

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
гастроэнтеролог Департамента
здравоохранения города Москвы,
доктор медицинских наук


Д.С. Бордин
«7» августа 2018 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 6



**ДИЕТОТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
С ПРОБЛЕМАМИ ЗАПОРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ПИЩЕВОГО ПРОДУКТА ДИЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ**

**«КОНЦЕНТРАТ КИСЕЛЯ С ВИТАМИНАМИ
И ИНУЛИНОМ “ИНТЕНОРМ”»**

Методические рекомендации

**Организация-разработчик: Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
«Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи»**

Научный сотрудник, к.м.н. ПИЛИПЕНКО В.И.

Ведущий научный сотрудник, К.М.Н. МОРОЗОВ С.В.

Заведующий отделением, д.м.н., проф. ИСАКОВ В.А.

Оглавление

Разработчики	93
1. Введение	95
1.1. Актуальность проблемы	95
2. Термины и определения	97
2.1. Классификация СРК (клиническая)	97
2.2. Диагноз СРК в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10)	97
3. Принципы диагностики СРК	97
4. Лечение	98
4.1. Виды, формы, условия оказания медицинской помощи пациенту с СРК	98
4.2. Принципы коррекции питания пациентов СРК с запорами	99
4.2.1. Обеспечение рационализации питания пациентов СРК с запорами	99
4.2.2. Принципы включения специализированного пищевого продукта диетического лечебного питания «Концентрат киселя с витаминами и инулином ИнТеНорм» в рамках диетотерапии пациентов с СРК	101
5.1. Критерии оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенту с СРК	102
5.2. Порядок обновления клинических рекомендаций	102
Заключение	106
Литература	106

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Актуальность проблемы

Синдром раздраженного кишечника (СРК) — наиболее распространенное функциональное заболевание желудочно-кишечного тракта, заболеваемость которым варьирует от 7% в странах Юго-Восточной Азии до 21% в странах Северной и Южной Америки. Для СРК характерны висцеральная гиперчувствительность, патологические моторные реакции кишечника и психологические нарушения. Из-за многофакторности этиопатогенеза заболевания выбор терапии определяется доминирующими симптомами. В терапии СРК различные подходы: коррекция эмоционального фона при помощи психотерапии и средств, влияющих на вегетативную нервную систему, коррекция образа жизни и диеты, воздействие на состав/количество кишечной микрофлоры, использование фармакологических препаратов, влияющих на моторную функцию кишечника, и др. Индивидуальность клинических проявлений, имеющих у каждого конкретного пациента обуславливает необходимость разработки индивидуализированных схем лечения, основанных на тяжести доминирующих симптомов, наличии и природе сопутствующих психологических нарушений.

В последние годы отмечается значительный рост интереса к диетотерапии СРК вследствие усиления интереса в обществе к правильному питанию и выбору пищи, осознанию факта, что диета является первичным поведенческим фактором контроля симптомов непосредственно самим пациентом. Кроме того, были получены доказательства эффективности некоторых методов диетологической коррекции проявлений СРК. В то же время оценка взаимосвязи симптомов заболевания и используемого пациентом рациона (или отдельных факторов питания) является достаточно трудной задачей в связи с тем, что химический состав большей части пищевых продуктов и блюд является сложным и неоднородным. Еще более многогранны механизмы взаимодействия компонентов пищи с кишечником и микробиотой, что еще больше усложняет оценку взаимосвязи проявлений заболевания с использовавшимися нутриентами в каждом конкретном случае.

Во-первых, пища может оказывать воздействие на моторику и секрецию кишки еще в цефалическую фазу, когда вид, запах и вкус пищи запускают каскад сигналов из центральной нервной системы на вегетативную, что в конечном итоге может обуславливать изменение моторной функции кишечника, увеличивать секрецию ферментов и т.д. Поступление в просвет кишечника химуса и стимуляция механорецепторов, находящихся в кишечной стенке за счет

ее растяжения, запускает ряд рефлекторных эффектов (например, гастроколитический рефлекс), что может обусловить спазм гладкой мускулатуры или усиление моторики. Появление симптомов может быть обусловлено употреблением трудноперевариваемых, осмотически активных компонентов пищи, нахождение которых в просвете кишечника приводит к поступлению в него жидкости и как следствие увеличению объема химуса, перерастяжению кишечной стенки и ускорению транзита. Трудноперевариваемые компоненты пищи могут подвергаться ферментации бактериями в просвете кишечника. Этот процесс сопровождается выделением газов, которые могут усилить описанные ранее патофизиологические воздействия.

Появление симптомов СРК может быть обусловлено и рядом гуморальных воздействий. В частности, стимуляция рецепторных полей кишки пищей или ее компонентами (пептиды, жирные кислоты и т.д.) приводит к высвобождению множества нейротранмиттеров и гормонов (серотонина, холецистокинина, глюкагоноподобного пептида-1, пептида YY, мотилина, инкретинов и энкефалинов) с последующей реализацией их действия. Салицилаты пищи могут прямо активировать тучные клетки у восприимчивых индивидуумов.

Некоторые компоненты пищи могут нарушать целостность эпителия кишки, что может проявляться изменениями кишечной проницаемости, с последующими реакциями пищевой непереносимости. Наконец, большой набор пищевых продуктов известен способностью влиять на состав и численность кишечной микробиоты, что может приводить к изменению активности кишечной части вегетативной нервной системы, запуску иммунных реакций, изменению метаболического профиля. Поэтому изменение состава и объема съедаемой пищи может способствовать устранению симптомов у больных СРК.

В результате скрининга пищевых веществ, способных уменьшать проявления СРК, мы остановились на трех, эффект которых по отдельности был оценен в различных открытых или контролируемых исследованиях с участием этой группы больных: инулин, куркумин и пиридоксин. Предыдущими исследованиями было показано, что у больных СРК с преобладанием запоров в структуре питания наблюдается недостаточное потребление указанных факторов. Потенциальные механизмы, лежащие в основе эффективности указанных средств, приведены ниже.

