

Практические рекомендации Всемирной организации гастроэнтерологов по борьбе с распространенными симптомами заболеваний желудочно-кишечного тракта. Глобальный взгляд на изжогу, запоры, вздутие живота и абдоминальную боль/дискомфорт (2013)*

В данном руководстве, приуроченном ко Всемирному Дню здоровья, впервые рассматриваются четыре основных симптома заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): изжога, боль/дискомфорт в животе, вздутие живота и запор. Обращено внимание на четыре уровня медицинской помощи в рамках ступенчатого подхода (самопомощь и безрецептурные препараты; мнение фармацевта; точка зрения лечащего врача), на которых упомянутые симптомы имеют важное значение при осмотре пациента специалистом. Цель руководства — способствовать созданию универсальных полезных рекомендаций, которые помогут справиться с распространенными расстройствами ЖКТ.

Симптомы заболеваний ЖКТ (с возможным исключением изжоги) обычно проявляются как хронические или повторяющиеся жалобы со стороны глотки, пищевода, желудка, желчевыводящих путей, кишечника или прямой кишки (аноректума). Данных об эпидемиологии отдельных симптомов мало, гораздо больше данных накоплено о комплексе симптомов, известном как функциональные желудочно-кишечные расстройства — расстройства, которые нельзя объяснить с точки зрения структурных или био-

химических отклонений. Эти расстройства выявляют у больших групп населения. Они являются причиной большинства обращений за первичной медицинской помощью и составляют значительную долю в гастроэнтерологической практике. Классификация данных симптомов по дискретным функциональным расстройствам ЖКТ представлена во многонациональном консенсусе в соответствии с критериями, определяющими симптомы [1].

Данные по эпидемиологии симптомов (за исключением запора) являются малочисленными, хотя функциональные желудочно-кишечные синдромы описаны достаточно хорошо. В данном руководстве часто функциональные желудочно-кишечные синдромы являются заменой отдельных симптомов. Например, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — для изжоги, синдром раздраженного кишечника (СРК) — для боли в животе/метеоризма.

В решении распространенных в обществе расстройств важно различать диагностируемые и не выявленные проблемы ЖКТ. Большое количество лиц с проблемами ЖКТ не прошли диагностику у врачей [2]. Есть доказательства того, что при развитии диспепсии только 50 % пациентов обращаются к врачу [3].

Знание эпидемиологии заболеваний на местном или локальном уровне имеет важное значение для решения проблем ЖКТ. Так, в Мексике при проведении дифференциальной диагностики между заболеваниями ЖКТ необходимо

* R. Hunt, E. Quigley, Z. Abbas, A. Eliakim, A. Emmanuel, K.-L. Goh, F. Guarner, P. Katelaris, A. Smout, M. Umar, P. Whorwell, J. Johanson, R. Saenz, L. Besançon, E. Ndjeuda, J. Horn, P. Hungin, R. Jones, J. Krabshuis, A. LeMair. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Coping with common GI symptoms in the community. A global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort. May 2013

учитывать распространенность лямблиоза, в Юго-Восточной Азии — вирусного гепатита, в южных районах Анд — рака желудка и рака желчного пузыря.

Существуют также культурные и религиозные аспекты, которые влияют на реакции пациента на симптомы. Например, японское население обладает высокой толерантностью к боли. В других культурах демонстрация стойкости к боли или другим жалобам может рассматриваться как своего рода жертвоприношение, полезное для души и будущей жизни.

Выявление экологических или психологических стресс-факторов, таких как война, миграция, голод, сексуальное насилие или издевательства, имеет важное значение для установления причины заболеваний и симптомов. В некоторых культурах повышенное употребление пряностей увеличивает вероятность развития заболеваний ЖКТ и является реальной проблемой.

Функциональные расстройства ЖКТ встречаются у 30 % взрослого населения в западных странах [6, 7] и являются частой причиной боли в животе. Лишь 20–50 % симптомов относятся к СРК [1, 8]. При СРК боль в животе/дискомфорт — главный симптом. Другими кишечными симптомами являются запоры или диарея, или их чередование, а также вздутие живота, или метеоризм [8, 9].

Симптомы ГЭРБ встречаются чаще. El-Serag сообщил, что в США [11] прирост симптомов ГЭРБ составил 4 % в год. Преимущественно это связано с изменением образа жизни, наблюдаемым в популяциях Европы и Северной Америки, особенно среди городского населения [12].

В недавно проведенном исследовании установлена распространенность ГЭРБ среди городского взрослого населения в Северной Индии — 16 %, что сопоставимо с показателем промышленно развитых стран [13]. Исследование, выполненное в Пакистане, выявило распространенность симптомов ГЭРБ у 24 % населения, среди пациентов преобладали мужчины — 58 % [14]. Распространенность СРК, функционального запора и функциональной диареи составляет 20, 25 и 5 % соответственно среди китайских студентов. У девушек частота кишечных расстройств была меньше, чем у юношей ($p < 0,01$) [15]. Исследования, проведенные в Азии, показали, что желудочно-кишечные инфекции, например, лямблиоз являются распространенными причинами периодической боли в животе. Часто также наблюдаются функциональные боли в животе [16].

Абдоминальная боль — доминирующее функциональное желудочно-кишечное расстройство,

встречающееся у 13 % детей в возрасте 10–16 лет и представляющее серьезную медицинскую проблему в Шри-Ланке. Так, среди обследованных 2180 детей СРК выявлен у 107 (4,9 %), функциональная диспепсия — у 54 (2,5 %), функциональные боли в животе — у 96 (4,4 %), абдоминальная мигрень — у 21 (1,0 %) [17]. В другом исследовании, проведенном в Шри-Ланке, функциональные желудочно-кишечные расстройства выявлены более чем у четверти подростков, среди них преобладал СРК [18]. Еще одним распространенным симптомом является постпрандиальный дистресс-синдром [19, 20]. В некоторых регионах, например, в Турции, у пациентов с диспепсией часто встречается целиакия [21]. В длительных популяционных исследованиях 70-летних жителей Иерусалима треть пациентов жаловались на симптомы в верхнем отделе ЖКТ, преимущественно изжогу. 10 % сообщили о наличии боли в животе в течение недели, менее 1 % болевых ощущений приходилось на нижних квадрантах брюшной полости [22].

При интерпретации общих симптомов, рассматриваемых в данном руководстве, диагноз функционального расстройства ЖКТ может быть установлен, если жалобы пациента соответствуют опубликованным диагностическим критериям [23] при отсутствии в истории болезни других заболеваний, которыми можно объяснить симптомы. Возраст и пол являются наиболее клинически значимыми параметрами.

