

Ведение пациентов с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника



Н.В. Харченко

Одним из важнейших событий в текущем году для врачей гастроэнтерологической службы нашей страны стал IV съезд гастроэнтерологов (22-24 сентября, г. Днепропетровск), на котором ведущие специалисты из всех регионов Украины обсудили актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Современный подход к терапии пациентов с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника (ПСРК) представила глава организационного комитета съезда, заслуженный деятель науки и техники Украины, главный гастроэнтеролог МЗ Украины, вице-президент Украинской гастроэнтерологической ассоциации, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталия Вячеславовна Харченко.

— В настоящее время такой группе нозологий, как функциональные расстройства ЖКТ, в силу их выраженной эпидемиологической, клинической и социальной значимости уделяется все более пристальное внимание ученых. Говоря об одном из таких нарушений — синдроме раздраженного кишечника (СРК), необходимо признать, что регистрация пациентов с этим заболеванием в нашей стране находится на крайне низком уровне. В то же время данные зарубежных исследований свидетельствуют о том, что СРК страдает около 20% населения земного шара (D.A. Drossman, 1999). Согласно Римскому консенсусу III (2006) под СРК принято понимать биопсихосоциальное расстройство, формирующееся под влиянием двух основных механизмов — психосоциального воздействия и сенсомоторной дисфункции кишечника. Нарушение моторики кишечника и развитие висцеральной гиперчувствительности может быть объяснено дискоординацией центральной, периферической и гуморальной регуляции основных функций ЖКТ. Одну из главных проблем при этой патологии представляет выявление, диагностика и лечение одного из ее клинических вариантов — ПСРК, первые убедительные доказательства существования которого были получены в результате проспективного анализа пациентов, проходящих лечение по поводу острого гастроэнтерита: у 24-32% из них через 3 мес после перенесенной инфекции формировался синдром, подобный СРК (K.R. Neal et al., 1997).

В исследовании российских ученых с участием 750 пациентов с СРК показано, что 60% обследуемых связывали начало болезни с перенесенной острой кишечной инфекцией (ОКИ), 40% — с употреблением в пищу некачественных продуктов; 5 пациентов проходили лечение в инфекционных стационарах (у 3 был диагностирован шигеллез Флекснера, у 2 — сальмонеллез), у остальных возбудитель ОКИ идентифицировать не удалось. У 62% больных СРК были обнаружены антигены возбудителей ОКИ, при этом у 68% из них было выявлено сразу несколько антигенов (Феонов и соавт., 2008). В большинстве случаев ПСРК клинически протекает с преобладанием диареи и значительным нарушением состава фекальной микрофлоры.

При диагностике ПСРК важно учитывать тот факт, что существующие методы далеко не всегда позволяют идентифицировать возбудителя ОКИ.

В последнее время многими учеными выделяется группа так называемой неизученной активной протозойной инфекции (НАПИ), которой отводится одна из ведущих ролей в развитии ПСРК. Кроме НАПИ, у 38% больных СРК выявляются *Blastocystis hominis*, у 42% — *Dientamoeba fragilis*; все эти люди являются хроническими носителями инфекции. К сожалению, прогрессирующее ухудшение экологических условий приводит к тому, что у большинства пациентов заболевание, в том числе инфекционное, которое маскируется клиникой СРК, протекает вяло в связи со снижением напряженности иммунитета, незавершенным фагоцитозом патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Кроме того, глобальной проблемой сегодня представляется развитие резистентности возбудителей к антибактериальным средствам в совокупности с недостаточно точной диагностикой.

Описанные механизмы инициируют длительное внутриклеточное паразитирование возбудителей кишечных инфекций и формирование ПСРК, трудно поддающегося лечению.

Считается, что для контингента больных ПСРК характерны нарушения иммунного статуса, прежде всего субпопуляции Т-лимфоцитов, истощение наивных Т-клеток; могут отмечаться незначительные изменения и в гуморальном звене иммунитета. Однако повышенный уровень IgG в периферической крови у таких пациентов свидетельствует о вялой, хронической продукции антител против антигенов возбудителей ОКИ; это как раз тот фон, который поддерживает симптоматику СРК у 62% больных. Кишечные инфекции, нарушения микробного пищеварения, повышение проницаемости кишечной стенки под влиянием продуктов метаболизма условно-патогенной флоры и возбудителей кишечных инфекций, возрастание интенсивности агрессии антигенов в отношении организма больного, выраженное нарушение иммунного ответа, вялый иммунный ответ (из-за малого количества инфекционного агента) — факторы, создающие благоприятные условия для роста условно-патогенной флоры и персистенции возбудителей ОКИ. В пользу этого свидетельствует тот факт, что у лиц, перенесших острый гастроэнтерит, СРК развивается в среднем в 2 раза чаще, чем в общей популяции. У пациентов, получавших лечение ингибиторами протонной помпы, особенно длительное, также чаще встречается СРК. Это происходит из-за деактивации защитного барьера желудка (кислой среды) и более легкой последующей колонизации ЖКТ бактериями.

