

И.П. Убеева, Е.А. Ботоева, С.Ч. Гончикова, М.В. Бадлеева, А.Г. Мархаев

ФИТОТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)**В работе обобщены экспериментальные данные, свидетельствующие об эффективности фитопрепаратов в лечении синдрома раздраженного кишечника.***Ключевые слова:** кишечник, фитотерапия, функциональное нарушение

PHYTOTHERAPY OF IRRITABLE INTESTINES SYNDROME

I.P. Ubeeva, E.A. Botoeva, S.Ch. Gonchikova, M.V. Badleyeva, A.G. Markhaev

*Buryat state university, Ulan-Ude
Irkutsk state institute of physicians advanced training, Irkutsk**In this article we generalized experimental data that indicate of the efficiency of irritable intestines syndrome.***Key words:** intestine, phytotherapy, functional disorder

В настоящее время среди больных гастроэнтерологического профиля наибольшее распространение получила функциональная патология кишечника, особенно синдром раздраженного кишечника (СРК). Регистрация синдрома началась с 1988 г., когда XIII гастроэнтерологический конгресс в Риме официально объявил о новой болезни «Синдром раздраженного кишечника». Количество больных увеличивалось с каждым годом и уже к 1999 г. их число превысило 17 миллионов. В 2006 г. М.В. Черногорова и соавторы констатируют, что на больных с СРК приходится до 50 % посещений гастроэнтерологических больных в развитых странах. В России диагноз СРК в практическом здравоохранении не закрепляется и подавляющее большинство участковых терапевтов ставят неоправданный устаревший диагноз «хронический колит».

СРК относится к распространенной биопсихосоциальной патологии. Количество больных на Земле, по данным авторов, достигает миллиарда. Для возникновения заболевания важное значение имеют психологические факторы, стрессовые состояния, генетические особенности, неблагоприятная экология. В развитии висцеральной гиперчувствительности и нарушении моторики ведущая роль отводится центральной нервной системе и серотонинэргическим механизмам.

В патогенезе формирования боли при СРК наиболее уязвимым местом на пути следования сигнала от кишки к головному мозгу и обратно считается задний рог спинного мозга и кора головного мозга. Определенная роль отводится нарушению синтеза, распада нейротрансмиттеров, конфигурации рецепторов, а также снижению выработки опиатов. В формировании восприятия эмоциональных компонентов боли участвуют ретикулярные активирующие системы ствола мозга и таламуса, островковая часть мозга и префронтальная часть коры. У больных СРК отмечается усиленный кровоток в области поясной извилины, повышенный

метаболизм данной области, формирование избыточного потока импульсов от лимбической системы к префронтальной части коры.

В соответствии с теорией относительной независимости работы кишечника у лиц с СРК установлено повышение количества энтерохромаффинных клеток желудочно-кишечного тракта, выделяющих серотонин, повышающих давление в просвете кишки или изменяющих химический состав содержимого кишечника. Серотонин взаимодействует с рецепторами I подтипа, инициирующими перистальтику и секрецию, а также III подтипа — повышающими уровень тревоги, неустойчивое настроение, повышение агрессии.

Сложность патогенеза СРК определяет полиморфизм клинических проявлений. Международная рабочая группа предложила клинические критерии СРК (Римские критерии II): 1) дискомфорт в животе или боль, которые уменьшаются после дефекации, сопровождаются изменением частоты или формы стула; 2) длительность болезни не менее 3 мес.

Симптомы СРК делят на три группы: кишечные, относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта и негастроэнтерологические. Кишечные проявления включают варианты течения заболевания с преобладанием болей в животе, избыточного газообразования, неустойчивого стула, диареи и запоров. Характерны внезапно появляющиеся нерегулярные приступообразные боли в животе различной продолжительности и интенсивности без четкой локализации в сочетании с диареей или запорами. После болевого приступа стул нередко содержит значительное количество слизи, при копрологическом исследовании обнаруживаются эозинофилы. При пальпации определяются отдельные спастически сокращенные болезненные отделы толстого кишечника. Ирригоскопически выявляется гаустрация, множественные спастические сужения и сокращения. Эндоскопически наблюдается гиперемированная, отечная, слизи-

стая оболочка кишечника с наложениями слизи. Отмечается непереносимость некоторых пищевых продуктов. В периоде между приступами самочувствие удовлетворительное.

