

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО  
НЕЯЗВЕННОГО КОЛИТА И СИНДРОМА  
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

И. ЦЫБЫРНЭ, В. АНДРЕЕВ,  
Государственный Университет Медицины и  
Фармации им. Н. Тестемицану

### Summary

#### **Prevention of Chronic Non-Ulcerous Colitis and the Irritated Intestine Syndrome**

*The lecture offers a contemporary scientific approach of dealing with the so-called irritated intestine syndrome. The problems of incidence, causes, pathogenesis, clinical picture, diagnosis including the laboratory and instrumental procedures are discussed.*

*A complex long-standing and presumptive cause – related treatment is suggested, this being conditioned by the severity of symptoms.*

*The importance of active follow-up examinations as well as the prevention of the irritated intestine syndrome development has been also treated.*

**Key-words:** irritated intestine syndrome, incidence, causes, clinical picture, diagnosis, treatment, prevention.

### Rezumat

#### **Profilaxia colitei neulcerose cronice și a sindromului de intestin iritat**

*Prelegerea oferă o abordare științifică contemporană a așa-numitului sindrom al intestinului iritat.*

*Sunt discutate așa probleme ca incidența, cauzele, patogenia, tabloul clinic, diagnosticarea prin metode de laborator și instrumentale.*

*Se recomandă un tratament complex de durată și condiționat de cauza prezumtivă, acesta depinzând de gravitatea simptomelor.*

*Este, de asemenea, abordată importanța unei urmăririi în dinamică a bolnavilor, dar și prevenirea dezvoltării sindromului intestinului iritat.*

**Cuvinte-cheie:** sindromul intestinului iritat, incidență, cauze, tablou clinic, diagnostică, tratament, prevenire.

**Хронический неязвенный колит** (ХНК) – это воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки, чаще дистального отдела толстой кишки, с нарушением её моторно-эвакуационной функции (А.М. Ногаллер и соавт., 1989; Е. М.Самсон и соавт., 1988 и др.).

В структуре заболеваемости органов пищеварения хронический неязвенный колит занимает от 16% до 80% случаев. ХНК наиболее распространен среди людей пожилого и старческого возрастов и имеет обычно спастический или атонический характер (А.М. Ногаллер и соавт., 1989). Этому способствуют увеличение общей длины кишечника, атрофия слизистой оболочки и мышечного слоя, усиление размножения гнилостной гноеродной инфекции, ослабление всасывательной функции кишечника и т.д. у пожилых и старых людей.

В развитых странах мира (Западная Европа, Северная Америка, Азия) заболевание со схожими симптомами ХНК называется синдромом раздраженного кишечника (СРК), в основе патологии которого не воспаление, а функциональное расстройство кишечника (I.V.Chang, N.I. Talley, 2010; N. Caporaso et al., 2010; G.C. Parkes et al., 2010; L. Ohman, M. Simrén, 2010 и др.).

Установление диагноза функционального заболевания – синдрома раздраженного кишечника – правомерно и в России, пишет В.Т. Ивашкин и соавт. (2001). В работе будем придерживаться термина и патологии *синдрома раздраженного кишечника*.

Синдром раздраженного кишечника является наиболее распространенным хроническим функциональным расстройством кишечника, особенно в развитых странах (5-20% от общего населения, А.С. Ford, 2009; 7-10%, G. Clarke et al., 2009; 14-20% от взрослого населения, M. Vixquert Jiménez, 2009).

В США СРК затрагивает от 3 до 20% населения (O. Grundmann, S.L. Voon, 2010), в Сингапуре – 8,6%, Токио – 9,8%, Индии – 4,2% (K.A. Gwee et al., 2009). Распространенность СРК в Азии ниже 5% (K.A. Gwee et al., 2009).

Причины СРК плохо изучены, точная этиология неизвестна (А.С. Ford, 2009). Поскольку этиология остается неясной, то причины СРК могут быть многофакторными (M. Vixquert Jiménez, 2009).

Причинами СРК могут быть желудочно-кишечные инфекции в прошлом (до 25%), дисбактериоз (значительное снижение лактобацилл, по крайней мере у части больных), гиперчувствительность пищеварительного тракта (нарушение нейронной функции кишки, где важную роль в этом нарушении играли воспаление в прошлом и иммунологические изменения – увеличение активности кишечной иммунной системы), наркотики, психологический стресс, курение, длительный прием антибиотиков, непереносимость определенных пищевых продуктов (аллергия), пищевые

добавки, экологические, генетические и другие факторы (S.M. Collins et al., 2009; R. Spiller, K. Garsed, 2009; A. Morcos et al., 2009; G.C. Parkes et al., 2010; A.D. Halpert, 2010; E.D. Shah et al., 2010).

