



«КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД»  
Якість без компромісів!

# Функциональные заболевания

**20-21 мая** в медицинском центре «Универсальная клиника «Оберіг» собрались ведущие отечественные специалисты в области гастроэнтерологии и врачи общей практики из всех регионов Украины, чтобы в рамках научно-практической конференции «II Киевские гастроэнтерологические чтения» обсудить актуальные проблемы диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Партнером клиники в организации мероприятия традиционно выступила фармацевтическая компания ПАО «Киевский витаминный завод».

Продолжение. Начало в №13-14, 2011 г.

Основными направлениями работы конференции были вопросы диагностики и коррекции функциональной патологии кишечника, в решении которых широчайшими возможностями обладает «Оберіг» – клиника с мощным лабораторно-диагностическим комплексом и высокопрофессиональным персоналом, чему способствует работа мультидисциплинарных специализированных центров: Гастроцентра и Центра психосоматики и депрессий. Сохранение здоровья людей с заболеваниями ЖКТ было бы невозможно без использования высококачественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов, производство которых составляет основу деятельности организационного партнера клиники – национальной фармацевтической компании ПАО «Киевский витаминный завод».



Руководитель гастроэнтерологического центра Универсальной клиники «Оберіг», доцент кафедры внутренней медицины № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук Галина Анатольевна Соловьева охарактеризовала современные тенденции в диагностике и лечении синдрома раздраженного кишечника (СРК).

– Согласно Римским критериям III (2006) СРК следует рассматривать как биопсихосоциальное заболевание, манифестирующее рецидивирующими болями или ощущением дискомфорта в животе, отмечающимися на протяжении 12 нед в течение последних 6 мес, которые уменьшаются после акта дефекации, а также сочетаются с изменениями частоты и/или консистенции стула. Клинически СРК может протекать в виде варианта с преобладанием запоров, диареи, смешанной неспецифической формы.

В соответствии с современной концепцией формирования функциональных расстройств ЖКТ генетические особенности цитокинового профиля (снижение уровня ИЛ-10, повышение количества ИЛ-3, ИЛ-4, мРНК ИЛ-1 $\beta$ , синтазы оксида азота) в совокупности с неблагоприятными психосоциальными факторами (стрессовыми ситуациями, нарушениями копинга, недостаточной социальной поддержкой) создают основу для развития нарушений моторики кишечника и висцеральной гиперчувствительности, обуславливающих клинические проявления СРК. Установлено, что под влиянием перенесенного стресса происходит снижение чувствительности ингибиторных пресинаптических серотониновых 5-HT<sub>1A</sub> рецепторов фронтальной части коры головного мозга. В результате снижается чувствительность кишки к растяжению и уменьшается количества ингибиторных пресинаптических  $\alpha_2$ -адренергических рецепторов в locus coeruleus, что приводит к нарушению восприятия боли (J. Ethelle, 2002).

Сегодня ведущими инструментами в первичной диагностике СРК являются тщательный сбор анамнеза и анализ клинических проявлений заболевания. Последующая объективизация состояния пациента базируется на оценке общего анализа крови, определении уровня С-реактивного протеина, серологических маркеров целиакии, копрологическом исследовании (в том числе на скрытую кровь), определении функциональной активности щитовидной железы, проведении колоноскопии.

Что касается лечения пациентов с СРК, следует отметить, что это крайне сложный и длительный процесс, в ходе которого врачу приходится прибегать к правильному использованию препаратов, ориентируясь на клинический вариант течения заболевания. Так, для купирования болевых ощущений могут использоваться спазмолитические препараты, агонисты опиоидных рецепторов, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Если болевые эпизоды сопровождаются диареей, то в схему лечения включаются средства, замедляющие пассаж содержимого по кишечнику, и антагонист 5-HT<sub>3</sub> серотониновых рецепторов алосетрон. При запорах больным в первую очередь должна быть рекомендована диета, обогащенная растительными волокнами, или высокоэффективные набухающие слабительные препараты на основе псиллиума (Дефенорм). Также возможно применять осмотические слабительные, любипростон, пробиотики. В лечении СРК также применяются психотерапевтические

приемы – познавательного-поведенческой, динамической психотерапии, гипнотерапии.

