

Резолюция Экспертного совета «Как улучшить результаты лечения больных с функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника»?

В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², А.А. Шептулин¹, А.С.Трухманов¹, О.П. Алексеева³,
Е.К. Баранская¹, К.В. Ивашкин¹, А.В. Калинин⁴, Н.В. Корочанская⁵, Ю.А.
Кучерявый², Т.Л. Лапина¹, Е.Ю. Плотникова⁶, Е.А. Полуэктова¹, В.И. Симаненков⁷,
О.А. Сторонова¹, А.В. Ткачев⁸, О.С. Шифрин¹, Л.В. Тарасова⁹, И.Б. Хлынов¹⁰

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет» им. И.М. Сеченова»
Минздрава РФ, кафедра пропедевтики внутренних болезней

²ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава РФ, кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии

³ВМИ ФСБ, кафедра внутренних болезней

⁴МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, кафедра гастроэнтерологии

⁵ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
кафедра хирургии № 1 с курсами абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии ФПК и ППС

⁶ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава РФ,
кафедра подготовки врачей первичного звена здравоохранения

⁷ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава РФ, кафедра терапии и клинической фармакологии

⁸ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
кафедра пропедевтики внутренних болезней

⁹Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, кафедра факультетской терапии

¹⁰ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
кафедра факультетской терапии

The resolution of Advisory council «How to improve treatment results functional dyspepsia and irritable bowel syndrome»?

V.T. Ivashkin¹, I.V. Mayev², A.A. Sheptulin¹, A.S. Trukhmanov¹, O.P. Alekseyeva³, Ye.K. Baranskaya¹, K.V. Ivashkin¹,
A.V. Kalinin⁴, N.V. Korochanskaya⁵, Yu.A. Kucheryavy², T.L. Lapina¹, Ye.Yu. Plotnikova⁶, Ye.A. Poluektova¹,
V.I. Simanenkova⁷, O.A. Storonova¹, A.V. Tkachyov⁸, O.S. Shifrin¹, L.V. Tarasova⁹, I.B. Khlynov¹⁰

¹ Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university».

² Chair of internal diseases propedeutics and gastroenterology, State educational government-financed institution of higher professional education «Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

³ VMI FSB, chair of internal diseases

⁴ Chair of gastroenterology, Vladimirsky Moscow regional research clinical institute

⁵ Chair of surgery N 1, with course of abdominal surgery and gastroenterology, Faculty postgraduate education and professional retraining, State educational government-financed institution of higher professional education «Kuban State medical university»

⁶ State educational government-financed institution of higher professional education «Kemerovo state medical academy», Ministry of healthcare of the Russian Federation, chair of postgraduate education and primary link of health care professional retraining.

⁷ Chair of internal diseases and clinical pharmacology, State educational government-financed institution of higher professional education «Mechnikov North-Western State Medical University», Ministry of Healthcare of the Russian Federation

⁸ Chair of internal diseases propedeutics, State educational government-financed institution of higher professional education «Rostov state medical university», Ministry of healthcare of the Russian Federation

⁹ Chair of internal diseases, faculty course, Ulyanov Chuvash state university

¹⁰ Chair of internal diseases, faculty course, State educational government-financed institution of higher professional education «Ural state medical university», Ministry of healthcare of Russia

25 февраля 2016 г. в Москве под председательством академика РАН В.Т. Ивашкина и члена-корреспондента РАН И.В. Маева состоялось заседание Экспертного совета, посвященное обсуждению возможностей улучшения результатов лечения больных с *функциональной диспепсией* (ФД) и *синдромом раздраженного кишечника* (СРК).

В своем вступительном слове **академик РАН В.Т. Ивашкин** подчеркнул важность обсуждаемой проблемы, что обусловлено широкой распространенностью рассматриваемых заболеваний среди населения, значительным числом ошибок, допускаемых при их диагностике, недостаточной эффективностью применяющихся методов лечения.

Доклад **профессора А.С. Трухманова** и **кандидата медицинских наук О.А. Стороной** был посвящен современным методам исследования двигательной функции желудка и роли ее нарушений в патогенезе ФД. Характеризуя возможности изучения отдельных параметров двигательной и чувствительной функций, авторы отметили, что для исследования аккомодации желудка могут применяться однофотонная эмиссионная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, баростат, *ультразвуковое исследование* (УЗИ); для оценки опорожнения — сцинтиграфия, манометрия высокого разрешения, дыхательный тест с C^{13} *Spirulina platensis*, беспроводная капсула, УЗИ; для исследования висцеральной чувствительности желудочной стенки — баростат, тензостат, тест насыщения водой; для изучения миоэлектрической активности желудка — электрогастрография.

