

Салофальк у лікуванні синдрому подразненого кишечника

За матеріалами VII наукової сесії Інституту гастроентерології НАМН України
«Новітні технології в теоретичній та клінічній гастроентерології», 13-14 червня, м. Дніпро

Цього року програма науково-практичної конференції з міжнародною участю охоплювала питання етіології, патогенезу, діагностики, лікування та профілактики захворювань органів травлення; інноваційні технології хірургічного лікування хвороб травної системи; особливості діагностики та лікування цих станів у дітей; нутриціологію та лікувальне харчування при хворобах органів травлення. У рамках заходу було проведено низку тематичних пленарних і секційних засідань, сателітних симпозиумів і дискусій за участю провідних колопроктологів та гастроентерологів України.



Професор кафедри внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук Ірина Гордієвна Палій зацікавила аудиторію виступом,

присвяченим помилкам у лікуванні синдрому подразненого кишечника (СПК). За оцінками, лікар загальної практики витрачає на СПК приблизно 12% робочого часу, гастроентеролог – 28%, утім, дотепер у лікуванні СПК є низка поширених помилок. Їх перелік з невеликими коментарями подано далі.

Помилка 1. Використання в діагностиці СПК Римських критеріїв III. Відповідно до найновішої редакції Римських критеріїв – IV перегляду, який було опубліковано у 2016 р., – ознакою СПК є рецидивуючий абдомінальний біль, наявний у середньому один день на тиждень протягом останніх 3 міс та асоційований з ≥ 2 такими ознаками, як характер дефекації, зміна частоти і форми випорожнень. Ці критерії є дійсними за умови наявності означених симптомів протягом останніх 3 міс з моменту виникнення початкових симптомів не менш ніж 6 міс тому (Schmulson M.J., Drossman D.A., 2017). У Римських критеріях III використовувалося поняття «дискомфорт» як менш виражене неприємне відчуття, ніж біль, однак, залежно від рівня медичної обізнаності та культуральних відмінностей, на практиці цей термін трактували по-різному, що значно ускладнювало діагностику. Крім того, в попередній версії Римських критеріїв частота проявів болю для діагностики СПК становила 3 дні на місяць.

Помилка 2. Відсутність інформації в лікарі або ігнорування ним можливості синдрому перехресту функціональних захворювань. У Римських критеріях IV уведено поняття синдрому перехресту (overlap syndrome), що передбачає поєднання кількох функціональних захворювань, наприклад СПК і функціональної диспепсії, та їх перехід з однієї форми в іншу.

Помилка 3. Відсутність інформації в лікарі або ігнорування ним можливості поєднання СПК із функціональними захворюваннями інших органів і систем та органічною патологією. Значно ускладнює діагностику СПК низка позакишкових проявів СПК, у тому числі головний біль, розлади смакових відчуттів, фіброміалгія, відчуття неповноцінного вдиху, диспепсія, сексуальна дисфункція, диспареунія, холодні пальці рук, тремтіння пальців рук, біль у куприку та проекції прямої кишки, відчуття грудки в горлі при ковтанні, тахікардія, неможливість спати на лівому боці, слабкість, сонливість, гіперактивний сечовий міхур. Слід зазначити, що ці прояви можуть бути як складовими СПК, так і ознаками інших хвороб, тому дуже часто результат лікування пацієнта із СПК залежить від того, до якого спеціаліста він потрапить насамперед.

Помилка 4. Недостатнє інформування пацієнта про високу імовірність наявності в нього СПК. Наявність СПК асоціюється з дуже високою імовірністю того, що при обстеженні не будуть виявлені жодні зміни, тому важливо інформувати пацієнта про це завчасно.

Помилка 5. Інтерпретація симптомів хвороби Крона як прояву СПК. Масштабне канадське дослідження показало, що 8,6% пацієнтів, які повторно звернулися до лікаря

з проявами, що відповідають діагнозу СПК згідно з Римськими критеріями III, насправді мали хворобу Крона.

