

## СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ: ВІСІМ ЗАПИТАНЬ, ЯКІ НАЙЧАСТІШЕ ЗАДАЮТЬ ЛІКАРІ

Mervyn D. Danilewitz

Irritable Bowel Syndrome: Eight Questions Physicians Often Ask. Consultant, June 1996:  
1310—1317

*Ознаки синдрому подразненої кишки (СПК) трапляються приблизно у 30% населення. Обстеження треба починати із розпитування про кількість та консистенцію випорожнень, біль у ділянці живота. Важливою ознакою є болючість товстої кишки при пальпації. До основних діагностичних досліджень належать ректосигмоїдоскопія та клінічний аналіз крові; колоноскопія або рентгенологічне дослідження з контрастуванням товстої кишки барієм показані пацієнтам віком понад 40 років. Диференціальну діагностику СПК треба проводити із передозуванням проносних засобів, паразитарними інвазіями, запальними захворюваннями кишки (особливо хворобою Крона), порушенням толерантності до лактози та раком товстої кишки. Треба порадити пацієнтам уникати вживання їжі, перетравлення якої призводить до надмірного газоутворення, а при закрепах рекомендувати засоби, що містять клітковину. У боротьбі з абдомінальним болем препаратами вибору є спазмолітики, наприклад, дицикломін. При виникненні супутньої депресії рекомендуйте малі дози амітриптиліну.*

Вважають, що при СПК до процесу залучається лише товста кишка, хоч насправді уражається весь шлунково-кишковий канал (ШКК). Тому при цьому хронічному розладі моторики на додаток до абдомінального болю, закрепу і(або) проносу, можуть виникнути дисфункція стравоходу та диспепсія. У більшості пацієнтів із СПК черевний біль буває від помірного до інтенсивного. До кишкових розладів належать пронос і нетримання калу. Останнє трапляється приблизно у 20% пацієнтів.

У хворих можуть виникати тенезми та виділення значної кількості слизу при дефекації. Пацієнти часто скаржаться на метеоризм, при цьому живіт може дуже розтягатися.

Ознаки СПК виникають приблизно у 30% населення, проте лише 14% звертається по медичну допомогу. Найчастіше хворих змушує звертатись до лікарів наростання важкості симптомів, а внаслідок цього — неспокій або (мабуть, найважливіше) страх перед раком товстої кишки.

У цій статті буде розглянуто 8 ключових запитань, що допоможуть вам лікувати хворих із СПК.

### **1. Що ми знаємо про етіологію СПК?**

Про патологічну фізіологію СПК відомо небагато. Ми добре знаємо, що розлади моторики трапляються у всіх відділах кишки, особливо у товстій. Кількість повільнохвильових скорочень гладких м'язів (у нормі — 3 цикли за сек.) зростає вздовж усього ШКК.

У пацієнтів із СПК може також підвищуватися чутливість до певних гормонів, зокрема, до холецистокініну. Це найхарактерніше для хворих із спазмом печінково-підшлункової ампули. За нормальних умов холецистокінін розслабляє гладкі м'язи ампули та послабляє їх скорочення. У пацієнтів із функціональним стенозом ампули цей гормон спричинює швидкі періодичні скорочення м'язових волокон сфінктера Одді. У хворих із СПК цей гормон так само впливає і на м'язи тонкої та товстої кишки, внаслідок чого може виникнути абдомінальна

симптоматика. У пацієнтів з СПК може бути надмірний шлунково-кишковий рефлекс, що виникає у відповідь на прийом їжі.

У хворих із СПК аферентні больові нервові волокна ШКК перебувають у стані підвищеної збудливості, що спричинює хронічну вісцеральну гіперальгезію за відсутності органічного захворювання та значну болючість кишки при пальпації. Такий стан нервових волокон може пояснити також і відтворення абдомінальної симптоматики в пацієнтів при інсуфляції газу та розширенні кишки під час сигмоїдоскопії.

Імовірно, що є взаємозв'язок між статевим або фізичним насильством, якого колись зазнав пацієнт, і появою функціональних розладів ШКК. Нещодавно проведене дослідження підтвердило цю теорію: 82% хворих із СПК зазнавали насильницьких дій. Ось чому важливо розпитати таких пацієнтів про статеве або фізичне насильство, пережите ними.

