Современная ферментная терапия: дифференцированный подход, патогенетическая направленность

Гастроэнтерологические заболевания традиционно занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости в Украине. Проблемные вопросы диагностики и лечения некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также особенности ферментной терапии при различных патологиях органов пищеварения стали темой беседы нашего корреспондента с доктором медицинских наук, профессором кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Сергеем Михайловичем Ткачом.

С.М. Ткач

– Какие тенденции в лечении гастроэнтерологических патологий наблюдаются в последнее время в Украине?

– Последние годы характеризуются большим прогрессом в плане появления возможностей излечения некоторых заболеваний ЖКТ, прежде считавшихся хроническими. Это происходит благодаря открытию ранее неизвестных этиологических факторов развития гастроэнтерологических патологий. Например, выяснение роли Helicobacter pylori в возникновении пептических язв способствовало тому, что в настоящее время это заболевание излечивается у 85-90% пациентов. Безусловно, этиология ряда гастроэнтерологических патологий, в частности язвенного колита и болезни Крона, все еще остается неизвестной, и они по-прежнему с трудом поддаются лечению. Однако наука не стоит на месте и, возможно, в недалеком будущем предоставит практическим врачам новые данные, которые помогут понять сущность этих заболеваний, а значит – победить их.

Большой проблемой для Украины остается высокая смертность при опухолевых патологиях ЖКТ, распространенность которых в популяции сегодня стремительно растет. В нашей стране среди всех онкопатологий ЖКТ первое место по распространенности занимает колоректальный рак, второе – рак желудка; на третьем месте стоит рак поджелудочной железы – заболевание, характеризующееся высокой степенью злокачественности. Уровень смертности от этих опухолевых заболеваний в Украине достаточно высок и обусловлен в первую очередь недостаточной ранней диагностикой и отсутствием системы скрининговых мероприятий.

– Какие факторы риска развития опухолевых заболеваний ЖКТ называют современные исследователи?

– Среди основных факторов риска развития онкопатологий ЖКТ – нерациональное питание, курение и новый безусловный предиктор многих онкопатологий – ожирение. Последнее приобретает характер пандемии во всем мире и в 3-4 раза повышает вероятность развития рака поджелудочной железы. Кроме того, весомый вклад в развитие онкопатологии ЖКТ вносят хронические воспалительные заболевания органов пищеварительной системы. Так, рак поджелудочной железы часто развивается на фоне нелеченного хронического панкреатита. В свою очередь, главными факторами риска развития хронического панкреатита являются заболевания желчного пузыря и хронический алкоголизм.

– Хронический панкреатит – один из наиболее частых диагнозов в отечественной гастроэнтерологии. Каковы его основные проявления?

– В настоящее время хронический панкреатит составляет 7-8% в структуре всех гастроэнтерологических патологий. Основным проявлением заболевания на ранних этапах развития является болевой синдром. По мере прогрессирования патологии и в процессе атрофии ткани поджелудочной железы его выраженность снижается; в то же время актуализуются проявления внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и синдрома мальдигестии.

– Существуют ли проблемы диагностики хронического панкреатита в Украине и с чем они связаны?

– Проблемы диагностики хронического панкреатита действительно актуальны для нашей страны. Следует отметить два сложных момента: с одной стороны – несвоевременная диагностика многих случаев заболевания, с другой – гипердиагностика, чаще всего – исключительно на основании наличия отдельных клинических признаков и результатов ультразвукового исследования.

Вопреки сложившемуся мнению, диагноз хронического панкреатита является одним из самых сложных в гастроэнтерологии. Для диагностирования этого заболевания необходимо осуществить комплексную оценку состояния пациента на основании клинических симптомов, данных инструментальных и лабораторных исследований, позволяющих оценить внешнесекреторную функцию поджелудочной железы. К лабораторной диагностике практические врачи, к сожалению, прибегают не всегда. В качестве золотого стандарта диагностики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы во всем мире сегодня широко используется определение уровня фекальной эластазы-1, которое сегодня доступно и в Украине. Следовательно, причинами недостаточно полного обследования больных в таких случаях служат инертность и низкий уровень образованности врачей. А ведь лабораторные исследования при хронических панкреатитах очень важны в плане назначения адекватной ферментной терапии и правильного выбора ферментного препарата.

– Каковы последствия несвоевременного и неправильного лечения хронического панкреатита?

– Как уже упоминалось, наиболее грозным последствием нелеченного хронического панкреатита является рак поджелудочной железы. Менее тяжелыми, но в значительной мере влияющими на качество жизни пациента, являются последствия внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, а именно: прогрессирование мальдигестии, закисление проксимальных отделов тонкой кишки и избыточный бактериальный рост условно-патогенной микрофлоры. Это обусловливает развитие таких симптомов, как метеоризм, вздутие живота, боли в области мезогастрия. Распространенной ошибкой врачей в таких случаях является использование в качестве клинического диагноза термина «дисбактериоз», который является микробиологической, а не клинической характеристикой.

Неправильное понимание причин нарушений микробиоценоза кишечника и отсутствие патогенетического лечения приводят к усугублению вышеуказанных симптомов на фоне длительного и бесполезного приема пробиотических препаратов, в то время как для коррекции данного состояния необходимо назначение антибактериальных препаратов и, конечно, адекватное лечение хронического панкреатита, одним из основных аспектов которого является ферментная терапия.

– Как правильно подобрать ферментный препарат при хроническом панкреатите?

