ZU_COLLEKT_23_2014.qxd 24.12.2014 15:24 Page 12

О.Я. Бабак, д.м.н., профессор, ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Спастическая абдоминальная боль. Лечение и профилактика

О.Я. Бабак

Спастическая абдоминальная боль как с диагностической, так и с лечебной точки зрения является одной из основных медицинских проблем, с которой ежедневно сталкиваются доктора многих специальностей, в первую очередь семейные врачи, участковые терапевты и врачи скорой помощи. Причины возникновения спастической абдоминальной боли многочисленны, а механизмы разнообразны. Вместе с тем основные характеристики боли разной этиологии (интенсивность, локализация, время возникновения, длительность и др.) не имеют строгой специфичности и часто схожи, что может приводить к диагностическим ошибкам и нерациональной терапевтической тактике.

Спастическая абдоминальная боль, как правило, является вариантом висцеральной боли, в основе развития которой лежит гипермоторная дискинезия. Она связана со спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов, желудочно-кишечного тракта, желчевыводящей системы и мочевыводящих путей. Характерной особенностью этой боли являются отсутствие четкой локализации, разлитой характер, неопределенность восприятия. Следует отметить такую закономерность: при заболеваниях пищевода, желудка, поджелудочной железы, желчного пузыря, билиарных протоков боль чаще локализуется в эпигастрии; при наличии патологии тонкой или слепой кишки – в мезогастрии; при поражении толстой кишки, а также органов малого таза – в гипогастральной 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 отмечаются вегетативные реакции и кожные зоны гипералгезии. Спастическая (гипермоторная) дискинезия относится к одним из наиболее частых функциональных нарушений, в т. ч. с наличием органической патологии системы пищеварения. При гипермоторной дискинезии любого отдела пищеварительного тракта наблюдаются повышение внутрипросветного давления и нарушение продвижения содержимого по полому органу, что вызывает возникновение боли; скорость повышения давления в органе пропорциональна интенсивности боли [1].

Боль обеспечивает адаптацию организма к изменяющимся условиям внешней среды. Однако эта защитная реакция может трансформироваться в патологическую хроническую абдоминальную боль и стать 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, тощей, подвздошной и толстой кишки, в свою очередь, реагирует на растяжение сокращением гладкомышечных волокон, возникают спазм, спастическая боль, и патологический круг замыкается. Все это требует быстрого выявления источника боли и ее купирования [3].

Как правило, при боли любого генеза традиционно используются аналгетические препараты разных групп. Но если при болевом синдроме неспастического происхождения применение аналгетиков оправданно, то их назначение при спастической абдоминальной боли имеет ряд ограничений и противопоказаний. Назначением аналгетиков часто заменяют базисное лечение основного заболевания, вызывающего боль, что способствует его прогрессированию и осложняет его течение [4].

Если причиной хронической боли в животе является спазм гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, желчных и панкреатических протоков, препаратом выбора являются спазмолитики. Именно спазмолитические препараты рекомендованы для лечения пациентов с функциональной диспепсией, дискинезиями желчевыводящих путей, синдромом раздраженного кишечника (СРК). Эта группа препаратов также используется при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки до назначения эрадикационной терапии H. pylori, при желчнокаменной болезни до выполнения холецистэктомии и при других клинических случаях [5, 6].

Спазмолитики могут использоваться в качестве этиотропной терапии при функциональной боли и как симптоматическое лечение, когда спазм сопровождает основное заболевание, но не играет роли в патогенезе. Препараты данной группы не только купируют боль, но также способствуют восстановлению пассажа содержимого желудка и улучшению кровоснабжения стенки органа. Следует особо подчеркнуть, что назначение спазмолитиков не сопровождается непосредственным вмешательством в механизмы болевой чувствительности и не затрудняет диагностику острой хирургической патологии [7, 8].

В распоряжении врача имеется большой арсенал препаратов, действующих на разные патогенетические звенья спазма гладкой мускулатуры, формирующие боль. Необходимо выбрать оптимальный спазмолитик, свести к минимуму побочные эффекты, максимально быстро купировать боль и не допустить повторного ее возникновения.

В настоящее время наиболее часто используются следующие группы спазмолитических препаратов: М-холинолитики (гиосцина бутилбромид), блокаторы натриевых каналов (мебеверин), ингибиторы фосфодиэстеразы (ФДЭ) 4 типа (дротаверин).

