

2. Пациенты, наблюдающиеся у специалиста соответствующего профиля, получали верные назначения в отношении ААП значительно чаще, чем пациенты, наблюдающиеся только у терапевта, что является дополнительным аргументом к более строгой реализации диспансерного наблюдения больных профильными специалистами.

3. Отсутствие единообразия подходов в тактике назначения ААП обуславливает необходимость в создании общего согласительного документа по антиагрегантной терапии у больных с ССЗ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative metaanalysis of individual participant data from randomised trials/ C. Baigent, L. Blackwell, R. Collins [et al.]// Lancet. – 2009. – Vol. 373, № 6. – P. 49-60.
2. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)/ B. Ibanez, S. James, S. Agewall [et al.]// Eur Heart J. – 2018. – Vol. 39, № 2. – P. 19-77.
3. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC)/ J. Knuuti, W. Wijns, A. Saraste [et al.]// Eur Heart J. – 2020. – Vol. 41, № 3. – P. 7-15.
4. ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries/ V. Aboyans, J.B. Ricco, M.L. Bartelink [et al.]// Eur Heart J. – 2018. – Vol. 39, № 9. – P. 763-816.
5. Клинические рекомендации «Фибрилляция и трепетание предсердий». – 2020. – С. 23 – URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_FP_TP-unlocked.pdf (дата обращения: 18.02.2024). Текст: электронный.
6. Российский консенсус по диагностике и лечению пациентов со стенозом сонных артерий/ М.А. Чернявский, О.Б. Иртюга, С.Н. Янишевский [и др.]// Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27, №11. – С. 1-11.
7. Клинические рекомендации «Стабильная ишемическая болезнь сердца». – 2023. – С. 76 – URL: https://scardio.ru/content/Guidelines/Proekt_2023_SIBS.pdf (дата обращения: 18.02.2024). Текст: электронный.

Сведения об авторах

Е.А. Лыкова* – студент лечебно-профилактического факультета

В.А. Гришин – студент лечебно-профилактического факультета

И.Ф. Гришина – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедры поликлинической терапии

Ю.А. Стяжкина – ассистент кафедры поликлинической терапии

Information about the authors

E.A. Lykova* – Student of the Faculty of Treatment and Prevention

V.A. Grishin – Student of the Faculty of Treatment and Prevention

I.F. Grishina – Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Head of the Department of Polyclinic Therapy

Yu.A. Styazhkina – Assistant at the Department of Polyclinic Therapy

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

yekaterina_lykova@list.ru

УДК: 61.615.07

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ДИЕТОЙ FODMAP В СОЧЕТАНИИ С АНТИДЕПРЕССАНТОМ

Михайловская Карина Романовна^{1,2}, Сорокина Елизавета Сергеевна¹, Федотова Лариса Валентиновна¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ СО «Центральная городская больница №2»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В статье рассмотрен клинический случай лечения синдрома раздраженного кишечника (СРК) с помощью применения диеты FODMAP и антидепрессанта Пароксетин в дозировке 20 мг в сутки. **Цель исследования** – продемонстрировать применение диеты FODMAP и антидепрессанта Пароксетин 20 мг в сутки на примере клинического случая пациентки, страдающей СРК. **Материал и методы.** Был рассмотрен клинический случай пациентки А. 26 лет. Собран анамнез, проведен осмотр, изучены данные лабораторных и инструментальных исследований, проведено лечение с применением диеты FODMAP и антидепрессантом Пароксетин. **Результаты.** На основании проведенных обследований, клинической картины и консультаций смежных специалистов пациентке был выставлен клинический диагноз – «СРК, смешанный вариант». Составлен 3-этапный план применения диеты FODMAP, и после консультации врача –психотерапевта подобран

антидепрессант Пароксетин в дозировке 20 мг. **Выводы.** Диета FODMAP в сочетании с приемом антидепрессанта может применяться в составе комплексной терапии лечения СРК, так как помогает достичь ремиссии за короткий промежуток времени.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, диета FODMAP, антидепрессант, комплексная терапия.

