

Купирование абдоминального болевого синдрома у пациентов с хроническими заболеваниями пищеварительного тракта

Абдоминальный болевой синдром (АБС) – одно из наиболее частых проявлений заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Длительно сохраняющийся АБС способен значительно снизить качество жизни больных, ограничивая их повседневную и профессиональную активность. Эффективное купирование боли является одной из первоочередных задач практикующего врача в лечении хронических заболеваний ЖКТ: дисфункции билиарного тракта, хронического холецистита и панкреатита, гастродуоденита, функциональных заболеваний желудка и кишечника.

АБС обусловлен, как правило, висцеральной болью, которая вызывается повышением давления, растяжением, натяжением, расстройством кровообращения во внутренних органах и отражает как органическое повреждение органов, так и функциональные расстройства. Ноцицептивный АБС связан с поражением тканей вследствие воспаления, ишемии, травм и других деструктивных процессов. Нейропатический вариант АБС развивается при функциональных заболеваниях органов пищеварения и тесно связан с нарушением двигательной функции и висцеральной гиперчувствительностью (М.Ю. Степанов, 2009).

Традиционно для купирования абдоминальной боли применяются спазмолитики, которые ослабляют или ликвидируют спазм гладких мышц внутренних органов – непосредственную причину боли. Терапевтический эффект спазмолитиков связан с нормализацией мышечного сокращения: расслабление гладкомышечной клетки приводит к снижению тонуса и улучшению кровоснабжения стенки полого органа, при этом также снижается внутриполостное давление, как следствие – уменьшаются болевые ощущения (А.Е. Абатуров, О.Н. Герасименко, 2008; Т.А. Крючко и соавт., 2010).

Современные спазмолитические средства разделяют на миотропные, нейротропные и препараты смешанного действия (Т.А. Крючко и соавт., 2010; Е.В. Лукьянчук, 2011).

Миотропные спазмолитики (дротаверин, папаверин) воздействуют непосредственно на гладкомышечную клетку, блокируя внутриклеточную фосфодиэстеразу IV типа. В результате происходит накопление циклического аденозинмонофосфата, нарушение взаимодействия актина и миозина, что в конечном итоге обеспечивает расслабление гладкомышечной клетки.

Нейротропные спазмолитики нарушают процесс связывания нейромедиатора ацетилхолина с М-холинорецепторами, расположенными на поверхности нервных и гладкомышечных клеток. Блокада нервно-мышечного импульса приводит к снижению тонуса и расслаблению гладких мышц. Эта группа препаратов включает блокаторы М-холинорецепторов природного и синтетического происхождения.

В настоящее время известно 5 видов мускариновых рецепторов, при этом их концентрация в различных органах и системах существенно варьирует. В ЖКТ находятся все 5 видов мускариновых холинорецепторов, а в нервно-мышечных синапсах локализируются преимущественно М₃- и М₄-холинорецепторы, которые тормозят передачу импульса на сокращение мышечного комплекса. Избирательная блокада того или иного вида М-холинорецепторов определяет селективность фармакологического средства (М.Ю. Степанов и соавт., 2009). Неселективная блокада М-холинорецепторов сопровождается большим количеством побочных эффектов: наряду со спазмолитическим эффектом неселективные М-холинолитики (преимущественно растительного происхождения) вызывают тахикардию, сухость во рту, паралич аккомодации и мидриаз, повышение внутриглазного давления; редко могут спровоцировать атонию мочевого пузыря с задержкой мочи, при длительном парентеральном введении – атонию кишечника (А.Е. Абатуров, О.Н. Герасименко, 2008).

В связи с этим высокая селективность М-холинолитика – ключевое требование, предъявляемое наряду с выраженной спазмолитической активностью, быстрым наступлением терапевтического эффекта, продолжительным действием, доступностью, наличием форм для перорального применения, минимальным количеством побочных эффектов и противопоказаний к их назначению.

Одним из современных высокоселективных М₃-холинолитиков, представленных на отечественном фармацевтическом рынке, является препарат Риабал (прифиния бромид). Выборочно блокируя М₃-холинорецепторы, препарат делает их нечувствительными к ацетилхолину, который образуется в парасимпатических постганглионарных нервных окончаниях. Это приводит к снижению тонуса гладкомышечных волокон пищевода, кишечника, желчного пузыря и его протоков, мочевыводящих путей и матки, а также к уменьшению секреции соляной кислоты, пепсина, снижению внешнесекреторной активности поджелудочной железы.

Учитывая механизм действия прифиния бромида, назначение данного лекарственного средства обоснованно при хроническом болевом синдроме, ассоциированном со спазмом и гиперперистальтикой при хроническом гастрите, дуодените, воспалительных и функциональных заболеваниях кишечника, дискинезии желчного пузыря и его протоков. Сочетание спазмолитического и антисекреторного эффектов позволяет рекомендовать препарат больным хроническим панкреатитом (ХП), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Препарат применяют при рвоте и дисменорее, а также перед проведением эндоскопического и рентгенографического исследований желудка и кишечника. Являясь четвертичным аммониевым соединением, Риабал не проникает через гематоэнцефалический барьер. Препарат выпускается в нескольких лекарственных формах – парентеральной (раствор для инъекций), таблетированной и в виде сиропа для детей раннего возраста. Для обеспечения точности дозирования лекарственного средства форма в виде сиропа снабжена пипеткой-дозатором. Риабал в форме сиропа разрешен к применению у детей с первых дней жизни.

