



І. Г. Палій, С. В. Заїка

Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова

Синдром подразненого кишечника: актуальність проблеми та питання сучасної терапії згідно з Римськими критеріями IV перегляду

На функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту хворіють 15—25 % дорослого населення розвинених країн незалежно від віку, раси, віросповідання або соціально-економічного статусу. Із цих хворих значну частку тих, хто звертається по допомогу до лікаря загальної практики і гастроентеролога (від 30 до 50 %) становлять хворі із синдромом подразненого кишечника. Розглянуто основні відмінності Римських критеріїв IV перегляду щодо діагностики і лікування синдрому подразненого кишечника. Обговорено необхідність використання залежно від клінічних варіантів синдрому подразненого кишечника спазмолітичної терапії, послаблюючих та антидіарейних препаратів.

Ключові слова: Римський консенсус IV, функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту, синдром подразненого кишечника, діарея, запор, послаблюючі препарати, антидіарейні препарати, «Мікролакс®», «Імодіум®».

Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту (ФЗ ШКТ) — один з актуальних розділів сучасної гастроентерології. Це зумовлено високою поширеністю ФЗ ШКТ у світовій популяції (15—25 % дорослого населення розвинених країн), а також недостатністю даних про всі патогенетичні ланки цієї патології [1, 6, 34]. ФЗ ШКТ хоч і не становлять безпосередньої загрози для життя пацієнта, але значною мірою знижують якість його життя [19, 45]. Найчастіше вони розвиваються в осіб працездатного віку. Наявність больового синдрому, схильність до рецидивування призводять до значного зниження працездатності, що спричиняє економічні втрати, пов'язані з тимчасовою непрацездатністю та зниженням ефективності праці [43]. В системі охорони здоров'я збільшуються прямі і непрямі економічні витрати в зв'язку з необхідністю проведення діагностичних заходів для заперечення органічної патології [16]. Це дає підставу зарахувати ФЗ ШКТ до соціально значущих захворювань [1].

Із ФЗ ШКТ найбільший інтерес дослідників останніми роками викликає синдром подразненого кишечника (СПК). Поширеність СПК у різних географічних регіонах значно варіює [17, 34]. Згідно з узагальненими даними популяційних досліджень, поширеність СПК у світі становить від 10 до 25 %. Загальна поширеність СПК у жінок на 67 % більша, ніж у чоловіків [3, 21, 22].

Частка пацієнтів із СПК, які звертаються по допомогу до лікаря загальної практики та гастроентеролога, є великою (від 30 до 50 %) [17]. Переважно це пацієнти з тяжким і середнього ступеня тяжкості перебігом захворювання, які проходять численні обстеження для заперечення органічної патології, зі значним зниженням якості життя та психоемоційними розладами [5].

Більшість осіб із симптомами кишкової дисфункції або ніколи не звертаються по медичну допомогу, або, одного разу пройшовши обстеження і переконавшись у відсутності «серйозного» захворювання, в подальшому адаптуються до свого стану, самостійно намагаються ліквідувати вияви захворювання при її загостренні

(епідеміологічний феномен «айсберга» (Римські критерії II)). У таких осіб хвороба істотно не впливає на якість життя. Цю групу пацієнтів в англійській літературі називають «no consultants», у вітчизняній — «не пацієнти із СПК». За даними різних досліджень, частка осіб з такою поведінкою становить від 10 до 30%. Тих, хто звертається по консультативну допомогу, зараховують до групи consultants («пацієнти з СРК») [3, 21, 22].

Відповідно до критеріїв Римського консенсусу III перегляду (2006) СПК визначали як функціональний кишковий розлад, при якому дискомфорт або біль у животі зменшуються після дефекації, пов'язані зі зміною частоти та консистенції випорожнень, виникають не менше ніж 3 дні на місяць протягом 3 міс при загальній тривалості скарг не менше ніж 6 міс [20].

Досягнуті за минуле десятиліття успіхи фундаментальної та клінічної науки у вивченні епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики і терапії ФЗ ШКТ зумовили необхідність перегляду Римських критеріїв III [1, 7].

На Американському гастроентерологічному тижні (Сан-Дієго, 22–24 травня 2016 р.) було запропоновано нові критерії функціональних порушень (Римські критерії IV) [21, 24].

У нових погоджувальних документах з функціональних гастроінтестинальних захворювань змінено визначення поняття ФЗ ШКТ — розлади взаємодії ШКТ та ЦНС (disorders of gut-brain interaction), що знайшло відображення в назві класифікаційних категорій.

У Римських критеріях IV сформульовано парадигму патогенезу ФЗ ШКТ як наслідок стресового впливу з порушеннями зв'язків по осі «головний мозок — кишечник», зокрема на рівні імунної регуляції.

