

Н.Б. Губергриц, д.м.н., профессор, Ю.В. Линеvский, д.м.н., профессор, К.Ю. Линеvская, к.м.н., П.Г. Фоменко, к.м.н., К.А. Воронин,
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Современные подходы к диетотерапии больных с синдромом раздраженного кишечника

Согласно Римским критериям III (2006) синдром раздраженного кишечника (СРК) является третьим по частоте заболеванием системы органов пищеварения, которое встречается у 5-10% взрослого населения развитых стран [7]. В числе факторов, имеющих отношение к формированию СРК, – генетическая предрасположенность, висцеральная гиперчувствительность, нарушение центральных регуляторных механизмов, сенсорно-моторная дисфункция, негативные привычки в питании, нервно-психический стресс, фактор патологической интестинальной микрофлоры [19].

В зависимости от преобладающего нарушения пассажа по кишечнику принято различать: СРК с диареей (частота жидкого стула – более 25% времени, а плотных каловых масс – менее 25%), СРК с запорами (твердый стул более 25%, а жидкий – менее 25% времени), СРК смешанного или циклического характера (разжиженный или твердый кал более 25% времени).

По характеру триггерных факторов наряду с постинфекционным и стресс-индуцированным различают СРК, индуцированный приемом пищи [3, 13, 27].

Для нивелирования симптомов СРК показано использование психотерапии и ряда лекарственных средств. В их числе антидепрессанты (трициклические или ингибиторы обратного захвата серотонина), корректоры микробиоценоза кишечника (бактериофаги, антисептики, пробиотики, пребиотики), противодиарейные (угнетающие перистальтику кишечника – лоперамид и др., обволакивающие и адсорбирующие – каопектат, аттапульгит, лигнин и др.) или слабительные препараты (набухающие и разжижающие – из семян подорожника и др., осмотические – макроголь, лактулоза и др.). Улучшению опорожнения кишечника могут способствовать прокинетики (итоприд, любипростон). Для устранения метеоризма показано использование пеногасителей (симетикон, диметикон), препаратов пищеварительных ферментов.

В основе клинической симптоматики СРК (абдоминальной боли, метеоризма, нарушенный стул) лежит расстройство двигательной и отчасти секреторной и когнитивной

функции толстой кишки. Основной симптом при СРК – абдоминальная боль, вызванная спазмом гладких мышц и гиперчувствительностью стенки кишки.

Поскольку гладкомышечный спазм является одной из основных составляющих абдоминальной боли, то его купирование становится очень актуальной задачей, однако ее решение при органических и, особенно, функциональных расстройствах может представлять значительные трудности из-за сложности патогенетических механизмов. Висцеральная гиперчувствительность в настоящее время рассматривается в качестве первичного механизма, отвечающего за возникновение и интенсивность болевого синдрома при СРК. Участие кальция в регуляции мышечного сокращения и релаксации, кишечной моторики и ноцицепции обосновывает его важную роль в патогенезе СРК. Ввиду важной роли кальция как в механизмах сокращения гладких мышц пищеварительного тракта, так и в формировании гиперчувствительности актуальными становятся вопросы эффективности и безопасности селективных блокаторов кальциевых каналов. Эти препараты в настоящее время занимают одно из центральных мест в международных рекомендациях по лечению СРК, в протоколах оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Украины, по лечению СРК, хронического холецистита, функциональных заболеваний желчных путей [4, 11].

Среди селективных миотропных спазмолитиков, блокаторов кальциевых каналов

необходимо выделить препарат пинаверия бромид (Дисцетел) и подчеркнуть его преимущества:

- обладает высокой спазмолитической активностью;
- устраняет гиперчувствительность кишечника, вызванную холинэстеразином, гастринном и субстанцией P;
- действует на все три состояния Ca²⁺-канала – покоя, инактивации и открытое состояние;
- удлиняет время общего толстокишечного транзита при диарее – эффективно купирует диарею, сочетающуюся с гипермоторикой кишечника;
- ускоряет толстокишечный транзит у пациентов с запором, купирует спазм мышц толстой кишки;
- быстро устраняет спазм, боль и другие симптомы при функциональных заболеваниях кишечника;
- имеет надежную доказательную базу;
- на фоне его применения отсутствуют холинэргические и нежелательные сердечно-сосудистые эффекты;
- обладает доказанными хорошей переносимостью и безопасностью;
- улучшает результаты рентгенологического исследования толстой кишки, снижая спастическую реакцию;
- оказывает спазмолитическое действие при дуоденальном зондировании;
- эффективен при других функциональных заболеваниях органов пищеварения (бескаменном холецистите, дисфункции сфинктера Одди и желчного пузыря, билиарном



Н.Б. Губергриц

панкреатите, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, эзофагите, гастродуодените). Это подтверждено доказательными исследованиями, в частности в нашей клинике выполнено диссертационное исследование, в котором убедительно продемонстрирована эффективность пинаверия бромид в лечении хронического билиарного панкреатита за счет эффективного купирования спазма сфинктера Одди и улучшения оттока панкреатического секрета [1].

