

Спазмомен. Искусство. Флоренция



Перенестись, хотя бы мысленно, в один из красивейших городов Италии – родину итальянского Ренессанса Флоренцию, увидеть огромные дворцы и храмы, закованные в камень берега реки Арно, побродить по палаццо Веккьо, площади Синьории и галереи Уффици, окунуться в творчество Франческо Петрарки, Джованни Боккаччо, Сандро Боттичелли, Данте Алигьери, Никколо Макиавелли, Леонардо да Винчи и Микеланджело, украинские врачи смогли на мероприятии, состоявшемся при поддержке компании «Берлин-Хеми Менарини» 29 апреля в г. Киеве и посвященном появлению на фармацевтическом рынке Украины препарата Спазмомен после длительного его отсутствия.

Старый новый друг украинских гастроэнтерологов – препарат Спазмомен – является незаменимым средством при синдроме раздраженного кишечника (СРК) – патологии, при которой отсутствует органическая составляющая, однако значимо снижается качество жизни пациентов.

Важные аспекты диагностики и лечения СРК осветила **главный гастроэнтеролог МЗ Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии и диетологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталия Вячеславовна Харченко.**



– СРК – это синдромальный диагноз, который выделен как отдельная нозологическая форма в МКБ-10. Согласно Римским критериям III (2006), СРК определяется как функциональное кишечное расстройство, при котором абдоминальная боль или дискомфорт связаны с нарушением дефекации. Выраженность абдоминальной боли зависит от порога чувствительности каждого человека. Заболевание, симптомы которого сегодня соответствуют картине СРК, впервые описал Уильям Ослер и назвал его слизистым колитом.

СРК – широко распространенная патология, которая часто встречается у лиц трудоспособного возраста (30–50 лет). Чем позже мы диагностируем СРК, тем больше должны сомневаться в правильности этого диагноза, ведь функциональные заболевания, как правило, – удел молодых эмоциональных людей, стремящихся к карьерным высотам и часто расплачивающихся за это собственным здоровьем.

Функциональная патология (в том числе и СРК) – это те заболевания, в лечении которых гастроэнтеролог прежде всего должен быть психологом, поскольку такие болезни наиболее трудны в лечении и зачастую требуют к себе повышенного внимания.

Распространенность СРК в мире значительно варьирует: от 1% в Сенегале (что предположительно связывают с недоверием статистическим учетом) до 28% в США и странах Европейского Союза; в количественном эквиваленте это составляет свыше 1 млрд больных. В Германии диагноз СРК установлен 12 млн человек, из которых только 2 млн получают лечение. В Украине ситуация относительно СРК сегодня довольно сложная: долгое время в стране не было даже статистических данных по этой патологии, в формах статистического учета № 12 и № 20 до сих пор нет такого заболевания. Два года назад Департаментом статистики Министерства здравоохранения был издан приказ – дополнение к формам статистического учета № 12 и № 20, – согласно которому лечебно-профилактические учреждения обязаны предоставлять информацию о СРК и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

На сегодняшний день заболеваемость СРК в Украине составляет приблизительно 19%. Хочется подчеркнуть, что эта цифра не отражает реальную ситуацию, но даже она свидетельствует о высокой распространенности патологии.

Причина редкой верификации диагноза СРК заключается прежде всего в том, что пациенты со столь деликатной проблемой – нарушением стула и спастическими болями – практически не обращаются к врачам: около 50–60% больных с функциональными расстройствами не являются пациентами гастроэнтеролога, а занимаются самолечением, принимают препараты по советам рекламы, друзей и знакомых, у которых наблюдались аналогичные симптомы; 20–25% больных консультируются у семейных врачей, и только лица, у которых симптомы наблюдаются на протяжении многих лет, обращаются за специализированной помощью. Вторая причина редкой диагностики СРК – недостаточная осведомленность врачей о критериях этого заболевания и необходимости предоставлять статистическую информацию относительно указанного вида патологии.

Распространенность СРК, по данным ВОЗ и различных стран, составляет 14–24% у женщин и 5–19% у мужчин. Более высокий показатель среди представительниц слабого пола связан с их эмоциональной лабильностью. Согласно результатам исследований среди причин, обуславливающих СРК, у женщин преобладают семейные проблемы, а у мужчин – стрессы на работе.

