

Взаимодействие специалистов в лечении синдрома раздраженного кишечника

По материалам II съезда колопроктологов стран СНГ, 18-20 мая, г. Одесса

«Искусство медицины состоит из трех элементов: болезнь, больной и врач», – говорил Гиппократ. «Нас двое – я и болезнь, чью сторону примет больной – тот и победит», – так начинал беседу с пациентом выдающийся врач Авиценна. В настоящее время в геометрии отношений «болезнь – больной – врач» появился еще один острый угол – взаимодействие и сотрудничество докторов различных специальностей.

Специфика многих заболеваний такова, что стратегия, основанная на объединении усилий докторов разных профилей, является не только желаемым и эффективным, но, в ряде случаев, и единственно возможным подходом, что обуславливает необходимость обсуждения данной проблемы в рамках конференций, форумов, симпозиумов и др. Тесное сотрудничество и коллегиальность принятия решений – именно эти принципы должны стать основополагающими в работе современных врачей и первоочередными при проведении профильных мероприятий.

Не стал исключением из правил и состоявшийся 18-20 мая в г. Одессе при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной академии медицинских наук Украины, Ассоциации колопроктологов Украины, Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца и Одесского национального медицинского университета II съезд колопроктологов стран СНГ и III съезд колопроктологов Украины с участием специалистов из стран Центральной и Восточной Европы.

В этом году честь принять делегатов и гостей со всех уголков постсоветского пространства выпала Украине (напомним, I съезд колопроктологов стран СНГ состоялся в г. Ташкенте (Узбекистан) и объединил свыше 500 специалистов из стран СНГ, Европы и Азии).

В рамках мероприятия были обсуждены актуальные проблемы, достижения и дискуссионные вопросы современной колопроктологии, а также намечены пути и перспективы дальнейшего развития отрасли. В первую очередь хочется отметить масштабность и высокий профессиональный уровень подготовки и проведения съезда, разнонаправленность представленных докладов и их проблематики. В течение 3 дней специалисты имели возможность принять участие в интересующих их секциях («Хронические воспалительные заболевания кишечника», «Доброкачественные опухоли толстой кишки. Колоректальный рак», «Реконструктивно-восстановительная хирургия толстой кишки. Медицинская и социальная реабилитация больных со стомами», «Проблемы общей и неотложной колопроктологии», «Лапароскопические и миниинвазивные вмешательства в колопроктологии», «Современные проблемы хирургии органов малого таза и промежности», «Функциональные заболевания толстой кишки» и др.); обсудить актуальные вопросы в рамках двух круглых столов, посвященных стратегиям консервативного и хирургического лечения пациентов

с язвенным колитом и болезнью Крона, а также современному состоянию оказания медицинской помощи больным колоректальным раком.

О значимости функциональных заболеваний толстой кишки свидетельствует то, что данная проблема рассматривалась в рамках отдельной секции, модераторами которой выступили авторитетные специалисты: член Европейского общества медицинской онкологии (ESMO), директор Республиканского онкологического научного центра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, президент Ассоциации проктологов стран СНГ, доктор медицинских наук, профессор **Саримбек Наврузович Наврузов**; заведующий

кафедрой хирургии и проктологии Запорожской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор **Николай Николаевич Милица** и заведующий кафедрой общей хирургии № 1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор **Фарман Ибрагимович Гюльмамедов**; с докладами, посвященными данной тематике, выступили ученые из Республики Беларусь, Узбекистана, а также ведущие украинские специалисты (из медицинских учреждений г. Киева, Донецка, Одессы). Особое внимание было уделено синдрому раздраженного кишечника (СРК) – синдрому маломального диагноза, выделенному в Международной классификации болезней (МКБ-10) в качестве отдельной нозологии, и применению в лечении спазмолитиков, в частности отилония бромид.

Впервые симптомы данного функционального расстройства кишечника были описаны Уильямом Ослером. СРК – широко распространенная в мире патология. Чаще встречается у пациентов трудоспособного возраста, к группе риска относятся люди, подверженные стрессовым влияниям. Распространенность СРК в мире значительно варьирует; оценить ситуацию относительно данного заболевания в Украине довольно

сложно, поскольку предоставлять информацию о нем лечебно-профилактические учреждения страны начали всего 3 года назад. По примерным подсчетам, заболеваемость СРК в нашей стране составляет 19%.