Вісь «головний мозок — кишечник» — це двобічна розгалужена комунікаційна мережа, яка за допомогою нейроімунних та ендокринних медіаторів здійснює моніторинг та інтеграцію функцій кишечника, реалізує зв'язок емоційних і когнітивних центрів з кишковими механізмами, координує місцеві адаптивні реакції до стресових чинників. Вісцеротопічні аферентні впливи сприймаються головним мозком і впливають на відчуття болю, настрої та поведінку людини. Під контролем цієї осі перебігають усі процеси, які відбуваються в кишечнику: моторика, секреція, всмоктування, мікроциркуляція, місцевий імунний захист, проліферація клітин. Патологічна активність цієї системи і порушення функціональних зв'язків між її структурами — патофізіологічна основа СПК [3, 21, 22].

По суті, в цій характеристиці відображена нова дефініція ФЗ ШКТ, запропонована експертною радою оновленого Римського консенсусу.

У Римських критеріях IV загальне визначення СПК істотно не змінилося. Як і раніше, пропонується визначати СПК як хронічний функціональний розлад кишечника, при якому біль у животі обов'язково пов'язаний з дефекацією або змінами характеру і консистенції випорожнень, що відрізняє його від функціональної діареї або запору, за яких болю немає, і від функціонального здуття, яке не супроводжується модифікаціями характеристик випорожнень.

Основні зміни, внесені в діагностичні критерії СПК [3, 21, 22]:

1. Термін «дискомфорт» вилучено з визначення і діагностичних критеріїв СПК. Під терміном «дискомфорт» раніше мали на увазі менш «яскраву» симптоматику порівняно з терміном «абдомінальний біль». Однак практична інтерпретація терміну «дискомфорт» широко варіювала залежно від рівня медичної грамотності та культурних особливостей населення [41]. У Римських критеріях IV постулюється, що головний симптом СПК — біль у животі, пов'язаний з дефекацією, в асоціації з порушенням кишкового випорожнення, а не дискомфорт, здуття, розтягнення або інші відчуття пацієнта.

2. Змінена порогова частота наявності симптомів, необхідна для відповідності критерію. Сучасне визначення містить зміни щодо частоти абдомінального болю. Пацієнти повинні мати симптоми абдомінального болю хоча б 1 день на тиждень в останніх 3 міс.

3. Змінене трактування зв'язку болю з дефекацією. Фраза «поліпшення після дефекації» в нових діагностичних критеріях СПК замінена на «пов'язано з дефекацією», оскільки велика група пацієнтів з СПК не відзначають поліпшення щодо абдомінального болю після дефекації, а деякі повідомляють про погіршення.

4. Вилучено асоціацію абдомінального болю на початкових етапах захворювання зі змінами частоти і форми випорожнень, оскільки не всі пацієнти із СПК повідомляють, що абдомінальний біль прямо пов'язаний зі змінами частоти або форми випорожнення.

5. Змінена ідентифікація клінічних варіантів СПК. У Римських критеріях IV збережена класифікація субтипів СПК, але рекомендовано їх принципово нове трактування.

У новій редакції Римських критеріїв при поділі на субтипи рекомендується враховувати пропорцію змінених випорожнень за Бристоль-

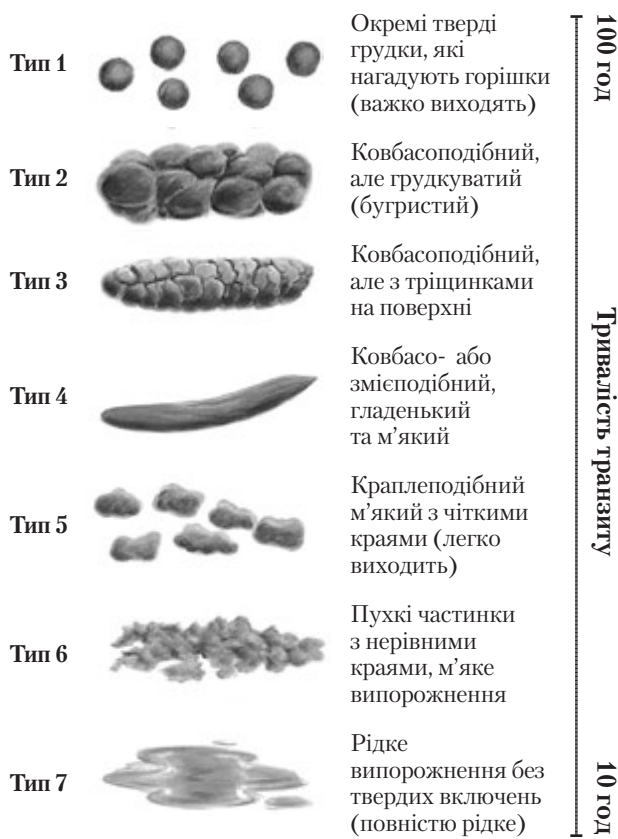


Рисунок. Бристольська шкала форми випорожнень

ською шкалою (рисунок) (грудкуваті/тверді або неоформлені/рідкі) лише в дні із щонайменше одним ненормальним кишковим виділенням. На думку експертів, група осіб з неклассифікованою формою СПК має істотно зменшитися, що дасть змогу більш індивідуалізовано підходити до вибору фармакотерапії [21].

