

Синдром раздраженного кишечника — взгляд врача-хирурга

Д.м.н. С.Е. Каторкин, к.м.н. С.А. Быстров, О.Е. Лисин, А.И. Безбородов, Е.В. Шестаков,
А.А. Лисина, А.В. Арустамян, Д.Е. Лисин

ГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: определить долю пациентов с абдоминальным болевым синдромом и нарушением стула как проявлениями синдрома раздраженного кишечника (СРК) в общем потоке пациентов, обратившихся за экстренной помощью в дежурный хирургический стационар.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 240 пациентов (от 18 до 40 лет), обратившихся за медицинской помощью в экстренный хирургический стационар с жалобами на боли в животе и нарушение стула. В ходе дообследования все пациенты были разделены на 3 группы: I группа — пациенты с хирургической патологией, II группа — пациенты с выявленными воспалительными заболеваниями кишечника, III группа — пациенты с СРК.

Результаты исследования: нестерпимые боли в животе отмечались у 6,09% пациентов I группы, сильная и умеренная боль — у 39,13% и 48,7% соответственно. Слабая боль была у 6,08% пациентов. Диарея развивалась у 18,5% больных, запоры — у 24,3%, чередование диареи и запора — у 10%. Нарушения стула отсутствовали у 47,2% больных. Во II группе сильные абдоминальные боли наблюдались у 24,5%, умеренные боли — у 52,3%, слабая боль — у 23,2% заболевших. Нестерпимую боль не отмечал ни один из пациентов данной группы. Основным нарушением стула в данной группе была диарея — 84,38%, у 9,37% пациентов отмечалось чередование запора и диареи. Запор развивался у 6,25% пациентов. У пациентов III группы нестерпимые боли отсутствовали, но 25,6% заболевших отмечали сильные боли. Большинство исследуемых отмечали умеренную интенсивность болей (48,2%). Слабая боль наблюдалась у 26,1% заболевших. Запоры у данной категории больных отмечались в 46,4% случаев, диарея — в 36,2%. Чередование запоров и диареи отметили у 17,3% пациентов.

Заключение: значительную долю пациентов, обратившихся в экстренный хирургический стационар, составляют пациенты с СРК. Знание клинических особенностей СРК позволяет своевременно направить пациента к гастроэнтерологу.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, острая хирургическая патология, дифференциальная диагностика, диарея, запоры, абдоминальный синдром.

Для цитирования: Каторкин С.Е., Быстров С.А., Лисин О.Е. и др. Синдром раздраженного кишечника — взгляд врача-хирурга. РМЖ. 2019;7:30–33.

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome: surgeon's view

S.E. Katorkin, S.A. Bystrov, O.E. Lisin, A.I. Bezborodov, V.E. Shestakov, A.A. Lisina, A.V. Arustamyan, D.E. Lisin

Samara State Medical University

Aim: to determine the rate of patients with abdominal pain syndrome and defecation disorder as manifestations of irritable bowel syndrome (IBS) in the total patients flow seeking emergency care in a surgical hospital on duty.

Patients and methods: a retrospective analysis of 240 patient's case histories (18 to 40 years) who sought medical care in the emergency surgical hospital with complaints of abdominal pain and defecation disorder. During the follow-up examination, all patients were divided into 3 groups: group I — patients with surgical pathology, group II — patients with inflammatory bowel diseases, and group III — patients with IBS.

Results: unbearable abdominal pain was observed in 6.09% of group I, severe and moderate pain — in 39.13% and 48.7%, respectively. Mild pain was observed in 6.08% of patients. Diarrhea developed in 18.5% of patients, constipation — in 24.3%, alternation of diarrhea and constipation — in 10%. Defecation disorders were absent in 47.2% of patients. In the group II, severe abdominal pain was observed in 24.5%, moderate pain — in 52.3%, and mild pain — in 23.2% of patients. Unbearable pain was not noted by any of the patients in this group. The major defecation disorder in this group was diarrhea (84.38%), 9.37% of patients had an alternation of constipation and diarrhea. Constipation developed in 6.25% of cases. Group III had no unbearable pain, however, 25.6% of patients had severe pain. Most of the subjects noted moderate pain intensity (48.2%). Mild pain was observed in 26.1% of patients. Constipation in this patient's category was observed in 46.4% of cases, diarrhea — in 36.2%. Alternation of constipation and diarrhea was noted in 17.3% of patients.