## **2. На основі яких позакишкових симптомів можна запідозрити СПК?**

За даними низки досліджень, до 50% пацієнтів із СПК страждають від нудоти, печії та інших проявів диспепсії. Ці симптоми, ймовірно, пов'язані з гіпотонією нижнього сфінктера та розладом моторики стравоходу. Причиною дисфагії може бути дифузний спазм стравоходу. У 84% пацієнтів із подразненим стравоходом одночасно є психіатрична симптоматика: депресія, тривога або соматизація симптомів.

Іноколи важко провести диференціацію больових відчуттів, що виникають внаслідок подразненого стравоходу та болю при ішемічній хворобі серця. Аби встановити, чи атипичний біль у грудній клітці виникає внаслідок дифузного спазму стравоходу, ми часто вдаємось до провокаційних тестів, наприклад, балонного розширення стравоходу. Під час цієї процедури у хворих із подразненим стравоходом виявляють знижений поріг больової чутливості. Таке ж явище трапляється і в хворих з СПК при балонному розширенні прямої кишки.

Психологічні чинники можуть впливати на моторику всього ШКК. У стані стресу і тривоги посилюються скорочення м'язів і товстої кишки, і стравоходу. Емоційний стрес може призвести до загострення хвороби в пацієнтів із подразненим стравоходом чи СПК. Крім того, багато хворих із СПК скаржаться на порушення функції сечових шляхів. Найчастіше причиною таких скарг є подразнення сечового міхура. Гінекологічні розлади, що виникають у цих хворих (особливо часто диспаревнія), пов'язані, ймовірно, із подразненням органів тазу. Серед інших симптомів треба відзначити втому та мігрень.

У пацієнтів із СПК виявляють дисфункцію вегетативної нервової системи. У таких хворих трапляється лабільність кров'яного тиску та ортостатичні симптоми. Часто хворих непокоять розлади сну, тривога та страх перед злоякісними захворюваннями, особливо раком товстої кишки.

## **3. З чим пов'язана складність діагностики СПК?**

На мою думку, більшості лікарів не вистачає впевненості при встановленні діагнозу СПК, навіть коли в їхніх пацієнтів є класичні симптоми. Діагноз, заснований на даних анамнезу, потребує чимало зусиль, оскільки необхідно витратити багато часу для ретельного розпитування хворого. Часом ми, лікарі, намагаємось уникати запитань, що стосуються таких деталей, як характер калу, частота випорожнень тощо. Через названі причини, а також деяку невизначеність щодо специфічних ознак СПК, для встановлення остаточного діагнозу хворим доводиться проводити непотрібні обстеження.

Встановлення цього діагнозу я починаю із розпитування пацієнтів про характер калу. Скарги хворих на часті дефекації не обов'язково свідчать про пронос, адже справжню діарею можна констатувати лише тоді, коли маса калу, виділеного за добу, становить щонайменше 200 г. Важливо також зібрати відомості про розміри та консистенцію випорожнень. Для пацієнтів із СПК характерний фрагментарний (овечий) або стрічкоподібний кал.

Сон у таких хворих, як звичайно, не порушений, але вони можуть прокидатися дуже рано через сильний позив на дефекацію. Такі пацієнти мають схильність до частих дефекацій зранку, що супроводжуються, проте, відчуттям неповної евакуації калу.

Наступна група моїх запитань стосується черевного болю: чи зменшується він при вживанні їжі, чи супроводжується посиленням шлунково-кишкового рефлексу? У типових випадках пацієнти зауважують, що біль зникає або зменшується після дефекації. Незважаючи на те, що прояви СПК можуть мати різний ступінь вираженості, структура симптоматики залишається незмінною. Збільшення інтенсивності симптомів часто стається під впливом стресу, хоча багато пацієнтів і не можуть встановити такого взаємозв'язку. У цьому випадку спробуйте знайти його разом із хворим.

До 20% хворих СПК можуть скаржитися на ректальну кровотечу з гемороїдальних вузлів. Проте не поспішайте розцінювати її як прояв геморою. Ректальна кровотеча завжди вимагає подальших досліджень.

У пацієнтів з СПК часто можна виявити нервову напругу, тривогу, а також всі ознаки лабільності вегетативної нервової системи. Обстежуючи живіт, можна виявити болючість усієї товстої кишки. На мою думку, цей симптом є надзвичайно важливим. Ще однією не менш важливою ознакою є відтворення симптомів при роздуванні кишки під час проктосигмоїдоскопії або фібросигмоїдоскопії.