A CLINICAL CASE OF TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME WITH FODMAP DIET IN COMBINATION WITH AN ANTIDEPRESSANT

Mikhailovskaya Karina Romanovna^{1,2}, Sorokina Elizaveta Sergeevna¹, Fedotova Larisa Valentinovna¹

¹Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

²Central City Hospital №2

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The article presents a clinical case of the treatment of irritable bowel syndrome using the FODMAP diet and the antidepressant Paroxetine in a dosage of 20 mg per a day. **The aim of the study is** to demonstrate the use of the FODMAP diet and antidepressant Paroxetine 20 mg per a day on the example of a clinical case of a patient with IBS.

Material and methods. The clinical case of patient A 26 years old was presented, anamnesis was collected, results of laboratory and instrumental tests were studied, and treatment using the FODMAP diet and antidepressant Paroxetine was prescribed. **Results.** Based on tests, the clinical picture and the consultation of specialists, the patient was diagnosed irritated bowel syndrome, mixed variant. A 3-stage plan of the FODMAP diet was developed and, after consulting a psychotherapist, an antidepressant was selected. **Conclusion.** The FODMAP diet in combination with taking the antidepressant can be used as a part of complex therapy for the treatment of IBS and help to achieve remission in a short period of time.

Keywords: irritable bowel syndrome, FODMAP diet, antidepressant, complex therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Синдромом раздраженного кишечника (СРК) страдают от 10 до 13 % населения. Доля лиц, испытывающих симптомы, соответствующие СРК, вероятно, выше, однако только 25–30 % пациентов обращаются за медицинской помощью. Диагноз СРК в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет [1].

СРК - функциональное расстройство кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей, по меньшей мере, 1 раз в неделю, которая связана с изменением частоты акта дефекации и формы кала. Данная клиническая картина должна наблюдаться на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности введения пациента в течение не менее 6 месяцев [2].

В связи со сложностью дифференциальной диагностики СРК целесообразно рассматривать как диагноз исключения, для установления которого в зависимости от жалоб и клинических проявлений в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра необходимо выполнить следующие исследования: клинический и биохимический анализы крови, определение антител к тканевой трансглутаминазе IgA или IgG, определение уровня гормонов щитовидной железы, анализ кала на скрытую кровь, водородный дыхательный тест с глюкозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста, анализ кала для обнаружения бактерий кишечной группы, токсинов А и В *Clostridium difficile*, определение уровня кальпротектина в кале, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭГДС, колоноскопия с биопсией [2].

СРК характеризуется волнообразным течением с чередованием периодов обострения и ремиссий. Обострения часто возникают на фоне психоэмоциональных напряжений. Основа лечения пациентов с СРК - модифицированный образ жизни с подбором индивидуального рациона в комплексе с симптоматической фармакотерапией и психотерапевтическими методами воздействия. На сегодняшний день в терапии СРК широко применяется диета FODMAP.

Диета FODMAP (ферментируемые (F) олиго- (O), ди-(D), моносахариды (M) и полиолы (P)) состоит из снижения общего потребления ферментируемых олигосахаридов, дисахаридов, моносахаридов и полиолов. Данные вещества преимущественно содержатся во фруктах,

овошах, молочных продуктах, искусственных подсластителях и пшенице. Питание с избыточным употреблением продуктов, содержащих большое количество сахаридов и полиолов, нарушает их всасывание, увеличивает объем жидкости в тонкой кишке, способствует газообразованию, тем самым провоцируют вздутие, боль в животе за счет повышения висцеральной чувствительности. Диета не является пожизненной, потому что как только достигается симптоматическое улучшение, проводится постепенное расширение рациона с введением ранее исключенных продуктов. Диета состоит из 3 этапов:

1 этап – исключение всех продуктов, содержащих FODMAP на срок от 2 до 6 недель.

2 этап – введение исключённых продукты по правилу — не чаще, чем 1 продукт в 3 дня из одного вида.

3 этап – персонализированный подбор максимально полноценной и сбалансированной диеты с ограничением продуктов в том количестве, которое требуется для улучшения самочувствия [3].

Кроме применения диетотерапии и симптоматического лечения согласно Римским критериям IV пересмотра уделяется внимание психотерапевтической терапии для уменьшения боли в животе. Таким образом, могут назначаться сеансы психотерапии с возможным приемом антидепрессантов (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов или селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), например, пароксетин в дозе 20 мг, сертралин 25–50 мг, циталопрам 20–40 мг в сутки [4][5].

