

Синдром подразненого кишечника: етіологія, патогенез і лікування

Національна науково-практична конференція з міжнародною участю «Запальні та функціональні захворювання кишечника», котра відбулася 21-22 листопада в Києві, зібрала чималу аудиторію фахівців з України та зарубіжжя. У рамках заходу учасники мали змогу ознайомитися із сучасними поглядами на діагностику та лікування найпоширеніших патологій шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Особливу увагу було приділено функціональним захворюванням, які на сьогодні вважаються актуальною проблемою гастроентерології.



Професор кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Галина Анатоліївна Соловійова присвятила свій виступ од-

ному з найпоширеніших функціональних захворювань органів травлення – синдрому подразненого кишечника (СПК).

СПК – це хронічне захворювання, основними проявами якого є абдомінальний біль із порушенням кишкової функції. Рік у рік розповсюдженість синдрому зростає. Так, за деякими прогнозами, у 2040 р. очікуються більшість випадків СПК серед світового населення. Крім того, зниження якості життя пацієнтів і збільшення витрат на їх лікування зумовлюють значні соціально-економічні проблеми.

Унаслідок багатфакторного характеру СПК існує велика кількість теорій щодо його етіології та патогенезу. Найпопулярнішою є біопсихосоціальна модель розвитку СПК (Drossman D.A., 2006). Відповідно до неї, захворювання виникає через запалення, порушення вісцеральної чутливості та моторики кишечника, котрі розвиваються на тлі поєднаного впливу соціальних і генетичних факторів, хронічного стресу

та психотравматичних ситуацій. Сучасна теорія патогенезу СПК передбачає двонаправлену взаємодію між кишковим мікробіомом, кишечником і мозком (Mayer E.A. et al., 2014).

Завдяки методам молекулярної біології встановлено активацію як місцевої, так і системної імунної відповіді в пацієнтів із СПК. Спостерігається збільшення кількості імунних клітин у тканині слизової оболонки кишечника, особливо тучних, які виділяють підвищену кількість протеаз, серотоніну, гістаміну, а також прозапальних цитокінів та арахідонової кислоти в безпосередній близькості до нервових закінчень ШКТ. Це головна причина взаємодії ендокринної та нервової системи кишечника, що є основою формування клінічних проявів СПК.

Причини активації тучних клітин досі не встановлено. Головними тригерами деякі вчені вважають харчову алергію, стрес, перенесені кишкові інфекції, спадкову схильність, мальабсорбцію та порушення метаболізму жовчних кислот. Майже в усіх випадках СПК виявляється порушення балансу мікробіоти кишечника. У таких хворих зазвичай спостерігається зменшення вмісту лакто- та біфідобактерій зі зниженням аеробно-анаеробного коефіцієнту. Це призводить до дисбалансу мікробіому та збіднення мікробної різноманітності ШКТ. Отже, щоби краще зрозуміти генез клінічної картини СПК і, відповідно, полегшити його диференціацію з іншими функціональними

захворюваннями ШКТ, необхідно знати основні системні механізми взаємодії різноманітних патогенетичних факторів.

Діагностика СПК ґрунтується на виявленні основної симптоматики згідно з Римськими критеріями IV. Важливим моментом є виключення так званих клінічних симптомів тривоги, до яких належать:

- вік >50 років;
- кров у калі, визначена макро- та мікроскопічно;
- незрозуміла втрата маси тіла;
- нічна симптоматика;
- лихоманка;
- пальпаторне виявлення утворень у животі;
- анемія;
- позитивний сімейний анамнез злоякісних новоутворень і запальних захворювань кишечника.

За умови підтвердження діагнозу функціонального захворювання подальша діагностична програма передбачає проведення мінімального числа загальноклінічних аналізів. В окремих випадках, за нестандартної клінічної симптоматики та сумнівної ефективності призначеної терапії, можуть рекомендуватися колоноскопія або інші специфічні лабораторні тести.

Крім того, для диференційної діагностики СПК із запальними захворюваннями кишечника важливим є визначення специфічних біомаркерів запалення, до яких належать фекальний кальпротектин, фекальний лактоферин, С-реактивний білок і швидкість зсідання еритроцитів. Зокрема, виявлення в пацієнтів із СПК нормальних значень кальпротектину виключає запальний генез клінічних симптомів.

Основними маркерами, що свідчать на користь СПК, є:

- хронічний перебіг захворювання;
- наявність інших функціональних захворювань ШКТ;
- наявність інших функціональних захворювань, не пов'язаних із системою травлення;
- психосоціальні детермінанти;
- варіабельність випорожнень (>3 різних форм калу протягом тижня, що свідчить на користь СПК із переважанням діареї);
- раптові випорожнення (для СПК із діареєю).

