В.В. СКВОРЦОВ, д.м.н., профессор, **М.В. ЛУНЬКОВ**, к.м.н., **А.В. КУЛИНИЧ**, **Е.М. СКВОРЦОВА**, к.м.н., **А.В. МОРОЗОВ**, к.с.-х.н., **А.Р. СТАРОВА**, **А.А. МИРОНОВ**

Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России

МИНЕРАЛЬНАЯ ВОДА

КАК НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ СПОСОБ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В этой статье о синдроме раздраженного кишечника основное внимание уделяется определению, эпидемиологии и патофизиологии как средству понимания стратегий оптимального лечения, рассмотрены более стандартные и новые методы лечения синдрома раздраженного кишечника.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, СРК, эпидемиология, распространенность, первичная медико-санитарная помощь, Рим IV, минеральная вода, СРК.

V.V. SKVORTSOV, MD, Prof., M.V. LUNKOV, PhD in medicine, A.V. KULINICH, E.M. SKVORTSOVA, PhD in medicine, A.V. MOROZOV, Candidate of Agricultural Sciences, A.R. STAROVA, A.A. MIRONOV

The Volgograd State Medical University of Public Health Ministry of the Russian Federation

MINERAL WATER AS NON-MEDICAMENTOUS WAY IN TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS)

This article on irritable bowel syndrome (IBS) focuses on the definition, epidemiology and pathophysiology as a means of understanding optimal treatment strategies, considered more standard and new methods of treating IBS.

Keywords: irritable bowel syndrome, IBS, epidemiology, prevalence, primary health care, Rome IV, mineral water, IBS.

Синдром раздраженного кишечника (СРК, intestinal bowel syndrome, IBS) – это функциональные гастроинтестинальные нарушения, характеризующиеся абдоминальной болью и изменениями кишечных функций без специфической, присущей только ему органической патологии. СРК диагностируется с использованием клинических критериев и впервые был описан в 1892 г. английским клиницистом W. Osler (под названием «слизистый колит»). В зависимости от применяемых диагностических критериев СРК затрагивает около 11% населения во всем мире. Только около 30% людей, которые испытывают симптомы СРК, будут консультироваться по этому поводу с врачами. У этих людей нет существенных различий абдоминальных симптомов с теми, кто избегает посещения врача, но они имеют больший уровень тревоги и более низкое качество жизни.

На международном уровне наблюдается преобладание женщин в распространенности СРК, и нет связи с социально-экономическим статусом. В качестве провоцирующих факторов рассматривают внутрисемейные, генетические и социологические факторы. Пациенты с диагнозом СРК с большой вероятностью имеют другое функциональное заболевание и имеют больше хирургических вмешательств, чем общее население. Нет никаких доказательств того, что СРК ассоциируется с повышенным риском смертности [1].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Функциональные расстройства кишечника являются одними из наиболее распространенных заболеваний, наблюдаемых на уровне первичного звена, а также в специализированных клиниках гастроэнтерологии.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из наиболее распространенных функциональных расстройств кишечника с распространенностью от 5 до 25% и составляет 36% всех посещений гастроэнтерологов. Пол, по-видимому, играет важную роль в СРК. Две трети пациентов являются женщинами с оценочной распространенностью в пределах от 14 до 24%. Кроме того, существует значительное клиническое перекрытие СРК с другими функциональными болевыми синдромами, такими как фибромиалгия, синдром хронической усталости, интерстициальный цистит и головные боли мигрени с аурой, которые имеют преобладание у женщин [6].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Толчком для римского процесса стал симпозиум СРК на 12-м Международном конгрессе гастроэнтерологов, который состоялся в Лиссабоне в 1984 г. Несмотря на то что он был, возможно, самым ранним международным симпозиумом по СРК, форум привлек аудиторию, которая намного опередила возможности назначенного собрания. Один член коллегии, профессор Aldo Torsoli, был организатором следующего международного конгресса, запланированного для Рима в 1988 г. Была создана рабочая группа для подготовки таких рекомендаций для следующего конгресса [9].

Несколько лет спустя Римский комитет снова собрался для пересмотра первоначальных критериев Рима I на основе отзывов клиницистов, исследователей, регулирующих органов и новой информации, собранной из научной литературы. Пересмотренные критерии Рим II были опубликованы в 1999 г. Подобно Риму I, Рим II требовал наличия симптомов в течение по крайней мере 12 недель

из предшествующих 12 месяцев, хотя время не обязательно должно было быть последовательным. К определению был добавлен термин «дискомфорт», а также новый критерий, где отмечено, что для диагностики СРК необходимо установить два из трех критериев, связанных с абдоминальной болью, для обеспечения присутствия измененной моторики кишечника. Пациенты не были отнесены к определенным подтипам, основанным на моторике кишечника в то время [12].