Дослідники і практичні лікарі при встановленні діагнозу СРК та розподілі хворих залежно від клінічного варіанта мають керуватися Бристольською шкалою форми випорожнень і використовувати типи 1 і 2 форми калу для ідентифікації запору, а типи 6 і 7 — для ідентифікації діареї [33].

В оновлених рекомендаціях акцентується увага лікарів на особливостях перебігу СПК: схильність до персистування клінічної картини (зазвичай протягом перших двох років від початку захворювання), рецидивуючий перебіг з частими загостреннями (особливо в перших 3 міс після встановлення діагнозу), одночасна наявність (спочатку або поява в подальшому) симптомів інших функціональних захворювань, потенційна можливість трансформації СПК у клініку інших гастроінтестинальних розладів взаємодії ШКТ — ЦНС.

Відповідно до сучасних уявлень основні види ФЗ кишечника (СПК, функціональний запор, функціональна діарея) становлять собою єдиний континуум з можливою трансформацією одного ФЗ в інше залежно від особливостей симптоматики у конкретного хворого [32]. У зв'язку з цим практикуючий лікар має проводити динамічну оцінку скарг пацієнта з коригуванням схеми лікування залежно від симптомів, які переважають.

При встановленні діагнозу СПК, як і в попередніх версіях, залишається важливим не лише зіставлення відповідності виявлених симптомів Римським діагностичним критеріям, але обов'язкове заперечення симптомів «тривожності». Ці симптоми не зазнали істотних змін порівняно з Римськими критеріями III [3, 21, 22].

Діагностика СПК ґрунтується на трьох ключових пунктах:

- 1) клінічна картина та аналіз історії хвороби;
- 2) фізикальний огляд;
- 3) проведення мінімальної кількості лабораторних тестів та інструментальних досліджень відповідно до клінічних особливостей пацієнта і лише за показаннями (додатковий набір необхідних досліджень).

Автори Римських критеріїв IV наголошують, що хоча основною метою розробки критеріїв було надання легкозастосовного в практичній роботі алгоритму встановлення діагнозу СПК, як і раніше, немає специфічного лише для цього захворювання тесту. Існує багато захворювань, які виявляються симптомами, котрі можуть імітувати СПК (запальні захворювання кишечника, целіакія, непереносність лактози або фруктози, мікроскопічний коліт). Проведення цілеспрямованого дослідження зазвичай допомагає розпізнати їх. Пацієнти з типовими симптомами СПК за відсутності тривожних ознак зазвичай не потребують проведення додаткових обстежень або потреба в їх проведенні мінімальна [3, 21, 22].

Лікування

У Римських критеріях IV надано докладні рекомендації щодо лікування хворих на СПК залежно від характеру і тяжкості симптомів, їх зв'язку з прийомом їжі та дефекацією, наявності соціальної дезадаптації і психологічної коморбідності. Тому при плануванні терапії рекомендують виділяти хворих з легким, середньотяжким і тяжким перебігом СПК [3, 21, 22].

Легкий перебіг. Частка пацієнтів з легкими і нечастими симптомами становить приблизно

40 %. Вони частіше звертаються до лікаря первинної ланки, ніж до гастроентеролога. Скарги зазвичай обмежуються гастроінтестинальною дисфункцією (діарея, запор), біль має мінімальний або легкий характер, відсутня домінуюча психопатологічна симптоматика, а якість життя зазвичай не змінюється або змінюється незначно.

Перебіг середньої тяжкості. Таких пацієнтів дещо менше — близько 30–35 %. Вони частіше спостерігаються у гастроентерологів, відзначають погіршення якості життя, зниження повсякденної активності, зазвичай відчувають біль помірної інтенсивності та відзначають психологічний дистрес, можуть мати супутні захворювання, зокрема патологію психічної сфери, завжди мають потребу в призначенні медикаментозного лікування залежно від симптомів, які переважають. Пацієнтам рекомендують щоденний моніторинг симптомів протягом 2 тиж для ідентифікації провокуючих чинників і впливу на них. Хворим також рекомендують психологічне лікування, зокрема когнітивно-поведінкову терапію, релаксацію, гіпноз тощо.