Эффективные спазмолитические препараты должны ликвидировать или предотвращать спазмы гладкой мускулатуры, оказывать выраженное аналгезирующее действие, восстанавливать моторную функцию органов и систем, не влияя на механизмы боли и не маскируя клиническую картину возможных острых и неотложных состояний.

Критерием выбора препарата для терапии первой линии в случае приступа спастической абдоминальной боли служит убедительная доказательная база относительно его эффективности и безопасности и, как следствие, высокая частота достижения успеха лечения, даже если врач еще не обладает полной совокупностью данных о пациенте.

Ингибитор ФДЭ-4 дротаверин (препарат Но-Шпа производства компании Санофи) можно рассматривать как универсальный спазмолитик первого ряда.

Механизм действия дротаверина основан на подавлении ФДЭ-4. ФДЭ-4 представлена в гладкомышечных клетках кишечника, желче- и мочевыводящих путей. Препарат реализует универсальное спазмолитическое действие на всем протяжении желудочно-кишечного тракта и в других гладкомышечных органах. Его назначение является обоснованным не только в ситуациях, где основным субстратом болевого синдрома является спазм, но и в случаях, когда болевой синдром имеет сочетанную локализацию. Отсутствие у препарата антихолинергической активности позволяет использовать его в комбинациях с лекарственными средствами других групп, а также расширить контингент пациентов, которым он может быть назначен (мужчины пожилого возраста с патологией предстательной железы) [10]. Дротаверин обладает противоотечным и противовоспалительным эффектами в отличие от гиосцина бутилбромида и миотропных спазмолитиков. Противовоспалительная активность дротаверина позволяет рекомендовать его для лечения пациентов с СРК, учитывая возможную роль провоспалительных маркеров в патогенезе данного заболевания [11, 12].

Максимальная концентрация дротаверина в сыворотке крови достигается в течение 45-60 мин при пероральном применении. Его биодоступность составляет 60%. Препарат хорошо проникает в ткани, почти полностью метаболизируется до монофенольных соединений, его метаболиты быстро конъюгируют с глюкуроновой кислотой. При пероральном приеме более 50% препарата выделяется с мочой и до 30% – с калом.

Долгие годы дротаверин (препарат Но-Шпа) успешно применяется для купирования спастической висцеральной боли [4, 7, 13]. Он используется с целью обеспечения долговременного спазмолитического эффекта

