



Возможности диетотерапии и фитотерапии синдрома раздраженного кишечника

К.м.н. В.И. ПИЛИПЕНКО, д.м.н., проф. В.А. ИСАКОВ

В статье обобщены результаты клинических исследований эффективности диетотерапии у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Описаны возможные патогенетические механизмы взаимосвязи между особенностями питания, балансом микрофлоры и формированием симптомов заболевания. Рассмотрены механизмы действия лекарственного растительного препарата, нормализующего тонус кишечной стенки путем оказания разнонаправленных эффектов на участки кишечника с гипер- и гипотонусом.

Около 10% населения западных стран страдает от симптомов, отвечающих критериям синдрома раздраженного кишечника (СРК), который является наиболее распространенным функциональным заболеванием желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1–4]. И несмотря на то что за медицинской помощью обращается менее половины из числа этих пациентов, СРК остается одной из наиболее ресурсоемких проблем для врачей первичного звена и стационаров гастроэнтерологического профиля [3]. Это заболевание существенно нарушает качество жизни пациентов и занимает одно из лидирующих мест среди причин временной нетрудоспособности [2, 3]. Таким образом, СРК является серьезной проблемой не только для пациентов, но и для общества в целом, поскольку снижает трудоспособность значительной части населения и увеличивает затраты на здравоохранение.

Учитывая сложность и неясность патогенеза СРК, лечение в ряде случаев сводится к симптоматической терапии. Больным СРК с высокой степенью тяжести заболевания нередко приходится приспосабливаться к имеющимся у них симптомам даже после проведения повторных курсов лечебных мероприятий [2, 5], что вызывает необходимость применения рациональной диетотерапии как относительно дешевого средства контроля симптомов с неограниченной продолжительностью действия.

Поскольку связь между приемами пищи и появлением/усилением симптомов заболевания очевидна, пациенты с СРК всегда ожидают от врача диетологических рекомендаций, а нередко требуют их предоставления. Сбор короткого анамнеза питания или анализ 5–7-дневного дневника питания позволяет выявить некоторые очевидные погрешности [5, 6]. Так, отсутствие у больного полноценного завтрака или дефицит в рационе овощей и фрук-

тов может объяснить гипомоторную дискинезию кишечника, а потребление кофе в большом количестве не только стимулирует моторику кишечника, но и может обуславливать нервное напряжение пациентов с соответствующим повышением тонуса кишки. Избыточное употребление пищи, богатой пищевыми волокнами или подсластителями в виде фруктозы или сорбитола, может спровоцировать диарею [2, 7]. В большинстве случаев ведение дневника питания позволяет продемонстрировать пациенту, что переносимость пищевого продукта зависит от конкретной ситуации: в одном случае он вызывает симптомы заболевания, а в другом не формирует таковых, что позволяет избежать избыточного ограничения рациона [1, 8]. Более детальные рекомендации, содержащиеся в различных справочниках и руководствах, базируются в основном на эмпирическом врачебном опыте. Далее в статье изложены резуль-



таты наиболее интересных исследований взаимосвязи диетологических манипуляций и выраженности симптомов СРК.

Особенности диетотерапии

Дефицит пищевых волокон в рационе традиционно рассматривается как один из первичных этиологических факторов СРК [2, 5, 6, 9]. Это мнение сохраняет свое значение, несмотря на наличие работ, указывающих на ухудшение течения заболевания при добавлении в рацион пшеничных отрубей у 55% госпитализированных пациентов и 22% амбулаторных больных [6]. Тем не менее обогащение рациона пищевыми волокнами – наиболее изученное диетологическое вмешательство в лечении больных СРК. Метаанализ результатов работ, посвященных этой проблеме, позволил заключить, что назначения в рацион пищевых волокон ограничиваются только СРК с запорами [1]. Применение растворимых пищевых волокон (псиллиум, частично гидролизованная гуаровая камедь, фруктоолигосахариды, другие олигосахариды) позволило достичь уменьшения симптомов заболевания в большей степени, чем использование нерастворимых пищевых волокон (пшеничные, кукурузные отруби, обезжиренное семя льна) [2].

