

А.А.Самсонов, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПАЗМОЛИТИКА ДЛЯ ТЕРАПИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное кишечное расстройство, сопровождающееся наличием на протяжении не менее 3-х последних месяцев (с началом проявлений не менее 6 месяцев), абдоминальной боли или дискомфорта, ассоциирующихся с дефекацией или расстройствами дефекации.

Распространенность СРК в большинстве стран мира колеблется в пределах 12–48%, варьируя в зависимости от социальных, экономических и культурных особенностей конкретного государства. Обращаемость по поводу СРК максимальна в США и странах Западной Европы. По сравнению с городским населением СРК значительно реже встречается у занятых физическим трудом сельских жителей, в рационе которых превалирует богатая клетчаткой растительная пища. Пик заболеваемости приходится на молодой возраст (30–40 лет). Соотношение мужчин и женщин составляет примерно 1:2.

В зависимости от ведущего симптома предложено выделять четыре клинических субтипа СРК (Римский консенсус III, 2006): с запором (твердый или шероховатый стул в 25% и более дефекаций); с диареей (кашицеобразный или водянистый стул в 25% и более дефекаций); смешанный и неклассифицируемый (характеризуется наличием недостаточной выраженности отклонений консистенции стула).

Этиология и патогенез

На современном этапе сформировалось представление об СРК как о полиэтиологическом заболевании, в развитии которого играют роль психофизиологические феномены, особенности питания, расстройства моторики, сенсорно-моторная дисфункция и перенесенные кишечные инфекции (КИ). Важную роль в возникновении нарушений моторики у больных СРК играют психо-эмоциональные факторы. Отмечается четкая связь возникновения первых симптомов и обострения заболевания с психотравмирующими ситуациями. Считается, что возникающие у больных СРК расстройства обусловлены нарушением нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника.

У пациентов с СРК выявляются нарушения базальной двигательной активности кишечника. Они выражаются в виде расстройства двигательной функции толстой кишки после приема пищи, лекарственных средств (ЛС) или в ответ на действие стрессовых факторов. Нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника возникают вследствие стрессовых влияний, перенесенных КИ, недостатка пищевых волокон в рационе, гиподинамии, подавления естественных позывов на дефекацию. Повышение сократительной активности мышечного слоя стенки кишечника является основной причиной возникновения болей в животе у пациентов с СРК. Висцеральная гиперчувствительность у пациентов с СРК проявляется снижением порога восприятия боли, более интенсивным восприятием боли или болевым ответом на воздействие обычных, не чрезмерных импульсов (например, расширение кишки газом). Причиной формирования висцеральной гиперчувствительности могут стать физическая, психическая травма или перенесенная КИ (шигеллез). Болевые ощущения вторично проводят к возникновению других изменений функции кишечника – метеоризму, запору, диарее.

Клиника СРК

Клинический вариант СРК определяет дальнейшую диагностическую и лечебную тактику, однако для СРК характерно многообразие, мозаичность и изменчивость жалоб.

Диарейный синдром у пациентов с СРК имеет свои особенности. Диарея отсутствует в ночное время и часто возникает утром после завтрака. Позывы на дефекацию часто носят императивный характер («синдром утреннего натиска»), возникают 3–4 раза в течение короткого периода времени. Причем при первом, утреннем, акте дефекации стул нередко бывает оформленным, а затем сменяется на кашицеобразный или жидкий, но полифекалии не наблюдается. Диарейный синдром может сопровождаться болями спастического характера, локализованными, главным образом в области сигмовидной кишки.

Запоры при СРК чаще носят постоянный характер, но могут возникать и периодически, а также чередоваться с диареей. Из-за нарушения двигательной активности сигмовидной кишки стул может приобретать форму «ленты», «карандаша» или комков. Пациентов с СРК также беспокоят необходимость натуживания и ощущение неполного опорожнения кишечника. Для данной формы СРК также характерно наличие висцерального спастического абдоминального болевого синдрома (БС), связанного, в основном, с гиперсегментирующими сокращениями сигмовидной кишки.

При смешанном и неклассифицируемом субтипах СРК отмечается сочетание различных симптомов, чередование запоров и поносов, явления метеоризма и БС.

Объективная симптоматика при СРК достаточно скудная. Визуально может определяться умеренное вздутие живота, при пальпации можно выявить спазм различных отделов кишечника (чаще сигмовидной кишки). Рентгенологические, эндоскопические и гистологические изменения невыражены и непостоянны.

У пациентов с СРК можно выявить множество внешне-шечных симптомов вегетативной природы. К ним относятся частые приступы мигрени, ощущение кома в горле при глотании или нехватки воздуха, дискомфорт в области сердца, вазоспастические реакции. В 25% случаев СРК сочетается с синдромом функциональной диспепсии (ФД), в 30% – синдромом раздраженного мочевого пузыря.

Диагностика СРК

Диагноз СРК требует в первую очередь исключения органических заболеваний. Существует ряд симптомов (симптомы тревоги), исключающих возможность СРК. К ним относятся: манифестация в позднем возрасте, лихорадка, примесь крови в кале, возникновение кишечных расстройств в ночное время, немотивированная потеря веса, прогрессирование заболевания, наличие анемии, лейкоцитоза, увеличения скорости оседания эритроцитов, стеаторея и полифекалия.

После исключения органического заболевания проводится первичный курс лечения СРК продолжительностью не менее 3–6 недель. При неэффективности лечения необходимо расширение диагностических мероприятий и пересмотр диагноза.