Инулин — полисахарид, полимер фруктозы, имеющий естественное происхождение, относится к группе пищевых волокон. Считается, что основное действие пищевых волокон заключается в сокращении времени кишечного транзита, что проявляется увеличением частоты дефекаций. Стимуляция дви-

гательной функции кишечника достигается усилением желчеотделения, размягчением и увеличением объема кишечного содержимого. В присутствии пищевых волокон уменьшается скорость расщепления пищевых полимеров пищеварительными ферментами, в связи с чем ослабляется интенсивность высвобождения гормонов обратной связи в двенадцатиперстной, подвздошной и ободочной кишке. Без достаточного влияния обратной связи замедляется опорожнение желудка, увеличивается время транзита по тонкой кишке, что может сопровождаться неприятными ощущениями переполнения живота и урчанием. Исследования показали, что пищевые волокна различаются по способности замедлять опорожнение желудка: так, у отрубей и пектина эта способность оказалась очень выраженной, а оболочки семян подорожника такого эффекта не оказывали, более того, для инулина был установлен дозозависимый эффект ускорения ороецального транзита. Вероятно, влиянием этого фактора можно объяснить то, что уменьшение выраженности абдоминальной боли и метеоризма достигалось в большем количестве случаев при использовании растворимых пищевых волокон (псиллиум, частично гидролизованная гуаровая камедь, фруктоолигосахариды) по сравнению с нерастворимыми пищевыми волокнами (пшеничные, кукурузные отруби и обезжиренное семя льна). Инулин стимулирует рост бифидумбактерий и подавляет активность протеолитических ферментов условно-патогенных и патогенных микроорганизмов, что может быть использовано при создании специализированных и обогащенных пищевых продуктов. При ферментации инулина образуются короткоцепочечные жирные кислоты (ацетат, пропионат, бутират), которые колонocyты используют в качестве основного источника энергии, что необходимо для их правильного функционального созревания и поддержания архитектоники эпителия. Описанный в настоящих рекомендациях пищевой продукт содержит в составе инулин, а технология его использования предполагает поступление этого фактора в дозе 3 г/сут, что составляет 30% от рекомендуемой дозы.

Куркумин — гидрофобный низкомолекулярный флавоноид, экстрактируемый из высушенных корней желтого имбиря. Ярко-желтый порошок имбиря широко используется в качестве специй кухни Юго-Восточной Азии, а индийская Аюрведа рекомендовала его к применению при заболеваниях желчных путей, кашле, диабетических язвах, ревматизме и синуситах. Куркумин считается фармакологически безопасным на том основании, что в составе специй на протяжении веков он потреблялся в дозах до 100 мг/сут. В ряде исследований дозы до 8 г куркумина переносились пациентами удовлетворительно. Куркумин обладает довольно низкой биодоступностью,

однако при совместном использовании его с рядом соединений, например в комбинации с алкалоидом пиперином, биодоступность его увеличивается в 20 раз. Клеточные эффекты куркумина реализуются посредством ингибирования каскадов липооксигеназы/циклооксигеназы, ксантиндегидрогеназы/оксидазы, усилением активности супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы, действием на протеины клеточного цикла (циклин D1 и p21), цитокины (ФНО- α , ИЛ-1, ИЛ-6 и хемокины) и рецепторы (рецептор эндотелиального фактора роста и HER2). Куркумин является антиоксидантом, который непосредственно инактивирует свободные радикалы семейств кислорода и азота. Влияние куркумина на эти клеточные сигнальные пути зафиксировано в тканях кишечника, почек, сетчатке глаза и периферической нервной ткани. Несколькими исследованиями подтверждена эффективность куркумина в предупреждении и лечении воспалительных заболеваний кишечника. Так, куркумин в дозе 500 мг 2 раза в сутки уменьшал тяжесть течения болезни Крона и неспецифического язвенного колита у взрослых к контрольному сроку 3 нед. При местном применении он способствовал сокращению времени заживления язв кишечника, индуцированных активацией провоспалительного каскада реакций NF- κ B у крыс. В рандомизированном 8-недельном исследовании с частичным ослеплением отмечено уменьшение выраженности болевого синдрома у 65% больных СРК, получавших куркумин, однако отсутствие плацебо-контроля снижает ценность полученных результатов.

Целесообразность использования пиридоксина обусловлена результатами исследований, в которых была обнаружена достоверная ($p=0,031$) обратная зависимость между выраженностью симптомов СРК и содержанием витамина B₆ в рационе. Авторы этих работ приводят несколько возможных объяснений этим находкам. Например, дериват витамина B₆ — 6-азофенил-2,4-дисульфоновая кислота является антагонистом P2X-рецепторов, которые регулируют моторику кишечника и восприятие болевых ощущений.

Учитывая эти данные, были сформированы медико-биологические требования, в соответствии с которыми специалистами лаборатории пищевых биотехнологий и специализированных продуктов ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» совместно с ЗАО «Валетек Продимпэкс» (РФ) разработаны рецептура и технология производства специализированного пищевого продукта диетического лечебного питания в виде сухого концентрата киселя с витаминами и инулином для включения в рацион больных СРК с преобладанием запоров. Опытная партия продукта для проведения клинических испытаний выработана в промышленных условиях ЗАО «Валетек Продимпэкс», продемонстрировала хорошую переносимость и способствовала учащению стула.

2. Термины и определения

2.1. Классификация СРК (клиническая)

В зависимости от изменений стула выделяют:

— СРК с преобладанием диареи (СРК-Д), для которого характерно наличие жидкого стула (6-го или 7-го типа по Бристольской шкале) в 25% дефекаций и более и плотного стула (1-го или 2-го типа по Бристольской шкале) в 25% дефекаций и менее. Данный тип встречается приблизительно у $1/3$ пациентов с СРК, чаще у мужчин.

— СРК с преобладанием запоров (СРК-З), для которого характерно присутствие плотного стула (1-го или 2-го типа по Бристольской шкале) в 25% дефекаций и более и жидкого стула (6-го или 7-го типа по Бристольской шкале) в 25% дефекаций и менее. Данный тип СРК также встречается в $1/3$ случаев заболевания, чаще у женщин.

— СРК со смешанным характером консистенции стула (СРК-С), для которого характерно 25% случаев и более как плотного, так и неоформленного стула, составляет от $1/3$ до $1/2$ случаев заболевания.

— Неклассифицируемый вариант СРК (СРК-Н): пациенты, отвечающие диагностическим критериям СРК, у которых нарушения параметров дефекации не могут быть отнесены ни к одной из трех упомянутых групп.

Для описания консистенции стула может применяться Бристольская шкала формы кала, согласно которой плотному стулу соответствуют типы 1 и 2, а жидкому — типы 6 и 7 (табл. 1).

2.2. Диагностика в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

Другие болезни кишечника (K55—K64)

Синдром раздраженного кишечника (K58):

— K58.0 синдром раздраженного кишечника с диареей.

— K58.9 синдром раздраженного кишечника с запорами.

3. Принципы диагностики СРК

Диагноз СРК устанавливается при наличии хронических симптомов, отвечающих указанным критериям, после надлежащего исключения органической патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (наличие описанных ниже «симптомов тревоги»).

При установлении диагноза СРК следует оценить наличие следующих характерных симптомов:

1. Боль в животе, характеризующаяся у больных СРК следующим:

— хроническое течение (наличие боли не реже 1 дня в неделю в течение 3 мес при общей продолжительности не менее 6 мес);

Классификация СРК (клиническая)

Клинические/методические рекомендации	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.
Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти
Тяжесть заболевания	Критерий, определяющий степень поражения органов или систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием, либо их осложнением
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса — нарушение целостности органа или его стенки, кровотечение, развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных или физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи
Синдром раздраженного кишечника	Функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующими болями в животе, которые возникают по меньшей мере 1 раз в неделю и характеризуются следующими признаками (2 и более): 1. Связаны с дефекацией. 2. Связаны с изменением частоты последней. 3. Связаны с изменением формы (внешнего вида) стула. Эти признаки должны отмечаться у больного последние 3 мес при общей продолжительности не менее 6 мес

— боли связаны с дефекацией, изменением частоты или формы стула.

