

УДК 616.345

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

В. Н. Петров¹, И. М. Журавская²¹ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России», Россия² ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский колледж № 2», Россия

IRRITABLE BOWEL SYNDROME

V. N. Petrov¹, I. M. Zhuravskaya²¹ North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Russia² Saint Petersburg Medical College № 2, Russia

© В. Н. Петров, И. М. Журавская, 2012 г.

Дано описание причин, принципов диагностики и лечения синдрома раздраженной кишки. Описаны компоненты сестринской помощи при этом заболевании.

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

The paper describes the causes and principles of diagnostics and treatment of irritable bowel syndrome. The components of nursing care in this condition outlined.

Keywords: irritable bowel syndrome, diagnostics, treatment, nursing care.

Синдром раздраженной кишки (СРК) — устойчивая совокупность функциональных расстройств, возникающих не реже 3 дней в месяц в последние 3 месяца 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 двух стойких признаков нарушений опорожнения кишечника.

Распространенность СРК среди взрослого населения экономически развитых стран составляет 15–20%, среди лиц пожилого и старческого возраста — 11%. Пик заболеваемости падает на трудоспособный возраст — 30–40 лет с существенным ее преобладанием у женщин по сравнению с мужчинами. СРК у женщин и мужчин пожилого возраста встречается с одинаковой частотой. Большинство пациентов (70%) 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 пациента.

Этиология и патогенез. Причины и механизмы развития СРК изучены недостаточно. Его возникновению способствуют 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 нервной системы и их регулирующего влияния на различные 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, главные из которых — это болевой синдром, запор и диарея.

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

Клиника и диагностика. Синдрому 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.

Критерии синдрома раздраженной кишки:

- 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.);
- интенсивное натуживание при дефекации;
- императивные позывы;
- выделение слизи с калом;
- вздутие живота, метеоризм.

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 два типа формы стула: 1) отдельные комки твердого («овечьего») кала; 2) колбасовидный комковатый кал. Диарее свойствен жидкий, водянистый или пористый с отдельными кусочками кала. Признаки, при наличии которых можно констатировать *запор* (достаточно наличия одного из трех признаков):

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

Нередко при сохраненных 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 указывает 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 первом опорожнении кишечника кал может быть оформленным, а при последующих — кашицеобразным или жидким. Диарея отсутствует в ночное время.

Боли в животе, представляющие собой наиболее важные в диагностическом плане клинические проявления, имеют широкий спектр интенсивности: от легкого дискомфорта и ноющей боли до интенсивной, схваткообразной, имитирующей кишечную колику. Они локализируются в боковых и/или нижних отделах живота, возникают чаще утром, не-

редко после приема пищи, отсутствуют 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 (расстройство 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, алкогольные напитки и др.) и лекарственных препаратов (слабительные средства, антибиотики, сульфаниламиды, желчные кислоты, соли железа, калия и др.) при 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 возможность 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:

- немотивированная потеря 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 варьирует — от минимального до значительного, подбирается индивидуально и обычно зависит от тяжести и длительности симптомов, возраста пациента, его психосоциального статуса, диагностических возможностей лечебно-профилактического учреждения.

Показаны следующие лабораторные и инструментальные исследования:

- клинический анализ крови, определение уровня общего билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы в крови;
- 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 исключить 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. Разумно (целенаправленно) собранный анамнез с последующим объективным исследованием позволяет семейной медицинской сестре сформулировать проблемы пациента и правильно спланировать сестринский уход.

Медицинская сестра расспрашивает пациента о наличии острых кишечных инфекций в предыдущие годы, хронических заболеваний пищеварительной системы, психоэмоциональных 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.

Представляют интерес сведения о психоэмоциональном климате в семье, на работе пациента, его психологическая реакция на болевую и диспепсический синдромы, заболевание в целом.

Медицинская сестра может выявить повышенную возбудимость, раздражительность, тревожность, панические настроения, нарушения сна, депрессивное состояние у пациента. На основании жалоб и данных объективного исследования медицинская сестра 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.
- Больному с установленным диагнозом СРК следует задать следующие вопросы: какие причины вызвали обострение заболевания? Соблюдает ли он диету? Применяет ли и как переносит предписанные лекарственные препараты? Не занимается ли самолечением?

Основная роль в решении проблем пациента принадлежит осуществляемой преимущественно врачом немедикаментозной и лекарственной терапии. Благоприятным фоном в этом отношении являются мероприятия сестринского ухода.

Множественность, неспецифичность, изменчивость клинических проявлений нередко вызывают большие трудности в постановке диагноза СРК. Медицинская сестра на основании выявленных проблем может заподозрить заболевание желудочно-кишечного тракта, иногда толстой кишки и направить пациента к врачу. Его задачи: выделить доминирующий клинический синдром, исключить симптомы тревоги и заболеваний пищеварительной системы с последующей идентификацией (верификацией) СРК.