Conclusion: a significant rate of patients who attended the emergency surgical hospital are patients with IBS. Knowledge of clinical IBS patterns allows referring a patient to a gastroenterologist in a timely manner.

Keywords: irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease, ulcerative colitis, acute surgical pathology, differential diagnosis, diarrhea, constipation, abdominal syndrome.

For citation: Katorkin S.E., Bystrov S.A., Lisin O.E. et al. Irritable bowel syndrome: surgeon's view. RMJ. 2019;7:30–33.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно определению Всемирной гастроэнтерологической организации, синдром раздраженного кишечника

(СРК) — это функциональное рецидивирующее кишечное расстройство, при котором абдоминальный болевой синдром или дискомфорт связаны с актом дефекации, из-

менениями частоты и характера стула, а также с другими нарушениями опорожнения кишечника [1].

Первое упоминание о СРК относится к 1892 г., когда английский клиницист W. Osler определил основные проявления данного заболевания и обратил внимание на то, что у пациентов с данной патологией чаще всего имеется склонность к истерии и депрессии. W. Osler объединил проявления данной болезни термином «слизистый колит» [2]. В 1930-х гг. в литературе появляется термин «раздраженный кишечник». Также в мировой литературе встречаются следующие термины, описывающие симптомокомплекс, характерный для СРК: кишечная колика, невроз кишечника, спастический колит, синдром раздраженной толстой кишки, невроз кишечника, функциональная колопатия, дискинезия толстой кишки, нервная диарея [3].

В настоящее время СРК выделяют как отдельную нозологическую форму в МКБ-10 (К 58). В данном разделе также отдельно выделяют СРК с диареей (К 58.0), СРК без диареи (К 58.9).

Активно изучаются и обсуждаются на многочисленных гастроэнтерологических форумах патогенетические механизмы формирования СРК. Основная роль отводится висцеральной чувствительности ЖКТ (висцеральная гипералгезия) и нарушению моторики [4]. Также важная роль в формировании данного синдрома принадлежит регуляции со стороны ЦНС — многократно повторяющиеся стрессы сопровождаются нарушением моторики ЖКТ [5]. Многие специалисты рассматривают перенесенные инфекционные заболевания кишечника как возможную причину формирования сенсомоторной дисфункции кишечника и как этиологическую причину развития СРК [6]. Одну из важнейших ролей в формировании СРК отводят психосоциальным факторам: хронический стресс и тревожные расстройства, эмоциональное и физическое насилие [7]. У пациентов с СРК чаще всего выявляется склонность к тревоге, депрессии, истерии, преувеличению собственных симптомов, канцерофобии и т. д. [8].

В настоящее время СРК рассматривается как результат взаимодействия психосоциальных и биологических факторов [9]. Висцеральная гипералгезия, вегетативные и гормональные нарушения, перенесенные инфекции ЖКТ, психологические факторы, нарушения моторики и нервной регуляции ЖКТ в разной степени формируют патогенетическую основу СРК [10].

СРК исключает само понятие «воспаление» — основной морфологический признак колита любой этиологии (язвенного, псевдомембранозного, инфекционного, постлучевого). При СРК отсутствуют какие-либо макроскопические изменения в стенке кишечника. Для колита любой этиологии характерно наличие эрозий и язв в слизистой оболочке кишечника [11]. При гистологическом исследовании выявляются множественные лейкоцитарные инфильтраты, крипт-абсцессы, наложения фибрина. Именно эти различия позволяют на данный момент дифференцировать воспалительные и функциональные раздражения кишечника [12].

Согласно Римским критериям IV пересмотра СРК определяется как функциональное расстройство кишечника, протекающее с повторяющимися болями в животе, которые возникают с периодичностью 1 раз и более в неделю и связаны с 2 из 3 признаков:

- с дефекацией;
- с изменением частоты дефекации;
- с изменением формы стула.

