

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-11>

## Тактика ведения пациента с синдромом раздраженной кишки

**Т. Полунина**, доктор медицинских наук, профессор  
Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова  
**E-mail:** poluntan@imail.ru

*Синдром раздраженной кишки (СРК) может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и косвенным затратам на лечение и диагностику. Общий алгоритм диагностики СРК состоит из 4 основных позиций: сбор анамнеза и анализ клинической картины; физикальный осмотр; минимально необходимые лабораторные тесты и инструментальная диагностика. Лечение пациентов с СРК заключается в коррекции диеты и образа жизни, приеме фармакологических средств, применении психотерапевтических методов воздействия.*

*В качестве примера применения алгоритмов диагностики и лечения СРК приводится клинический случай.*

**Ключевые слова:** гастроэнтерология, синдром раздраженной кишки, диагностика, лечение, метабиотики, Бактистатин.

**Для цитирования:** Полунина Т. Тактика ведения пациента с синдромом раздраженной кишки // Врач. – 2018; 29 (10): 44–49. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-11>

Главным симптомом синдрома раздраженной кишки (СРК) — боль в животе, связанная с дефекацией и ассоциирующаяся с нарушением кишечной привычки, а не дискомфорт, вздутие, растяжение или какие-либо другие ощущения, которые могут встречаться у больных с другой функциональной патологией, например с функциональным запором или диареей [1].

Диагноз СРК ставят при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключении органических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и отсутствии симптомов тревоги. Общий алгоритм диагностики СРК, представленный на рис. 1, состоит из 4 основных позиций: сбор анамнеза и анализ клинической картины; физикальный осмотр; минимально необходимые лабораторные тесты и инструментальная диагностика. Основная задача врача при диагностике СРК — последовательное исключение следующих заболеваний [1, 2]: целиакии, лактазной недостаточности, воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), колоректального рака, лимфоцитарного и коллагенозного колита, радиационного (постлучевого) колита, эндокринных расстройств (гипертиреоз, гормонпродуцирующие опухоли ЖКТ), внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, острой инфекционной диареи, дивертикули-

та, эндометриоза, воспалительных заболеваний органов малого таза, рака яичников. Объем обследования пациента с подозрением на СРК зависит от профессионализма врача, оснащенности лечебного учреждения и должен быть регламентирован клиническими показаниями. В современных Римских рекомендациях подчеркивается, что дополнительные исследова-

ния должны проводиться с учетом возраста пациента, продолжительности и серьезности симптомов, выявленных тревожных симптомов, семейного анамнеза желудочно-кишечных заболеваний, психосоциальных факторов.

При формулировании диагноза необходимо учитывать тип преобладающих изменений формы кала. При этом возможны 4 формулировки диагноза:

- СРК с диареей;
- СРК с запором;
- СРК, смешанный вариант;
- СРК, неклассифицируемый вариант.

Лечение пациентов с СРК заключается в коррекции диеты и образа жизни, приеме фармакологических средств, применении психотерапевтических методов воздействия (рис. 2).

Лечение пациентов с СРК – комплексное. С позиций медицины, основанной на доказательствах, в лечении пациентов с СРК подтверждена эффективность препаратов, нормализующих моторику кишечника, влияющих на висцеральную чувствительность или воздействующих на оба механизма. Препараты, оказывающие влияние на воспалительные изменения кишечной стенки у данной категории больных, находятся в стадии изучения и пока не нашли широкого применения [3].



Рис. 1. Общий алгоритм диагностики СРК



Рис. 2. Алгоритм лечебных мероприятий при СРК

### МЕТАБИОТИКИ В ТЕРАПИИ СРК

Метабиотики перспективны в коррекции функциональных нарушений деятельности органов и систем, возникающих вследствие изменений состава микрофлоры (микробиоты) кишечника (дисбиоза). Активные метаболиты вызывают комплекс положительных эффектов: антибактериальные свойства позволяют бороться с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, не влияя при этом на полезную микрофлору (микробиоту) кишечника; благодаря ферментной активности

гидролитических энзимов улучшается пищеварение, усиливается иммунная защита организма [7].

