# Синдром раздраженной толстой кишки

**Введение**

   Изучение функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), объединяемых понятием синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК), ведется с конца XIX в. Первые описания синдрома в рамках "мукозного энтерита" представлены в работе J. Da Costa, опубликованной в 1871 г. Начиная с 30-х годов прошлого века наибольшее распространение получил термин "синдром раздраженной толстой кишки", предложенный H. Bockus в 1929 г. В качестве синонимов используются такие понятия, как "спазмированная толстая кишка", "спастический колит", "невроз толстой кишки", "дискинезия толстой кишки", "функциональная диарея", "функциональная энтероколонопатия", "нервная диарея".

**Эпидемиологические показатели**

   СРТК относится к наиболее распространенным психосоматическим расстройствам (А.Б. Смулевич и соавт., 1999). По данным эпидемиологических исследований, примерно одна пятая всего населения страдает симптомами СРТК в те или иные периоды жизни, а встречаемость симптомов СРТК в населении оценивается в 8-19% (D.A. Drossman, 1994). Однако далеко не во всех случаях симптомы СРТК достигают клинического уровня и определяют необходимость обращения за медицинской помощью. Лишь 5% из всех лиц с признаками нарушений функций толстой кишки страдают клинически завершенными формами СРТК (G. Friedman, 1991).
   СРТК - наиболее частая форма патологии в гастроэнтерологической практике: на его долю приходится до 11% от всех диагнозов, устанавливаемых гастроэнтерологами (J. Richter, 1989). Более того, симптомы СРТК выявляются у 50% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам (R.F. Harvey и соавт., 1983).
   В большинстве случаев СРТК развивается в позднем подростковом и раннем взрослом возрасте, причем у женщин примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин. Известны лишь единичные случаи манифестации СРТК у лиц старше 60 лет. СРТК, как правило, манифестирует моносимптомами, наиболее типичные из которых - боль и ощущение переполнения в животе или эпигастрии, тошнота, "урчание" в области живота, либо расстройства аппетита или стула (B. Hochstrasser, J. Angst, 1996).

**Дефиниция и диагностические критерии**

   Основными проявлениями СРТК, в соответствии с большинством используемых на сегодняшний день дефиниций этого симптомокомплекса, являются нарушения моторной функции толстого кишечника и абдоминалгии.
   Нарушения моторики толстого кишечника реализуются в изменениях стула. Чаще выявляется преобладание запоров (примерно половина пациентов), а случаи с преобладанием диареи и смешанные варианты (перемежающиеся диарея и запоры) распределяются примерно одинаково (Ф.И. Комаров и соавт., 1999). Для пациентов с запорами типично ощущение неполноты опорожнения кишечника после дефекации, что сопровождается частыми и субъективно тягостными попытками повторной дефекации. Случаи с преобладанием диареи характеризуются жидким и учащенным стулом, суммарный объем которого, однако, не превышает такового в норме.
   Вторым ведущим клиническим признаком СРТК является болевой синдром. В большинстве случаев абдоминалгии носят характер спастических болей, изолированных или эпизодически возникающих на фоне диффузных и стойких болевых ощущений в области живота. Алгии могут отличаться по интенсивности и локализации не только у разных пациентов, но и у одного пациента в различные периоды времени. Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстого кишечника, а также и экстраабдоминальная локализация (K. Moriarty, A. Dawson, 1982). Одной из особенностей болевого синдрома при СРТК является обострение алгий на фоне позывов на дефекацию и их редукция (полная или частичная) непосредственно после дефекации.
   На сегодняшний день разработано несколько диагностических критериев СРТК. Наиболее широкое распространение получили так называемые Римские критерии, основанные на симптоматологическом подходе к классификации функциональных расстройств ЖКТ.
   Диагностические критерии СРТК ("Римские" критерии):
**Следующие симптомы, непрерывные или рецидивирующие в течении более 3 мес:**

1. Боли или ощущения дискомфорта в области живота, которые
а) облегчают после дефекации и/или
б) связанные с частотой стула и/или
в) связаны с изменениями в консинтенции стула
2. Дополнительно 2 или более из следующих симптомов в течении более 1/4 числа дней:
а)изменение частоты стула(более 3 позывов в день или менен 3 в неделю );
б) изменение консинтенции стула(твердый или жидкий);
в) изменение пассажа (ускоренеие или ощущение неполного освобождения толстой кишки);
г) выделение слизи;
д) чувство распирания или расширение кишечника.

