

УДК 616.34-008

**СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА**

Э. Н. Платошкин, С. А. Шут

Гомельский государственный медицинский университет

В связи с высоким уровнем заболеваемости синдромом раздраженного кишечника в Гомельской области по сравнению с другими областями Республики Беларусь проведено анкетирование 140 врачей-терапевтов поликлиник. Результаты выявили низкую информированность врачей первичного звена г. Гомеля и области по вопросу функциональной патологии желудочно-кишечного тракта и, как следствие, искаженные статистических показателей в сторону гипердиагностики в результате отсутствия единых подходов к менеджменту функциональных расстройств кишечника.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, Римские диагностические критерии, лечение, заболеваемость.

**IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN THE PRACTICE
OF A DISTRICT THERAPIST**

E. N. Platoshkin, S. A. Shut

Gomel State Medical University

Due to a high rate of irritable bowel syndrome incidence in Gomel region in comparison with the other regions of the Republic of Belarus, 140 therapists in outpatient clinics were questioned. The results revealed a low awareness of the primary care physicians of the city of Gomel and Gomel region in the problem of functional pathology of gastrointestinal tract and as a consequence — aberration of statistical indices with a tendency to overdiagnosis due to the absence of unified approaches in the management of functional gastrointestinal pathology.

Key words: irritable bowel syndrome, Rome diagnostic criteria, treatment, incidence.

Введение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — это функциональное расстройство, при котором абдоминальный дискомфорт или боли ассоциируются с дефекацией или изменением привычной функции кишечника и нарушениями формы стула. В основе заболевания лежит взаимодействие двух патологических механизмов: психосоциального воздействия и нарушения висцеральной чувствительности и моторики кишечника. Данная патология весьма часто встречается в практике участкового терапевта и наносит большой экономический ущерб обществу по затратам на медицинское обслуживание, лечение и компенсацию временной нетрудоспособности [1]. По данным статистики, распространенность этого заболевания варьирует от 2 до 60 %. Такие различия обусловлены неодинаковым социальным статусом, этническими различиями, уровнем развития медицины в различных странах. В среднем распространенность СРК составляет 17–20 % [2]. В 2010 г., по данным статистики, в Гомельской области зафиксировано более чем 3-кратное превышение заболеваемости синдромом раздраженного кишечника по сравнению с другими областями Республики Беларусь, не имеющими существенных популяционных различий. Возникает вопрос: это реальная цифра заболеваемости или гипердиагностика заболевания?

Цель исследования

Изучение степени информированности врачей-терапевтов о функциональных заболеваниях кишечника, в частности, о синдроме раздраженного кишечника.

Материал и методы

Проведено анкетирование 140 врачей-терапевтов первичного звена здравоохранения. Разработанная нами анкета была анонимной, включала 20 вопросов.

В анкетировании приняли участие терапевты с трудовым стажем от 2 до 30 лет, работающие в г. Гомеле (60 %) и Гомельской области (40 %).

Результаты и обсуждение

По результатам анкетирования были получены следующие ответы на вопросы:

- «Откуда Вы черпаете информацию о функциональных расстройствах?»: 79 % опрошенных назвали периодику и интернет, 15 % — конспекты лекций, 6 % в информации не нуждались.
- «Как часто в практике участкового терапевта встречаются пациенты с функциональными желудочно-кишечными расстройствами?»: 51 % — еженедельно, 29 % — ежедневно, 20 % — очень редко.
- «Как часто в практике участкового терапевта встречаются проблемы с обследованием пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами?»: 43 % опрошенных испытывают сложности с обследованием пациентов независимо от места работы (г. Го-

мель — 43 %, Гомельская область — 44 %). Трудности связаны с отсутствием эндоскопических кабинетов в поликлиниках и большими очередями на исследования.

• «Есть ли у участковых терапевтов проблемы с направлением пациентов на консультацию к гастроэнтерологу?»: более 80 % врачей не испытывают трудностей при направлении пациентов на консультацию к гастроэнтерологу.

• «Каких пациентов направляют к гастроэнтерологу терапевты?»: с органической патологией желудочно-кишечного тракта — 24 %, с функциональными заболеваниями — 6 %, с органическими и функциональными заболеваниями — 21 %, только скандалистов — 5 %, всех перечисленных — 23 %, не направляют на консультации — 21 %.