Помилка 6. Переоцінка значення фекального кальпротектину для диференційного діагнозу функціональних і запальних захворювань кишечника. У значної частини пацієнтів із СПК має місце підвищення рівня фекального кальпротектину.

Помилка 7. Ігнорування можливості субклінічного запалення слизової оболонки кишечника при СПК та феномену постінфекційного СПК. У разі СПК спостерігається низькоінтенсивне запалення слизової оболонки кишечника, що обґрунтовує доцільність застосування протизапального засобу, наприклад месалазину.

Помилка 8. Недооцінка ролі вісцеральної гіперчутливості у хворих на СПК, що призводить до надмірного діагностичного пошуку. Виражений абдомінальний біль може виступати характеристикою СПК. Призначення Салофальку в дозі 2 г/добу дозволяє зменшити інтенсивність больового синдрому (Dorofeyev et al., 2011), а також знизити частоту розладів дефекації та вираженість метеоризму. Механізм дії Салофальку є багатофакторним і включає пригнічення синтезу вільних радикалів і метаболітів арахідонової кислоти, передусім лейкотрієнів, а також гальмування міграції, дегрануляції та фагоцитозу нейтрофілів.

Помилка 9. Заохочення до виключення певних продуктів з раціону без повторного контролю харчування. Часто пацієнти намагаються пов'язати загострення СПК зі вживанням певних продуктів і в подальшому виключають їх із раціону. Тому важливо пояснити хворим, що посилення симптомів слід асоціювати з продуктами лише у випадках, коли реакція повторюється.

Помилка 10. Твердження, що наявність змін мікробіоти є фактором виключення діагнозу СПК. Дисбіоз і СПК можуть співіснувати, погіршуючи перебіг один одного.

Помилка 11. Використання для лікування СПК препаратів, ефективність яких не доведена з позиції доказової медицини. У терапії функціональних захворювань травної системи використовується низка медикаментів (спазмолітики, аналгетики, прокінетики, антациди, інгібітори протонної помпи, антидепресанти, H_2 -антагоністи тощо) та немедикаментозних методів (акупунктура, когнітивно-поведінкова терапія тощо). Однак не всі ці способи лікування мають доведену ефективність, тому лікарю слід бути особливо уважним.



Тему лікування СПК продовжив головний спеціаліст НАМН України з гастроентерології та дієтології, директор ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», доктор медичних наук, професор, Юрій Миронович

Степанов. Він зазначив, що всі основні процеси в кишечнику (моторика, секреція, всмоктування, мікроциркуляція, місцевий імунний захист, проліферація клітин) контролюються впливом двох спрямованої осі «кишечник – головний мозок». Патологічна активність цієї осі та порушення функціональних зв'язків між її структурами становлять патофізіологічну основу СПК. При цьому розладі розвивається каскад патологічних взаємозв'язків між шлунково-кишковим

трактом і механізмами сприйняття болю на всіх рівнях – від периферії до центральної нервової системи. Це призводить до сенсорно-моторної дисфункції кишечника, що разом із порушенням серотонінергічної передачі зумовлює кишкові та позакишкові прояви СПК.

Одна з головних причин СПК – вплив негативних психоемоційних чинників. Але чи завжди СПК є винятково психосоматичним розладом? При СПК незалежно від його типу має місце підвищення проникності кишкового бар'єра, наслідками чого є мікрозапалення слизової оболонки та вісцеральна гіперчутливість (Gonzales-Castro A.M. et al., 2017). У зв'язку із цим важливим компонентом лікування будь-якої форми СПК є протизапальний засіб месалазин (Салофальк).