Критерии Рима III были введены в 2006 г., причем наиболее значительным изменением является классификация СРК по подтипам. Подтипы были основаны на консистенции стула, а не на частоте стула и включали СРК-С (запоры), СРК-D (диарея), СРК-M (смешанные) и СРК-U (неподтвержденные). Еще одно существенное изменение заключалось в том, что вздутие живота в качестве первичного симптома было исключено из определения. Это изменение было основано на представлении о том, что раздувание как симптом настолько распространено, что оно не чувствительно и не специфично только для СРК. Достоверное исследование Форда и колл. пациентов с симптомами СРК, которые подверглись колоноскопии, показало чувствительность критериев Рима III как 68,8% и специфичность 79,5% [14].

Начиная с выпуска критериев Рима III в 2006 г. исследования в области СРК выросли. Творческая исследовательская работа как в фундаментальных, так и в клинических науках выявила новые этиологические факторы СРК и обеспечила лучшее понимание сложной патофизиологии, лежащей в основе генерации симптомов СРК. На рынок было представлено множество новых лекарств, и они были сосредоточены на конкретных подтипах СРК, основанных, в частности, на лучшем понимании лежащей в основе патофизиологии. Эти достижения, а также стремление сделать критерии Рима более клинически полезными привели к нескольким ключевым изменениям в критериях Рима, когда четвертая генерация была выпущена в 2016 г. [13].

Рим IV определял синдром раздраженной толстой кишки (СРК) как функциональное расстройство кишечника, в котором рецидивирующая боль в животе ассоциируется с дефекацией или изменением моторики кишечника. Обычно присутствуют неупорядоченные сокращения кишечника (например, запор, диарея или смесь запора и диареи), а также симптомы вздутия живота/растяжения. Признание симптомов должно происходить по крайней мере за 6 месяцев до постановки диагноза, и симптомы должны присутствовать в течение последних 3 месяцев [8].

Критерии Рима IV отличаются от критериев Рима III несколькими различными способами. Во-первых, термин «дискомфорт» был удален из существующих определений и диагностических критериев, поскольку некоторые языки не имеют слова для дискомфорта или имеют разные значения на разных языках. Кроме того, на основании исследования пациентов с IBS, которые сообщили о широких вариациях в их понимании этих терминов, неясно, является ли различие между болью и дискомфортом качествен-

ным или количественным. Во-вторых, частота боли в животе увеличивалась с 3 дней в месяц до одного дня в неделю в среднем. Хотя это изменение кажется небольшим, оно было основано на большом исследовании населения с целью повышения чувствительности и специфичности критериев [11]. В-третьих, вздутие и растяжение кишечника теперь признаны обычными симптомами. Это подчеркивает распространенность этих симптомов у пациентов с СРК и другими FGID (функциональные гастроэнтерологические расстройства), т. е. с хроническим запором, функциональной диспепсией и т. д., и подтверждает более ранние результаты Kruis и колл. [15]. В-четвертых, предварительные критерии включали несколько неоднозначную фразу о наличии неупорядоченной дефекации. Теперь прямо указано, что подтипы СРК основаны на преобладающей моторике кишечника в дни с аномальными движениями кишечника. Римский комитет, используя данные большого исследования населения (Римский нормативный обзор симптомов GI, неопубликованный), определил, что анализ дней без движения кишечника не увеличивает специфичность подтипирования кишечника, тогда как анализ только дней с аномальными движениями кишечника повышает специфичность [12].

Классификация пациентов с СРК в определенных подтипах на основе преобладающих привычек кишечника полезна, т. к. помогает фокусировать лечение на преобладающем и часто наиболее беспокоящем симптоме. Помимо этого, при рассмотрении синдрома раздраженного кишечника и верификации диагноза по подтипам нельзя упускать из внимания шкалу формы кала Бристоль (BSFS, была разработана в 1990-х гг. в Бристольском королевском лазарете в Англии). Авторы описали семь типов стула, которые указаны ниже:

- Тип 1. Отдельные твердые глыбы, такие как орехи (трудно пройти).
- Тип 2. Колбасная, но кусковая.
- Тип 3. Как колбаса, но с трещинами на ее поверхности.
- Тип 4. Как колбаса или змея, гладкая и мягкая.
- Тип 5. Мягкие капли с четкими режущими краями (легко пропускаются).
- Тип 6. Пушистые кусочки с рваными краями, мягкий стул.
- Тип 7. Водянистый, без твердых кусков, полностью жидкий.

Авторы классифицировали типы стула 1 и 2 как связанные с запором, в то время как типы стула 6 и 7 были связаны с диареей (и стулом типа 5 до некоторой степени). Стул типов 3 и 4 считался нормальным. BSFS – удобный способ для пациентов описать свои привычки кишечника; обычно используется в клинических испытаниях. Кроме того, в двух крайних случаях (стул Бристоль 1 и 2 или типы 6 и 7) форма стула служит грубым суррогатным маркером СРК. Пациенты с СРК-С имеют > 25% движений кишечника, связанных с BSFS 1 или 2, в то время как у пациентов с СРК-D есть > 25% от их испражнений, связанных с BSFS 6 или 7. Выходит, что у кого смешанный подтип чередующихся запоров и диареи (СРК-M), тот имеет > 25% движений кишечника, связанных с BSFS 1 или 2 и > 25% от их испражнений, связанных с BSFS 6 или 7 [12, 13].

