

**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СИНДРОМ  
ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ****В.О. Білоглазов***ДУ "Кримський державний медичний університет  
ім. С.І. Георгієвського"*

Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту завжди притягували увагу дослідників у зв'язку з їх розповсюдженістю і розвитком в працездатному віці [17]. Згідно з Римським Консенсусом III (2006) синдром подразненого кишечника (СПК) - функціональний кишковий розлад, при якому абдомінальний біль або дискомфорт асоціюється з дефекацією або зміною стану кишечника та особливостями дефекації. СПК являє собою біопсихосоціальний розлад кишечника, в основі якого лежить взаємодія психосоціального впливу і сенсомоторної дисфункції, тобто порушення вісцеральної чутливості і моторної активності кишечника.

Згідно стандартам діагностики та лікування захворювань органів травлення, СПК - це порушення моторної та секреторної функції кишечника, переважно товстої кишки, при відсутності структурних змін органів. Відрізняють СПК, що перебігає з закрепамі, з діареєю та змішаний [3]. В це поняття включаються функціональні розлади кишечника, що продовжуються понад трьох місяців, що відповідає так названим Римським критеріям III [16]. Відповідно до Римських критеріїв III, для СПК характерно рецидивування впродовж трьох місяців останнього року наступних синдромів: біль, дискомфорт у животі, що зменшується або відсутній після дефекації, здуття живота, зміна частоти стільця (більше трьох разів за добу або менш трьох разів за тиждень), крім того можлива поява імперативних позивів та відчуття неповного випорожнення після дефекації [16].

В розвинутих країнах розповсюдженість СПК серед населення складає 30%, в той же час в таких країнах як Нова Зеландія, Кенія та Іран -3-4% [3]. За даними дослідників [10, 13], розповсюдженість СПК серед населення складає 26,1% (8,4% у чо-

ловіків і 17,7% у жінок). Співвідношення жінок і чоловіків становить від 1:1 до 2:1. На СПК хворіють, як правило, особи молодого віку, а пік захворюваності приходить на працездатний вік - 30-40 років. Серед хворих у віці понад 50 років СПК розповсюджений однаково часто у жінок та чоловіків. В той же час поява захворювання після 60 років ставить під сумнів діагноз СПК. У таких пацієнтів слід виключити колоректальний рак, дивертикульоз, поліпоз та інші органічні захворювання кишечника [2].

Провідним патогенетичним фактором СПК вважається порушення моторики товстої кишки, підвищення чутливості ентерорецепторів кишки, спинного та міжмозкового мозку, підкоркових центрів та кори головного мозку з наступними вісцеральними розладами [6, 21]. Багатьма дослідниками показано підвищення чутливості товстої кишки до механічного розтягання при даному захворюванні [14]. Зміна порогу ректальної чутливості присутня практично у всіх пацієнтів з СПК [13]. Ці зміни корелюють з виразністю клінічних симптомів настільки, що деякі дослідники пропонують змінену ректальну чутливість розцінювати як надійний біологічний маркер СПК [22].

Більш успішним виявилось вивчення особливостей сприйняття болю і цереброентеральних взаємодій. Було виявлено два види вісцеральної гіперчутливості: зниження порогу сприйняття болю та більш інтенсивне відчуття болю при нормальному порозі сприйняття. Вісцеральна гіперчутливість у хворих на СПК характеризувалася ізбірковістю в відношенні механічних стимулів: сприйняття електричних, термічних, хімічних впливів на стінку кишки не виявило різниці в порівнянні зі здоровими особами. Спостерігалася ізбірковість порушення вісцеральної аферентації: рівень соматичної аферентації (тактильна чутливість, резистентність до електричних і термічних стимулів шкіри) у хворих не змінювалася. При СПК спостерігався дифузний характер порушення сприйняття болю на всьому протязі кишечника. Виразність вісцеральної гіперчутливості корелювала з симптомами СПК, а балоноділататійний тест виявився легко відтворюваним, високо специфічним і чутливим методом дослідження. В зв'язку з цим вісцеральна гіпералгезія розцінюється як біологічний маркер СПК, а балоноділататійний тест як специфічний (95,0%) і чутливий

(70,0%) метод діагностики СПК та оцінки ефективності препаратів при їхньому клінічному дослідженні [18].