Вместе с тем для лечения пациентов с функциональными заболеваниями органов пищеварения предлагается рацион со сниженным содержанием ферментируемых олиго-, ди-, моносахаридов и многоатомных спиртов (FODMAPs – Fermentable, Oligo-, Di-, Mono-saccharides and Polyols) [5, 10]. В неконтролируемом ретроспективном исследовании назначение такого рациона способствовало достоверному снижению выраженности симптомов у пациентов с СРК с выявленной недостаточностью всасывания фруктозы [2]. Следующий этап данного исследования включал двойное слепое рандомизирование пациентов на 4 группы. В течение

2 недель 3 раза в сутки пациентам добавляли в пищу фруктаны, фруктозу, фруктозо-фруктановую смесь или глюкозу (как плацебо) в количествах, соответствующих усредненному ежедневному потреблению. Возобновление симптомов зафиксировано у 70, 77 и 79% пациентов исследуемых групп, что значительно выше, чем в группе сравнения (получавшие глюкозу) – 15% пациентов. Авторы работы пришли к заключению о том, что ограничительная диета FODMAPs эффективна у 3/4 пациентов с СРК [1, 2].

Применение водорастворимых волокон для стимуляции роста нормальной кишечной флоры известно как пребиотическая концепция. Количественный и качественный состав микробиоты кишечника, а также ее функциональная активность способны влиять и на деятельность иммунной системы, и на активность кишечного нервного сплетения [11]. Фруктаны и галактоолигосахариды способствуют размножению бифидобактерий в просвете кишки и на поверхности ее слизистой оболочки, без влияния на численность популяций кластридий и бактероидов [3]. В хорошо спланированном исследовании у пациентов с минимальной выраженностью СРК назначение 5 г фруктоолигосахаридов достоверно снижало выраженность абдоминальной боли, запора и диареи, оцененных визуальными аналоговыми шкалами [2]. Однако пациенты основной группы, получавшие фруктаны, отмечали значимое усиление дискомфорта в животе, возможно, из-за повышения газообразования, чего не наблюдалось у пациентов контрольной группы [1].

В схемах лечения больных СРК используются пробиотики – микроорганизмы, в адекватных количествах оказывающие благотворный эффект на здоровье. Механизмы положительного влияния пробиотиков при СРК включают:

1) изменение баланса противовоспалительных цитокинов

По данным исследований, в которых проводилось пробное введение в рацион пациентов с синдромом раздраженного кишечника отдельных продуктов, было выявлено, что наиболее часто ухудшают проявления заболевания пшеница, молоко, кофе, кукуруза и яйца.

и провоспалительных медиаторов в слизистой оболочке кишки;

- 2) способность к прямой активации опиоидных и каннабиоидных рецепторов, что может изменять порог восприятия болевых ощущений;
- 3) блокирование влияния потенциально патогенных бактерий на трансмембранные толл-подобные рецепторы иммунной системы;
- 4) увеличение барьерных свойств слизистой оболочки [1, 12, 13].

Чистые культуры или смесь культур микроорганизмов могут добавляться в пищу в виде порошка, таблеток, капсул и жидкости. По данным метаанализа результатов работ, проведенных в 2008 г., пробиотики могут быть полезными при СРК, но достоверность полученных результатов ограничена [2]. В крупном хорошо спланированном исследовании пробиотический препарат, содержащий 4 вида лактобактерий, не продемонстрировал преимуществ в устранении симптомов СРК по сравнению с плацебо [1, 2].

У пациентов, страдающих СРК, а также у здоровых лиц употребление продуктов, содержащих лактозу (молоко, мороженое и т.п.), может провоцировать появление вздутия живота, колик, тошноты и жидкого стула, что обычно объясняется недостаточным уровнем лактазы в слизистой оболочке кишечника, хотя, согласно результатам исследования, интенсивность симптомов плохо коррелировала



с уровнем измеренной активности лактазы, более того, воспроизводимость симптомов в ответ на введение лактозы оказалась низкой [2, 5, 14, 15]. Недостаточность лактазы не следует рассматривать

Действующие начала значительной части современных лекарственных препаратов изначально были выделены из лекарственных трав при изучении их фармакодинамики. В ряде случаев лекарственные растения и препараты, изготовленные на их основе, до сих пор сохраняют свои позиции в схемах терапии больных синдромом раздраженного кишечника.

как этиологический фактор СРК, и у пациентов с данным заболеванием она встречается не чаще, чем в общей популяции, поэтому скрининг пациентов с СРК с целью выявления недостаточности лактазы представляется нецелесообразным [1, 16].