ЭТИОЛОГИЯ

Пол

В большинстве популяций женщины сообщают о большем количестве симптомов СРК, чем мужчины, независимо от применяемых диагностических критериев. Показатели у женщин примерно в 1,5–3 раза выше, чем у мужчин. На международном уровне общая распространенность СРК у женщин на 67% выше, чем у мужчин.

Возраст

СРК встречается во всех возрастных группах, включая детей и пожилых людей, без явных различий в частоте подтипов по возрасту. Однако 50% пациентов с сообщением СРК, имевших первые симптомы, достигли возраста 35 лет, а распространенность – на 25% ниже у лиц старше 50 лет, чем у тех, кто моложе 38. Это предполагает, что симптомы со временем меняются, и противоречит убеждению, что СРК является хроническим пожизненным состоянием, потому что, если это так, то распространенность должна оставаться постоянной или увеличиваться с возрастом. Пациенты в возрасте старше 50 лет также сообщают о более мягкой боли, но их общее качество жизни хуже. У лиц старше 65 лет также, вероятно, были симптомы на срок более 1 года, прежде чем они консультировались, в то время как лица, не достигшие 65 лет, обращаются намного раньше [10, 14, 15].

Социально-экономический статус

Было показано, что СРК ассоциируется с более низким социально-экономическим статусом, что подтверждается теорией о том, что более низкий уровень доходов связан с более плохими результатами здравоохранения, снижением общего качества жизни и увеличением жизненных стрессов. Аналогичным образом области, в которых имеется меньшая доля людей, занятых в ручном труде, имеют более высокие показатели СРК. Предполагается, что это связано с более высоким уровнем стресса, воспринимаемым людьми, работающими в профессиональных и управленческих ролях. Это подтверждает аргумент о том, что СРК является болезнью индустриализации и урбанизации и что более высокие показатели сейчас сообщаются в Азии, Южной Америке и Африке в связи с увеличением благосостояния в этих регионах. Это может быть связано с тем, что люди с более высоким доходом имеют больший доступ к медико-санитарной помощи и склонны обращаться за помощью. Следовательно, им чаще ставится диагноз [13].

Семейный анамнез

В исследованиях близнецов наличие матери или отца с СРК является независимым фактором риска для человека, имеющего СРК, и более сильного предиктора, чем наличие близнеца с СРК. Конкордантность у монозиготных близнецов (доля двойных пар, у которых обе имеют СРК) составляет менее 20%, и ассоциация, наблюдаемая в семейной ячейке, значительно снижается, когда скорректирован соматический статус. Эти данные показывают, что

наследственность может быть тесно связана с научными исследованиями в большей степени, чем с генетическими факторами [14].

ПАТОГЕНЕЗ

Симптомы в СРК имеют физиологическую основу, но нет единого механизма, ответственного за развитие симптомов. Ниже представлены патофизиологические механизмы, которые, по-видимому, вносят основной вклад в СРК.

- Аномальная подвижность кишечника.
- Повышенное висцеральное восприятие: периферическое или центральное.
- Психологическое расстройство.
- Внутриспросветные факторы, раздражающие тонкую кишку или толстую кишку.
- Лактоза, другие сахара.
- Желчные кислоты, короткоцепочечные жирные кислоты.
- Пищевые аллергены.
- Постинфекционная нейроиммунная модуляция функций кишечника.
- Взаимодействие между различными механизмами может возникать у отдельных пациентов.

Эти индивидуальные механизмы не являются взаимоисключающими. СРК считается биопсихосоциальным расстройством, возникающим в результате комбинации 3 взаимодействующих механизмов: психосоциальных факторов, измененной подвижности и транзита, что может отражать тяжесть дисфункции кишечника и повышенную чувствительность кишечника или толстой кишки. Предварительные данные свидетельствуют о генетическом вкладе в функциональные нарушения кишечника, которые требуют дальнейшей диагностики [5].

Гиперчувствительность желудочно-кишечного тракта и аноректальная дисфункция широко изучены и так часто ассоциируются с синдромом, что они являются разумными мишенями для терапии. Высказывается гипотеза о том, что измененное периферическое функционирование висцеральных рецепторов (набор низкопороговых ноцицепторов, повышенная возбудимость нейронов задних рогов) и центральная обработка афферентной информации важны при изменении соматического ощущения и двигательной дисфункции у пациентов с функциональным заболеванием кишечника [3].

В последнее время большое внимание уделяется возможным сохраняющимся нейроиммунным взаимодействиям после инфекционного гастроэнтерита, что может привести к сенсомоторной дисфункции. Однако роль инфекции в СРК по-прежнему вызывает споры. Инфекционная диарея предшествует возникновению симптомов СРК у 7–30% пациентов в разных исследованиях. Некоторые токсины, скорее всего, связаны с долгосрочными симптомами у пациентов с предшествующим энтеритом, вызванным *Campylobacter*.