Причинами СРК также могут быть мало-подвижный образ жизни, малое поступление с пищей возбудителей перистальтики (пищевых волокон, клетчатки), односторонний рацион с преобладанием углеводов и недостатком белков и витаминов, заболевания органов системы пищеварения, женской половой сферы, урологические заболевания, глистная и паразитарная инвазия, энзимопатии, ангины, аномалии развития кишечника, токсико-химические вещества и промышленные яды, ионизирующая радиация, ссадины ануса, геморрой и т.д. (А.В. Фролькис, 1991; А.Р. Златкина, 1994 и др.). Патофизиология СРК плохо изучена. Существует несколько гипотез механизма возникновения этой патологии. Важная роль в патогенезе СРК принадлежит иммунной системе, особенно в фазе обострения и тяжелой формы (нарушение Т и В лимфоцитов, иммуноглобулинов в сыворотке крови).

Определенное место в патогенезе занимает ферментативная недостаточность, электролитные и другие обменные нарушения, дефицит витаминов и т.д. (А.М. Ногаллер и соавт., 1989). Клиника СРК характеризуется болями в нижней части живота, вокруг пупка, вздутием (метеоризм) живота, запорами, поносами, сменами запоров и поносов, кишечным кровотечением, обложением белым налетом языка и т.д.

В клинической картине СРК ведущим и постоянным является болевой синдром разной степени выраженности с локализацией в нижней части живота с иррадиацией в область заднего прохода. Наблюдаются также метеоризм, чередование запоров и поносов, синдром неполного опорожнения кишечника, физическая слабость. Функциональные расстройства кишечника сохраняются в течение долгого времени, сильно мешают нормальной жизнедеятельности, однако не являются опасными и смертельными (N. Caporaso et al., 2010).

Пальпация толстого кишечника болезненна и в ряде случаев определяются спазмированные и расширенные участки кишки. Диагностика СРК является сложной задачей для врача, она должна соответствовать Римским критериям, принятым специалистами в Риме в 2006 г. (*Рим III* – боль в животе и др.). Важна также ранняя диагностика у больных СРК. В распознавании и дифференциальной диагностике (исключение органических деструктивных заболеваний – С. Shekhar, P.I. Whorwell, 2009; H.E. Van der Horst, P. Iellema et al., 2010;

W.E. Whitehead, D.A. Drossman, 2010, и др.) СРК, наряду с клиникой, проводят копрологическое, бактериологическое исследование кала, определение кишечных ферментов (энтерокиназы, щелочной фосфатазы и др.), всасывательной, моторной функций кишечника радиотелеметрическим и другими методами. Из инструментальных методов диагностики применяют эндоскопию (ректороманоскопия, колонофиброскопия) с гистоморфологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки толстой кишки, электроколонографию, рентгенологическое исследование (ирригорентгеноскопия), а также пальцевое исследование.

Перспективным является метод оптической когерентной томографии, находящийся на стадии экспериментальной апробации, позволяющей получить изображение всех слоев пищеварительной трубки на порядок более четче и качественней, чем эндосонография. Разрабатываются эндоскопические минироботы, способные передвигаться самостоятельно или по команде оператора в просвете пищеварительного тракта. Минироботы откроют новую страницу в осмотре, диагностике труднодоступных областей, в частности, тонкой, толстой кишок и других отделов (В.Г. Ивашкин и соавт., 2001). Разработаны также биологические маркеры (G. Barbara, V. Stanghellini, 2009) и т.д.

Поскольку причины и патогенез СРК плохо изучены, подходы к лечению в основном сосредоточены на симптоматическом лечении. Лечение СРК должно быть дифференцированным (в зависимости от клинических симптомов, степени тяжести, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений и т.д.), комплексным (диета, спазмолитики, антидиарейные для лечения поноса, слабительные при запорах, антидепрессанты для нормализации желудочно-кишечной моторики, фитотерапия, психотерапия, иглоукалывание, физиотерапия, лечебная физкультура, курортное лечение и т.д.) и длительным (Е.И. Самсон и соавт., 1988; А.М. Ногаллер и соавт., 1989; А.В. Фролькис, 1991; А.Р. Златкина, 1994; А.С. Ford, 2009; O. Grundman, S.L. Voon, 2010 и др.).