Существуют различные точки зрения относительно значения факторов питания в лечении СРК – от полного его отрицания до конкретных подходов в решении этого вопроса, наметившихся в основном в последнее время. Это обусловлено значительной неоднородностью СРК по этиопатогенезу, клиническому течению, а также недостаточностью доказательной базы влияния различных продуктов питания на патогенетические механизмы указанного заболевания. Согласно современным международным рекомендациям в схемах лечения пациентов с СРК важная роль отводится коррекции характера питания, на что было обращено особое внимание в ходе симпозиума «Ведение трудного больного с синдромом раздраженного кишечника» в рамках XX Объединенной европейской гастроэнтерологической недели в г. Амстердаме (2012) [2, 14].

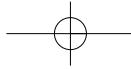
Предпосылками к коррекции питания у пациентов с СРК являются наличие пищевой непереносимости у 20-67% таких больных в сравнении с 5-45% в общей популяции, или в 2-4 раза чаще при СРК, чем при

Таблица 1. Диета для больных СРК с диареей

Группы продуктов	Рекомендуются	Исключаются
Хлеб и мучные изделия	Из безглютеновой, овсяной, рисовой и кукурузной муки	Из пшеничной, ржаной и ячневой муки
Мясо и птица	Нежирные (говядина, курица, индейка, кролик и др.)	Жирные сорта (баранина, свинина, гусь, утка), жареные колбасы, паштеты, копчености, консервы
Жиры	Сливочное и растительные (оливковое, арахисовое, ореховое и др.)	Гидрогенизированные (спрэды, маргарин и др.)
Рыба	Нежирные, сваренные на воде или на пару	Жирные виды, жареная, копченая, маринованная, консервы
Яйца	В любом виде	
Молочные продукты	Безлактозное молоко (рисовое, соевое, миндальное, кокосовое, овсяное), зрелые твердые сыры, изготовленные по традиционным рецептам (пармезан, чеддер, швейцарский, камамбер и др.), и плавяные	Козье, коровье, овечье молоко, в натуральном виде, сгущенное, сухое, сыворокато, мягкие незрелые сыры, сметана, сливки, заварные кремы, кефир, йогурт, мороженое
Крупы и макаронные изделия	Гречневая, рисовая, овсяная крупа, пшено	Перловая, манная, ячневая, пшеничная крупа и макаронные изделия
Супы	Гречневый, рисовый, овсяный, с разрешенными к употреблению овощами	Из не рекомендованных к употреблению овощей и круп
Овощи	Морковь, картофель, кабачки, тыква, помидоры, огурцы, сладкий перец, зеленая фасоль, сельдерей, кукуруза, пастернак, баклажаны, шпинат, салат, зеленый лук, китайская капуста, репа	Артишок, грибы, капуста, в том числе брюссельская, цветная, брокколи, красная свекла, зеленый перец, спаржа, лук-порей, чечевица, фасоль, горох, соя, чеснок
Плоды, сладкие блюда и сладости	Черная смородина, черника, бананы, клубника, малина, киви, цитрусовые, спелый виноград, клюква, дыня, маракуйя, грецкие, кедровые, миндальные орехи, тыквенные семечки, семена кунжута, арахис, ананас, ревен, сахар, глюкоза, патока, подсластители, не заканчивающиеся на «-ол» (аспартам, сукралоза, сахарин, стевия)	Яблоки, груши, манго, персик, арбуз, нектарин, абрикос, папайя, хурма, авокадо, ежевика, вишня, слива, в т.ч. чернослив, сухофрукты (кроме перечисленных – финики, инжир, изюм), кукурузный сироп с фруктозой, фруктоза, мед, щербет, искусственные подсластители (ксилит, сорбит, маннит, изомальтит, мальтит), шоколад
Приправы и пряности	Бasilik, имбирь, кориандр, майоран, мята, петрушка, розмарин, лимонник, тимьян, орегано, перец, соль, уксус, соевый соус	Укроп, цикорий
Напитки	Соки из разрешенных фруктов и овощей (черничный, черносмородиновый, гранатовый и др.), зеленый чай	Газированные, с молоком, хлебный квас, холодные, из не рекомендованных к употреблению фруктов и овощей, крепленые вина