2. У больных СРК могут наблюдаться жалобы, не связанные непосредственно с заболеванием, которые могут быть обусловлены наличием нескольких функциональных расстройств органов желудочно-кишечного тракта:

— чувство раннего насыщения/переполнения в верхних отделах живота, тошнота, изжога;

— урологические симптомы (никтурия, учащенные и императивные позывы к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря) — раздраженный мочевой пузырь;

— диспареуния (появление боли при половом сношении) у женщин;

— бессонница.

Симптомы, требующие дополнительного обследования при подозрении на наличие у больного СРК

Приведенные ниже симптомы могут сопровождать органическую патологию ЖКТ и должны являться показаниями к углубленному обследованию, в большинстве случаев к проведению эндоскопического исследования ЖКТ:

— необъяснимая потеря массы тела;

— наличие крови в стуле;

— лихорадка;

— необъяснимая анемия;

— дебют заболевания в пожилом возрасте;

— симптоматика в ночное время;

— лейкоцитоз;

— необъяснимое повышение СОЭ;

— необъяснимые изменения в биохимическом анализе крови.

3.2. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз СРК с запорами проводится со следующими заболеваниями.

При преобладании запоров необходимо исключить:

— обструкцию кишки опухолевой природы. Особенно актуально у пациентов старше 45 лет и при наличии в семейном анамнезе случаев рака толстой кишки;

— побочные действия лекарственных препаратов (антидепрессанты, нейролептики, кальциевые блокаторы);

— гипотиреоз.

При преобладании болевого синдрома нужно исключить:

— частичную обструкцию тонкой кишки;

— болезнь Крона;

— ишемический колит;

— хронический панкреатит;

— лимфому ЖКТ;

— эндометриоз;

— заболевания желчевыводящих путей.

4. Лечение

4.1. Виды, формы, условия оказания медицинской помощи пациенту с данным заболеванием или состоянием

Целью лечения больных СРК являются достижение ремиссии заболевания (купирование болевого синдрома, коррекция нарушений моторики) и восстановление социальной активности.

Тактика лечения:

Лечение в большинстве случаев проводится амбулаторно, госпитализация предусмотрена для проведения углубленного обследования и при трудностях в подборе терапии.

В лечении больных СРК можно выделить три основных этапа.

Первый этап — это общие мероприятия, включающие образование больных, диетические рекомендации и ведение пищевого дневника с отметками о наличии симптомов. Образование больного ставит перед собой целью ознакомление пациента в доступной форме с сущностью заболевания и его прогнозом. Важно переключить внимание пациента на нормальные показатели проведенных исследований. Больной должен поверить, что у него отсутствует тяжелое органическое заболевание, угрожающее его жизни. Диетические рекомендации включают обсуждение индивидуальных привычек питания, выделение продуктов, употребление которых вызывает усиление

Таблица 1. Бристольская шкала кала

Тип	Форма кала
1	Отдельные твердые комки, типа «орехов», трудно продвигаются
2	В форме колбаски, но комковатый
3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью
4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий
5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями
6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул
7	Водянистый, без твердых частиц

симптомов заболевания, — для определения продуктов питания, которые могут вызвать ухудшение состояния у конкретного пациента, целесообразно рекомендовать больному ведение «пищевого дневника».

Второй этап лечения больных СРК — проведение симптоматического лечения, когда коррекция образа жизни и нормализация питания недостаточно эффективны в устранении симптомов. Для устранения запора рекомендуется использование препаратов пищевых волокон — псиллиума (до 30 г, разделенных на несколько приемов), лактулозы (10—30 мл 1—3 раза в сутки), препаратов полиэтиленгликоля (17—34 г/сут), агонистов 5HT₄-серотониновых рецепторов (прукалоприд 1—2 мг 1 раз в сутки). При выраженном болевом синдроме применяют миотропные спазмолитики (дицикломин 10—20 мг 1—2 раза в сутки, отилониум 40—80 мг 2—3 раза в сутки, мебеверин 135 мг 3 раза в сутки), препараты масла мяты перечной (250—750 мг 2—3 раза в сутки), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и 5HT₃-антагонисты (алосетрон 0,5—1 мг 2 раза в сутки). За рубежом доступны активаторы хлорных каналов (любипростон 8 мкг 2 раза в сутки) и агонисты гуанилатциклазы С (линаклотид 290 мкг 1 раз в сутки).

Третий этап лечения больных СРК — применение психотропных препаратов по согласованию с психотерапевтом для уменьшения выраженности болевого синдрома или коррекции имеющихся психологических нарушений. В настоящее время для СРК подтверждена эффективность трициклических антидепрессантов (ТЦА), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), нейролептиков, а также их сочетаний.

Хирургическое лечение больным СРК не показано.

4.2. Принципы коррекции питания пациентов СРК с преобладанием запоров

Лечебное питание, построенное на основе современных принципов оптимального питания, играет важную роль на всех этапах лечения больных СРК из-за ограниченных возможностей медикаментозной терапии, длительного рецидивирующего течения этого заболевания. Питание, организованное по рациональным принципам, уменьшает нагрузку на кишечник и может способствовать уменьшению вероятности формирования симптомов заболевания.

Более 1/2 больных СРК отмечают взаимосвязь симптомов заболевания с приемами пищи. Также отмечено, что ограничение в приемах пищи и голодание могут способствовать уменьшению частоты и интенсивности абдоминальной боли. В связи с этим у пациентов часто встречаются приспособительные реакции, связанные с приемом пищи, — сокращение объема разовой порции, исключение из рациона жирной пищи, молока, простых углеводов, ко-

феина, алкоголя, белковых блюд (мяса), увеличение потребления пищевых волокон (как правило, в неоптимальной разовой и суточной дозах, без адекватного потребления жидкости), что может привести к выраженной несбалансированности рациона, отсроченному появлению новых симптомов, формированию белково-энергетической недостаточности и дефицита микронутриентов, а также стать причиной развития синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР).

4.2.1. Обеспечение рационального питания пациентов с СРК с преобладанием запоров

Для оценки стереотипа питания и выявления основных погрешностей рекомендуется ведение пациентом дневника питания в течение 3—7 дней с обязательным указанием размера порции, хотя бы в общем виде (штуки, половники, ложки, стаканы и т.д.). Использование дневника питания «открывает глаза» пациенту на его пищевое поведение, что может способствовать большей приверженности к предложенной схеме диетотерапии. Анализ данных такого дневника позволит врачу оценить адекватность питания и выявить наиболее значимые нарушения, определить схему их коррекции.