Эти признаки должны проявляться у пациента по меньшей мере последние 3 мес. с общей продолжительностью не менее 6 мес. Для оценки формы стула используется Бристольская шкала стула (Bristol stool scale). Вариант течения СРК устанавливается с учетом частоты актов дефекации (>25%) с измененной консистенцией стула, где 1-й и 2-й типы консистенции соответствуют СРК с преобладанием запоров, а 6-й и 7-й типы — СРК с преобладанием диареи (табл. 1). При последнем пересмотре Римских критериев по СРК отмечена важность отказа от приема препаратов, влияющих на стул, на время дифференциальной диагностики СРК [13].

Таблица 1. Бристольская шкала формы кала (Bristol stool scale)

Тип	Описание
1	Отдельные плотные комочки, напоминающие «орехи» (трудность пассажа)
2	Кал в форме колбаски, но комковатый
3	Вид колбаски с трещинами на поверхности
4	Кал «змейкой» или колбаской, но гладкий и мягкий
5	Мягкие шарики с ровными, острыми краями (эвакуируются легко)
6	Взбитые комочки кала «с обтрепанными» краями и пористой структурой
7	Водянистый или полностью жидкий кал без плотных комочков

Диагноз СРК является диагнозом-исключением [14]. Актуальность проблемы диагностики и лечения СРК обусловлена не только отсутствием четко отработанной схемы лечения, но и сложностью дифференциальной диагностики на этапе первичного обращения в стационар между СРК, воспалительными заболеваниями кишечника, а также острой хирургической патологией. С проявлениями СРК нередко приходится сталкиваться врачам-хирургам.

Цель исследования — определить долю пациентов с абдоминальным болевым синдромом и нарушением стула как проявлениями СРК в общем потоке пациентов, обратившихся за экстренной помощью в дежурный хирургический стационар.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 240 пациентов (110 мужчин и 130 женщин) в возрасте от 18 до 40 лет, обращавшихся за медицинской помощью с жалобами на боли в животе и нарушение стула в экстренный хирургический стационар клиник СамГМУ с января 2017 г. по октябрь 2018 г.

От каждого пациента было получено информированное согласие на участие в исследовании, которое проводилось в соответствии с утвержденным протоколом, этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Сеул, 2008), трехсторонним Соглашением по надлежащей клинической практике (ICH GCP) и действующим законодательством РФ.

Критериями исключения были: воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит [НЯК], болезнь Крона) по данным фиброколоноскопии, непреднамеренная потеря массы тела, ночные симптомы, семейный анамнез (онкологические заболевания толстого кишечника,

целиакия), анемия, ректальное кровотечение в анамнезе, недавнее применение антибиотиков, образования в брюшной полости / прямой кишке, УЗ-признаки гепатомегалии, спленомегалии, лимфаденопатии, повышение уровня воспалительных маркеров, лихорадка выше 37,5 °С.

Средний возраст пациентов составил 29,3±11,7 года. На догоспитальном этапе у данных пациентов после осмотра врачом-инфекционистом была исключена острая инфекционная патология. Женщины при локализации болей в нижнем отделе живота осмотрены гинекологом для исключения гинекологической патологии. Все пациенты были осмотрены врачом-хирургом.

В целях дифференциальной диагностики был проведен стандартный комплекс обследований, включающий в себя: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, комплексное УЗИ брюшной полости. При наличии показаний проводилась ФГДС, фиброколоноскопия.

У пациентов выявлялась частота и интенсивность основных клинических проявлений, условия возникновения и купирования симптомов. Для оценки интенсивности боли применялась 100-мм визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли, на которой оценка 0 мм соответствовала отсутствию боли, 10–30 мм — слабой боли, 40–60 мм — умеренной боли, 70–90 мм — сильной боли, 100 мм — нестерпимой боли, или «сильнейшей боли, которую только можно представить» (рис. 1).

