

4. Гриневиц В.Б., Успенский Ю.П., Добрынин В.М. и др. Клинические аспекты диагностики и лечения дисбиоза кишечника в общетерапевтической практике. СПб., 2003; с. 36.
5. Закиров И.Г. Дисбактериоз кишечника при хронических вирусных гепатитах // Казань. – 2003; с. 86.
6. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей / Рук-во для врачей. – ИД «М-Вести». – 2002.
7. Корвякова Е.Р. Дисбиоз кишечника после бактериальных инфекций и способы его коррекции // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб. – 2000; с. 44.
8. Осипов Г.А., Парфенов А.И., Верховцева Н.В. и др. Клиническое значение исследования микроорганизмов слизистой оболочки кишечника культурально-биохимическим и хроматомасс-спектрометрическим методами // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2004.
9. Отраслевой стандарт ОСТ 91500.11.0004-2003 «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника». – Приказ Министерства здравоохранения РФ №231 от 09.06.2003.
10. Петухов В.А., Стернина Л.А., Травкин А.Е. Нарушения функций печени и дисбиоз при липидном дистресс-синдроме Савельева: современный взгляд на проблему // Consilium Medicum. – 2004; 6 (6): 406–9.
11. Петров Л.Н. Бактериальные пробиотики: биотехнология, клиника, алгоритм выбора / СПб: ФГУП Гос. НИИ ОЧБ. – 2008; с. 31.
12. Радченко В.Г., Ситкин С.И., Селиверстов П.В. Принципы диагностики и лечения дисбиоза кишечника у больных хроническими заболеваниями печени / СПб. – 2010; 36 с.
13. Радченко В.Г., Суворов А.Н., Ситкин С.И., Селиверстов П.В., Тетерина Л.А. Возможности применения синбиотиков у пациентов с хроническими заболеваниями печени / СПб. – 2010; 30 с.
14. Радченко В.Г., Сафроненкова И.Г., Селиверстов П.В. и др. Клинические аспекты диагностики и лечения дисбиоза кишечника у больных хроническими заболеваниями печени / СПб. – 2009; 28 с.
15. Радченко В.Г., Суворов А.Н., Ситкин С.И. и др. Эффективность применения пребиотика Мукофальк у пациентов с хроническими заболеваниями печени и печеночной энцефалопатией на фоне дисбиоза толстой кишки / СПб. – 2010; 40 с.
16. Селиверстов П.В. Дисбиоз кишечника и пути коррекции у больных с хроническими заболеваниями печени // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб. – 2011; 23 с.
17. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Т. I: Микрофлора человека и животных и её функции / М.: ГРАНТЬ. – 1998; с. 288.
18. Bellantani S., Saccoccio G., Masutti F. et al. Prevalence and risk factors for hepatic steatosis in northern Italy // An. Intern. Med. – 2000; 132: 112–7.
19. Bosch J., Garcia-Pagan J. Complications of cirrhosis. Portal hypertension // Hepatology. – 2000; 32: 141–56.
20. Cebra J. Influences of microbiota on intestinal immune system development // Am. J. Clin. Nutr. – 1999; 69: 1046–51.

#### ENTERIC MICROBIOTIC ABNORMALITIES IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES

**E. Chikhacheva; L. Teterina; P. Seliverstov, Candidate of Medical Sciences; V. Dobritsa, MD; V. Radchenko, MD**

*I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg*

*Enteric microbiocenotic abnormality leads to the development of different diseases, including those of the liver. The correction of this condition is complicated by the lack of conventional methods and diagnostic criteria for enteric dysbiosis.*

**Key words:** chronic liver diseases; enteric microbiocenosis; diagnosis of dysbiosis.

## СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

**О. Охлобыстина**, кандидат медицинских наук  
Первый МГМУ им. Сеченова  
**E-mail:** olga\_okhl@mail.ru

*Охарактеризовано самое распространенное и наиболее сложное из функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта – синдром раздраженного кишечника.*

