

# Выбор спазмолитика для стартовой терапии при абдоминальной боли: непростой вопрос с универсальным ответом

**Спаستическая абдоминальная боль – одна из наиболее частых жалоб, с которыми сталкиваются в своей практике гастроэнтерологи, терапевты, хирурги, специалисты семейной медицины и врачи других специальностей. Она связана со спазмом гладкомышечного слоя стенки полых органов желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих, мочевыводящих путей. Для купирования спастической боли фармацевтический рынок предлагает большое количество спазмолитиков с различными механизмами действия, профилями побочных эффектов и показаниями к применению, причем в Украине почти все они относятся к безрецептурным препаратам. О национальных особенностях восприятия боли в животе, проблеме самолечения и принципах осознанного выбора оптимального спазмолитика врачами корреспондент «Здоровья Украины» беседовал с руководителем отдела заболеваний печени и желудочно-кишечного тракта ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины» (г. Харьков), заслуженным деятелем науки и техники Украины, доктором медицинских наук, профессором Олегом Яковлевичем Бабаком.**

– По Вашему мнению, почему при боли в животе только каждый четвертый пациент обращается за помощью к врачу? С чем это связано (отношение к здоровью, менталитет)?

– Действительно, по данным ВОЗ боль преимущественно с локализацией в животе периодически испытывает около 60% населения планеты, но только четверть из этих больных обращаются за помощью к врачам. Сейчас фармацевтический рынок предоставляет большой выбор анальгетиков и спазмолитиков. Нередко их применяют самостоятельно, без обращения к врачу, поскольку многие препараты разрешены к безрецептурному отпуску и предназначены именно для самолечения. Многим пациентам удается контролировать боль, которая развивается в результате функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при помощи безрецептурных препаратов. Однако, несмотря на положительную динамику симптомов, их применение у большого числа больных позволяет достичь лишь кратковременного и очень незначительного облегчения боли, что приводит к нарастанию количества принимаемых препаратов и частоты их приема. Применением анальгетиков часто подменяется базисное лечение основного заболевания, вызывающего боль, что способствует его прогрессированию, осложняет его течение. Зачастую при выборе лекарственных препаратов решения принимаются под влиянием рекламы, сотрудников аптеки, друзей, знакомых, родственников, но, к сожалению, не по назначению врача. Никого не удивит то, что пациенты длительное время теряют даже значительные боли, предпринимают попытки исправить ситуацию домашними и нетрадиционными способами. Такое лечение часто уменьшает болевые ощущения, тем самым укрепляя веру больных в свои силы и возможности, но маскирует симптомы, приводит к хронизации заболевания и развитию серьезных осложнений. В качестве примера можно привести историю одной из наших пациенток.

Больная М., 35 лет, обратилась в приемное отделение с жалобами на интенсивные, рецидивирующие, схваткообразные боли в правом подреберье, что соответствовало абдоминальной спастической боли. Из анамнеза стало известно, что вышеперечисленные жалобы беспокоят ее уже в течение четырех месяцев. На протяжении этого времени по совету родственников пациентка принимала нестероидные противовоспалительные препараты, фитопрепараты холеретического действия, регулярно проводила слепое дуоденальное зондирование. На фоне проводимых так называемых лечебных мероприятий наблюдалось кратковременное улучшение общего состояния, однако сохранялись рецидивы болевого синдрома. В последние две недели боли рецидивировали практически ежедневно. В день обращения за медицинской помощью после употребления жирной пищи появились интенсивные схваткообразные боли, которые не купировались, как раньше, приемом анальгетиков. При осмотре выявлялся спастический абдоминальный болевой синдром. С целью купирования болевого синдрома в приемном отделении больной был внутривенно введен дротаверин (Но-шпа®, 2% раствор 4,0 мл). В течение 30 мин после введения препарата интенсивность болевого синдрома значительно уменьшилась. Применение препарата Но-шпа® способствовало эффективному купированию спазма и связанного с ним болевого синдрома, а также позволило проводить комплекс дифференциально-диагностических мероприятий, направленных на выявление

этиологического фактора. Для дальнейшего обследования и лечения пациентка была госпитализирована. После проведения полного обследования диагностирован хронический некалькулезный холецистит в стадии обострения с дискинезией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу. Назначена адекватная терапия, больная выписана в удовлетворительном состоянии. Таким образом, после введения препарата Но-шпа® состояние больной быстро улучшилось, что позволило проводить дальнейшее обследование и поставить точный диагноз.