Многочисленные симптомы функциональных желудочно-кишечных расстройств могут быть отнесены к четырем основным анатомическим участкам: эзофагеальный, гастродуоденальный, кишечник и аноректальный.

К доминирующим симптомам относятся боли в животе, абдоминальные судороги, дискомфорт в брюшной полости, вздутие, метеоризм и другие «газопосредованные» жалобы повышения внутрибрюшного давления, чувство стянутости, ощущение наполненности, нарушения стула (диарея, запор и диарея, стул с чрезмерным выделением слизи, тенезмы), другие (тошнота, рвота, черный стул, стул, содержащий свежую кровь, или кровавые полосы и/или слизь). Временные факторы: внезапность, продолжительность существования проблемы и эпизодов, частота (всегда, регулярно, периодически, с перерывами), обстоятельства (относительно приема пищи, поза, время суток, испражнение, менструальный цикл), интенсивность симптома. Влияние симптома на повседневную активность, социальную жизнь, работу, учебу, способность тренироваться, пищевые привычки, сон, сексуаль-

ную активність. Також учитывається наявність симптомів, не пов'язаних з захворюваннями ЖКТ, таких як головна біль, лихомарка, кашель, необ'яснима втрата маси тіла, вагітність, дизурія, диспареунія.

Необхідно учитивати супутні психологічні захворювання у пацієнта, а також вік, стать, спосіб життя (куріння, вживання алкоголю, харчування/дієта, фізична активність, сон), стрес, подорожі, культуру харчування, свідомість пацієнта в сфері здоров'я, так як це може впливати на його здатність дотримуватися здорового способу життя, наявні симптоми та симптоми в минулому, психосоціальні особливості, сімейний анамнез, прийом препаратів, рецептурних і безрецептурних, прийом біологічно активних добавок, дії при виникненні симптомів, самолікування одним препаратом або більше, поради фармацевта, звернення до лікаря, іглотерапевту, консультація у лікаря спеціаліста. Особливо важливо проаналізувати ліки, які приймає пацієнт: отримані за рецептом, препарати нетрадиційної терапії, фітотерапії, іглокаліфікації тощо. Тип препаратів, які застосовують для усунування симптомів, частота використання препарату, дозування, тривалість лікування (профілактика, за вимогами при виникненні симптомів, неперервний/«підтримувальний» курс), рівень ефективності та задоволеності, зміни симптомів, виникнення нових симптомів, небажані ефекти, тривалість епізодів при прийомі ліків або їх відсутність.

Для діагностики симптомів функціональних шлунково-кишкових розладів використовують наступні методи: фізикальне обстеження, діагностичні лабораторні тести (клінічний аналіз крові, СОЕ, С-реактивний білок (С-РБ), біохімічна панель, аналіз калу на приховану кров (у пацієнтів старше 50 років), тест на вагітність, печеночні проби, кальпротектин або інші тести для виявлення запальних захворювань кишечника, серологічна діагностика целиакиї, аналіз калу на яйця гельмінтів), ендоскопію для виявлення видимих аномалій, біопсію, гістологічне дослідження, 24-годинне рН-дослідження, манометрію (дослідження моторики шлункової кишки, манометрія з високим роздільним анометричним манометром), томографію, дихальні тести (лактоза, глюкоза, фруктоза [23]), дієта, терапевтичний тест з інгібітором протонної помпи (ІПП)).

Не всі загальні симптоми захворювань ЖКТ є функціональними. Це має важливе значення для такого симптому як изжога. У більшості пацієнтів з изжогами спостерігається ГЕРБ з/без видимих уражень слизової оболонки шлункової кишки. Згідно з Римським консенсусом навіть у ендоскопічно нормальних пацієнтів з изжогами діагностується неерозивна рефлюксна хвороба. Тільки в тих випадках, коли изжога виникає при відсутності уражень слизової оболонки, аномального кислотного впливу на шлункову кишку та реакції на терапію, що пригнічує вироблення кислоти, можна встановити діагноз «функціональна изжога» [24]. Изжога може супроводжуватися регургітацією кислоти або шлункового вмісту в ротову порожнину. Симптоми можуть виникати на початку післяпранного періоду, в час фізичних вправ, в положенні лежачи, а також вночі.

Більше третина населення в західних країнах переживає изжогу, а кожен десятий стикається з нею щодня. В США приблизно 60 мільйонів дорослих скаржаться на изжогу або приймають ліки від симптомів изжоги один раз в місяць, приблизно 15 мільйонів дорослих страждають на изжогу щодня. ГЕРБ вважають менш поширеним захворюванням в Азії, однак деякі популяційні дослідження виявили перевищення більш ніж на 10% поширеності ГЕРБ в азиатських країнах порівняно з західними країнами [25]. В порівняльних дослідженнях частота симптомів та поширеність ерозивного езофагіту були вищими в західних країнах [26, 27].

Існує плутанина щодо трактування симптомів захворювань верхніх відділів ЖКТ. Термін «изжога» не має аналогів в багатьох азиатських мовах, пацієнти можуть сприймати та описувати изжогу як біль в грудях. В Азії захворюваність язвенною хворобою та раком шлунка менша, а частота рефлюкс-езофагітів вища, ніж по-прежнему менша, ніж в Європі або Північній Америці [28, 29].

При діагностиці важливо визначити, чи підвищена кислотність з изжогами або ні. Це встановлюють шляхом визначення реакції на антациди (або альгінатні препарати) та пригнічення кислоти. Для виявлення епізодів шлункової кислоти та зв'язи між изжогами та епізодами рефлюксу використовують 24-годинну (48–72 години з капсулою «Bravo») рН-метрію або імпеданс-рН-моніторинг. Пацієнтам з симптомами ГЕРБ, які не відповідають на ІПП та мають негативну ендоскопію, при от-

сутствии доказательств наличия кислотного рефлюкса как причины симптомов, устанавливают диагноз «функциональная изжога» [30]. Римские критерии III для функциональной изжоги следующие: жжение за грудиной, дискомфорт или боль, доказательства того, что ГЭРБ не является причиной симптома, отсутствие гистологически подтвержденного заболевания пищевода. Эпигастральная боль или дискомфорт, не локализующиеся в за грудиной области, не должны называться изжогой. Инфекция *Helicobacter pylori* не играет главную роль в появлении изжоги и ГЭРБ, поэтому нет оснований для тестирования на наличие инфекции *H. pylori*. Изжогой могут проявляться нетипичные симптомы ГЭРБ, в том числе боли в груди, которые могут имитировать ишемическую сердечную боль, кашель, другие респираторные симптомы, похожие на астму или другие расстройства дыхания. У рефрактерных к терапии ИПП пациентов следует применить импеданс-рН-исследование для установления диагноза.