Негастроэнтерологические проявления нередко играют важнейшую роль в снижении качества жизни. Почти у всех больных отмечаются слабость, головные боли, сердцебиение, у большинства (до 80–85 %) — боли в спине, ощущение внутренней дрожи, боли в спине, снижение массы тела.

Диагностика требует индивидуального подхода, и объем исследований будет определяться выраженностью ведущих синдромов. Учитывается типичная клиническая картина и отсутствие каких-либо органических изменений, проводится оптимум тестов (клинический анализ крови, копрограмма, ЭГСК, УЗИ, ирригоколоноскопия у лиц старше 45–50 лет).

У больных СРК не должно быть следующих симптомов, встречающихся при воспалительных, сосудистых или опухолевых заболеваниях кишечника, названных авторами «красными флагами» или «симптомами тревоги»: 1) ректальные кровотечения; 2) снижение массы тела; 3) хроническая диарея; 4) постоянное напряжение живота; 5) анемия; 6) лихорадка; 7) начало болезни у лиц старше 50 лет; 8) рак и воспалительные заболевания кишечника у родственников; 9) ночная симптоматика.

В лечении СРК на основании консенсуса по функциональным гастроинтестинальным расстройствам (Рим II) можно выделить ряд основных направлений. Важнейшим моментом считается воздействие на нейropsychическое состояние больного, так как у большинства больных отмечаются невротические проявления (депрессия, повышенная возбудимость, бессонница и т.д.), коррекция которых носит обязательный характер. У части больных необходима немедикаментозная психотерапия, адекватные психотропные средства.

Для курсового лечения из лекарственных растений рекомендуют препараты валерианы лекарственной:

- настой корней (6,0–200,0) по 1 ст. ложке 3 раза в день,
- экстракт валерианы лекарственной по 1–2 таблетке 3 раза в день.

Ново-Пассит (Novo-Passit) IVAX-CRa.s. в таблетках и растворе. Экстракт (валериана лекарственная, Melissa лекарственная, зверобой продырявленный, боярышник обыкновенный, пассифлора инкорнантная, хмель обыкновенный, бузина черная) 157,5 мг, гвайфенезин 200 мг. Препарат обладает успокаивающим действием, эффективен при функциональных заболеваниях ЖКТ (диспептический синдром, СРК).

Второе направление — симптоматическая терапия, назначаемая с учетом выраженности клинического синдрома (с преобладанием боли и метеоризма, диареи или запоров). Необходимы также общие мероприятия, включающие диету, снятие психологического напряжения.

Для купирования болевого синдрома при СРК широко используются спазмолитики. На гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта селективно воздействуют мебеверина гидрохлорид (Дюспаталин), пинаверия бромид (дицетел), отилиония бромид (спазмомен), слабо адсорбирующиеся в кишке, метаболизирующиеся в печени, не оказывающие нежелательных действий, связанных с блокадой кальциевых каналов других органов. Миотропные спазмолитики действуют патогенетически, нормализуя нарушенную моторику кишки.

По стандарту лечения больных ЦНИИ гастроэнтерологии (Парфенов А.И. и др., 2004) при СРК с преобладанием болей используют дицетел и дюспаталин.

Дицетел (*Dicetel*) *Pinaverium bromide* (Solvay pharmaceuticals) таб. 50 мг 3 раза в день 4–6 недель. Миотропный спазмолитик, осуществляющий селективную блокаду кальциевых каналов, расположенных в периферических нервных окончаниях и в клетках гладкой мускулатуры кишечника и желчевыводящих путей. Не обладает антихолинергическим действием, метаболизируется в печени, не влияет на сердечно-сосудистую систему. Прием по 100 мг 3 раза в день.

Дюспаталин (*Duspatalin*) *Mebeverine* (Solvay pharmaceuticals) 200 мг в капс. Миотропный спазмолитик, оказывает прямое расслабляющее действие на мускулатуру ЖКТ. Понижает тонус и уменьшает сократительную активность гладкой мускулатуры, не влияя на нормальную перистальтику кишечника. Без побочных антихолинергических эффектов. Принимать 200 мг 2 раза в день.

Одним из современных антихолинергических средств является гиосцина бутилбромид.