Таблица 2. Диета для больных СРК с запорами

Группы продуктов	Рекомендуются	Исключаются
Хлеб и мучные изделия	Из овсяной, рисовой, кукурузной муки, овсяные отруби	Из пшеничной, ржаной и ячневой муки
Мясо и птица	Различные, лучше жилистые, нежирные, куском, птица с кожей, студень	Колбасы, паштеты
Жиры	Масло сливочное и растительные (оливковое, арахисовое, ореховое и др.)	Гидрогенизированные (маргарин, спрэды и др.)
Рыба	Разных сортов и видов	
Яйца	Всмятку и в блюдах	Вкрутую
Молочные продукты	Безлактозное молоко, рисовое, соевое, миндальное, кокосовое, овсяное, зрелые твердые сыры, изготовленные по традиционным рецептам (пармезан, чеддер, камамбер, швейцарский и др.), и плавяные, в небольших количествах кефир и йогурты с разрешенными к употреблению фруктами и подсластителями (однодневные), молочнокислый творог	Натуральное, сухое, сгущенное молоко (коровье, козье, овечье), сыворокато, мягкие незрелые сыры, сметана, сливки, заварные кремы
Крупы и макаронные изделия	Цельное зерно гречневой (ядрица), рисовой (коричневый рис), овсяной крупы, пшено	Перловая, манная, ячневая, пшеничная крупа и макаронные изделия
Супы	Рисовый, гречневый, из разрешенных к употреблению овощей (зеленой фасоли, моркови, баклажана и др.), с фрикадельками, уха	Из не рекомендованных к употреблению овощей и круп
Овощи	Тыква, картофель, морковь, кабачки, оливки, спелые помидоры, сладкий перец, кукуруза, сельдерей, зеленая фасоль, пастернак, баклажаны, шпинат, салат, огурцы, зеленый лук, китайская капуста, брюква, репа	Грибы, капуста, в том числе цветная, брюссельская, красная свекла, репа, спаржа, зеленый перец, брокколи, лук-порей, чечевица, фасоль, соя, чеснок, горох, артишок
Плоды, сладкие блюда и сладости	Бананы, малина, клубника, киви, виноград, цитрусовые, клюква, дыня, ананас, маракуйя, ревен, грецкие, кедровые, миндальные орехи, арахис, тыквенные семечки, семена кунжута, сахар, глюкоза, патока, подсластители, не заканчивающиеся на «-ол» (аспартам, сукралоза, сахарин, стевия)	Яблоки, груши, манго, персик, арбуз, нектарин, абрикос, папайя, хурма, авокадо, ежевика, вишня, слива, в т.ч. чернослив, сухофрукты (кроме перечисленных – финики, изюм), кукурузный сироп фруктозы, фруктоза, мед, щербет, искусственные подсластители (ксилит, сорбит, маннит, изомальтит, мальтит), шоколад, крепленые вина (портвейн, херес и др.)
Приправы и пряности	Бasilik, имбирь, кориандр, майоран, мята, петрушка, розмарин, лимонник, тимьян, орегано, перец, соль, уксус, соевый соус	Укроп, цикорий
Напитки	Сок из разрешенных фруктов и овощей (томатный, морковный, банановый и др.), некрепкий зеленый чай, воды не менее 2,0-2,5 л в сутки	Газированные, хлебный квас, из не рекомендованных к употреблению фруктов и овощей



его отсутствию; отказ пациентов с СРК от некоторых пищевых продуктов из-за убежденности в их потенциальной вредности или по причине неприятных ощущений после их употребления: жирной (69%), молочной (54%), углеводистой пищи (43%), кофе (41%), алкоголя (27%), мяса (21%) и увеличения количества потребляемой клетчатки (58%) [6, 12].

Имеются данные о возможной связи симптомов СРК с непереносимостью некоторых пищевых продуктов – молочных, пшеницы, яиц, содержащих большое количество салицилатов и аминов [6]. В частности, непереносимость лактозы при СРК встречается у 1/3 больных, что чаще, нежели в общей популяции [24].

Отмечено, что провокацию симптомов СРК может вызывать фруктум – подсластитель на основе фруктозы, содержащийся в безалкогольных напитках и во многих готовых продуктах. Уменьшение выраженности симптомов СРК наблюдалось при ограничении употребления углеводов в течение 4 недель [23, 26]. В многоцентровых исследованиях, посвященных оценке применения клетчатки в лечении больных СРК, не выявлено ее однозначного эффекта. Лишь исфагула или псилиум продемонстрировали пользу при использовании в дозе 10 г с постепенным ее увеличением до 20-30 г пищевой клетчатки в сутки [6].

В настоящее время достоверно установлено, что алиментарными триггерами СРК являются три основные группы пищевых веществ:

1) пищевые олигосахариды (фруктаны и галактаны), дисахариды (лактоза), моносахариды (фруктоза) и полиолы (сахарные спирты – маннит, сорбит, мальтит, изомальтит), объединяемые под названием FODMAP (от первых букв «Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols») и относящиеся к семейству плохо всасываемых короткоцепочечных углеводов, которые склонны к сбраживанию в присутствии кишечных бактерий;

2) химические компоненты пищи, способные стимулировать энтеральную нервную систему;

3) глютен-компонент клейковины злаковых (пшеницы, ржи, ячменя) у лиц, не страдающих целиакией [18, 21].