В период выраженного обострения СРК с преобладанием поносов в стационаре назначают диету № 4. В меню этой диеты входят супы (некрепкий мясной или куриный бульон), рисовый или овсяный отвар, мясо в виде паровых котлет, фрикаделек, рыбы нежирных сортов, протертые каши, паровой пудинг, свежий творог, кисели, крепкий чай, кофе, отвар из черешни, белые сухари, кефир, молочно-кислые смеси *Геролакт* для пожилых больных, простокваша, сливочное масло в небольшом количестве, яйца, яблоки без кожуры и в протертом виде. Диету № 4 назначают

на короткое время (несколько дней). В период обострения рекомендуют ещё более строгие диеты – № 4а (4-5 дней), 4б. Затем переходят на диету № 2а. Последнюю назначают на продолжительное время. Позже возможны варианты в диетах № 2, 3, 5. Запрещаются всякие острые и соленые приправы, овощи, фрукты, черный хлеб, молоко, жирные сорта мяса, рыбы, холодные напитки, тесто, пироги.

При СРК с недостаточным опорожнением кишечника (запоры) рекомендуется диета № 3, стимулирующая перистальтику кишечника. В диету № 3 по Певзнеру входят: свекла, морковь, тыква в отварном виде, абрикосы, сливы, свежий кефир, ржаной хлеб, простокваша, кумыс, сметана, творог, сливки; сливочное, растительное масла; мясо, рыба, супы овощные, фруктовые; гречневая, ячменная, перловая каши, яйца вкрутую, овощи, фрукты в большом количестве, мед, варенье, измельченное льняное семя, отруби с добавлением в пищу. Овощи дают в отварном виде, фрукты – в протертом, мясо и рыбу тоже в отварном виде, особенно при болевом синдроме во время акта дефекации.

При выраженном метеоризме ограничивается прием картофеля, гороха, арбуза, ржаного хлеба и цельного молока. Помимо соответствующей диеты, проводится медикаментозное лечение, которое направлено на уменьшение боли, нормализацию стула, изгнание паразитов, глистов и т.д.

При выраженном болевом синдроме и поносах применяют спазмолитические, холинолитические, ганглиоблокирующие средства (реасек по 1 таб. 2 раза в день, настойка опия по 5-10 капель 3-5 дней, тифен по 0,03-0,06 2-3 раза в день, метацин по 0,002, диколин по 0,06-0,001 2-4 раза в день в течение 10-15 дней, танальбин по 0,3 на прием, карбонат кальция, белую глину, альмагель, азотно-кислый висмут; отвары гранатовых корок, коры желудей дуба, листьев шалфея, плодов черемухи и др.). М. Darvish-Damavandi et al. (2010), при болях в животе рекомендуют применять спазмолитическое средство *mebeverine* в дозе 200 мг, которое эффективно в 95% случаев и без значительных побочных действий.

При запорах специалисты рекомендуют серноокислую магнезию, карловскую или моршинскую соль, реглан, таблетки сенейда, тиссасе, викалин, морскую капусту. Для уменьшения метеоризма назначают отвары ромашки, мяты, укропа, корня валерианы, петрушки, листьев шалфея, зверобоя и др. С целью устранения дисбактериоза применяют: колибактерин, бифидумбактерин, лактобактерин, особенно

при снижении лактобацилл, на фоне фестала, панзинорма, холензима и поливитаминного комплекса, особенно при сопутствующих заболеваниях печени, желчевыводящих путей, желудка, поджелудочной железы гипоферментарного характера. При кандидомикозных дисбактериозах назначают нистатин, леворин и другие средства; при аллергии, аутоаллергии – глюконат кальция, при гиперчувствительности желудочно-кишечного тракта – седативные препараты (настойка лимонника, экстракт элеутерококка, валерианы, пантокрин, раствор бромистого натрия). При значительных морфологических изменениях дистального отдела толстой кишки показано местное лечение (свечи, орошение аэрозолями *Олазол*, *Цимезоль* и др. через ректороманоскоп через день, после очистительной клизмы – 5-10 процедур, микроклизмы из настоя или отвара ромашки, мяты, зверобоя, тысячелистника, масляные, эмульсионные, гипертонические по 50 мл 10-14 дней). Применяются также физические факторы как электрофорез, индуктотермия, УВЧ, парафин, озокерит и лечебная физкультура, дыхательная гимнастика. В период ремиссии (поликлиника) профилактические мероприятия сводятся к предотвращению появления рецидивов болезни. Больные СРК подлежат тщательной диспансеризации. Участковый терапевт, семейный врач, гастроэнтеролог заводят карту активного наблюдения и проводят профилактическое лечение продолжительностью 1,5-3 мес. 2-3 раза в году с обязательным осмотром и полным обследованием один раз в году (проктологическое исследование, ректороманоскопия, колонофиброскопия, рентгенологическое, пальцевое исследование и др.). Профилактическое курсовое лечение преимущественно состоит из немедикаментозных методов: лечебное питание, физиотерапия, лечебная физкультура, психотерапия (А.М. Ногаллер и соавт., 1989; Е.И. Самсон и соавт., 1988).