Основные принципы коррекции пищевого поведения больных СРК с преобладанием запоров

Прежде всего следует оптимизировать потребление жидкости. Пациенты обычно знают, что надо много пить, но пьют воду стаканами, что увеличивает диурез и может ограничивать ежедневную активность, особенно у женщин. Более эффективно употребление воды глотками — 2—3 глотка каждые 20 мин периода бодрствования — вода не накапливается, не ограничивает активность тяжестью в животе и учащением мочеиспускания. Самоконтроль адекватности потребления воды следует проводить по влажности языка, которую пациент может самостоятельно оценить во время утренних гигиенических процедур.

Учитывая несбалансированность рациона, больным СРК можно рекомендовать ежедневный профилактический прием в течение всего года поливитаминных препаратов (в дозах, не превышающих нормы физиологического потребления) для устранения дефицита витаминов и микроэлементов, усиления адаптивных возможностей кишечника.

Для правильного запуска каскада пищеварительных рефлексов следует обращать внимание пациентов на тщательность пережевывания пищи, отказ от чтения, просмотра телевизора, активного общения во время еды. При нарушенной функции жевания — консультация стоматолога для оценки возможности ее восстановления.

Для уменьшения объема разовой порции пищи (большие порции могут запускать патологические рефлексы из-за перенапряжения адаптивных возможностей) следует рекомендовать пациентам частое дробное питание — 5–6 раз в сутки, перерывы между приемами пищи должны составлять около 3 ч, 3 основных приема пищи и 3 перекуса. В качестве перекусов возможно употребление фрукта (яблоко, банан), 100 г вязкого йогурта, стакана кисломолочного напитка.

Для учащения и размягчения стула на ночь можно порекомендовать ежедневное употребление порции кисломолочного напитка (кефир или йогурт) с тщательно размешанной чайной ложкой растительного масла, как это рекомендовалось больным СРК с преобладанием запоров в клинике питания еще в советские времена.

Больным СРК необходим полный отказ от употребления так называемой мусорной еды (фаст-фуд, продукты быстрого приготовления, готовые блюда в сетевых супермаркетах) из-за раздражающего действия ее компонентов. Если полный отказ невозможен, следует рекомендовать ограничение порций, уменьшение частоты употребления.

Обязателен полноценный, развернутый ранний завтрак (в пределах 1 ч с момента пробуждения) для запуска гастроколитического рефлекса и формирования позыва на дефекацию. Утренний завтрак является крайне важным, поскольку возникновение болевого синдрома у больных СРК после этого приема пищи происходит реже, в связи с чем отказ от завтрака нежелателен. Следует обратить внимание пациентов на то, что игнорирование позыва на дефекацию крайне нежелательно!

Прием белковых блюд (рыбы, мяса, творога) следует ограничить порцией около 100 г (для лиц физического труда 130 г) за один прием пищи, поскольку большее количество белка не может быть усвоено в тонкой кишке в силу физиологических причин. Неусвоенная часть олиго- и дипептидов, образующихся в процессе переваривания, будет использоваться кишечной флорой с образованием ряда раздражающих слизистую оболочку кишечника химических соединений, способных провоцировать симптомы СРК.

Рекомендуется ограничение или отказ от употребления жирных молочных продуктов, замена их на обезжиренные и маложирные (молоко 1,5–2,5%, творог 5–9%, сметана 10–15% и т.д.). Этот подход позволяет снизить содержание жира в рационе, облегчая нагрузку на ферментативные системы кишечника.

Важно обеспечить нормализацию потребления крахмалистой пищи в рационе — при низком содержании крахмала флора, осуществляющая утилизацию резистентного крахмала, использует в качестве

субстрата муцин слизи, слизистый слой истончается, содержимое кишечника приближается к рецепторным полям, что повышает сигнальный поток кишечной нервной системы и способствует формированию патологических рефлексов.

Пациентам следует ограничить употребление в пищу продуктов и блюд, замедляющих моторную функцию кишечника, в том числе вяжущих продуктов: отваров и киселей из черники, черемухи, айвы, груш, кизила, крепкого чая, красных виноградных вин, какао, слизистых супов, протертых каш (особенно манной и рисовой).

Рекомендуется чаще использовать в пищу продукты и блюда, усиливающие двигательную функцию кишечника: богатые пищевыми волокнами, особенно грубой клетчаткой — отруби, бобовые, орехи, грибы, сухофрукты (особенно чернослив, курага, инжир), хлеб из муки грубого помола, перловая, ячневая, гречневая, овсяная крупы, пшено, овощи и плоды (свекла, морковь, чернослив, курага, кабачок, тыква, цветная капуста, брокколи и др.), кисломолочные напитки, холодные блюда (ниже 15–17 °С), особенно при употреблении натощак или в качестве первых блюд обеда — свекольник, окрошка, холодные заливные блюда и др.

На фоне коррекции питания пациентам рекомендуется регулярно (лучше ежедневно) отслеживать динамику массы тела: при стойком повышении массы тела более 1,5 кг в 1 нед у пациента с нормальной или повышенной массой тела рацион можно считать избыточным по калорийности, требуется снижение размеров порций на 10–15%. При стойком снижении массы тела у лиц с нормальной или низкой массой тела размер порции следует увеличить или ввести дополнительный прием пищи для восстановления баланса калорий.

К сожалению, сложившиеся у пациентов стереотипы питания с трудом поддаются коррекции, что существенно снижает эффективность рекомендаций, изложенных выше. В особенности это касается пациентов старшей возрастной группы, которым проще использовать слабительные препараты раздражающего действия, чем радикально менять устоявшуюся за десятилетия схему питания. Другой распространенной среди больных СРК ошибкой является отказ от ограничений в питании при устранении симптомов, что в большинстве случаев приводит к возобновлению имевшихся проявлений в короткие сроки. Значительные временные затраты на приготовление домашней пищи мешают реализовать предложенные рекомендации лицам с интенсивным графиком труда. Одним из способов необременительного усиления эффективности диетотерапии является включение в рацион специализированных пищевых продуктов для нормализации опорожнения кишечника.

4.2.2. Принципы включения специализированного пищевого продукта диетического лечебного питания «Концентрат киселя с витаминами и инулином “ИнТеНорм”» в рамках диетотерапии пациентов с СРК

Включение в рацион пациентов с СРК с запорами специализированных пищевых продуктов позволяет оптимизировать и повысить эффективность лечебного питания больных в амбулаторных условиях, обеспечить сохранение ремиссии в отдаленные сроки после купирования обострения.

Ингредиентный состав специализированного пищевого продукта диетического лечебного питания «Концентрат киселя с витаминами и инулином “ИнТеНорм”» представлен в табл. 2.

Разработанный концентрат киселя представляет собой многокомпонентную смесь, основу которой составляют сахар и картофельный крахмал. Для снижения содержания дисахаридов и обеспечения сладости, свойственной традиционному киселю, в рецептуре использован продукт неполного гидролиза крахмала — мальтодекстрин и смесь натуральных подсластителей «Стевилия Е», состоящая из эритрита и стевиозида. Кисель обогащен эссенциальными микронутриентами — витаминами В₁, В₂, В₆, РР и фолиевой кислотой, содержит инулин, куркумин в количествах, не превышающих верхний допустимый уровень потребления этих биологически активных веществ для взрослых в составе специализированных пищевых продуктов. Для формирования полноты вкуса и аромата в состав продукта включены натуральные ароматизаторы и сублимированные соки.