Плохое всасывание фруктозы (содержится в спелых фруктах) наблюдается при превышении ее количества над уровнем глюкозы. Недостаточное усвоение лактозы (содержится в молоке) обусловлено абсолютной или относительной недостаточностью выработки в тонкой кишке фермента лактазы. Фруктаны (содержатся в зерновых и овощах) плохо усваиваются из-за нехватки фермента, расщепляющего фруктозо-фруктозные соединения. Проблема усвоения галактанов (содержатся в бобовых) связана с практическим отсутствием в кишечнике соответствующих ферментов, обеспечивающих их гидролиз. В результате FODMAPs вызывают растяжение кишечного просвета за счет увеличения объема содержащейся в кишке жидкости на почве их осмотической активности или посредством газообразных продуктов, образующихся в процессе бактериальной ферментации углеводов (водород, углекислый газ, метан и др.) [9, 14, 16], что при гиперсенситивности рецепторов кишечной стенки, наличии кишечного дисбиоза и ускоренном продвижении по кишечнику ведет к манифестации симптомов СРК, таких как метеоризм, урчание, диарея или запор.

FODMAPs вследствие более низкой сывороточной концентрации триптофана оказывают у молодых женщин мягкий депрессивный эффект и при использовании в больших количествах вызывают у пациентов с СРК чувство усталости. Олигосахариды как представители FODMAPs, применяемые в небольших количествах, обеспечивают пробиотический эффект, поскольку метаболизируются бифидо- и лактобактериями [9].

Необходимость соблюдения диеты с низким содержанием FODMAPs («диеты low FODMAPs», предложенной австралийскими диетологами P.R. Gibson и S.J. Shepherd) у больных СРК имеет серьезную доказательную базу. В рандомизированных плацебо-контролируемых слепых исследованиях назначение

диеты с низким содержанием FODMAPs способствовало уменьшению выраженности симптомов СРК [8, 10, 19], причем FODMAPs у пациентов с СРК вызвали дозозависимые проявления заболевания [10, 20].

В числе продуктов, богатых FODMAPs, в частности фруктозой, – яблоки, груши, арбузы, мед, фруктовые соки, сушеные фрукты, кукурузный сироп с высоким содержанием фруктозы; лактозой – молоко (коровье, овечье, козье), йогурт, мягкие сыры (рикотта, творог); фруктанами и галактанами – пшеница, рожь, чеснок, лук, артишоки, спаржа, инулин, соя, лук-порей, бобы, чечевица, капуста, брюссельская капуста, брокколи; полиолами – косточковые плоды, авокадо, грибы, цветная капуста, сахарные спирты (ксилит, сорбит, маннит, мальтит, изомальтит).

Следует иметь в виду, что выраженность симптомов СРК при употреблении FODMAPs зависит не только от их количества, но и от особенностей их усвоения в кишечнике.

Симптомы СРК могут усиливаться в большей степени при употреблении продуктов, содержащих лактозу и сахарозу, у больных с недостаточной продукцией тонкой кишкой ферментов, обеспечивающих их усвоение (соответственно лактазой и сахаразой – изомальтазой), что может быть верифицировано с помощью водородного дыхательного теста с лактозой или путем изучения указанной ферментативной активности в биоптате тонкой кишки. Провокации симптомов СРК способствуют также избыточное бактериальное обсеменение тонкой кишки и ускоренный тонкокишечный транзит.


С учетом вышесказанного следует отдавать предпочтение альтернативным продуктам с более низким содержанием FODMAPs [22, 24]: по фруктозе – цитрусовые, ягоды, бананы, виноград, нектарины, дыня, киви; по лактозе – безлактозные молокопродукты, рисовое молоко, твердые сыры; по фруктанам и галактанам – крахмалосодержащий рис, кукуруза, картофель, из овощей –

тыква, салат, огурцы, сладкий перец, зеленая фасоль, помидоры, баклажаны; по полиолам – сахар, глюкоза, подсластители, не заканчивающиеся на «-ол» (сукралоза, аспартам, стевия и др.). Небольшое количество FODMAPs содержится в необработанных мясных продуктах.

Высокий эффект от использования «диеты low FODMAPs» отмечается у больных СРК с метеоризмом и диареей [8, 10].

Важно также ограничивать употребление с пищей потенциально биологически активных химических веществ, которые являются основными афферентными стимуляторами энтеральной нервной системы и могут формировать висцеральную гиперчувствительность, играющую важную роль в патогенезе СРК. В их числе продукты, содержащие в значительном количестве салицилаты (особенно растительного происхождения), консерванты, красители и усилители вкуса (бензоаты,


Продолжение на стр. 44.