• «Как участковые терапевты оценивают комплаентность пациентов с функциональными заболеваниями кишечника?»: четверть пациентов имеют низкую приверженность к лечению, 64 % — среднюю и 11 % — высокую. По мнению большинства терапевтов (62 %), комплаентность зависит от материального достатка пациентов, в меньшей степени от уровня тревожности (21 %) и уровня образования (17 %).

• «Как участковые терапевты оценивают эффективность лечения пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами?»: 11 % врачей оценивают как низкую (менее 10 %), 77 % — как среднюю (от 10 до 50 %) и 12 % — как высокую (от 60 до 100 %).

• «Как часто в лечении пациентов с функциональными желудочно-кишечными расстройствами необходима психотерапевтическая коррекция?»: 51 % терапевтов, работающих в городе, и 35 % терапевтов, работающих в районных центрах, считают ее необходимой. 39 % опрошенных применяют психотропные препараты в лечении функциональных заболеваний кишечника.

• «Используете ли Вы «дополнительные вмешательства» при лечении функциональных заболеваний кишечника и как часто?»: практически все опрошенные дали положительный ответ. В качестве «дополнительных вмешательств» указаны: коррекция дисбиоза (69 % опрошенных), коррекция ферментной недостаточности (93 %), симптоматическое лечение (включая коррекцию мальабсорбции, регидратацию, детоксикацию, в том числе энтеросорбцию и др.), лечение сопутствующей патологии (атрофического гастрита, целиакии, хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишечника, гепатита, желчно-каменной болезни (ЖКБ) и др.).

• «Какие препараты Вы наиболее часто используете в лечении пациентов с функциональными заболеваниями кишечника?»: все опрошенные терапевты указали, что при назначении лечения они руководствуются Республиканскими протоколами (стандартами). Среди наиболее

часто назначаемых препаратов оказались: мезим-форте 10 000 — 76 %, эспумизан — 57 %, дротаверин — 53 %, спазмомен — 19 %.

Анализ результатов анкетирования показал, что большинство врачей-терапевтов первичного звена считают, что СРК — это функциональное заболевание кишечника, являющееся следствием атрофического гастрита, целиакии, хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишечника, гепатита, ЖКБ и др. Таким образом, выявлена низкая информированность врачей первичного звена о функциональных заболеваниях кишечника.

Установлено, что только половина врачей использовала в лечении СРК патогенетически обоснованные препараты (рекомендованные протоколами лечения для данной категории). Назначение терапевтами ферментных препаратов, пробиотиков при СРК не имеет достаточной доказательной базы и носит симптоматический характер.

В связи с вышеизложенным считаем необходимым еще раз обратить внимание терапевтов на проблему СРК. Это заболевание не имеет специфической органической патологии, поэтому диагностика строится на определении клинических критериев СРК и исключении других заболеваний, сопровождающихся нарушением функции кишечника. Определение заболевания, критерии для постановки диагноза СРК были определены Римским консенсусом III в 2006 г. [2–7].

Диагностические критерии СРК:

• Рецидивирующая боль в животе или дискомфорт по крайней мере 3 дня в месяц за последние 3 месяца, связанные с двумя или более из следующих ниже признаков:

- улучшение после дефекации;
- начало связано с изменением частоты стула;
- начало связано с изменением формы стула.

Дополнительные симптомы:

• Патологическая частота стула:

[a] ≤ 3 раз в неделю;

[b] > 3 раз в неделю.

• Патологическая форма стула:

[c] шероховатый / твердый стул;

[d] расслабленный / водянистый стул;

[e] натуживание при дефекации;

[f] безотлагательность позывов или чувство неполного опорожнения кишечника, выделение слизи с калом, вздутие живота.

Классификация МКБ-10:

— K58 — Синдром раздраженного кишечника.

K58.0 — Синдром раздраженного кишечника с диареей.

K58.1 — Синдром раздраженного кишечника без диарей.

В клинической практике наиболее часто пользуются классификацией СРК, основанной на оценке формы стула (по Бристольской шкале) в сочетании с другими симптомами:

1. СРК с преобладанием диареи — расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $\geq 25\%$ и шероховатый или твердый стул $< 25\%$ из всех опорожнений кишечника.