   (Цит. по W.G. Thompson и соавт. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. Gastroenterol. Int. 1988; 2: 92-5).
   Несмотря на определенные разногласия, все диагностические схемы предусматривают квалификацию СРТК по типу диагноза исключения, т.е. при условии исключения любой органической патологии ЖКТ, которая может лежать в основе формирования и динамики симптомов СРТК.
   Следует также отметить, что трактовка сущности СРТК в последние годы претерпевает значительные изменения, что связано с расширением знаний в области этиологии, патогенеза и клинических особенностей СРТК. При этом в первую очередь подчеркивается сопряженность нарушений функций ЖКТ, рассматриваемых в рамках СРТК, с патологическими процессами в центральной нервной системе. Так, в соответствии с явно прослеживающейся тенденцией к пересмотру понятия "функциональных расстройств" внутренних органов предполагается, что СРТК выступает как клиническая манифестация дисбаланса в нейротрансмиттерных системах, в частности, серотонинергической и допаминергической (Д.С. Саркисов, 1998; С.И. Рапопорт, 1999).
   Современные этиопатогенетические концепции СРТК основаны на взаимодействии генетически и психогенно обусловленных (т.е. связанных с психотравмирующими воздействиями) патофизиологических, психопатологических и личностных расстройств. В качестве иллюстрации можно привести биопсихосоциальную схему СРТК, представленную в одной из последних работ D. Drossman и соавт., 1999 (см. рисунок).

**СРТК и психическая патология: клинические соотношения**

   Связь функциональных нарушений ЖКТ при СРТК с психической патологией отмечалась еще в работах J. Da Costa. Автор связывал возникновение приступообразных болей в животе, сопровождавшихся диареей и учащением стула, с патологическими страхами, тревогой, повышенной возбудимостью.
   Данные многочисленных исследований подтверждают, что СРТК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстого кишечника и различные психопатологические образования. По оценкам различных исследователей, встречаемость психических расстройств при СРТК достигает 70-90%. При этом гастроэнтерологические расстройства более чем в половине случаев манифестируют на фоне уже сформировавшейся психической патологии. С другой стороны, более 50% пациентов с СРТК реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики.
**Рисунок. Биопсихосоциальная модель СРТК (адаптировано по D.A. Drossman, F.H. Creed, K.W. Olden, J. Svedlund, B.B. Toner, W.E. Whitehead. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. Gut 1999; 4S(Suppl II): II25-30).
**