Сегодня накоплен значительный клинический опыт применения Риабала в лечении заболеваний, сопровождаемых хроническим АБС, как у взрослых, так и у детей. На базе Харьковской медицинской академии последипломного образования (Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай, 2008) было проведено исследование эффективности препарата Риабал у пациентов с ХП. Под наблюдением находились 23 пациента с ХП с рецидивирующим болевым синдромом, из них – 17 мужчин и 6 женщин в возрасте от 21 до 64 лет. Всем пациентам на фоне диетотерапии назначали базисную терапию: ферменты (минимикросферические), антиоксиданты, дезинтоксикационные и противовоспалительные средства. Болевой синдром в виде опоясывающей приступообразной боли различной интенсивности наблюдался у всех исследуемых, что явилось показанием к применению спазмолитических средств. Риабал назначали при выраженном болевом синдроме парентерально по 15 мг/2 мл внутримышечно 2 р/сут, затем при уменьшении боли – 1 р/сут с последующим переходом на пероральный прием препарата по 1 таблетке (30 мг) 2 р/сут до прекращения боли. У 5 (21,7%) больных болевой синдром был умеренной интенсивности, поэтому Риабал назначали по 2 мл внутримышечно 1 р/сут на фоне базисной терапии с последующим переходом на пероральный прием по схеме. Курс лечения составил 15 сут.

Согласно результатам исследования, включение Риабала в базисную терапию больных ХП уже через 3–4 сут обеспечивало уменьшение интенсивности болевого синдрома у 18 (78%) пациентов, получавших препарат внутримышечно. К концу лечения болевой синдром выраженной интенсивности был полностью купирован у 12 (66,6%) больных из 18. У 4 (22,2%) пациентов боль значительно уменьшилась, у 2 (11%) зарегистрировано незначительное уменьшение боли. Эти больные продолжили прием Риабала по 1–2 таблетке в 1–е сутки

на амбулаторном этапе до полного прекращения боли. Диспепсический синдром был менее выраженным у 57% пациентов. Астеноневротический синдром уменьшился в результате лечения у 50% больных, полностью исчез у 17%. У всех пациентов улучшились сон, аппетит, настроение, что в сочетании с исчезновением и/или уменьшением боли способствовало повышению качества жизни больных ХП и расширило их социальную адаптацию.

В другом исследовании сравнивали эффективность Риабала и дротаверина гидрохлорида у пациентов с АБС на фоне ХП (Ю.М. Степанов, Л.М. Шендрик, И.А. Васильева, 2009). У пациентов, получавших Риабал, на 5-й день лечения интенсивность боли с выраженной сменилась на минимальную и исчезла на 6-й день в отличие от пациентов группы сравнения, у которых боль на 5-й день носила умеренный характер, минимальные болевые явления сохранялись сроком до 8 дней. У 27 (90%) пациентов основной группы, применявших Риабал, эффективность препарата определялась как отличная и только у 3 (10%) больных – как хорошая. Больные группы сравнения, принимавшие дротаверина гидрохлорид, оценили эффективность препарата как отличную в 73% случаев, как хорошую – в 27%. Отказов от лечения вследствие нежелательных явлений в обеих группах больных не зарегистрировано.

На базе кафедры детской гастроэнтерологии Харьковского института усовершенствования врачей и Харьковской детской клинической городской больницы № 19 проведено исследование эффективности Риабала у детей с различными гастроинтестинальными заболеваниями (В.М. Савво, В.М. Белоусов, Н.А. Можаяева, 2007). В исследовании приняли участие 46 детей с АБС на фоне хронического гастродуоденита (n=18), с эрозивным поражением двенадцатиперстной кишки (n=8), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (n=4), хроническим холецистохолангитом (n=2), дискинезией желчевыводящих путей (n=6), хроническим колитом (n=8).

У всех пациентов Риабал применяли в комплексном лечении основного заболевания в возрастных дозах. Болевой синдром удалось купировать у подавляющего большинства (23–76,5%) больных на 2–е – 3–и сутки, хотя болезненность при пальпации в эпигастрии сохранялась до 5–6-го дня. У части (4–13,3%) больных с язвенным поражением луковицы двенадцатиперстной кишки жалобы на боль в животе сохранялись в течение 4–5 сут, болезненность при пальпации исчезла лишь к 7–8-му дню от начала лечения. У 3 (10%) детей имело место сочетание основного заболевания с хроническим холецистохолангитом, у 1 из них был диагностирован вторичный панкреатит. Жалобы на боль у этих детей сохранялись в течение 4 дней. Клиническая эффективность препарата была высокой у больных с нарушением моторики как верхних, так и нижних отделов пищеварительного тракта (у 8 пациентов с хроническим колитом). По результатам исследования, Риабал зарекомендовал себя как высокоэффективный универсальный препарат, который оказывает спазмолитическое действие на ЖКТ и желчевыводящую систему, обладает болеутоляющим действием и нормализует моторно-эвакуаторную функцию органов. Побочных явлений отмечено не было, переносимость препарата хорошая. Имеющиеся на сегодня данные позволяют рекомендовать препарат Риабал к применению в педиатрической практике, в частности в детской гастроэнтерологии.

Таким образом, современная схема лечения хронической абдоминальной боли включает назначение спазмолитика не только с целью устранения симптомов (боли), но и в качестве патогенетического лечения. Современный селективный М₃-холинолитик Риабал способствует расслаблению гладких мышц пищевода, желудка, кишечной стенки, сфинктера Одди. Препарат обладает самостоятельным антисекреторным эффектом, что позволяет использовать его в комплексном лечении ХП, хронического гастрита и дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Многочисленные клинические исследования свидетельствуют в пользу эффективности и безопасности препарата Риабал как у взрослых, так и у детей.

Подготовила **Мария Маковецкая**

3