– Выбор препарата зависит от стадии заболевания и степени выраженности панкреатической недостаточности. На ранней стадии, когда в клинической картине преобладает болевой синдром и имеет место относительная панкреатическая недостаточность, следует назначать безоболочечные ферментные препараты. Они начинают действовать в проксимальной части двенадцатиперстной кишки, разрушая регуляторные белки – рилизинг-пептиды, влияющие на высвобождение гормонов, стимулирующих секрецию поджелудочной железы, – холицистокинина и секретина. Далее по механизму обратной связи, в реализации которого большую роль играют протеазы, создается так называемый функциональный покой поджелудочной железы, проявляющийся сниженной выработкой собственных ферментов. Вследствие этого снижается давление в протоках и паренхиме поджелудочной железы, уменьшается ишемия органа, что способствует купированию болевого синдрома.

Сегодня американские гастроэнтерологи рекомендуют для лечения болевой формы хронического панкреатита такие безоболочечные ферментные препараты как Виоказе-8, Виоказе-16, Кузим и Котазим. К сожалению, на украинском фармацевтическом рынке эти препараты не зарегистрированы. Украинским пациентам доступны другие, различные по форме выпуска и дозировке препараты панкреатина:

- таблетированные ферментные препараты без энтеросолюбильной оболочки, например Мезим форте (так называемая безоболочечная форма выпуска);
- таблетированные ферментные препараты, покрытые энтеросолюбильной оболочкой, – Мезим форте 10 000, Пангрол 20 000, Панзинорм форте Н 20 000 и др.;
- микротаблетированные препараты панкреатина в капсулах с высоким содержанием липазы – Пангрол 10 000 и Пангрол 25 000;
- минимикросферические препараты панкреатина в капсулах – Креон 10 000, 25 000 и 40 000.

Напомню, что более высокие дозы панкреатических ферментов в большей мере показаны при выраженной панкреатической недостаточности, когда секреция собственных ферментов резко снижена.

В этом аспекте нельзя рассматривать ферментные лекарственные средства с разным содержанием ферментов и разными формами выпуска (безоболочечные, одноболочечные и двухоболочечные) в качестве конкурентов. Каждый препарат занимает свою нишу в лечении гастроэнтерологических заболеваний, поэтому при проведении ферментной терапии следует использовать дифференцированный подход, учитывая форму хронического панкреатита (болевая или латентная) и степень панкреатической недостаточности. На мой взгляд, таблетированные ферментные препараты сегодня не менее востребованы, чем более современные двухоболочечные (микротаблетированные и микросферические), которые мы применяем в своей практике чаще всего с целью заместительной терапии при выраженном снижении внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Таблетированные же ферментные препараты, как мне подсказывает мой клинический опыт, успешно могут применяться не только для терапии болевых форм хронических панкреатитов, но и при функциональных диспепсиях.

– Проблемы, связанные с диагностикой и лечением функциональной диспепсии, приобретают сегодня все большую актуальность. Каковы симптомы этого состояния и какие группы препаратов используются сегодня в его лечении?

– Функциональная диспепсия – это состояние, которое характеризуется наличием симптомокомплекса, включающего боль в эпигастрии, тошноту, метеоризм, аэрофагию и другие симптомы, свидетельствующие о вовлеченности верхних отделов ЖКТ. При этом каких-либо структурных изменений даже при самом тщательном обследовании не выявляется. То есть в основе функциональной диспепсии лежат функциональные расстройства – нарушения моторики и/или кислотности желудка, висцеральная гиперчувствительность, психические и некоторые другие факторы.

В структуре всех гастроэнтерологических патологий функциональная диспепсия составляет примерно 20-30%.

К сожалению, на основании желудочных проявлений функциональной диспепсии врачи часто диагностируют хронический гастрит, наличие которого не подтверждается при более тщательном сборе анамнеза и проведении гастроскопии с биопсией. Нередко устанавливается несуществующий диагноз «хронический энтероколит», который является в принципе неверным и не отражает истинных причин наблюдающихся симптомов. В отсутствие грамотного патогенетического лечения симптомы функциональной диспепсии усугубляются, значительно ухудшая качество жизни пациента на протяжении многих лет.

В терапии функциональной диспепсии сегодня используется комплексный подход. В зависимости от варианта заболевания могут назначаться антацидные препараты, ингибиторы протонной помпы, H_2-блокаторы, эрадикация Helicobacter pylori (при наличии этого возбудителя), а также прокинетики. Как уже упоминалось, в последнее время в схемы лечения пациентов с функциональной диспепсией мы включаем таблетированные ферментные препараты (например, Мезим форте, Мезим форте 10 000), и накопленный клинический опыт свидетельствует об их эффективности.

Кроме того, для устранения одного из основных симптомов заболевания – метеоризма – в лечении функциональной диспепсии успешно применяется препарат Эспумизан («Берлин-Хеми Менарини»), содержащий уникальное действующее вещество – симетикон. Препарат уменьшает газообразование в кишечнике, косвенно влияя на нормализацию пищеварительных функций. Распространенной врачебной ошибкой является назначение Эспумизана в недостаточных дозах, тогда как препарат обладает высокой степенью безопасности: химически инертен, нетоксичен, не всасывается. Поэтому для достижения выраженного эффекта можно назначать до 10 капсул Эспумизана в сутки (по 2 капсулы за один прием).

Таким образом, грамотная диагностика гастроэнтерологических патологий и их своевременное комплексное лечение могут способствовать повышению качества жизни пациентов, а также предупреждают развитие серьезных заболеваний и осложнений.

Подготовила ***Наталья Очеретяная***

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 6200 посещений в день • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года