Дицетел®

пинаверия бромид

Симптоматическое лечение боли, кишечного дискомфорта при дисфункции кишечника¹



ТАБЛЕТКИ
ПО 50 МГ

НОВАЯ
УПАКОВКА

Краткая информация о препарате ДИЦЕТЕЛ® (DICETEL®) (пинаверия бромид)

Регистрационное свидетельство: №UA/0007/01/01
 Действующее вещество: 1 таблетка содержит пинаверия бромид 50 мг;
 Лекарственная форма. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
 АТС А03А Х04. Препараты, которые применяют при функциональных желудочно-кишечных расстройствах.

Показания.
 • Симптоматическое лечение боли, временных кишечных расстройств и кишечного дискомфорта, связанных с функциональными нарушениями кишечника.
 • Симптоматическое лечение боли при дисфункции желчевыводящих путей.
 • Подготовка к рентгенологическому исследованию кишечника с использованием бария.

Противопоказания. Гиперчувствительность к активному веществу или к любому из вспомогательных компонентов препарата.

Способ применения и дозы.
 Взрослым:
 • Рекомендуемая доза составляет 1 таблетку 3 раза в день или 2 таблетки 2 раза в день.
 • В случае необходимости эту дозу можно увеличить до 2 таблеток 3 раза в день.
 • В ходе подготовки к рентгенологическому обследованию кишечника с использованием бария доза препарата составляет по 2 таблетки 2 раза в день в течение 3 дней перед обследованием.
 Таблетки необходимо глотать, не разжевывая и не рассасывая, запивая стаканом воды, во время еды, чтобы избежать контакта пинаверия со слизистой оболочкой пищевода.

Побочные реакции.
 Точную частоту возникновения побочных реакций оценить невозможно (частота неизвестна).
 Со стороны желудочно-кишечного тракта – абдоминальная боль, диарея, тошнота, рвота и дисфагия. Со стороны кожи и подкожной клетчатки – сыпь, зуд, крапивница и эритема. Со стороны иммунной системы – гиперчувствительность.


Особенности применения.
 Из-за риска поражения пищевода необходимо тщательно соблюдать инструкции по применению препарата. Это лекарственное средство содержит лактозу. Пациентам с редкими наследственными заболеваниями, такими как непереносимость галактозы, дефицит лактазы или мальабсорбция глюкозы-галактозы не следует принимать этот препарат.
 Применение в период беременности или кормления грудью.
 Клинические данные о применении пинаверия бромид беременным отсутствуют. Дицетел® следует применять в период беременности только в случае крайней необходимости. Назначение пинаверия бромид в конце беременности может повлиять на нервную систему новорожденного ребенка (гипотония, седативный эффект). Информация об экскреции Дицетел® в грудное молоко человека или животных недостаточна. Дицетел® не следует применять в период кормления грудью.
 Дети. Препарат не рекомендуется для применения детям.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия.
 В клинических исследованиях было подтверждено отсутствие какого-либо взаимодействия между пинаверия бромидом и препаратами наперстянки, пероральными антидиабетическими средствами, инсулином, пероральными антикоагулянтами и гепарином.
 Одновременное применение холинолитического препарата может усиливать спазмолитическое действие.

Категория отпуска. По рецепту.
 Полная информация находится в инструкции для медицинского применения препарата.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
 Сообщить в представительство Abbott о нежелательном явлении при применении препарата или о жалобе на качество препарата Вы можете по телефонам (круглосуточно):
 в Украине (и странах СНГ) +380 44 498 6080
¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Дицетел®.
 PR-UA-DIC-02(02/14)

**За дополнительной информацией обращайтесь в Представительство Абботт в Украине:
 01032, г. Киев, ул. Жилианская, 110. Тел.: +38 (044) 498-60-80. Факс: +38 (044) 498-60-81**



Abbott
A Promise for Life



Н.Б. Губергриц, д.м.н., профессор, Ю.В. Линеvский, д.м.н., профессор, К.Ю. Линеvская, к.м.н., П.Г. Фоменко, к.м.н., К.А. Воронин, Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

М.Б. Щербинина, д.м.н., профессор, Медицинский центр

амбулатор

Современные подходы к диетотерапии больных с синдромом раздраженного кишечника

Продолжение. Начало на стр. 42.

сульфаты, нитраты и др.). Впрочем, не исключено, что повышенная чувствительность к указанным компонентам пищи может быть специфической. Последнее может быть установлено с помощью элиминационной диеты и плацебо-контролируемой провокации.