Дифференциальную диагностику следует проводить с ГЭРБ, эзофагитом, пищеводом Барретта, неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ),

ахалазией кардии, спазмом пищевода, эозинофильным эзофагитом и другими заболеваниями грудной клетки.

К тревожным симптомам относятся дисфагия (затруднение с глотанием), одиофагия (болезненное глотание), периодические бронхиальные симптомы, аспирационная пневмония, дисфония, рецидивирующий кашель, кровотечение из ЖКТ, железодефицитная анемия, прогрессирующая непреднамеренная потеря массы тела, лимфаденопатия, уплотнение в эпигастральной области, первое появление изжоги в возрасте старше 50–55 лет, семейный анамнез аденокарциномы пищевода [31].

Для купирования изжоги могут быть полезны «старые» испытанные способы, такие как прием антацидов, исключение из рациона продуктов, вызывающих симптомы (шоколад, кофе, жирная пища), поднятие изголовья кровати, прием антагонистов H₂-рецепторов (H₂RA) — широкоиспользуемых и эффективных препаратов, отпускаемых без рецепта (рис. 1). Использование жевательной резинки увеличивает выделение слюны и частично нейтрализует кислоты. Хотя ИПП безопасны, некоторые исследования пока-

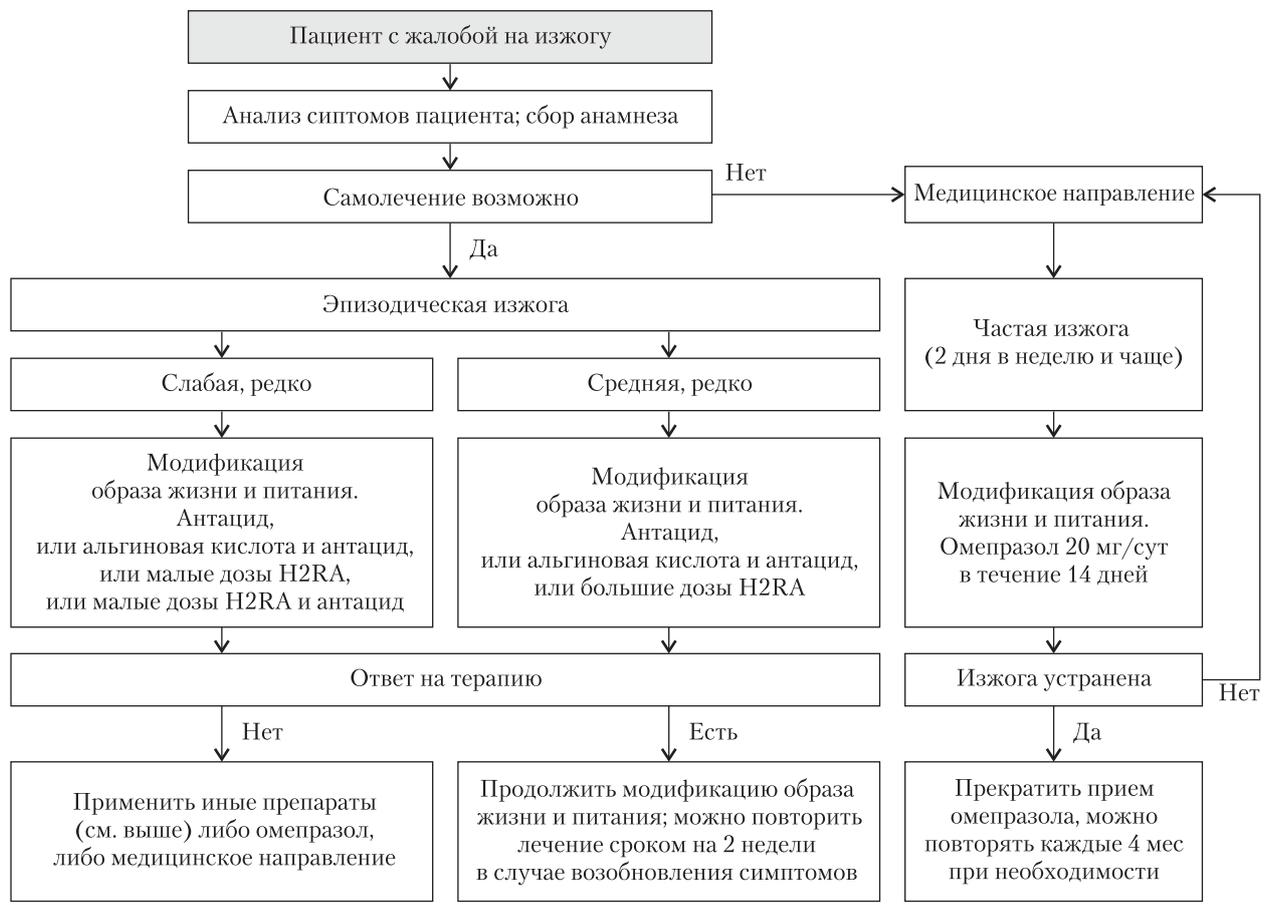


Рис. 1. Алгоритм оказания самопомощи при изжоге

зали, що при длительном их употреблении могут возникать проблемы [32]. Большинство людей с эпизодически возникающей изжогой не нуждаются в постоянном применении ИПП, поэтому вопрос безопасности приема данных препаратов не рассматривается. Нуждающиеся в длительном лечении должны находиться под наблюдением врача. ИПП в малых дозах в настоящее время можно купить без рецепта во многих странах. Пациенты, которые нуждаются в постоянном подавлении выработки желудочной кислоты, должны иметь соответствующие показания для долгосрочного применения ИПП.

Целями самолечения являются купирование симптомов и восстановление оптимального качества жизни с помощью эффективной терапии по доступной цене, если жалобы сохраняются. Пациентам рекомендуется посетить врача для дальнейшего обследования.

Необходимо исключить прием препаратов, способствующих возникновению изжоги: бисфосфонаты, ацетилсалициловая кислота/нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), железо, калий, хинидин, тетрациклин, зидовудин, антихолинергические агенты, α-адренергические антагонисты, барбитураты, β₂-адренергические агонисты, блокаторы кальциевых каналов, бензодиазепины, допамин, эстрогены, наркотические анальгетики, нитраты, прогестерон, простагландины, теофиллин, трициклические анти-

депрессанты (ТСА), химиотерапия. В случае приема любого из этих препаратов пациента необходимо направить к терапевту.

