



Синдром подразненого кишечника

Українська медична стоматологічна академія

Кафедра внутрішньої медицини №1



Епідеміологія СПК

- Функціональні захворювання кишечника – від 14-22% до 38-48% населення земної кулі
- СПК – 30-50% хворих, які звертаються до гастроентеролога
- 2/3 пацієнтів не звертаються за медичною допомогою – феномен айсберга
- Пік захворюваності СПК – 30-40 років
- Жінки хворіють в 2 рази частіше чоловіків

Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., 2007



Епідеміологія

СПК – у 40-70% хворих із захворюваннями органів травлення.

У жінок в 2 рази частіше, ніж у чоловіків.

Частіше у віці 30-40 років.

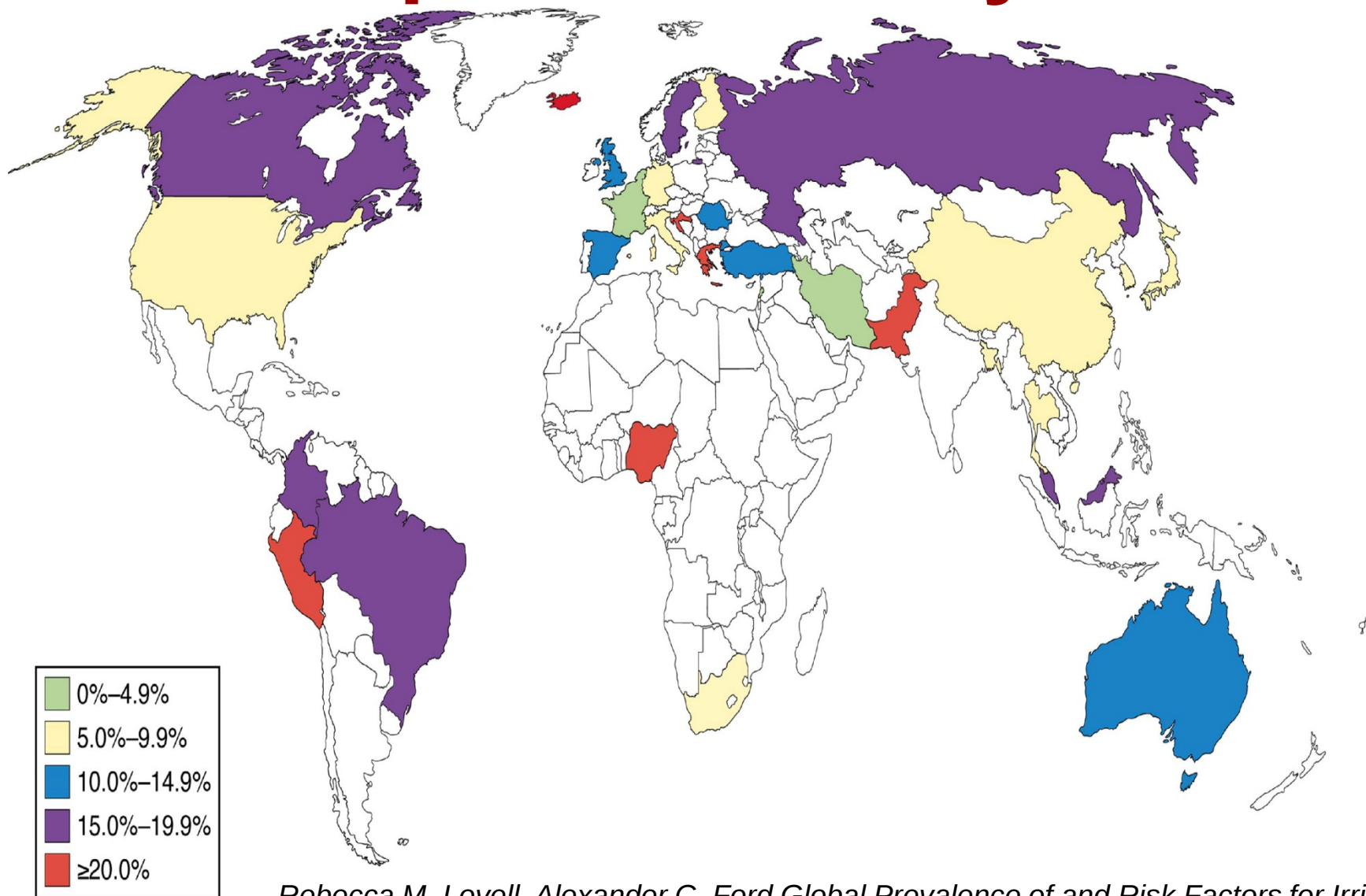
Після 60 років СПК зазвичай вперше не виникає.