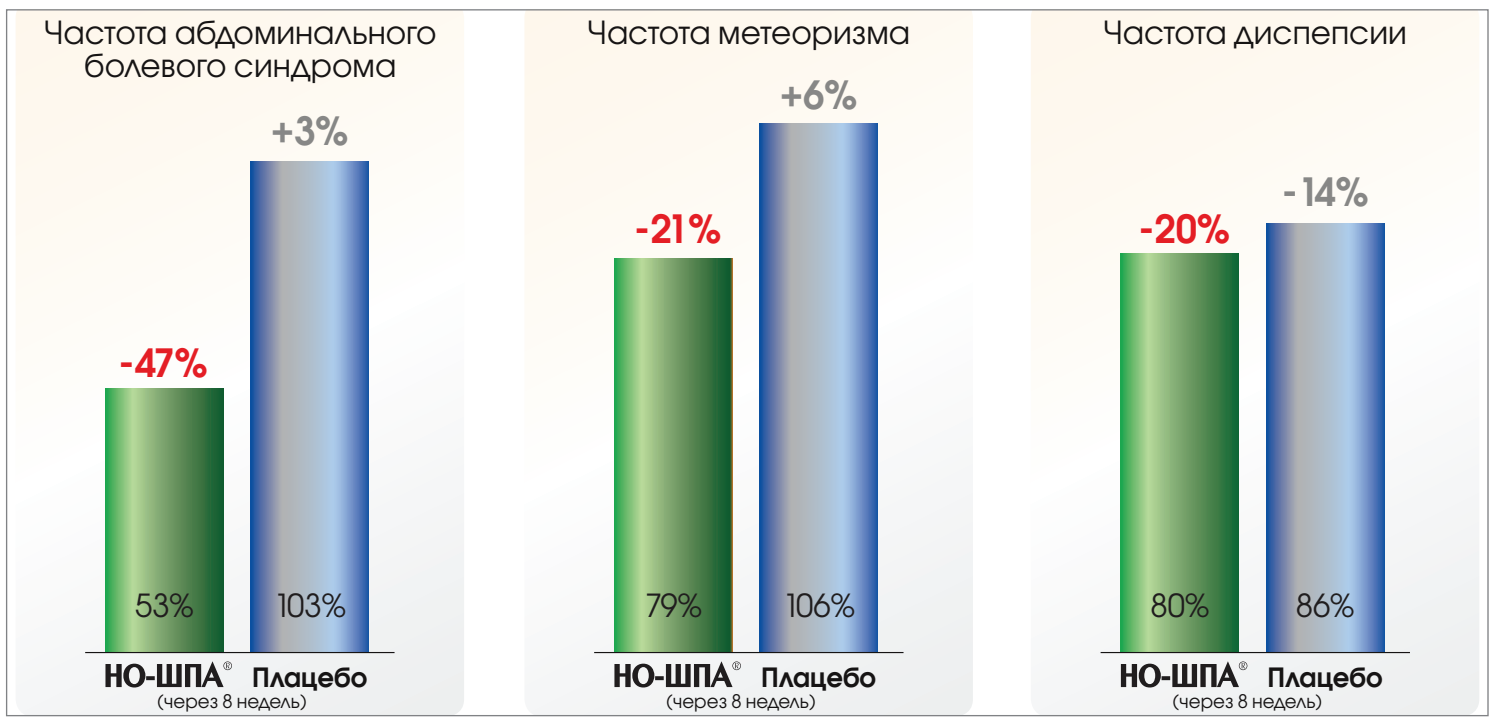

Рис. 1. Изменение клинических симптомов у пациентов с СРК на фоне применения препарата Но-Шпа и плацебо

ZU_COLLEKT_23_2014.qxd 24.12.2014 15:24 Page 13

при спазмах гладкой мускулатуры билиарного и желудочно-кишечного (при пилороспазме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, СРК) трактов и, как правило, хорошо переносится пациентами.

Эффективность дротаверина (препарата Но-Шпа) у больных с СРК была изучена в ряде клинических исследований.

Так, в рандомизированном двойном слепом плацебо контролированном исследовании эффективность препарата Но-Шпа изучалась у 70 больных в возрасте 18-60 лет с диагнозом СРК. Больные также получали препарат Но-Шпа внутрь по 80 мг 3 р/сут в течение 4 нед, а затем в течение 4 нед после отмены терапии пребывали под наблюдением. Согласно результатам исследования, применение препарата снижало частоту и интенсивность боли на 47% ($p<0,001$), выраженность диспепсии на 20% ($p<0,001$), метеоризма на 21%, сокращало время пассажа по толстой кишке по сравнению с таковым на фоне применения плацебо (рис. 1). Таким образом, прием препарата Но-Шпа при СРК способствует значительному уменьшению болевых ощущений, а также положительно влияет на моторику кишечника [10].

Еще одним подтверждением эффективности препарата Но-Шпа являются результаты ретроспективного анализа историй болезней 120 больных с диагнозом СРК, разделенные на группы в зависимости от применяемого спазмолитика (дротаверина, мебеверина и гиосцина бутилбромида) при абдоминальном болевом синдроме, вызванном спазмом кишечника. Оценку проводили через 24 ч, 3 и 7 дней, при выписке из стационара (рис. 2). Полученные данные свидетельствовали о том, что уже через 24 ч препарат Но-Шпа оказывал наиболее выраженное и быстрое действие в сравнении с таковым других спазмолитиков. Однако при дальнейшем лечении эффекты изучаемых спазмолитиков достоверно не различались [2].