Значну увагу було приділено супутньому постпрандіальному дистрес-синдрому (ПДС), який розвивається приблизно у 2/3 пацієнтів із СПК. Це найпоширеніший тип функціональної диспепсії: його частка серед інших різновидів становить приблизно 50% (Friesen C.A. et al., 2018). Якість життя пацієнтів із ПДС зазнає особливо негативного впливу внаслідок хронічного емоційного стресу через симптоми захворювання, а також зниження працездатності та фінансовий аспект (Marric R.A. et al., 2019). Крім того, високий рівень тривоги та депресії в таких хворих може спричинити надзвичайно негативні наслідки щодо прогнозу. Тому важливими є виявлення в пацієнтів із СПК супутнього ПДС і раціональна симптоматична фармакотерапія цього функціонального стану.

Надалі було розглянуто менеджмент пацієнтів із СПК відповідно до сучасних міжнародних і вітчизняних настанов. Передусім необхідно надати психологічну підтримку хворим і докладно розповісти про особливості захворювання. Також важливим є надання дієтичних рекомендацій, які передбачають зміну харчової поведінки з дотриманням дієти та виключенням із раціону

харчових продуктів, що посилюють симптоми СПК.

Хронічний стрес із симптомами тривоги та депресії є складовим патогенезу СПК, отож необхідним є застосування психофармакологічних агентів у пацієнтів із тяжким перебігом. Препаратами вибору є трициклічні антидепресанти й антидепресанти з групи антагоністів зворотного захоплення серотоніну. Лікар повинен бути обізнаним щодо оптимального призначення психотропних лікарських засобів у хворих, які страждають на СПК.

Симптоматичне лікування пацієнтів із СПК залежить від субтипу захворювання. Препаратом вибору при СПК із переважанням діареї є рифаксимін, що належить до групи напівсинтетичних антибіотиків. Так, у дослідженні A. Lembo та співавт. (2016) було підтверджено клінічну ефективність цього препарату щодо зменшення вираженості симптомів діареї порівняно з плацебо. У разі СПК із переважанням закрепів рекомендованими лікарськими засобами є лінаклотид і лубіпростон.

Згідно з рекомендаціями Української гастроентерологічної асоціації, основою терапії абдомінального болю, що супроводжує всіх пацієнтів незалежно від різновиду та ступеня тяжкості СПК, є спазмолітичні лікарські засоби. На сьогодні одними з найефективніших спазмолітиків вважаються препарати на основі мебеверину, до яких належить Аспазмін (АТ «Київський вітамінний завод»). Даніми власного дослідження підтверджено, що прийом цього препарату протягом щонайменше 2 тижнів достовірно знижує інтенсивність болю в животі в пацієнтів із СПК як із закрепками, так і з діареєю. Аспазмін має здатність зменшувати прояви закрепи та діареї, а також покращувати показники мікробіоти кишечника в бік збільшення облігатної та зменшення умовно-патогенної флори. Особливо показаний цей препарат для пацієнтів із СПК із супутнім ПДС, що підтверджено зменшенням числа диспепсичних проявів на тлі його застосування. Крім того, відзначено роль Аспазміну в зменшенні симптомів депресії та тривоги, що є причиною покращення якості життя хворих, які страждають на СПК.

Доповідач наголосила на важливості оптимального фармакологічного менеджменту пацієнтів із СПК та супутнім ПДС. На сьогодні препаратами з доведеним терапевтичним впливом щодо полегшення симптоматики ПДС вважаються прокінетики на основі ітоприду. Одним із таких є новий вітчизняний лікарський засіб Мотоприд (АТ «Київський вітамінний завод»). Цей прокінетик продемонстрував свою ефективність при лікуванні найпоширеніших захворювань ШКТ (функціональна диспепсія, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, гастропарез і функціональний закрепи). Відзначено відсутність ризику небажаної взаємодії Мотоприду з іншими препаратами при мінімальній побічній дії (в тому числі й відсутність кардіотоксичної дії). Показанням до застосування Мотоприду є купірування симптомів функціональної невиразкової диспепсії. Таким чином, Мотоприд можна застосовувати як ефективний компонент комплексної терапії пацієнтів із коморбідністю функціональної диспепсії та СПК.

Отже, вирішення проблеми абдомінального болю, що є найпоширенішим симптомом СПК, можна досягти за допомогою застосування сучасних спазмолітичних лікарських засобів, до яких належить Аспазмін. До того ж безпека застосування Аспазміну в комбінації з Мотопридом при СПК із супутньою функціональною диспепсією забезпечує досягнення бажаного клінічного ефекту при мінімальній побічній дії. Тому запорукою успіху лікування є включення зазначених препаратів до комплексної терапії пацієнтів із СПК.

Підготувала Лілія Нестеровська



НАДІЙНИЙ ПАТРУЛЬ!

Мотоприд Itopride
При невиразковій функціональній диспепсії

20 таблеток, покритих плівковою оболонкою, по 50 мг

- здуття живота
- відчуття швидкого насичення
- біль та дискомфорт у верхній частині живота
- анорексія • печія • нудота
- блювання

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

РП МОЗ України № 114/174550/101 від 30.05.2018. Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичників і фармацевтичних працівників, а також для поширення в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.