Отдельно хотелось бы обратить внимание на то, что назначение Дефенорма (500 мг 3 р/день) 98 пациентам с СРК, сопровождающимся запорами, в рамках проводимого на базе нашей кафедры исследования продемонстрировало способность препарата благоприятно воздействовать на клинические проявления заболевания, улучшать состав фекальной микрофлоры, а также транзит содержимого по кишечнику. Так, уже к 3-му дню терапии Дефенормом у 73,5% больных регистрировалось исчезновение болей, у 72,4% участников отмечалось разрешение запоров. Кроме того, после 4 нед использования препарата отмечались улучшение состава кишечной микрофлоры за счет прироста облигатных и снижения количества условно-патогенных микроорганизмов и нормализация кишечного пассажа по данным динамической скинтиграфии.

Таким образом, лечение больных СРК требует привлечения различных методик медикаментозного, психотерапевтического воздействия. Среди препаратов, применяемых в случае СРК, сопровождающегося запорами, прекрасно зарекомендовал себя Дефенорм, клиническая эффективность которого подтверждена в исследовании, проведенном на базе нашей кафедры.



Темой доклада профессора кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктора медицинских наук Сергея Михайловича Ткача стала проблема хронического запора.

– Хронический запор – второе по распространенности расстройство пищеварительной системы среди жителей развитых стран, ассоциирующееся с существенными материальными затратами.

Считается, что хронический запор формируется вследствие замедления кишечного транзита (11-13% случаев), нарушений процесса дефекации (13-28%), а также может носить функциональный характер (у 59-71% больных). Патогенетические механизмы формирования функционального запора (ФЗ) и варианта СРК с запором довольно схожи. Основная роль в этих процессах отводится дисфункции моторики кишечника, аноректальной мускулатуры, энтерической нервной системы и нарушениям выработки нейротрансмиттеров в сочетании с висцеральной гиперчувствительностью.

Запор вследствие замедленного транзита значительно чаще встречается у молодых женщин, характеризуется ослаблением постпрандиальной реакции, плохим ответом на лечение пищевыми волокнами, слабительными препаратами и ассоциируется со снижением числа интерстициальных клеток Cajal и нейрональных структур в гладких мышцах кишечника. В свою очередь, больные с диссинергией тазового дна формируют до 40% популяции людей с рефрактерными запорами, притом что в половине случаев этому нарушению сопутствует замедление кишечного транзита, усугубляющее тяжесть запора.

Принципиально важным в установлении истинной причины хронических запоров является детальный сбор анамнеза в сочетании с проведением физикального осмотра пациента; раннее дообследование больных необходимо в тех случаях, когда имеют место тревожные симптомы (потеря веса, кровотечение, анорексия) либо факторы риска развития вторичных запоров. Для выяснения этиологии запора рекомендуется обследовать больного на предмет метаболических и/или структурных изменений и провести ряд физиологических тестов: аноректальную манометрию с тестом извлечения баллончика; изучить кишечный транзит, прибегнув к помощи рентгенконтрастных маркеров, скинтиграфии, радиокапсулы SmartPill, кишечной манометрии; выполнить обычную или магнитно-резонансную дефекографию. Хочу особенно подчеркнуть тот факт, что согласно современным рекомендациям Американской ассоциации колоректальных хирургов (ASCRS) и Американской коллегии гастроэнтерологии (ACG) польза и необходимость рутинного назначения стандартных гематологических и биохимических исследований всем пациентам с хроническими запорами без тревожных симптомов не доказаны.

