астенические и ипохондрические проявления – нередко предшествуют СРК. В анамнезе этих пациентов иногда отмечают эпизоды физического и сексуального насилия.

В настоящее время СРК рассматривают как биопсихосоциальное функциональное расстройство дистального отдела кишечника (толстой кишки). Множественные причины, включающие психологические особенности пациента и воздействие на него неблагоприятных факторов окружающей среды, приводят к нарушению деятельности центральной и вегетативной нервных систем и их регулирующего влияния на функции желудочно-кишечного тракта, в том числе и толстой кишки. Регуляторная дисфункция приводит к расстройству двигательной и секреторной функций кишки, возникновению повышенной чувствительности к абдоминальной боли. Развиваются клинические проявления СРК, главными из которых являются болевой синдром, запор и диарея.

Существенно реже к факторам риска развития СРК относят перенесенные ранее острые кишечные инфекции (ротавирусная инфекция, сальмонеллез, дизентерия и др.).

### Клиника и диагностика

СРК свойственно длительное течение с многообразием и изменчивостью неспецифических клинических симптомов, возникающих или усиливающихся на фоне психоэмоциональных нагрузок и стрессовых ситуаций, иногда при непереносимости отдельных пищевых продуктов, физических нагрузках и у женщин во время менструаций.

В зависимости от особенностей клинического течения – ведущего симптома – выделяют 3 основных типа СРК: с преобладанием запора; с преобладанием диареи; смешанный.

Характерны вариабельность клинических проявлений, их отсутствие в ночное время, трансформация одного варианта СРК в другой, резистентность к лечению.

Основным критерием, способствующим идентификации этих вариантов СРК, является форма стула и в меньшей степени – его частота. При запоре отмечают 2 типа формы стула: отдельные комки твердого («овечьего») кала; колбасовидный комковатый кал. Диарее свойственен жидкий, водянистый или пористый кал с отдельными кусочками. Признаки, при наличии которых можно констатировать запор (достаточно 1 из 3 признаков):

- длительная задержка стула с интервалами между опорожнениями кишечника более 48 ч;
- затрудненное опорожнение кишечника (человек напрягается более чем при 25% дефекаций, даже при ежедневном стуле);
- постоянное или периодическое ощущение неполного опорожнения кишечника.

Нередко при сохранных позывах к дефекации и ежедневном стуле отмечается плотный фрагментированный («овечий») кал. Способствуют возникновению запора нарушения моторной, секреторной функции и нормального (физиологического) состава микрофлоры кишечника. Часть пациентов указывают на наличие слизи в кале.

**Диарея** (частота стула – более 3 раз в день) при СРК характеризуется позывами на дефекацию в утренние (после завтрака) или дневные часы, отхождением небольшого количества кашицеобразного или жидкого кала с примесью слизи. Иногда при 1-м опорожнении кишечника кал может быть оформленным, а при последующих – кашицеобразным или жидким. Диарея отсутствует в ночное время.

**Боли в животе**, являющиеся наиболее важ-

ными в диагностическом плане клиническими проявлениями, имеют широкий спектр интенсивности: от легкого дискомфорта и ноющей боли до интенсивной, схваткообразной, имитирующей кишечную колику. Они локализуются в боковых и(или) нижних отделах живота, возникают чаще утром, нередко после приема пищи, не беспокоят ночью, стихают после дефекации и отхождения газов.

Вздутие живота и метеоризм обусловлены нарушениями моторной (двигательной) и секреторной функции толстой кишки. Метеоризм может быть распространенным (диффузным) и местным (локальным), нередко сопровождается ощущениями тяжести и «распирания» в животе, громким урчанием.

Дополняют клиническую картину СРК диспепсические проявления (отрыжка, тошнота, изжога, рвота, неприятные ощущения во рту и др.), признаки нарушений вегетативной нервной системы (повышенная утомляемость, потливость, сердцебиение, головные боли по типу мигрени, неудовлетворенность вдохом, учащенное мочеиспускание и др.), психоневрологические симптомы (расстройства сна, депрессия, чувство тревоги, истерические и ипохондрические проявления и др.).