Неясно, может ли предыдущий инфекционный эпизод вызвать физиологический ответ, вызывая постоянные симптомы, даже при отсутствии остаточного явного воспаления кишечника. Некоторые ученые предположили,

что микроскопические воспалительные изменения, такие как инфильтрация энтеральной нервной системы, способствуют развитию СРК.

Некоторые пациенты с СРК также имеют непереносимость углеводов, что может способствовать симптомам СРК; непереносимость сахара частично определяется этнической принадлежностью пациента. Таким образом, непереносимость лактозы имеет более высокую распространенность среди латиноамериканских и чернокожих пациентов, в то время как непереносимость фруктозы и сорбита более распространена среди людей северо-европейской нации. Клинические последствия непереносимости лактозы также зависят от общей углеводной нагрузки. Газообразование в результате переваривания в тонком кишечнике и последующего метаболизма в толстой кишке вызывает вздутие, образование осмотически-активных метаболитов приводит к диарее [6, 7].

Экспериментальные данные показывают, что пищевые аллергены могут также иметь важное значение в СРК. Одно клиническое исследование показало, что симптомы у 40% пациентов с СРК постоянно улучшались с помощью диетических исключений [14]. Роль диетического исключения по-прежнему вызывает споры, хотя имеются данные о том, что более высокая (хотя и не количественная) величина выделения газа у пациентов с СРК может быть уменьшена за счет диеты, и это изменение параллельно с улучшением симптомов.

Часть пациентов с СРК чрезмерно чувствительна к эффекту секретируемых желчных кислот.

Стресс и эмоции влияют на желудочно-кишечную функцию и вызывают симптомы в большей степени у пациентов с СРК, чем в здоровом контроле. Психологические симптомы, которые чаще встречаются у пациентов с СРК, включают соматизацию, беспокойство, враждебность, фобию и паранойю. Идентификация соматизации является ключом к оптимизации лечения пациентов. Поскольку психосоциальные симптомы модулируют опыт соматических симптомов, они способствуют патологическому поведению, увеличению консультаций с врачом и снижению способности самостоятельно справляться, которые так распространены среди пациентов с СРК [1, 2].

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

СРК представляет интересную загадку для врача первичного звена, учитывая его диагностическую двусмысленность и совпадение с другими функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта. В первичной медико-санитарной помощи диагноз СРК обычно основан на эмпирическом подходе и часто является диагнозом исключения. Этот подход, хотя и, возможно, прагматичный и тщательный, может быть дорогостоящим, трудоемким и экономически выгодным в условиях ограниченного ресурса. Диагностические критерии, такие как Римские критерии IV и рекомендации Национального института здоровья и ухода, рекомендуют выставлять пациентам положительный диагноз СРК на основе совокупности симптомов.

В то же время эти формальные диагностические критерии были подвергнуты критике как слишком узкие и плохо подходят для диагностики СРК в первичной медико-санитарной помощи. Было показано, что часто не хватает знаний о формальных диагностических критериях среди врачей-терапевтов. Тем не менее исследования показали, что формальные диагностические критерии могут служить ценными инструментами для диагностики СРК в первичной медико-санитарной помощи [11, 14, 15].

Грамотно собранный анамнез заболевания является краеугольным камнем диагностики СРК. При составлении истории следует сосредоточиться на следующих ключевых аспектах.

Боль в животе – это требуется для диагностики СРК; отсутствие боли в животе эффективно исключает диагноз СРК. Боль обычно расплывчатая и неопределенная, но иногда локализуется в нижней части живота и облегчается при прохождении стула. Однако это не всегда верно, т. е. боль в животе может иногда ухудшаться после дефекации.

Некоторые пищевые продукты способны ухудшить течение СРК: диеты с высоким содержанием ферментируемых олигосахаридов, дисахаридов, моносахаридов и полиолов (FOD-MAP) могут ухудшить симптомы СРК, такие как вздутие живота и чрезмерное выделение газов

Неупорядоченная дефекация – история неупорядоченного кишечника, связанная с абдоминальной болью, почти всегда идентифицируется у пациентов с СРК. BSFS следует использовать для записи консистенции стула [4, 5].

Вздутие живота может присутствовать в большом проценте пациентов с СРК, но это не является ни конкретным, ни необходимым фактором для диагностики СРК.

Растяжение передней брюшной стенки также присутствует у большинства пациентов с СРК, но не как патогномичный симптом для диагностики СРК.

Клиницисты первичного звена должны признать роль психологических аспектов и улучшить оценку психологических сопутствующих заболеваний в СРК. Клиницистам рекомендуется подходить к психосоциальной оценке с точки зрения скрининга с целью выявления пациентов, которые подвержены риску рефрактерных СРК, тех, кто плохо реагирует на лечение, и лиц с более низким качеством жизни. Выявление психосоциальной истории требует тонкости, особенно при освещении чувствительных тем, таких как история вредных привычек, депрессия, суицидальные мысли и характер внутрисемейных отношений [2, 5, 9].