Помимо модификации образа жизни и диеты следует также обратить внимание на употребление солей алюминия, магния, кальция, сочетания солей алюминия и магния, альгинатов, или антацидов/H₂RA, или ИПП (отпускаемых безрецептурно).

К тревожным сигналам относят, если пациент в возрасте старше 50 лет имеет факторы риска рака (курение, употребление алкоголя, ожирение). Таких пациентов следует направлять к врачу. Если нет улучшения в течение 2 недель, то пациентов также следует направить к терапевту.

Лечащему врачу необходимо оценить ответ на лечение ИПП. Пациент должен избегать употребления пищевых продуктов или напитков после окончания последнего приема пищи. Если лечение является удовлетворительным, то дозу ИПП следует уменьшить до минимального эффективного уровня. Если ответа на лечение нет, следует рассмотреть проведение эндоскопии. Биопсию необходимо проводить при наличии видимых патологий, если имеет место дисфагия, инфекция *H. pylori* или эозинофильный эзофагит (рис. 2).

В дальнейшем следует ежегодно проводить осмотр пациентов, которые требуют долгосрочной борьбы с симптомами. Обычная эндоскопия не является необходимой для пациентов без тре-

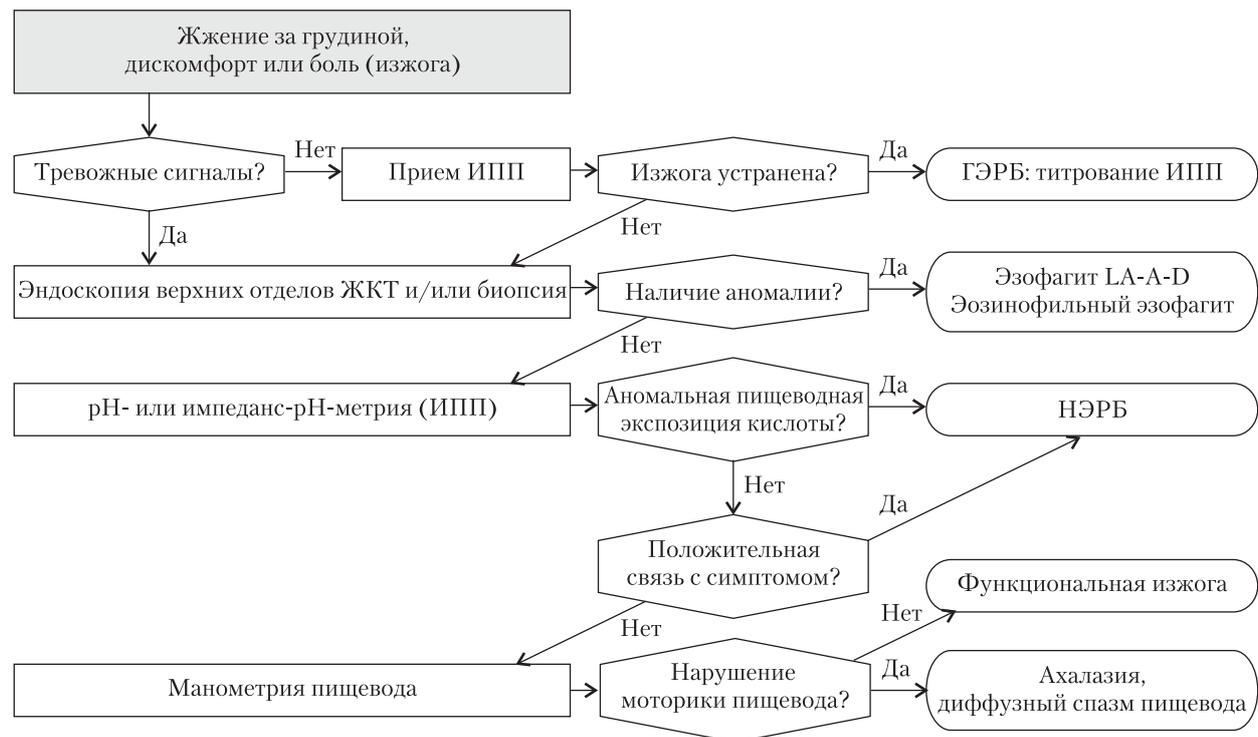


Рис. 2. Клинический алгоритм при рецидивирующей изжоге

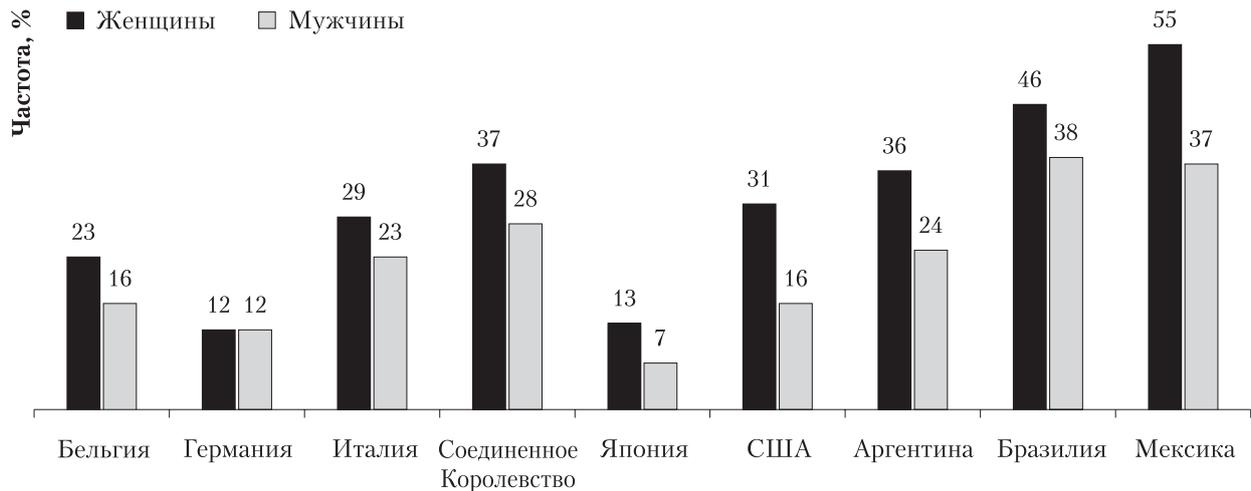


Рис. 3. Распространенность спастической боли в животе во всех возрастных группах в общей популяции

возных сигналов. Обязательно проводят эндоскопию пациентам старше 55 лет с необъяснимой продолжающейся диспепсией. Эндоскопическая диагностика на ранних стадиях необходима в регионах с высоким риском развития рака желудка.