Лечение пациентов с запорами предусматривает использование как фармакологических средств (слабительных, прокинетики), так и альтернативных методов лечения –

терапии биологической обратной связью, хирургических вмешательств. Нужно помнить, что предпочтение при выборе слабительного средства следует отдавать препаратам, имеющим оптимальное соотношение показателей клинической эффективности/безопасности. Этим характеристикам полностью соответствует Дефенорм – отечественный высококачественный растительный препарат на основе шелухи подорожника блошиного, рекомендуемый в качестве первой линии лечения хронического запора. Важно то, что Дефенорм не обладает раздражающим действием и не вызывает привыкания; препарат механически стимулирует рецепторы кишечника, предотвращая сгущение кишечного содержимого и облегчая его пассаж уже через 6-10 ч от момента приема. Благодаря этому Дефенорм оказывается эффективным в лечении как запоров, так и функциональной диареи.

Следует отметить, что при неэффективности консервативной терапии и резком снижении качества жизни пациентам с запором, обусловленным замедлением кишечного транзита, может быть проведена субтотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза. Однако нужно понимать, что это крайняя мера, которая способна уменьшить тяжесть запора, но не ликвидировать абдоминальную боль. В свою очередь, хронический запор на фоне дисфункции мышц тазового дна с успехом поддается коррекции при использовании метода терапии биологической обратной связи. Проведение такого лечения позволяет добиться симптоматического улучшения у 70-81% пациентов с сохранением достигнутого эффекта на протяжении 2 и более лет. Не утратили актуальности и альтернативные методы воздействия, такие как инъекции ботулотоксина в пуборектальные мышцы, разделение пуборектальных мышц, трансанальная ректальная резекция.

Сбор анамнеза и последующее физикальное обследование больного по-прежнему остаются ключевыми моментами диагностики и лечения запора различной этиологии. Зачастую в результате направленного дообследования пациентов, не отвечающих на первичное лечение пищевыми волокнами (Дефенорм) и простыми слабительными, удается обнаружить нарушения, которые требуют проведения специальных видов лечения.



Особенности констипационного синдрома у лиц пожилого возраста осветила в своем докладе ассистент кафедры терапии и семейной медицины факультета последипломного образования Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского Татьяна Анатольевна Цыпак.

– В настоящее время жалобы на запоры предъявляют примерно 25% взрослого населения и до 60% пациентов старше 60 лет, при этом запор может быть как самостоятельным функциональным расстройством, так и симптомом других заболеваний.

Более высокая частота встречаемости запоров у пожилых людей обусловлена прежде всего возрастными изменениями в организме – гипоксией, снижением скорости репарации тканей и темпов синтеза интестинальных пептидов, денервацией нервных узлов, отвечающих за моторику ЖКТ. Немаловажную роль в патогенезе этих расстройств играют гормональные факторы и прогрессирование сопутствующих заболеваний. Необходимо принимать во внимание прием больными фармпрепаратов, поскольку многие из них (слабительные, антациды, препараты железа, блокаторы кальциевых каналов, антидепрессанты и др.) провоцируют формирование запоров.

В качестве диагностических критериев запора у лиц пожилого возраста выступают снижение частоты дефекации (задержка опорожнения кишечника более чем на 2-3 сут), изменение консистенции и формы стула, необходимость натуживания и ощущение неполного опорожнения после акта дефекации и, наконец, выделение при дефекации небольшого количества плотных сухих каловых масс, травмирующих область анального отверстия.

Диагностический поиск следует начинать с выявления наиболее частых причин запора, исключения их органической природы и аномалий положения толстой кишки. Для этого необходимо провести тщательный сбор анамнеза, а также ряд клиничко-лабораторных (осмотр перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, общеклинические



# пищеварительного тракта

По материалам научно-практической конференции «II Киевские гастроэнтерологические чтения»



и биохимические исследования) и инструментальных (ректороманоскопию, обзорный снимок брюшной полости, ирригоскопию и/или колоноскопию) тестов. На следующем этапе целесообразно дифференцировать первичный запор от вторичного, оценить топографию стаза (колостаз, проктостаз) и установить преобладающий тип моторных нарушений. С этой целью проводят исследование концентрации электролитов, кальция, гормонов щитовидной железы, кишечного транзита с использованием рентгенпозитивных маркеров. Применяются и такие методики, как аноректальная манометрия, дефекационная проктография, УЗИ щитовидной железы, магнитно-резонансная томография позвоночника; изучается промежностная чувствительность.