Пациентов следует спросить об их предполагаемой доступности систем социальной поддержки. Было показано, что пациенты, которые испытывают стрессовые жизненные события, склонны к обострению СРК-симптомов и чаще обращаются за медицинской помощью.

Пациенты с СРК также часто имеют нетипичные симптомы, такие как головные боли, фибромиалгия и хронич-

ческая тазовая боль: это, вероятно, связано с соматизацией их симптомов.

Частные сопутствующие заболевания при СРК, наблюдаемые в практике терапевта, могут использоваться для улучшения клинического обследования. Необходимо использовать опросники, которые являются достоверными, надежными и относительно свободными от потенциальных предубеждений. Инструменты, такие как анкета для истории травмы, опросник по поводу стресса, шкалы тревожности и депрессии (Тейлора, Цунга, Гамильтона), модули депрессии и тревожного расстройства (анкеты для пациентов: генерализованное тревожное расстройство 7 (GAD-7), короткая форма (SF)-36 или более короткие SF-12 и SF-8), являются примерами полезных опросников, которые могут помочь в получении психосоциальной истории [7, 10, 13].

Детальная диетическая история может иметь первостепенное значение в диагностике СРК. Например, некоторые пищевые продукты способны ухудшить течение СРК: диеты с высоким содержанием ферментируемых олигосахаридов, дисахаридов, моносахаридов и полиолов (FOD-MAP) могут ухудшить симптомы СРК, такие как вздутие живота и чрезмерное выделение газов. Пациентам следует рекомендовать хранить подробный дневник продуктов питания, который пригодится для оценки взаимосвязи между их симптомами СРК и потреблением пищи во время клинической встречи [11].

Собранный анамнез будет неполон без надлежащей гинекологической, сексуальной и менструальной истории. Гендерные различия при СРК должны быть отмечены. Боль в животе может быть связана с менструальным циклом, вызывающим циклические изменения болевых порогов. Женщины, по-видимому, имеют более частые и тяжелые симптомы СРК во время менструации, а ухудшение боли в животе, вероятно, связано с изменениями менструального цикла. Аналогичным образом менопауза имеет связь с обострением жалоб СРК. Женщины с дисменореей также в два раза чаще имеют повышенные симптомы СРК по сравнению с теми, у кого нет дисменореи. Поэтому у женщин с симптомами СРК особое внимание следует уделять нарушениям менструального цикла, состоянию менопаузы, использованию противозачаточных средств и заместительной гормональной терапии, а также истории гинекологической хирургии [12].

На основании Римский критериев IV, а также рекомендаций NICE возможно выставление диагноза СРК на основе четырех руководящих принципов: всесторонний и эффективный сбор анамнеза заболевания, физическое обследование, ограниченные, но соответствующие лабораторные исследования, а также при клинических показаниях другие соответствующие исследования и процедуры, такие как колоноскопия, чтобы исключить органические причины боли в животе [13].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

СРК необходимо дифференцировать со стриктурами кишечника (в результате воспалительных заболеваний

кишечника, в исходе дивертикулита, ишемического генеза), новообразованиями толстой кишки, побочными эффектами ЛС (опиатов, блокаторов кальциевых каналов, диуретиков, анестетиков, миорелаксантов, холиноблокаторов), эндокринными расстройствами (гипотиреозом, гиперпаратиреозом). Симптомы, напоминающие СРК, возможны при физиологических состояниях у женщин (беременность, климакс), употреблении некоторых продуктов (алкоголя, кофе, газообразующих продуктов, жирной пищи), изменении привычного образа жизни (например, в поездке) [5].

У пациентов с преобладанием в клинике запоров необходимо исключить обструкцию толстой кишки опухолевой природы. Особенно это актуально у пациентов старше 45 лет, а также у больных более молодого возраста в дебюте заболевания, при выраженных или устойчивых к лечению симптомах или при наличии в семейном анамнезе случаев рака толстой кишки.

При преобладании в клинике диарейного синдрома необходимо исключать:

- воспалительные заболевания кишечника: болезнь Крона, язвенный колит;
- инфекционные заболевания, вызванные *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Salmonella* spp., *Campylobacter* spp., *Yersinia* spp., *Clostridium difficile*, паразитарные инвазии;
- побочные эффекты ЛС (антибиотиков, препаратов кальция, желчных кислот), злоупотребление слабительными;
- синдром мальабсорбции при спру, дисахаридазной (в том числе лактазной) недостаточности;
- гипертиреоз, карциноидный синдром, медуллярный рак щитовидной железы и синдром Золлингера – Эллисона;
- другие причины диареи: постгастрэктомический синдром, энтеропатия при ВИЧ-инфекции, эндокринная опухоль ЖКТ, аллергическая энтеропатия [6].

При преобладании в клинической картине болевого синдрома нужно исключить: частичную обструкцию тонкой кишки; болезнь Крона; ишемический колит; хронический панкреатит; лимфому ЖКТ; эндометриоз (симптомы обычно ассоциированы с менструациями); заболевания желчевыводящих путей.

В дифференциальной диагностике ведущее значение имеют результаты колоноскопии с биопсией [6, 7].