Професор Ю.М. Степанов наголосив, що Салофальк ефективно зменшує інтенсивність (з 7,6 до 1,4 бала за візуально-аналоговою шкалою) та тривалість (з 7,8 до 1,5 год/день) больового синдрому, частоту стугу та вираженість метеоризму. Так, на початку дослідження порушення стугу відзначалися в усіх учасників. Після проведення курсу стандартної терапії розлади дефекації зберігалися у 25,4% хворих, натомість після застосування Салофальку – в 19,2%. Що стосується метеоризму, то цей симптом був зафіксований у 82,2% учасників. Після стандартної терапії

скарги на метеоризм зберігалися у 25,0% пацієнтів, а після застосування Салофальку – лише в 16,7% (Dorofeyev et al., 2011).

У дослідженні А.Е. Дорофєєва та співавт. (2018) застосування Салофальку в молодих пацієнтів із СПК забезпечило зниження рівня фекального кальпротектину в 69% осіб із підвищеним вихідним рівнем цього показника проти 9% у групі плацебо. Окрім того, автори зафіксували зменшення інтенсивності та частоти виникнення абдомінального болю. Салофальк також ефективно протидівав розвитку синдрому надлишкового бактеріального росту.

Важливо, що Салофальк представлений у вигляді широкого спектра лікарських форм. Для ефективної дії месалазину препарат повинен досягти ураженої ділянки слизової оболонки. Вивільнення Салофальку також ефективно протидівав розвитку синдрому надлишкового бактеріального росту.

Таким чином, відповідно до сучасного розуміння проблеми, важливою патофізіологічною складовою СПК є низькоінтенсивне запалення слизової оболонки кишечника, для ліквідації якого застосовується месалазин (Салофальк). Терапія Салофальком дозволяє не лише знизити інтенсивність запалення (за рівнем фекального кальпротектину), а й зменшити вираженість і тривалість абдомінального болю, усунути розлади стугу в більшості випадків та мінімізувати метеоризм.

Підготувала Лариса Стрільчук



Салофальк®

Ефективність та безпека, перевірена часом

Салофальк® гранули

Єдині гранули месалазину з інноваційною технологією подвійного вивільнення на основі оригінальної полімерної матриці

- Висока ефективність у індукції та підтримці ремісії у переважної більшості пацієнтів¹⁻⁴
- Потужна протизапальна дія протягом всього товстого кишечника та прямої кишки¹⁻⁴
- Висока ефективність при проктосигмоїдитах: ремісія у 86% пацієнтів¹⁻⁴

УВАГА! Тепер в Україні Салофальк гранули 3 г та 1,5 г для стартової та підтримуючої терапії виразкового коліту.

Різноманітність лікарських форм при будь-якій локалізації запального процесу для індивідуального підбору ефективного лікування при виразковому коліті та хворобі Крона.

1. Kruis et al. Gut. 2009; 58:233-240. 2. Olson B. et al. A combined delayed and extended release formulation of mesalamine demonstrates better clinical outcome in distal, active ulcerative colitis than a solely delayed release formulation. Gut 2009; 58(Suppl 1): A-325(P1002). 3. Lefebvre et al. Aliment Pharmacol Ther. 2011; in press. 4. Салофальк. Інструкція для медичного застосування препарату.

Інформація про лікарський засіб для медичних та фармацевтичних працівників для застосування в професійній діяльності. Перед застосуванням уважно ознайомитися з інструкцією для медичного застосування. Звертатися у надійшлим місці для дітей. Маб протипоказання за побічної реакції. Салофальк гранули РП № UA/3745/01/01, РП № UA/3745/01/02, РП № UA/3745/01/03, РП № UA/3745/01/04, Салофальк супозиторії РП № UA/3745/03/01, РП № UA/3745/03/02, Салофальк супозиторії РП № UA/3745/02/01, Салофальк супозиторії РП № UA/3745/04/01, РП № UA/3745/04/02, Ексклюзивний дистрибутор: ПрАТ «Натурфарм», вул. Лесна, 30а, м. Київ, Гушва-Воднянська, 04075; телефон: (044) 401-81-03; info@natura.ua

Виробник: Dr. Falk Pharma GmbH (Німеччина)

Постачальник: Альпен Фарма АГ (Швейцарія)