Лечебная программа у данной когорты больных должна быть направлена на нормализацию консистенции стула и регулярное опорожнение кишечника. Успех этой стратегии невозможен без коррекции рациона пациентов, поддержания полноценного водного баланса, проведения регулярной дозированной гимнастики и массажа живота. Медикаментозное воздействие включает применение слабительных препаратов (Дефенорм), спазмолитиков, прокинетики (Моторикс). Помимо этого, эффективными оказываются физиотерапевтические процедуры.

При лечении запоров у пожилых пациентов следует прежде всего попытаться наладить опорожнение кишечника, используя физиологические способы стимуляции дефекации. По возможности необходимо отменить или заменить препараты, провоцирующие эпизоды запора, повысить двигательную активность и увеличить количество принимаемой большой жидкости. Коррекция рациона с обогащением пищевыми волокнами, входящими в состав препарата Дефенорм, помогает нормализовать консистенцию стула и добиться регулярного опорожнения кишечника у пациентов фокусной группы.



О необходимости соблюдения индивидуального подхода при назначении диетических программ больным с функциональной патологией ЖКТ рассказал директор Государственного научно-исследовательского центра по проблемам гигиены питания, доцент кафедры внутренней медицины №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, кандидат медицинских наук Олег Витальевич Швец.

– Подбор оптимальной диеты при функциональных заболеваниях ЖКТ невозможен без исключения органических причин имеющихся симптомов, выявления сопутствующих алиментарно зависимых состояний, разработки индивидуальных диетических рекомендаций и системы контроля за их выполнением путем ведения дневника питания и проведения объективных исследований. Следует отметить, что, к сожалению, в настоящее время серьезной доказательной базы в отношении тех или иных диетических интервенций при функциональной патологии ЖКТ не существует, тем не менее у части пациентов изменение пищевых привычек приводит к облегчению симптомов; поэтому целесообразно рекомендовать больным придерживаться сбалансированной диеты и нормального режима питания.

Среди медикаментозных средств, используемых для коррекции функциональных поражений пищеварительного тракта, предпочтение следует отдавать препаратам с высоким профилем безопасности и комплексным фармакотерапевтическим действием. Такими качествами обладает Артихол (экстракт артишока сухой), прекрасно зарекомендовавший себя в лечении функциональных заболеваний билиарной системы, некалькулезного холецистита, жировой болезни печени и гиперхолестеринемии. К настоящему времени в отношении препаратов артишока удалось накопить достаточно обширную доказательную базу, куда вошли исследования его эффективности и влияния на транспорт желчи (Kirchhoff, 1994), неязвенную диспепсию (Holtmann, 2003; Kupke, 1991), гиперхолестеринемии (Kirchhoff, 1994), СРК (Walker, 2001). Учитывая хорошую переносимость, Артихол может назначаться детям ≥6 лет по 1 таблетке 3 р/день, с 12 лет – по 1-2 таблетке 3 р/день.

Диетические интервенции при такой распространенной патологии, как функциональный запор, должны основываться на оптимизации питания (увеличение в рационе количества пищевых волокон) и адекватном приеме жидкости как наиболее физиологических способах нормализации пассажа по кишечнику. При недостатке волокон в рационе (целевой суточный уровень потребления пищевых волокон 20-35 г/день, или 14 г/1000 ккал) пациентам нужно рекомендовать употребление пшеничных отрубей и лекарственных средств, содержащих псиллиум (Дефенорм), поскольку именно скорлупа семян подорожника наиболее эффективна в плане увеличения частоты стула у лиц с функциональным запором.