– Напомните врачам, на какие из причин боли в животе действуют спазмолитики? Какие симптомы оправдывают назначение спазмолитиков до установления окончательного диагноза и когда от них целесообразно отказаться?

– Купирование болевого синдрома при заболеваниях органов ЖКТ является приоритетным направлением их терапии. Следует отметить, что одним из ведущих патогенетических механизмов абдоминальной боли является спазм гладкой мускулатуры. А наиболее частой причиной боли в животе является спазм. Спастическая абдоминальная боль, как правило, является вариантом висцеральной боли, в основе развития которой лежит спастическая дискинезия. Характерной особенностью этой боли является отсутствие четкой локализации, разлитой характер, неопределенность восприятия. Следует отметить такую закономерность: при повреждении пищевода, желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря и протоков боль чаще локализуется в эпигастрии; при наличии патологии тонкой или слепой кишки – в мезогастрii; при поражении толстой кишки или органов малого таза – в гипогастриальной области. Поскольку внутренние органы имеют билатеральную иннервацию, пациенты, как правило, указывают на локализацию боли ближе к срединной линии живота. Симптомы раздражения брюшины при этом отсутствуют. В то же время часто имеют место вегетативные реакции, при осмотре можно выявить кожные зоны гипералгезии. Одним из наиболее частых функциональных нарушений, которые сопровождаются спастической абдоминальной болью, является спастическая (гиперкинетическая) дискинезия. При спастической дискинезии любого отдела пищеварительного тракта наблюдается повышение внутрипросветного давления и нарушение продвижения содержимого по полному органу, что создает предпосылки для возникновения боли. При этом скорость нарастания давления в органе пропорциональна интенсивности боли. Спастическая дискинезия мышечной оболочки стенки полого органа или сфинктеров представляет собой наиболее частый механизм развития болевого синдрома при эзофагоспазме, дисфункции сфинктера Одди и пузырного протока, синдроме раздраженной кишки (СРК).

Боль обеспечивает адаптацию организма к изменяющимся условиям внешней среды. Однако эта защитная реакция может трансформироваться в патологическую хроническую боль и становится приоритетной проблемой для пациента. Длительно сохраняющаяся боль запускает каскад патофизиологических реакций, в результате которых изменяется активность моторных рецепторов, возникает замедление продвижения содержимого по пищеварительному каналу, нарушается микроциркуляция. Рецепторный аппарат желудка, двенадцатиперстной кишки, тощей, подвздошной и толстой кишки, в свою очередь, реагирует на

растяжение сокращением гладкомышечных волокон, возникает спазм, спастическая боль и патологический круг замыкается. Все это требует быстрого выявления источника боли и ее купирования.

С учетом того, что универсальным патофизиологическим субстратом хронической боли в животе служит спазм гладких мышц стенки ЖКТ, желчных и панкреатических протоков, препаратами выбора первой ступени для обезболивания являются спазмолитики. Именно спазмолитические препараты прочно удерживают лидирующие позиции в лечении больных функциональной диспепсией, дискинезиями желчевыводящих путей, больных с СРК. Кроме того, они применяются для симптоматической терапии при обострениях язвенной болезни до подтверждения инфекции *H. pylori* и назначения эрадикационного лечения, при обострениях желчнокаменной болезни до выполнения холецистэктомии, а также в других схожих клинических ситуациях. Исходя из этого, следует признать, что спазмолитики могут служить этиотропной терапией при функциональной боли и симптоматическим лечением, если спазм сопровождает основное заболевание, но не играет существенной роли в патогенезе.

– Насколько оправдано широкое применение спазмолитиков в аспекте проблемы полиморбидности, с которой так часто сталкиваются врачи?