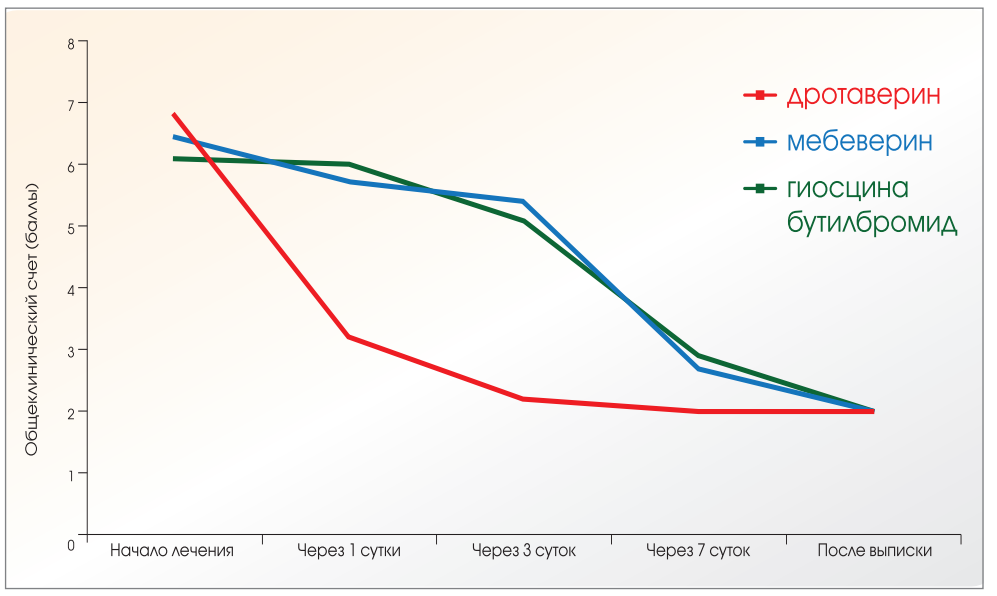

Рис. 2. Динамика болевых ощущений при пальпации

Со времени создания препарата Но-Шпа проведено много клинических исследований, которые позволили оценить уровень его безопасности. Проанализировано 37 клинических испытаний, в которые было включено 12 111 пациентов, получавших препарат Но-Шпа как с целью купирования симптомов, так и для поддерживающего лечения. Общая частота побочных эффектов в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения не превышает 0,9% [15].

Дротаверин (Но-Шпа) активно используется как для амбулаторного лечения, так и в качестве терапии в условиях стационара (для достижения быстрого и выраженного эффекта). Препарат быстро купирует спазм и связанную с ним абдоминальную боль.

После установления диагноза дротаверин (Но-Шпа) может применяться не только как симптоматический, но и как основной вариант лечения. Рекомендуется продолжать патогенетическую терапию именно этим препаратом, поскольку при переходе по каким-либо причинам на прием любого другого спазмолитика возможно развитие непредвиденных осложнений, снижение достигнутого лечебного эффекта, появление новых жалоб, аллергических и других побочных реакций.

В случаях, когда боль имеет сочетанную локализацию, затрудняющую диагностику на ранних стадиях заболевания, или склонна к генерализации, дротаверин (Но-Шпа) также является препаратом выбора. Отсутствие антихолинергической активности обусловливает хорошую переносимость и позволяет комбинировать его с препаратами других классов.

Дротаверин (Но-Шпа) рекомендован для продолжительного применения с целью обеспечения длительного спазмолитического эффекта при спазмах гладкой мускулатуры билиарного, желудочно-кишечного (купирование боли при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, пилороспазме, энтерите, спастическом колите, СРК) трактов [9].

Учитывая доказанную эффективность, широкий спектр безопасности и хорошую переносимость, дротаверин (Но-Шпа) можно рассматривать как универсальный спазмолитик первого ряда (вариант стартовой терапии) для купирования боли и как препарат выбора для дальнейшего лечения заболеваний билиарного и желудочно-кишечного трактов, сопровождающихся спастическим абдоминальным синдромом.

Список литературы находится в редакции.

Науково-практична конференція «Дні гастроентерології в Києві»

20-21 листопада в м. Києві відбулася чергова щорічна конференція, організована колективом кафедри внутрішньої медицини № 1 Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця та створеним на її базі Українським товариством терапевтів, які очолює заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор В'ячеслав Григорович Пєрєдєрій.