(W.G. Thompson et al., 1996).

СПК – у 1/3 населення, а як причина непрацездатності в США, займає II місце після застудних захворювань.

(E.-O. Riecken, 2012).

Поширеність СПК у світі



Rebecca M. Lovell, Alexander C. Ford Global Prevalence of and Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-analysis Clinical Gastroenterology and Hepatology Volume 10, Issue 7, Pages 712-721.e4 (July 2012) DOI: 10.1016/j.cgh.2012.02.029



ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

Поширеність СПК – 20% осіб
працездатного віку
(індустріально розвинуті країни)

ЕТІОЛОГІЯ :

- генетична схильність
- психосоціальні фактори
- порушення моторно-евакуаторної функції
- зниження порогу вісцеральної чутливості

ВПЕРШЕ

– у $\frac{1}{3}$ хворих СПК зв'язок з перенесеною
кишковою інфекцією:

- запалення СО товстої кишки
- ↑ прозапальних цитокінів
- надлишковий бактеріальний ріст
- *Bifidobacterium infantis* нормалізують рівень прозапальних цитокінів



Етіологія і патогенез

Основні етіологічні фактори:

- негативні емоції,
- інфекційні захворювання,
- вплив медикаментів,
- особливості харчування.

Негативні емоції, різноманітні стресові ситуації впливають на моторну функцію кишечника, а тривала травматизація психіки може викликати її порушення.

(P. Euck, M. Wienbeck, 1993)



Тривалий прийом подразнюючих осмопроносних, постійне використання клізм → СПК (в результаті переподразнення хемо- і барорецепторів кишкової стінки та подальшою втратою ними чутливості).

Непереносимість деяких харчових речовин, гіпокінезія, зміна характеру харчування (↓ вміст в продуктах харчових волокон).



СПК - захворювання психосоматичне, за характером і вираженістю нервово-психічних реакцій воно займає граничне становище між нормою та психопатологією.

Серед хворих з СПК виділяється група із ситуаційно-обумовленими психопатологічними проявами і вираженими ендогенними порушеннями.

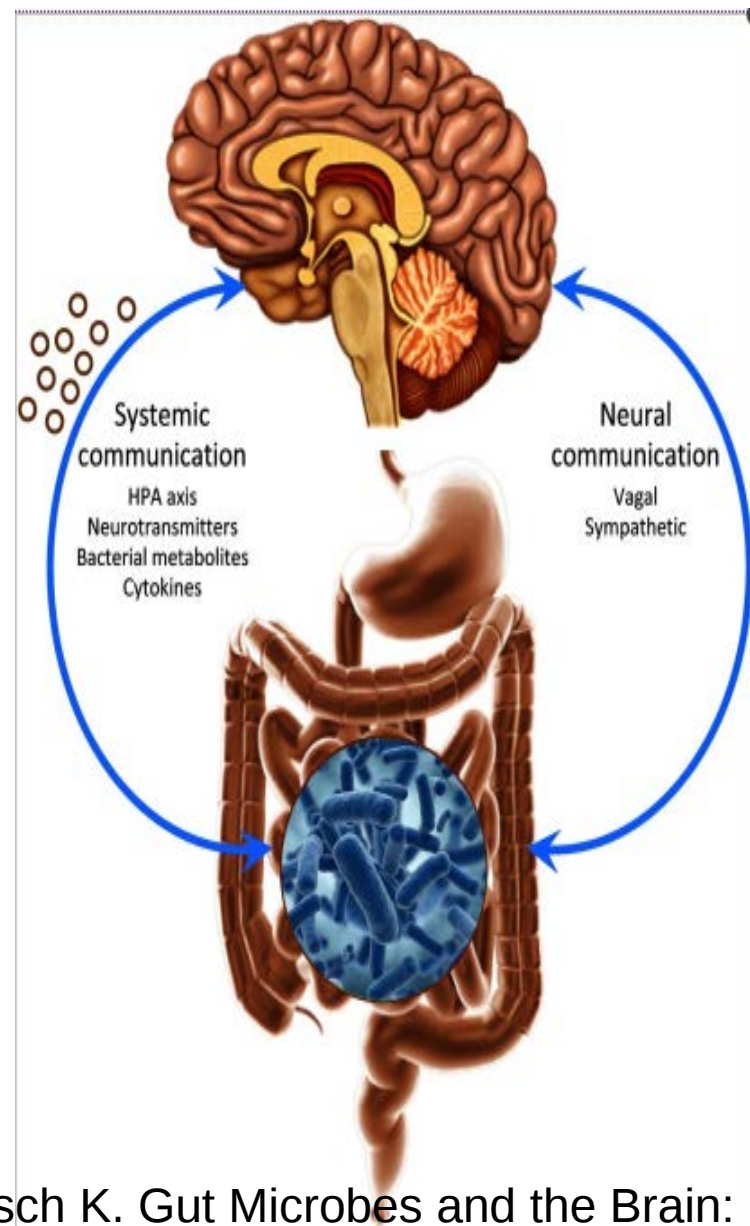
(Е.А.Белоусова, 2001).