– В настоящее время основной особенностью пациентов, с которой ежедневно сталкиваются врачи различных специальностей, является полиморбидность, то есть сочетание нескольких заболеваний. Сочетанный характер развития патологического процесса пищеварительной системы является одной из ведущих проблем современной гастроэнтерологии. Это диктует необходимость поиска препаратов, которые с одной стороны эффективно купируют болевой синдром, а с другой – не маскируют клиническую картину заболевания. Именно этим критериям в настоящий момент соответствуют спазмолитики, что определяет широкий спектр их применения.

– Какие дополнительные эффекты на больные органы и системы оказывают спазмолитики?

– Спазмолитические препараты, которые используются для купирования абдоминальной боли, должны не только быстро и эффективно ликвидировать или предотвращать спазм гладкой мускулатуры и оказывать выраженное анальгетическое действие, но и способствовать нормализации функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс. Кроме того, к спазмолитикам предъявляется требование невмешательства в механизмы восприятия боли, они не должны «стирать» симптоматику и маскировать клиническую картину возможных острых и неотложных состояний, затрудняя верификацию диагноза, как это часто происходит при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов и опиоидных анальгетиков.

Терапевтическое действие спазмолитиков основано на вмешательстве в механизмы мышечного сокращения. Расслабление гладкомышечных клеток способствует снижению тонуса стенки полого органа (кишки, желчных, панкреатических протоков), тем самым нормализуя его моторику. Снижение внутрипросветного давления устраняет ощущение боли. Спазмолитики не только купируют боль, но и способствуют восстановлению пассажа содержимого полого органа. Также благодаря



О.Я. Бабак

устранению патологического спазма улучшается кровоснабжение его стенки. Следует особо подчеркнуть, что назначение спазмолитиков не сопровождается непосредственным вмешательством в механизмы болевой чувствительности и не затрудняет диагностику острой хирургической патологии.

– Какие классы спазмолитиков применяются для купирования спазмов?

– По механизму действия выделяют миотропные и нейротропные спазмолитики. К миотропным спазмолитикам относятся папаверин, гидрохлорид, дротаверин, мебеверин, отилония бромид, пинаверия бромид. Платифиллин оказывает комбинированное, миотропное и М-холиноблокирующее действие. К нейротропным спазмолитикам относят блокаторы М-холинорецепторов атропина сульфат, скополамин, апрофен, гиосцина бутилбромид, а также селективные антагонисты М-холинорецепторов пирензепин и прифиния бромид.

Сегодня в распоряжении врача имеется большой арсенал препаратов, которые действуют на разные патогенетические звенья спазма и спастической абдоминальной боли. Необходимо только выбрать наиболее адекватный спазмолитик, максимально быстро купировать боль, не допустить ее возврата и свести к минимуму побочные эффекты.

– Каковы особенности разных классов этих препаратов, преимущества и недостатки, которые ограничивают их применение?

– Нейротропные спазмолитики – М-холиноблокаторы – достаточно эффективны, ранее они широко использовались при патологии верхних отделов ЖКТ. Однако атропин обладает выраженным системным действием и оказывает большое количество побочных эффектов на различные органы и системы, поэтому в настоящее время применение этого препарата следует ограничивать.

При спастическом болевом синдроме врачи продолжают назначать селективные блокаторы М<sub>1</sub>- и М<sub>3</sub>-холинорецепторов. Эти рецепторы в большей степени представлены в верхних отделах ЖКТ, желчевыводящих путях и в меньшей степени в гладкомышечных структурах дистальных отделов ЖКТ, мочевыводящих путях и органах малого таза. Выявленное влияние на тонус дистальных отделов кишечника препараты данной группы оказывают в дозах, превышающих терапевтические, что обусловлено неоднородной плотностью М-холинорецепторов и участием нехолинергических механизмов регуляции кишечного тонуса. Однако с увеличением дозы препарат, как правило, утрачивает селективность, и проявляются типичные атропиноподобные периферические побочные эффекты.

К антагонистам кальция с преимущественным влиянием на органы ЖКТ относятся пинаверия бромид и отилония бромид. Для данных препаратов характерна высокая селективность действия в ЖКТ, которая объясняется низкой системной биодоступностью (менее 10%). Тем самым нивелируется риск развития системных побочных эффектов, характерных для антагонистов кальция. Данные препараты эффективно подавляют перистальтику и

устраивают спазмы толстой кишки. Однако, как правило, основное применение блокаторов кальциевых каналов, избирательно действующих на ЖКТ, — это лечение СРК.