*Приведены современные подходы к его лечению, в том числе – с применением психотропных средств.*

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, преобладающие симптомы, Дицетел®.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – самое распространенное и наиболее сложное из функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которое традиционно рассматривается как модель для изучения функциональной патологии. По данным исследований, в развитых странах до 20% взрослого населения страдают от симптомов СРК. Больные с этой патологией составляют около 10% пациентов врачей общей практики и 30% лиц, обращающихся к гастроэнтерологам [6]. Расстройство, дебютирующее, как правило, в молодом возрасте, может сопровождать пациента в течение всей последующей жизни, значительно снижая ее качество и нарушая социальную адаптацию. Известно, что качество жизни пациентов с СРК оказывается ниже, чем при других хронических соматических заболеваниях (таких, как артериальная гипертензия, сахарный диабет и т.д.), и приближается к таковому у пациентов с депрессией [7].

Несмотря на обилие исследований, посвященных СРК, многие аспекты его этиологии и патогенеза остаются недостаточно ясными. И хотя в арсенале врачей имеется множество препаратов для лечения СРК, по данным некоторых исследований, удовлетворены результатами терапии не более половины пациентов [12]. Таким образом, СРК продолжает оставаться актуальной проблемой гастроэнтерологов и врачей общей практики.

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Для СРК характерна боль в животе, связанная с дефекацией, в сочетании с изменением частоты стула. Согласно Римским критериям III, принятым международной группой по изучению функциональных расстройств в 2006 г., диагноз СРК может быть поставлен, если жалобы на боль или дискомфорт в животе отмечаются не менее 3 дней в течение месяца в сочетании с улучшением самочувствия после дефекации, изменением частоты и (или) консистенции стула. При этом длительность заболевания должна составлять не менее 6 мес [5].

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают варианты заболевания с преобладанием запоров, диареи, а также смешанный и неклассифицируемый варианты. При 1-м варианте стул плотный или комковатый более чем при 25% дефекаций, жидкий — менее чем при 25%; при 2-м варианте — жидкий или неоформленный стул более чем при 25% дефекаций, плотный — менее чем при 25%; при смешанном варианте и плотный, и жидкий стул отмечаются более чем при 25% дефекаций; для неклассифицируемого варианта характерна патологическая консистенция стула с чередованием запора и диареи. Оценка характера стула во всех случаях должна проводиться без применения антидиарейных и слабительных средств [5].

СРК в большинстве случаев сочетается с другими функциональными расстройствами ЖКТ, а также сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. Наиболее часто встречается сочетание СРК с синдромом функциональной диспепсии [2].

### ДИАГНОСТИКА

Диагностика СРК проводится в несколько этапов. На 1-м этапе определяют соответствие симптомов Римским критериям, выделяют доминирующие жалобы, исключают симптомы, заставляющие подозревать наличие органического заболевания (лихорадка, примесь крови в стуле, необъяснимая потеря массы тела, дебют заболевания в пожилом возрасте и т.д.). На 2-м этапе проводятся лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для исключения органической патологии, способной вызвать имеющиеся симптомы. Обследование должно включать в себя клинический и биохимический анализы крови, анализ кала, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопию. На 3-м этапе в сложных случаях могут быть назначены дополнительные исследования [1].

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время все функциональные расстройства ЖКТ рассматриваются как биопсихосоциальные заболевания. Согласно данной концепции, предложенной D. Drossman, функциональные расстройства ЖКТ возникают в результате взаимодействия психосоциальных и патофизиологических факторов, осуществляемого посредством двусторонней связи между головным мозгом и ЖКТ [3]. В числе психосоциальных факторов рассматриваются особенности личности пациента, психические расстройства, хронические стрессы и тяжелые эмоциональные потрясения, нарушение социальной адаптации и т.д. К значимым физиологическим факторам относят нарушение моторики, гиперчувствительность, генетическую предрасположенность, изменения состава кишечной флоры.