Абдоминальная боль/дискомфорт — это хронические, локализованные или диффузные неприятные ощущения либо боли в брюшной полости.

Под диспепсией (или расстройством желудка) понимают хронические или рецидивирующие боли в верхней части живота, ощущение полноты и раннее насыщение во время еды, которые могут сопровождаться вздутием живота, отрыжкой, тошнотой или изжогой. Диспепсия часто связана с ГЭРБ и может быть первым симптомом язвенной болезни, а иногда и рака желудка.

В нескольких исследованиях сообщается о преобладании спастических абдоминальных

болей у 10–46% населения [4]. Распространенность выше среди женщин, аналогичный показатель распространенности встречается в разных возрастных группах (рис. 3).

Абдоминальная боль, сопровождающаяся расстройством дефекации, называется СРК [33, 34]. Согласно Римским критериям III к функциональной абдоминальной боли относятся: непрерывная или почти непрерывная боль в животе, отсутствует или только временная связь между болью и физиологическими событиями (питание, дефекация или менструация), немная боль, наличие симптомов, которых недостаточно для установления другого функционального желудочно-кишечного расстройства, чтобы объяснить боли (табл. 1).

К тревожным сигналам относятся: аномальные результаты при осмотре, непреднамеренная

Таблица 1. Локализация боли и дифференциальная диагностика

Локализация боли	Происхождение	Возможный диагноз
Эпигастрий, верхняя часть живота	Пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь, поджелудочная железа	ГЭРБ, гастрит, холецистит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, панкреатит
Низ живота	Толстая кишка. Латерализация: Слева — по убыванию/сигмовидная кишка	Дивертикулит
	Справа — по возрастанию Толстая кишка/слепая кишка, аппендикс	Энтероколит, аппендицит
Область таза	Гинекологическое	Кисты яичников, воспаление тазовых органов
	Синдром хронической тазовой боли	Цистит, эндометриоз, уретральный синдром, дисфункция тазового дна
Передняя стенка живота	Брюшная стенка	Хроническая абдоминальная боль, синдром ущемленного нервного ствола

Таблиця 2. Триггери болю/обезболювання і дифференціальний діагноз

Триггер болю/обезболювання	Возможний діагноз
Послеобідний	Язва желудка, хронічний панкреатит, холелітиаз, абдомінальна ішемія, СРК, функціональна диспепсія, дистресс-синдром
Обезболювання в час їди	Язвенна хвороба дванадцятипалої кишки
Обезболювання в час дефекації	СРК, запор
Менструальний цикл	Гінекологічна патологія
Позиви до сечоспускання	Цистит
Фізична активність	Хронічна абдомінальна біль, синдром ущемленого нервного стовпа

прогресивна втрата маси тіла, вік, шлунково-кишкові кровотечі, рак органів брюшної порожнини в сімейній анамнезі, зміна лабораторних показників, наприклад, анемія, гіпоальбумінемія, підвищення печеночних проб, СОЕ і вмісту СРБ, позитивний тест калу на приховану кров, а також відновлення симптомів без очевидних триггерів (табл. 2).

Тревогу викликає той факт, що за 1997–2008 гг. використання опіоїдних препаратів при хронічній болі в животі зросло більш ніж вдвічі в США [35]. Дослідження не показало, що опіоїди є ефективними для лікування хронічної болі в животі. Довготривале використання опіоїдів може погіршити інші шлунково-кишкові симптоми, особливо запори, нудоту і блювоту, а також призвести до наркоманії (рис. 4).

До медичної допомоги слід звернутися, якщо симптоми продовжуються, незважаючи на про-

ходження повного курсу лікування з допомогою препаратів, отпускаємих за рецептом і без, якщо з'явилася блювота, втрата маси тіла, симптоми загострилися з часом і перешкоджають повсякденній діяльності (рис. 5).

Пациєнт потребує швидкої медичної допомоги, якщо біль починається по всьому животі, але потім локалізується в одній області, особливо в правому нижньому квадранті, супроводжується підвищенням температури тіла вище 38,3 °С, неможливістю опорожнити сечовий міхур і кишечник або випустити газ, обморочним станом, неможливістю рухатися, відчуттям, що біль виходить з яєчок, біль в брюшній порожнині, іррадіюючий в шию, щелепу, руки, супроводжується ускладненим диханням, слабкістю, потливістю, постійною нудотою, блювотою або діареєю, в разі сильного дискомфорту/болі в животі, блювоти кров'ю або чорною речовиною, чорного або кровяного стільця (рис. 6).