К миотропным спазмолитикам относятся блокаторы натриевых каналов, в частности мебеверина гидрохлорид. В терапевтических дозах он блокирует натриевые каналы мембран гладкомышечных клеток, предотвращает вхождение ионов натрия в клетку и спазм гладкой мускулатуры внутренних органов. Учитывая селективное действие препарата на ЖКТ в результате низкой системной биодоступности, мебеверина гидрохлорид используется в основном при функциональных заболеваниях ЖКТ (неязвенная диспепсия, СРК), а также, вследствие преимущественного действия в кишечнике, при спастических болях, обусловленных органическими заболеваниями этого органа.

— Каким требованиям должен отвечать спазмолитик для стартовой терапии?

— С моей точки зрения, при определении у пациента абдоминальной спастической боли для стартового лечения необходимо использовать универсальный спазмолитик, который отвечает следующим требованиям: оказывает выраженный спазмолитический эффект на все органы и системы брюшной полости, действует быстро и длительно, является безопасным и вызывает минимум побочных эффектов, имеет большой положительный опыт применения, доступен по цене для широких слоев населения, выпускается в лекарственных формах для инъекционного и перорального применения. Всем перечисленным требованиям на сегодняшний день отвечает только дротаверин (Но-шпа®).

При выборе препарата для дальнейшей терапии заболеваний ЖКТ, которые сопровождаются спастическим абдоминальным синдромом, следует учитывать множество факторов. Ведущими из них являются доказательства эффективности, безопасности, хорошая переносимость. Но-шпа® активно используется как в стационаре для достижения быстрого и выраженного эффекта, так и в работе участкового и семейного врача. Препарат быстро купирует спазм и связанную с ним абдоминальную боль, что является преимуществом на поликлиническом этапе еще до установления клинического диагноза. Но-шпа® — универсальный спазмолитик первой линии для стартовой терапии. Механизм его действия основан на подавлении фермента фосфодиэстеразы-4, которая широко представлена в гладкомышечных клетках всех отделов кишечника, желче- и мочевыводящих путей. Универсальный спазмолитический механизм Но-шпа® действует во всех отделах ЖКТ и в других органах, содержащих гладкомышечные волокна, что позволяет использовать препарат при сочетанной патологии с различной локализацией боли. Отсутствие у препарата Но-шпа® антихолинергической активности позволяет использовать его в комбинациях с лекарственными средствами других групп, а также максимально расширить круг лиц, которым он может быть назначен (дети с шести лет, мужчины пожилого возраста с патологией предстательной железы). Кроме того, Но-шпа® разрывает патологический круг спазм — боль, обладает противоотечным и противовоспалительным эффектами, чем способствует нормализации функций органов и систем, вовлеченных в патологический процесс.

Наличие лекарственных форм как для энтерального, так и для парентерального введения расширяет возможности использования препарата.

Долгие годы Но-шпа® успешно применяется для купирования спастических висцеральных болей — колики (желчной, желудочной, кишечной, почечной) — в качестве препарата стартовой терапии.

Следует отметить оптимальный профиль безопасности препарата, который позволяет использовать его с целью обеспечения длительного спазмолитического эффекта при спастической дискинезии желчевыводящих путей, пилороспазме, для купирования болей при язвенной болезни, СРК. Как правило, дротаверин хорошо переносится больными.

Со времени создания оригинального препарата Но-шпа® проведено большое количество клинических исследований, которые позволили оценить уровень его безопасности. Проанализировано 37 клинических исследований, в которые было включено 12 111 испытуемых,

получавших препарат Но-шпа® перорально в дозах 120–240 мг/сут или инъекционно в дозах 40–80 мг (максимально — 120 мг) для быстрого купирования симптомов или по 20–40 мг/сут для поддерживающего лечения. Общая частота побочных эффектов составила менее 1%. На сегодня Но-шпа® широко применяется врачами и ее универсальность, эффективность и безопасность по достоинству оценили более чем в шестидесяти странах мира.