Для приготовления порции продукта к содержанию пакета (12 г) следует добавить 100 мл кипящей

воды и интенсивно перемешивать раствор до получения однородного продукта. Готовый кисель можно употреблять в теплом или остывшем виде.

Клиническое исследование эффективности и переносимости специализированного пищевого продукта диетического лечебного питания «Концентрат киселя с витаминами и инулином “ИнТеНорм”» было выполнено на базе отделения гастроэнтерологии и гепатологии ФГБНУ «НИИ питания» в 2015 г. В исследование были включены 50 пациентов (5 мужчин и 45 женщин) с СРК с запорами (диагноз выставлялся согласно действующим рекомендациям по Римским критериям III), средний возраст больных составил $47,3 \pm 16,3$ года (от 25 до 76 лет). У включенных в исследование больных отсутствовали симптомы, свидетельствовавшие в пользу органической патологии (ректальное кровотечение, лихорадка, анемия, снижение массы тела). Для исключения органической патологии всем больным при поступлении проводилась колоноскопия или ирригоскопия. Отличительной особенностью данного исследования являлось то, что пациенты дополнительно не употребляли какую-либо другую пищу, помимо стандартизованного по содержанию основных нутриентов и кулинарной обработке рациона, что позволило сократить до минимума различия в их питании. В рамках исследования пациенты с СРК с запорами были рандомизированы на две группы: основную (1-я группа) и сравнения (2-я группа). Пациенты 1-й группы заменяли блюда 2-го завтрака и полдника на исследуемый продукт, пациенты 2-й группы получали стандартную диетотерапию. Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, продолжительности анамнеза заболевания и его тяжести и другим показателям оценки течения.

Таблица 2. Содержание пищевых веществ в суточной порции киселя «ИнТеНорм» и степень удовлетворения суточной потребности в макро- и микронутриентах и калорийности

Пищевые вещества	Содержание в суточной порции (24 г)	% от адекватного уровня потребления*
Углеводы, г	17,7	4,8**
в том числе сахар, г	10,0	15
Инулин, г	3,0	30***
Витамин, мг		
В ₁	1,6	107
В ₂	1,4	78
В ₆	1,8	90
РР	15,4	77
Фолиевая кислота, мкг	277	69
Куркумин, мг	10	20
Энергетическая ценность/калорийность, кДж/ккал	297/71	2,8**

Примечание. * — МР 2.3.1.2438-08. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации; ** — ТР ТС 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки»; *** — рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ: методические рекомендации МР 2.3.1.1915-04. М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004.

Таблица 3. Динамика качества жизни, оцененная вопросником IBSQoL

Группа обследованных	1-й день	14-й день	p
1-я (n=25), %	64,5±13,5	81,2±9,1	0,05
2-я (n=25), %	67,2±15,1	75,1±12,3	0,12

Оценка качества жизни и тяжести СРК осуществлялась 2 раза (при поступлении и перед выпиской пациентов) с применением 36-позиционного вопросника Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Instrument (IBS-QoL) и 4-позиционного вопросника «В.Е.С.Т.». Оба вопросника заполнялись больными самостоятельно, без ограничения времени, в один и тот же день.

Во время пребывания пациента в клинике в специально разработанной карте осуществлялась ежедневная регистрация, согласно 5-балльной шкале Лайкерта динамики симптомов заболевания (наличие и выраженность абдоминальной боли, метеоризма, изжоги, тошноты, чувства тяжести после еды, неполного опорожнения кишечника, эмоционального дискомфорта).

Для оценки динамики показателей стула использовалась Бристольская шкала стула, которая заполнялась пациентом после каждого опорожнения кишки по специальной форме с отметкой о наличии в стуле слизи и качестве опорожнения в течение всего срока проведения исследования.

Включение в рацион пациентов с запорами исследуемого продукта способствовало более выраженному достоверному увеличению частоты стула и достоверному улучшению его консистенции (рис. 1: данные представлены в виде средних значений изучаемых показателей стула за период протяженностью 4 дня в начале, середине и конце времени наблюдения), в то время как в группе сравнения динамика этих параметров стула оказалась недостоверной.

К концу срока наблюдения пациенты основной группы отметили значимое достоверное уменьшение чувства неполного опорожнения кишечника, выраженности абдоминальной боли и интенсивности вздутия живота, в группе, получавшей стандартное лечение, отмечено достоверное снижение выраженности абдоминальной боли и вздутия живота (рис. 2: данные представлены в виде средних значений шкалы Лайкерта за период протяженностью 4 дня в начале, середине и конце времени наблюдения).

Специализированным вопросником IBSQoL был установлен достоверный рост показателей качества жизни у пациентов основной группы, в группе сравнения динамика качества жизни оказалась недостоверной (табл. 3).

За весь период наблюдения у пациентов, получавших специализированный пищевой продукт, не отмечалось каких-либо симптомов плохой переносимости, более того, они проявляли интерес в плане возможно-

сти приобретения специализированного продукта в розничной сети для продолжения лечения.

Таким образом, с учетом полученных в клинических испытаниях данных в целях усиления эффективности диетотерапии у пациентов с СРК с запорами кисель «ИнТеНорм» следует использовать в рационе ежедневно в виде двух отдельных порций — во второй завтрак (около 11 ч) и полдник (около 16 ч), желательнее отдельно от остальной еды для снижения вероятности появления урчания в животе и метеоризма, особенно в первые дни приема. В клинических испытаниях достоверный положительный эффект киселя на частоту и консистенцию стула, а также на выраженность основных жалоб (вздутие живота, чувство неполного опорожнения кишечника, абдоминальную боль) наблюдался со 2-й недели приема специализированного продукта. Во время периода наблюдения у пациентов, получавших кисель «ИнТеНорм», не наблюдалось каких-либо нежелательных явлений, связанных с его применением.

По мере улучшения состояния больных в более отдаленные сроки после устранения симптомов и нормализации опорожнения кишечника прием киселя «ИнТеНорм» можно сократить до поддерживающей дозы 1 раз в день, как показано на схеме (рис. 3).

Внедрение в клиническую практику схем усиления диетотерапии больных СРК с запорами за счет включения специализированного пищевого продукта киселя «ИнТеНорм» позволяет добиться более быстрого купирования обострений заболевания, стойкого поддержания ремиссии и обеспечивает повышение качества жизни пациентов за счет формирования уверенности в возможности контроля имеющихся симптомов.

5.1. Критерии оценки качества медицинской помощи, оказанной пациенту с СРК

Индикаторами эффективности лечения являются нормализация опорожнения кишечника, купирование симптомов СРК (абдоминальная боль, вздутие живота, чувство неполного опорожнения кишечника), восстановление оптимального уровня качества жизни.