Ряд авторів звертає увагу на нервово-психічні фактори, що сприяють розвитку СПК [28]. Однак, оцінка взаємозв'язку психічних розладів і функціональних порушень нижніх відділів травного тракту суперечливі. За думкою одних дослідників, симптоми СПК - наслідок клінічної маніфестації тривожних і депресивних розладів [8]. За думкою інших, навпаки, психопатологічні симптоми другорядні в відношенні до дисфункції товстого кишечника або зовсім відсутні клінічно значущі зв'язки між СПК та психічними розладами [5]. Клінічні спостереження зв'язків симптомів СПК з впливом стресу показали необхідність вивчення психопатологічного компоненту СПК [16, 18]. Відомо, що тяжкі форми СПК спостерігаються в осіб з психічними відхиленнями, що перенесли фатальні життєві стреси. За шкалою тяжкості впливу, з усіх видів психосоціальних ситуацій, що травмують людину, такі як фізичні та сексуальні домагання найбільш вірогідно корелювали з симптомами СПК. Втрата батьків у ранньому дитинстві, розлучення батьків також були суттєво пов'язані з проявами СПК та їх тяжкістю. Досить часто у цієї категорії хворих зустрічаються сексуальні дисфункції [16]. Психосоціальні дослідження показали, що СПК виникає не в результаті порушення кишкової моторики, а віддзеркалює розлад регуляції між ЦНС і автономною ентєральною нервовою системою. Патологічний феномен пошкодженої вісцеральної чутливості забезпечує болісне сприйняття навіть підпорогового гастроінтерстиціального регуляторного імпульсу, а кортикальні процеси регулюють сприйняття симптомів [19]. Неадекватна реакція цих осіб на стреси і інші впливи часто приводить до розладу регуляції функції кишечника, який стає органом психічної дезадаптації [7]. При обстеженні з допомогою психологічних тестів виявлено, що у хворих з СПК переважають депресії, тривога, а також різні страхи. Частота депресивних проявів сягає 40-90%. У цих хворих спостерігається сезонність клінічних проявів [28]. Особливості поведінки не дозволяють пацієнтам адекватно реагувати на зменшення клінічних проявів під впливом терапії. Однак, розлади психіки, що виявляються за допомогою набору психологічних тестів, не корелюють з тяжкістю клінічних проявів. Існує думка, що високий

відсоток психоемоційних змін серед пацієнтів з СПК пов'язаний з тим, що не всі хворі на СПК звертаються до лікаря, а серед тих, хто не звертається за медичною допомогою, відсоток цих відхилень значно нижчий і наближається до показників у здорових осіб [13, 23, 28]. Хворі на СПК під час самооцінки якості життя оцінюють якість свого життя гірше, ніж пацієнти з хворобою Крона і неспецифічним виразковим колітом, та частіше пов'язують погіршення якості життя з наявністю даного захворювання, що, на думку авторів, також свідчить про значущість психологічних факторів [24, 26]. Не останню роль в розвитку СПК відіграють гінекологічні захворювання. Періодичність та виразність проявів СПК у жінок часто корелює з гінекологічними розладами та фазою менструального циклу [15, 19, 25]. Відзначається зв'язок розвитку СПК з кишковими інфекціями. У частини хворих після перенесених гострих кишкових захворювань зберігаються прояви, що характерні для СПК. Крім того, висловлюється думка про можливість сенсibiliзації до умовно-патогенної аутомікрофлори з розвитком банальних запальних змін. Зміни біоценозу кишечника при СПК поглиблюють кишкову та загальну симптоматику [8].