Мозок-кишечник- мікробіота

Двонаправлені зв'язки між мікробіомом кишечника, кишечником и мозком.

Ендокринні, нейро- и запальні сигнали, які генерує мікробіота кишечника і спеціалізовані клітини в ньому, впливають на мозок.

Мозок впливає на мікробний склад і функціонування через ендокринні та нейрональні механізми.



Mayer EA, Knight R, Mazmanian SK, Cryan JF, Tillisch K. Gut Microbes and the Brain: Paradigm Shift in Neuroscience. *The Journal of Neuroscience*. 2014;34(46):15490-15496. doi:10.1523/JNEUROSCI.3299-14.2014.

ЕТИОЛОГІЯ

Закрепи

Первинні

- аномалії і пороки розвитку (з дитинства)

Вторинні

- Захворювання кишечника і внутрішніх органів
- Лікарські засоби (психотропні засоби)

Варіанти:

→ **Аліментарний** - внаслідок сухої дієти і гіпогідратації кишкового вмісту.

→ **Механічний** – внаслідок звуження просвіту кишки.

→ **Гіпо- і дискінетичний** – порушення регуляції моторики при неврозах, психічних розладах і СПК

Функціональний закреп – відсутність симптому болю в животі (зберігається поріг чутливості кишечника)

G.F.Longstreth, W.G.Thompson, W.D.Grey, 2006

Патогенез функціонального закрепа

Малорухомий спосіб життя

- штучне голодування
- недостатність харчових волокон

Прийом
медикаментозних
засобів

Проносні або очисні
клізми

Психо-емоційні
чинники

Молодий вік,
жіноча стать

Супутні
захворювання
внутрішніх органів
(ДЖМ і ДСО),
хвороби
аноректальної
зони

**Порушення
моторно-
евакуаторної
функції**

- відсутність позивів до дефекації
- відсутність самостійного акту дефекації

Зміни при СПК

Незалежно від типу СПК:

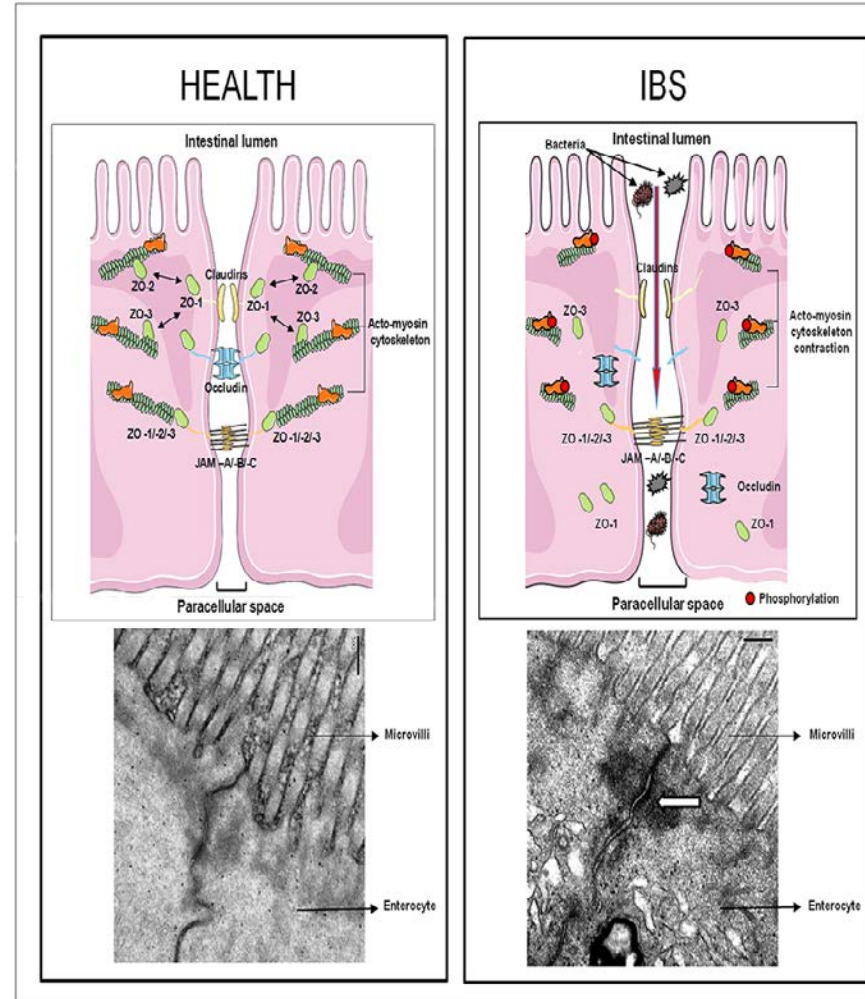
Зміни кишкового бар'єра



Мікрозапалення слизової оболонки



вісцеральна гіперчутливість



Ana M González-Castro et al., Mucosal pathobiology and molecular signature of epithelial barrier dysfunction in the small intestine in irritable bowel syndrome, *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 32 (2017) 53–63 53
© 2016 Journal of Gastroenterology and Hepatology Foundation and John Wiley & Sons Australia, Ltd



Діагностичні критерії при СПК: синдром періодичного болю в животі

Синдром періодичного болю в животі, в середньому,
1 день на тиждень впродовж останніх 3-х місяців,
пов'язаний з 2-ма або більше з наступних критеріїв:

- зв'язок з дефекацією;
- асоціація зі змінами частоти стільця;
- асоціація зі змінами форми (зовнішній вигляд) стільця

**Критерії повинні бути впродовж останніх 3-х міс. з
момента появи симптомів за 6 міс. до встановлення
діагнозу**



Відмінності між діагностичними критеріями

Рим IV

- Основний діагностичний критерій – **біль**
- **Частота епізодів болю – не менше 1 разу на тиждень**
- **Відсутній** діагностичний критерій **«дискомфорт»** (складнощі у трактуванні)
- Асоціація (поєднання) симптомів з виникненням болю, характером і частотою випорожнень
- Зв'язок болю з дефекацією

Рим III

- Частота епізодів болю – не менше 3-х днів у місяць
- Зв'язок симптомів з виникненням болю, характером і частотою випорожнень
- Зменшення болю після дефекації
- Залежність підтипів СПК від % конкретних типів випорожнень

Клінічна діагностика СПК

Принципи:

- Вдумливий підхід
- Обмежені діагностичні тести
- Ретельний контроль

4 ключові особливості

- Анамнез захворювання
- Медичний огляд
- Мінімальні лабораторні аналізи
- Якщо клінічно виправдано (підозра) на іншу патологію – ФКС, тести, які виключають целіакію, лактозну і фруктозну недостатність, мікроскопічний коліт





Клінічна діагностика СПК

Больовий синдром

- Обов'язкова наявність
- Відсутність болю не виключає діагноз

Порушення випорожнень

- Діарея
- Закреп
- Змішаний
- Невизначений

Характеристика больового синдрому

- Локалізація в будь-якому відділі живота
- Частіше в нижній частині
- Зв'язок епізодів болю з порушеннями стільця

Метеоризм

- Здуття живота наявне у більшості пацієнтів



Особливості клінічної картини

- **можлива (але не обов'язково)** наявність у пацієнтів інших симптомів:
 - напруження при дефекації,
 - імперативний характер покликів на випорожнення кишечника;
 - відчуття неповного випорожнення, метеоризм,
 - зв'язок болю та розладів випорожнень з прийомом їжі.
- **часте поєднання симптомів** СПК і ФД,
- **нерідко** мігрень, фіброміалгії, диспареунії, інтерстиціальний цистит.