2. СРК с преобладанием констипации (запоров) — шероховатый или твердый стул $\geq 25\%$ и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $< 25\%$ из всех опорожнений кишечника.

3. Смешанный вариант (диарейно-констипационный) — шероховатый или твердый стул $\geq 25\%$ и расслабленный (кашицеобразный) или водянистый стул $\geq 25\%$ из всех опорожнений кишечника.

4. С аноректальными проявлениями — неудовлетворенность после акта дефекации и (или) ощущение неполного опорожнения прямой кишки при наличии нормального режима опорожнения кишечника и оформленного пластичного стула.

5. С преобладанием метеоризма — ощущение увеличения живота, его вздутия или растяжения, которые могут сочетаться с урчанием, переливанием и избыточным отхождением газов.

6. С преобладанием абдоминальной боли — в нижней части живота без точной локализации, разлитого характера, обязательно связанные с режимом и ритмом опорожнения кишечника.

Бристольская шкала форм стула предусматривает оценку последних самим пациентом по семи вариантам:

1) отдельные твердые комки размером с орех («овечий кал»), проходит с трудом;

2) колбасовидный комковатый кал;

3) колбасовидный кал с ребристой поверхностью;

4) колбасовидный мягкий кал с гладкой поверхностью;

5) мягкие шарики с ровными краями (легко проходит);

6) рыхлые частицы с неровными краями (неоформленный стул);

7) водянистый, жидкий стул, не содержащий плотных частиц.

Следующие симптомы были определены экспертами как несвойственные для СРК:

- начало заболевания в среднем и более позднем возрасте;

- наличие острых симптомов (СРК рассматривается как хроническое заболевание, при котором не может быть острых проявлений);

- прогрессирующее течение симптомов;

- проявление симптомов в ночное время;

- отсутствие аппетита и снижение массы тела;

- лихорадка;

- ректальные кровотечения;

- безболезненная диарея;

- стеаторея;

- непереносимость лактозы и фруктозы;

- непереносимость глютенa.

Диагностика СРК начинается с учета диагностических критериев заболевания и опре-

деления преобладающего синдрома с постановкой предварительного клинического диагноза. В последующем исключаются симптомы тревоги и несвойственные для СРК симптомы, а также проводится дифференциальный диагноз. Назначается клиническое обследование, включающее общий и биохимический анализ крови, копрологическое исследование с анализом кала на яйца гельминтов, фиброгастроуденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, при необходимости — фиброколоноскопия и ирригоскопия [2, 8].

Лечение СРК должно быть патогенетическим с учетом клинических симптомов. Рекомендации экспертов сводятся к тому, что медикаментозное лечение является вторым этапом терапии, на первом плане: модификация образа жизни, диета, психотерапия, достаточная физическая активность, полноценный отдых.

В большинстве случаев медикаментозное лечение носит симптоматический характер. При диарее используются антидиарейные препараты — антагонисты опиатных рецепторов (лоперамид), при запорах — слабительные средства, причем наиболее эффективными оказались полиэтиленгликоль, лактулоза (при отсутствии метеоризма) и прокинетики (домперидон, метоклопрамид). Болевой синдром можно купировать с помощью холиноблокаторов (гиосцин бутилбромид), спазмолитиков (отилония бромид, дротаверин, мебеверин, пинаверия бромид), масла мяты перечной. Для уменьшения метеоризма используются сорбенты (симетикон). В случае недостаточного эффекта от симптоматических средств возможно использование антидепрессантов [2, 5, 6].

Выводы

1. Выявлена недостаточная информированность врачей первичного звена здравоохранения Гомельской области по функциональным заболеваниям кишечника.

2. Высокий уровень заболеваемости синдромом раздраженного кишечника в Гомельской области является результатом гипердиагностики, которая объясняется недостаточным уровнем знаний врачей, а также неиспользованием стандартизованных (республиканских и международных) подходов к диагностике и лечению данной патологии.

3. Задачей кафедр терапии УО «Гомельский государственный медицинский университет» является включение в план ежегодно проводимых образовательных семинаров для врачей первичного звена здравоохранения соответствующих тем лекций и клинических разборов с возможным последующим принятием зачета.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Синдром раздраженного кишечника / под ред. И. В. Маева — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004. — 72 с.