Пациенты были разделены на 3 группы. В I группу (n=115) вошли пациенты с подтвердившейся хирургической патологией, которые требовали консервативного либо оперативного лечения, из них 60 мужчин и 55 женщин. Средний возраст составил 30,2±8,1 года. В данную группу были включены пациенты с установленными диагнозами: острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, дивертикулярная болезнь ободочной кишки, кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Во II (n=32) группу были включены пациенты с подтвердившимися впоследствии воспалительными заболеваниями кишечника — НЯК или болезнью Крона. Средний возраст составил 28,3±4,6 года. В данной группе преобладали мужчины (21 мужчины, 11 женщин). В III группу (n=93) вошли пациенты, у которых по результатам дообследования был установлен диагноз СРК. Данную группу составили 60 мужчин и 33 женщины, средний возраст — 24,2±4,2 года.

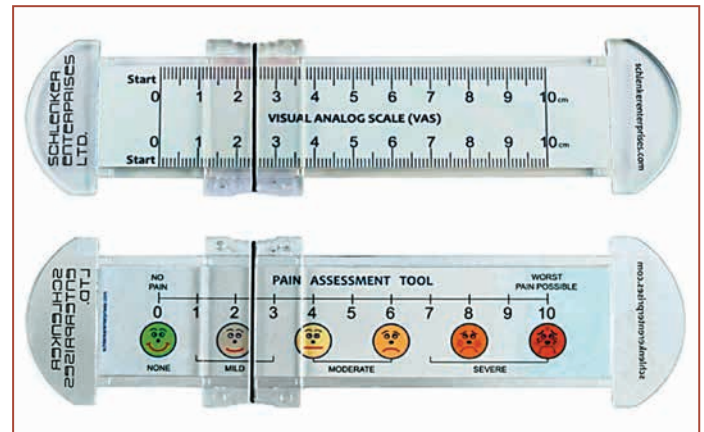


Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ)

в качестве провоцирующего фактора выделили прием пищи. У 32,1% пациентов симптомы возникли без какой-либо явной причины. Физическую нагрузку как провоцирующий фактор отметили 8,7% заболевших, эмоциональную нагрузку — 10,4% пациентов. Достичь анальгезии путем введения спазмолитических препаратов удалось у 45,2% заболевших. У 54,8% пациентов купирование болей спазмолитиками не проводилось, т. к. пациентам было выполнено экстренное оперативное вмешательство.

В группе пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника сильные абдоминальные боли наблюдались у 24,5%, умеренные боли — у 52,3%, слабая боль — у 23,2% заболевших. Пациентов с нестерпимой болью в данной группе не было (рис. 2). Наиболее часто у пациентов данной группы боль локализовалась в нижних отделах живота (36,2%) и в левой подвздошной области (24,4%). В правой подвздошной области боли наблюдались у 11%

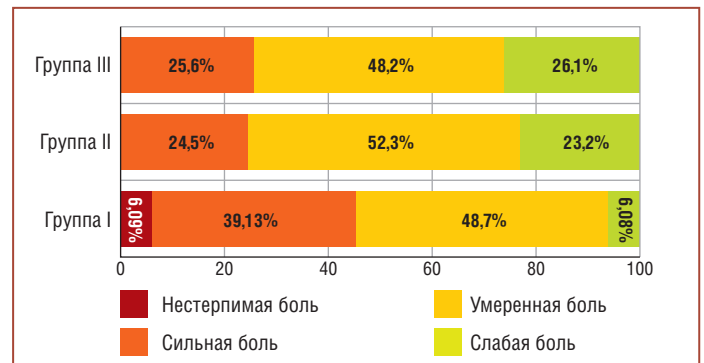


Рис. 2. Выраженность болевого синдрома в различных группах пациентов

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Статистически значимых различий между группами пациентов по полу ($\chi^2 = 0,001$; $p = 0,05$) не выявлено.