СРК – серьезная проблема не только для пациента в частности, но и для медицинского сообщества в целом, поскольку характеризуется высокой распространенностью и трудностью диагностирования, обусловленной низкой частотой обращаемости за помощью (50-60% больных занимаются самолечением) и недостаточной информированностью практических специалистов. Следует помнить, что СРК относится к функциональным заболеваниям, органические изменения при котором отсутствуют. Ведущим симптомом патологии является абдоминальная боль в сочетании с нарушениями функции кишечника и стула.

Данное заболевание относится к диагнозам исключения, а его дифференциальная диагностика часто представляется сложной задачей и требует наличия у специалиста глубоких знаний и практических навыков. Лечение СРК включает воздействие на психоэмоциональную сферу, купирование абдоминального болевого синдрома и коррекцию нарушений перистальтики.



А.Э. Дорофеев

и то, что почти 2/3 пациентов с СРК не обращаются за медицинской помощью.

В настоящее время лечение СРК представляет собой достаточно сложную задачу для специалистов, требующую от здравоохранения расходовать значительные средства, при этом данная патология не имеет конкретного патологического субстрата и часто сочетается с другими заболеваниями ЖКТ. В настоящее время данные относительно того, что СРК может приводить к развитию рака кишечника и повышать риск возникновения воспалительных заболеваний кишечника, отсутствуют, однако данный вопрос требует дальнейшего глубокого изучения.

Что касается патогенеза СРК, то, проводя параллель с язвенной болезнью, выделяют факторы агрессии и защиты. К первым относят следующие:

- психосоматические нарушения, реализующиеся на различных уровнях оси «мозг – кишечник»;
- повышение висцеральной чувствительности рецепторов кишечника к нейромедиаторам, гастроинтестинальным гормонам, метаболитам и др. (приводит к абдоминальному болевому синдрому, являющемуся ключевым в патогенезе СРК в сочетании с изменениями стула);
- изменения количественного и качественного состава кишечной микрофлоры.

У больных СРК наблюдается снижение порога восприятия боли и более интенсивное ощущение ее при нормальном пороге восприятия.

Факторами защиты при СРК являются изменение моторной функции кишечника (спастическая или гипомоторная дискинезия, их чередование; может рассматриваться как компенсаторный механизм, который быстро истощается и обуславливает развитие нарушений стула) и избыточное слизеобразование.

Говоря о формах СРК, следует отметить, что в Донецкой области доминируют больные СРК с преобладанием запоров (43,3%) и диареи (35%), количество пациентов со смешанной формой и недифференцированным СРК (по Римским критериям III) составляет 15,8 и 5,9% соответственно.

Ключевым симптомом в клинической картине СРК является абдоминальная боль, сочетающаяся с нарушениями стула, метеоризмом, эмоциональной лабильностью. Следует провести тщательную дифференциальную диагностику и исключить наличие более тяжелых нарушений со стороны ЖКТ, при этом необходимо учитывать наличие так называемых симптомов тревоги, или «красных флагов», к которым относятся:

– постоянная прогрессирующая абдоминальная боль, усиливающаяся после дефекации;



Заведующий кафедрой внутренней медицины № 2 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор **Андрей Эдуардович Дорофеев** выступил с докладом «Возможности современной спазмолитической терапии у больных с синдромом раздраженного кишечника», в котором представил взгляд терапевта на проблему функциональной патологии кишечника и данные относительно применения в ее лечении спазмолитика отилония бромид.

– Хотелось бы обратить внимание специалистов, что СРК – патология, которая может быть предтечей заболеваний, вследствие которых пациенты обращаются к хирургу и им могут быть проведены оперативные вмешательства. По различным данным, СРК встречается у 20-60% населения; пик заболеваемости наблюдается в возрасте 30-40 лет, среди больных преобладают женщины. Как правило, данная патология развивается в сочетании не только с другими нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но и с заболеваниями различных органов и систем. Усугубляет существующую проблему

– боль, диарея или другие симптомы, нарушающие ночной сон;
– немотивированная потеря массы тела;
– манифестация симптомов в возрасте старше 50 лет.

Чрезвычайно важными являются тщательный сбор анамнеза, в частности исключение онкологической патологии у ближайших родственников, а также оценка объективного статуса (повышение температуры тела, гепато-, спленомегалия, нарушения со стороны щитовидной железы и др.) и лабораторных показателей (анемия, лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов, изменения уровня печеночных ферментов, показатели биохимического исследования крови и др.).

