

# Болевой синдром при билиарной патологии: механизмы развития и возможности коррекции



Н.В. Харченко

По данным ряда последних исследований, боль в животе остается одной из ведущих причин обращения пациентов за медицинской помощью (А. Viniol et al., 2014). Поскольку причины абдоминальной боли весьма многочисленны и разнообразны, правильная ее оценка, а также выбор адекватной тактики обследования и лечения пациента порой представляют собой непростую задачу даже для опытного гастроэнтеролога. При определении тактики ведения пациента с абдоминальной болью врачи традиционно ориентируются на патогенетический механизм ее возникновения и клиническую классификацию, согласно которой выделяют висцеральную, париетальную, иррадиирующую и психогенную боль в животе. По продолжительности и течению абдоминальная боль может быть острой или хронической, которая, в свою очередь, подразделяется на органическую и функциональную. Трудности в установлении точной причины абдоминальной боли во многом обусловлены тем, что между органами пищеварения существуют тесные анатомические и функциональные связи, в результате чего при поражении одного органа в патологический процесс с течением времени неизбежно вовлекаются и другие. Классическим примером этого может служить билиарная патология (дискинезии желчевыводящих путей, желчнокаменная болезнь, холецистит), которая очень часто сопровождается такими патогенетически взаимосвязанными заболеваниями, как функциональная диспепсия, рефлюкс-гастрит, дуоденит и хронический билиарный панкреатит. При этом функциональные и органические заболевания билиарного тракта, распространенность которых в общей популяции экономически развитых стран достигает 15% (В.Т. Ивашкин, 2005), являются одной из основных причин в этиологической структуре абдоминальной боли, обусловленной гастроэнтерологической патологией. О механизмах развития хронической абдоминальной боли (в частности, обусловленной патологией билиарного тракта), а также о современных возможностях ее диетологической и фармакотерапевтической коррекции нам рассказала известный отечественный ученый-гастроэнтеролог, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Гастроэнтерология», заведующая кафедрой гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии послепломного образования им. П.Л. Шупика, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Наталия Вячеславовна Харченко.

**?** Уважаемая Наталия Вячеславовна, расскажите, пожалуйста, какие заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) наиболее часто сопровождаются синдромом хронической абдоминальной боли?

— Абдоминальная боль является ведущим симптомом большинства заболеваний ЖКТ и представляет собой одну из основных жалоб, с которой пациенты обращаются к врачам различных специальностей. В целом развитие синдрома хронической абдоминальной боли у пациентов гастроэнтерологического профиля может быть обусловлено как функциональными заболеваниями ЖКТ (функциональная диспепсия, дискинезии желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника и др.), так и органическими заболеваниями (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь и хронический холецистит, хронический панкреатит, воспалительные заболевания кишечника и т.д.), в основе развития болевого синдрома при которых лежит структурное повреждение тканей, в первую очередь воспалительные процессы. Следует отметить, что наибольшие диагностические трудности возникают при наличии у пациента хронической абдоминальной боли функционального характера (в том числе билиарной боли), при которой во время проведения клинического и лабораторно-инструментального обследования не удается обнаружить органической патологии ЖКТ и патоморфологического субстрата, вызвавшего боль. Функциональная абдоминальная боль является висцеральной по своему патогенетическому механизму; как правило, она возникает на фоне феномена висцеральной гиперчувствительности и сопровождается нарушениями моторики ЖКТ.

**?** А какие патогенетические механизмы лежат в основе развития болевого синдрома при таких распространенных органических заболеваниях ЖКТ, как хронический холецистит и хронический панкреатит?

— В целом патогенетические механизмы формирования хронической абдоминальной боли крайне разнообразны.

Если при функциональных расстройствах ЖКТ в патогенезе синдрома хронической абдоминальной боли преобладают спастический и дистензионный механизмы, то при органических заболеваниях ведущую патогенетическую роль играют воспалительные и ишемические изменения. Так, именно воспалительные процессы, приводящие к структурному повреждению тканей и нервных окончаний, лежат в основе развития болевого синдрома при хроническом холецистите и хроническом панкреатите. Однако следует отметить, что спастический механизм формирования боли может иметь место и в воспаленном органе, поскольку спазм является универсальным звеном в развитии многих гастроэнтерологических заболеваний. Механизмами развития упорного болевого синдрома при хроническом панкреатите (в том числе при билиарном) являются воспаление ткани поджелудочной железы и внутрипротоковая гипертензия, вызванная как нарушением оттока панкреатического сока (в результате наличия белковых пробок, конкрементов, стриктур и пр.), так и увеличением его объема.

**?** Как известно, хронический панкреатит может сопровождаться развитием экзокринной недостаточности поджелудочной железы. Оказывает ли она какое-либо влияние на выраженность абдоминального болевого синдрома?

