

С.М. Ткач, д.м.н., профессор кафедры внутренней медицины № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, г. Киев

Синдром раздраженной кишки: естественное течение и возможности противорецидивной терапии

Синдром раздраженной кишки (СРК) ввиду высокой распространенности и негативного влияния на качество жизни представляет собой важную медицинскую проблему.

Распространенность СРК в разных странах варьирует, тем не менее это заболевание относится к наиболее распространенным и является третьим по частоте в структуре гастроэнтерологической патологии. В развитых странах СРК регистрируется у 5-10% взрослого населения. В частности, в США симптомами СРК обусловлены более 3 млн амбулаторных визитов в год, прямые и не прямые расходы на ведение пациентов с СРК ежегодно превышают 1 млрд долларов США, больные СРК в 2 раза чаще обращаются к различным медицинским ресурсам, чем пациенты без этого синдрома.

Симптомы СРК настолько широко распространены в обществе, что их можно рассматривать как часть человеческого существования. Едва ли ни каждый человек в течение определенного времени испытывает кишечный дискомфорт и нарушения дефекации, однако не у всех эти симптомы формируются в стойкое болезненное состояние. В случае формирования заболевания СРК, не приводя к повышению смертности, тем не менее практически не вылечивается и сопровождает индивида на протяжении всей жизни.

Наиболее простое определение трактуется СРК как абдоминальную боль или дискомфорт в сочетании с нарушениями стула на протяжении не менее 3 мес. Согласно Римским критериям III первичный диагноз СРК можно устанавливать, если на протяжении 12 нед в течение последних 6 мес абдоминальный дискомфорт или боль сочетаются с двумя из трех симптомов: облегчением после дефекации и/или изменением частоты стула, и/или изменением консистенции стула.

Выделение субтипов СРК основывается не на частоте, а на консистенции стула, которая оценивается по Бристольской шкале. Выделяют СРК с преобладанием диареи (СРК-Д, 39% всех случаев заболевания), СРК с преобладанием запора (СРК-З, 31% случаев), СРК смешанного типа (6%) и СРК неопределенного типа (24%).

Естественное течение СРК

Заболевание чаще всего развивается в молодом возрасте, преимущественно у женщин (около 70-80% случаев), однако может также наблюдаться у детей и лиц пожилого возраста. Хотя СРК и не является жизнеугрожающим состоянием, однако ввиду длительности течения может существенно ухудшать качество жизни. Течение СРК непредсказуемо и чаще всего характеризуется чередующимися периодами обострения и ремиссии или длительным существованием симптоматики. Клиническая картина у каждого конкретного пациента меняется в зависимости от тяжести заболевания, что зачастую определяет особенности диагностики и оказания медицинской помощи. Наличие и выраженность симптомов СРК часто варьируют не только у различных больных, но и в течение определенного времени у одного и того же пациента.

По данным исследований, в которых наблюдали больных СРК в течение 12 лет, более чем у 50% пациентов симптомы сохраняются и носят нарастающий,

то ослабевающий характер. В целом, согласно данным эпидемиологических исследований, СРК не является угрожающим жизни заболеванием, его прогноз, как правило, благоприятный, а вероятность трансформации в органическую патологию крайне низка. Так, по данным Кау и соавт. при наблюдении за пациентами с СРК (n=4581) в течение 5 лет первоначальный диагноз не изменился. Подобные результаты были получены Talley и соавт. и Harvey и соавт. при наблюдении за 1021 больным в течение 2 лет и 97 пациентами в течение 8 лет соответственно. При наблюдении за 112 больными СРК в течение 32 лет (Owens et al., 2000) диагноз изменился только у 3 пациентов.

На исходы СРК влияют как проводимое лечение, так и манера постановки диагноза. В частности, на прогноз СРК положительно влияют точно и уверенно установленный диагноз, отказ от ненужных обследований и установление доверительных отношений между врачом и пациентом. Последнее зависит не только от личных качеств врача, но также от его знаний в области СРК и способности доступно ответить на все вопросы пациента. На долгосрочный прогноз и качество жизни пациентов влияет и степень их информированности о своем заболевании, поэтому наблюдение является важнейшим элементом диагностики и лечения. Чем меньше объем проведенных исследований, тем активнее должна выполняться переоценка состояния больного в процессе наблюдения. При этом следует подтверждать диагноз функционального расстройства, контролировать эффективность проводимого лечения и поддерживать доверительные отношения с пациентом. Во время контрольных посещений следует оценивать общее состояние больного и абдоминальную симптоматику, а также его психологическое состояние, диету и т. д. Для этого можно использовать специальный дневник, различные шкалы оценки боли и дискомфорта в животе, частоты и характера стула. Дополнительно проводятся исследования по влиянию СРК на качество жизни пациентов и оценке их психологического статуса, например, с помощью специальной шкалы HAD.

У многих пациентов с СРК легкой или средней тяжестью заболевания благодаря лечению необходимости в посещениях врача отсутствуют. Резистентные к лечению или сомнительные случаи требуют более длительного наблюдения. Потребность в длительном наблюдении больного с СРК сугубо индивидуальна. Пациенты с симптомами легкой или средней степени тяжести и отсутствием сопутствующих заболеваний требуют минимального наблюдения. Лица с более выраженными и стойкими симптомами, а также с сопутствующими психологическими проблемами нуждаются в длительном наблюдении и поддержке. Такие больные склонны обращаться к нескольким врачам, а также пользоваться неотложной медицинской помощью без надобности.