5.2. Порядок обновления клинических рекомендаций

Пересмотр рекомендаций будет осуществлен через 3 года с момента их опубликования при наличии новых данных по диагностике и лечению СРК с достаточным уровнем доказательности.

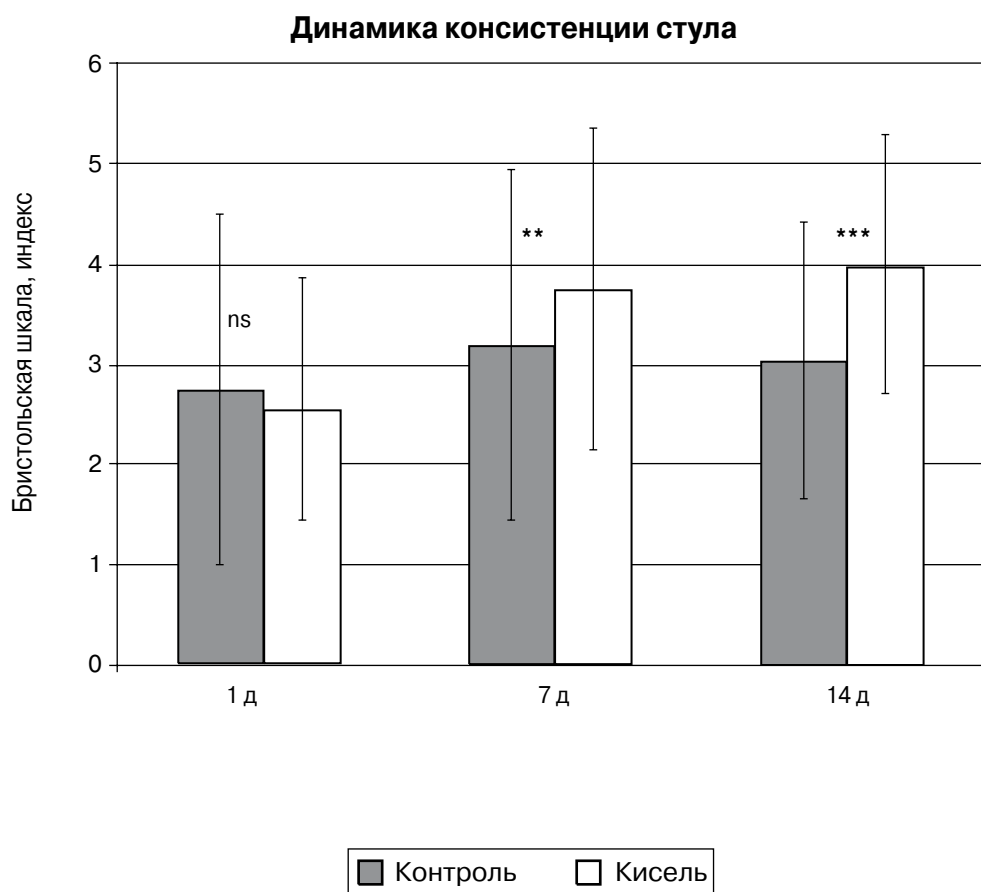
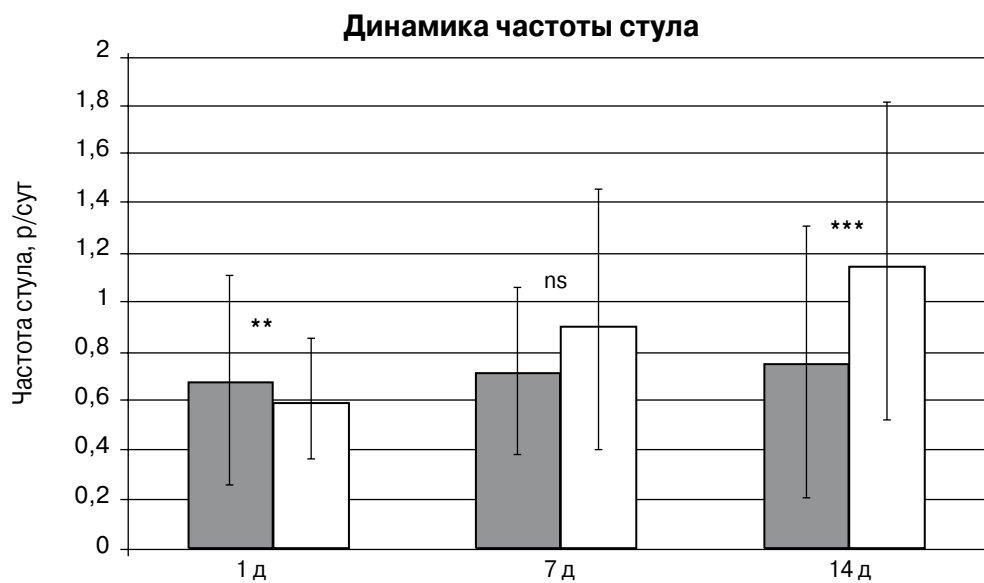


Рис. 1. Динамика частоты и консистенции стула, согласно Бристольской шкале в исследуемых группах: ** — $p=0,01$; *** — $p<0,001$ от исходной величины; ns — недостоверно.