Способностью стимулировать моторику ЖКТ и вызывать диарею даже у здоровых лиц обладает кофе, причем вне зависимости от содержания кофеина [17]. По результатам 6 исследований, у больных с отмечаемым улучшением симптоматики СРК на фоне ограничительной диеты после введения в рацион кофе симптомы заболевания рецидивировали в 14–33% случаев [2]. В 4 исследованиях с аналогичным дизайном введение в рацион чая привело к жалобам на ухудшение состояния у 18–28% пациентов, введение в рацион шоколада – у 6–28%. Однако все эти результаты не выходят за рамки эффекта плацебо при СРК [2].

В популяционных исследованиях не удалось установить достоверной связи между потреблением алкоголя и появлением симптомов

СРК, хотя около 21% пациентов сообщили о непереносимости алкоголя и около 12% были вынуждены отказаться от его употребления [18]. В трех открытых исследованиях при введении в рацион алкоголя у больных СРК после достижения ремиссии на фоне ограничительной диеты появление симптомов заболевания отмечалось у 9–14% пациентов [2].

Неблагоприятная реакция на пищу часто проявляется симптомами со стороны пищеварительной системы и в общей популяции встречается у 5–45% населения, а среди больных СРК – у 20–67% пациентов [19]. Женщины более подвержены непереносимости пищевых продуктов, а степень ее выраженности четко коррелирует с уровнем тревоги. В популяционном исследовании, проведенном в Норвегии, 62% пациентов с СРК ограничили или исключили из рациона один или более продуктов питания, усиливающих, по их мнению, симптомы заболевания, в результате чего у 12% пациентов рацион становился неадекватным потребностям питания [18]. Выявлено, что в клинических исследованиях от 58 до 75% лиц, сообщающих о наличии неблагоприятных реакций на определенную пищу, демонстрируют удовлетворительную переносимость этих пищевых продуктов, когда получают их в скрытом виде. Такие реакции имеют психологическое происхождение, механизм их развития подобен эффекту плацебо или рефлекторным реакциям, открытым академиком И.П. Павловым. Этот факт служит еще одним основанием для направления пациентов с высокой степенью тяжести СРК на консультацию к психотерапевту. Причинами неблагоприятных реакций также могут являться пищевое отравление при микробной контаминации пищи, пищевая аллергия с вовлечением иммунной системы или пищевая непереносимость. Полагают, что реакции немедленного типа, опосредованные иммуноглобулином E (IgE), проявляющиеся

менее чем в течение 2 часов после употребления провоцирующего продукта, не являются причиной клинических проявлений СРК [3]. По данным 10 двойных слепых плацебоконтролируемых исследований, в которых проводилось пробное введение в рацион пациентов с СРК (n = 977) отдельных продуктов, было выявлено, что ухудшают проявления заболевания следующие продукты: пшеница, молоко, кофе, кукуруза и яйца – наиболее часто; чай, орехи, горох, картофель, цитрусы, дрожжи, огурцы, йогурт, ячмень, овес, рожь, сливочное масло, шоколад, сыр, тунец, вино, бананы, говядина и ряд пищевых добавок – достаточно часто [2]. Удалось установить также, что диетологические манипуляции более эффективны для пациентов с диареей, чем для пациентов с запорами. Однако вывести на основании этих результатов четкие диетологические рекомендации не представляется возможным из-за погрешностей рандомизации, оценки динамики симптомов и различий в степени ограничений применяемых рационов [2].

Фитотерапия

Достаточно часто тяжесть состояния пациента диктует необходимость применения наряду с коррекцией питания медикаментозной терапии.

Действующие начала значительной части современных лекарственных препаратов изначально были выделены из лекарственных трав при изучении их фармакодинамики. В ряде случаев лекарственные растения и препараты, изготовленные на их основе, сохраняют свои позиции в схемах терапии больных СРК до сих пор. Так, масло перечной мяты обладает способностью расслаблять гладкую мускулатуру пищеварительного тракта. Было проведено 14 исследований, в которых у пациентов с СРК в рационе применялась перечная мята. Результаты 10 исследований продемонстрировали достоверно более выраженное положительное вли-



Растительным лекарственным препаратом, обладающим рядом эффектов, направленных на возможные патогенетические механизмы синдрома раздраженного кишечника, является Иберогаст. Препарат нормализует тонус гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, обладает выраженным противовоспалительным действием, а также включает седативные компоненты.