Что касается диагностики ПСРК, хотелось бы упомянуть метод, разработанный отечественными учеными, — ультразвуковую колоноскопию с контрастированием толстой кишки (чувствительность метода — около 70%). Трансбрюшинное ультразвуковое исследование толстой кишки с наполнением и без наполнения диагностическим раствором (водой) позволяет определить не только состояние ее стенки, но и наличие дивертикулов, воспаления, полипов (от 5 мм и более), а также (в случаях онкологической патологии) степень инвазии в стенку кишки, благодаря чему возможно более точно определить тактику терапии.

Терапия ПСРК подразумевает использование довольно широкого арсенала медикаментозных средств, таких как кишечные антисептики (в ряде случаев антигельминтные средства), регуляторы моторики, а также лекарственные препараты, восстанавливающие нормальный микробный пейзаж кишечника. Для нормализации состава кишечной микрофлоры чаще всего назначаются комбинированные кишечные антисептики, эффективные в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных кишечных бактерий и грибов рода *Candida*; не утратил своего значения и нифуроксазид, особенно при диарейном синдроме. У ряда больных довольно хороший клинический эффект демонстрирует месалазин. Было выявлено, что применение последнего оказывает влияние на иммунные биомаркеры слизистой кишечника, которые сокращают число тучных клеток в слизистой, то есть модулируют иммунную составляющую воспалительного процесса, препятствуя его развитию, что значительно улучшает качество жизни больных СРК. К коррекции нарушений микробного пейзажа ЖКТ стоит приступать лишь после устранения проявлений воспалительного процесса. Важно, что микрофлора участвует в обеспечении и контроле моторной активности кишечника посредством ряда механизмов, таких как продукция короткоцепочечных жирных кислот и др., поэтому сформировать хорошую моторику кишечника без создания нормального состава его микрофлоры крайне затруднительно.

Неплохие результаты при лечении СРК демонстрирует тримебутина малеат — синтетический агонист периферических опиоидных рецепторов μ , σ и κ , способный как расслаблять, так и стимулировать сокращение гладкой мускулатуры кишечника. Однако, несмотря на использование всех вышеперечисленных групп лекарственных средств, препаратами выбора в терапии пациентов с СРК остаются спазмолитики.

Наиболее предпочтительным считается включение в схему лечения больных функциональными расстройствами ЖКТ мебеверина гидрохлорида (например, препарата Меверин® (корпорация Arterium)). Одним из важнейших преимуществ современного селективного миотропного спазмолитика мебеверина является сохранение нормальной перистальтики кишечника после устранения его гипермоторной активности.

На нашей кафедре было проведено сравнительное исследование эффективности и безопасности препарата Меверин® и оригинального мебеверина. Препараты назначались по 1 капсуле 2 р/день на протяжении 14 дней. В исследование были включены 60 больных в возрасте от 18 до 58 лет, рандомизированных на 2 статистически однородные группы (основная — группа Меверина, контрольная — оригинального препарата). В результате были получены данные, свидетельствующие о существенном уменьшении выраженности как болевого, так и диспепсического синдромов у 26 (87%) больных основной группы и 27 (90%) пациентов контрольной группы; умеренная эффективность

регистрировалась к концу курса лечения у 4 (13%) и 3 (10%) пациентов соответственно. При этом лечение переносилось хорошо в обеих группах испытуемых, нежелательных эффектов выявлено не было. На основании полученных результатов был сделан вывод о высокой эффективности препарата Меверин® (корпорация Arterium) в лечении больных СРК, сопоставимой с таковой оригинального препарата мебеверина.

Резюмируя изложенное, хотелось бы отметить, что ПСРК — это тот вариант функциональных расстройств ЖКТ, который требует пристального внимания со стороны специалистов, поскольку довольно часто в процессе терапии больных СРК из поля зрения упускается инфекционный агент, что приводит к неполному излечению ОКИ и формированию условий для длительной персистенции ее возбудителя. Поэтому необходимо крайне тщательно проводить выявление возможных возбудителей кишечной инфекции, поскольку именно на этом базируется дальнейшее патогенетическое лечение пациентов с ПСРК.

Таким образом, терапевтические возможности при ведении пациентов с ПСРК постоянно расширяются благодаря разработке новых высокоэффективных средств, воздействующих на ключевые звенья патогенеза заболевания и в то же время обладающих оптимальным сочетанием показателей эффективности и безопасности. К таким лекарственным средствам относится селективный миотропный спазмолитик отечественного производства Меверин® (мебеверина гидрохлорид), который может применяться в лечении всех форм СРК.

Подготовил Антон Проїдак



Меверин®

УСУВАЄ СПАЗМИ БЕЗ РИЗИКУ ГІПОТОНІЇ КИШЕЧНИКУ

- Антиспастичний ефект
- Вибірковість дії на гладку мускулатуру шлунково-кишкового тракту
- Нормалізація моторики

Ближче до людей
ARTERIUM

Додаткова інформація по продукту
0800 307 000*

* дзвінок зі стандартним телефонним номером безкоштовно