Терапевтический эффект метабиотиков обусловлен сочетанием нескольких основных действий: способностью обеспечивать необходимые для нормального взаимодействия эпителия и микрофлоры (микробиоты) условия гомеостаза в контактной зоне, а также прямым влиянием на физиологические функции и биохимические реакции макроорганизма, воздействием на активность клеток и биопленок. При этом стимулирую-

#### Препараты для возможного купирования преобладающего симптома СРК, рекомендованные Римским консенсусом IV [1]

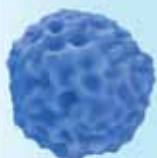
Симптом	Терапия	Доза	Комментарии
Диарея	Лоперамид	2–4 мг по требованию, максимально до 16 мг/сут	Снижает частоту стула, не влияет на симптомы СРК, нельзя принимать длительно, ситуационный прием
	Диета	С низким содержанием глютена или безглютеновая, с низким содержанием FODMAP-углеводов	
	Секвестранты желчных кислот: • холестирамин; • колестипол; • колесевелам	9 г 2–3 раза в сутки 2 г 1–2 раза в сутки 625 мг 1–2 раза в сутки	Недоступны в РФ сегодня (ранее были зарегистрированы)
	Пробиотики, содержащие отдельные штаммы микроорганизмов или их комбинацию*	Согласно инструкции	Исследованные штаммы не зарегистрированы в РФ
	Рифаксимин	550 мг 3 раза в сутки, курс – 14 дней	С осторожностью, избегать повторных назначений – антибиотикорезистентность!
	Антагонисты 5-HT <sub>3</sub> -серотониновых рецепторов: • алосетрон; • ондасетрон; • рамосетрон	0,5–1 мг 2 раза в сутки 4–8 мг 3 раза в сутки 5 мг 1 раз в сутки	Не зарегистрированы в РФ. Назначение возможно только врачами, аккредитованными в специальной программе
	Элюксадолин (комбинированный агонист $\mu$ -опиоидных рецепторов / антагонист $\delta$ -опиоидных рецепторов)	100 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ
Запор	Псиллиум	Максимально до 30 г в день, раздельный прием	Доступен в РФ; эффективность отмечена в рандомизированных клинических исследованиях
	Полиэтиленгликоль	17–34 г/сут	Возможно уменьшение дозы в 2 раза при хорошем эффекте; предполагается эффект последствия (так называемое обучение кишки) после курсового лечения
	Любипростон	8 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ
	Линаклотид	290 мг 1 раз в сутки	Не зарегистрирован в РФ
Абдоминальная боль	Гладкомышечные миорелаксанты	Согласно инструкции	В РФ доступны для длительного применения: пинаверия бромид, гиосцина бутилбромид, тримебутин, альверина цитрат, мебеверин
	Масло мяты перечной	Кишечнорастворимые капсулы 250–750 мг 2–3 раза в сутки	Не зарегистрированы в РФ
	Трициклические антидепрессанты	Стартовая доза – 10–50 мг, далее – коррекция дозы	Антихолинергические побочные эффекты
	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Начало – с малых доз, постепенное увеличение дозы	Возможны побочные эффекты со стороны ЖКТ, рвота, диарея
	Любипростон	8 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ
	Линаклотид	290 мг 1 раз в сутки	Не зарегистрирован в РФ
	Алосетрон	0,5–1 мг 2 раза в сутки	Не зарегистрирован в РФ

**Примечание.** \* – В настоящее время в России для симптоматического лечения заболеваний ЖКТ начинают широко использоваться метабиотики [3–6]; FODMAP – Fermentable, Oligo-, Di-, Mono-saccharides And Polyols (короткоцепочечные углеводы: ферментируемые олиго-, ди-, моносахариды и полиолы).

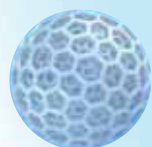
# БАКТИСТАТИН® — ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ БИОТИКОВ — МЕТАБИОТИК\*



## БАКТИСТАТИН® — комплекс дополняющих друг друга 3-х природных компонентов\*\* :



**Метаболиты *Bacillus subtilis*** — способствуют полноценному пищеварению



**Природный сорбент цеолит** — уменьшает различные виды интоксикации, нормализует перистальтику кишечника



**Пребиотический компонент** — обеспечивает благоприятные условия для роста и восстановления нормальной микрофлоры кишечника

\* Шендеров Б.А. Метабиотики: новая идея или естественное развитие пробиотической концепции: Материалы симпозиума «Современное состояние и перспективы развития концепции пробиотикотерапии». Москва, 30.09.2013.

\*\* Листок вкладыш — информация для потребителей «БАКТИСТАТИН®» биологически активная добавка к пище.

СГР № RU.77.99.88.003. E.010166.11.14 от 05.11.2014 г.  
АО «НИЖФАРМ», 119017, Москва, ул. Большая Ордынка, 44, с.4  
Реклама.