На конференції було продовжено обговорення обраної у 2013 р. проблеми персоніфікованої та геномної медицини в гастроентерології та клініці внутрішньої медицини. Саме під такою назвою «Персоніфікована та геномна медицина у гастроентерології – погляд у майбутнє» було проведене пленарне засідання, яке з привітальним словом та доповіддю відкрив В.Г. Пєрєдєрій. З доповіддю «Абдомінальні симптоми як складова поліорганних порушень при метаболічних захворюваннях» **виступила член-кореспондент НАМН України, директор Українського інституту клінічної генетики (м. Харків), доктор медичних наук, професор Олена Яківна Гречаніна**, в якій вона зазначила про важливість розуміння поняття геномного здоров'я, розповіла про структуру об'єднання «Медична генетика» та основні напрями його роботи, сформулювала клінічні ознаки спадкових захворювань обміну речовин та представила результати досліджень з вивчення діагностичної та клінічної значущості абдомінальних симптомів у формуванні фенотипу спадкових хвороб обміну речовин. **Директор ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» (м. Харків), доктор медичних наук, професор Галина Дмитрівна Фадєєнко** проаналізувала роль поліморфізмів генів у розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби та ожиріння. Про сучасні досягнення та наукові перспективи персоніфікованої та геномної медицини в клінічній практиці доповів **професор кафедри внутрішньої медицини № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук Сергій Вікторович Клименко**. Основними сферами використання генетичних тестів у клінічній практиці вважаються генетичний скринінг батьків та новонароджених, оцінка ризиків захворювання та прогнозування результатів лікування. Нові технології секвенування дозволяють визначити патогенез раніше невідомих захворювань, що свідчить про нові клінічні можливості. Іншою перспективною реалією сьогодення є можливість використання даних генетичних досліджень під час вибору стратегій лікування, зокрема вирішення питання «Як лікувати хворого?» (яким лікарським засобом, якою дозою та/або яким іншим препаратом з урахуванням ризиків побічних дій). Це стосується сучасних підходів до застосування варфарину, інгібіторів протонної помпи та хіміопрепаратів у хворих онкологічного профілю. Саме завдяки використанню фармакогенетичних тестів у 100 хворих, які обґрунтовано отримують варфарин, можна зекономити до 10 тис. євро порівняно з ризиками ускладнень та вартістю їх лікування. «Неможливо повністю індивідуалізувати медицину, проте необхідно прагнути більшої персоналізації», – резюмував С.В. Клименко.

Секційні засідання першого дня конференції були присвячені захворюванням гастродуоденальної зони та сучасним аспектам діагностики та лікування патології печінки. З науковими доповідями виступили провідні фахівці-гастроентерологи – **професор Ю.М. Степанов** (м. Дніпропетровськ), **професор І.М. Скрипник** (м. Полтава), **професор О.А. Голубовська** (м. Київ), **професор Г.В. Осьодло** (м. Київ), **професор С.М. Ткач** (м. Київ), **професор І.Г. Палій** (м. Вінниця), **професор О.Ю. Губська** (м. Київ).

Другий день роботи конференції доповіддю «Активне використання сучасної фахової інформації на засадах доказової медицини як засіб забезпечення високої якості до- та післядипломної підготовки лікарів і надання медичної допомоги» відкрив **завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 НМУ ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Анатолій Станіславович Свінціцький**.

Цікавою подією конференції стала секція «Патологія шлунково-кишкового тракту: сучасні можливості та потреби очима гастроентеролога та хірурга», під час якої фахівці-хірурги та гастроентерологи (**професор О.І. Пойда, доктор медичних наук В.М. Мельник, професор А.Е. Дорофєєв, професор С.М. Ткач, доцент Ю.С. Лозинський, доцент Г.А. Соловйова та кандидат медичних наук Д.О. Федоров**) обмінювалися досвідом та визначали можливості терапевтичного лікування хворих із патологією шлунково-кишкового тракту та сучасні перспективи хірургічних втручань.

Проблеми коморбідності були обговорені під час роботи секції «Нові можливості діагностики та лікування захворювань органів травлення та поєднаної патології» (**професор В.О. Мойсеєнко** (м. Київ), **професор Т.М. Христич** (м. Чернівці), **професор В.М. Чорнобровий** (м. Вінниця), **професор В.О. Терьошин** (м. Луганськ), **професор Л.В. Журавльова** (м. Харків).

У рамках секційних засідань «Комплексна фармако- та дієтотерапія гастроентерологічної патології» та «Патологія підшлункової залози» виступили **професор В.І. Вдовиченко** (м. Львів), **професор С.М. Ткач, професор О.Ю. Губська, доцент О.А. Мартинчук, кандидат медичних наук Ю.В. Чичула, кандидат медичних наук Г.К. Сизенко, О.О. Наумова**.

Підводячи підсумки роботи науково-практичної конференції «Дні гастроентерології в Києві», варто зауважити, що захід став важливою подією в галузі, яку відвідали майже 300 слухачів з усіх регіонів України, лікарі різних спеціальностей, інтерни та студенти старших курсів НМУ ім. О.О. Богомольця.

Додаткова інформація про конференцію, найкращі фотографії її роботи розміщені на офіційному сайті Українського товариства терапевтів та кафедри внутрішньої медицини № 1: www.ukr-therapy.biz.ua.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476