#### **4. Які дослідження треба провести для виключення органічного захворювання?**

Пам'ятаймо, що СПК — діагноз “позитивний”, а тому не повинен базуватися на негативних результатах тих чи інших обстежень. Треба дослідити кал на паразити та яйця глистів. Особливу увагу треба приділити пошуку лямблій. Кожному хворому, у якого запідозрили СПК, треба провести сигмоїдоскопію. Опісля можна призначити рентгенологічне дослідження. Колоноскопія або рентгеноскопія з контрастуванням товстої кишки барієм показані пацієнтам віком понад 40 років. Проте дослідження із використанням барієвого контрасту треба відкласти насамкінець — барій може утруднити виявлення паразитів у калі.

Щоб виключити залізодефіцитну анемію, необхідно провести основні лабораторні дослідження, включаючи загальний аналіз крові. Підвищена ШОЕ повинна навести на думку про можливість запального захворювання кишки, насамперед, хворобу Крона. Для виявлення порушеної толерантності до лактози треба провести водневий дихальний тест\*.

#### **5. Які клінічні ознаки свідчать проти діагнозу СПК?**

СПК, як звичайно, розвивається в молодих осіб, хоча цей розлад може тривати до похилого віку. Тому з обережністю діагностуйте СПК в осіб віком понад 40 років, у яких симптоми виникли недавно.

Прояви СПК, як звичайно, стійкі, а їх інтенсивність радше коливається, ніж залишається постійною чи прогресує. Це захворювання майже не супроводжується порушенням сну. Необхідно звернути увагу на втрату ваги, проте не треба забувати, що цей симптом може траплятися і в пацієнтів з СПК, які мають депресію.

Ректальну кровотечу не можна вважати ознакою СПК — необхідно провести додаткові обстеження. До інших симптомів, що заперечують діагноз СПК, належать стеаторея, справжня діарея (більше 200 г калу за добу), ознаки перитонізму, наявність лейкоцитів або амеб у свіжому калі. Пронос, що триває в стані голоду, свідчить про секреторний, а не осмотичний вид діареї. Підвищення рівня гастрину в сироватці крові натще вказує на те, що причиною секреторної діареї може бути гастринома.

## **6. Чи є взаємозв'язок між СПК та порушенням толерантності до лактози?**

У багатьох пацієнтів із СПК можна виявити симптоми, спричинені порушенням толерантності до лактози: біль у ділянці живота, нудота, метеоризм і, можливо, діарея. Я брав участь у дослідженні, котре, підтвердивши результати інших праць, довело, що порушення толерантності до лактози залежить від етнічного походження. Частота цього захворювання виявилася вищою серед осіб африканського та азіатського походження. Певне поліпшення стану хворих відзначено при використанні відповідної дієти; позитивний ефект, особливо у старших пацієнтів, що мали високий ризик виникнення остеопорозу, дало використання препаратів лактази.

## **7. З чим насамперед треба диференціювати СПК?**

СПК необхідно диференціювати із передозуванням проносних засобів. Виявити таке передозування легко, якщо до складу проносних входив фенолфталеїн. Достатньо додати речовину з лужною реакцією до калу — якщо у випорожненні міститься фенолфталеїн, то його колір зміниться на рожевий.

СПК треба диференціювати також із запальними захворюваннями кишки, особливо хворобою Крона, яку можна підтвердити фібросигмоїдоскопічно чи колоноскопічно. До ендоскопічних ознак хвороби належать: чергування нормальної слизової оболонки з ділянками слизової із виразками (зміни за типом “скачків кенгуру”) та стриктурами стінок кишки; слизова прямої кишки, як звичайно, не змінена. Для виявлення довгої стриктури тонкої кишки часто використовують рентгенологічне дослідження верхніх відділів ШКК. При цьому виявляють “симптом струни”, а контраст вводять рет ос або за допомогою високої клізми.

При диференціації СПК необхідно виключити рак товстої кишки. Якщо у хворого виникли певні зміни симптоматики або виявлено кров у калі, треба призначити колоноскопію або рентгенологічне дослідження з контрастуванням барієвою клізмою.