Тяжкий перебіг. Близько 20–25 % хворих мають виражені, часто — рефрактерні симптоми. У них зазвичай домінує психопатологічна симптоматика, істотно погіршується якість життя, вони часто звертаються за консультаціями до лікарів різних спеціальностей і проводять багато непотрібних діагностичних досліджень, ставлять нереальні цілі лікування. У таких випадках лікар має призначити додаткові дослідження відповідно до об'єктивних даних, а не на вимогу хворого, ставити реальні цілі лікування (наприклад, поліпшення якості життя, а не повне позбавлення від болю), посилювати відповідальність хворого за ефективність лікування і виконання рекомендацій лікаря. Найбільший ефект має мультидисциплінарний підхід до ведення таких хворих.

У Римських критеріях IV значно розширено список лікарських препаратів, рекомендованих для лікування СПК. З'явилися препарати, які селективно діють на певні клітини, котрі беруть участь у формуванні симптомів захворювання. Вперше для лікування СПК рекомендовано антибактеріальні препарати. Однак багато нових рекомендованих лікарських засобів недоступні до застосування в Україні.

Основною групою препаратів для лікування **больового синдрому** у хворих на СПК залишаються гладеньком'язові релаксанти. В Римських критеріях IV рекомендуються такі спазмолітичні засоби: дицикломін, отилонія бромід, мебеверин і масло перцевої м'яти. Спазмолітики вико-

ристовують для лікування болю в животі і спазмів при всіх клінічних варіантах СПК. Метааналіз застосування 12 різних спазмолітиків показав, що цей клас препаратів кращий, ніж плацебо, для профілактики рецидивів симптомів СПК. У клінічній практиці спазмолітики призначають для усунення постпрандіальних симптомів за 30 хв до їди [3].

Лікування СПК з переважанням запорів

Лікування СПК з переважанням запорів має ґрунтуватися на:

- 1) корекції способу життя;
- 2) зміні характеру харчування;
- 3) правильному застосуванні медикаментозних препаратів.

Корекція способу життя передбачає збільшення рухової активності (наприклад, щоденна 30-хвилинна ходьба у швидкому темпі), вживання більшої кількості рідини (в середньому — не менше ніж 1,5 л/добу). Важливо відновити рефлекс на дефекацію (випорожнення в певний час).

Зміна характеру харчування означає збільшення вживання продуктів, які стимулюють пасаж кишкового вмісту [2, 14].

У раціоні хворого, який страждає на запор, мають переважати продукти з високим вмістом рослинної клітковини: овочі, фрукти, каші, мюслі, хліб з борошна грубого помелу, чорнослив, курага, інжир. Вживання рису, манної каші, шоколаду, здобних хлібобулочних, кондитерських і макаронних виробів необхідно обмежити. При виборі напоїв рекомендують віддавати перевагу мінеральній воді, сокам (морквяному, персиковому, абрикосовому, сливовому, гарбузовому) і кисломолочним продуктам. Від какао, чорного міцного чаю і солодких газованих напоїв бажано відмовитися або значно обмежити їх вживання.

Медикаментозна терапія. За відсутності ефекту від зазначених вище заходів рекомендують прийом проносних препаратів.

З позицій медицини, яка ґрунтується на доказах) [6, 35, 37] в арсенал клініциста мають входити:

1. *Проносні, котрі містять харчові волокна* — органічні полімери, які утримують воду в кишкового вмісті. Доведено, що препарати цієї групи сприяють менш твердим випорожненням (рівень рекомендацій В).

Метааналіз 17 досліджень виявив, що розчинні волокна зменшували симптоми запору при СПК, але вплив на біль у животі був неоднаковим, за даними різних досліджень [14].

2. *Осмотичні проносні.* Містять іони або молекули, які погано абсорбуються, підвищуючи осмотичний градієнт: лактулозу, поліетиленгліколь,

гідроксид магнезії. Лактулоза і поліетиленгліколь збільшують частоту випорожнення та поліпшують консистенцію калу у пацієнтів з хронічним запором (рівень рекомендацій А) [9, 10, 11, 26].

3. *Ентерокінетики*. Представником препаратів цього класу є прукалопрід — повний агоніст серотонінергічних рецепторів 4-го типу (5HT₄), який у звичайних терапевтичних дозах не вступає у взаємодію з рецепторами інших типів.

4. *Активатори хлоридних каналів*. Лубіпростон — активатор хлоридних каналів 2-го типу підсилює кишкову секрецію без зміни концентрації електролітів у сироватці, прискорює пасаж кишкового вмісту. Він схвалений в США з 2006 р. для лікування запорів (рівень рекомендацій А). Однак препарат не пройшов реєстрацію в Європі та Україні.