   Отмечается преобладание невротических (тревожных) и аффективных (депрессивных) расстройств, протекающих с выраженными алгическими и вегетативными нарушениями (слабость, повышенная утомляемость, нервозность, головокружение, головные боли, тремор, боли в области спины, нарушения сна).
   Как свидетельствуют результаты исследования, выполненного сотрудниками Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель - член-корр. РАМН, проф. А.Б. Смулевич) НЦПЗ РАМН и Лаборатории хрономедицины и клинических проблем гастроэнтерологии РАМН (руководитель - акад. РАМН, проф. Ф.И. Комаров) пациенты с СРТК различаются по клиническим проявлениям (как психопатологическим, так и связанным с нарушениями функций ЖКТ) и динамике заболевания.
   ***СРТК и невротические расстройства (органный невроз)*** В части случаев психические нарушения ограничиваются невротическими - тревожными и соматоформными (алгическими, вегетативными) расстройствами. При этом СРТК протекает более благоприятно, а клиническая динамика состояния пациентов подчиняется основным закономерностям течения так называемых органных неврозов, таких, например, как кардионевроз.
   Особенности состояния таких пациентов состоят в том, что болевые ощущения, несмотря на их отчетливую привязанность к области органов пищеварения, как правило, не имеют четкой локализации. Абдоминалгии обнаруживают тенденцию к миграции, изменчивости областей иррадиации и интенсивности. Характер болей также отличается лабильностью: ощущения жжения сменяются тянущими, спастическими или колющими болями. При этом алгии сопровождаются ощущением вздутия живота, внезапными неоднократными позывами на дефекацию с последующим чувством неполноты опорожнения кишечника. Зачастую больные ретроспективно связывают возникновение симптомов с нарушением диеты, образа жизни, перемены места постоянного проживания, психотравмирующими обстоятельствами.
   Патологические телесные ощущения в большинстве случаев не ограничиваются абдоминалгиями. Характерно присоединение головных болей по типу стягивающего обруча, либо кола, вбитого в голову, прокалывающих болей в области сердца. Часто отмечается конверсионная симптоматика - головокружения, неустойчивость и шаткость походки, периодически возникающие обморочные состояния, онемение рук и ног по типу истерических "перчаток" и "носков".
   Патологические телесные ощущения при рассматриваемом варианте СРТК, как правило, сочетаются с тревожно-фобическими расстройствами. Имеют место эпизодические обострения болевых ощущений и расстройств стула в рамках панических приступов (эпизодические спонтанные или ситуационно обусловленные приступы страха с массивными вегетативными расстройствами). Симптоматика, как правило, возникает остро, в метро, общественном транспорте, реже - на улице, по ходу следования на работу. В ряде случаев присоединяются патологические страхи недержания кишечных газов или позывов на дефекацию в общественном месте, что сопровождается формированием охранительного поведения: отказ от поездок в общественном транспорте, ритуальные неоднократные посещения туалетов перед выходом на улицу до ощущения полного опорожнения кишечника, изучение мест расположения общественных уборных по маршруту следования.
   Другой особенностью СРТК, протекающего в рамках органного невроза, является чрезмерная фиксация пациентов на "патологических процессах" в ЖКТ. Неудовлетворенность в отрицательных результатах исследований, тревога по поводу своего здоровья приводят к попыткам самостоятельно, на основании ощущений и сведений, почерпнутых из популярной и специальной литературы, поставить себе диагноз и заняться самолечением.
   В ряду характерных преморбидных особенностей больных с СРТК, протекающих по типу органного невроза, следует отметить черты так называемой симптоматической лабильности с акцентуацией на функциях ЖКТ: возникающие на фоне нервного напряжения (экзамены в школе, ответственные мероприятия, проверки на производстве) кратковременные изменения частоты стула, ощущения сжатия, распирания, бурчания в области живота.