Медицинская сестра готовит пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям, сообщает ему об их целесообразности, безопасности и диагностической ценности. Она должна владеть навыками психотерапевтической беседы, установления хорошего контакта с пациентом и объяснить ему, что СРК — обычное заболевание пищеварительной системы, склонное к рецидивам, как правило, не ухудшающее самочувствие и трудоспособность, не укорачивающее жизнь и не являющееся предстадией рака. Важно сообщить, что при этом заболевании необходимы определенные усилия пациента и членов его семьи по изменению образа (стиля) жизни: модификации питания, исключению психосоциальных и психоэмоциональных стрессовых ситуаций, иногда изменению профессиональной деятельности.

В процессе наблюдения за пациентом медицинская сестра отмечает изменения его самочувствия и общего состояния, динамику клинических проявлений заболевания, обучает методам самоухода, следит за выполнением гигиенических 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, уединение ему во время дефекации и помогает осуществлять туалет промежности.

Медицинская сестра планирует и осуществляет свою работу в сотрудничестве с врачами (семейный врач, терапевт, гастроэнтеролог, психотерапевт и др.), специалистами в области лечебной физкультуры, физиотерапии, фитотерапии и др. Она заполняет сестринский дневник, отражающий жалобы, динамику состояния, основные жизненные функции, физиологические отправления, особенности поведения и психики пациентов, их реакцию на уход, отмечает возникновение новых проблем.

Медицинская сестра способствует созданию благоприятного психологического климата в семье, атмосферы доброжелательности, взаимопонимания, психологической, физиологической, экономической поддержки пациента. Немаловажные составляющие сестринского ухода — просвещение и обучение пациентов и членов его семьи: пропаганда и организация здорового образа жизни, предоставление основных сведений о заболевании, способах его немедикаментозного лекарственного лечения.

В поликлинических (домашних) условиях медицинская сестра при динамическом наблюдении за пациентом оценивает клинические проявления СРК, общее состояние, следит за соблюдением режима физической активности, диетотерапии, медикаментозного лечения, выявляет побочные действия лекарственных средств и сообщает об этом врачу. Она должна привлечь пациента и членов его семьи к ак-

тивному сотрудничеству с медицинскими работниками при решении различных проблем.

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 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 функции кишечника. Учитываются привычки и пристрастия, непереносимость определенных пищевых продуктов, исключаются спиртные напитки. 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 литров 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 рекомендуют 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:

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

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

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, ципраamil, amitриптилин и др.) и транквилизаторы (грандаксин, феназепам, мидазолол и др.) нередко в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией и гипнотерапией.

Лечение больных СРК недостаточно эффективно, но часто способствует улучшению их самочувствия и общего состояния. Прогноз заболевания благоприятный, длительно сохраняется трудоспособность пациентов и отсутствует прогрессирование СРК.

В заключение отметим, что СРК достаточно распространен среди населения трудоспособного возраста. Он характеризуется длительным легким течением с неспецифической клинической симптоматикой, трудно диагностируется, особенно на догоспитальном этапе, не нарушает, как правило, качества жизни пациентов. Медицинской сестре полезно знать основные принципы диагностики и лечения СРК, позволяющие заподозрить этот синдром, своевременно направить пациента к семейному врачу с последующим тщательным (стационарным) обследованием и квалифицированным лечением. Эффективность лечебных мероприятий и здоровье пациента во многом зависит от деятельности семейной медицинской сестры — знания и умения качественно осуществить специализированный сестринский уход.

Литература

1. Петров Д. П. Синдром раздраженного кишечника // Consilium medicum. — 2009. — № 8. — С. 40–43.
2. Успенский Ю. П., Захаренко С. М., Фоминых Ю. А. Инфекционные агенты и синдром раздраженной кишки // Тер. архив. — 2011. — № 2. — С. 64–67.
3. Циммерман Я. С. Синдром раздраженной кишки: современное состояние проблемы и перспективы // Клинич. медицина. — 2007. — № 10. — С. 14–21.
4. Черемушкин С., Маев И., Кучерявый Ю. и др. Спазмолитики при синдроме раздраженного кишечника с позиций доказательной медицины // Врач. — 2012. — № 1. — С. 45–52.
5. Шептулин А. А. Синдром раздраженного кишечника: спорные и нерешенные вопросы // Клинич. медицина. — 2005. — № 8. — С. 78–81.
6. Шулпекова Ю. О. Диета при болезнях кишечника: традиционные основы и новые открытия // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2011. — № 4. — С. 82–89.

Авторы:

Петров Валерий Николаевич — профессор кафедры сестринского дела и социальной работы ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова Минздрава России»

Журавская Ирина Михайловна — к. м. н., преподаватель СПб ГОУ СПО «Медицинский колледж № 2»