Цель исследования – продемонстрировать применение диеты FODMAP в сочетании с применением антидепрессанта Пароксетин в дозировке 20 мг в сутки на примере клинического случая пациентки с синдромом раздраженного кишечника.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В статье представлен клинический случай лечения пациентки А. (женщины) 26 лет с диагнозом СРК на базе ГБУЗ СО ЦГБ 2 с 01.11.2023 - 15.03.2024. На основе добровольного информированного согласия собран анамнез, проведен осмотр, изучены данные диагностических исследований, проведено лечение в соответствии с международными клиническими рекомендациями (2023 года пересмотра) с применением диеты FODMAP. Во время диетотерапии пациентка вела дневник питания, в котором описывала симптомы, возникающие при употреблении какого-либо продукта.

Диетотерапия проводилась в 3 этапа.

1 этап: отмена фруктов, подсластителей, молочных продуктов и овощей на протяжении 2 недель.

2 этап: введение на каждый 3 день 1 исключенный продукт (зеленые овощи (кабачок, огурцы, брокколи, капуста белокочанная), красные овощи (морковь, томаты, свекла, болгарский перец), фрукты (груша, яблоко, цитрусовые, банан), молочные продукты (творог до 10% жирности, йогурт натуральный до 10% жирности, молоко коровье, молоко козье), подсластители (печенье Мария ванильное, мед, финики, кленовый сироп)).

3 этап: персонализированный подбор диеты с исключением (ограничением) продуктов, на которые возникали нежелательные явления.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Женщина 26 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на спастические боли в животе без четкой локализации, неустойчивый стул - чередование эпизодов жидкого стула и запоров до 5 дней, чувство неполного опорожнения кишечника. После акта дефекации периодически отмечает боли в подвздошных областях. Также предъявляет жалобы на вздутие живота, урчание и ощущение переполнения в желудке. Пациентку беспокоит практически отсутствие аппетита, чувство быстрого насыщения после употребления пищи в умеренном количестве.

Из анамнеза: отмечает появление проблем с кишечником в течение последних 8 лет. Обращалась к гастроэнтерологам, при дообследовании был выявлен антральный гастрит *Helicobacter pylori* ассоциированный, далее проведена успешная эрадикационная терапия с последующим контролем эндоскопического исследования в ноябре 2023 года.

Впервые симптомы возникли в период умственного перенапряжения (во время подготовки к экзаменам в ВУЗ). Усугубление состояния отмечает в последние 3 месяца, когда вышеуказанные симптомы стали систематическими, начали беспокоить несколько раз в неделю. Прогрессирование заболевания началось на фоне эмоциональных переживаний.

Лечилась самостоятельно - применяла спазмолитики, ферментные препараты, слабительные средства без эффекта.

Вредные привычки отсутствуют. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез спокоен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Рост пациентки 170 см, вес - 44 кг, индекс массы тела — 15,2 кг/м². Язык чистый, влажный. Кожные покровы физиологической окраски. Волосистой покров по женскому типу. Ногти физиологической окраски. Периферических отеков нет. Грудная клетка астеническая. Над симметричными участками легких при аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Частота пульса — 67 в минуту, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот вздут. При пальпации отмечается умеренная болезненность по ходу толстой кишки, особенно в нисходящем отделе. Нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги, не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Рекомендовано обследование:

1. Общеклинические лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, копрологическое исследование.

2. Специфические лабораторные исследования:

— анализ крови на скрининг целиакии (определение антител к тканевой трансглутаминазе IgA или IgG), уровень гормонов щитовидной железы, Водородный дыхательный тест с лактулозой.

3. Инструментальные методы исследования, консультации специалистов:

УЗИ органов брюшной полости, консультация психотерапевта.

После проведенных исследований получены следующие результаты:

Таблица 1.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований пациента

Вид анализа	Результат	Заключение
Общий анализ крови (ОАК)	Эритроциты 4,5 (L) 10*12/л Гемоглобин 136 г/л Тромбоциты 200 10*9/л Лейкоциты 5,4 10*9/л Лейкоцитарная формула: Нейтрофилы 54% Эозинофилы 0,17% Базофилы 0,9% Моноциты 5,0% Лимфоциты 40%	В пределах нормы