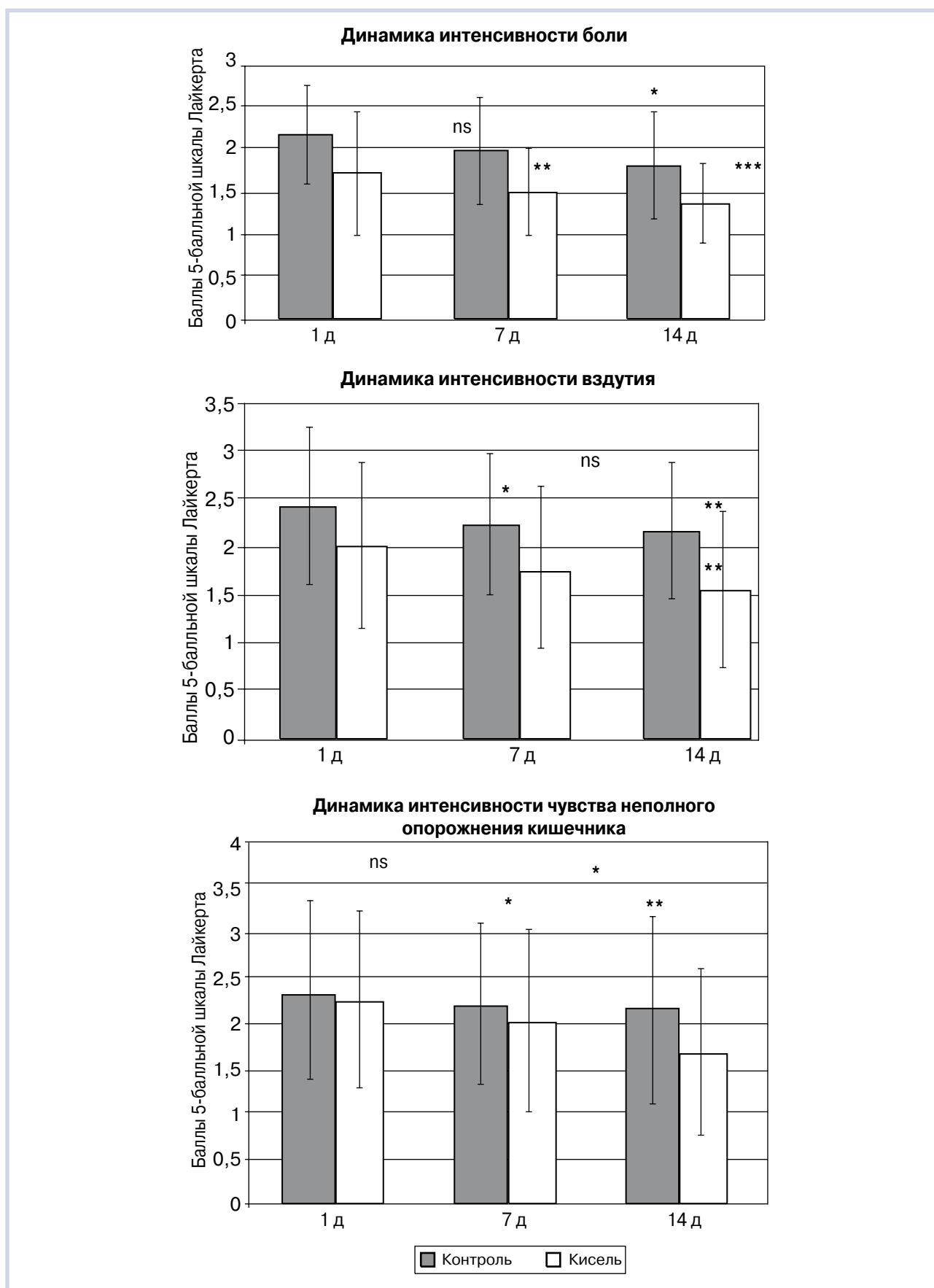


Рис. 2. Динамика чувства неполного опорожнения кишечника, абдоминальной боли и вздутия живота у больных СРК с запорами, получавших специализированный продукт (кисель), и в контрольной группе (контроль): * — $p=0,05$; ** — $p=0,01$; *** — $p<0,001$.

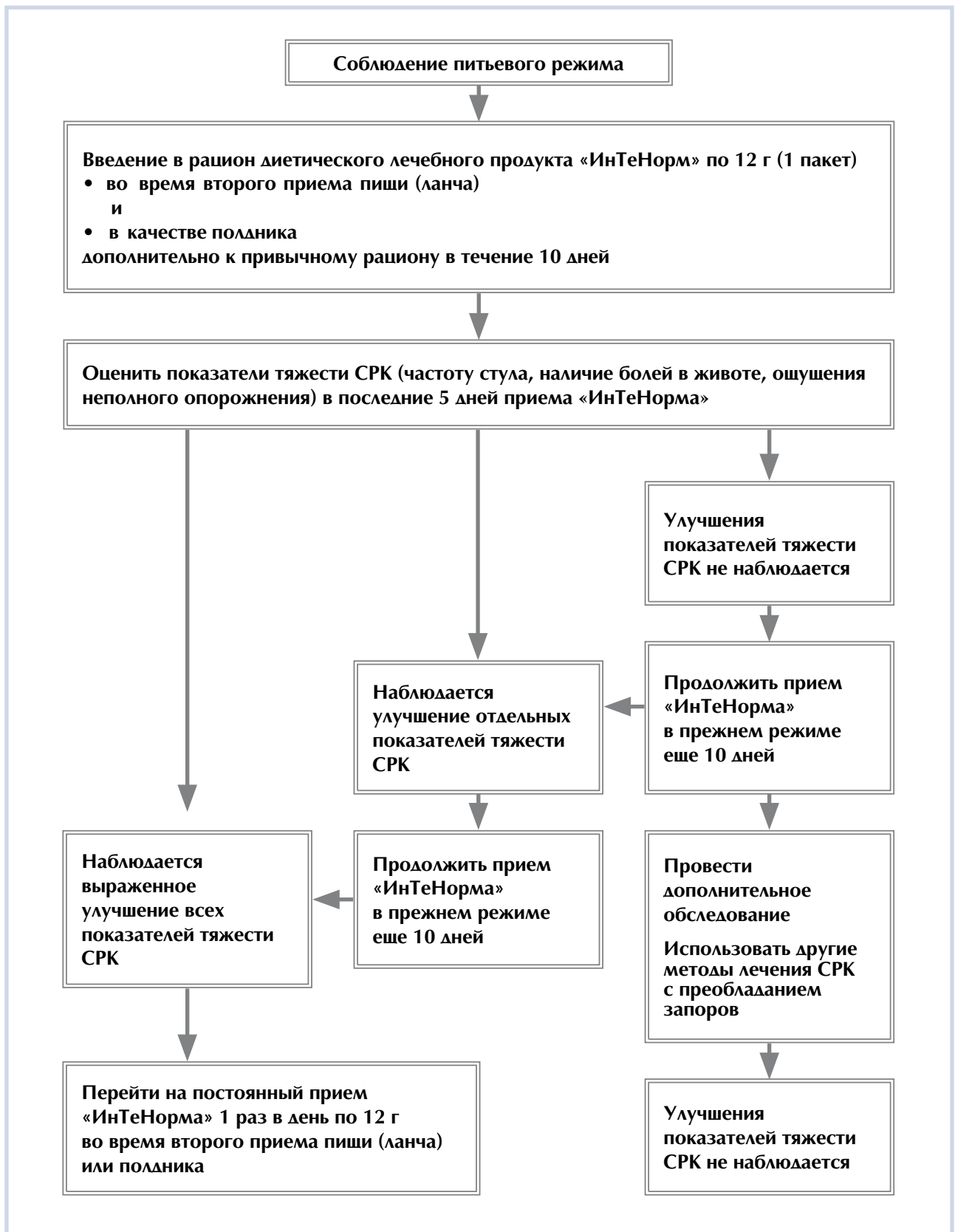


Рис. 3. Алгоритм использования диетического лечебного продукта «ИнТеНорм» в комплексном лечении СРК с преобладанием запоров.