Диагноз СРК является диагнозом исключения. Свойственные ему клинические проявления могут встретиться при: длительном употреблении раздражающей кишечник пищи (жирная, жареная, обильная пища, газообразующие продукты и напитки, алкоголь и др.) и лекарственных препаратов (слабительные средства, антибиотики, сульфаниламиды, желчные кислоты, соли железа, калия и др.); функциональных расстройствах и органических заболеваниях органов пищеварительной системы (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический гастрит, холецистит, панкреатит и др.), в том числе органических заболеваниях кишечника (кишечные и паразитарные инфекции, язвенный колит, болезнь Крона, колоректальный рак и др.).

У лиц пожилого и старческого возраста возрастает вероятность злокачественных новообразований толстой кишки.

Идентификации СРК способствует отсутствие симптомов «тревоги», которые встречаются при органических (воспалительных и онкологических) заболеваниях кишечника. Перечень этих симптомов выглядит следующим образом:

- немотивированное уменьшение массы тела (похудение);
- появление клинической симптоматики в возрасте старше 50 лет;
- наследственная отягощенность – наличие рака толстой кишки у кровных родственников;

- постоянные интенсивные боли в животе как единственный симптом;
- ночная симптоматика (боли в животе и понос);
- лихорадка;
- наличие крови в кале;
- изменения в общем (анемия, лейкоцитоз, увеличение СОЭ) и биохимическом (повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы и др.) анализах крови.

Объем лабораторных и инструментальных исследований достаточно широко варьируется – от минимального до значительного, подбирается индивидуально и обычно зависит от тяжести и длительности симптоматики, возраста пациента, его психосоциального статуса, диагностических возможностей лечебно-профилактического учреждения.

Показаны следующие лабораторные и инструментальные исследования:

- клинический анализ крови, определение уровня в крови общего билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы;
- общий анализ мочи;
- анализ кала на кишечные патогены (сальмонеллез, шигеллез, иерсиниоз), паразиты, яйца глистов, скрытую кровь и дисбактериоз;
- копрограмма;
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ректороманоскопия, ирригоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия с биопсией слизистой оболочки толстой кишки;
- электрокардиография.

Обязательны консультации гастроэнтеролога (колопроктолога), по показаниям – других специалистов (гинеколога, уролога, онколога, психотерапевта, инфекциониста).

С помощью *ирригоскопии* выявляют нарушения моторной и секреторной функции толстой кишки: ее неравномерное заполнение и опорожнение, спастические сокращения или расслабления, ускоренный или замедленный пассаж бариевой смеси по толстой кишке.

Наиболее ценным методом инструментальной диагностики является *колоноскопия с прицельной биопсией* и последующим морфологическим изучением биоптата. При СРК обнаруживают нарушения моторной функции толстой кишки, гиперемии ее слизистой оболочки с отложениями слизи, а также отсутствие признаков воспалительного процесса (органического заболевания) при гистологическом исследовании биоптата.

УЗИ органов брюшной полости позволяет ис-

ключить или выявить заболевания печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы, объемные процессы в брюшной полости.

Отсутствие изменений (отклонений от нормальных показателей) в анализах крови (общих и биохимических), мочи и кала в определенной степени подтверждает диагноз функциональных расстройств (СРК) и отрицает органические поражения толстой кишки.

**Сестринский уход.** На основании жалоб и данных объективного исследования медсестра формирует основные проблемы (сестринские диагнозы) пациента с СРК:

- боли в боковых и нижних отделах живота;
- метеоризм;
- запоры;
- поносы;
- недостаточная осведомленность пациента о причинах заболевания и принципах лечения;
- психологические и социально-экономические проблемы, обусловленные заболеванием и изменением привычного образа жизни.

