

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – одни из наиболее распространенных и трудно поддающихся лечению в практике гастроэнтеролога.

Внедрение современных эндоскопических и морфологических методов исследования ЖКТ позволило убедительно доказать отсутствие корреляции между клиническими проявлениями (болью, диспепсическими нарушениями, расстройствами стула) и органическими изменениями слизистой оболочки желудка и кишечника при таких нарушениях.



О подходах к диагностике и лечению подобных состояний нашему корреспонденту рассказала **вице-президент Украинской гастроэнтерологической ассоциации, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Наталия Вячеславовна Харченко.**

– Актуальна ли проблема функциональной патологии ЖКТ для жителей нашей страны?

– Безусловно, ведь каждый второй человек в мире страдает функциональными заболеваниями ЖКТ, и украинцы не исключение из этого правила. Усугубляет сложившееся положение тот факт, что с каждым годом растет информационная нагрузка, увеличивается количество стрессовых и проблемных ситуаций в жизни людей, что обуславливает перегрузку нервной системы, возникновение разбалансировки процессов возбуждения и торможения нервно-гуморальной регуляции внутренних органов. На фоне этих изменений развиваются функциональные заболевания различных отделов ЖКТ.

– Какие нозологии формируют структуру заболеваемости в данном случае?

– Группа функциональной патологии ЖКТ чрезвычайно разнообразна по своему составу и включает функциональную диспепсию, дискинезию желчного пузыря и сфинктера Одди, синдром раздраженного кишечника (СРК). Следует отметить, что сложность верификации и последующего лечения является отличительной чертой всех функциональных заболеваний. Диагноз функциональной патологии устанавливается методом исключения после проведения тщательного разностороннего обследования больного с исключением возможных органических причин развития тех или иных клинических проявлений нарушений в работе органов пищеварительной системы.

– Каковы современные взгляды на проблему СРК? Какие механизмы лежат в основе развития этого заболевания?

– СРК – это биопсихосоциальное функциональное кишечное расстройство, обусловленное психопатологическими нарушениями личности (маскированной тревожностью, склонностью к эпизодам депрессии и соматизации внутренних переживаний и др.) и сенсомоторной дисфункцией (нарушением висцеральной чувствительности и двигательной активности) кишечника. В то же время у некоторых больных СРК формируется на фоне постинфекционного воспаления кишечника, иммунной дисфункции, пищевой непереносимости и пищевой аллергии, а также под воздействием других внешних и внутренних триггерных факторов. В настоящее время это состояние диагностируется в среднем у 14-22% жителей развитых стран мира.

– Как клинически проявляет себя СРК и какие диагностические подходы применяются для верификации этого состояния?

– Клинически СРК может быть представлен в виде вариантов с преобладанием диареи, с преобладанием запоров, смешанной либо специфической формы. В любом из этих случаев боль и нарушения стула выступают в роли ведущих симптомов, которыми манифестирует заболевание. Согласно Римским критериям III (2006) диагноз СРК подразумевает наличие у пациента болей или ощущения дискомфорта в абдоминальной области, определяемых на протяжении 12 нед и появившихся за 6 мес до постановки диагноза, которые уменьшаются после акта дефекации и сочетаются с изменениями частоты и/или консистенции стула.

Несомненно, важнейшее значение для своевременной диагностики этого нарушения имеет

тщательно собранный анамнез и непосредственная оценка врачом клинической картины заболевания. Для дальнейшей объективизации диагноза СРК могут применяться эндоскопическое (колоноскопия, ирригоскопия) и ультразвуковое исследования, анализ кала на наличие скрытой крови, оценка показателей копрограммы, а также серологическое исследование крови, направленное на выявление целиакии.

– Какие средства используются для лечения пациента с СРК?

– Арсенал медикаментозных препаратов и терапевтических методик, применяемых для лечения СРК, варьирует в зависимости от варианта течения заболевания. Стоит отметить, что одними из наиболее широко назначаемых при этой патологии групп фармакологических средств являются спазмолитики. Их популярность объясняется влиянием на дисмоторные нарушения кишечника, играющие ключевую роль в формировании основных клинических проявлений СРК.

Учитывая тот факт, что СРК относится к психосоматическим заболеваниям, особую важность приобретает коррекция психологического статуса пациентов, в том числе с использованием психотерапевтических методик (познавательно-поведенческой, релаксационной, гипнотерапии). Кроме того, хорошо зарекомендовали себя физиотерапевтические приемы, такие как акупунктура.

Если в клинической картине заболевания доминирует болевой синдром, целесообразно включить в курс лечения селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты, модуляторы висцеральной боли (агонисты опиоидных каппарецепторов, антагонисты нейрокининовых рецепторов 1 и 2 типа, а также антагонисты рецепторов N-метил-D-аспартата). В случае СРК с преобладанием диареи используются препараты, замедляющие пассаж кишечного содержимого (лоперамид), антагонисты 5-HT₃-серотониновых рецепторов, пробиотики. При СРК с преобладанием запоров рацион больных должен содержать достаточное количество пищевых волокон, используются слабительные средства, прокинетики (итоприда гидрохлорид, мотилапрамид).

Разумеется, огромное значение имеет коррекция образа жизни больного, нормализация его пищевого рациона с соблюдением адекватного ритма и объема питания, обеспечение надлежащего качества потребляемых пищевых продуктов, их оптимального сочетания и температурного режима готовых блюд. К сожалению, качественные характеристики продуктов питания, реализуемых на территории нашей страны, во многом остаются неудовлетворительными, что способствует развитию и поддержанию клинических проявлений заболеваний ЖКТ.