В I группе боли в животе разной интенсивности присутствовали у всех пациентов. Нестерпимые боли встречались в 6,09% случаев, сильная и умеренная боль — в 39,13% и 48,7% соответственно. Слабая боль была у 6,08% пациентов (рис. 2). Локализация болей у данной категории больных была различной. У 35,6% пациентов боль локализовалась в правой подвздошной области, у 40,87% — в верхнем отделе живота, у 6,96% — в нижнем отделе живота, у 5,24% — в левой подвздошной области, у 7,85% — по всему животу и у 3,48% — в околопупочной области. В I группе пациенты с диареей составили 18,5%, с запорами — 24,3%, без нарушений стула — 47,2%, с чередованием диареи и запора — 10% (рис. 3). Наибольшее количество пациентов (48,7%)

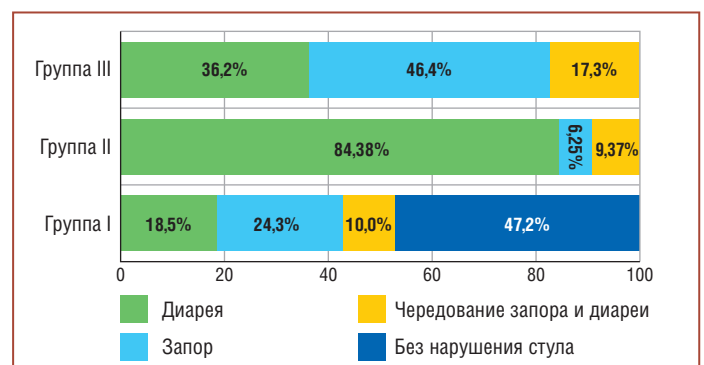


Рис. 3. Нарушения стула в различных группах пациентов



Рис. 4. Распределение экстренных пациентов с абдоминальным болевым синдромом в хирургическом стационаре в соответствии с диагнозом

заболевших. Редко боли отмечались в околопупочной области (9,1%), в верхнем отделе живота (9,2%) и по всему животу (10,1%).

Основным нарушением стула в данной группе была диарея — 84,38%, у 9,37% пациентов отмечалось чередование запора и диареи. Запор без диареи встретился только у 6,25% заболевших (рис. 3). Основными провоцирующими факторами пациенты считали прием пищи — 38,5%, эмоциональную нагрузку — 33,2%. Чрезмерную физическую нагрузку перед заболеванием отмечали 8,2% пациентов. При этом 20,1% пациентов не смогли указать на возможный провоцирующий фактор. Купирования болевого синдрома спазмолитическими препаратами удалось добиться у 84,5% пациентов. У 15,5% пациентов болевой синдром купировался только на фоне комбинированной спазмолитической, антибактериальной и гормональной терапии.

У пациентов III группы нестерпимых болей также не отмечалось, но у 25,6% заболевших боли были сильными. Большинство пациентов (48,2%) отмечали умеренную интенсивность болей. Слабая боль наблюдалась у 26,1% больных (см. рис. 2). Локализовалась боль чаще в околопупочной области (41,6%) и правой подвздошной области (32,5%). Реже отмечалась боль в левой подвздошной области (19,3%). В верхнем отделе живота боль отмечалась в 2% случаев, в нижнем отделе — в 4,5%. Запоры у больных в данной группе отмечались в 46,4% случаев, диарея — в 36,2%. Чередование запоров и диареи наблюдали у 17,3% пациентов (см. рис. 3). Стресс как провоцирующий фактор назвали 69,4% исследуемых. Нарушение диеты перед приступом заболевания отмечали 22,4% пациентов. Физическую нагрузку как провоцирующий фактор отметили 4,2% заболевших. Затруднились указать условия возникновения болей 3,9% пациентов. При этом во всех случаях удалось купировать болевой синдром при помощи спазмолитиков.

Распределение пациентов, экстренно поступивших с абдоминальным болевым синдромом в хирургический стационар, в соответствии с диагнозом отражено на рисунке 4.

Выводы

СРК — это полиэтиологическое заболевание, характеризующееся многообразной клинической картиной. В практике врача-хирурга значительную долю пациентов, обратившихся в экстренный хирургический стационар, со-

ставляют пациенты с СРК. Данный синдром может симулировать как острую хирургическую патологию, так и воспалительные заболевания кишечника. Наличие большого количества неспецифических симптомов затрудняет дифференциальную диагностику у данных пациентов. Однако отличительной особенностью, позволяющей заподозрить СРК у пациента, является цикличность течения. Прогноз у пациентов с СРК благоприятный в отличие от воспалительных заболеваний кишечника и в большинстве случаев поддается комплексной терапии. Отсутствие жизнеугрожающих осложнений у СРК (кровотечение, перфорация кишечника, стриктуры кишечника, кишечная непроходимость и т. д.), свойственных воспалительным заболеваниям кишечника, позволяет пациентам с данной патологией проходить лечение у гастроэнтеролога.