Веские доказательства наличия непереносимости глютена, не связанной с целиакией, у некоторых больных СРК [18, 21, 25] послужили основанием для постановки вопроса об ограничении в питании таких пациентов продуктов, богатых глютеном. Однако верификация таких больных возможна лишь путем использования элиминационных или провокационных диет, так как у них в крови не определяются ассоциированные с целиакией антитела. В связи с этим задачей исследователей является разработка биомаркеров непереносимости глютена без целиакии. Впрочем, необходимо иметь в виду, что одним из углеводных остатков пшеницы является фруктан, который может быть триггерным фактором, способным провоцировать появление функциональных нарушений со стороны кишечника. В то же время в экспериментах на мышах, экспрессирующих HLA-DQ8, показано, что глютен может вызывать нарушения нейромоторной функции и микробной флоры кишечника без морфологических признаков его повреждения [17].

Наряду с вышеизложенными дифференцированными ограничениями в питании больных СРК с запорами заслуживает внимания включение в рацион достаточного количества клетчатки. Однако увеличивать ее содержание в рационе следует постепенно (не более 3 г в неделю) до 25–30 г в сутки с одновременным употреблением значительного количества жидкости (до 8–10 стаканов в сутки). Без этого клетчатка тянет на себя воду из просвета кишки, что может усиливать запоры. Избыточное количество клетчатки может стимулировать метеоризм [24].

В числе продуктов, содержащих клетчатку в значительном количестве и не богатых FODMAPs, — овсяные отруби, крупы (гречневая, овсяная, пшено, коричневый рис), некоторые овощи (морковь, зеленая фасоль, оливки, кукуруза, огурцы, китайская капуста, репа, салат, шпинат, томаты, тыква, сладкий перец и др.), фрукты (бананы, киви, ягоды, цитрусовые, дыня и др.) [15].

Уменьшению метеоризма может способствовать ограничение употребления продуктов, обуславливающих газообразование, — бобовых (фасоль, горох, бобы, чечевица и др.), некоторых овощей (белокочанная, брюссельская, цветная капуста, брокколи, редис, брюква, кольраби, лук и др.), избыточного количества некоторых фруктов (сливы, яблоки, изюм и др.) и соков из фруктов, богатых FODMAPs (абрикосовый, сливовый, яблочный и др.), а также мяса, рыбы, яиц.

Следует иметь в виду, что у некоторых людей усилению газообразования способствует употребление жирной пищи [24].

С учетом вышеизложенного предлагаем возможные интегрированные диеты для больных СРК с диареей и для больных СРК с запорами (табл. 1, 2).

Диеты назначаются на 6 недель; при существенном улучшении в течение последующих 5 недель еженедельно последовательно через день рекомендуют пробно включать один из разновидностей FODMAPs. Так, первая неделя — полиолы (маннитол и сорбитол): 1/2 стакана грибов, 4 сушеных абрикоса; вторая неделя — дисахарид (лактоза): 250 мл молока или 200 мл йогурта; третья неделя — моносахарид (фруктоза): 2 чайные ложки меда; четвертая неделя — фруктаны (олигосахариды): 2 кусочка пшеничного хлеба; пятая неделя — галактаны (олигосахариды): 1/2 стакана чечевицы или бобовых. При возобновлении симптомов продукты, содержащие указанные разновидности

FODMAPs, в дальнейшем исключают из рациона, заменяя их альтернативными в пределах одной продовольственной группы, разнообразив при этом диету. При отсутствии эффекта после 6 недель соблюдения диеты следует учесть влияние природных химикатов и глютена.

Выводы

Доказана целесообразность ограничения в рационе больных СРК продуктов, богатых FODMAPs («диета low FODMAPs»). Научно обосновано внедрение стратегии ограничения употребления продуктов, богатых химически активными веществами и глютеном. Требуется индивидуальный отбор таких больных, что в настоящее время возможно лишь с помощью элиминационных и провокационных диет или теста активации базофилов, осуществляемого *in vitro*, в отношении химических компонентов пищи [8].