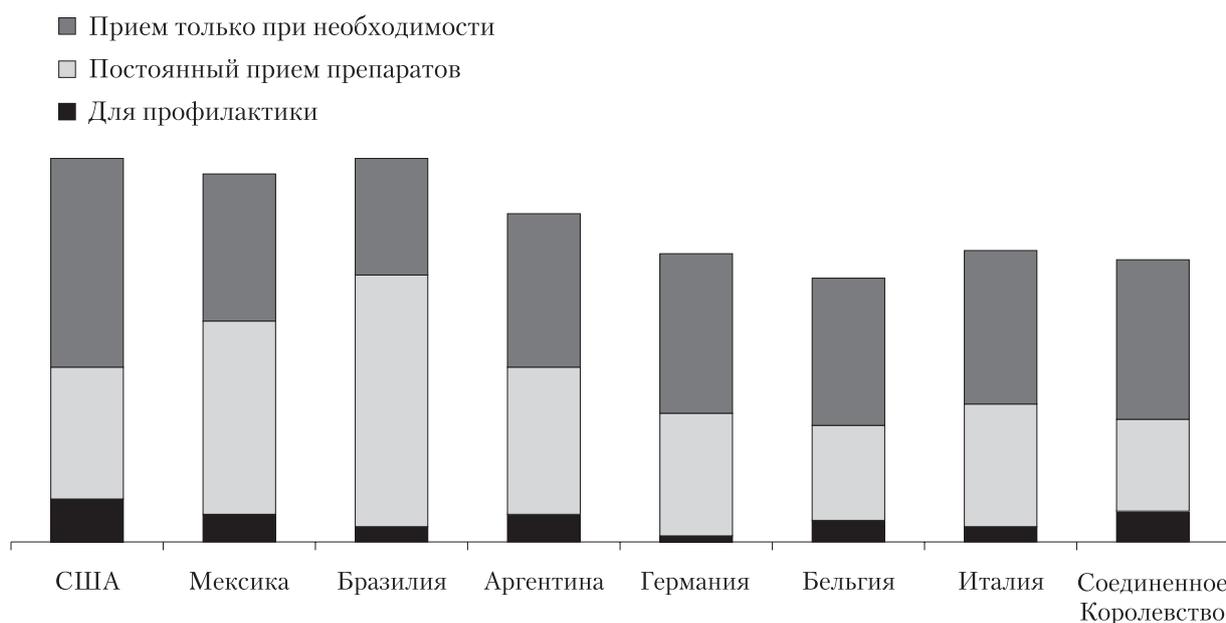


Рис. 4. Структура застосування препаратів для лікування спастичної болі в животі

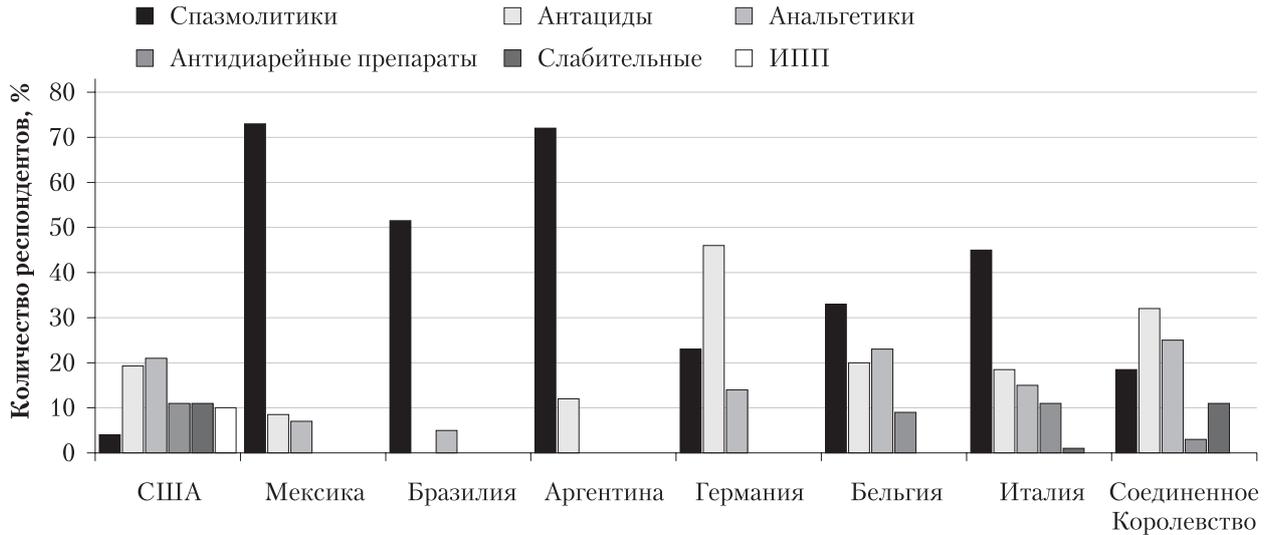


Рис. 5. Основные классы препаратов, используемые в разных странах

Для оказания самопомощи необходимо принимать безрецептурные препараты от диареи и запора, а также изменить образ жизни и культуру питания.

Стандартное лечение СРК основано на симптом-ориентированном подходе и предусматривает назначение препаратов, направленных на облегчение боли, устранения запора или диареи [33, 34]. Предлагается рассматривать конкретные пищевые непереносимости [23, 35, 36]. Другие пищевые стратегии также могут быть полезными, например, увеличение содержания клетчатки в рационе или пробиотиков при наличии запоров. Антациды и ИПП не применяют для лечения спастической боли в животе [5]. Несмотря на то, что слабительные средства могут вызвать судороги, они могут уменьшить боль у страдаю-

щих запорами. Если больной старше 50 лет имеет такие симптомы, как потеря массы тела, анемия, гематемезис, мелена, кровавый стул, ему следует провести эндоскопию (рис. 7).

Для постановки диагноза необходимо собрать анамнез, провести медосмотр (легкая и глубокая пальпация, аускультация, перкуссия, осмотр прямой кишки или гинекологический, осмотр пениса и яичек), тест на обезвоживание и наличие желтухи, психологическую оценку (анамнез посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), физического или психологического насилия, соматизации, тревоги, депрессии, семейных отношений).

Для диагностики применяют стандартные лабораторные исследования — клинический анализ крови на наличие анемии и инфекции, со-

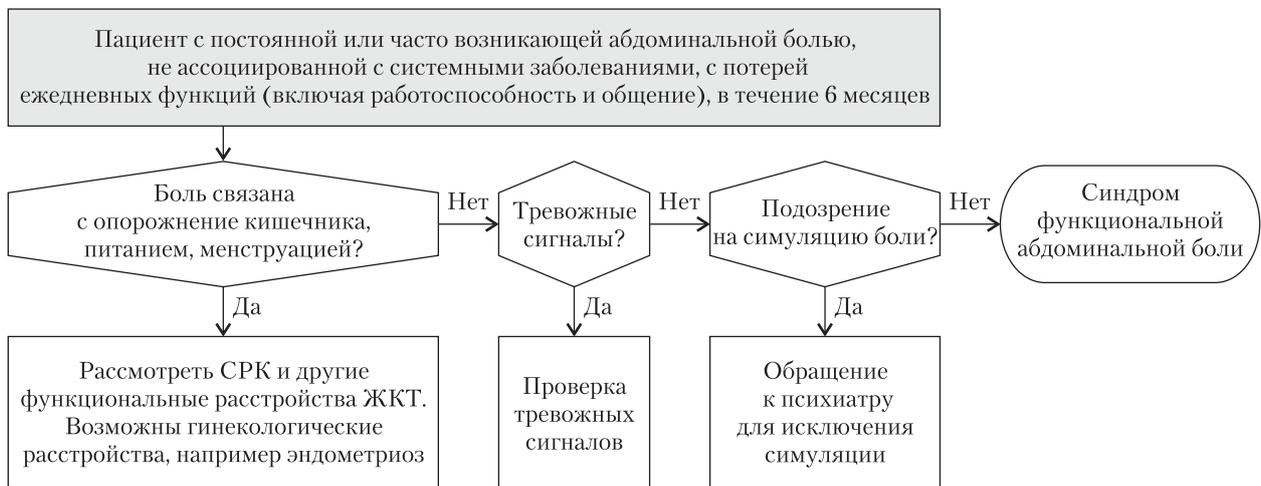


Рис. 6. Клинический алгоритм постоянной/повторяющейся абдоминальной боли/дискомфорта