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение

До назначения любых лекарств необходимо проведение мероприятий, направленных на подбор диеты, устранение стрессорных факторов, информирование пациента, установление доверительных взаимоотношений между пациентом и врачом (в том числе и с психотерапевтом), психотерапевтическое воздействие с объяснением причин заболевания и возможных путей его устранения.

Пациента следует убедить в том, что симптомы заболевания не представляют опасности для жизни и не обусловлены органической патологией. Нужно объяснить больному, что он способен контролировать возникновение проявлений заболевания (например, не допускать

чувства гнева, поскольку последний вызывает у пациентов с синдромом раздраженного кишечника спастические сокращения толстой кишки) [6].

В процессе беседы необходимо акцентировать внимание пациента на большей значимости именно депрессивных переживаний (к которым пациент адаптируется и не замечает их), чем непосредственно болевых ощущений и дискомфорта в животе.

Назначают диету с исключением молока, газированных напитков, животных жиров, капусты, бобовых, алкоголя. Употребление газированных напитков и прием напитков через соломинку, использование жевательной резинки приводит к аэрофагии и может провоцировать развитие симптомов.

Больным с запорами рекомендуют употребление растительной клетчатки в виде нерафинированных продуктов, овощей и фруктов, морской капусты, хлеба с отрубями; введение в рацион пищевых волокон в виде отрубей.

При наличии диареи следует убедиться, что у больного нет лактозной недостаточности и он не употребляет большое количество кофеина, фруктозы, сорбитола и слабительных средств [5–7].

При рассмотрении способов немедикаментозных способов коррекции СРК необходимо сделать особый акцент на современные веяния, в том числе на использование минеральных вод, несмотря на то, что выше было сказано об исключении газированных напитков. Это продиктовано тем, что минеральная вода хорошо зарекомендовала себя в лечении синдрома раздраженного кишечника, что привлекает большое внимание со стороны гастроэнтерологов и толкает к ее всестороннему изучению и внедрению в лечебную практику.

Свойства минеральной воды определяет ее физико-химический состав. Действие воды может быть специфическим за счет химических эффектов всосавшихся элементов, а также неспецифическим системным за счет взаимодействия минеральной воды с содержимым органов желудочно-кишечного тракта, влияния на органы-мишени (секреторные клетки слизистой оболочки), регуляторные системы (нервные и гормональные). Это воздействие может быть прямым (на рецепторы нервных и эндокринных клеток), а также дистантным, рефлекторным.

Неспецифическое действие минеральной воды обусловлено такими макроэлементами, как ионы натрия, гидрокарбоната, хлора, концентрацией растворенного в воде углекислого газа, общей минерализацией, а специфическое – макроэлементами (кальцием, магнием, сульфатом) и микроэлементами (железом, цинком, кремнием, бором и т. д.). Причем специфические эффекты проявляются только в том случае, если тот или иной компонент минеральной воды способен реально изменить внутреннюю среду организма за счет повышения своей концентрации.

Этот принцип справедлив для минеральных вод, в состав которых входят значительные концентрации ионов (более 300–500 мг/л), являющихся необходимыми для многих реакций. Неспецифические реакции, которые развиваются при приеме любой минеральной воды, исследованы значительно в большей степени. Их значимость в

проявлении лечебно-профилактического эффекта убедительно доказана многочисленными исследованиями.

Одной из первых таких неспецифических реакций является модификация деятельности желудка при приеме минеральной воды. Наличие в воде гидрокарбоната (от 3000 мг/л и выше) позволяет связать свободную соляную кислоту в желудке, оказывая, таким образом, антацидный эффект.

Ощелачивающее действие минеральной воды включает в реакцию гастрин – гормон желудка, который оказывает не только стимулирующее действие на выработку пепсина и соляной кислоты. Что более важно, этот гормон имеет наиболее мощный в пищеварительной системе трофический потенциал (под его влиянием резко интенсифицируется синтез белков в слизистой желудка и кишечника, что является основой для репаративных процессов – заживления язв и эрозий).

Кроме того, под влиянием гастрина и за счет кратковременного снижения уровня кислотности в желудке активизируется его моторно-эвакуаторная активность и содержимое желудка вместе с минеральной водой поступает в кишечник – двенадцатиперстную кишку и проксимальный отдел тонкого кишечника. Именно здесь и реализуется основной неспецифический потенциал любой минеральной воды.

Больным с запорами рекомендуют употребление растительной клетчатки в виде нерафинированных продуктов, овощей и фруктов, морской капусты, хлеба с отрубями; введение в рацион пищевых волокон в виде отрубей

Это связано с тем, что двенадцатиперстная кишка и тонкий кишечник являются не только пищеварительными, но и эндокринными органами. Установлено, что в интерстициальной слизистой сосредоточено до 80% всех гормонов, секретируемых в организме человека, а гормоны являются главными координаторами практически всех функций, и в первую очередь обмена веществ. А нарушение метаболических реакций отмечается при всех заболеваниях и зачастую даже предшествует их появлению.