Для улучшения комплайенса следует избегать диетических запретов, предоставлять простые, подробные и доступные для понимания и выполнения рекомендации, стремиться к созданию совместно с пациентом индивидуального плана питания. При назначении лекарственных препаратов для коррекции функциональной патологии ЖКТ следует отдавать предпочтение средствам с доказанными в рандомизированных клинических исследованиях терапевтической эффективностью и безопасностью.



Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, кандидат медицинских наук Татьяна Зиновьевна Марченко в выступлении коснулась вопросов диагностики и лечения СРК и целиакии.

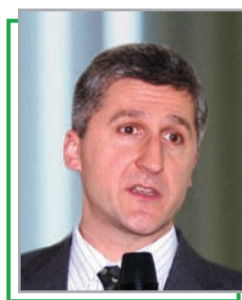
– В соответствии с современными представлениями, отраженными в Римских критериях III, под СРК следует понимать функциональное гастроинтестинальное нарушение, характеризующееся абдоминальной болью и расстройством кишечных функций без специфических органических предпосылок. Диагностика любого из вариантов клинического течения СРК (с преобладанием запоров, диареи, смешанной или неспецифической формы) основывается на проведении копрограммы и эндоскопического (ректороманоскопии или колоноскопии) исследований, анализа кала на дисбиоз, ирригографии, манометрии.

В лечении СРК огромная роль отводится соблюдению режима дня, исключению из рациона провоцирующих симптомы заболевания продуктов, психотерапевтическим и физиотерапевтическим методикам. В случае варианта с преобладанием диареи в основном применяются лоперамид и энтеросорбенты. При запорах эффективным оказывается назначение прокинетики домперидона (препарата Моторикс) и современного набухающего слабительного препарата на растительной основе Дефенорм, который благодаря хорошей переносимости и высокому профилю безопасности с успехом используется в лечении детей и беременных. Болевые приступы и эпизоды метеоризма, сопутствующие СРК, купируются спазмолитиками и препаратами симетикона, дисбиотические проявления – кишечными антисептиками, противогрибковыми препаратами и пробиотиками.

Необходимо помнить о том, что дифференциальный диагноз СРК должен быть обязательно проведен с учетом таких патологических состояний, как постинфекционный колит, хронический неспецифический язвенный колит, целиакия, муковисцидоз. Так, целиакия в настоящее время рассматривается как хроническая генетически детерминированная аутоиммунная Т-клеточноопосредованная энтеропатия, характеризующаяся устойчивой непереносимостью специфических белков эндосперма зерна некоторых злаков с развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и связанного с ней синдрома мальабсорбции. Опасность данной патологии обусловлена формированием грозных осложнений (энцефалопатии, миелопатии, язвенного еюнита с кровотечениями и перфорацией, сахарного диабета, аутоиммунного гепатита и васкулитов, ревматоидного артрита), которые зачастую представляют значительно большую медицинскую проблему, чем спровоцировавшие их заболевание. Объективизация диагноза целиакии основывается на проведении клинического и биохимического анализов крови, копрограммы, биохимического анализа и липидограммы кала, специфических серологических тестов (определении антител к глиадину, эндомизию, тканевой трансглутаминазе). Из инструментальных методов обследования применяются УЗИ органов брюшной полости, рентгенография кишечника с провокационным тестом, эндоскопия, морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки тонкой кишки. В настоящее время в лечении этого нарушения в зависимости от выраженности конкретных клинических проявлений используются ферментные препараты, витамины, пробиотики, анаболические стероиды, а также симптоматические средства.

Следует помнить, что под маской функциональной патологии ЖКТ могут скрываться другие, зачастую более грозные заболевания. Своевременное исключение органической патологии и рациональное применение современных прокинетики (Моторикс), слабительных (Дефенорм), противодиарейных и пробиотических средств – залог успешного лечения функциональной патологии кишечника.

Современные аспекты консервативного и хирургического лечения функциональных аноректальных расстройств легли в основу доклада врача-проктолога, кандидата медицинских наук Андрея Петровича Луцка.