В лечебном питании большое значение имеет правильный режим питания с регулярным приемом пищи не реже 5 раз в день. Обычно больным СРК назначают диету № 2 по Певзнеру. В период полной ремиссии больных даже можно перевести на общий стол-диету № 15 (А.М. Ногаллер и соавт., 1989). Советуют употреблять мелкоизмельченную морковь, листья салата, тертую свеклу, яблоки. При запорах употреблять в больших количествах клетчатку (отруби с добавкой в пищу, чернослив, хлеб, измельченное льняное семя и т.д.). Пищу готовят на пару или отваривают. В рамках «зигзагов» можно даже употреблять жареные продукты.

В диете ограничиваются или даже запрещаются цельное молоко, капуста, горох, жирные и

вареные сорта мяса, рыбы; рыба в томате, масле, закусочные консервы, баклажаны, кабачки, грибы, икра, копчености, соленья, маринады, острые специи (хрен, перец, горчица, майонез), редька, чеснок, лук, редис и т.д.

При явлениях лактазной недостаточности полностью исключаются из рациона цельное молоко, а у ряда больных и все молочные продукты, при глютеновой энтеропатии – расшифрована генетическая основа болезни (В.Т. Ивашкин и соавт., 2001) – назначается аглютеновая диета (исключают ржаной и пшеничный хлеб, каши, кроме рисовой, печенье, ограничивается картофель и т.д.). При СРК невыясненной пищевой аллергии показана десенсибилизирующая диета (отварное мясо кролика, овсяная, тыквенная каши, печеные яблоки, блюда из моркови, цветной капусты, петрушки в отварном виде). При запорах советуют принимать настой трав из алоэ, крушины, ревеня, сенны; при поносах – отвары гранатовых корок, желудей дуба, плодов черемухи, листьев шалфея с чередованием приема настоя вышеуказанных растений. С целью уменьшения метеоризма рекомендуют прием отвара ромашки, мяты, укропа, тмина, зверобоя, корня валерианы, ольховых шишек и т.д. Можно также рекомендовать ректальные клизмы из настоя или отвара ромашки, мяты, зверобоя, тысячелистника, растительного масла по 50 мл 10-14 дней.

Из физиотерапевтических методов в восстановительном лечении применяют электрофорез, ультразвук, индуктотерапию, парафиновые, озокеритовые аппликации, общие ванны, веерный и восходящий душ. Из лечебной физкультуры – общеразвивающие упражнения, дозированная ходьба, массаж живота и др. Применяют также успокаивающие средства – настойку лимонника, экстракта элеутерококка, валерианы, панкреатина и др. Рекомендуют лечение на курортах Боржоми, Миргород, Моршин, Трускавец, Ессентуки, Железноводск, Арзни, Березовск и др. В домашних условиях применяют бутылочные минеральные воды (баталинскую, славяновскую и др.) с учетом кислотности желудочного сока. При наличии сопутствующих заболеваний и осложнений в лечении следует вносить определенные коррективы. При длительной ремиссии (5 лет и более) больные СРК могут быть сняты с активного диспансерного наблюдения. С тяжелой формой СРК, с частыми обострениями и осложнениями пациенты могут быть переведены в инвалиды III-II групп.

Лечение старческого функционального запора, который встречается весьма часто, предусматривает диетотерапию (диета № 4 и другие), лечебную физкультуру (укрепление мышц брюшной

стенки, тазового дна), достаточный объем двигательной активности и слабительные растительного происхождения.

Первичная профилактика развития СРК заключается в рациональном питании с употреблением в достаточном количестве овощей, фруктов, грубой растительной клетчатки, в борьбе с запорами, в предупреждении и своевременном лечении острых кишечных инфекций, заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей, паразитарной и глистной инвазии, дискинезии толстого кишечника, воспалительных заболеваний женской половой сферы, урологических заболеваний, геморроя, ссадин ануса, острой и хронической ангины, чрезмерных и длительных отрицательных эмоций, ионизирующей радиации, интоксикации промышленными и бытовыми токсико-химическими веществами, в рациональном приеме медикаментов, в активном двигательном режиме (пешие прогулки, утренняя гимнастика, лечебная физкультура, спортивные игры) и т.д.

