

И ЭТО ВСЕ О СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Синдром раздраженного кишечника (СРК): синдром периодической боли в животе – это комплекс функциональных расстройств пищеварения в кишечнике, не связанных с органическим поражением самого кишечника, которые продолжаются свыше трех месяцев. Во всем мире этим недугом, по разным данным, страдают от 15 до 30% населения, в большинстве случаев это люди молодого возраста, чаще болеют женщины. Правда, только треть из них обращается за помощью к врачам.

18 октября в Алматы фармацевтической компанией Санофи для казахстанских специалистов была организована встреча с профессором, д.м.н., президентом Украинской гастроэнтерологической ассоциации Игорем Николаевичем Скрыпником (г. Полтава), прочитавшим две лекции: «Синдром раздраженного кишечника (СРК). Что нового в Римских критериях IV?» и «Современные практики ведения неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и алкогольной болезни печени (АБП)».

В ходе визита профессор ответил на вопросы нашего издания относительно Римских критериев IV.

Игорь Николаевич, какое практическое значение для гастроэнтерологов имеют изменения в Римских критериях?

- Римские критерии IV, вышедшие в 2016 году, принципиально отличаются от Римских критериев III 2006 года, хотя оба эти документа были подготовлены под руководством доктора медицины Дугласа Дроссмана, лидера комитета по функциональным расстройствам, – наука не стоит на месте. Практическую значимость для врачей в основном имеют диагностические критерии, поскольку правильно поставленный диагноз – это залог правильного лечения. В новых критериях пересмотрены многие позиции. Например, из Римских критериев IV выведен «дискомфорт», который ранее имел место в определении вариантов течения синдрома раздраженного кишечника, поскольку в качестве диагностического критерия он недостаточно четко и ясно отражает те симптомы, которые имеются у пациента. Отмечается, что главным является болевой синдром. Пересмотрены позиции относительно частоты болевого синдрома. Если в Римских критериях III для постановки диагноза указывалась частота не менее трех раз в месяц, то сейчас частота не менее одного раза в неделю в течение последних трех месяцев (болевого синдрома, сочетающийся с двумя или более критериями: связь с дефекацией, ассоциация с изменением частоты стула, ассоциация с изменением формы стула). Критерии должны быть в течение 3 последних месяцев с момента появления симптомов за последние 6 месяцев до установления диагноза. Новым является и то, что отсутствует связь с характеристикой стула. Это позволяет дифференцировать и индивидуализировать постановку диагноза.

- Какие клинические обследования необходимо назначить, чтобы подтвердить диагноз СРК?

- В настоящее время подходы к обследованию минимизированы. Если согласно Римским критериям III мы говорили, что СРК является диагнозом исключения, и чтобы его поставить, нужно обследовать больного и исключить все. Сейчас принципы диагностики таковы: взвешивать подход, ограниченные диагностические тесты и тщательный контроль. Ключевые особенности: анамнез, медицинский осмотр пациента и минимизация клинических анализов. Важна симптоматика, связь боли с дефекацией, характеристика и частота стула по Бристольской классификации. Учтите, что метеоризм присутствует у большинства пациентов.

При подозрении на другие заболевания необходимо провести тесты, исключающие целиакию, лактозную или фруктозную недостаточность, микроскопический колит. III уровень диагностики включает: определение кальпротектина в кале и С-РП в крови для исключения хронических воспалительных заболеваний кишечника; определение серологических маркеров целиакии и при их обнаружении – ФГДС с биопсией СОДК для морфологической верификации диагноза целиакии при рефрактерности лечения. Колоноскопия рекомендуется после 50 лет при наличии тревожных симптомов, при наследственной предрасположенности к колоректальному раку, при персистирующей диарее, рефрактерной к терапии.

На Американской гастроэнтерологической неделе 2016 года прозвучало, что семейные врачи США лишь в 30% случаев согласны с рекомендациями Римских критериев IV в отношении сокращения обследований в связи с тем, что такая минимизация может привести к диагностическим ошибкам. Новые критерии поддерживают 60% гастроэнтерологов и 90% экспертов, составлявших Римские критерии IV.

Новшества коснулись и лечения, отмечу, что спектр лекарственных препаратов сужен. По четырем позициям сужены препараты по лечению синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запора, пересмотрены позиции по лечению СРК с преобладанием диареи, где прописана роль циклических антидепрессантов в ведении пациентов. Так как в пато-



генезе СРК с преобладанием диареи в 92% случаев играет роль повышение висцеральной гиперчувствительности (при СРК с преобладанием запоров – в 52% случаев).