Литература

1. Губергриц Н.Б. Клинико-патогенетическое обоснование лечения хронического рецидивирующего панкреатита селективным блокатором кальциевых каналов дилтиаземом / Н.Б. Губергриц, О.О. Челоманова // Журнал практического врача. — 2002. — № 3. — С. 33–40.
2. Парфенов А.И. Висмута трикалия дигидрат в лечении больных постинфекционным синдромом раздраженного кишечника / А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина, Г.А. Осипов // Русск. мед. журн. — 2006. — № 8. — С. 78–81.
3. Парфенов А.И. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника / А.И. Парфенов, И.Н. Ручкина // Лечащий врач. — 2010. — № 7. — С. 5–6.
4. Про затвердження протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»: Наказ від 13.06.2005 р. № 271 / Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/portal/dn_20050613_271.html
5. Ткач С.М. Модифікація дієти як одна з ключових стратегій ведення больових з синдромом подразненої кишки / С.М. Ткач, А.К. Сизоненко // Сучасна гастроентерологія. — 2013. — № 2. — С. 119–129.
6. Ткач С.М. Пища як незаслужено забутий фактор при синдромі подразненої кишки / С.М. Ткач, А.А. Мартынюк // Здоров'я України. — 2013. — № 3. — С. 23–26.
7. Ткач С.М. Синдром подразненої кишки: естествознавче тлумачення і можливості противісцеральної терапії / С.М. Ткач // Гастроентерологія. — 2012. — № 2. — С. 5–8.
8. Basophil activation test for the *in vitro* diagnosis of nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity / A. Rodriguez-Trabado, C. Camara-Hijon, A. Ramos-Cantarrino [et al.] // Allergy Asthma Proc. — 2008. — Vol. 29. — P. 241–249.
9. Comparison of symptom response following advice for a diet low in fermentable carbohydrates (FODMAPs) versus standard dietary advice in patients with irritable bowel syndrome / H.M. Staudacher, K. Whelan, P.M. Irving [et al.] // Hum. Nutr. Diet. — 2011. — Vol. 24. — P. 487–495.
10. Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled evidence / S.J. Shepherd, F.C. Parker, J.G. Muir [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — Vol. 6. — P. 765–771.
11. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome / American College of Gastroenterology IBS Task Force: L.J. Brandt, W.D. Chey, A.E. Foxo-Orenstein [et al.] // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104, Suppl. 1. — P. S1–S5.
12. Food intolerance and the irritable bowel syndrome / R. Nanda, R. James, H. Smith [et al.] // Gut. — 1989. — Vol. 30. — P. 1099–1104.
13. Functional bowel disorders / G. Longstreth, W. Thompson, W. Chey [et al.] // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1480–1491.
14. Gibson P.R. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: the FODMAP approach / P.R. Gibson, S.J. Shepherd // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 25. — P. 252–258.
15. Gibson P.R. Food choice as a key management strategy for functional gastrointestinal symptoms / P.R. Gibson, S.J. Shepherd // Am. J. Gastroenterol. — 2012. — Vol. 107, № 5. — P. 657–666.
16. Gibson P.R. Personal view: food for thought western lifestyle and susceptibility to Crohn's disease. The FODMAP hypothesis / P.R. Gibson, S.J. Shepherd // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2005. — Vol. 21. — P. 1399–1409.
17. Gliadin-dependent neuromuscular and epithelial secretory responses in gluten-sensitive HLA-DQ8 transgenic mice / E.F. Verdu, X. Kuang, J. Natividad [et al.] // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liv. Physiol. — 2008. — Vol. 294. — P. G217–G225.
18. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-control trial / J.R. Biesiekierski, E.D. Newnham, P.M. Irving [et al.] // Amer. J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 106, № 3. — P. 508–514.
19. Holzer P. Acid sensing by visceral afferent neurons / P. Holzer // Acta Physiol. (Oxf.). — 2001. — Vol. 201. — P. 63–75.
20. Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome / D.K. Ony, S.B. Mitchell, J.S. Barrett [et al.] // Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 25. — P. 1366–1373.
21. Newnham E.D. Does gluten cause gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease? / E.D. Newnham // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2011. — Vol. 26 (Suppl. 3). — P. 132–134.
22. Shephard S. Food intolerance management plan / S. Shephard, P. Gibson. — Camberwell: Penguin Books, 2011.
23. Shephard S.J. Fructose malabsorption and symptoms of irritable bowel syndrome: guidelines for effective dietary management / S.J. Shephard, P.R. Gibson // Am. Diet. Assoc. — 2006. — Vol. 106. — P. 631–639.
24. Talley N.J. Conquering irritable bowel syndrome / N.J. Talley. — Shelton, 2012. — 175 p.
25. Verdu E.F. Can gluten contribute to irritable bowel syndrome? / E.F. Verdu // Am. J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 106. — P. 516–518.
26. A very low-carbohydrate diet improves symptoms and quality of life in diarrhea predominant irritable bowel syndrome / G.L. Austin, C.B. Dalton, Y. Hu [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2009. — Vol. 7. — P. 706–708.
27. WGO practice guideline — irritable bowel syndrome: a global perspective / Q. Eamonn, F. Michael [et al.] // World Gastroenterology Organisation, 2009.

