

# Лечение абдоминальной боли должно быть безопасным!

**Хроническая абдоминальная боль – одна из наиболее актуальных проблем гастроэнтерологии как с диагностической, так и с терапевтической точки зрения. С этой проблемой ежедневно сталкиваются врачи многих специальностей. Хроническая абдоминальная боль в большинстве случаев является основным симптомом гастроэнтерологического заболевания. Причины ее возникновения многочисленны, а механизмы разнообразны, в связи с чем наличие болевого синдрома значительно ухудшает качество жизни пациента и способствует возникновению у него депрессивных проявлений. Таким образом, эффективное и безопасное лечение абдоминального болевого синдрома является важной задачей в терапии заболеваний органов желудочно-кишечного тракта.**



В рамках научно-практической конференции с международным участием «Современная гастроэнтерология и гепатология: стандарты диагностики и лечения с позиций доказательности», проходившей 12-13 мая в г. Полтаве, доктор медицинских наук, профессор Института терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины Галина Дмитриевна Фадеевко (г. Харьков) рассказала о возможности рациональной коррекции абдоминального болевого синдрома.

По определению международной ассоциации по изучению боли (IASP), боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, которые возникают в связи с существующей или потенциальной угрозой повреждения тканей. При этом боль, возникающую при заболеваниях органов пищеварения, описывают как субъективное ощущение, возникающее вследствие поступления в центральную нервную систему патологических импульсов с периферии (болевого рецептора, локализованного в мышечной и серозной оболочках брюшной полости, капсулах паренхиматозных органов).

Абдоминальная боль является одним из наиболее частых синдромов при заболеваниях внутренних органов. Даже при слабой интенсивности она значительно ухудшает качество жизни пациентов. Диагностика и лечение этого синдрома осуществляется, как правило, на амбулаторном этапе, при этом эффективность терапии зависит от правильности выбора тактики лечения.

В зависимости от механизма возникновения выделяют следующие виды абдоминальной боли.

- **Висцеральная** – возникает при патологических импульсах из внутренних органов. Наиболее частыми причинами возникновения висцеральной боли являются быстрое повышение давления в полости органа и растяжение его стенки, растяжение капсулы паренхиматозных органов, натяжение брыжейки, нарушение кровообращения.

- **Париетальная** – возникает в случае вовлечения в патологический процесс брыжейки и париетального листка брюшины.

- **Иррадиирующая** – отмечается при наличии чрезмерно интенсивного висцерального импульса, однако локализуется в удаленных от патологического очага областях, имеющих общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной области.

- **Психогенная** – этот вид боли диагностируют при отсутствии соматических причин. Считается, что психогенная боль может быть обусловлена недостаточностью серотонинергических механизмов, что объясняет ее тесную взаимосвязь с депрессивными проявлениями.

Согласно другой классификации абдоминальную боль подразделяют по патогенетическому признаку на ноцицептивную,

психогенную и нейропатическую абдоминальную боль. Ноцицептивная боль возникает вследствие активации ноцицепторов при остром повреждении тканей и характерна для таких состояний, как перитонит, инфаркт кишечника, холецистит, панкреатит, воспаление органов малого таза, пептическая язва. Психогенная боль обусловлена в первую очередь психологическими проблемами, нейропатическая – повреждением или дисфункцией нервной системы (поясничная боль, дистальная полинейропатия, центральная постинсультная боль, ганглиолиты, абдоминальная мигрень).

## Этиология

Причины развития абдоминальной боли различны. Выделяют несколько групп основных этиологических факторов.

- **Нарушение двигательной функции:**
  - спастическое сокращение гладких мышц (гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей);

- атония и стаз с повышением внутриполостного давления;

- растяжение стенки (в результате чего происходит усиление воздействия на барорецепторы);

- протоковая обструкция (преждевременная активация панкреатических энзимов с дальнейшей экстравазацией активированных ферментов в интерстиций).

- **Висцеральная гиперчувствительность:**

- гиперчувствительность центральных и периферических рецепторов, отвечающих за восприятие боли под воздействием серотонина, холецистокинина, лигандов, опиатных рецепторов (длительная следовая память о боли, завышенная от нейропластичности центральных отделов нервной системы и наличия следов тонических кортикальных импульсов, обуславливает аггравированный болевой ответ на действие обычного импульса).

- **Метеоризм** (скопление газа в кишечнике вызывает растяжение различных сегментов и стимулирует хемо-, баро- и болевые рецепторы кишечной стенки).

## Следует помнить

- Ощущение боли может возникать как при повреждении ткани, так и при отсутствии такового; при этом дифференциальная диагностика абдоминальной боли является важным условием назначения эффективного лечения и предотвращения тяжелых последствий.

- Интерпретация человеком собственного болевого ощущения, его эмоциональная реакция и поведение могут не коррелировать с реальной тяжестью состояния.

В случае возникновения острой боли в животе пациента целесообразно госпитализировать для проведения более точной дифференциальной диагностики с использованием лабораторно-инструментальных методов.