Провідним симптомом в клініці СПК практично всі автори вважають хронічний, рецидивуючий абдомінальний біль різної локалізації. Абдомінальний біль може мати широкий спектр інтенсивності: від легкого дискомфорту, ниючого болю, який можна терпіти, до інтенсивного, постійного, нестерпного, що імітує картину кишкової коліки [27]. Для хворих з СПК характерна поява болю відразу після їжі, що супроводжується здуттям животу, посиленням перистальтики, буркотінням, діареєю або закрепамі [18]. Біль стухає після дефекації і відходження газів і, як правило, не супроводжується втратою маси тіла, лихоманкою, анемією, підвищенням ШОЕ. Причиною болю при СПК, ймовірно, є зниження рівня больового сприйняття. Відчуття здуття животу виникає в цих хворих не стільки в зв'язку з підвищенням об'єму газу в кишечнику, скільки із зниженням порога чутливості до розтягування газами в сполучені з аномальним їхнім розміщенням. В багатьох роботах показано, що у хворих з СПК підвищена чутливість рецепторів до розтягування, в зв'язку з чим біль та неприємні почуття виникають у них при більш низькій збудженості, ніж у здорових

[29]. При проктологічному дослідженні нерідко виявляються тріщини та ерозії анального каналу. Введення ректоскопу супроводжується спастичними скороченнями, в просвіті товстої кишки можна бачити велику кількість слизу [12]. Основними ознаками СПК згідно Римських критеріїв III (2006) є кишкова диспепсія (буркотіння, метеоризм, здуття животу) або позиви до дефекації і поява стільця кожні 0,5-1,5 години після їжі; або фракційні дефекації: стрімкі повторні дефекації з виділенням спочатку сформованого, а потім все більш рідкого пінистого калу зі слизом (при емоційній напрузі, палінні); або повторні з короткими інтервалами дефекації впродовж години. Після стільця нерідко залишається відчуття неповного випорожнення прямої кишки або фракційний пронос - рідкий стілець декілька разів на добу. Порушення стільця можуть бути не тільки проявами СПК, але і самостійним захворюванням або викликатися іншими причинами. Під терміном "закреп" розуміють зміну функції кишечника, що виражається в збільшенні інтервалів між дефекаціями в порівнянні з фізіологічною нормою. Закреп характеризується частотою дефекації менш 2 разів на тиждень, неповним випорожненням кишечника та необхідністю напруження більш 25% часу дефекації [1, 9]. Діарея - це часте або однократне випорожнення кишечника з виділенням рідких калових мас. Кількість калових мас і їхній зовнішній вигляд можуть бути різними. При СПК з переважанням діареї спостерігається рідкий стілець з домішкою слизу, 2-4 рази за короткий інтервал часу, переважно вранці після сніданку [4]. Крім того, може бути буркотіння в животі, почуття неповного випорожнення кишки після дефекації, імперативні позиви до дефекації [13]. Можлива домішка різної кількості слизу до калових мас; домішка крові для СПК не характерна [4]. При СПК спостерігається сполучення всіх вказаних симптомів або хоча б декількох з них. Всі ці скарги неможливо вважати специфічними для даного захворювання, і тому дуже важливо розпізнати під "маскою" СПК інші захворювання. Майже у 30% хворих відмічається сполучення симптомів СПК з проявами синдрому невиразної диспепсії, що пояснюється наявністю моторних розладів в патогенезі обох захворювань. Крім вищеперерахованих скарг, хворі з СПК відмічають наявність головного болю, біль в кряжі, відчут-

тя клубку при ковтанні, незадовільність вдихом, розлади сечовипускання, слабкість, втомлюваність [24]. При СПК зустрічається велика кількість супутніх скарг, особові особливості та зв'язок погіршення самопочуття з психоемоційними факторами [13].

F. Weber, R. Mc. Callum (1992) запропонували класифікацію СПК в залежності від провідного клінічного признаку, в якій вони розглядали три основні варіанти: СПК з переважанням болю в животі та метеоризмом; СПК з переважанням діареї; СПК з переважанням закрепів [30]. Визначення варіантів СПК з практичної точки зору важливо тому, що з їх допомогою призначають лікування. Однак, такий розподіл умовний тому, що у половини хворих спостерігається висока частота сполучення різних симптомів та трансформація однієї форми СПК в другу (наприклад, зміна закрепів проносами і навпаки), що утруднює визначення домінуючого прояву захворювання [11].