Слепое дуоденальное зондирование в современной гастроэнтерологии

Согласно статистическим данным МЗ Украины в последнее десятилетие наблюдается рост гастроэнтерологической патологии, и первые места принадлежат заболеваниям гастродуоденальной зоны и билиарного тракта (БТ). Так, в 2011 г. патология указанных отделов суммарно составила 2/3, или 63,8%, всех зарегистрированных случаев в структуре гастроэнтерологических заболеваний. При этом удельный вес гастрита и дуоденита равен 23,7%, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) — 14,7% (суммарно 38,4%), в то время как у хронического холецистита и хронического холангита он достиг 21,4%, желчнокаменной болезни (ЖКБ) — 4% (суммарно 25,4%). Таким образом, заболевания БТ широко распространены и требуют существенных затрат здравоохранения.

В настоящее время актуальность заболеваний БТ как медицинской проблемы продолжает возрастать. Исследование ассоциации ЖКБ с общей и специфической по причинам смертностью в проспективной популяционной выборке населения США (14 228 человек в возрасте 20–74 лет) показало, что у лиц с желчными камнями независимо от выполнения холецистэктомии наблюдается повышенная смертность от всех причин и от сердечно-сосудистых причин и рака, локализованного в пищеварительной системе (Ruhl С.Е., Everhart J.Е., 2011). Если взаимодействие БТ и сердечно-сосудистых поражений реализуется посредством метаболического пути холестерина, то онкологические процессы в большей степени обусловлены нарушением ряда звеньев межорганной нервно-гуморальной регуляции, приводящей к сбою регенераторных процессов тканей желудочно-кишечного тракта.

Особое значение в этой связи придается билиарной недостаточности, под которой понимают уменьшение количества желчи и желчных кислот, поступающих в кишечник за один час после введения раздражителя (Ильченко А.А., Делюкина О.В., 2006). Это состояние неизбежно сопровождается изменением качественного состава желчи (снижением дебита основных компонентов) при часто встречающейся нормальной концентрации ее ингридиентов. Изменения пула желчных кислот и нарушения их энтеропатической циркуляции, в свою очередь, формируют клиническую картину билиарной недостаточности. Анализ клинических проявлений и результатов лабораторно-инструментальных методов позволил провести сопоставление между дефицитом секреции холевой кислоты и выраженностью клинических симптомов. На этом основании билиарную недостаточность условно разделили на три степени: легкую, среднюю и тяжелую (табл.). Тяжелая степень билиарной недостаточности встречается при полном или частичном истечении желчи наружу при наружных желчных свищах или тяжело протекающих хронических гепатитах

с резко выраженной активностью и декомпенсированных циррозах печени.

Эффективность лечения пациентов с билиарной патологией в немалой степени зависит от понимания процессов желчеобразования и желчевыделения, поступления желчи и панкреатического сока в ДПК. Следует отметить, что основное физиологическое значение желчи заключается в эмульгировании жиров, активировании панкреатических и кишечных ферментов. С помощью желчи происходит всасывание жирорастворимых витаминов А, D, E, K. Желчь повышает перистальтику кишечника и оказывает бактерицидный эффект.

Основным принципом всей регулирующей системы желчеобразования и желчевыделения является разноразовная саморегуляция. При этом существенное значение имеют гастроинтестинальные гормоны — холецистокинин (ХЦК) и секретин. ХЦК, как известно, синтезируется I-клетками ДПК, стимулирует панкреатическую секрецию, сокращение желчного пузыря, уменьшает тонус сфинктера Одди, снижает давление в билиарной системе. Секретин синтезируется в S-клетках желудка, ДПК (наибольшее количество) и тощей кишки. Этот гормон стимулирует секрецию воды, электролитов и бикарбонатов эпителием билиарных и панкреатических протоков. В печени секретин активизирует образование желчи и сокращение желчного пузыря (ЖП), вызываемое ХЦК.

В обеспечении сократительной функции ЖП ведущая роль принадлежит парасимпатическому звену вегетативной регуляции. Показано, что преобладающее большинство нервных вегетативных ганглиев стенки ЖП представлено нейронами с холинергическим типом передачи нервного импульса. Раздражение слабым электрическим током терминалов вагуса в эксперименте инициирует опорожнение ЖП и соответствующее расслабление сфинктера Одди с усилением пассажа желчи. В настоящее время является признанным, что гуморальное действие холинергических агентов, в первую очередь ХЦК, реализуется опосредованно через парасимпатические

Таблица. Классификация билиарной недостаточности по степени тяжести

Показатели	Степень тяжести билиарной недостаточности		
	легкая	средняя	тяжелая
Суммарный дебит холевой кислоты, ммоль/час	0,6-1,2	0,1-0,5	< 0,1
Абдоминальная боль, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области	+ / ++	++ / +++	различные варианты
Признаки астенизации, похудение	+	++	+++
Непереносимость жирной пищи	+	++	+++
Нарушения стула	склонность к запорам	хронический запор	запоры, сменяющиеся поносами
Метеоризм	+	++	+++
Симптомы гиповитаминоза жирорастворимых витаминов А, D, E, K и витаминов группы В	+	++	+++