яние перечной мяты на симптомы болезни, чем влияние плацебо. В 3 исследованиях, в которых сравнивались свойства перечной мяты и антихолинергических препаратов с точки зрения их способности устранять симптомы СРК, были получены сопоставимые результаты [2].

В рандомизированном частично двойном слепом 8-недельном исследовании, включавшем 207 больных СРК, отмечено улучшение у 65% пациентов, в рацион которых была введена куркума, являющаяся представителем семейства имбирных, ее экстракт – куркумин – способен оказывать противовоспалительное действие, однако отсутствие плацебо-контроля снижает ценность полученных данных [2].

Эффективность многокомпонентных фитопрепаратов может оказаться выше, чем при использовании отдельных составляющих, из-за взаимодействия биологических эффектов компонентов (аддитивность, конкурентность, синергизм и т.д.). Так, на российском рынке растительным лекарственным препаратом, обладающим рядом эффектов, направленных на возможные патогенетические механизмы СРК, является Иберогаст. Препарат нормализует тонус гладкой мускулатуры ЖКТ: способствует устранению спазма без влияния

на нормальную перистальтику, а при пониженном тоне и моторике оказывает тонизирующее, прокинетическое действие, влияя таким образом на основные звенья патогенеза заболевания. Помимо этого, Иберогаст обладает выраженным противовоспалительным действием, а также включает седативные компоненты. Компоненты Иберогаста показали сродство к ряду интестинальных рецепторов: серотониновым 5HT₃- и 5HT₄-рецепторам, мускариновым М3-рецепторам, опиоидным рецепторам, причем это сродство более чем в 10 раз выше именно к трем последним типам рецепторов [20]. Сравнение девяти компонентов препарата Иберогаст по связывающей способности с этими рецепторами выявило разную степень селективности. Экстракт иберийки горькой селективно связывается с М3-рецепторами, спиртовые экстракты чистотела и ромашки селективны к 5HT₄-рецепторам, а экстракт корня солодки – к 5HT₃-рецепторам. Эти данные показали вовлеченность в связывание с изучаемыми рецепторами семи из девяти компонентов Иберогаста, используемого для лечения таких функциональных заболеваний ЖКТ, как функциональная диспепсия и СРК. Таким образом, данные *in vitro* подтвердили значимость препарата Иберогаст для эффективного лечения функциональных заболеваний ЖКТ, так как он действует на ключевые мишени, включая 5HT₃-рецепторы, 5HT₄-рецепторы, мускариновые М3-рецепторы и опиоидные рецепторы. Эффективность и безопасность применения препарата Иберогаст при функциональных заболеваниях ЖКТ, в том числе СРК, были доказаны в ряде крупных клинических исследований. Продемонстрировано, что при приеме Иберогаста позитивный эффект статистически значимо превосходил результат приема плацебо (по окончании курса лечения общие абдоминальные симптомы, оцениваемые по визу-

альной аналоговой шкале (ВАШ), при применении Иберогаста составили 27,3 против 45,5 при плацебо ($p < 0,05$). Отмечено, что позитивное влияние препарата не зависело от преобладания тех или иных симптомов [21].

Заключение

Размытость позиций относительно рекомендаций по рациону питания для пациентов с СРК, представленных в данной статье, объясняется сложностью патогенеза СРК, многочисленностью факторов, определяющих его клиническую картину, и объективными трудностями интерпретации результатов диетологических вмешательств. С аналогичными проблемами сталкиваются и исследователи, изучающие эффективность лекарственных препаратов. Из-за особенностей СРК, связанных со сложностью и неясностью патогенеза данного заболевания, для обеспечения достаточной статистической достоверности исследования требуется привлечение большого числа пациентов, что увеличивает затраты и сроки его проведения. Однако стоит отметить, что за последние годы в научной печати значительно возросло число работ, посвященных данной проблеме, в числе которых новые исследования с улучшенным дизайном, где анализируются полученные ранее данные, а также оригинальные работы, в которых рассматриваются еще не изученные проблемы. Такой подход внушает надежду на то, что в ближайшем будущем будут разработаны научно обоснованные диетологические рекомендации, что позволит пациентам с СРК правильно питаться, не опасаясь возникновения нежелательных симптомов. А применение эффективных и безопасных фитопрепаратов с комплексным действием, учитывающих патогенетические особенности заболевания, будет способствовать максимально возможному улучшению качества жизни больных СРК. ●