Заключение

У значительной части больных СРК с преобладанием запоров приверженность стандартным рекомендациям по коррекции пищевого поведения низка в связи с устоявшимися привычками и/или условиями труда. Регулярное использование в питании больных СРК с преобладанием запоров специализированного пищевого продукта диетического ле-

чебного питания «Концентрат киселя с витаминами и инулином “ИнТеНорм”» позволяет увеличить частоту стула, нормализовать его консистенцию и уменьшить выраженность основных жалоб. Использование указанного продукта может способствовать уменьшению необходимости следования строгим диетическим рекомендациям и обеспечить улучшение качества жизни больных СРК с преобладанием запоров.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Gibson PR, Varney J, Malakar S, et al. Food components and irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2015;1:1-17.
- Lee YJ, Park KS. Irritable bowel syndrome: emerging paradigm in pathophysiology. *World J Gastroenterol*. 2014;20:2456-2469.
- Shen L, Ji H. The pharmacology of circumin: is it the degradation products? *Trends in molecular medicine*. 2012;3:138-144.
- Farre R, Tack J. Food and symptom generation in functional gastrointestinal disorders: physiological aspects. *Am J Gastroenterol*. 2013;108:698-706.
- Пилипенко В.И., Бурляева Е.А., Исаков В.А. Аспекты современной диетотерапии синдрома раздраженного кишечника. *Вопросы питания*. 2013;1:64-73.
- Pilipenko VI, Burlyaeva EA, Isakov VA. Aspekty sovremennoy dietoterapii sindroma razdrzhenного kischechnika. *Vopr pitaniya*. 2013;1:64-73. (In Russ.).
- Ligaarden SC, Farup PG. Low intake of vitamin B₆ is associated with irritable bowel syndrome symptoms. *Nutrition Research*. 2011;31:356-361.
- Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Поздняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. *Наука и технологии*. Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2004;548.
- Spirichev VB, Shatnyuk LN, Pozdnyakovskii VM. Obogaschenie pischevykh produktov vitminami i mineral'nymi veschestvami. *Nauka i tekhnologii*. Novosibirsk: Sibirskoe univversitetskoe izdatelstvo, 2004;548. (In Russ.).
- Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н. Обогащение пищевых продуктов микронутриентами: научные принципы и практические решения. *Пищевая промышленность*. 2010;4:20-25.
- Spirichev VB, Shatnyuk LN. Obogaschenie pischevykh produktov mikronutrientami: nauchnye printsipy i prakticheskie resheniya. *Pishcheyaya promyshennost'*. 2010;4:20-25. (In Russ.).
- Hahn BA, Kirchdorfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 1997;11:547-552.
- Spiegel BM, Naliboff B, Mayer E, et al. Development and validation of a concise point-of-care severity index in IBS: The “B.E.S.T.” *Questionnaire Gastroenterology*. 2006;130(4):Suppl. 2:A-513.
- Thompson WG, Longstreth GF, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-1491.
- Mertz HR. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2003;349:2136-2146.
- Brownlee IA. The physiological roles of dietary fiber. *Food hydrocolloids*. 2011;25:238-250.
- Bianchi M, Capurso L. Effects of guar gum, ispaghula and microcrystalline cellulose on abdominal symptoms, gastric emptying, oro-caecal transit time and gas production in healthy volunteers. *Digestive and Liver Disease*. 2002;34(Suppl. 2):S129-S133.
- Schwartz SE, Levine RA, Singh A. Sustained pectin ingestion delays gastric emptying. *Gastroenterology*. 1982;83(4):812-817.
- Bach Knudsen KE, Hesso I. Recovery of inulin from Jerusalem artichoke (*Helianthus tuberosus* L.) in the small intestine of man. *British Journal of Nutrition*. 1995;74(1):101-113.
- Heizer WD, Southern S, McGovern S. The role of diet in symptoms of irritable bowel syndrome in adults: a narrative review. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:1204-1214.
- Cummings JH, Englyst HN. Gastrointestinal effects of food carbohydrate. *Am J Clin Nutr*. 1995;61(suppl):938S-945S.
- Duggan C, Gannon J, Walker WA. Protective nutrients and functional foods for the gastrointestinal tract. *Am J Clin Nutr*. 2002;75:789-808.
- Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) (утверждены решением Комиссии Таможенного союза №299 от 28.05.10). *Edinye sanitarno-ehpidemiologicheskie i gigienicheskie trebovaniya k tovaram, podlezhashchim sanitarno-ehpidemiologicheskomu nadzoru (kontrolyu) (utverzhdeny resheniem Komissii Tamozhennogo soyuza №299 ot 28.05.10)*. (In Russ.).
- Технический регламент Таможенного союза «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011). *Tekhnicheskij reglament Tamozhennogo soyuza «Pishcheyaya produkciya v chasti ee markirovki» (TR TS 022/2011)*. (In Russ.).
- Bonnema AL, Kolberg LW, Thomas W, Slavin JL. Gastrointestinal tolerance of chicory inulin products. *J Am Diet Assoc*. 2010;110:865-868.
- Akbik D, Ghadiri M, Chrzanowski W, et al. Curcumin as a wound healing agent. *Life Sciences*. 2014;116:1-7.
- Zlotogorski A, Dayan A, Dayan D, et al. Nutraceuticals as new treatment approaches for oral cancer-I: curcumin. *Oral Oncology*. 2013;49:187-191.
- Jonson JJ, Mukhtar H. Curcumin for chemoprevention of colon cancer. *Cancer Letters*. 2007;255:170-181.
- Jeenger MK, Shrivastava S, Yerra VG, et al. Curcumin: a pleiotropic phytonutrient in diabetic complications. *Nutrition*. 2015;31:276-282.
- Prasad S, Gupta SC, Tyagi AK, et al. Curcumin, a component of golden spice: From bedside to bench and back. *Biotechnology Advances*. 2014;32:1053-1064.
- Саблин О.А., Ильчишина Т.А. Синдром раздраженного кишечника: обзор Римских критериев IV с позиции российских клиницистов. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2016;12:92-100.
- Sablin OA, Il'chishina TA. Sindrom razdrzhenного kischechnika: obzor Rimskih kriteriev IV s pozicii rossijskih klinitsistov. *Ehksperimental'naya i klinicheskaya gastroehnterologiya*. 2016;12:92-100. (In Russ.).
- Скворцов В.В., Левитан Б.Н., Разваляева О.В. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2016;12:84-91.
- Skvorcov VV, Levitan BN, Razvalyaeva OV. Diagnostika i lechenie sindroma razdrzhenного kischechnika. *Ehksperimental'naya i klinicheskaya gastroehnterologiya*. 2016;12:84-91. (In Russ.).
- Пилипенко В.И., Теплюк Д.А., Шаховская А.К., Исаков В.А., Воробьева В.М., Воробьева И.С., Глазкова И.В., Кочеткова А.А., Михеева Г.А., Юдина А.В. Эффективность специализированного пищевого продукта (киселя с витаминами и пищевыми волокнами) у больных с синдромом раздраженного кишечника с запорами: сравнительное контролируемое исследование. *Вопросы питания*. 2015;6:83-91.
- Pilipenko V.I., Teplyuk D.A., Shahovskaya A.K., Isakov V.A., Vorob'eva V.M., Vorob'eva I.S., Glazkova I.V., Kochetkova A.A., Miheeva G.A., Yudi na A.V. Ehfektivnost' spetsializirovannogo pishcheyogo produkta (kiselya s vitaminami i pishcheyymi voloknami) u bol'nyh s sindromom razdrzhenного kischechnika s zaporami: sravnitel'noe kontroliruемое issledovanie. *Voprosy pitaniya*. 2015;6:83-91. (In Russ.).