Биохимический анализ крови	АЛТ 30 Ед/л АСТ 28 Ед/л С-реактивный белок 0.21 мг/л Билирубин общий 19 мкмоль/л Мочевина 5.1 ммоль/л Креатинин 74 мкмоль/л Мочевая кислота 170 мкмоль/л Калий (К) 4.15 ммоль/л Натрий (Na) 141 ммоль/л Хлориды 101,6 ммоль/л Глюкоза 4.57 ммоль/л Холестерин 5,6 ммоль/л Щелочная фосфатаза 119 ммоль/л Белок общий 77 г/л Амилаза 94 г/л ГГТП 15,4 ЕД/л	В пределах нормы
Скрининг целиакии	IgA тТГ — 0,47 U/ml IgA АГА — 0,34 U/ml IgG АГА — 0,12 U/ml	Отрицательно
Гормоны	Тиреотропный гормон (ТТГ) 2,2 мкМЕ/мл Т3 2,5 пмоль/л Т4 14,7 пмиоль/л	Не имеется данных за наличие функциональных нарушений щитовидной железы.
Общий анализ мочи (ОАМ)	Цвет: желтый Ph 6,0 Плотность 1,020 Осадок: нет	В пределах нормы
Водородный дыхательный тест с лактулозой	Нет данных за наличие избыточного бактериального роста.	
УЗИ органов брюшной полости	Печень — нормальных размеров, эхо-структура однородная, края ровные, внутripеченочные желчные протоки не расширены, v. portae 7,5 мм. Желчный пузырь грушевидной формы; размеры: 68,0 x 37,0 мм; толщина стенки — 1.85 мм; содержимое однородное; холедох не расширен — 4.9 мм. Поджелудочная железа — эхогенность нормальная, контур гладкий, размеры: 32,0 x 21,0 x 28,0 мм; вирсунгов проток — 1,3 мм. Селезенка — норма (размеры: 8,0 x 11,0 мм). Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Метеоризм.	Эхо-структура органов брюшной полости не нарушена. Метеоризм.

Копрограмма	Форма — неоформленный консистенция — мягкий цвет — коричневый слизь — отсутствует реакция на кровь — 0 реакция — нейтральная остатки непереваренной пищи — отсутствуют мышечные волокна: переваренные и непереваренные — отсутствуют нейтральный жир — отсутствует жирные кислоты — отсутствуют мыла — отсутствуют крахмал — отсутствует непереваренная клетчатка — в небольшом количестве переваренная клетчатка — отсутствует Бактерии: отсутствуют Клостридии А, В: отрицательно Дрожжевые грибы: отсутствуют Кал на яйца глистов - отрицательно	Нарушение консистенции стула, патологических примесей нет. Данных за функциональные нарушения билиарного тракта-нет. Избыточно- бактериального роста нет. Грибов, паразитов нет.
Консультация врача психотерапевта	Тревожно - депрессивное расстройство легкой степени тяжести. Рекомендовано лечение: пароксетин 20 мг/сут. Сеансы психотерапии 2 раза в неделю.	

ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенных исследований был установлен клинический диагноз: Синдром раздраженного кишечника, смешанный вариант. Дефицит массы тела. Тревожно - депрессивное расстройство легкой степени тяжести.

Назначено лечение:

Диета FODMAP, физическая активность низкой интенсивности (йога, пилатес, растяжка) 150 минут в неделю. Лекарственная терапия: Мебеверин 200 мг 2 раза в сутки, за 30 минут до еды, в течение 1 месяца в комплексе с антидепрессантом Пароксетин в дозе 20 мг в сутки, назначенным психотерапевтом. На контрольном приеме через 1 месяц пациентка отметила, что при употреблении таких продуктов, как томаты, яблоки, капуста белокочанная, болгарский перец, коровье молоко возникало вздутие живота. После исключения из рациона этих продуктов данный симптом не наблюдался. В связи с этим было принято решение об исключении вышеперечисленных продуктов из диеты пациентки, после чего нарушение стула, боли в животе не беспокоили. Препарат Мебеверин 200 мг отменен и рекомендован к применению «по требованию». Прием Пароксетина 20 мг в сутки продолжен. За период наблюдения в течение 3 месяцев женщина не предъявляла жалоб со стороны органов желудочно-кишечного тракта, отмечает улучшение настроения и аппетита. Вес пациентки увеличился до 48 кг. При этом она продолжает посещать психотерапевта и принимать Пароксетин 20 мг в сутки. Рекомендовано максимально ограничить или исключить из рациона следующие продукты: яблоки, белокочанную капусту, болгарский перец, томаты и коровье молоко в связи с обострением симптоматики при их употреблении и продолжить наблюдение врача – психотерапевта.