При болевом синдроме СРК патогенетически обосновано применение фитопрепаратов, обладающих спазмолитическим действием:

- Бекарбон (*Becarbonum*) 1 таб. содержит экстракта красавки густого 0,01 и натрия гидрокарбоната 0,3;
- Бесалол (*Besalolum*) 1 таб. содержит экстракта красавки густого 0,01 и фенилсалицилата 0,3;
- настой травы зверобоя (10,0–200,0) по 100 мл на прием 3 раза в день до еды;
- настой листьев мяты перечной (5,0–200,0) по 200 мл 3 раза в день;
- отвар корневищ и корней девясила высокого (10,0–200,0) по 100 мл 3 раза в день;
- настой цветков ромашки аптечной (10,0–200,0) по 60 мл 3 раза в день.

Антихолинергические средства, блокирующие М-холинорецепторы, не используются ввиду недостаточной эффективности, побочных реакций. Селективные М3-антихолинергические соединения замифенацин и дарифенацин, воздействующие на мускариновые рецепторы 3 типа в мышечных клетках кишки находятся в стадии клинических испытаний.

Диетическое питание с ограничением продуктов, способствующих усилению симптомов СРК, ведение пищевого дневника.

Метеоризм купируется введением препаратов, содержащих симетикон (пеногасители).

МЕТЕОСПАЗМИЛ (METEOSPASYL) AL-VERINE, SIMETICONE Laboratoires MAYOLY SPINDLER. 1 капсула содержит два компонента: 60 мг альверина цитрата и симетикон. Препарат оказался эффективен при любой форме СРК. Альверин цитрат обладает прямым спазмолитическим действием, блокирует потенциалзависимые кальциевые каналы, влияет на серотониновые рецепторы, снижая болевую импульсацию в кору головного мозга. Симетикон образует защитный слой на слизистой оболочке.

Для уменьшения метеоризма и перистальтики кишечника используют эфирноносные растения:

- настой плодов фенхеля (10,0 – 200,0) принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день;
- настой плодов кориандра (10,0 – 200,0) принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день;
- настой листьев земляники (10,0 – 200,0) принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день;
- настой травы тимьяна (10,0 – 200,0) принимать по 1 ст. ложке 3 раза в день.

Лечение проводится в течение 2 месяцев прерывистыми курсами по 3 – 4 недели.

При длительном метеоризме показаны *ветрогонные сборы*:

1. Укроп (раздробленное семя) 5 частей, тмин (раздробленное семя) 3 части, ромашка аптечная (цветки) 5 частей, душица обыкновенная (травы) 3 части. 1 ст. ложка на 200 мл приготовить в виде настоя, лучше в термосе, залить без воздушной подушки, пить по 50 – 100 мл 3 – 4 раза в день до еды.

2. Мята перечная (лист) 20,0, валериана лекарственная (корень) 20,0, фенхель обыкновенный (плоды) 10,0. Готовить, как предыдущий сбор.

3. Анис (плоды) 10,0 г, фенхель обыкновенный (плоды) 10,0 г, тмин плоды 10,0 г, мята перечная (лист) 20,0. Готовить, как предыдущий сбор.

4. Валериана лекарственная (корень) 10,0 г, фенхель обыкновенный (плоды) 10,0 г, мята перечная (лист) 20,0 г, ромашка аптечная 60,0 г. Готовить, как предыдущий сбор.

5. Полынь горькая (травы) 10,0 г, лапчатка прямостоячая (корень) 10,0 г, хвощ полевой (травы) 20,0 г, тысячелистник обыкновенный (травы) 20,0 г 2 ст. ложки на 200 мл в виде настоя, пить по 50 – 100 мл, утром и вечером 2 раза в день до еды.

При СРК с преобладанием *диареи* по стандарту лечения (Парфенов А.И. и др., 2004) необходимы механически и химически щадящая диета (№ 4в), имодиум, адсорбенты, вяжущие, обволакивающие и пробиотики. Для регуляции моторики используются препараты следующих групп: агонисты мю-опиоидных рецепторов, антагонисты 5НЗТ-рецепторов, агонисты α -2-адренергических рецепторов.

Как средство экстренной помощи при диарее и императивных позывах наиболее эффективен лоперамид (имодиум) по 0,002 г по 2 таблетке под язык. Он относится к группе агонистов мю-опиоидных рецепторов

К группе антагонистов 5НЗТ-рецепторов относится алосетрон, купирующий диарею при СРК, но обладающий побочным эффектом – формирует ишемический колит, поэтому применение алосетрона рекомендуется при тяжелой форме заболевания в начальной дозе 1 мг в день. Агонисты α -2-адренергических рецепторов способствуют повышению порога восприятия боли и увеличивают абсорбцию жидкости в тонкой кишке. В настоящее время находятся в стадии исследования.