Дифференциальный диагноз СРК следует проводить с большим количеством разнообразных заболеваний и состояний, среди которых: реакции на кофеин, алкоголь, пищевые продукты, ЛС, воспалительные заболевания кишечника, инфекционные и паразитарные поражения, рак, дивертикулярная болезнь, полипоз толстой кишки, синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке, эндокринные заболевания, синдром мальабсорбции, нейроэндокринные опухоли, гинекологические заболевания.

Лечение

Лечение СРК включает в себя рекомендации по питанию, которые даются с учетом преобладающих клинических симптомов. При склонности к диарее ограничивают поступление с пищей грубых пищевых волокон, исключают из рациона фруктозу, кофе, алкоголь и газированные напитки. При метеоризме рекомендуется избегать употребления продуктов, повышающих газообразование в кишечнике. При запорах назначают диету с высоким содержанием пищевых волокон, однако многие пациенты жалуются на усиление болевых ощущений и выраженный метеоризм при включении в рацион отрубей, что порой приводит к их отмене.

Лекарственную терапию также назначают с учетом клиники СРК. Для купирования БС, не зависимо от его субтипа, наиболее эффективны ЛС, обладающие спазмолитической активностью и их успех, в случае правильности диагноза, практически, гарантирован.

В настоящее время в клинической практике препаратами выбора для лечения боли при СРК всех субтипов, являются миотропные спазмолитики, селективно действующие на гладкую мускулатуру кишечника, причем при СРК с выраженным БС некоторое преимущество, в основном за счет быстроты купирования боли, на стороне дицетела.

Высокая антиангинальная эффективность дицетела, миотропного спазмолитика со свойствами антагониста кальция при СРК объясняется тем, что развитие мышечного спазма зависит напрямую от внутриклеточной концентрации ионов Са. Ионы Са поступают в гладкую мышечную клетку кишки через кальциевые каналы, располагающиеся на клеточной мембране миоцита. Блокировка указанных каналов приводит к снижению внутриклеточной концентрации Са и к купированию мышечного спазма. Кроме того, у препарата дицетел имеется и второй механизм купирования боли – за счет уменьшения висцеральной

гиперчувствительности приводящий к спазмофилии. Снижение чувствительности слизистой на фоне приема дицетела связана с тем, что препарат, так же как и кальциевые каналы миоцитов блокирует и кальциевые каналы рецепторов, расположенных в слизистой.

Об эффективности применения дицетела у больных СРК всех субтипов свидетельствует большое количество исследований, как в нашей стране, так и за рубежом. В частности, большинство исследователей фиксируют частоту хороших и очень хороших результатов по полному купированию и уменьшению интенсивности боли при СРК на фоне приема дицетела в качестве монотерапии в стандартной дозировке на уровне 60–64%. Причем, у части больных СРК с запором (преимущественно пациенты с легким и умеренно выраженным БС) на фоне приема дицетела и купирования боли появлялся самостоятельный стул. Обнаруживается также и уменьшение времени кишечного транзита, в основном, за счет ускорения скорости транзита по дистальным отделам кишечника.

В случаях с ригидным запором дицетел дает хороший эффект в составе комбинированной терапии с препаратами лактулозы или макроголя. Так сочетание дицетела с макроголем 4000 приводит к нормализации стула и снятию БС в течение 2–5 суток от начала лечения. Механизм действия этих препаратов заключается в увеличении объема кишечного содержимого, что приводит к усилению перистальтики. Следует помнить, что назначение осмотических слабительных, равно как и пищевых отрубей всегда требует введения адекватного количества жидкости (не менее 1,5–2,0 в сутки). Лактулоза (дюфалак) назначается по 20–60 мл в сутки внутрь, макроголь 4000 по 10–20 г в сутки. Стимулянтные слабительные не показаны, т.к. за счет раздражающего действия могут вызывать усиление симптомов заболевания.

При СРК с диареей и БС, применение дицетела также дает хороший эффект в комбинации с обволакивающими препаратами и сорбентами. Для уменьшения выраженности метеоризма наиболее эффективно также применение препаратов содержащих симетикон или диметикон.

Следует отметить, что дицетел несколько снижает секрецию НСГ главными железами желудка, не влияя на объем желудочной секреции и одновременно ускоряет моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В этой связи его с успехом можно назначать пациентам и с функциональной патологией верхних отделов ЖКТ. В первую очередь с сопутствующими СРК явлениями ФД, что бывает не редко. Причем, положительный эффект можно прогнозировать как у больных ФД с эпигастральной болью, так и постпрандиальным дискомфортом. Это особенно важно для пациентов, т.к. уменьшает количество ЛС, принимаемых больным, что улучшает показатели приверженности к назначаемому лечению.

Дицетел в остром периоде (3–6 дней) назначается по 100 мг 3–4 раза в день во время еды. После стихания обострения поддерживающей дозировкой пинаверия брома является стандартная доза – 50 мг 3–4 раза в день, назначаемая на курс от 2 до 6 недель и более. Действуя селективно на кишечник, дицетел не имеет побочных антихолинергических эффектов, поэтому его можно без опасений назначать пациентам с глаукомой и гипертрофией предстательной железы.

При выявлении симптомов тревожной депрессии коррекцию психоэмоциональной сферы целесообразно проводить совместно с психоневрологом.

Лечение СРК эффективно у 30% пациентов, заболевание, как правило, не прогрессирует. Худшие показатели качества жизни имеют женщины и лица пожилого возраста с длительным анамнезом заболевания, при этом риск развития органических поражений ЖКТ, в том числе колоректального рака, равен общему риску в популяции.