### **Література**

1. Ардатская М. Д. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения / М. Д. Ардатская, А.В. Дубинин, О.Н. Мишушкин // *Терапевтический архив*. - 2001. - № 2. - С. 67-72.

2. Белоусов Ю. В. Дисбиоз кишечника: современные аспекты пробиотической терапии / Ю. В. Белоусов // *Мисцетство лікування*. - 2005. - № 3 (19). - С.11-13.

3. Бондаренко В.М. Дисбактериозы кишечника у взрослых / В.М. Бондаренко, Н.М. Грачева, Т.В. Мацулевич. - М., 2003. - 67с.

4. Бондаренко В.М. Метаболитные пробиотики: механизмы терапевтического эффекта при микробиологических нарушениях / В.М. Бондаренко // *Consilium medicum*. - 2004. - Т.6, № 6. - С.12-15.

5. Воеводин Д.А. Дисбактериоз и иммунопатологический процесс / Д.А. Воеводин, Г.Н. Розанова, М.А. Стенина // *Иммунология*. - 2003. - № 2. - С.103-107.

6. Гебеш В. В. Ефективність лактувіту в комплексно-му лікуванні хворих на дисбактеріоз / В. В. Гебеш // *Мисцетство лікування*. - 2005. - № 9 (25). - С.5-7.

7. Григорьева Г.И. Функциональный запор и синдром раздраженного кишечника (дифференциальная диагностика и лечение) / Г.И. Григорьева // *Врач*. - 2006. - № 7. - С.3-6.

8. Гриднев А.Е. Динамика микробиоценоза кишечника у больных с неосложненной пептической язвой двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, до и после антихеликобактерной терапии / А.Е. Гриднев // *Український терапевтичний журнал*. - 2001. - Т. 3, №3. - С. 60-63.

9. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: монография. - М.: Медицинское информационное агентство (МИА). - 2004. - 616с.

10. Дегтярева И.И. Синдром раздраженного кишечника / И.И. Дегтярева // *Международный медицинский журнал (Украина)*. - 2003. - Т.9, №2. - С. 22-29.

11. Звягинцева Т.Д. Синдром раздраженного кишечника: принципы диагностики и терапии / Т.Д. Звягинцева // *Здоров'я України*. - 2007. - № 7(1). - С.10-16.

12. Кляритская И.Л. Синдром раздраженной кишки / И.Л. Кляритская // *Сучасна гастроентерологія*. - 2003. - №1 (11). - С.45-48.

13. Конев Ю.В. Болезни кишечника. Дисбиозы и их коррекция / Ю.В. Конев // *Consilium medicum*. - 2005. - Т.7, №5. - С.12-16.

14. Маев И.В. Синдром раздраженного кишечника / И.В. Маев, С.В. Черемушкин, Е.Г.Лебедева // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2004. - № 5. - С.70-75.

15. Осадчук А.М. Синдром раздраженного кишечника: клинко-морфологические типы / А.М. Осадчук // *Клиническая медицина*. - 2007. - № 3. - С.46.-50.

16. Оценка эффективности использования Лактавита для лечения хронических запоров и коррекции нарушений кишечной микрофлоры / Н.В. Харченко, В.В. Черненко, А.М. Пилецкий, И.Н. Червак // *Мистецтво лікування*. - 2007. - №1(37). - С.12-14.

17. Парфенов А.И. Теоретические и прикладные вопросы дисбактериоза кишечника / А.И.Парфенов, Г.А.Осипов, И.Н. Ручкина // *Consilium medicum*. - 2003. - Т.5, № 6. - С.23-26.

18. Пасиешвили Л.М. Некоторые аспекты диагностики и лечения больных с синдромом раздраженного кишечника / Л.М. Пасиешвили // *Сучасна гастроентерологія*. - 2005. - № 1 (21). - С.86-92.

19. Руководство по синдрому раздраженного кишечника // *Український медичний вісник*. - 2006. - № 11. - С.14-16.

20. Синдром раздраженного кишечника: подходы к диагностике и лечению // *Клиническая фармакология и терапия*. - 2003. - № 1. - С.5-9.