Выявлено, что под влиянием минеральных вод (особенно обогащенных ионами гидрокарбоната) увеличивается секреция практически всех пищеварительных гормонов: секретина, обеспечивающего увеличение секреции панкреатических соков; мотилина (активация моторики кишечника), гастроингибирующего полипептида (контролирующего не только кровоснабжение органов пищеварения, но и изменяющего деятельность сердца в пищеварительный период), кишечного глюкагона (усиление энергетического обеспечения органов пищеварения) и т. д.

Более того, под влиянием минеральных вод увеличивается секреция эндогенных пептидов опиатного спектра действия, обладающих высоким анальгетическим потенциалом, превосходящим обезболивающее действие морфина. Весьма интересно, что все эти гормоны и гормоноподобные вещества кишечника оказывают выраженное

стимулирующее влияние на выработку инсулина в поджелудочной железе, а этот гормон является главным контролером метаболических реакций [8–10].

Несмотря на огромный список положительных эффектов, данная вода имеет некоторые противопоказания: острая и хроническая почечная недостаточность; желчно-каменная болезнь, требующая хирургического вмешательства; онкологические заболевания, период обострения или декомпенсации основного заболевания; состояния, требующие госпитализации и больничного режима; недавние обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечениями. Вместе с тем при консультации со специалистом и грамотном назначении минеральная вода может стать методом выбора в лечении СРК.

Медикаментозная терапия

Лекарственная терапия назначается с учетом распространенности клинических симптомов у пациентов с СРК. Следует сразу же отметить, что в настоящее время фармакологические препараты не являются специфическими: часто помогая пациентам в некоторых случаях, они неэффективны в других. Препараты разных групп могут использоваться на постоянной основе, в последнем случае рекомендуется пациентам с повторяющимися симптомами или их различной интенсивностью. У рефрактерных к лечению пациентов лучше сочетать препараты с различными механизмами действия.

Чтобы остановить диарею, возможно использование таких препаратов, как лоперамид (имодиум) – 4 мг после первого жидкого стула, затем по 2 мг после каждого жидкого стула (но не более 16 мг/сут). При приеме лоперамида частота стула должна быть не более 3 раз в день. При отсутствии стула или нормального стула в течение 12 часов лечение следует прекратить. Можно использовать адсорбенты (карбонат кальция, активированный уголь, энтеродез, полисорб, диоктаэдрический смектит, белая глина) [5].

При запоре и неэффективности диеты используются мягкие слабительные, например лактулоза в дозе 30–50 мл/день, пикосульфат натрия (лаксигальный, слабительный) с 10 каплями в день. Если эти препараты неэффективны, дополнительно назначают прокинетики (мотилак, эглонил, тримедат, итоприд).

Когда в клинике СРК преобладают жалобы на раздувание и вздутие живота, адекватная оценка роли газообразования в каждом конкретном случае показывает использование лекарств, механизм действия которых основан на ослаблении поверхностного натяжения газовых пузырьков в пищеварительном тракте, который обеспечивает резорбцию и свободное выделение газов. Одним из этих препаратов является эспумизан (основное действующее вещество – симетикон) [5, 6].

Для борьбы с болевым синдромом используются спазмолитики. Один из них – мебеверин. Препарат назначают по 2 таблетки или 1 капсуле (200 мг) 2 раза в день или 1 таблетке (135 мг) 3 раза в день в течение 20 минут до еды.

Очень обнадеживают результаты исследований, оценивающих эффективность пробиотиков, в частности, облегчение симптомов у пациентов с СРК, получающих

препараты группы Bifidobacterium. Если синдром раздраженной толстой кишки сочетается с дисбиозом, сначала проводится антибактериальная терапия, а затем нормальная микрофлора восстанавливается с помощью пробиотиков (бифидоформ, бактистатин, бион-3, линекс, нарин).

Применяют различные методы психотерапии в сочетании с антидепрессантами, транквилизаторами, в зависимости от типа психопатологического синдрома. Эти препараты не уменьшают тяжесть болевого синдрома, а улучшают качество жизни. Лечение проводится вместе с психотерапевтом [7].

Многообещающей группой препаратов для облегчения симптомов СРК являются серотонинергические. Серотонин оказывает выраженное действие на подвижность кишечника, активируя рецепторы, расположенные на эффекторных клетках и в нервных окончаниях. 5-НТЗ- и 5-НТ4-рецепторы являются одними из наиболее изученных рецепторов.

Считается, что эти рецепторы играют ведущую роль в ноцицепции путем модуляции афферентной стороны висцеральных рефлексов. Стимуляция этих рецепторов приводит к высвобождению ацетилхолина и вещества Р, которые являются передатчиками чувствительности в желудочно-кишечном тракте [5, 7].

Антагонисты 5-НТЗ-рецепторов включают ингибиторы двигателя, тогда как препараты, которые активируют 5-НТ4-рецепторы, оказывают стимулирующее действие на перистальтику. Некоторые препараты имеют 5-НТЗ-антагонизм и 5-НТ4-агонизм. В настоящее время из этой группы препаратов доступны антагонист 5-НТЗ алосетрон (с ограничениями) и частичный агонист 5-НТ4 тегасерод.