ЧИМ НЕБЕЗПЕЧНІ ЗАПОРИ?



БЕЗПОСЕРЕДНІ УСКЛАДНЕННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАКРЕПУ

Підвищення тиску у венах прямої кишки

Геморрой

Ректальна
кровотеча

Нетримання
калу та газів

Підвищення тону анального сфінктера

Сфінктерит,
проктит, анальні
тріщини

Підвищення внутрішньочеревного тиску

Дивертикули
товстої кишки

Грижі передньої
черевної стінки

Провокація нападів
стенокардії, інсульту

Зменшення кількості води в калі

Каловий завал і
непрохідність

Перфорація
товстої кишки

Каловий перитоніт

Діагностичні критерії ФЗ (Рим IV, 2016)

1. Повинні включати 2 і більше критеріїв:

- натуження протягом більше $\frac{1}{4}$ (25%) актів дефекації;
- жорсткі або тверді випорожнення (тип 1-2 по BSFS) більш ніж $\frac{1}{4}$ (25%) актів дефекацій;
- відчуття неповної евакуації більш ніж $\frac{1}{4}$ (25%) актів дефекацій;
- відчуття аноректальної обструкції / блокади більш ніж $\frac{1}{4}$ (25%) актів дефекацій;
- мануальні маніпуляції (пальцева евакуація, підтримка тазового дна) для полегшення більш ніж $\frac{1}{4}$ (25%) актів дефекацій;
- менше 3-х спонтанних випорожнень кишечника на тиждень

Діагностичні критерії ФЗ (Рим IV, 2016)

- 2. Рідкі випорожнення майже не спостерігається без використання послаблюючих
- 3. Недостатність критеріїв для підтвердження СПК
- Відповідність критеріям має дотримуватися протягом не менше 3-х останніх місяців. З початком проявів не менше 6-ти місяців перед діагностикою
- Біль і / або здуття можуть бути присутні не як домінуючий с-м (не відповідає критеріям СПК)



СПК. ДІАГНОСТИКА

Симптоми «червоних прапорів» (тривоги):

- ❖ Безпричинне схуднення
- ❖ Постійний прогресуючий біль в животі, який посилюється після дефекації
- ❖ Біль, який порушує сон
- ❖ Сімейний анамнез раку кишечника
- ❖ Виникнення симптомів у віці старше 50-60 років
- ❖ Підвищення температури тіла
- ❖ Відхилення в об'єктивному статусі (гепато-, спленомегалія, наявність пухлини при пальпації і т.д.)



СПК. ДІАГНОСТИКА

Симптоми «червоних прапорів» (тривоги)

- ❖ Наявність змін в аналізі периферичної крові (анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ)
- ❖ Збільшення СРП
- ❖ Наявність змін у біохімічному аналізі крові
- ❖ Наявність крові у випорожненні



III ступінь діагностики СПК

- рівень кальпротектину в калі або С-РП у крові – виключення хронічних ЗЗК у осіб з підозрою на діарейний або змішаний варіанти СПК.
- серологічні маркери целіакії та при їх встановленні ФГДС з біопсією СОДК для морфологічної верифікації діагнозу целіакії при рефрактерності до лікування



СПК. ДІАГНОСТИКА

Перелік обов'язкових обстежень (скринінгових):

- ❖ Розгорнутий клінічний аналіз крові
- ❖ С-реактивний протеїн
- ❖ 3-х кратне дослідження калу на приховану кров, яйця глистів, простіші
- ❖ Антигліадинові антитіла (АГА Ig A, Ig G), ендомізіальні антитіла (ЕМА Ig A), антитіла до тканинної трансглютамінази (tTG)



Діагностика СПК

«Маски» СПК (a number of conditions)

- хронічні запальні захворювання кишечника,
- целіакія,
- непереносимість лактози и фруктози,
- мікроскопический колит

! За наявності симптомів СПК і відсутності симптомів «тривоги» - **обстеження мінімальне**