21. Современные представления о патогенезе синдрома раздраженного кишечника / Н.А. Жуков, Е.А. Сорокина, В.А. Ахмедов, Т.В. Третьякова // *Клиническая медицина*. - 2003. - № 12. - С.7-13.

22. Філіппов Ю.О. Рівень поширеності захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків / Ю.О. Філіппов, З.М. Шмігель, Г.П. Котельнікова // *Гастроентерологія: міжвідомчий збірник*. - Київ, 2001. - Вип.32. - С.3-6.

23. Хавкин А.И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет / А.И. Хавкин // *Русский медицинский журнал*. - 2003. - Т.11, №3. - С.122-124.

24. Харченко Н.В. Оценка эффективности и переносимости препарата Лактофильтрум в лечении гастроэнтерологических больных с синдромом дисбактериоза кишечника / Н.В. Харченко, В.В. Черненко // *Мистецтво лікування*. - 2006. - №9 (35). - С.7-9.

25. Харченко Н.В. Применение антигомотоксических препаратов в лечении больных с нарушением биоценоза кишечника / Харченко Н.В., Черненко В.В. // *Биологическая терапия*. - 2003. - №1. - С.34-38.

26. Хромова С.С. Иммунорегуляция в системе микрофлора-интестинальный тракт / С.С. Хромова, Б.А. Ефимов, Н.П. Тарабрина // *Аллергология и иммунология*. - 2004. - № 2. - С.265-271.

27. Яковлев А.А. Синдром раздраженного кишечника: клинико-патогенетические аспекты и дифференцированная терапия: дис. ... докт. мед. наук / А.А. Яковлев. - Ростов-на-Дону, 2002. - 40 с.



28. Akehurst R. *Treatment of irritable bowel syndrome a review of randomised controlled trials / R. Akehurst, E. Kaltenthaler // Gut. - 2001. - № 48 (2). - P. 272-282.*

29. Beth A. *Impact of irritable bowel syndrome on quality of life resource use in the United States and United Kingdom / A. Beth, Y. Songkai, S. Scott // Digestion. - 2001. - Vol. 60. - P. 77-81.*

30. *Prevalence, severity and associated features of gastroesophageal reflux and dyspepsia: a population-based study / M. Haque, J.W. Wyeth, N.H. Stace [e.a.] // N.Z. Med. J. - 2000. - Vol.113 (Suppl.1110). - P.178-181.*

#### Резюме

**Білоглазов В.О.** *Сучасні уявлення про синдром подразненого кишечника.*

Згідно з Римським Консенсусом III СПК - функціональний кишковий розлад, при якому абдомінальний біль або дискомфорт асоціюється з дефекацією або зміною стану кишечника та особливостями дефекації, який в розвинутих країнах серед населення складає 30%. СПК являє собою біопсихосоціальний розлад кишечника, в основі якого лежить взаємодія психосоціального впливу і сенсомоторної дисфункції.

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника, етіопатогенез, клініка.

#### Резюме

**Белоглазов В.О.** *Современные представления о синдроме раздраженного кишечника.*

Согласно Римскому Консенсусу III СПК - функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт ассоциируются с дефекацией или изменением состояния кишечника и особенностями дефекации, которое в развитых странах среди населения составляет 30%. СПК представляет собой биопсихосоциальное расстройство кишечника, в основе которого лежит взаимодействие психосоциального влияния и сенсомоторной дисфункции.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, этиопатогенез, клиника.

#### Summary

**Biloglazov V.O.** *The modern picture of irritable bowel syndrome.*

According to Rome Consensus III irritable bowel syndrome defined as functional intestinal disorder at which abdominal pain or discomfort is associated with defecation or change of status of intestine and the features of defecation, which is 30% spread among the population of developed countries. Irritable bowel syndrome is a biological, psychological and social disorder to the intestine based on cooperation of the psychological influence and sensomotoric disfunction.

**Key words:** irritable bowel syndrome, etiopatogenesis, clinic.

**Рецензент:** д.мед.н., проф.Ю.Г.Бурмак