БАД, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ  
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

ется собственная микрофлора (микробиота) организма. Такая терапия адекватно физиологична, поскольку осуществляет регулирующее влияние на симбионтные отношения организма хозяина и его микрофлоры и практически сводит к минимуму возможность побочных эффектов лечения [8].

В России терапия и профилактика дисбиотических состояний средствами на метаболитной основе находится в начальной стадии. В настоящее время активно ведутся разработки метабиотиков для повышения эффективности коррекции и профилактики дисбиотических нарушений при СРК. Пример подобного продукта – Бактистатин. Применение Бактистатина способствовало восстановлению кишечной микрофлоры (микробиоты), устранению синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке, адсорбции раздражающих субстанций и газов в кишке, улучшению кишечного пищеварения, повышению порога болевой чувствительности, купированию болевого синдрома, нормализации моторики кишечника и стула [6].

Опыт ведения пациентов с СРК свидетельствует о том, что у 80% больных с СРК и у 100% пациентов с постинфекционным СРК эффективны меры по нормализации кишечной микрофлоры [9].

#### **ВАЖНО!**

- Наличие СРК не сопровождается повышением риска развития колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а равно и увеличением смертности. В то же время возможно сочетание СРК с другими заболеваниями ЖКТ, в частности с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, функциональной диспепсией, сладж-синдромом и спазмом сфинктера Одди.
- СРК может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и непрямым затратам на лечение и диагностику.

В качестве примера применения приведенных алгоритмов рассмотрим клинический случай.

**Пациентка Е., 39 лет. Анамнез:** в 2016 г. после перенесенного сальмонеллеза периодически отмечает появление болей в животе, в связи с чем самостоятельно периодически принимает миотропные спазмолитики, противовоспалительные препараты и противодиарейные средства без положительной динамики. Обращалась за медицинской помощью. Комплексного обследования не проводилось.

Жалобы на мигрирующие боли по ходу кишечника спастического характера на фоне эмоциональной нагрузки >6 мес кратностью 3 раза в неделю, метеоризм, чередование поносов и запоров,

тошноту. В последнее время боль усилилась. Появились эпизоды поносов и чередование с запорами. Причина боли связана с дефекацией. Изменилась частота стула.

**Данные осмотра:** пациентка правильного телосложения, отмечаются признаки повышенного питания, кожные покровы – розовые, чистые, рост – 162 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – 24 кг/м<sup>2</sup>.

Органы дыхания, кровообращения – без отклонений от нормы, АД – 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 68 в минуту.

Язык обложен белым налетом, живот мягкий, слегка болезненный при пальпации в подложечной области и правом подреберье, симптомы Кера и Василенко положительные (болезненность при пальпации на вдохе в точке проекции желчного пузыря и болезненность в точке проекции желчного пузыря при поколачивании по правой реберной дуге на вдохе).

Печень – 12×10×9 см по Курлову, селезенка перкуторно – 8×6 см.

Стул нерегулярный, чередование поносов (по БК\* – 4-го типа) и запоров (по БК – 1–2-го типов).

**В клиническом анализе крови:** Hb – 148,8 г/л, эр. – 4,86 · 10<sup>12</sup>/л, гематокрит – 43,9%, цв. пок. – 0,91, л. – 6,58 · 10<sup>9</sup>/л, н. – 47%, тр. – 172 · 10<sup>9</sup>/л, э. – 4,48%, лимф. – 36%, мон. – 10,6%, СОЭ – 7 мм/ч.

**В биохимическом анализе крови:** общий белок – 8,4 г/дл, альбумин – 4,5 г/дл, глюкоза – 97 мг/дл, креатинин – 1,0 мг/дл, общий холестерин – 5,2 ммоль/л, аланинаминотрансфераза – 20 ед/л, аспартатаминотрансфераза – 23 ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза – 35 Е/л (5–50), щелочная фосфатаза – 172 Е/л (32–92), С-реактивный белок – норма.

**Серологический анализ крови:** Shigella spp., Salmonella spp., Yersinia spp. – отр. Антитела к эндомиозию и тканевой трансаминазе – в пределах нормы.

**Анализ мочи:** диастаза – в пределах нормы.

**Анализ кала:** умеренная стеато-, креаторея; микрофлора (микробиота) кишечника: дефицит бифидо- и лактобактерий, сальмонелла не выявлена. Кал по БК – 4-го типа; крови в кале не выявлено, токсины А и В С. difficile отрицательные. Кальпротектин – 35 Ед, панкреатическая эластаза – 250 Ед.

