

27 сентября в рамках 29-й Объединенной российской гастроэнтерологической недели состоялся симпозиум, во время которого эксперты-гастроэнтерологи обсудили причины, последствия и пути коррекции наиболее часто встречаемых в практике заболеваний, сопровождающихся абдоминальным болевым синдромом.

Коморбидный пациент с функциональными заболеваниями ЖКТ



Юрий Александрович Кучерявый – к.м.н., доцент, заведующий гастроэнтерологическим отделением, АО Ильинская больница

Юрий Александрович Кучерявый, к.м.н., доцент, заведующий гастроэнтерологическим отделением АО «Ильинская больница», обосновал актуальность темы своего доклада тем, что изолированные формы функциональных заболеваний встречаются реже, чем синхронно или метахронно персистирующие их комбинации. При этом перекрестные формы функциональных нарушений сложно диагностировать за счет доминирования симптоматики одной из нозологий.

Показано, что мультиморбидность увеличивается с 10% у пациентов в возрасте до 19 лет и до 80% у лиц 80 лет и старше. Более чем у 50% пожилых пациентов встречается 3 и более хронических заболеваний. При этом коморбидность является независимым фактором риска летального исхода: у больных коморбидными заболеваниями прогрессивно увеличивается трехлетняя смертность, при 2 и более заболеваниях она достигает 82%.

Ю.А. Кучерявый обратил внимание на актуальную проблему комедикации, связанной с ко- и мультиморбидностью. Комедикация – это прием пациентом дополнительных лекарственных средств, помимо назначенных (или принимаемых самостоятельно) по поводу основного заболевания. Комедикация относительна и включает как врачебные назначения, сделанные по поводу сопутствующих заболеваний, так и самостоятельно принимаемые пациентом препараты, а также профилактические и иные средства (витамины, БАДы, оральные контрацептивы). Выделяют явную и скрытую комедикацию, когда пациентом осуществляется прием лекарственных препаратов, о которых не информирован лечащий врач.

Коморбидность характеризуется и высокой частотой симптомов. Так, показано, что с увеличением числа функциональных расстройств возрастает и частота возникновения симптомов. Интересны данные метаанализа 19 исследований (n=18 173), показавшего, что распространенность синдрома раздраженного кишечника (СРК) у пациентов с функциональной диспепсией (ФД) составляет 37% (95% доверительный интервал [ДИ] 30–45%), а у пациентов без ФД – всего 7% (95% ДИ 5–10%). Интернет-опрос 5494 человек выявил, что у пациентов с ФД выявляется гиперактивный мочевой пузырь в 10,7% случаев, т.е., практически так же часто, как сочетание ФД и СРК (11,2%).

Показана ассоциация билиарной патологии с нарушениями моторных функций кишечника. Ю.А. Кучерявый напомнил, что сфинктер Одди является частью кишечника, и от его двигательной активности зависит физиологический отток желчи, поскольку мигрирующий моторный комплекс гастроудоденальной зоны синхронизирован с другими физиологическими процессами организма, включая выделение желчи.

Как выявить «сложного пациента» с функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)? Это пациент с множеством синхронных или метахронных жалоб с сочетанными ЖКТ-расстройствами, отмечается вовлеченность помимо ЖКТ и других органов и систем, пациент жалуется на болезненность, при этом нет грубой органики, объясняющей жалобы, присутствует доминирование «функциональных нарушений». Такому пациенту проведено множество диагностических тестов, но отклонения в лабораторных тестах и данных инструментальных обследований минимальные. Характерен длительный анамнез заболевания, есть семейный анамнез, пациент отмечает пищевую непереносимость, идиосинкразии/эффекты ноцебо повсеместно встречаются у таких пациентов. Всегда выявляются пограничные расстройства психики с преобладанием тревоги. Характерна рефрактерность к терапии/парадоксальная эффективность (плацебо). Каждый из этих пациентов ищет одно «простое решение».

Для конструктивного диалога с пациентом следует придерживаться логики врачебных решений. Необходим анализ соответствия/несоответствия клиническим критериям Рим IV, следует учитывать симптомы тревоги. Показано в таких случаях эмпирическое лечение с балансом эффективность/безопасность и потенциально высокой приверженностью пациента терапии. Пациенту проводится минимальное обследование, включающее рутинные клинические тесты, ультразвуковое исследование исключение целиакии.