Проведенные у пациентов с ФД исследования моторной функции и висцеральной чувствительности позволили установить, что у больных отмечаются расстройства аккомодации (адаптивной релаксации) фундального отдела желудка, обуславливающие появление такого симптома, как раннее насыщение, обнаруживаются нарушения ритма и перистальтики, а также замедление опорожнения, что вызывает чувство переполнения в подложечной области. Эти изменения делают обоснованным применение при ФД препаратов, нормализующих двигательную функцию желудка.

Профессор А.А. Шептулин посвятил свое выступление вопросам диагностики ФД. Как было показано, в настоящее время существуют два подхода к постановке диагноза данного заболевания. Первый из них (стратегия «test and treat») предполагает в случае отсутствия «симптомов тревоги» и при возрасте больных моложе 50 лет осуществлять постановку диагноза только на основании соответствия жалоб Римским критериям III с последующим тестированием на наличие инфекции *H. pylori*. Автор отметил, что такой подход чреват серьезными диагностическими ошибками, и подчеркнул, что диагноз ФД должен быть «диа-

гнозом исключения», который может быть поставлен лишь после тщательного обследования пациента.

Кроме того, в докладе было уделено внимание соотношению хронического гастрита и ФД. Согласно последним рекомендациям Киотского консенсуса (2015 г.), лечение больных ФД с положительным тестом на *H. pylori* необходимо начинать с проведения эрадикационной терапии: если через 6–12 месяцев будет наблюдаться стойкое исчезновение жалоб, то этих пациентов следует рассматривать как лиц, страдающих диспепсией, ассоциированной с *H. pylori*. Лишь при отсутствии эффекта эрадикации или же рецидиве диспепсических симптомов можно говорить о наличии ФД.

В докладе **члена-корреспондента РАН И.В. Маева** и **кандидата медицинских наук Ю.А. Кучерявого** представлены основные принципы терапии ФД. Авторы подчеркнули, что лечение таких больных должно определяться клиническим вариантом заболевания. После тестирования на инфекцию *H. pylori* и проведения ее эрадикации при синдроме эпигастральной боли (язвенноподобном варианте) назначают *ингибиторы протонной помпы* (ИПП), к которым затем при необходимости добавляют прокинетики. При постпрандиальном дистресс-синдроме (дискинетическом варианте) терапию начинают с применения прокинетики, к которым затем в случае недостаточной эффективности присоединяют ИПП. При смешанном варианте ФД комбинация ИПП и прокинетики назначается сразу. В качестве препаратов второй линии (при отсутствии желаемых результатов лечения) используют антидепрессанты или анксиолитики. С учетом широкого спектра действия Иберогаста® (нормализация аккомодации, улучшение эвакуации из желудка, снижение висцеральной гиперчувствительности, антисекреторный эффект) этот препарат может применяться при обоих вариантах ФД, в том числе (в случае отсутствия «симптомов тревоги» и при клинических признаках ФД) — на этапе диагностики.

Академик РАН В.Т. Ивашкин изложил современные взгляды на нейромоторное обеспечение пищеварительной функции кишечника. В докладе были последовательно рассмотрены моторная и сенсорная функции тонкой кишки в физиологических условиях и ее нарушения при различных заболеваниях, показаны современные возможности регистрации моторики тонкой кишки, раскрыты особенности иннервации толстой кишки, а также механизмы регуляции толстокишечной и аноректальной моторной активности, включая заполнение толстой кишки, транзит ее содержимого и акт дефекации.

Большое внимание было уделено значению интерстициальных клеток Кахала, выполняющих роль пейсмекеров стенки кишечника, генериру-

ющих электрические медленные волны, интегративному контролю моторики тонкой кишки, патологии, ассоциированной с нарушениями моторной и сенсорной функций тонкой кишки (СРК, сахарный диабет, псевдообструктивный синдром), манометрической регистрации тонкокишечной и толстокишечной моторики, физиологическим и фармакологическим регуляторам моторной функции толстой кишки (включая пробиотики как естественные нефармакологические регуляторы).

Новые данные о патогенезе СРК представила кандидат медицинских наук **Е.А. Полуэктова**. Среди многочисленных факторов и механизмов, способствующих развитию заболевания, которым в настоящее время уделяется большое внимание, важное место было отведено снижению содержания белков плотных контактов (окклюдинов и клаудинов) в слизистой оболочке кишечника, приводящему к повышению ее проницаемости и развитию воспаления; нарушению баланса кишечной микрофлоры и синдрому избыточного бактериального роста; висцеральной гиперчувствительности (повышенной чувствительности стенки кишечника к растяжению), ответственной за возникновение боли при СРК; уменьшению всасывания желчных кислот в терминальном отделе тонкой кишки, вызывающему нарушение кишечной секреции и моторики; эмоциональным нарушениям (в частности, депрессии и тревоге, расстройствам интрацептивных ощущений).