Абдоминальная боль может иметь различную интенсивность. Наибольшая интенсивность болевого синдрома

наблюдается при билиарной, панкреатической и кишечной коликах.

При наличии установленного диагноза независимо от интенсивности боль необходимо купировать в кратчайшие сроки, поскольку и острый, и хронический болевой синдром негативно влияет на качество жизни пациента и достоверно способствует возникновению депрессивных проявлений, что отрицательно сказывается на результатах лечения.

## Принципы лечения абдоминальной боли

В клинической практике применяют следующие группы препаратов для фармакологической блокады абдоминальной боли:

- спазмолитики;
- анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты;
- антисекреторные средства;
- опиаты;
- антидепрессанты, антагонисты 5-HT<sub>3</sub>-рецепторов, агонисты κ-опиоидных рецепторов, аналоги соматостатина и другие.

Необходимо помнить, что большинство препаратов из этих групп могут искажать клиническую картину «острого живота», поэтому они не рекомендуются к применению до окончательной верификации диагноза. Спазмолитики могут применяться для симптоматического лечения болевого синдрома сразу же после его возникновения.

Для купирования спазма гладкой мускулатуры органов брюшной полости в клинической практике используются миотропные спазмолитики (папаверин, дротаверин, пинаверия бромид, мебеверин) либо нейротропные спазмолитики (атропин, скополамин, гиосцина бутилбромид, прифиния бромид). При этом следует помнить, что сила воздействия миотропных спазмолитиков в разных органах различна. Так, папаверин наиболее эффективен для купирования спастической боли в толстой кишке, однако в двенадцатиперстной кишке и – особенно – в антральном отделе желудка его спазмолитическое действие является минимальным; дротаверин эффективно устраняет спастическую боль в двенадцатиперстной кишке, менее эффективен при болях в желчевыводящих путях и почти неэффективен в купировании болевого синдрома в толстом и тонком кишечнике.

В отличие от этой группы препаратов нейротропные спазмолитики одинаково эффективно расслабляют гладкую мускулатуру всех органов желудочно-кишечного тракта, способствуют снижению секреции желудка и экскреторных желез и таким образом эффективно уменьшают или полностью устраняют абдоминальные боли спастического характера.

Наиболее ярким представителем нейротропных спазмолитиков является препарат Риабал (прифиния бромид), который избирательно блокирует М-холинорецепторы органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), желчевыводящих и мочевыводящих путей, а также матки, корректирует повышенную моторную активность ЖКТ (способствует опорожнению

и нормализации перистальтики желудка) и понижает тонус гладкой мускулатуры, при этом практически не влияет на холинорецепторы других органов. Препарат способствует снижению пептической активности желудочного сока и внешне-секреторной активности поджелудочной железы, поэтому может эффективно применяться у пациентов с пептическими язвами. В отличие от неселективных нейротропных спазмолитиков (атропин, платифиллин, скополамин), которые воздействуют как на периферические, так и на центральные М-холинорецепторы, Риабал практически не влияет на центральные М-холинорецепторы и не вызывает побочных эффектов, таких как паралич аккомодации, тахикардия, седация. Нейротропный спазмолитик Риабал не проникает через гематоэнцефалический барьер, хорошо абсорбируется при пероральном приеме, обладая при этом благоприятным профилем безопасности. Этот препарат можно назначать детям с момента рождения, беременным и женщинам во время кормления грудью.

Риабал выпускается в трех лекарственных формах (таблетки, сироп и раствор для инъекций), что дает возможность применять препарат у пациентов всех возрастных групп. Наличие инъекционной и таблетированной форм позволяет проводить ступенчатую терапию: при значительно выраженном абдоминальном болевом синдроме первые несколько часов или дней Риабал назначают в виде внутримышечных, внутривенных или подкожных инъекций с последующим переходом на таблетированную форму приема. Побочные эффекты (сухость во рту, запор, гипотония желчного пузыря, нарушение аккомодации, мидриаз, дизурические нарушения, сонливость) встречаются редко – как правило, они минимальны и исчезают при снижении дозы препарата.

Следует помнить, что Риабал не рекомендуется применять вместе с антагонистами дофаминовых рецепторов (прокинетики, сульпиридом), а холиноблокирующий эффект Риабала может усиливаться при одновременном приеме с антигистаминными препаратами, трициклическими антидепрессантами и нейролептиками группы фенотиазина.

\*\*\*

Болевой синдром является одним из наиболее распространенных проявлений патологических процессов в организме; наличие болевого синдрома сигнализирует о возникновении нарушений, что открывает путь к диагностике и лечению большинства заболеваний органов пищеварения. Абдоминальная боль, не связанная с хирургической патологией, как правило, обусловлена спазмами гладкой мускулатуры органов брюшной полости. Спазмолитическая терапия препаратом Риабал является эффективным симптоматическим методом лечения абдоминальной боли и может быть назначена пациентам еще до определения причины возникновения болевого синдрома, поскольку не маскирует картину «острого живота».

Симптоматическое лечение препаратом Риабал может быстро облегчить болевой синдром спастического характера и значительно улучшить качество жизни пациентов.

Подготовила Татьяна Спринсян