## **8. Яке лікування пацієнтів з СПК є найкращим?**

Одним із найважливіших завдань при лікуванні СПК є боротьба з метеоризмом. Рекомендуйте пацієнтам уникати продуктів, котрі містять багато вуглеводів, що не всмоктуються, і перетравлювання яких супроводжується виділенням значної кількості газу (наприклад, капуста, бобові та чорнослив). Пацієнти із порушенням толерантності до лактози повинні уникати молочних продуктів або використовувати препарати лактази. На випадок целіакії, що трапляється дуже рідко, хворим необхідно радити безглютенову дієту \*\*.

При закрепах призначайте радше засоби, що створюють об'єм наповнення (наприклад, псиліум), аніж сильнодіючі проносні препарати. Рекомендуйте вживати їжу, багату на клітковину. До дієти своїх пацієнтів я додаю незначну кількість необроблених висівок, і поступово збільшую їх вживання до 1—2 ст. ложок 2—3 рази на день. Певне значення мають засоби, що пом'якшують кал. При важких закрепах, пов'язаних із СПК, позитивний ефект може дати застосування лактулози. Ефективним є також застосування мінеральної олії, особливо для пацієнтів старшого віку. Щоб усунути небезпеку аспіраційної пневмонії, попередьте хворих не приймати цей засіб перед сном.

У пацієнтів із гіперсекрецією шлункового соку перетравлення 30 г жиру супроводжується виділенням до 1000 мл вуглекислого газу. Таким хворим варто рекомендувати дієту із низьким вмістом жирів та призначити антацидні засоби або H<sub>2</sub>-блокатори. Для абсорбції надлишкового газу можна використати активоване вугілля. На випадок надмірного розвитку мікрофлори треба призначити метронідазол. Крім того, часто необхідно застосовувати заміну терапію препаратами ферментів підшлункової залози.

Щоб ліквідувати абдомінальний біль, призначають спазмолітики, починаючи із слабодіючих препаратів, наприклад, дицикломіну. Часто використовують комбінації препаратів, на-

приклад, фенобарбітал із гіосциаміном; проте при такому лікуванні завжди зростає ризик побічних ефектів. Ось чому рекомендують призначати один препарат.

Важливим напрямком лікування є боротьба з депресією, котра часто виникає при СПК. Проте, на мою думку, не треба використовувати селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, які мають мінімальну антихолінергічну дію.

Як звичайно, я починаю лікування депресії з призначення малих доз амітриптиліну (10 мг перед сном). Цей трициклічний антидепресант має також антихолінергічні властивості, що допомагає при лікуванні спазмів ШКК. Я рекомендую приймати амітриптилін на ніч, оскільки седативна дія препарату може допомогти багатьом хворим усунути розлади сну.

У процесі лікування пацієнтів я виявив, що проведення з ними освітніх занять, темою яких є СПК, допомагає їм краще зрозуміти свій стан. Кожна група складається з 20—60 пацієнтів, які проводять обговорення всіх аспектів СПК. Хоча заняття проводить лікар, максимальний ефект досягається тоді, коли хворі самі задають запитання. Разом із пацієнтами до роботи у групах запрошуються їх родичі. Ця тактика дозволяє хворим відчутти підтримку їх близьких, а родичам, своєю чергою, зрозуміти проблеми, пов'язані з СПК.

Я також створив короткий відеофільм, що ілюструє основні аспекти СПК, часто демонструю його під час занять. Цю 13-хвилинну стрічку хворі можуть купити за мінімальну плату і переглядати її вдома.

Переклад *Дениса Уерина*

© Reprinted with kind permission of  
„Consultant“

#### **Примітки редактора**

\* Розлади всмоктування вуглеводів можна підтвердити, визначаючи вміст водню у видихуваному повітрі після звичайного харчового навантаження вуглеводами. Якщо спожиті вуглеводи не всмокталися в тонкій кишці, то бактерії товстої кишки руйнують їх з утворенням водню. Цей водень проникає з товстої кишки в кров і видихається.

\*\* Глютен, який у певних осіб може викликати дифузне пошкодження слизової в тонкій кишці, що призводить до розладів всмоктування всіх харчових компонентів, міститься в пшениці, ячмені, житі і значно менше у вівсі. Рис, кукурудза і соєва мука не токсичні для хворих на целиацію.