Стандартная фармакотерапия СРК включает препараты, применяемые для купирования болей в животе, препараты для купирования диареи и препараты для борьбы с запорами. Если говорить о препаратах первой группы, спазмолитической терапии, то это гиосцина бутилбромид (бускопан), мебеверин, препараты на основе ибовекина и холиноблокаторы. Для снятия болей, связанных с усиленным газообразованием, назначается симетикон.

- Иммодиум не исключен из лечения диареи согласно новым рекомендациям?

- Лоперамид остался. Опять-таки, нужно разобраться в происхождении жидкого стула, при инфекционном заболевании он противопоказан. Также в терапии диареи рекомендованы смектит, рифаксимин и пробиотики. Для лечения запоров назначаются слабительные, увеличивающие объем каловых масс (псилиум), осмотические слабительные и средства, стимулирующие моторику кишки (бисакодил).

В Римских критериях IV четко прописано значение пробиотиков, которые имеют доказанную эффективность. Пробиотик Энтерожермина® создан на основе штаммов **Bacillus Clausii**. Сочетающий в себе свойства природного антибиотика, он позволяет восстановить в кишечнике нормальную микрофлору, обладает иммуномодулирующим эффектом, убирает аллергические проявления, синтезирует витамин В₂. При его применении удается достичь хорошего клинического эффекта при разного вида дисбиозах.

- Как долго пациентам следует принимать Энтерожермину®?

- Не менее 4 недель согласно моей практике.

- Каковы причины развития СРК?

- В этом вопросе тоже есть дополнения и изменения, новым является выделение генетических предикторов. Но прежде всего мы должны говорить, что СРК – это биосоциальное, психосоциально зависимое заболевание. Все жалобы, которые есть у пациента, появляются в дневное, активное время, когда активна деятельность коры головного мозга и есть раздражители. А вечером, в ночное время, когда пациент отдыхает, боли его, как правило, не беспокоят. Это является клиническим дифференциально-диагностическим критерием, который четко определяет роль психосоматического фактора, что важно в ведении этих пациентов. Доказано влияние стрессов, курения.

- Есть ли изменения в отношении рекомендации или отмены каких-то определенных препаратов?

- Если раньше для лечения СРК с запорами назначались лактулоза, больший спектр слабительных препаратов, то сейчас предпочтение отдается полиэтиленгликолю. Но следует помнить, что любые международные документы носят рекомендательный характер, в Украине, к примеру, существуют свои протоколы диагностики и лечения.

- Особенности питания могут отражаться на СРК?

- Сейчас особое внимание уделено рекомендациям по пищевым продуктам. К примеру, легко усваиваемые углеводы (конфеты, кондитерские изделия) усиливают процессы брожения, за счет этого усиливаются симптомы. Еще один момент, в Римских критериях III было прописано, что пациентам с СРК с преобладанием запора для усиления пропульсивной активности кишечника рекомендовано назначение клетчатки, однако у 20-25% популяции клетчатка может усиливать болевой синдром. Поэтому при ведении таких пациентов им следует отменить клетчатку.

Пациентам не стоит пренебрегать соблюдением диеты (на момент обострения), нужно стремиться к здоровому образу жизни. При СРК с преобладанием диареи исключаются легко усваиваемые углеводы, сырые овощи, фрукты, клетчатка, поскольку они будут способствовать усилению перистальтики. При выборе мясных продуктов следует отдавать предпочтение курице, говядине (нежирным сортам). Можно готовить морскую рыбу, так как речная, как правило, жирная. Значительное потребление жиров усиливает моторику и увеличивает висцеральную чувствительность. При СРК с преобладанием запоров рекомендуются клетчатка, сырые продукты (если они не усиливают болевой синдром).

- СРК – излечимое заболевание?

- Да, это излечимое заболевание, которое относится к разряду функциональных, хотя в последнее время говорят о значении воспалительного компонента в его развитии, что выявляется морфологически. Прогноз благоприятный, но на деле практически врачи сталкиваются с большим перечнем жалоб у пациента, им нередко требуется психокоррекция, назначение антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Диагноз дисбиоза подтверждается по дыхательным водородным тестам или бактериограмме каловых масс. Самолечению места быть не должно. Как я уже говорил, рекомендуется назначение спазмолитиков (гиосцина бутилбромид, мебеверин), коррекция микробиоценоза назначением невсасывающихся антибиотиков (рифаксимин, к примеру) и пробиотиков. На лекции я не раз буду говорить о преимуществах Энтерожермины®.

- Вы давно знакомы с ведущими казахстанскими гастроэнтерологами, каково их мнение относительно новых критериев?

- Я много езжу по странам Европы, СНГ, общаюсь с коллегами и знаю, что Казахстан шагает в ногу со временем, а подобные встречи идут на пользу практическим врачам.

**Зухра Табаева,
фото автора**