5. *Стимулювальні проносні*. До них належать препарати сенни, крушини, ревеню (активна речовина — антраглікозиди), бісакодил, пікосульфат натрію, алое, фенолфталеїн (активна речовина — похідне дифенилметану), а також касторова олія, гідроксиди жирних кислот, жовчні кислоти.

Стимулювальні проносні належать до найефективніших (рівень рекомендацій В) для нормалізації випорожнення за мінімальний проміжок часу. Однак при тривалому прийомі препаратів цієї групи є ризик розвитку постійної секреторної діареї з втратою рідини та електролітними порушеннями. Антраглікозиди, які містяться в цих препаратах, спричиняють появу алергічних реакцій, розвиток медикаментозної діареї з метаболічними порушеннями, підвищують ризик виникнення меланозу товстої кишки. При тривалому застосуванні розвивається ефект звикання. Дифеноли або дифенометани спричиняють канцерогенний і токсичний ефекти [12, 29]. Доведено, що препарати цієї групи не слід застосовувати тривало і регулярно. Це пов'язано з розвитком толерантності до лікування: у міру збільшення тривалості ефективність лікування знижується. Крім того, при щоденному прийомі не вдається досягти належного об'єму кишкового вмісту, з цим пов'язана поява переймоподібного болю в животі, тенезмів. У третини хворих, котрі використовують стимулювальні проносні, формується «інертна» товста кишка. Через 3 роки постійного прийому проносних цієї групи ефект досягається у 73 % хворих, через 5 років — у 50 %, через 10 років — лише в 11 %.

Секреторні проносні (препарати сенни) мають рівень доказів В та С [27, 28]. Їх призначають переважно при запорах з низькою пропульсивною активністю кишечника.

З огляду на викладене вище лікарям загальної практики — сімейної медицини слід звернути особливу увагу на комплексний препарат «Мікролакс[®]», який випускають у вигляді мікроклізми. До його складу (в 1 мл розчину для ректального введення) входять натрію цитрат — 90 мг, натрію лаурилсульфоацетат 70 % — 12,9 мг (відповідає 9 мг натрію лаурилсульфоацетату), розчин сорбітолу 70 % — 893 мг (відповідає 625 мг сорбітолу).

Механізм дії проносного препарату «Мікролакс[®]» полягає в розщепленні калових мас цитратом натрію, який витісняє пов'язану з каловими масами воду. Це сприяє виведенню калових мас з кишечника. Калові маси можуть розглядатися як коагульована суспензія, в якій молекули води зв'язані з іонами, котрі мають високу тенденцію до гідратації. Цитрат натрію при додаванні до калової суспензії заміщує аніони, які містяться в ній, і таким чином вивільняє воду, зв'язану з цими аніонами. Такий процес називається «пептизація». Сорбіт значно підвищує вивільнення води під впливом цитрату натрію. Натрію лаурилсульфоацетат є нетоксичним і неподрознювальним зволожувальним агентом, який полегшує проникнення розчину в калові конгломерати.

Проносний ефект настає через 5–20 хв після введення [13, 23].

Препарат діє м'яко, не подразнюючи кишечник і не спричиняючи системних побічних ефектів. Українці рідко відзначаються легке печіння в прямій кишці. «Мікролакс[®]» не має спеціальних протипоказань до застосування. Не виявлено взаємодії з іншими лікарськими препаратами. З огляду на безпечність препарату «Мікролакс[®]» його рекомендують як для дорослих, так і для дітей та вагітних і жінок у період лактації [38].

«Мікролакс[®]» не спричиняє звикання і придатний для тривалого застосування. Дорослим і дітям старше 3 років слід вводити вміст однієї мікроклізми (5 мл) ректально, вставляючи накопичувач на всю довжину.

Лікування хворих СПК з переважанням діареї

Якщо у хворого спостерігається незначне збільшення частоти випорожнень, то можливе застосування адсорбентів. Однак необхідно враховувати, що антидіарейна дія цих препаратів настає не раніше ніж через 3–5 днів. Тому за неефективності комбінованого призначення спазмолітиків та адсорбентів і значному збільшенні частоти випорожнень можна призначити лоперамід [18].

Найбільш вивченим, ефективним та доступним для широкого застосування лікарським за-

собом з цієї групи є оригінальний препарат «Імодіум®» (заявник — ТОВ «Джонсон & Джонсон Україна»), який є протидіарейним засобом, синтетичною похідною піперидину, має здатність впливати на моторику кишечника та знижувати кишкову секрецію. В практичних рекомендаціях ВООЗ щодо ведення гострої діареї (2008) зазначено, що для лікування слабкої або помірно вираженої діареї подорожуючих (без клінічних ознак інвазійної діареї) «Імодіум®» є препаратом вибору як для дорослих, так і для дітей.