#### Литература

1. Златкина А. П., *Лечение хронических заболеваний органов пищеварения*, Москва, Медицина, 1994, с. 336.
2. Ивашкин В. Т. и соавт., *Гастроэнтерология нового века: проблемы диагностики*, Тер. Архив, 2001, с. 33-37.
3. Ногаллер А. М. и соавт., *Хронические колиты и дискинезии толстого кишечника*, Ташкент, 1989.
4. Самсон Е. М. и соавт., *Восстановительное лечение хронического неязвенного колита на этапах медицинской реабилитации*, Черновцы, 1988.
5. Фролькис А. В., *Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта*, Ленинград, 1991, с. 220.
6. Barbara G., Stanghellini V., *Biomarkers in IBS: when will they replace symptoms for diagnosis and management?*, in *Gut.*, 2009, Dec., vol. 58(12), p. 1571-1575.
7. Bixquert Jiménez M., *Treatment of irritable bowel syndrome with probiotics. An etiopathogenic approach at last?*, in *Rev. Esp. Enferm. Dig.*, 2009, Aug., vol. 101(8), p. 553-564.
8. Caporaso N., Morisco F., Penagini R., *Functional intestinal disorders: how to improve diagnosis and treatment in general practice*, in *Minerva Gastroenterol Dietol.*, 2010, Jun., vol. 56(2), p. 101-120.
9. Chang I.V., Talley N.I., *Current and emerging therapies in irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment*, in *Trends Pharmacol. Sci.*, 2010, Jul., vol. 31(7), p. 326-334. Epub 2010 Jun., 1.
10. Collins S. M., Denou E., Verdu E. F., Bercik P., *The putative role of the intestinal microbiota in the irritable bowel syndrome*, in *Dig. Liver Dis.*, 2009, Dec., vol. 41(12), p. 850-853.
11. Clarke G., Quigley E. M., Cryan I. F., Dinan T. G., *Irritable bowel syndrome: towards biomarker identification*, in *Trends Mol. Med.*, 2009, Oct., vol. 15(10), p. 478-489.

12. Darvish-Damavandi M., Niktar S., Abdollahi M., *A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome*, in *World J. Gastroenterol.*, 2010, Feb., 7, vol. 16(5), p. 547-553.
13. Ford A. C., *Management of irritable bowel syndrome*, in *Minerva Gastroenterol. Dietol.*, 2009, Sep., vol. 55(3), p. 273-287.
14. Gwee K. A., Lu C. L., Gheshal U. C., *Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed*, in *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2009, Oct., vol. 24(10), p. 1601-1607.
15. Grundmann O., Voon S. L., *Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health-care practitioners*, in *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2010, Apr., vol. 25(4), p. 691-699.
16. Halpert A. D., *Importance of early diagnosis in patients with irritable bowel syndrome*, in *Postgrad. Med.*, 2010, Mar., vol. 122(2), p. 102-111.
17. Morcos A., Dinan T., Quigley E. M., *Irritable bowel syndrome: role of food in pathogenesis and management*, in *J. Dig. Dis.*, 2009, Nov., vol. 10(4), p. 237-246.
18. Ohman L., Simrén M., *Pathogenesis of IBS: role of inflammation, immunity and neuroimmune interactions*, in *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, 2010, Mar., vol. 7(3), p. 163-173.
19. Parkes G. C., Sanderson I. D., Whelan K., *Treating irritable bowel syndrome with probiotics: the evidence*, in *Proc. Nutr. Soc.*, 2010, May., vol. 69(2), p. 187-194.
20. Shekhar C., Whorwell P. I., *Emerging drugs for irritable bowel syndrome*, in *Expert Opin. Emerg. Drugs.*, 2009, Dec., vol. 14(4), p. 673-685.
21. Spiller R., Garsed K., *Infection, inflammation, and the irritable bowel syndrome*, in *Dig. Livers. Dis.*, 2009, Dec., vol. 41(12), p. 844-849.
22. Shah E.D., Basseri R.I., Chong K., Pimentel M., *Abnormal breath testing in IBS: a meta-analysis*, in *Dig. Dis. Sci.*, 2010, Sep., vol. 55(9), p. 2442-2449.
23. Van der Horst H. E., Iellema P., Van der Windt D.A., Schellevis F.G., *Irritable bowel syndrome: criteria and clinical view*, in *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 2010., vol. 154(26), p. A1871.
24. Whitehead W. E., Drossman D. A., *Validation of symptom-based diagnostic criteria for irritable bowel syndrome: a critical review*, in *Am. J. Gastroenterol.*, 2010, Apr., vol. 105(4), p. 814-820.

Представлен 05.11.2010