Литература

- Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014;24(2):92–101. [Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K. et al. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia on the diagnosis and treatment of patients with irritable bowel syndrome. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2014; 24 (2): 92–101 (in Russ.).]
- Ивашкин В.Т., Алексеев С.А., Колесова Т.А. и др. Резолюция Экспертного совета, посвященного проблемам диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(4):129–130. [Ivashkin V.T., Alekseenko S.A., Kolesova T.A. and other Resolution of the Expert Council on the problems of diagnosis and treatment of functional diseases of the gastrointestinal tract. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2016;26(4):129–130 (in Russ.).]
- Lacy B.E., Mearin F., Lin Chang et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2016;150(6):1393–407.
- Layer P., Andresen V., Pehl C. et al. Guideline irritable bowel syndrome: definition, pathophysiology, diagnosis and therapy. Joint Guideline of the German Society for Digestive and Metaboloc Diseases (DGVS) and the German Society for Neurogastroenterology and Motility (DGNM). Zeitschrift für Gastroenterologie. 2011;49:237–239.
- Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006;130:1480–1491.
- Каторкин С.Е., Андреев П.С., Исаев В.Р. Особенности слизистой оболочки толстой кишки у пациентов с обострением язвенного колита. Наука и инновации в медицине. 2016;4(4):63–68. [Katorkin S.E., Andreev P.S., Isaev V.R. Features of the colon mucosa in patients with exacerbation of ulcerative colitis. Science and innovation in medicine. 2016;4(4):63–68 (in Russ.).]
- Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. О роли висцеральной гиперчувствительности и способах ее коррекции. М.: Прима Принт; 2016. [Maev I.V., Chermushkin S.V., Kucheryavy Yu.A. Irritable bowel syndrome. Roman criteria IV. On the role of visceral hypersensitivity and methods for its correction. M.: Prima Print; 2016 (in Russ.).]
- Lembo A., Lavins B.J., MacDougall J.E. et al. Assessing adequate relief-based thresholds for abdominal and bowel symptoms in two phase 3 trials of linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation. UEG J. 2013;1(Suppl. 21) UEGW: Abstracts:A48.
- Chang L., Lembo A., Sultan S. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology. 2014;147:1149–1172.
- Fox M., Yang J., Zhu Y. et al. Mechanism of lactose intolerance in irritable bowel syndrome: role of anxiety, mucosal immunity and visceral hypersensitivity. 21. UEGW. Abstracts UEGJournal. 2013;1(Suppl. 1):110.
- Давыдова О.Е., Андреев П.С., Каторкин С.Е. и др. Тактика ведения пациентов с язвенным колитом с учетом микробиологического исследования биоптатов стенки толстой кишки. Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2018;26(1):59–69. [Davydova O.E., Andreev P.S., Katorkin S.E. et al. Tactics of management of patients with ulcerative colitis, taking into account the microbiological examination of biopsy specimens of the colon wall. Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlova. 2018;26(1):59–69 (in Russ.).]
- Трухан Д.И., Киселева Д.С., Тарасова Л.В. Диарея: актуальные вопросы дифференциальной диагностики. Гастроэнтерология. 2014;1:51–54. [Trukhan D.I., Kiseleva D.S., Tarasova L.V. Diarrhea: current issues of differential diagnosis. Gastroenterology. 2014;1:51–54 (in Russ.).]
- Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А. Спорные вопросы диагноза и дифференциального диагноза при синдроме раздраженного кишечника. Клиническая медицина. 2014;4:64–67. [Sheptulin A.A., Vise-Khripunova M.A. Controversial issues in the diagnosis and differential diagnosis of irritable bowel syndrome. Clinical medicine. 2014;4:64–67 (in Russ.).]