Рис. 7. Клинический алгоритм абдоминальной боли/дискомфорта у пациентов с расстройством кишечника

держание сывороточных электролитов, глюкозы, креатинина и мочевины, печеночные пробы, содержание липазы и амилазы, воспалительные маркеры мочи для исключения инфекции мочевыводящих путей и интерстициального цистита, кал на скрытую кровь (пациентам старше 50 лет), серологические исследования для выявления целиакии, содержание кальпротектина. К дополнительным тестам относят анализ кала на наличие паразитов и антигена к лямблиям, тест на беременность, анализ на наличие инфекции *H. pylori*, в некоторых случаях при болях в области таза – тест Папаниколау, человеческий β -хорионический гонадотропин, простат-специфический антиген и цитологию мочи.

Для лечения применяют антимиотические агенты, мяту, диету – питание с исключением FODMAP, лактозы, фруктозы, трициклические антидепрессанты (ТСА) или терапию селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Использование наркотических веществ у больных с функциональной абдоминальной болью может привести к развитию кишечного синдрома. Через 3–6 недель симптоматического лечения проводят повторный осмотр. Для выявления маркеров серьезных психосоциальных нарушений проводят анкетирование с помощью опросника Римских критериев III для функциональных расстройств ЖКТ [38]. К дополнительным диагностическим процедурам

относится лабораторное и рентгенологическое обследование [39].

Вздутие живота, постпрандиальное переполнение и растяжение являются понятиями, которые сложно описать. Так, вздутие характеризуется как «чувство повышенного давления в брюшной полости». Пациенты часто затрудняются описать точно, что они подразумевают под этим и могут использовать другие термины: «нужно ослабить одежду», «растянувшийся живот», «чувство переполнения». У некоторых пациентов отмечаются сопутствующие симптомы – метеоризм, частая отрыжка и урчание живота. Вздутие живота имеет суточный шаблон (отсутствует утром, состояние ухудшается вечером) и является диагностическим признаком для функциональных заболеваний ЖКТ. Однако если вздутие является постоянным признаком, то его следует рассматривать как тревожный сигнал, например, наличия рака яичников или асцита.

Этиология вздутия является сложной и может включать ряд факторов, таких как газовые ловушки, аномальное движение диафрагмы, нарушение моторики кишечника, висцеральная гиперчувствительность и т. д. Если измерить обхват брюшной полости, то он может и не быть увеличен, хотя больной убежден в обратном. В верхнем отделе ЖКТ газы обычно образуются в результате проглатывания воздуха (аэрофагия) из атмосферы или воздуха, содержащегося в продуктах

питання, напитках и т. д., в нижних отделах ЖКТ газ образуется в результате брожения.

В США 16 % населения жалуются на вздутие живота. Почти половина (43 %) сообщили об использовании лекарств для устранения вздутия живота [1]. В иранском исследовании в общей популяции распространенность вздутия живота составляла 2–9 %, у 96 % пациентов с СРК имело место вздутие живота, 60 % отметили, что это наиболее назойливый симптом. В двух исследованиях распространенность функционального вздутия составляла 2 и 10 % по данным Римских критериев III и II соответственно [40]. 5 % населения Канады (2,3 % мужчин и 7,9 % женщин) испытывали один или несколько симптомов заболеваний ЖКТ, за исключением только боли в животе. 78 % участников имели два симптома или больше. Вздутие живота было наиболее распространенным симптомом (75 %), а боли в животе — наиболее назойливым и тяжелым [41].

Для диагностики томография является неинформативной. Она помогает исключить препятствия или условия, предрасполагающие пациента к малым кишечным бактериальным разрастаниям. Вздутие живота обычно вызывает значительные трудности с выполнением трудовых обязанностей и участием в социальной и рекреационной деятельности. Это также связано с увеличением больничных дней, посещением врача и использованием лекарств.

Римские критерии III функционального вздутия живота включают: периодическое чувство вздутия живота или видимое растяжение как минимум в течение 3 дней в месяц за предыдущие 3 мес при наличии недостаточного количества критериев для диагностики функциональной диспепсии, синдрома раздраженного кишечника или других функциональных расстройств ЖКТ.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить гастроэнтерологические причины, ассоциированные со вздутием живота [42]: «физиологические», такие как перелет, изменения в рационе питания, связанные с поездками, что может привести к временному вздутию живота и/или метеоризму, СРК, аэрофагия, анорексия и булемия, гастропарез, непроходимость ЖКТ/пилорический стеноз, функциональная диспепсия. К пищевым факторам относятся непереносимость лактозы или фруктозы, избыток углеводов в рационе питания, чувствительность к клетчатке, целиакия, хронический запор, малые кишечные бактериальные разрастания, слабая моторика ЖКТ (например, склеродермия), дивертикулез тонкой кишки, нарушение транзита толстой кишки. Негастроэнтерологические

заболевания, связанные со вздутием живота или растяжением: асциты, беременность, опухоли и др. Вздутие живота может быть особенностью менструального цикла.

К тревожным симптомам относятся: возраст, анемия, наличие уплотнений или жидкости в области живота, видимое растяжение, непреднамеренная сильная потеря массы тела, тошнота, рвота, диарея, желудочно-кишечные кровотечения.

При вздутии живота необходимо откорректировать питание: разделить прием пищи на три основных — завтрак, обед, ужин и плюс 2 так называемых «перекуса» — второй завтрак и полдник. Следует избегать перекусов перед сном, ограничить потребление сложных углеводов, содержащихся в фасоли, брокколи, белокачанной, цветной и брюссельской капусте. Необходимо употреблять легкоусвояемые углеводы, содержащиеся в картофеле, рисе, салате, бананах, винограде и йогурте. Следует исключить употребление кофеинсодержащих напитков и уменьшить потребление продуктов питания и напитков, содержащих газ (безалкогольные напитки, пиво). Клетчатку необходимо постепенно вводить в рацион в течение недели, чтобы организм мог адаптироваться. Следует употреблять кисломолочные продукты, содержащие пробиотики. Ограничить потребление полиолсодержащих продуктов (искусственные заменители сахара, такие как мальтит, сорбит, ксилит и изомальтоза), продуктов с высоким содержанием животного жира, жирной и жареной пищи. Следует избегать переедания, есть неторопливо, тщательно пережевывая пищу. Поддерживать нормальный индекс массы тела — стремиться к достижению идеального веса. Избегать продуктов, вызывающих брожение в желудке, а также крахмалистых продуктов, молока и алкогольных напитков. Диета, основанная на белках и молочных продуктах в сочетании с уменьшением сахаров и жиров, улучшает состояние. Обязательно заниматься физической активностью и менять позы.