III ступінь діагностики СПК

- Колоноскопію рекомендується проводити:
 - особам понад 50 років,
 - за наявності «симптомів тривоги»,
 - за спадкової схильності до колоректального раку,
 - при персистуючій діареї, рефрактерній до терапії.
- При хронічній діареї - колоноскопія і біопсія СО різних відділів товстої кишки для виключення мікроскопічного коліту.
- При персистуючій діареї і рефрактерності до лікування - сцинтиграфія з гомоаурохолевою кислотою, міченою ^{75}Se , (виявлення порушень всмоктування жовчних кислот)
- Дихальний тест для підтвердження лактазної недостатності

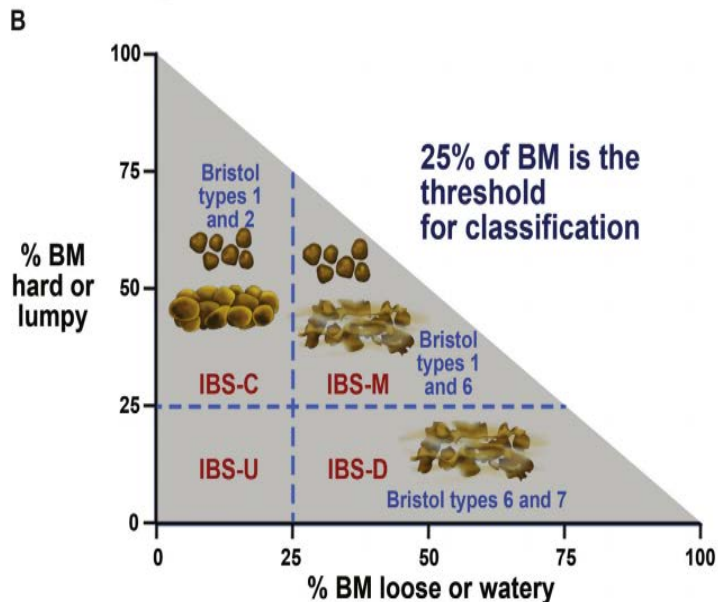
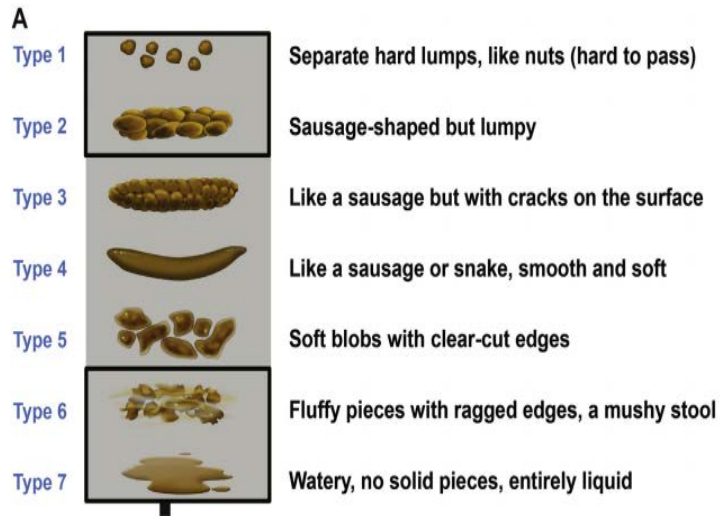


ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Дифдіагностику СПК необхідно проводити з:

- хронічним невиразковим колітом;
- неспецифічним виразковим колітом;
- хворобою Крона;
- дивертикулярною хворобою;
- пухлинами товстої кишки;
- захворюваннями тонкої кишки з діарейним синдромом;
- кишковими інфекціями.

Бристольська шкала в світлі Рим IV



Діагностичні критерії за підтипами СПК засновані на формі/консистенції стільця, оцінюються мінімум 2 тижні (мінімум 4 дня епізодів патологічних випорожнень)

підтип СПК-З:

> 25% випорожнень з типом калу 1-2 і
< 25% випорожнень з типом калу 6-7

підтип СПК-Д:

> 25% випорожнень типу 6-7 і < 25% – з типом 1-2

підтип СПК-М:

> 25% випорожнень типу 1-2 і >25% - з типом калу 5-6

підтип СПК-Н: правило 25% не підходить

ДІАГНОСТИКА :