2. Дорощев, А. Э. Возможности применения отилолония бромиды у больных с синдромом раздраженного кишечника / А. Э. Дорощев, Н. Н. Руденко, О. А. Рассохина // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 313. — С. 39–40.

3. American College of Gastroenterology IBS Task Force / J. V. Lawrence [et al.] // An evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome // Am. J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 104, № 1. — P. 8–35.

4. Карасева, Г. А. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III / Г. А. Карасева // Мед. новости. — 2010. — № 10. — С. 47–53.

5. Силивончик, Н. Н. Еще раз о синдроме раздраженного кишечника / Н. Н. Силивончик // Мед. новости. — 2010. — № 8. — С. 60–62.

6. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / под ред. В. Т. Ивашкина. — М., 2006. — 208 с.

7. Пиманов, С. И. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии: пособие для врачей / С. И. Пиманов, Н. Н. Силивончик. — Витебск, 2006. — 160 с.

8. Ивашкин, В. Т. Синдром раздраженной кишки: практ. рук-во для врачей / В. Т. Ивашкин. — М.: РГА, 1999. — 123 с.

Поступила 10.06.2011

УДК 616-005.4:577.125:577.17

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ В ЛИПОПРОТЕИНОВЫХ КОМПЛЕКСАХ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

С. С. Осочук, С. В. Буянова

Витебский государственный медицинский университет

Установлено, что липопротеиновые комплексы больных ИБС людей транспортируют кортизол и трийодтиронин, но не транспортируют тетраiodтиронин. Аторвастатин не оказывает влияния на содержание гормонов и их распределение в липопротеинах, но вносит достоверные отличия в формирование гормон-позитивных групп по переносу трийодтиронина через 24 и 60 часов после его однократного приема у мужчин и женщин.

Ключевые слова: липопротеины, аторвастатин, кортизол, три- и тетраiodтиронины, ИБС.

EFFECT OF ATORVASTATIN ON HORMONE CONTENT IN BLOOD LIPOPROTEINS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

S. S. Osochuk, S. V. Buyanova

Vitebsk State Medical University

It has been established that blood lipoproteins of patients with ischemic heart disease transport cortisol and triiodothyronine but do not transport tetraiodothyronine. Atorvastatin does not influence the hormone content and their distribution in lipoproteins, but brings authentic differences in the formation of triiodothyronine transfer hormone-positive groups in 24 and 60 hours after its single application in men and women.

Key words: lipoproteins, atorvastatin, cortisol, triiodothyronine, tetraiodothyronine, ischemic heart disease.

Введение

Одним из современных фармакологических средств замедления развития атеросклероза являются статины — ингибиторы ключевого фермента синтеза холестерина (ХС) ОМГ-редуктазы (КФ 1.1.1.34). Наиболее широко используемым препаратом этой группы является производное пиролл-гептановой кислоты — аторвастатин (АТВ) [1]. АТВ как липофильное вещество транспортируется в составе липопротеиновых комплексов (ЛПК). В составе ЛПК он способен проникать через цитоплазматические мембраны [2], оказывая существенное влияние на метаболизм ХС. В свою очередь, снижение активности синтеза ХС в надпочечниках и других гормонально активных тканях способно сделать эти ткани зависимыми от поставки экзогенного ХС и изменить активность продукции гормонов стероидной природы. Вторично изменение активности синтеза ХС способно привести к модификации липидного обмена, продукции гормонов его ре-

гулирующих и, в частности, тиреоидных гормонов, а также к ряду иных изменений, таких как продукция коэнзима Q10 [3] и связанных с этим изменениям антиоксидантной активности ЛПК и др.

Несмотря на широкое применение АТВ в клинической практике, в научной литературе отсутствует информация о каскаде метаболических событий, связанных с его применением, и, в частности, влиянии АТВ на транспорт кортизола и тиреоидных гормонов в составе ЛПК лиц, больных ишемической болезнью сердца. Учитывая способность ЛПК захватываться рецепторно-опосредованным путем или при дислипидемиях различного генеза неспецифическим захватом, информация о транспортируемых в них гормонах и ксенобиотиках может позволить прогнозировать эффекты, обусловленные транспортируемыми веществами. Исследование этого аспекта действия препарата позволит дополнить информацию о его влиянии на метаболизм человека.