Около 40% больных находятся в возрасте от 35 до 55 лет, 2/3 пациентов не обращаются за медицинской помощью. СРК является причиной обращений к врачам общей практики в 12% случаев, к врачам-гастроэнтерологам – в 28% случаев (D. Drossman et al., 2004). Приведенные цифры подтверждают, что этот синдром – серьезная проблема не только для пациента, но и для медицинского сообщества, поскольку характеризуется высокой распространенностью и трудностями при диагностике. СРК – так называемый диагноз исключения, верификация которого требует значительного опыта и глубоких знаний возможностей для дифференциальной диагностики с колитами, новообразованиями, дивертикулами и др.

В настоящее время под термином «функциональная патология» подразумевают заболевание, при котором отсутствуют органические изменения и наблюдаются признаки нарушения функции, прежде всего моторной. Однако такая трактовка требует некоторого уточнения: функциональная патология – заболевание, при котором не выявляются органические изменения, доступные обнаружению на сегодняшний день.

Существует ряд причин, способствующих развитию СРК, наиболее важные из них – генетическая предрасположенность (чаще по материнской линии), неправильный образ жизни, перенесенные инфекционные заболевания (сальмонеллез, иерсиниозы, лямблиозы и т. д.), глистные инвазии, длительно существующий дисбиоз после проведения антибиотикотерапии и др.

Функциональная патология органов пищеварения сопряжена с высокой частотой коморбидных расстройств невротического характера: СРК сопровождается расстройством

тревожно-депрессивного характера, развитием психосоциальной дезадаптации и выраженным угнетением качества жизни пациента (наблюдается усталость, раздражительность, часто – так называемая маскированная тревога). Маскированная тревога – это спектр тревожных расстройств, которые диагностируются только при условии тщательного сбора анамнеза и детального обследования пациента и характеризуются раздражительностью, ощущением постоянной усталости, в том числе после сна, низким уровнем работоспособности утром и повышением его на протяжении дня, нарушениями сна и др. Маскированная тревога и депрессивные расстройства широко распространены среди пациентов с СРК и, образно говоря, являются почвой, на которой вырастают сорняки СРК. Оценка наличия у пациента психологических симптомов – важный и необходимый этап при проведении диагностики и выборе тактики лечения, поскольку часто для их коррекции требуется консультация психотерапевта, назначение транквилизаторов, антидепрессантов и др.



Успех лечения при СРК зависит от сочетанных действий психотерапевта и гастроэнтеролога.

Часто СРК определяется и типом личности, и психосоциальной дезадаптацией, при этом снижается порог болевой чувствительности, а locus minoris resistentiae является кишечником.

Сравнительная характеристика показателей агрессии пациента с СРК свидетельствует, что целый ряд критериев – физическая, вербальная, косвенная агрессия, индекс враждебности, индекс агрессивности – повышены по сравнению с таковыми у здоровых пациентов, что, несомненно, влияет на психологический климат в семье и коллективе, а также подтверждает важность проблемы и необходимость коррекции данного заболевания.

Важную роль в этиологии и патогенезе СРК играют изменения личности, патологические психические реакции, низкая адаптация к различным условиям жизни и стрессовым ситуациям, снижение порога болевой чувствительности, нарушение моторной и секреторной функций кишечника.

СРК негативно влияет на психоэмоциональное состояние больных: уровень качества жизни при СРК низкий и практически соответствует таковому при тяжелых воспалительных заболеваниях кишечника (наиболее низкие показатели наблюдаются у женщин и пациентов пожилого возраста с длительным анамнезом болезни). При правильно подобранном лечении качество жизни больных

значительно улучшается. Согласно данным P. Hungin (2007), в США количество дней нетрудоспособности по причине СРК сопоставимо с таковым по причине острых респираторных вирусных инфекций.

Важно отметить, что диагностика функциональных заболеваний, ассоциирующихся с абдоминальной болью, затруднена, поэтому пациентам с СРК часто проводят оперативные вмешательства по поводу других патологий – аппендэктомии, гистерэктомии, холецистэктомии и др. (R. Granguly).