Что касается эффективности других препаратов, клинические испытания для использования в СРК продолжаются [5].

ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни благоприятный. Ход болезни хронический, рецидивирующий, но не прогрессирующий. СРК не осложняется кровотечением, перфорацией, стриктурами, свищами, кишечной непроходимостью, синдромом мальабсорбции. Риск развития воспалительного кишечника и колоректального рака у пациентов с синдромом раздраженного кишечника такой же, как и у населения в целом. Это определяет тактику наблюдения за пациентами и отсутствие необходимости в частой колоноскопии. Врач должен ознакомить пациентов с особенностями прогноза болезни, что улучшит их психосоциальную адаптацию.

У пациентов с СРК количество посещений врача и продолжительность временной нетрудоспособности за год в 3,5 раза выше, чем у здоровых людей. Качество жизни «пациентов» с синдромом раздраженного кишечника в отношении питания, сна, отдыха, сексуальной активности, семейного и социального статуса значительно снижается [5–7].

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я., Яковенко Я.П. Нарушение нормального состава кишечной микрофлоры, клиническое значение и вопросы терапии: методическое пособие. М., 2000. 16 с. / Grigoryev PYa, Yakovenko YaP. Compositional disorder of normal intestinal microflora, clinical significance and therapy issues: a methodical guide. М., 2000. 16 p.
2. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки. Практическое руководство для врачей. М.: РГА, 1999. /Ivashkin VT. Irritable bowel syndrome. A practical guide for practitioners. Moscow: RGA, 1999.
3. Григорьев П.Я., Яковенко Я.П. Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения. *Российский гастроэнтерол. журнал*, 2000, 2: 71-78. / Grigoryev PYa, Yakovenko YaP. Lactulose for the treatment of digestive system diseases. *Rossiyskiy Gastroenterol. Zhurnal*, 2000, 2: 71-78.
4. Запруднов А.М., Мазанкова Л.Н. Микробная флора кишечника и пробиотики. *Приложение к журналу «Педиатрия»*, 1999, 4: 48. / Zaprudnov AM, Mazankova LN. Intestinal microbial flora and probiotics. *Prilozhenie k Zhurnalu Peditriya*, 1999, 4: 48.
5. Сковрцова Е.М., Сковрцов В.В. К вопросу о диагностике и лечении синдрома раздраженного кишечника. *Терапевт*, 2015, 5-6: 41-49. / Skvortsova EM, Skvortsov VV. Revisiting the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Terapevt*, 2015, 5-6: 41-49.
6. Сковрцов В.В. Дисбиоз кишечника и антибиотик-ассоциированная диарея. *Лечащий врач*, 2008, 2: 43-47. / Skvortsov VV. Intestinal dysbiosis and antibiotic-associated diarrhea. *Lechashchiy Vrach*, 2008, 2: 43-47.
7. Сковрцов В.В., Сковрцова Е.М. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. *Медицинский алфавит. Практическая гастроэнтерология*, 2015, 7(248): 25-31. / Skvortsov VV, Skvortsova EM. Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. *Meditsinskiy Alfavit. Prakticheskaya Gastroenterologiya*, 2015, 7(248): 25-31.
8. Трухан Д.И. Функциональные гастроинтестинальные расстройства: перспективы использования лечебной минеральной воды. *Медицинский совет*, 2017, 5. / Trukhan DI. Functional gastrointestinal disorders: therapeutic potential of curative mineral water. *Meditsinskiy Sovet*, 2017, 5.
9. Захарова И.Н., Творогова Т.М., Оровикт Э.Б. Лечебная минеральная вода: от прошлого к будущему. *Медицинский совет*, 2015, 14. / Zakharova IN, Tvorogova TM, Orovikt EB. Therapeutic mineral water: from the past to the future. *Meditsinskiy Sovet*, 2015, 14.
10. Погорелова А.С. Роль минеральной воды Донат Мг в терапевтической практике. *Медицинский совет*, 2017, 3. / Pogorelova AS. The role of DonatMg mineral water in therapeutic practice. *Meditsinskiy Sovet*, 2017, 3.
11. Tibble JA, Sigthorsson G, Foster R, Forgacs I, Bjarnason I. Use of surrogate markers of inflammation and Rome criteria to distinguish organic from nonorganic intestinal disease. *Gastroenterology*, 2002, 123: 450-460.
12. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*, 1999, 45: II43-II47.
13. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 2006, 130: 1480-1491.
14. Ford AC, Bercik P, Morgan DG, Bolino C, Pintos-Sanchez MI, Moayyedi P. Validation of the Rome III criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome in secondary care. *Gastroenterology*, 2013, 145: 1262-1270.
15. Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, Schüssler P, Holl J, Paulus W. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology*, 1984, 87: 1-7.

РЕПРЕНТ

УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.

ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
info@reprent.ru

www.remedium.ru