Нарушение моторики и повышение висцеральной чувствительности — основные звенья патогенеза СРК. Расстройство моторики приводит к появлению таких симптомов, как диарея, запор, схваткообразная боль, вздутие живота. Ноющая боль и разнообразные не болевые неприятные ощущения в животе связаны со снижением порога висцеральной чувствительности, что способствует дальнейшему расстройству моторики под действием болевых импульсов. Это нарушение возникает в результате передачи болевых импульсов из кишечника по сенсорно-моторным рефлекторным путям, оно получило название аллодинии. Нарушения моторики, в свою очередь, приводят к повышению чувствительности в связи с постоянной стимуляцией болевых рецепторов

в зонах растяжения и спазмом кишечной стенки. Таким образом, речь идет о единой моторно-сенсорной дисфункции, характерной для пациентов, страдающих функциональными расстройствами.

В последние годы вновь возрос интерес к изучению состояния кишечной микрофлоры при СРК. Показано, что ее состав различен у лиц с СРК и без него. Так, при заболевании нередко количество лакто- и бифидобактерий снижено по сравнению с нормой, что, возможно связано с перенесенными инфекциями, особенностями питания, неконтролируемым приемом антибиотиков и способно усугублять симптомы заболевания.

Продолжается изучение роли в этиологии и патогенезе заболевания кишечных инфекций. По данным исследований у лиц, перенесших острую кишечную инфекцию, активизируется моторика, повышаются чувствительность и проницаемость слизистых оболочек ЖКТ. Однако у большинства эти изменения претерпевают обратное развитие в течение нескольких месяцев и лишь у некоторых сохраняются, приводя к функциональному расстройству. Риску развития СРК больше подвержены лица, у которых в период инфекции отмечалась продолжительная диарея, а также имеющие другие факторы, способствующие заболеванию (эмоциональные стрессы, психические расстройства, женский пол). Вклад генетической предрасположенности к заболеванию подтверждается исследованиями с участием близнецовых пар.

Обилие факторов, способных участвовать в развитии заболевания, делает важной правильную оценку роли каждого из них у конкретного пациента в определенный период, поскольку этим во многом определяется направление последующего лечения.

### ЛЕЧЕНИЕ

Тактика терапии определяется преобладающими симптомами, тяжестью течения заболевания, а также индивидуальными особенностями больного, наличием провоцирующих факторов, теми задачами, которые пациент ставит перед врачом.

На 1-м этапе лечения основной задачей представляется установление доверительных отношений между врачом и пациентом. Врачу необходимо определить, насколько заболевание снижает качество жизни больного, выявить предполагаемые провоцирующие факторы, оценить особенности личности пациента и возможную приверженность будущему лечению.

Следует иметь в виду, что при легких вариантах течения заболевания медикаментозная терапия может вообще не потребоваться. Тщательное обследование, установление точного диагноза, подробное разъяснение пациенту природы и особенностей течения его заболевания, четкие рекомендации относительно образа жизни нередко приводят к улучшению самочувствия.

В таких случаях положительные результаты нередко приносит назначение диеты, соответствующей варианту заболевания (с повышенным содержанием пищевых волокон при преобладании запоров, с ограничением пищевых волокон и исключением ряда продуктов при доминировании боли, диареи и вздутия). По данным разных авторов, 50–70% больных с СРК отмечают улучшение при соблюдении диеты [8]. Однако зависимость самочувствия от характера питания может оказаться мнимой, существующей лишь в сознании пациента. В связи с этим прежде чем рекомендовать больному



## Создай гармонию в кишечнике



- Быстро избавляет от спастической боли при заболеваниях кишечника
- Эффективно устраняет основные симптомы СРК: метеоризм, запор и диарею\*
- Оказывает двойное действие: нормализует моторику кишечника и уменьшает висцеральную гиперчувствительность\*\*