**УЗИ печени и желчного пузыря:** структура паренхимы печени и поджелудочной железы не изменена. Желчный пузырь не увеличен, стенки не утолщены.

\*БК – Бристольская шкала консистенции кала.

**ЭГДС и дуоденография:** в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки — слизь; просвет кишки свободен; фатеров сосок — 5–6 мм, слизистая его без особенностей, устье свободно. Биопсия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки: диагноз целиакии отвергнут.

**Колоноскопия:** толстая кишка без патологии.

**Ирригоскопия:** спастические сокращения толстого кишечника.

**Диагноз:** К 58, СРК.

**Лечение:**

- тримебутин — 200 мг при наличии болевого синдрома;
- Бактистатин — по 2 капсулы 2 раза в сутки в течение 4 нед.

**Результаты:** к концу 4-недельного курса лечения у пациентки стихла боль в животе, нормализовались частота и форма стула. В повторных посевах кала снизились уровни условно-патогенной микрофлоры (микробиоты) и повысилось до нормы количество бифидо- и лактобактерий.

Таким образом, Бактистатин дает достаточный терапевтический эффект при лечении пациентов с СРК. Применение Бактистатина приводит к нормализации кишечной микрофлоры (микробиоты), улучшению кишечного пищеварения, нормализации моторики кишечника и стула.

В последние десятилетия возрос интерес к исследованиям, посвященным взаимодействию нормальной микробиоты и организма человека. Новые методы исследования функций микробиоты, новые модели взаимодействия организма человека с микробиотой и новые аналитические и симуляционные подходы помогут прояснить потенциальную роль микробиоты в механизмах развития различных заболеваний. Новые знания механизмов и вклада микробиоты в болезни позволят изменить стратегию диагностики и лечения на основе микробиома и могут быть использованы в персонализированной медицине.

## Литература

1. Маев И.В., Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А., и др. Алгоритм ведения пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV // РМЖ. — 2017; 10: 718–22.
2. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника // Рос журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 2017; 27 (5): 76–93.
3. Ардатская М.Д., Столярова Л.Г., Архипова Е.В. и др. Метабиотики как естественное развитие пробиотической концепции // Трудный пациент. — 2017; 15 (6–7): 35–9.
4. Бехтерева М.К., Лукьянова А.М., Хорошева Т.С. и др. Современные подходы к рациональной терапии бактериальных диарей // Лечащий врач. — 2014; 12: 54–7.
5. Павленко В.В., Катаганова Г.А., Александрова С.Б. и др. Пробиотики и воспалительные заболевания кишечника: оценка эффективности пробиотического комплекса Бактистатин в терапии больных язвенным колитом // Современные проблемы науки и образования. — 2015; 5: 75.
6. Агафонова Н.А., Яковенко Э.П., Иванов А.Н. и др. Эффективность препарата Бактистатин в лечении постинфекционного синдрома раздраженного кишечника // Лечебное дело. — 2017; 3: 54–62.
7. Плотникова Е.Ю. Эффекты активных метаболитов *Bacillus subtilis* в пробиотическом продукте нового поколения // РМЖ. Медицинское обозрение. — 2018; 3: 39–44.
8. Бондаренко В.М. Метаболитные пробиотики: механизмы терапевтического эффекта при микробиологических нарушениях // Consilium Medicum. — 2005; 7: 437–43.
9. Агафонова Н.А., Яковенко Э.П., Иванов А.Н. и др. Особенности терапии больных с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника // Фарматека. — 2011; 15: 50–5.

## MANAGEMENT TACTICS FOR A PATIENT WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Professor T. Polunina, MD

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

*Irritable bowel syndrome (IBS) can significantly impair patients' quality of life and leads to considerable direct and indirect costs of treatment and diagnosis. The general diagnostic algorithm for IBS consists of 4 main items: collection of data from patients' medical records and analysis of clinical presentations; physical examination; minimally required laboratory tests; and instrumental diagnosis. The treatment of patients with IBS is to modify diet and lifestyle, to take pharmacological agents, and to use psychotherapeutic interventions. The paper gives a clinical case as an example of algorithms for the diagnosis and treatment of IBS.*

**Key words:** gastroenterology, irritable bowel syndrome, diagnosis, treatment, metabiotics, Bactistatin.

**For citation:** Polunina T. Management tactics for a patient with irritable bowel syndrome // *Vrach.* — 2018; 29 (10): 44–49. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-10-11>