Профессор О.С. Шифрин поднял в своем докладе очень актуальный вопрос: является ли СРК «диагнозом исключения» или он может быть «диагнозом первого визита к врачу»? На конкретных клинических примерах автор показал, что формальное соответствие жалоб больного и течения заболевания Римским критериям III способно вести к ошибочной диагностике и несвоевременному распознаванию такой патологии, как целиакия, микроскопический колит, хронические воспалительные заболевания кишечника и др. В связи с этим Римские критерии III, по его мнению, могут быть основанием лишь для предварительного диагноза СРК, тогда как заключительный диагноз может быть поставлен только после тщательного обследования, предусматривающего применение лабораторных (клинические и биохимические анализы крови, исследование серологических маркеров целиакии, токсинов А и В *Clostridium difficile*, уровня гормонов щитовидной железы и т.д.) и инструментальных методов диагностики (УЗИ органов брюшной полости, колоноскопия с биопсией из разных отделов толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, дыхательный тест для исключения синдрома избыточного бактериального роста и пр.)

Доклад **профессора В.И. Симаненкова** был посвящен лечению больных с СРК, традиционные подходы к которому включают в себя общие

мероприятия (обучение пациентов, диетические рекомендации, ведение пищевого дневника), симптоматическую терапию, назначаемую в зависимости от клинического варианта заболевания, и коррекцию психоэмоциональных нарушений с помощью психотропных препаратов (антидепрессанты первого и второго ряда) и психотерапевтических методов. Для купирования боли используются спазмолитики различных групп (гиосцина бутилбромид, дротаверин, мебеверин, тримебутин, пинаверия бромид), для борьбы с запорами — псиллиум, стимулирующие слабительные (бисакодил, пикосульфат натрия), препараты осмотического действия (полиэтиленгликоль, лактулоза). Многообещающим является принцип многоцелевой терапии, предполагающий применение вместо нескольких препаратов, воздействующих на отдельные звенья патогенеза СРК, одного препарата, одновременно влияющего на разные патогенетические звенья. К таким средствам может быть отнесен Иберогаст®, оказывающий спазмолитическое действие в отношении толстой кишки и уменьшающий ее висцеральную гиперчувствительность. Назначение Иберогаста® следует считать предпочтительным еще и потому, что данный препарат нормализует моторику и висцеральную гиперчувствительность желудка при ФД, а сочетание СРК и ФД в клинической практике встречается очень часто. Кроме того, Иберогаст® характеризуется хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности.

После обсуждения заслушанных докладов была принята резолюция, которая будет представлена ниже.

В своем заключительном слове председатель Экспертного совета **академик РАН В.Т. Ивашкин** подчеркнул актуальность рассматривавшихся проблем и плодотворный характер последующего обсуждения. Участие в патогенезе ФД и СРК различных механизмов (нарушение адаптивной релаксации фундального отдела желудка, замедление опорожнения последнего, спастические сокращения толстой кишки, висцеральная гиперчувствительность) делают обоснованной стратегию многоцелевой (мультиадресной) терапии. Этой цели соответствует препарат Иберогаст®, многообразные эффекты которого позволяют применять его как при ФД, так и при СРК и в случаях их сочетания.

Резолюция Экспертного совета

1. Функциональная диспепсия и синдром раздраженного кишечника относятся к наиболее распространенным функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, что определяет необходимость углубленного изучения причин и механизмов их формирования, а также совершенствования методов диагностики и лечения.

2. Этиология и патогенез функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника

включают различные факторы — наследственную предрасположенность, психоэмоциональные стрессы, перенесенные инфекции, нарушения баланса кишечной микрофлоры, местные иммуновоспалительные реакции, расстройства моторики различных отделов желудочно-кишечного тракта, висцеральную гиперчувствительность и др. Их удельный вес в каждом конкретном случае заболевания может быть различным.

3. Диагноз функциональной диспепсии и диагноз синдрома раздраженного кишечника являются диагнозами исключения. Соответствие клинических симптомов Римским критериям этих заболеваний может служить основанием только для их предположительного диагноза, который подтверждается после тщательного обследования больного с обязательным эндоскопическим, а при необходимости (для исключения целиакии, микроскопического колита) и гистологическим исследованием.

Следует учитывать возможность частого сочетания функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника.

4. Лечение функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника строится по ступенчатому принципу и предусматривает применение общих мероприятий (правильные взаимоотношения врача и больного, диетические рекомендации, борьба с вредными привычками и др.), использование препаратов гастроэнтерологического профиля, влияющих на различные звенья патогенеза этих заболеваний (антисекреторные средства и прокинетики, спазмолитики, слабительные, пробиотики и др.), назначение психофармакологических препаратов и психотерапевтических методов лечения.

5. При определении лечебной тактики предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим многоцелевым (мультитаргетным) эффектом, т.е. влияющим на несколько звеньев этих заболеваний или же оказывающим благоприятное действие в случае сочетанной патологии. При предположительном диагнозе функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, а также их сочетании эти препараты могут назначаться с симптоматической целью сразу, до получения результатов полного обследования.