В идеале комплексная терапия СРК должна быть патогенетически обоснованной, влиять на все патогенетические механизмы, сопровождаться высокой эффективностью и приводить к развитию стабильной и длительной ремиссии, характеризоваться хорошей переносимостью и иметь оптимальный фармакоэкономический профиль. Первоочередным выбором при лечении СРК являются спазмолитики; эффективность препаратов данного класса в терапии указанной когорты больных подтверждена множеством исследований. Спазмолитики эффективно купируют болевой синдром, устраняют спазм и показаны при всех формах СРК.

Однако каждый из препаратов отличается селективностью и механизмом действия. Более подробно хотелось бы остановиться на свойствах отилония бромид (Спазмомен, «Берлин-Хеми»), поскольку применение данного лекарственного средства, по нашему мнению, представляется на сегодня наиболее рациональным и перспективным подходом.

Спектр действия препарата Спазмомен отличается широтой и разнонаправленностью. Отилония бромид оказывает спазмолитическое влияние на гладкую мускулатуру кишечника, препятствует входу кальция в клетку и высвобождению кальция из внутриклеточных депо, блокирует M_3 -зависимые кальциевые каналы, что обуславливает антисекреторный эффект.

Хочется отметить и фармакокинетические преимущества препарата – после перорального применения менее 3% отилония бромид абсорбируется, 95–97% быстро элиминируется через желчевыводящие пути; кроме того, отилония бромид не проникает через гематоэнцефалический барьер.

Важно, что отилония бромид может препятствовать развитию гипералгезии путем блокирования тахикининовых рецепторов и снижения интенсивности влияния афферентных нервных импульсов, благодаря чему удается разорвать порочный круг, существующий при СРК. Наблюдается быстрый дозозависимый устойчивый эффект отилония бромид при абдоминальной боли и висцеральной гиперчувствительности.

Согласно данным клинических исследований (Mallefet, 1995; Battaglia et al., 1998), в которые включены 325 пациентов с СРК, уже к 7-му дню существенно уменьшались выраженность и частота приступов абдоминальной боли ($p < 0,01$), что способствовало улучшению качества жизни и общего самочувствия больного. Применение отилония бромид у пациентов с СРК позволило достичь повышения порога болевой чувствительности и порога максимально переносимой боли при проведении баростатического исследования

(Czimmer et al., 2001). По данным Glende и соавт. (2002), назначение отилония бромид способствовало нормализации стула у больных СРК с преобладанием диареи.

Профиль безопасности препарата можно расценивать как хороший: отилония бромид не вызывает системных антихолинергических эффектов, действует локально (в просвете кишечника), не оказывает токсического, тератогенного и мутагенного влияний. Получены данные, свидетельствующие о безопасности приема препарата в течении коротких 2-недельных курсов, а также при длительном (в течение 1 года) его применении.

Наш опыт использования Спазмомена свидетельствует о более раннем купировании болевого синдрома (на $6,5 \pm 0,7$ сут),

нормализации стула (на $4,5 \pm 0,5$ сут) и эмоционального статуса пациентов.

Отилония бромид регулирует тонус гладких мышц кишечника и снижает выраженность висцеральной гиперчувствительности, эффективно купирует абдоминальный болевой синдром и устраняет дискомфорт у больных СРК и может быть рекомендован для лечения пациентов с СРК с сопутствующей патологией.

«Взмах крыльев маленькой птички слишком слаб, когда она одна. Однако, объединив усилия, можно создать сильный ветер», – говорит герой известного мультфильма. Так происходит в различных сферах жизни: когда профессионалы работают сообща, результат их работы более

совершенен – блюдо получается вкуснее, построенное здание – красивее и прочнее, выбранный метод лечения оказывается более эффективным и безопасным.

Каждый современный врач, сталкивающийся в практической деятельности с нарушениями со стороны ЖКТ, должен знать: эффективное средство для решения проблемы СРК существует. Применение препарата Спазмомен в сочетании с коррекцией психологических нарушений, наблюдающихся у больных, и установлением партнерских отношений – кратчайший путь, по которому пациент переходит на сторону врача в борьбе с этим заболеванием.

Подготовила **Ольга Радучич**
Фото автора

3

Спазмомен®

Снимет спазм и боль как рукой

Рег. свид. № UA/7148/01/01

Спазмомен®
Отилонію бромід · Спазмолітик
30 таблеток, вкритих оболонкою
Для перорального застосування

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Спазмомен®
30 таблеток, вкритих оболонкою

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

BERLIN-CHEMIE
MENARINI