    При сравнительно большой (до нескольких лет) длительности течения заболевания пациенты легко адаптируются к своим состояниям, обращаясь к врачу лишь после усиления симптоматики на фоне какого-либо психотравмирующего события, либо при появлении новых, не свойственных прежнему состоянию симптомов, таких как нехарактерные боли в животе, появление приступов одышки, сердцебиения. Даже в случаях стойкого избегающего поведения не наблюдается снижения работоспособности, профессионального стандарта - пациенты сохраняют социальную активность.
   ***СРТК и личностные расстройства (ипохондрическое развитие)***
   В ряде случаев хронификация симптомов СРТК сопряжена патологической динамикой личностных черт, которая обозначается как ипохондрическое развитие. Преморбидные личностные особенности представлены чертами ригидности, скрупулезности, утрированной склонностью к порядку, сочетающимися с тенденциями к тревожным реакциям при вынужденных переменах в устоявшемся укладе жизни, застреванию на неприятностях.
   Манифестация СРТК, как и при органных неврозах, как правило, связана с психотравмирующей ситуацией. Однако после разрешения такой ситуации обратного развития симптомов не отмечается. Напротив, проявления СРТК стойко сохраняются на протяжении многих лет и приобретают доминирующее значение в сознании пациента. Формируется сверхценный ипохондрический симптомокомплекс, включающий наряду с абдоминалгиями и периодическими нарушениями стула выраженные изменения в направленности интересов и всего строя жизни пациента.
   Болевые ощущения отличаются четкостью и стойкостью локализации, неизменностью характера ощущений (как правило, режущие, давящие, тянущие боли), детальностью в описаниях. Типичны периодические обострения алгической симптоматики, связанные с психотравмирующими воздействиями. Пациенты фиксированы на болевых ощущениях, которые нередко сопровождаются фобиями (канцерофобия).
   Фиксация на состоянии здоровья сопровождается тщательным штудированием соответствующей научно-популярной литературы, приверженностью к немедикаментозным методам лечения. По мере течения заболевания пациенты постепенно исключают из рациона все большее количество пищевых продуктов. Причем если на начальных этапах болезни подбор диеты осуществляется в соответствии с рекомендациями врачей, то с годами этот процесс становится все менее рациональным. Подбор диеты осуществляется преимущественно в соответствии с выраженностью абдоминалгий и телесного дискомфорта после приема тех или иных продуктов или основывается на отрывочных сведениях, почерпнутых из популярной литературы или от знакомых. При этом пациенты, как правило, отказываются изменять диету в соответствии с рекомендациями врачей, мотивируя это тем, что любое, даже незначительное отклонение от сложившегося стереотипа питания сопровождается резким усилением абдоминалгий, метеоризмом, ощущением вздутия живота, нарушениями стула. Подобная же избирательность наблюдается и в отношении лекарственных средств.
   ***СРТК и аффективные расстройства (соматизированная депрессия)***
   Сопряженность СРТК с депрессивными расстройствами отмечается примерно в 2 раза чаще, чем с невротическими. Преобладают затяжные (более 2 лет) эндогенные депрессии - периодические депрессивные состояния, возникающие аутохтонно (вне непосредственной связи с психотравмирующими событиями), как правило, легкой и умеренной степени тяжести.
   В ряду клинических признаков депрессии преобладают так называемые соматические симптомы депрессии, среди которых ведущее место занимают нарушения функций пищеварительной системы. При этом признаки нарушений функций ЖКТ, типичных для СРТК - запоры, абдоминалгии, выступают в качестве общих симптомов депрессии и патологии системы пищеварения (СРТК) наряду со снижением аппетита (депрессивная анорексия), ощущением неприятного привкуса или горечи во рту, сухостью слизистой ротовой полости. Также отмечаются значительное снижение массы тела и стойкие нарушения сна.
   В отличие от пациентов с невротическими расстройствами у больных депрессией абдоминалгии характеризуются монотонностью и однотипностью проявлений и лишь в единичных случаях сопровождаются патологическими телесными ощущениями экстраабдоминальной локализации. Боли носят преимущественно тянущий или ноющий характер, лишь эпизодически отмечаются резкие спастические алгические ощущения. Пациенты отмечают тягостный, "мучительный" и "изнуряющий" характер болей. Абдоминалгии неизменны по локализации, сохраняются на протяжении всего периода бодрствования. Интенсивность болей меняется редко, преимущественно в соответствии с характерным для эндогенных депрессий суточным ритмом выраженности всей депрессивной симптоматики с утяжелением в утреннее или реже вечернее время.