\* Noel B, Invest Media Intern, 1988, 15: 190-196

\*\* М.Д. Ардатская, Consilium medicum, №8, 2010, стр. 114-120

### Дицетел®

МНН: пинаверия бромид. Регистрационный номер: П N014873/01

**Показания к применению:** симптоматическое лечение болей, нарушений транзита кишечного содержимого и дискомфорта, связанных с функциональными расстройствами работы кишечника; симптоматическое лечение болей, связанных с функциональными расстройствами желчевыводящих путей; подготовка к рентгенологическому исследованию желудочно-кишечного тракта с применением бария сульфата. Противопоказания: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. Дефицит лактазы, непереносимость галактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. В связи с недостаточностью данных по эффективности и безопасности применение препарата у детей до 18 лет не рекомендовано. **Беременность и период лактации:** нет достаточных данных применения пинаверия бромид беременными женщинами. Потенциальный риск для человека неизвестен. Применение препарата во время беременности допускается, если польза от применения для матери превышает потенциальный риск для плода. Кроме того, следует принять во внимание, что в состав препарата входит бром. В связи с этим назначение пинаверия бромид в конце беременности может вызвать неврологические расстройства (снижение артериального давления, седацию) у новорожденного. Нет достаточной информации об экскреции препарата Дицетел® с материнским молоком. Физико-химические и доступные данные по фармакодинамике и токсикологии препарата Дицетел® указывают на экскрецию препарата с молоком матери, в связи с чем, риск для грудного ребенка не может быть исключен. Дицетел® не следует применять во время лактации. **Способ применения и дозы:** препарат предназначен для приема внутрь. Дицетел® таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг: суточная доза – по 1 таблетке 3 раза в день или по 2 таблетки 2 раза в день во время еды. Если необходимо, суточная доза может быть увеличена до 6 таблеток в день. При подготовке к рентгенологическому исследованию ЖКТ – по 4 таблетки в день в течение 3 дней перед исследованием. Дицетел® таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг: суточная доза – по 1 таблетке 2 раза в день, утром и вечером во время еды. Если необходимо, суточная доза может быть увеличена до 3 таблеток в день. При подготовке к рентгенологическому исследованию – по 2 таблетки в день в течение 3 дней перед исследованием. Таблетки принимают во время еды целиком, запивая стаканом воды. Таблетки нельзя разжевывать или рассасывать. **Побочное действие:** во время постмаркетингового применения сообщалось о следующих нежелательных явлениях. Полученных данных недостаточно для определения частоты. Со стороны желудочно-кишечного тракта: боль в области живота, диарея, тошнота, рвота, дисфагия. Со стороны кожи и подкожно-жировой клетчатки: сыпь, зуд, крапивница, эритема. Со стороны иммунной системы: гиперчувствительность. **Передозировка:** на настоящий момент данные о развитии нежелательных явлений при передозировке отсутствуют. Специальный антидот неизвестен; рекомендуется симптоматическое лечение. **Взаимодействие с другими лекарствами:** клинические исследования не выявили каких-либо взаимодействий пинаверия бромид с сердечными гликозидами, пероральными гипогликемическими средствами, инсулином, пероральными антикоагулянтами и гепарином. Одновременный прием антихолинергических средств может усилить купирование спазмов. Не отмечалось влияние препарата на результаты лабораторных тестов по определению концентрации лекарственных средств. **Влияние на способность к управлению автомобилем и другими механизмами:** исследований по влиянию препарата на способность к управлению автомобилем и другими механизмами не проводилось. Условия отпуска из аптек: по рецепту. Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Информация для медицинских работников, не для пациентов. ИМП от 09.07.2010



с функциональным расстройством диеты, необходимо оценить его психическое состояние, чтобы избежать нерациональных ограничений в питании, возникновения страха перед приемом пищи и т.д.