ВЫВОДЫ

1. Принимая во внимание сохранение эффективности лечения после отмены спазмолитического препарата, можно сделать вывод о положительном влиянии соблюдения диеты FODMAP в сочетании с антидепрессантом Пароксетин в дозировке 20 мг в сутки и когнитивно-поведенческой психотерапией.

2. FODMAP-диетотерапия помогает разработать персонализированный рацион пациентам с СРК, что непосредственно улучшает их качество жизни и сокращает срок лечения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- 1.Международные клинические рекомендации Синдром раздраженного кишечника: офиц.сайт.-URL-<https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/190> (дата обращения: 24.03.24)
- 2.Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России: Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника: офиц.сайт-URL-https://gastro.ru/userfiles/R_SRK2021.pdf (дата обращения: 20.03.24).
- 3.Pessarelli T, Sorge A, Elli L, Costantino A. The Low-FODMAP diet and the gluten-free diet in the management of functional abdominal bloating and dis- tension. Front Nutr. 2022;9:1007716. Published 2022; <https://www.monashfodmap.com> (дата обращения: 20.03.24).
- 4.Ардатская М.Д.: Абдоминальная боль и висцеральная гиперчувствительность у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. Римские критерии IV и клиническая практика//2017 URL: <http://zacofalk.ru/files/b49aea87b65195bd7dfd05f0ab78c6011528442629.pdf?ysclid=lucwz5b53143635892> (дата обращения 20.03.2024)
- 5.Kortlever T.L. Low-FODMAP Diet Is Associated With Improved Quality of Life in IBS Patients-A Prospective Observational Study.//сайт URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30644587/> Дата публикации: 15.06.2019

Сведения об авторах

К.Р. Михайловская – врач-терапевт, ординатор специальности Диетология

Е.С. Сорокина – врач-терапевт, ординатор специальности Терапия

Л.В. Федотова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры Госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Information about the authors

K.R. Mikhailovskaya* – Postgraduate student of Dietetics

E.S. Sorokina – Postgraduate student of Therapy

L.V. Fedotova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor of the Department of Hospital Therapy of USMU

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

mikhaj-karina@yandex.ru

УДК: 616.329-002

ГЭРБ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Невская Арина Антоновна^{1,2}, Попов Артем Анатольевич¹

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «ЦГКБ №3 г. Екатеринбург»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта. Хотя по данным большого мета-анализа частота ГЭРБ в общей мировой популяции оценивается как 13,3%, истинная распространенность заболевания остается не известной в силу низкой обращаемости пациентов, широкого спектра пищеводных и непищеводных проявлений, а также различающихся в разных странах диагностических подходов. Нетипичные симптомы ГЭРБ при отсутствии выраженной изжоги и отрыжки могут приводить к диагностическим ошибкам. **Цель исследования** – рассмотреть на примере клинического случая трудности диагностики ГЭРБ в реальной практике врача. **Материал и методы.** Проведен сбор анамнеза, физикальный осмотр терапевтом, неврологом, изучена доступная медицинская документация, проведен анализ литературных источников отечественных и зарубежных авторов. Получено информированное согласие пациента на обезличенное использование медицинской информации для научных и образовательных целей. Форма информированного согласия одобрена Этическим комитетом УГМУ. **Результаты.** Мы наблюдали случай ГЭРБ у мужчины 35 лет, первоначально расцененный как невроз гортани по типу гиперестезии. ... Достижение выраженного клинического эффекта на фоне адекватной патогенетической терапии подтверждает правильность диагностической гипотезы о ГЭРБ при отсутствии типичных критериев заболевания. **Выводы.** Частое сочетание психосоматических заболеваний с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта не исключает вероятность выявления органической патологии верхних отделов системы пищеварения. Доступные методы обследования позволяют выявлять ГЭРБ даже при отсутствии типичных симптомов желудочно-пищеводного рефлюкса. Эффективность назначенной терапии является подтверждением диагностической гипотезы.

Ключевые слова: гастроэнтерология, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: CLINICAL CASE

Nevskaya Arina Antonovna^{1,2}, Popov Artem Anatolevich¹

¹Department of Hospital Therapy