– Насколько эффективным оказывается назначение спазмолитических препаратов в этой ситуации?

– Спазмолитики – неотъемлемая составляющая лечебной программы практически у всех пациентов с СРК. На первый план из всех синтезированных на сегодняшний день препаратов этой группы выходят миотропные спазмолитики с селективным действием (селективные блокаторы кальциевых или натриевых каналов гладкой мускулатуры ЖКТ), применение которых более предпочтительно по сравнению с неселективными средствами (папаверином, дротаверином), способными оказывать нежелательный системный вазодилатирующий эффект.

Среди современных спазмолитических средств, избирательно блокирующих натриевые каналы гладкомышечных клеток ЖКТ, хотелось бы выделить мебеверина гидрохлорид, с успехом используемый во всем мире для купирования спастических состояний различной этиологии и локализации. Мебеверин отличается высокой эффективностью, селективностью действия и, что особенно важно, хорошей переносимостью и минимальным риском возможных побочных явлений. Все эти свойства характерны и для генерического препарата мебеверина – Меверина производства украинской корпорации «Артериум».

Синдром раздраженного кишечника: может ли эффективное лечение быть доступным?

В организме мебеверина гидрохлорид метаболизируется с образованием мебеверинового спирта и вератровой кислоты, высокие дозы которой определяются в крови спустя всего 20-30 мин после приема препарата Меверин®, что свидетельствует о быстром наступлении клинического эффекта. Механизм действия Меверина заключается в блокаде быстрых натриевых каналов миоцитов ЖКТ, в конечном итоге нарушающей фосфорилирование миозина и прекращающей сокращение мышечных волокон, а также в блокаде восполнения внутриклеточного депо ионами кальция, приводящей к гипополяризации клеточной мембраны и предупреждающей длительную релаксацию гладкомышечной клетки. За счет разнонаправленного воздействия Меверин® устраняет спазм и восстанавливает физиологический тонус гладкой мускулатуры органов ЖКТ, тем самым нормализуя моторику кишечника и процессы оттока желчи, что выгодно отличает его от других миотропных спазмолитиков, вызывающих длительную гипотонию гладких мышц пищеварительного тракта. Препарат следует назначать по 1 капсуле (200 мг мебеверина гидрохлорида) 2 раза в день за 20 мин до еды; длительность лечения зависит от особенностей течения СРК и в среднем составляет 2 нед.

– Впервые мебеверина гидрохлорид появился на фармацевтическом рынке в 1965 г. Удалось ли накопить достаточную доказательную базу об этом лекарственном средстве за несколько десятилетий его применения?

– В настоящее время врач, назначая больному любое, в том числе и спазмолитическое, лекарственное средство, обязан ориентироваться на его эффективность и безопасность, доказанные при проведении сравнительных двойных слепых рандомизированных плацебо контролируемых исследований с участием больших популяций пациентов. Высокий профиль безопасности и хорошая переносимость мебеверина подтверждены в работах Prout (1983), Tudor (1986), Salandre и Mignon (1989), Grillage и соавт. (1990) с участием более чем 3,5 тыс. пациентов,

а также множеством назначений этого препарата во всем мире.

Хотелось бы подчеркнуть, что на базе нашей кафедры не только накоплен длительный и успешный опыт практического применения этого спазмолитика, но и проведен сравнительный анализ эффективности оригинального мебеверина гидрохлорида с его высококачественным и в то же время доступным генерическим аналогом отечественного производства – препаратом Меверин®, недавно пополнившим арсенал средств для лечения СРК. В исследование были включены 60 больных в возрасте от 18 до 58 лет, рандомизированных на 2 статистически однородных группы (основная – группа Меверина, контрольная – оригинального препарата). Было установлено, что на фоне назначения Меверина по 1 капсуле 2 раза в день у всех пациентов уже на 1-2-е сутки улучшилось общее состояние и уменьшилось количество предъявляемых жалоб. К моменту окончания лечения значительное уменьшение интенсивности болевого и выраженности диспепсического синдромов регистрировалось у 26 (87%) больных основной и 27 (90%) пациентов контрольной группы, а умеренное снижение этих показателей – у 4 (13%) и 3 (10%) участников соответственно. На протяжении всего курса терапии Меверин® и препарат сравнения хорошо переносились больными, побочные эффекты зарегистрированы не были, что подтвердило клиническую эквивалентность препарата Меверин® и оригинального мебеверина гидрохлорида как в отношении скорости наступления и выраженности терапевтического эффекта, так и его переносимости.

Таким образом, можно с уверенностью говорить о том, что в настоящее время на фармацевтическом рынке Украины присутствует доступный современный эффективный спазмолитический препарат отечественного производства Меверин® (корпорация «Артериум»), который уже длительное время с успехом используется для лечения больных с СРК.

Подготовил **Антон Пройдак**

3

Меверин®

УСТРАНЕНИЕ СПАЗМОВ БЕЗ РАЗВИТИЯ ГИПОТОНИИ КИШЕЧНИКА

- Антиспастический эффект
- Избирательность действия на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта
- Нормализация моторики

Ближе к людям

Дополнительная информация по продукту
0 800 307 000*

ARTERIUM