Медсестра расспрашивает пациента о наличии острых кишечных инфекций в предыдущие годы, хронических заболеваний пищеварительной системы, психосоциальных стрессовых ситуаций, злоупотреблении алкоголем, длительном использовании лекарственных средств, наличии заболеваний кишечника у кровных родственников. Следует выяснить, когда впервые возникли симптомы заболевания, связаны ли они с психоэмоциональным стрессом, физической нагрузкой, приемом пищи (погрешностями в питании). Определенную диагностическую ценность представляют сведения о времени возникновения (днем или ночью), изменчивости клинических проявлений (боли в животе и др.), их связи с дефекацией.

Множественность, неспецифичность, изменчивость клинических проявлений нередко вызывают большие трудности в постановке диагноза СРК. Медсестра на основании выявленных проблем может заподозрить заболевание желудочно-кишечного тракта, иногда – толстой кишки и направить пациента к врачу. Его задачей является выделение доминирующего клинического синдрома, исключение симптомов «тревоги» и других заболеваний пищеварительной системы с последующей идентификацией (верификацией) СРК. Медсестра готовит пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям, сообщает ему об их целесообразности, безопасности и диагностической ценности. Она должна владеть навыками психотерапевтической беседы, установления хо-

рошего контакта с пациентом и объяснить ему, что СРК – обычное заболевание пищеварительной системы, склонное к рецидивированию, как правило, не ухудшающее самочувствие и трудоспособность, не укорачивающее жизнь и не являющееся предвестником рака. Важно сообщить, что при этом заболевании необходимы определенные усилия пациента и членов его семьи по изменению образа (стиля) жизни (модификация питания, исключение психосоциальных и психоэмоциональных стрессовых ситуаций, иногда – изменение профессиональной деятельности).

В процессе наблюдения за пациентом медсестра отмечает изменения его самочувствия и общего состояния, динамику клинических проявлений заболевания, обучает методам самоухода, следит за выполнением общегигиенических и лечебных мероприятий, выявляет нарушения диеты, побочные действия лекарственных средств и сообщает об этом врачу. Она постоянно оценивает частоту дефекаций, количество, консистенцию, цвет каловых масс, наличие примесей слизи, крови и гноя, обеспечивает пациента судном или памперсами.

Основную роль в решении клинических проблем пациента играют немедикаментозное и, в меньшей степени, медикаментозное лечение, относящиеся к компетенции врача.

### Принципы лечения

Лечение пациентов с СРК осуществляется в амбулаторных (домашних) условиях. Госпитализация показана нуждающимся в углубленном обследовании и уточнении диагноза.

Лечение предусматривает нормализацию психоэмоциональных нарушений, моторно-эвакуаторной и секреторной функции кишечника, купирование болевого синдрома.

Ведущая роль принадлежит *немедикаментозной терапии*, включающей в себя разумное чередование отдыха и физической активности (утренняя гимнастика, прогулки на свежем воздухе, плавание и др.), навыки осуществления дефекации в утреннее время, лечебную физкультуру, массаж, физиотерапию, фитотерапию, психотерапию и лечебное питание.

**Диета** направлена на механическое и химическое щажение слизистой оболочки, снижение активности бродильных процессов, нормализацию моторно-эвакуаторной и секреторной функций кишечника. Учитываются привычки и пристрастия, непереносимость определенных пищевых продуктов. Специальная диета при СРК не разработана.

Показано частое, дробное питание (4–6 раз в сутки) с достаточным количеством белка, легкоусвояемых жиров и ограничением количества углеводов.

Вне зависимости от особенностей клинического течения СРК из пищевого рациона исключают следующие продукты:

- свежий ржаной хлеб и изделия из сдобного теста;
- супы молочные, гороховые, бобовые, грибные, крепкие жирные бульоны, щи, борщи, рассольники;
- жирные сорта мяса, рыбы, птицы, колбасы, копчености, консервы;
- овощи – редис, редька, свекла, репа, брюква, свежая белокочанная капуста, чеснок, перец;
- цельное молоко, острые и соленые сорта сыра;
- фрукты (абрикосы, инжир, финики) и ягоды с грубой кожицей;
- острые закуски;
- мороженое, шоколад;
- кофе и газированные напитки.