1. Закреп – гострий або хронічний ?
2. Зв'язок із застосуванням лікарських засобів.
3. Захворювання кишечника ?
4. Визначення ступеня порушення моторної функції:
 - час транзиту по товстому кишечнику
 - сфінктероманометрія
5. Визначення порушень нервово-м'язової координації акту дефекації -
– анальна манометрія.
6. Дослідження функції м'язів тазового дна - дефекографія.
7. Стан кислотоутворюючої функції шлунку
8. Біліарна система (ДЖМ, ДСО)

ДІАГНОСТИКА

Функціональний закрес – діагноз виключення.
«Органічні» причини закресів :

1. Патологія товстого кишечника:

- вроджені аномалії (хвороба Гіршпрунга)
- колоректальний рак
- дивертикули и поліпоз
- лаксатівная хвороба

2. Ендокринні порушення і метаболічні розлади:

- ожиріння
- цукровий діабет
- гіпотиреоз
- гіперкальціємія

3. Захворювання сполучної тканини (склеродермія, дерматоміозит), амілоїдоз.

4. Неврологічні і психічні порушення :

- інсульт
- захворювання спинного мозга
- важкі депресії

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ

Виключення органічних причин закрепів



Навчання піцієнта

- корекція способу життя
- зміна харчових звичок - вживання харчових волокон, достатньої кількості рідини
- психологічна підтримка

- 
- Рефрактерний закреп
 - Довготривалий прийом послаблюючих

- 
- Клінічна ремісія
 - Нормалізація частоти дефікації

Основні принципи лікування

- ✓ Усунення можливих факторів ризику
- ✓ Усунення больового синдрому
- ✓ Відновлення еубіозу кишечника
- ✓ Нормалізація моторики кишечника

Дієтичні рекомендації

При схильності до діареї:

- обмежити вміст грубої клітковини у харчовому раціоні,
- виключити вживання фруктози, сорбітолу, кави, алкоголю та газованих напоїв.

За наявності метеоризму:

- уникати продукти, що посилюють газоутворення в кишечнику (молоко, бобові, капуста та ін.)

За наявності закрепів:

- рекомендується дієта з високим вмістом харчових волокон, **хоча** 15-25% пацієнтів з СПК зазначають посилення больових відчуттів і метеоризму.

СПК з обстипацією

- **Псилліум** – до 30 г на добу в декілька прийомів
- **Поліетиленгліколь** (17–34 г на добу)
- **Любіпростон** – селективний активатор хлоридних каналів 2-го типу (в дозі 8 мкг 2 рази на добу)
- **Лінаклотид** – агоніст гуанілатциклази C (по 290 мкг 4 рази в день).

СПК з діареєю

- **Лоперамід** (2–4 мг на добу з титруванням дози в разі необхідності)
- препарати, які зв'язують жовчні кислоти (**Холестирамін** по 9 мг 2–3 рази на добу, коlestипол по 2 мг 2–4 рази на добу та ін.).
- **Пробіотики**, які ефективно усувають різні симптоми СПК (біль, діарею, метеоризм). Відсутні характеристики окремих пробіотиків – «доступні різноманітні препарати» (**multiple products available**).
- **Рифаксимін** (по 550 мг 3 рази на добу) 14 днів при СПК-Д та СПК-М
- **антагоніст 5-HT₃-рецепторів Алосетрон** (стартова доза 0,5 мг 2 рази на добу) - резервний препарат (з рядом обмежень) - в США для лікування тяжких форм діарейного варіанту СПК у жінок (рідко – ішемічний коліт). Ефективні **ондансетрон** (4–8 мг 3 рази на добу) і **рамосетрон** (5 мкг 4 рази на добу).

Купірування спастичного болю

I лінія

- **м'ятна олія – Ibgard** (по 250–750 мг 2–3 рази на добу в капсулах з ентеральним покриттям)
- **діцикломін** (10–20 мг 4 рази на добу),
- **отилоніум** (по 40–80 мг 2–3 рази на добу)
- **мебеверин** (по 135 мг 3 рази на добу).
- **тримебутин** (200 мг 3 рази на добу)

II лінія

трициклічні антидепресанти (дезипрамін по 25–100 мг на добу, амітриптилін по 10–50 мг на добу), особливо ефективні при СПК-Д

СІЗЗС (пароксетин по 10–40 мг 4 рази на добу, сертралін по 25–100 мг 4 рази на добу, циталопрам по 10–40 мг рази на добу)

психотерапія (когнітивна, релаксаційна, гіпнотерапія) – допоміжний метод