Ведение пациентов с СРК

Ведение больных СРК является достаточно сложной задачей. Как и при других

функциональных заболеваниях, диагностический и лечебный подходы должны быть строго индивидуализированы. Современные препараты, рекомендуемые к использованию у пациентов с СРК, имеют глубоко дифференцированные механизмы действия и соответствующие мишени при различном наборе симптомов. Соответствующие стратегии ведения больных направлены как на абдоминальную боль, являющуюся визитной карточкой СРК, так и на облегчение симптомов, связанных с нарушением функций кишечника.

Последние клинические рекомендации по ведению больных СРК (2009), основанные на данных доказательной медицины, включают ряд препаратов и лечебных мероприятий, эффективность которых при данной патологии имеет либо высокую, либо более низкую степень доказательств. В группу строгих рекомендаций с высокой степенью доказательств входят рифаксимин (степень доказательств 1B), любипростон для женщин с СРК-З (1B), алосетрон для женщин с СРК-Д (1B), трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (1B), психотерапия (1B) и тегасерод для женщин с СРК-З (1A). Следует отметить, что хотя эффективность тегасерода имеет высшую степень доказательств, в настоящее время он отозван с фармацевтического рынка ввиду кардиотоксических свойств и пока применяется только в исследовательских протоколах при проведении рандомизированных клинических испытаний (РКИ).

В группу лекарственных средств, имеющих более низкую степень доказательств эффективности при СРК, входят лоперамид для больных СРК-Д (2C), полиэтиленгликоль 3350 и шелуха семян подорожника для больных СРК-З (2C), спазмолитики (2C) и некоторые пробиотики (Bifidobacterium infantis 35624). Следует отметить, что с 2010 г. некоторые спазмолитики (отилония бромид) по результатам РКИ OBIS переведены в группу медикаментов с высокой степенью доказательств эффективности (1B). Пшеничные или ржаные отруби при СРК применять не рекомендуется. Эффективность элиминационной диеты в зависимости от результатов аллергологического тестирования, а также фитотерапии и акупунктуры требует дальнейшего уточнения.

Как уже было сказано, в большинстве случаев симптомы СРК обычно хронические/интермиттирующие по своей природе, что обосновывает длительное ведение таких пациентов, в том числе с применением различных препаратов. Влияние фармакотерапии на симптоматику СРК в настоящее время следует рассматривать с учетом 3 важных практических аспектов: влияния на симптоматику во время лечения; частоты и сроков возврата симптоматики; эффективности повторного назначения препарата. К сожалению, использование доступных сегодня медикаментов, даже тех, которые входят в группу препаратов с высокой доказательной базой, обеспечивает лишь временный эффект. После



С.М. Ткач

прекращения лечения достаточно быстро может иметь место рецидив симптоматики; при этом эффективность повторного назначения лекарственных средств, которые пациент получал ранее, непредсказуема.

Так, алосетрон, являющийся антагонистом 5-HT₃-рецепторов, в дозе 0,5 мг 2 р/сут рекомендован для лечения женщин с тяжелым СРК-Д, не отвечающих на традиционную терапию, поскольку его эффективность доказана в нескольких двойных слепых РКИ. Однако в исследовании Jones и соавт. (1999) было показано, что если в течение 12 нед лечения 623 больных СРК-Д эффективность алосетрона достоверно превышала таковую мебеверина, то после отмены лечения алосетроном в течение 4 нед рецидивы СРК развивались у 45% больных, тогда как в группе мебеверина — у 30% больных. В другом двойном слепом РКИ (Chey et al., 2004), показавшем достоверное превосходство 48-недельного применения алосетрона над приемом плацебо у 714 больных СРК, ранние рецидивы после отмены указанного препарата отмечались в 50% случаев (в группе плацебо — у 40% больных). В исследовании Task и соавт. (2005) тегасерод, являющийся агонистом 5-HT₄-рецепторов, при применении у 2135 больных СРК-З был эффективен в 50,5% случаев (эффективность плацебо у 525 больных — 39,8%), однако после его отмены рецидивы в течение 12-недельного периода без лечения отмечались у 70% больных. При повторном назначении 488 больным СРК-З тегасерод оказался эффективным в 60,5% случаев (применение плацебо у 495 больных было эффективным в 42,8% случаев), но отмена препарата вновь привела к появлению рецидивов у подавляющего большинства участников. Подобные результаты получены и при применении других препаратов с доказанной эффективностью.

Исключением является лишь психотерапия (в первую очередь, гипнотерапия), демонстрирующая не только достоверное улучшение симптоматики по сравнению с контролем при ее прерывистом проведении в течение 15 мес, но и устойчивый эффект после ее прекращения при наблюдении за больными в течение 6 лет (Gonsalkorale et al., 2003). К сожалению, хотя психотерапия и может обеспечивать длительный контроль симптоматики, возможности ее широкого применения ограничены.

Продолжение на стр. 6.