Какие же факторы, кроме вышеперечисленных, способствуют развитию СРК? В первую очередь, это образ жизни пациента; особенности рациона и отсутствие ритма питания; недостаточное потребление пищевых волокон, особенно в необработанном виде, воды, не подверженной термическим влияниям пищи; злоупотребление мучными изделиями (это способствует запорам), сладостями; быстрый и нерегулярный прием пищи; низкое ее качество и др.

Кристоф Гүфеланд в своем труде «Искусство прожить человеческую жизнь», опубликованном в 1800 г., рекомендовал: «Кто хочет жить долго, должен есть медленно». В настоящее время это одно из правил пищевого поведения пациентов, в том числе и больных СРК.

Также течение заболевания усугубляют несоблюдение оптимального ритма «работа–отдых», сидячий образ жизни, подавление акта дефекации, нарушение хронобиологических механизмов, инфекционные заболевания. Согласно теориям психоаналитиков и эзотериков, нарушение акта дефекации, склонность к запорам отражают неумение человека расставаться с прошлым, прощать обиды. «Плачет» мозг, а «слезы» – в сердце, желудок, кишечник, – писал известный ученый, врач и психолог Александр Лурия. Это утверждение в полной мере относится и к СРК.

В зависимости от наличия/отсутствия кишечных проявлений выделяют СРК с преобладанием запоров, СРК с преобладанием диареи, смешанный и неспецифический варианты.

Лечение СРК включает воздействие на психоэмоциональную сферу, купирование болевого синдрома и коррекцию нарушенной кишечной функции.

Купирование болевого синдрома – важное звено проводимого лечения, требующее глубокого изучения клинической симптоматики и особенностей течения заболевания у каждого конкретного больного. При наличии болевых ощущений в абдоминальной области следует провести комплексное обследование для установления причины и механизма возникновения боли, выбора правильной тактики лечения, а также грамотную дифференциальную диагностику.

СРК характеризуется 3 видами висцеральных нарушений – нарушением моторной функции кишечника по гиперкинетическому типу; гиперчувствительностью, которая обуславливает возникновение болевого синдрома; и нарушением секреторной функции кишечника, проявляющимся секрецией воды, электролитов в просвет кишечника.

Как при СРК с преобладанием диареи, так и при СРК с преобладанием запоров показано применение спазмолитиков. На фармацевтическом рынке Украины представлено множество спазмолитических препаратов, каждый из которых имеет особенности применения и влияет на различные механизмы

сокращений мышечных клеток. Сокращение мышечной клетки – сложный механизм, который зависит от концентрации цитозольного кальция. В регуляции транспорта кальция участвует ряд нейромедиаторов – ацетилхолин, серотонин и др. Среди серотониновых рецепторов, которые влияют на моторику желудочно-кишечного тракта, выделяют 5-HT₃ и 5-HT₄. Эндогенные опиаты, действующие на α-, β- и γ-рецепторы, также способствуют сокращению и расслаблению мышц. Под воздействием кальмодулина и кальция происходит стимуляция киназ легких цепей миозина, что приводит к отщеплению от АТФ молекулы фосфорной кислоты с миозином, которая затем соединяется с актином. Результатом этого является сокращение мышечного волокна.

Важную роль в этом процессе играет фосфодиэстераза, которая катализирует распад циклических аденозинмонофосфата и гуанозинмонофосфата, влияющих на концентрацию кальция: чем выше концентрация фосфодиэстеразы, тем ниже уровень циклических нуклеотидов и выше – кальция. Также частота спазмов коррелирует с концентрацией внутриклеточного натрия.

Спазмолитики влияют на одно из звеньев этого процесса, нормализуя мышечное сокращение и купируя спазм. Препараты этого класса подразделяются на нейротропные (прерывающие нервный импульс) и миотропные (воздействующие непосредственно на мышечную клетку).

Выступление профессора кафедры внутренних болезней № 2 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктора медицинских наук Андрея Эдуардовича Дорощева было посвящено анализу спазмолитика Спазмомен с позиций доказательной медицины.



– Действующим веществом препарата Спазмомен («Берлин-Хеми Менарини») является отилония бромид, основными показаниями к применению – СРК и синдром спастической абдоминальной боли, который

в Украине не выделен в качестве отдельной нозологической формы, но присутствует в Римских критериях III.