   Диагностика таких депрессивных состояний, обозначаемых как соматизированные депрессии, требует тщательного клинического обследования, так как основные симптомы эндогенной депрессии - собственно депрессивное настроение и содержательный симптомокомплекс депрессии (идеи малоценности, чувство вины, пессимистическая оценка собственного положения в окружающем мире) остаются как бы на втором плане. Квалификация депрессии должна основываться на отдельных, но наиболее значимых симптомах депрессии, включающих: признаки собственно депрессивного настроения (стойкая подавленность, угнетенность, чувство тоски), патологический суточный ритм, идеи самообвинения, суицидальные мысли, периодичность манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение.
   ***СРТК и шизофрения***
   Признаки СРТК, сходные с нарушениями функций ЖКТ при органных неврозах и ипохондрическом развитии, могут наблюдаться у больных вялотекущей ипохондрической шизофренией. Однако в этих случаях клинические проявления СРТК и сопутствующей психопатологической симптоматики приобретают ряд особенностей, определяющих диагностику состояния в рамках эндогенного заболевания.
   В клинической картине доминируют аномальные телесные ощущения в области живота, тогда как изменения частоты и консистенции стула отчетливо выражены, как правило, только в периоде манифестации заболевания, а в дальнейшем выявляются лишь эпизодически. Тягостные ощущения в области живота утрачивают характер болей, отличаются необычностью и неопределенностью формулировок, используемых пациентами для их описания (чувство скручивания, переворачивания, сверления, перекатывания), приобретая характер сенестопатий.
   Упорное стремление к обследованию в связи с опасениями злокачественного новообразования сочетается с настороженностью и недоверием к мнению врачей, высказывающих сомнение в наличии онкологического заболевания. Сообщение об отрицательных результатах обследования не приводит к облегчению состояния (как это свойственно больным с невротическими расстройствами), а, напротив, ведет к усугублению недоверия, а в некоторых случаях и к убежденности в том, что врачи целенаправленно скрывают факт тяжелого соматического заболевания. Настороженность в отношении возможной онкологической патологии сопровождается односторонней интерпретацией изменений самочувствия: запоры трактуются как признаки кишечной непроходимости, незначительное снижение массы тела - как проявление раковой кахексии.
   Еще одной особенностью клинической картины СРТК у больных шизофренией является нелепость и вычурность диетических схем и других средств, к которым прибегают пациенты для купирования тягостных ощущений в области толстого кишечника: сильное (до образования геморрагий) надавливание или удар кулаком в области проекции боли, длительное (до нескольких часов подряд) пребывание в ванне с прохладной водой и т.д.
   По мере течения заболевания наряду с ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях и изменениях частоты стула выявляются отчетливые признаки типичных для шизофрении негативных изменений личности - аутизма и астенического дефекта. Связанная с эндогенным процессом аутизация проявляется постепенным сужением круга общения, утратой теплых чувств к близким, отказом от любых видов деятельности или интерперсональных контактов, не связанных с состоянием здоровья.
   Нарастающие с годами признаки астенического дефекта определяют непреходящее ощущение слабости во всем теле, "дряблости" мышц, непереносимости интеллектуальных, эмоциональных и физических нагрузок: в ответ на любое напряжение отмечается резкое обострение болевых ощущений и нарушение частоты стула. При этом обращает на себя внимание несоответствие тяжести нагрузки степени и длительности обострения алгической симптоматики.
   СРТК, сопряженный с шизофренией, отличается наименее благоприятным исходом с выраженным снижением профессионального уровня и социальной дезадаптацией вплоть до полной утраты работоспособности и инвалидизации.