Лоперамід вибірково накопичується в гладеньком'язових структурах і нервових сплетеннях стінки кишечника і не потрапляє у системний кровотік, незважаючи на всмоктування в кишечнику. Це пов'язано з тим, що «Імодіум®» надходить по системі ворітної вени в печінку, де інтенсивно метаболізується і кон'югується, після чого виводиться з жовчю. В результаті швидкого і майже повного метаболізму при першому проходженні через печінку в крові визначаються дуже низькі концентрації препарату (1–10 нг/мл, або 0,3% від прийнятої дози). Тому «Імодіум®» не проникає крізь гематоенцефалічний бар'єр і не дає центральних побічних ефектів [4, 8].

«Імодіум®» зв'язується з опіатними рецепторами стінки кишечника, що спричиняє пригнічення вивільнення ацетилхоліну та простагландинів, зниження пропульсивної рухової активності кишечника і збільшення часу транзиту його вмісту. Дослідження показали, що «Імодіум®» має також антисекреторний ефект, який реалізується як через опіатні, так і через неопіатні рецептори. Крім того, лоперамід («Імодіум®») впливає на кишкову секрецію за рахунок пригнічення кальмодуліну і блокади кальцієвих каналів, а також пригнічення ефектів кишкових пептидів та нейромедіаторів, які підсилюють проникність плазматичних мембран [15, 25].

Інші механізми антидіарейної дії лопераміду пов'язані з його здатністю підвищувати тонус анального сфінктера і зменшувати таким чином частоту та вираженість позивів до дефекації, а також знижувати гіперсекрецію слизу в товстій кишці [4, 15, 18, 19].

При діарейному варіанті СПК лоперамід («Імодіум®») є ефективним у 64–100% хворих [18]. Більшість національних європейських асоціацій гастроентерологів розглядають «Імодіум®» як препарат першої черги при лікуванні діареї

у хворих на СПК. Так, у рекомендаціях Британського товариства гастроентерологів зазначено, що «Імодіум®» у добовій дозі 4–12 мг є препаратом вибору в лікуванні хворих з діарейним варіантом СПК і що у багатьох випадках препарат може бути ефективним при профілактичному прийомі (наприклад, перед виходом з дому) [25]. Хороший ефект лопераміду («Імодіум®») підтверджений дослідженнями, які відповідають принципам доказової медицини [44].

Добову дозу лопераміду при лікуванні СПК підбирають індивідуально. У дорослих вона становить у середньому 2 капсули на добу. Підтримувальна доза не має перевищувати максимально допустиму добову дозу для дорослих — 16 мг (8 капсул).

Побічні ефекти при застосуванні лопераміду трапляються рідко. До них належать запор (розвивається приблизно в 1,4% хворих), сухість у роті, втома, головний біль, іноді алергійні реакції. Нещодавно проведений аналіз 5-річних даних щодо безпечності застосування лопераміду у світі виявив 333 небажаних ефекти, жоден з яких не був серйозним. Це є свідченням високої безпечності препарату, враховуючи, що його приймають щорічно близько 90 млн осіб [4, 24, 31, 38, 39, 40, 42].

У деяких хворих (у майже 10% осіб з діарейним варіантом СПК) відзначають ознаки порушеного всмоктування жовчних кислот, що стало підставою для застосування у таких пацієнтів холестираміну — препарату, який зв'яже жовчні кислоти. Однак клінічні спостереження показали, що хворі на СПК часто погано переносять цей препарат і, зрештою, відмовляються від його застосування, вважаючи за краще приймати «Імодіум®» [40].

Таким чином, фармакологічні препарати для лікування СПК не є універсально ефективними — допомагаючи одним хворим, вони виявляються неефективними в інших. При СПК препарати різних груп можна використовувати курсами або за потребою, особливо у пацієнтів з різною інтенсивністю симптомів, які виникають періодично. У більшості хворих доцільно раціонально поєднувати препарати з різними механізмами дії. Це потребує диференційованого підходу до вибору препарату або комбінації препаратів з метою досягнення комплаєнтності з боку пацієнта, а отже, успіху в лікуванні.

Статтю опубліковано за підтримки ТОВ «Джонсон і Джонсон Україна».

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, редагування — І. П.; збір та обробка матеріалу, написання тексту — І. П., С. З.