Прием безрецептурных препаратов, содержащих симетикон, и активированного угля по-прежнему используют при газах и вздутии живота, но их польза сомнительна. В некоторых исследованиях пробиотических препаратов, содержащих бифидобактерии рода *Lactobacillus*, показан положительный эффект при вздутии живота и метеоризме [43]. Медикаментозное лечение необходимо сочетать с изменением образа жизни и питания. Иногда рекомендуются фитотерапия, гомеопатия, ароматерапия (нет каких-либо доказательств эффективности).

К врачу следует обращаться, если вздутие живота длится несколько недель или при ухудшении состояния, когда присутствуют другие симптомы, например, диарея или запор, абдоминальные боли, рвота, кровохарканье, потеря массы тела и т. д. Вздутие может указывать на более злое причины, если сопровождается потерей массы тела, диареей, болью в животе, особенно после приема пищи, а также при наличии уплотнения в брюшной полости. Полное отсутствие прохождения газа и кала, сопровождающееся сильной болью в животе, требует срочной консультации. Если причину вздутия не удается установить, то применяют диету с исключением из рациона лактозы, FODMAP [23], пробиотиков (однако следует исключать только по одному компоненту за один раз). Доказано, что психологическая терапия, в частности гипноз, помогают при вздутии живота у больных с СРК. Поведенческая терапия может быть также использована при лечении аэрофагии.

В данном руководстве рассматривается преимущественно функциональный запор, а не СРК. В клинической практике термины «функциональный запор» и «хронический запор» часто используют как взаимозаменяемые, признавая хронический характер симптомов и исключая СРК. Считается, что наличие боли внизу живота дифференцирует СРК и запор, хотя это различие трудно обнаружить на практике. Запор является острым или хроническим состоянием, при котором опорожнение кишечника происходит реже, чем обычно, или стул жесткий, сухой, болезненный либо труднопроходимый, связанный с ощущением неполной или длительной дефекации. Синонимы: дисхезия, обстипация, ректальный запор, запор медленного транзита. Симптомы запора: напряжение и/или дискомфорт во время движения кишечника, редкие движения кишечника, кал жестче, суше или комковатее, чем обычно, спазмы в животе или вздутие, дискомфорт или боль в пояснице или животе, чувство неполного опорожнения после прохождения кала, тошнота, раздражительность, снижение аппетита, усталость/истощенность.

У 5% населения Канады (2% мужчин и 8% женщин) выявлены один или несколько симптомов заболеваний ЖКТ, у 51% обследуемых — запор [44] (рис. 8).

Для диагностики функционального запора используют Римские критерии III (два или более критерия), такие как напряжение, по крайней мере в 25% случаев дефекации, комковатый или жесткий кал в 25% случаев дефекации, ощущение неполной дефекации в 25% случаев, ощу-

щение аноректальной обструкции/блокировки в 25% случаев, использование маневров для дефекации в 25% случаев (например, поддержка тазового дна), менее трех эпизодов дефекации в неделю (рис. 9).

Дифференциальную диагностику проводят с СРК с преобладанием запора при хронических запорах с болью в животе, с лекарственно-индуцированными запорами, некоторыми анатомическими аномалиями, связанными со сложностью дефекации, такими как ректоцеле, энтероцеле, инвагинация, однако они обычно имеют вторичный характер и не являются причиной запора. Также дифференциальный диагноз следует проводить с гипотиреозом (вялость, увеличение массы тела, непереносимость холода).

К тревожным сигналам при запоре относятся изменения в привычной работе кишечника, потеря массы тела, ректальные кровотечения, возраст старше 50 лет, наличие колоректального рака в семейном анамнезе.

Для пациентов с запорами необходимо изменить характер питания. Больным не следует пропускать завтрак. Необходимо включить в рацион продукты, богатые клетчаткой, например, фрукты и овощи, бобовые, цельные зерна и семена. Постепенно увеличить количество клетчатки в рационе, чтобы избежать вздутия живота. Если пациенты обнаружат, что клетчатка усугубляет их симптомы (как в случае СРК с превалирующим запором и запором медленного транзита), то им следует прекратить прием клетчатки. Следует употреблять фрукты, богатые пектином, которые улучшат прохождение кала (яблоки, клубника, груши), ферментированные молочные продукты, содержащие пробиотики, около 2 л питьевой воды каждый день, уменьшить потребление напитков с кофеином, большим со-



Рис. 8. Частота встречаемости симптомов нижних отделов ЖКТ в Канаде



Рис. 9. Клинический алгоритм при хронических запорах

держанием сахара, алкоголя, жирных и жареных продуктов, а также продуктов с высоким содержанием животных жиров. Ограничить потребление рафинированного сахара, например, сладостей и десертов. Упорядочить количество приемов пищи и изменить пищевые привычки.

Также следует выполнять физические упражнения в среднем темпе, по крайней мере 30 мин каждый день, использовать методы релаксации для снятия стресса. Следует соблюдать здоровый образ жизни, в частности отказаться от курения, улучшить сон.

Очень важно не игнорировать позывы в туалет. Поза может влиять на функции кишечника —

наклонитесь вперед с прямой спиной. Дефекация должна происходить каждые 1–2 дня.

Цели лечения — свести к минимуму использование лекарств и сфокусироваться в долгосрочной перспективе на диете и изменении образа жизни. Рекомендуются применять пищевые добавки, такие как подорожник исфагула, гуаровая камедь, подорожник, стеркулия, которые следует принимать с достаточным количеством жидкости. Для смягчения стула — докюзат, полкаскал — слабительные, которые широко используются и могут быть полезны для детей. Суппозитории с глицерином используют при затруднении опорожнения прямой кишки.

Подготовила М. Н. Вовченко
 ГУ «Национальный институт терапии
 имени Л. Т. Малой НАМН Украины»

Со списком литературы можно ознакомиться на сайте Всемирной организации гастроэнтерологов <http://www.worldgastroenterology.org> (http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2013_FINAL_Common%20GI%20Symptoms%20_long.pdf)