Вяжущие средства и адсорбенты (диосмектин, карбонат кальция, аттапульгит и др.) назначают только при наличии секреторного компонента диареи.

Энтерол (Enterol) Laboratoires Biocodex. В капсулах и порошке содержатся лиофилизированные *Saccharomyces boulardii* 250 мг. Биологический препарат с противодиарейным и противомикробным действием в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Препарат повышает местную иммунную защиту вследствие продукции IgA и других иммуноглобулинов. Антитоксический эффект связан со снижением активации аденилатциклазы энтеротоксинами. Энтерол повышает активность дисахаридаз тонкой кишки (лактазы, мальтазы, сахаразы). Препарат оказывает трофическое действие на слизистую тонкой кишки за счет полиаминов спермина и спермиллина. Принимают по 1 – 2 капсулы или пакетика в течение 7 – 10 дней.

Если в клинике СРК преобладают запоры, по стандарту лечения ЦНИИ гастроэнтерологии (Парфенов А.И. и др., 2004) рекомендуют начинать введения в рацион пищевых добавок и продуктов, увеличивающих объем каловых масс: пищевых волокон (целлюлозы, гемицеллюлозы, пектинов), продуктов, богатых клетчаткой (пшеничные отруби, семя льна).

При отсутствии эффекта назначают осмотические слабительные, гидрофильные коллоиды: макроголь 4000 (форлакс) по 10 – 20 г на ночь 2 недели. Кроме того, можно применять лактулозу и препараты следующих групп:

Зелмак (Zelmac) Novartis farma Tegaserod в форме гидрогена малеата 6 мг в таб. Принимать 2 раза в день до еды. Антагонист 5-НТ4-рецепторов, стимулирует серотониновые рецепторы 4 типа в окончаниях чувствительных афферентных нейронов ЖКТ и вызывает высвобождение целого ряда медиаторов, в частности, пептида, связанного с геном кальцитонина (CGRP). Препарат запускает перистальтический рефлекс, повышает базальную двигательную активность и нормализует пропульсивную активность на всем протяжении ЖКТ. Благодаря повышению образования циклического АМФ под действием тегасерода происходит повышение секреции ионов хлора и воды. Под влиянием тегасерода уменьшается число импульсов, генерируемых афферентными нейронами в ответ на растяжение прямой кишки. У больных с СРК с преобладанием запора тегасерод ускоряет прохождение кишечного содержимого по тонкой и толстой кишке. Препарат отчетливо улучшает

консистенцию стула, оказывает послабляющий эффект, уменьшает дискомфорт, боли в животе, характерные для СРК.

В межприступном периоде рекомендуется длительное курсовое комплексное лечение с применением противовоспалительных, седативных, антигистаминных растительных лекарственных средств с учетом сопутствующих заболеваний, состояния нервной системы.

При составлении сборов лекарственных растений учитывается состояние желудка, билиарной системы, поджелудочной железы и тонкого кишечника:

1. Лапчатка прямосточная (корень) 20,0 г, черника обыкновенная (плоды) 15,0 г, ромашка аптечная (цветки) 50,0 г. 1 чайная ложка сбора на 200 мл воды, приготовить отвар, принимать по 1/3 стакана 3 раза в день.

2. Тимьян ползучий (трава) 20,0 г, аир болотный (корень) 20,0 г, мята перечная (листья) 20,0 г. Готовить и принимать, как предыдущий сбор.

3. Фиалка трехцветная (трава) 25,0 г, кукурузные рыльца 25,0 г, тысячелистник обыкновенный (трава) 25,0 г, пустырник сердечный (трава) 25,0 г. 2 столовых ложки сбора на 500 мл воды приготовить в виде настоя, принимать по 100 мл 3–4 раза в день.

4. Гореч птичий (трава) 25,0 г, валериана лекарственная (корень) 25,0 г, ромашка аптечная (цветки) 25,0 г, одуванчик лекарственный (корень) 25,0 г. Готовить и принимать как предыдущий сбор.

В тибетской медицине используют при диарее и болях в животе сбор, обладающий секретостимулирующим и спазмолитическим действием. Его состав включает: гранат 8 частей, корица 3 части, перец длинный 3 части, кардамон 1 часть, имбирь 4 части, мелко измельчить (как муку), сосать по 1/4 чайной ложки вечером, перед сном.