Разумная тактика ведения сложного коморбидного пациента должна включать таргетное обследование с целью поиска «понятных» болезней, формирование доверительных отношений врач-пациент и укрепление платформы уверенности пациента в успехе лечения. При первом приеме до пациента доносится информация позитивного плана: «... высоковероятно, что у Вас доброкачественное функциональное, а значит, условно обратимое или доступное для контроля симптомов, расстройство ... предпринимаемые усилия по диагностике минимальны, но чрезвычайно информативны ... полагаю, исходя из своего опыта, что мы вряд ли обнаружим у Вас что-либо, угрожающее жизни и здоровью ...». Далее врач переходит к плану терапии: «... Уже сейчас мы можем начать эффективную и безопасную терапию, которая помогает большинству таких пациентов как Вы – Тримедат® форте по 300 мг 2 раза в день, на длительный срок, как минимум до следующей консультации с результатами рекомендованного обследования ...».

Важно помнить, что пациенту с СРК и функциональными заболеваниями ЖКТ нерационально не назначать терапию. Это подтверждают результаты 6-недельного РКИ, в котором пациенты (n=262 взрослых) были разделены на 3 группы: открытое назначение плацебо, двойное слепое назначение плацебо и отсутствие терапии. Результаты были показательными: открытое назначение плацебо было эффективнее, чем отсутствие терапии вовсе (90,6% против 52,3%, p=0,038). Открытое и двойное слепое назначение плацебо были равнозначны по клинической эффективности (100,3% против 90,6%, p=0,485).

Ю.А. Кучерявый поставил вопрос на актуальный вопрос, каким должен быть препарат эмпирической терапии пациента с функциональными заболеваниями ЖКТ. Такой препарат, применяемый на этапе диагностического поиска, не должен «смазывать» картину до ЭГДС, не должен мешать валидной диагностике *H. pylori*, его можно применять длительно, при этом он устранил комплекс симптомов, влияя на причину и механизмы их возникновения. Препарат обязательно должен быть безопасным и рекомендован российскими и зарубежными профессиональными медицинскими сообществами. Таким препаратом может быть тримебутин (Тримедат®).

Тримебутин широко используется с конца 1960-х годов для лечения функциональных желудочно-кишечных расстройств, включая СРК. Классический эффект тримебутина – спазмолитический за счет агонизма периферических опиатных рецепторов с модуляцией высвобождения желудочно-кишечных пептидов. Эффективность препарата в облегчении абдоминальной боли продемонстрирована в клинических исследованиях с различными протоколами лечения. Открытые в последние десятилетия дополнительные эффекты тримебутина делают его уникальным мультитаргетным средством: ускорение опорожнения желудка, индукция фазы III мигрирующего двигательного комплекса в тонкой кишке, модуляция сократительной активности толстой кишки, регулирование висцеральной чувствительности, модуляция полициальных каналов в кишечнике.

В клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ФД указано, что тримебутин (Тримедат®) ускоряет замедленную эвакуацию содержимого желудка у пациентов с ФД. Поскольку тримебутин (Тримедат®) также нормализует моторику нижних отделов ЖКТ, его можно применять и при сочетании ФД и СРК.

Поскольку Ю.А. Кучерявый поднял в своем докладе проблему коморбидности функциональных нарушений ЖКТ, он отметил, что тримебутин (Тримедат®) купирует симптомы синдрома перекреста ФД и СРК с диареей, вызванные разнонаправленными нарушениями моторики в разных отделах ЖКТ.

При выборе терапии любого заболевания следует помнить о ее безопасности. В ряде клинических исследований было показано, что разница между тримебутином (Тримедат®) в терапевтических дозах и плацебо в отношении нежелательных явлений статистически не значима. Препарат отпускается без рецепта и разрешен к применению с 3 лет.

В заключение своего доклада Ю.А. Кучерявый повторил, что путь к нивелированию полипрагмазии и ее осложнению – это соблюдение клинических рекомендаций и выбор наиболее обоснованных лекарственных средств, обладающих наилучшим профилем безопасности и плейотропными эффектами.

Заключение

Функциональные заболевания ЖКТ (ФД, СРК, ДЖВП) – чрезвычайно распространены в клинической практике. Функциональные заболевания разных отделов ЖКТ часто сочетаются друг с другом, отягощая состояние пациента, и затрудняя диагностику и лечение. Тримебутин (Тримедат®) – единственная терапия, которая купирует симптомы синдрома висцеральной чувствительности на всем протяжении ЖКТ (пищевод, желудок, кишечник, желчевыводящие пути), проявляя свойства спазмолитика или прокинетики в зависимости от исходного типа нарушения моторики. Все ключевые исследования молекулы тримебутина в РФ проведены на препарате Тримедат® с участием 5500 пациентов, что делает препарат Тримедат® наиболее изученным и исследованным.