По химической структуре отилония бромид – четвертичная соль аммония, которая обладает особенностями связывания с рецепторами благодаря наличию трех свободных орбиталей. Отилония бромид препятствует входу кальция в клетку извне, блокируя рецепторы на мембране клеток, и угнетает высвобождение кальция из внутриклеточных депо – аппарата Гольджи и саркоплазматического ретикулума. Помимо этого, он выступает антагонистом тахикининовых рецепторов – рецепторов регуляторных пептидов, среди которых выделяют субстанцию P, нейропептид A и нейропептид В. Образно говоря, отилония бромид, действуя как блокатор этих рецепторов, является патогенетической терапией СРК. Доказано также его дозозависимое действие на уровень кальция в тканях кишечника: чем выше концентрация препарата, тем ниже уровень кальция. Также Спазмомен обладает антихолинергическим эффектом, что играет важную роль в терапии СРК.

Хочется обратить внимание на влияние препарата Спазмомен на патофизиологические механизмы данного заболевания: он оказывает положительное действие на кишечную моторику (снижает интенсивность сокращений гладкой мускулатуры, что приводит к нормализации кишечной перистальтики); блокирует тахикининовые рецепторы, которые играют важную роль в развитии висцеральной гиперчувствительности, являющейся одним из основных патогенетических механизмов развития как СРК, так и абдоминальной боли. Благодаря блокированию тахикининовых рецепторов снижается чувствительность клетки к различным

воздействиям, значительно повышается порог болевой чувствительности.

В исследовании, проведенном на крысах, которым вводили 2 мг/кг Спазмомена с меченым атомом, было показано, что наиболее высокие концентрации активного вещества создавались в кишечнике. Препарат в основном действует в просвете кишечника (менее 3% вещества абсорбируется, 95-97% экскретируется через желчевыводящие пути), не проникает через гематоэнцефалический барьер.

Спазмомен имеет хороший профиль безопасности: не оказывает токсического, тератогенного и мутагенного влияния; случаев передозировки также не зарегистрировано. Препарат характеризуется быстрым дозозависимым длительным эффектом при абдоминальной боли и висцеральной гиперчувствительности.

Результаты зарубежных исследований свидетельствуют о высокой эффективности препарата Спазмомен у пациентов с СРК, у которых болевые ощущения появляются

после приема пищи: на фоне применения препарата повышался не только порог болевой чувствительности, но и порог максимальной боли (при проведении баростатического исследования).

В исследовании, проведенное в 1998 г. итальянскими учеными, было включено 325 пациентов с СРК, половина из них получала плацебо, остальные – Спазмомен. На фоне использования спазмолитика интенсивность абдоминальной боли была достоверно ниже, также уменьшилась частота болевых приступов, достоверно улучшилось общее самочувствие и качество жизни больных.

Было продемонстрировано преимущество отилония бромида при длительном (12 мес) применении по сравнению с диетой, богатой пищевыми волокнами, у пациентов с СРК с преобладанием запоров в отношении как купирования абдоминальной боли, так и нормализации перистальтики.

Отилония бромид – препарат нового поколения, который действует быстрее, лучше и дольше, чем другие спазмолитики;

регулирует тонус гладкой мускулатуры кишечника, снижая висцеральную гиперчувствительность; селективен для нижних отделов ЖКТ – тонкого и толстого кишечника. Спазмомен действует местно, не оказывая системных антихолинергических эффектов. Доказана его безопасность при коротком (2 нед) и длительном (12 мес) курсах применения.

Каждая таблетка содержит 40 мг отилония бромида, рекомендуется принимать по 1 таблетке 2-3 р/сут в зависимости от выраженности симптомов заболевания.

«Предмет любого искусства – человек», – писал Данте Алигьери. Перефразировав великого поэта, можно сказать, что предмет искусства врачевания – это только человек. И именно в талантливом, творческом, новаторском подходе к своей работе заключается секрет успеха настоящего врача.

Подготовила Ольга Радучич



Спазмомен®

Снимет спазм и боль как рукой



Рег. свид. № UA/7146/01/01



- Спазмомен купирует спазм и боль в животе
- Спазмомен восстанавливает физиологическую перистальтику толстой кишки
- Спазмомен действует только в кишечнике



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**