Прогноз при СРК в целом благоприятный, течение хроническое рецидивирующее, но не прогрессирующее. СРК не относится к предраковой патологии и не приводит к развитию хронических заболеваний кишечника. Требования к результатам лечения включают улучшение качества жизни больного, клиническую ремиссию заболеваний, уменьшение дисбиотических нарушений. У 30 % больных при лечении отмечается улучшение самочувствия, в 10 % — длительная ремиссия. У части больных симптомы остаются резистентными к проводимой терапии, у таких больных необходимо обратить большее внимание на воздействие психических факторов, шире использовать растения с успокаивающим действием: валериану лекарственную, пустырник сердечный, шлемник байкальский, пассифлору инкарнатную, пион уклоняющийся, сушеницу топяную.

Сведения об авторах

Убеева Ираида Поликарповна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней Бурятского государственного университета; адрес: г. Улан-Удэ, ул. Гагарина, 13, кв 6; телефон: 3012-445792; e-mail: ubeeva.ip@mail.ru

Ботова Елена Аполлоновна — доцент кафедры АГП, к.м.н. (670000, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а, деканат мед. факультета БГУ; тел.: 8 (3012) 44-82-55; e-mail: elenabotova@list.ru)

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайс Р.Ф. Фитотерапия: Руководство / Р.Ф. Вайс, Ф. Финтельман / Пер. с нем. — М.: Медицина. — 2004. — 552 с.
2. Грау Ю. Дикорастущие лекарственные растения / Ю. Грау, Р. Юнг, Б. Мюнгер / Пер. с нем. — М., 2003. — 287 с.
3. Крылов А. Руководство по фитотерапии / А. Крылов, В. Марченко. — СПб., 2000. — 462 с.
4. Лесиовская Е.Е. Фармакотерапия с основами фитотерапии: Учебное пособие / Е.Е. Лесиовская, Л.В. Пастушенков. — 2-е издание. — М., 2003. — 593 с.
5. Мазнев Н.И. Энциклопедия лекарственных растений / Н.И. Мазнев. — М., 2003. — 496 с.
6. Начатой В.Г. Клиническая фармакология: Традиционная китайская медицина / В.Г. Начатой. — СПб., 2000. — 288 с.
7. Носов А.М. Лекарственные растения / А.М. Носов. — М., 2003. — 350 с.
8. Пастушенков Л.В. Фармакотерапия с основами фитотерапии: Учебник / Л.В. Пастушенков, Е.Е. Лесиовская. — СПб., 1994. — I ч. — 159 с.
9. Пастушенков Л.В. Фармакотерапия с основами фитотерапии: Учебник / Л.В. Пастушенков, Е.Е. Лесиовская. — СПб., 1994. — II ч. — 178 с.
10. Полная энциклопедия народной медицины. — Т. 1. — М., 2000. — 752 с.
11. Полная энциклопедия народной медицины. — Т. 2. — М., 2000. — 798 с.
12. Пупышев В.Н. Тибетская медицина: Язык, теория, практика / В.Н. Пупышев. — Новосибирск, 1991. — 141 с.
13. Рабдиль О.С. Фармакотерапия в гастроэнтерологии: Справочник / О.С. Рабдиль. — М., 1991. — 416 с.
14. Роуз Б. Гомеопатия для всей семьи / Б. Роуз / Пер. с англ. — М., 2000. — 558 с.
15. Санжей Чжамцо. Тибетский медицинский трактат Лхантабс. Разделы га, нга и ча / Санжей Чжамцо / Пер. с тиб. — Улан-Удэ, 1999. — 216 с.
16. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитотерапевтика: Рук-во для врачей / С.Я. Соколов. — М., 2000. — 976 с.
17. Справочник Видаль. — М., 2004. — 910 с.
18. Турищев С.Н. Фитотерапия: Учебное пособие для студ. / С.Н. Турищев. — М., 2003. — 304 с.
19. Фармакогнозия. Атлас: Учебное пособие / Под. ред. Н.И. Гринкевич, Е.Я. Ладыниной. — М.: Медицина, 1989. — 512 с.
20. Фитотерапия: Методические рекомендации / Карпеев А.А. [и др.] — 2000. — 18 с.
21. Чиков П.С. Лекарственные растения. — 4-е изд., перераб. и доп. / П.С. Чиков. — М.: Медицина, 2002. — Прага, 1976. — 590 с.