Список літератури

1. Андреев Д. Н., Заборовский А. В. и др. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) // РЖГГК. — 2017. — № 27 (1). — С. 4—11.
2. Бабак О. Я., Фадеенко Г. Д., Сытник К. А. Роль пробиотических продуктов питания в профилактике и лечении функциональных запоров // Сучасна гастроентерол. — 2012. — № 5. — С. 116—119.
3. Буторова Л. И., Токмулина Г. М., Плавник Т. Э. и др. Римские критерии IV синдрома раздраженного кишечника: эволюция взглядов на патогенез, диагностику и лечение // Лечащий врач. — 2017. — № 3. — С. 61—67.
4. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А. Диагностика и лечение диареи при синдроме раздраженного кишечника // РМЖ. — 2004. — № 1. — С. 14.
5. Козлова Н. М., Меринова Н. И. Эффективность применения комбинированного препарата масляной кислоты у пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Лечащий врач. — 2017. — № 4. — С. 51—55.
6. Ливзан М. А., Осипенко М. Ф. Хронический запор: от симптома к диагнозу и эффективной терапии. Алгоритм наших действий // РМЖ. — 2016. — № 11. — С. 678—681.
7. Масв И. В., Черемушкин С. В., Кучерявый Ю. А. и др. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV // Consilium Medicum. — 2016. — № 8. — С. 79—85.
8. Масловский Л. В. Лоперамида гидрохлорид: механизм действия и возможности использования в гастроэнтерологии // Consilium Medicum. — 2015. — № 1. — С. 43—48.
9. Плотнокова Е. Ю. Современные представления о запоре // Лечащий врач. — 2015. — № 8. — С. 7—17.
10. Фадеенко Г. Д. Терапевтический эффект лактулозы при заболеваниях органов пищеварения // Сучасна гастроентерол. — 2003. — № 3. — С. 98—101.
11. Фадеенко Г. Д., Чернова В. М. Принципы лечения запоров у беременных // Здоров'я жінки. — 2006. — № 2. — С. 70—72.
12. Хавкин А. И., Файзуллина Р. А., Бельмер С. В. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами // Вопр. детской диетол. — 2014. — № 12 (4). — С. 49—63.
13. Anglade J. P. Clinical trial of Microlax in gynaecological surgery and obstetrics // Extract from Dossiers de l'Obstetrique. — 1975. — Vol. 14. — P. 42—43.
14. Bijkerk C. J., Muris J. W. M., Knottnerus J. A. et al. Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — Vol. 19. — P. 245—251.
15. Bohn L. M., Rachal K. M. Opioid receptor signaling: relevance for gastrointestinal therapy. Curr Opin Pharmacol. — 2006. — N 6. — P. 559—563.
16. Canavan C., West J., Card T. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2014. — Vol. 40 (9). — P. 1023—1034.
17. Canavan C., West J., Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome // Clin Epidemiol. — 2014. — N 6. — P. 71—80.
18. DeHaven-Hudkins D. L., Burgos L. C., Cassel J. A. et al. Loperamide (ADL 2—1294), an opioid antihyperalgesic agent with peripheral selectivity // J. Pharmacol. Exp. Therapia. — 1999. — Vol. 289. — P. 494—502.
19. Devanarayana N. M., Rajindrajith S., Benninga M. A. Quality of life and health care consultation in 13 to 18 year olds with abdominal pain predominant functional gastrointestinal diseases // BMC Gastroenterol. — 2014. — N 14. — P. 150.
20. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // Gastroenterol. — 2006. — N 130 (5). — P. 1377—1390.
21. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV // Gastroenterol. — 2016. — N 150 (6). — P. 1262—1279.
22. Drossman D. A., Hasler W. L. Rome IV — Functional GI Disorders of Gut-Brain Interaction // Gastroenterol. — 2016. — N 150 (6). — P. 1257—1261.
23. Dubouloz F., Gouin F., Microlax R in the treatment of constipation in bed-ridden patients // Immex. — 1971. — Vol. 5. — P. 117—119.
24. Enakpene E. O., Riaz I. B., Shirazi F. M. et al. The long QT teaser: loperamide abuse // Am J. Med. — 2015. — N 128. — P. 1083—1086.
25. Food and Drug Administration. Antidiarrheal drug products for over-the-counter human use: final monograph: final rule // Fed Regist. — 2003. — N 68 (74). — P. 18869—18882.
26. Graham M. G., Mokrynski G. Evidence-based management of chronic constipation // Patient Care. — 2007. — Vol. 1.
27. Johanson J. F., Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2007. — Vol. 25 (5), N 1. — P. 599—608.
28. Jones J., Boorman J., Cann P. et al. Guidelines for the management of the irritable bowel syndrome // Gut. — 2000. — Vol. 47, suppl. II — P. 1—19.
29. Kovacic K. Current concepts in functional gastrointestinal disorders // Curr. Opin. Pediatr. — 2015. — N 27 (5). — P. 619—624.
30. Labгаа I., Uldry E., Doerig C. et al. Loperamide-induced recurrent acute pancreatitis // Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol. — 2016. — N 40 (1). — P. 13—14.
31. Lacy B. E., Mearin F., Chang L. et al. Bowel Disorders // Gastroenterology. — 2016. — Vol. 150 (6). — P. 1393—1407.
32. Lewis M. L., Palsson O. S., Whitehead W. E. et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents // J. Pediatr. — 2016. — Vol. 4.
33. Lewis S. J., Heaton K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time // Scand. J. Gastroenterol. — 1997. — Vol. 32 (9). — P. 920—924.
34. Oshima T., Miwa H. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Japan and in the world // J Neurogastroenterol Motil. — 2015. — N 21 (3). — P. 320—329.
35. Pace F., Coremans G., Dapoigny M. et al. Therapy of irritable bowel syndrome — an overview // Digestion. — 1995. — Vol. 56. — P. 433—442.
36. Perez-Calderon R., Gonzalo-Garijo M. A. Anaphylaxis due to loperamide // Allergy. — 2004. — N 59. — P. 369—370.
37. Ruoff H. J., Fladung B., Demol P. et al. Gastrointestinal receptors and drugs in motility disorders // Digestion. — 1991. — N 48. — P. 1—17.
38. Schneider J. Y. Constipation in Children and Infants // Dtsche Apot Zeit. — 2008. — Bd. 106. — S. 4684—4685.
39. Sklerov J., Levine B., Moore K. A. et al. Tissue distribution of loperamide and N-desmethylloperamide following a fatal overdose // J. Anal. Toxicol. — 2005. — Vol. 29. — P. 750—754.
40. Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management / Ed. by M. Feldman, L. S. Friedman, L. J. Brandt. — 10th ed. — Saunders Elsevier, Philadelphia, 2015. — Vol. 2.
41. Spiegel B. M., Bolus R., Agarwal N. et al. Measuring symptoms in the irritable bowel syndrome: development of a framework for clinical trials // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2010. — N 32 (10). — P. 1275—1291.
42. Spinner H. L., Lonardo N. W., Mulamalla R. et al. Ventricular tachycardia associated with high-dose chronic loperamide use // Pharmacotherapy. — 2015. — N 35. — P. 234—238.
43. Talley N. J. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem // Neurogastroenterol Motil. — 2008. — N 20 (1). — P. 121—129.
44. Talley N. J. New and emerging treatment for the functional GI disorders // AGA Postgraduate Course Syllabus. — 2002. — P. 153—165.
45. Varni J. W., Bendo C. B., Nurko S. et al. Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Gastrointestinal Symptoms Module Testing Study Consortium. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases // J. Pediatr. — 2015. — N 166 (1). — P. 85—90.