Рекомендуют овощные супы, нежирные сорта мяса, птицы и рыбы в отварном виде, блюда из макаронных изделий и круп (гречневая, овсяная) с добавлением растительного масла, слабые мясные и рыбные бульоны, яйца всмятку или в виде парового омлета, обезжиренный творог, нежирный сыр, пюре из протертых овощей и фруктов, хлеб пшеничный вчерашней выпечки. Для стимуляции пищеварения и компенсации потерь жидкости полезно ежедневно выпивать не менее 2 л безалкогольных негазированных напитков (чай, соки).

При преобладании в клинической картине запора пищевой рацион обогащается свежими овощами и фруктами, овощными блюдами (салаты, винегреты), сухофруктами (чернослив, курага, яблоки), морской капустой, хлебобулочными изделиями с отрубями, растительным маслом, кисломолочными продуктами, орехами, семечками.

При наличии диареи используют протертые, теплые, неострые блюда, слизистые отвары и супы, которые замедляют перистальтику и моторику кишечника. В пищевой рацион включают сушеную чернику и черемуху, вяжущие терпкие вина (кагор), отвары ольховых шишек, хвоща полевого, корня калгана, коры дуба, свежесваренный чай.

**Лекарственная терапия** зависит от ведущего симптома (клинического варианта) СРК:

1. **Боли в животе.** Используют спазмолитики (метеоспазмил, дюспаталин, дицетел, но-шпа, папаверин и др.), блокаторы холинергических рецепторов (бускопан, гастроцепин, платифиллин, препараты белладонны и др.), антидепрессанты (коаксил, amitриптилин и др.).

2. **Запор** нормализуют с помощью слабительных средств (лактолоза, форлакс, экспоргал, метилцеллюлоза, семена подорожника, магниевое молочко и др.)



3. Лечение диареи осуществляют с помощью имодиума (лоперамида), имодиума-плюс и энтеросорбентов (смекта, полифепан, лигносорб, активированный уголь и др.).

При коррекции психических расстройств, в первую очередь – депрессии и тревоги, используют антидепрессанты (коаксил, ципрамил, амитриптилин и др.) и транквилизаторы (грандаксин, феназепам, мидазолем и др.), нередко – в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией и гипнотерапией.

Лечение больных СРК не всегда достаточно эффективно, но нередко способствует улучшению их самочувствия и общего состояния. Прогноз заболевания благоприятный, длительно сохраняется трудоспособность пациентов, прогрессирование СРК отсутствует.

#### Рекомендуемая литература

Петров Д.П. Синдром раздраженного кишечника // *Consilium medicum*. – 2009; 40–43.

Успенский Ю.П., Захаренко С.М., Фоминых Ю.А. Инфекционные агенты и синдром раздраженной

кишки // *Тер. архив*. – 2011; 64–67.

Циммерман Я.С. Синдром раздраженной кишки: современное состояние проблемы и перспективы // *Клинич. медицина*. – 2007; 10: 14–21.

Черемушкин С.В., Маев И.В., Кучерявый Ю.А. и др. Спазмолитики при синдроме раздраженного кишечника с позиций доказательной медицины // *Врач*. – 2012; 1: 45–52.

Шептулин А.А. Синдром раздраженного кишечника: спорные и нерешенные вопросы // *Клин. медицина*. – 2005; 8: 78–81.

Шульпекова Ю.О. Диета при болезнях кишечника: традиционные основы и новые открытия // *Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 2011; 4: 82–89.

#### IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Prof. V.A. Lapotnikov<sup>1</sup>, Prof. V.N. Petrov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg;

<sup>2</sup>Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

**The paper describes the causes of irritable bowel syndrome and the principles of its diagnosis and treatment. It depicts the components of nursing care for this disease.**

**Key words:** irritable bowel syndrome, diagnosis, treatment, nursing care.