Однако для пациентов с тяжелым вариантом болезни прогноз в отношении выздоровления, как правило, оказывается неблагоприятным. В таких случаях необходимо в начале лечения предупредить пациента о хроническом рецидивирующем течении заболевания, обсудить возможные варианты терапии, имея в виду достижимые цели. Для таких больных может оказаться полезным привлечение к лечебному процессу психиатра и(или) психолога. Показаниями к этому могут стать трудности в установлении контакта с пациентом, патологическое медицинское поведение, неэффективность соматотропной терапии, выраженная социальная дезадаптация, симптомы психического расстройства.

Выбор медикаментозной терапии зависит от преобладающих симптомов (запор, диарея или боль в животе) – см. таблицу.

### ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МОТОРИКУ

#### Спазмолитические

Препараты этого класса традиционно используются для лечения абдоминальной боли благодаря их способности расслаблять гладкую мускулатуру и таким образом прекращать стимуляцию болевых рецепторов, вызванную спазмом. В настоящее время некоторые из представителей этой группы рекомендованы для лечения СРК.

#### Антихолинергические

Средства, блокирующие действие ацетилхолина на ЖКТ (стимуляция моторики и секреции), нередко применяются для лечения гастроэнтерологических симптомов. Первый представитель этой группы – атропин – используется сравнительно редко и не подходит для длительного применения в связи с выраженностью побочных эффектов (сухость во рту, тахикардия, спазм аккомодации и т.д.). Препараты селективного действия, избирательно блокирующие рецепторы, расположенные в гладких мышцах внутренних органов (например, гиосцина бутилбромид), переносятся лучше, оказывают выраженное спазмолитическое действие и могут назначаться как для приема по требованию, так и для курсового лечения.

#### Блокаторы натриевых каналов

Представитель этой группы мебеверина гидрохлорид (Дюспаталин®) – миотропный спазмолитический препарат – блокирует натриевые каналы и кальциевые депо в гладкомышечных клетках. Препарат рекомендован для курсового лечения СРК благодаря его выраженному спазмолитическому действию при отсутствии влияния на нормальную моторику кишечника.

#### Блокаторы кальциевых каналов

К группе селективных блокаторов кальциевых каналов относятся пинаверия бромид (Дицетел®) и отилония бромид. Дицетел® – селективный блокатор  $\alpha_1$ -субъединицы потенциалзависимых кальциевых каналов L-типа, расположенных в мышечных клетках кишечника. Препарат способен предотвращать открытие кальциевых каналов, вызываемое как нервным импульсом, так и действием медиаторов (холицистокинин, субстанция Р). Блокируя поступление ионов кальция внутрь клетки, Дицетел® регулирует моторику, непосредственно воздействуя на гладкие мышцы.

Исследования, проведенные на животных и здоровых добровольцах, подтвердили, что пинаверия бромид ингибирует постпрандиальную и стимулированную неостигмином моторику, замедляет транзит содержимого по кишечнику, не оказывая влияния на частоту стула [3, 11]. Применение препарата у больных СРК и здоровых добровольцев приводит к повышению порога болевой чувствительности, что подтверждается с помощью баллонного теста. Таким образом, Дицетел® может быть рекомендован при разных вариантах СРК и в первую очередь – благодаря его воздействию на основное звено патогенеза заболевания – моторно-сенсорную дисфункцию.

Из-за незначительной абсорбции из кишечника и быстрого разрушения в печени препарат лишен нежелательных системных эффектов, характерных для традиционных блокаторов кальциевых каналов. Препарат назначают в дозе 50 или 100 мг 3 раза в сутки. Курс лечения при СРК составляет от 1 до 3 мес. Возможно назначение повторных курсов.