**Терапия**

   Учитывая тесные взаимосвязи нарушений функций ЖКТ с психопатологическими нарушениями, фармакотерапия СРТК предусматривает **комбинированное применение** **психотропных средств** и препаратов, используемых в гастроэнтерологической практике для нормализации моторной функции и внутренней среды толстого кишечника. В частности, при выраженных явлениях дисбактериоза и стойкого спазма толстого кишечника рекомендуется сочетать психофармакотерапию с бактериальными препаратами или спазмолитическими средствами.
   Полиморфизм психических расстройств, сопряженных с нарушениями функций толстой кишки, определяет показания к применению всех основных классов психотропных средств - транквилизаторов (анксиолитиков), антидепрессантов и нейролептиков.
   Очевидно, что выбор средств психофармакотерапии необходимо соотносить с дополнительными требованиями, предъявляемыми при лечении психосоматической патологии, а именно - минимальность неблагоприятного влияния на соматические функции и отсутствие нежелательных лекарственных взаимодействий с соматотропными препаратами. Наиболее полно таким требованиям отвечают транквилизаторы, как производные бензодиазепина (диазепам - валиум, хлордиазепоксид - седуксен, реланиум, клоразепат - транксен и др.), так и других химических групп и, в первую очередь, блокаторы гистаминовых Н1-рецепторов (гидроксизин - атаракс); современные антидепрессанты - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин - прозак, сертралин - золофт, пароксетин - паксил, циталопрам - ципрамил, флувоксамин - феварин), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (тианептин - коаксил), селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (миансерин - леривон), обратимые ингибиторы моноаминооксидазы (моклобемид - аурорикс, пиразидол); отдельные нейролептики (сульпирид - эглонил, хлорпротиксен, алимемазин - терален, оланзапин - зипрекса, рисперидон - рисполепт)2.
   При формировании симптомов СРТК у больных с органными неврозами и ипохондрическим развитием показано применение **транквилизаторов**, а в случаях с выраженной тревожно-фобической симптоматикой (частые и спонтанные панические атаки) - серотонинергических антидепрессантов с анксиолитическими свойствами (коаксил, пароксетин). Особое место в лечении таких пациентов занимает препарат класса замещенных бензамидов сульпирид (эглонил). Как свидетельствуют результаты исследований, этот препарат благодаря широкому спектру клинической активности (комбинация антиэметического - противорвотного, антидиспепсического и психотропного эффектов) может оказаться эффективным средством монотерапии (без присоединения спазмолитиков, бактериальных средств, анальгетиков) у более чем половины пациентов. В дозах 200-450 мг/сут сульпирид оказывает комплексное клиническое действие, обеспечивая одновременную редукцию как психопатологических симптомов, так и нарушений функций ЖКТ.
   Больным соматизированными депрессиями более предпочтительно назначение **антидепрессантов**. При этом выбор антидепрессанта должен основываться как на особенностях спектра психотропной активности (соотношение противотревожных/активирующих компонентов терапевтического эффекта), так и на особенностях побочных эффектов препаратов.
   Для пациентов с преобладанием в структуре СРТК запоров более показаны антидепрессанты с селективным серотонинергическим действием (флуоксетин, сертралин, пароксетин, тианептин), обладающие стимулирующим эффектом в отношении моторики толстого кишечника. Традиционные трициклические антидепрессанты в этих случаях менее предпочтительны из-за выраженных антихолинергических эффектов, способных усугублять как тяжесть запоров, так и других субъективно тягостных нарушений функций ЖКТ (сухость во рту).
   При сочетанных тревожно-депрессивных состояниях целесообразно ориентироваться на антидепрессанты, обладающие наиболее отчетливым анксиолитическим эффектом (пароксетин, тианептин).
   Если СРТК в структуре соматизированной депрессии протекает с преобладанием диареи, то, напротив, целесообразнее использовать антидепрессанты других классов, такие как селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (миансерин), не обладающие отчетливыми эффектами в отношении моторных функций ЖКТ.
   Особые затруднения возникают при лечении больных шизофренией с мономорфными, неизменными по своим проявлениям и стойкими (в течение многих лет) алгиями с четкой локализацией, сопряженными со сверхценной фиксацией на болевом синдроме. В этих случаях целесообразно использовать психотропные средства из группы **нейролептиков** - сульпирид (эглонил), рисперидон (рисполепт), оланзапин (зипрексу), а в случае лекарственной резистентности - и другие нейролептики (галоперидол, пипотиазин - пипортил).

Статья С.В. Иванова "Синдром раздраженной толстой кишки"