И. Г. Палий, С. В. Заика

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Винница

Синдром раздраженного кишечника: актуальность проблемы и вопросы современной терапии согласно Римским критериям IV пересмотра

Функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдают 15—25 % взрослого населения развитых стран независимо от возраста, расы, вероисповедания или социально-экономического статуса. Из этих больных значительную долю тех, кто обращается за помощью к доктору общей практики и гастроэнтерологу (от 30 до 50 %), составляют больные с синдромом раздраженного кишечника. Рассмотрены основные отличия Римских критериев IV пересмотра относительно диагностики и лечения синдрома раздраженного кишечника. Обсуждена необходимость применения в зависимости от клинического варианта синдрома раздраженного кишечника спазмолитической терапии, слабительных и антидиарейных препаратов.

Ключевые слова: Римский консенсус IV, функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, синдром раздраженного кишечника, диарея, запор, слабительные препараты, антидиарейные препараты, «Микролакс®», «Имодиум®».

I. G. Paliy, S. V. Zaika

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Irritable bowel syndrome: the topicality of the problem and the issues of modern therapy according to Rome IV Criteria

It is known that about 15—25 % of the adult population in the developed countries have functional disorders of the gastrointestinal tract, regardless of age, race, religion or socio-economic status. Among the functional diseases of the gastrointestinal tract, patients with irritable bowel syndrome occupy a significant proportion at the reception of a general practitioner and a gastroenterologist (30 % to 50 %). The article deals with the main differences between the Rome IV Criteria for the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. The necessity of the use of spasmolytic therapy, laxative and antidiarrheal drugs, depending on the clinical variants of the irritable bowel syndrome have been discussed.

Key words: Rome consensus IV, functional disorders of the gastrointestinal tract, irritable bowel syndrome, diarrhea, constipation, laxatives, antidiarrheal drugs, *Mikrolaks®*, *Imodium®*. □

Контактна інформація

Палій Ірина Гордіївна, д. мед. н., проф. кафедри внутрішньої та сімейної медицини
21027, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56
Тел. (432) 67-16-53. E-mail: prof.iryngmail.com

Стаття надійшла до редакції 30 листопада 2017 р.