Эффективность препарата при СРК у взрослых доказана в многочисленных исследованиях с различным дизайном, в том числе – в сравнении с другими лекарственными средствами. Так, в Кокрейновском обзоре, включавшем 29 исследований с применением спазмолитических препаратов, показано, что назначение препарата Дицетел® привело к достоверному уменьшению боли в животе, выраженности других симптомов СРК и улучшению общего самочувствия пациентов [10]. В метаанализе Т. Роунард и соавт., включавшем 26 рандомизированных двойных слепых плацебоконтролируемых исследований спазмолитических препаратов, также подтверждена эффективность препарата Дицетел в отношении основных симптомов СРК, в том числе боли в животе и вздутия. При этом по показателям безопасности пинаверия бромид опережал другие препараты, вызывая минимальное количество нежелательных эффектов [9].

#### Агонисты опиатных рецепторов

Тримебутин – агонист  $\mu$ -,  $\delta$ - и  $\kappa$ -опиатных рецепторов расположенных на гладких мышцах и на нейронах энтеральной нервной системы разных типов по всему ЖКТ. Поскольку воздействие на  $\mu$ - и  $\delta$ -рецепторы приводит к стимуляции моторики, а воздействие на  $\kappa$ -рецепторы – к ее угнетению, препарат способен оказывать разное влияние на моторику. Эффект зависит от ее исходного состояния. Воздействие на опиатные рецепторы приводит также к повышению порога болевой чувствительности. Такие свойства препарата позво-

**Зависимость медикаментозной терапии от преобладающего симптома**

Преобладающий симптом	Группа препаратов
Боль	Регуляторы моторики (спазмолитические препараты, блокаторы опиатных рецепторов), психотропные средства (антидепрессанты, нейролептические препараты)
Диарея	Адсорбенты, регуляторы моторики (блокаторы опиатных рецепторов, спазмолитические препараты), психотропные средства (антидепрессанты, нейролептические, анксиолитические препараты)
Запор	Регуляторы моторики (прокинетики препараты, блокаторы опиатных рецепторов), слабительные средства (объемные, осмотические), психотропные средства (антидепрессанты)

ляют рекомендовать его при СРК и в первую очередь — при преобладании боли.

Лоперамид — агонист  $\mu$ -опиатных рецепторов, вызывающий выраженное угнетение моторики кишечника. Препарат рекомендован при СРК с преобладанием диареи, в том числе — при постинфекционном варианте заболевания.

#### **Серотонинергические**

Основные представители этого класса препаратов — антагонист 5HT<sub>3</sub>-рецепторов алосетрон, рекомендованный для лечения СРК с преобладанием диареи у женщин, и антагонист 5HT<sub>4</sub>-рецепторов — тегасерод, назначаемый при преобладании запоров. Эти препараты не представлены в России.

### **ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МИКРОФЛОРУ КИШЕЧНИКА**

#### **Пробиотики**

Пробиотики — средства, содержащие живые бактерии, могут быть назначены в качестве дополнительных для лечения СРК. По данным обзора, выполненного Brenner и соавт. в 2008 г. и включавшего 16 исследований с применением одного или нескольких пробиотиков, у пациентов отмечалось уменьшение частоты и интенсивности симптомов заболевания.

#### **Антибиотики**

Вопрос о целесообразности применения антибиотиков при СРК остается спорным. Ситуация усугубляется тем, что неконтролируемый прием этих препаратов представляет большую опасность. Однако существуют данные об успешном применении при СРК антибиотиков, действующих в просвете кишечника, в частности рифаксимины. В метаанализе 5 плацебоконтролируемых исследований, проведенном Menees и соавт. в 2012 г., показано, что назначение рифаксимины приводило к улучшению самочувствия пациентов, в том числе к уменьшению вздутия живота. Тем не менее остаются неясными механизмы влияния антибиотиков на симптомы СРК, показания к их назначению, продолжительность лечебного эффекта.

### **СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА**

Слабительные препараты применяются в качестве дополнительных средств лечения СРК с преобладанием запоров. При этом предпочтение отдают лекарствам, которые могут быть рекомендованы для длительного приема. К ним относятся объемные слабительные (пищевые волокна), эффективность которых при СРК подтверждена в ряде исследований, и некоторые из осмотических (содержащие лактулозу, полиэтиленгликоль). Однако необходимо помнить, что применение слабительных при СРК может усугублять боли в животе и вздутие.