– Распространенность функциональных аноректальных расстройств в мире составляет в среднем 2-3%. Все нарушения дефекации можно разделить на дисфункцию тазового дна без анатомических изменений, с анатомическими дефектами, а также сочетание таковой с ФЗ.

Дисфункция (диссинергия) тазового дна является одним из проявлений синдрома обструктивной дефекации – состояния, возникающего вследствие дискоординированного сокращения мышц тазового дна при попытке опорожнения прямой кишки. Хотя этиология этого нарушения остается до конца невыясненной, однако зачастую оно ассоциируется с психологическими расстройствами (депрессией, тревогой, истерией, социальной дисфункцией). В основном им страдают женщины молодого и среднего возраста. Клинически заболевание проявляет себя классическими симптомами обструктивной дефекации: невозможностью опорожниться, несмотря на наличие позыва, чрезмерным или неэффективным натуживанием, чувством неполного опорожнения, болью в промежности. Иногда больные вынуждены прибегать к надавливанию на промежность или ручному удалению кала.

В диагностике дисфункции тазового дна обязательным является изучение пассажа кишечного содержимого. Кроме того, оценивается психологический статус больного, проводится аноректальная манометрия, электромиография пуборектальной мышцы и наружного анального сфинктера, дефекография. Лечение заболевания предполагает насыщение рациона пациента пищевыми волокнами, достаточное потребление жидкости, применение препаратов, увеличивающих объем каловых масс (Дефенорм). Используются психотерапевтические приемы, терапия по принципу биологической обратной связи; при упорном течении заболевания приходится прибегать к введению ботулотоксина и хирургическим вмешательствам.

В свою очередь, диагностика такого функционального аноректального расстройства, как ректоцеле, базируется на проведении физикального и гинекологического обследований, ирригографии/колоноскопии, исследовании кишечного пассажа, дефекографии и магнитно-резонансной дефекографии. В лечении этого нарушения хорошо зарекомендовали себя препараты псиллиума (Дефенорм) и терапия на основе биологической обратной связи. При необходимости проводятся трансвагинальные, трансперинеальные, трансректальные операции.

В завершение нельзя не упомянуть о довольно распространенном патологическом состоянии – функциональном недержании кала. Его верификация требует исключения нарушений иннервации, вызванных поражением головного мозга (деменцией), спинного мозга или крестцовых нервных корешков, рассеянного склероза, сахарного диабета и поражений анального сфинктера на фоне системной склеродермии. Для этого проводятся ирригография и/или колоноскопия, исследование пассажа, трансректальное УЗИ, манометрия, дефекография, электромиография. Главенствующая роль в лечении функционального недержания кала отводится устранению диареи (лоперамид) и запоров (Дефенорм). Кроме того, положительного клинического эффекта удастся добиться при помощи терапии по принципу обратной биологической связи и стимуляции сакральных нервов.

Функциональные аноректальные расстройства – обширная группа заболеваний, диагностика которых основывается на использовании специальных методов исследования. В случае неэффективности консервативной коррекции этих состояний с использованием слабительных (Дефенорм), противодиарейных и ряда других фармакологических средств необходимо задействовать метод терапии по принципу биологической обратной связи, при необходимости – прибегнуть к хирургическому лечению.

Помимо представленных выше докладов, прозвучали выступления, посвященные рассмотрению функциональных заболеваний ЖКТ с позиций психиатра (к.м.н. С.А. Мальяров), роли колоноскопии (В.А. Яковенко), а также мультисрезовой компьютерной томографии и виртуальной колоноскопии (Е.В. Яковенко) в дифференциальной диагностике функциональных и органических поражений нижних отделов пищеварительного тракта.

Хочется верить, что Киевские гастроэнтерологические чтения и в дальнейшем будут способствовать обмену опытом между ведущими специалистами гастроэнтерологической службы страны и практикующими врачами, что позволит повысить качество оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями ЖКТ.

Подготовил Антон Пройдак