— Есть ли смысл назначать другой спазмолитик после установления точного диагноза? На каком спазмолитике лучше выписывать пациента домой, после курса терапии?

— При установлении точного диагноза, в случае, если больной принимает Но-шпа®, переход на другой, селективный спазмолитик, как правило, не рекомендуется. Доказано, что прием Но-шпа® из симптоматического варианта лечения может перейти в основную форму терапии. Данный препарат идеально

подходит для длительного применения с целью обеспечения длительного спазмолитического эффекта при спастической дискинезии желчных путей, пилороспазме, для купирования болей при язвенной болезни, СРК и других заболеваниях.

— На что должен обратить внимание пациента врач, выписывая спазмолитик для амбулаторного приема (соблюдение дозирования, режим приема, возможные побочные эффекты)?

— Лечащему врачу при разработке терапевтической стратегии в каждом конкретном случае следует понимать особенности патогенеза болевого синдрома, учитывать механизмы действия и фармакокинетику лекарственных средств, а также наличие у больных сопутствующей патологии. Побочные эффекты антихолинергических препаратов ограничивают их использование у пациентов с гипертрофией и аденомой предстательной железы, глаукомой. Использование селективных спазмолитиков,

которые оказывают спазмолитический эффект только в определенных отделах ЖКТ, четко определено показаниями к их применению. Кроме того, необходимо принимать во внимание возможность сочетания этих препаратов (при назначении двух и более средств), существующие противопоказания, вероятность появления осложнений и побочных эффектов, индивидуальную переносимость тех или иных лекарств. Следует акцентировать внимание пациента на режиме приема и дозах назначаемых лекарственных средств. Обсуждение генеза абдоминальной боли и механизмов действия препарата с учетом уровня образования, социального статуса больного, установление доверительных отношений между врачом и пациентом позволяет успешно купировать симптомы заболевания.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



# НО-ШПА® € — СПАЗМУ НЕМАЄ!

**НОВИНКА**

По 2 таблетки  
3 рази на добу\*\*

**НО-ШПА®**  
Дротаверин

40 мг  
Для перорального застосування  
Зареєстровано в Україні  
Регістраційне посвідчення № UA/0391/01/02

24 таблетки

SANOFI

**НО-ШПА®** **ЕФЕКТИВНІШЕ:**

Кількість пацієнтів

27 vs 4

в 6,8 разів за мебеверин

Ретроспективний аналіз історій хвороб 120 хворих з діагнозом СПК\* (КБ м. Електросталь, 2010)<sup>2</sup>  
Усунення болю при СПК\* через 24 години.

**НО-ШПА®** **БЕЗПЕЧНІШЕ:**

Небажаних явищ <1%<sup>3</sup>

Дізнайся більше!

Дані основані на аналізі 37 клінічних досліджень<sup>3</sup> з 1964 по 1998 рр., в яких взяли участь 12 111 пацієнтів.

\* СПК — синдром подразненого кишечника. \*\* Дорослі — 120–240 мг на добу за 2–3 прийоми.

<sup>1</sup> Див. повну інструкцію для медичного застосування препарату НО-ШПА®.

<sup>2</sup> Афонин А.В., Дралкина О.М., Колбин А.С. Клинико-экономический анализ спазмолитиков для купирования абдоминальной боли, вызванной спазмом кишки // РМЖ. — 2010. — т.18, №13. — С. 845–849.

<sup>3</sup> Tar A., Singer J. Safety profile of NO-SPA. Orv Hetil. 2002, Mar 17; 143 (11): 559–562.

Інструкція для медичного застосування препарату НО-ШПА®, таблетки по 40 мг. Наказ МОЗ України № 734 від 21.09.2012.  
Регістраційне посвідчення в Україні № UA/0391/01/02 від 21.09.2012.  
ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ СПІВРОБІТНИКІВ.  
Інформація подана в скороченому вигляді. З повною інформацією щодо препаратів можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препаратів.  
ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», м. Київ, 01033, вул. Жиліяньська, 48–50а. Тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01. www.sanofi.ua