### **ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА**

Психотропные средства могут быть включены в схему лечения пациента с СРК при неэффективности соматотропной терапии, «ускользания симптомов» (ситуация, когда на смену симптомам, с которыми удалось справиться, приходят новые), частых рецидивов заболевания после успешной терапии. Препараты из групп антидепрессантов и нейролептических препаратов способны изменять моторику ЖКТ в сторону как стимуляции, так и подавления. Они также повышают порог болевой чувствительности благодаря действию на ЦНС. Таким образом, психотропные средства тоже влияют на моторно-сенсорную дисфункцию. Эти средства также показаны при симптомах психического неблагополучия, часто выявляемых у пациентов с СРК (тревога, расстройство настроения, ипохондрическая фиксация, аутоагрессивное поведение,

неподдающиеся коррекции патологические представления о состоянии своего здоровья и т.д.).

Наибольшее число исследований посвящено применению трициклических антидепрессантов и ингибиторов обратного захвата серотонина. Так, в 15 исследованиях, проанализированных в Кокрейновском обзоре, доказана эффективность антидепрессантов обеих групп в отношении симптомов СРК. Трициклические антидепрессанты дают более выраженный обезболивающий эффект [10]. Назначение психотропных средств ограничивается необходимостью длительного лечения, часто отмечаемыми побочными реакциями и тем, что нежелательные явления нередко развиваются раньше наступления лечебного эффекта.

Психотропные средства пациентам с СРК могут назначаться гастроэнтерологами и врачами общей практики, имеющими определенный опыт в этой области. Однако в случае плохой переносимости препаратов, необходимости назначения высоких доз или комбинации нескольких средств лечение должно проводиться под наблюдением психиатра.

### **Литература**

1. Ивашкин В.Т., Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника / Избранные лекции по гастроэнтерологии / М. — 2001; с. 54–83.
2. Полуэктова Е.А., Шептулин А.А. Частота и характер «внекишечных» жалоб у больных с синдромом раздраженного кишечника / Материалы 7-й Российской гастроэнтерологической недели // Рос. журн. гастроэнтерол., гепат. и колопроктол. — 2001; 11 (5, прил. 15): 57.
3. Christen M. Action of pinaverium bromide, a calcium antagonist, on gastrointestinal motility disorders // Gen. Pharmacol. — 1990; 21: 821–5.
4. George F. et al. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterol. — 2006; 130: 1480–391.
5. Gwee K. Irritable bowel syndrome in developing countries—a disorder of civilization or colonization? // Neurogastroenterol. Motil. — 2005; 17: 317–24.
6. Hahn B., Kirchoerfer L., Fullerton S. et al. Patient perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, resource utilization and quality of life // Aliment. Pharmacol. Ther. — 1997; 11: 553–9.
7. Nanda R., James R., Smith H. et al. Food intolerance and the irritable bowel syndrome // Gut. — 1989; 30: 1099–104.
8. Poynard T. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2001; 15: 355–61.
9. Ruepert L., Quarttero A. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Intervention review // The Cochrane Library. — 2011, Is. 8.
10. Whitehead W., Levy R., Von Korff M. et al. The usual medical care for irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004; 20: 1305–15.
11. Wilson A., Longstreth G., Knight K. et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome // Manag. Care Interface. — 2004; 17: 24–8.

### **IRRITABLE BOWEL SYNDROME: CURRENT APPROACHES TO TREATMENT**

**O. Okhlobystina**, Candidate of Medical Sciences

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

*The paper characterizes the irritable bowel syndrome, one of the most common and most complex functional disorders of the gastrointestinal disorders. It gives current approaches to its treatment, including that with psychotropic agents.*

**Key words:** irritable bowel syndrome, predominant symptoms, Dicletel.