— Развитие экзокринной недостаточности поджелудочной железы у пациентов с хроническим панкреатитом клинически всегда сопровождается диспептическим синдромом, который проявляется болью, тошнотой, метеоризмом, диареей, стеатореей и др. Эти симптомы существенно ухудшают качество жизни пациентов. Помимо того, что боль в животе сама по себе является составным компонентом в структуре синдрома экзокринной недостаточности поджелудочной железы, вследствие практически постоянного вздутия живота к патогенезу синдрома хронической абдоминальной боли дополнительно подключается дистензионный механизм. Метеоризм обуславливает изменение процесса ноцицепции, повышая чувствительность болевых

рецепторов органов к растяжению, и может являться самостоятельной причиной абдоминальной боли. Хочу подчеркнуть, что наличие метеоризма всегда требует тщательного обследования пациента с целью точного установления его причины и последующего проведения этиопатогенетического лечения выявленного заболевания.

**?** Какую роль в развитии хронической абдоминальной боли при функциональных и органических заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы играет такое распространенное функциональное расстройство, как дисфункция сфинктера Одди?

— Дисфункция сфинктера Одди, под которой понимают нарушение его функции с частичным нарушением проходимости общего желчного и панкреатического протоков на уровне сфинктера, является одной из основных причин возникновения билиарной боли, а также может выступать важным фактором в развитии хронического панкреатита. Следует отметить, что дисфункция сфинктера Одди весьма часто отмечается у пациентов, перенесших холецистэктомию. Значительное количество случаев постхолецистэктомического синдрома, сопровождающегося хроническим болевым и диспептическим синдромами, обусловлено именно развитием дисфункции сфинктера Одди. Нарушение сократительной функции сфинктера Одди при его дисфункции затрудняет нормальный отток желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку, обуславливая переполнение и растяжение желчного пузыря, а также повышение давления в протоках поджелудочной железы, что закономерно приводит к формированию болевого синдрома и усилению выраженности уже имевшейся у больного симптоматики патологии билиарной системы и поджелудочной железы.

**?** Наталия Вячеславовна, перейти к вопросу о современных принципах лечения синдрома хронической абдоминальной боли, обусловленной патологией билиарного тракта и поджелудочной железы, логично было бы с рассмотрения

возможностей использования немедикаментозных методов, в первую очередь, диетотерапии...

— Прежде всего я хотела бы напомнить врачам о том, что диетотерапия фактически представляет собой основу немедикаментозного лечения любых заболеваний внутренних органов, а не только заболеваний органов пищеварения: она является неотъемлемым компонентом комплексной терапии пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринными заболеваниями и нарушением обмена веществ. К сожалению, уровень знаний практикующих врачей о здоровом и лечебном питании в настоящее время все еще остается неудовлетворительным. Что же касается возможностей диетотерапии у пациентов с патологией билиарного тракта и поджелудочной железы (в том числе с хроническим холециститом и панкреатитом), то она является основой лечения и должна обязательно использоваться как в фазе обострения, так и во время ремиссии. Строгое соблюдение принципов правильного питания с учетом индивидуального характера имеющихся у пациента органических и/или функциональных нарушений способствует более быстрой реабилитации пациентов и улучшает качество жизни. Конечно же, питание пациентов с билиарной патологией и хроническим панкреатитом должно быть полноценным, адекватным, индивидуально подобранным, а также учитывать аспекты правильного сочетания продуктов и их надлежащей кулинарной обработки. У пациентов с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом диетотерапия играет важную роль и собственно в купировании хронической абдоминальной боли, особенно в фазе обострения. Поэтому при обострении заболевания пациентам следует переводить на более щадящую диету с сохранением в рационе квоты белка, при этом несколько уменьшая квоту простых углеводов и жиров. Жиры нужно употреблять дробно и в сочетании с другими продуктами. Продукты, богатые сложными углеводами, рекомендуется употреблять после кулинарной обработки. Сырые овощи и фрукты в период обострения противопоказаны.

**?** При наличии абдоминальной боли принципиально важным для пациента является ее купирование. Какими возможностями патогенетического лечения и симптоматического облегчения абдоминальной боли, вызванной патологией билиарной системы и поджелудочной железы, располагают гастроэнтерологи сегодня?

— Да, купирование или максимально возможное облегчение хронической абдоминальной боли действительно имеет решающее значение для качества

жизни пациента с билиарной патологией и хроническим панкреатитом. Поскольку универсальным механизмом формирования болевого синдрома при функциональной патологии желчевыводящих путей, а также неотъемлемым компонентом в комплексе причин возникновения боли при органических заболеваниях билиарного тракта и поджелудочной железы является спазм, то препаратами выбора обоснованно можно считать спазмолитики. Фактически спазмолитическая терапия показана при наличии любой боли спастического характера, которая не купируется немедикаментозными методами (модификацией образа жизни и диетотерапией). Современные спазмолитики, способные эффективно купировать висцеральную абдоминальную боль, представлены различными группами лекарственных средств. Расслабление гладкой мускулатуры органов пищеварения, которое посредством различных механизмов действия вызывают спазмолитики, приводит к снижению тонуса стенок полых органов и внутрипросветного давления. Тем самым спазмолитики опосредованно воздействуют и на дистензионный механизм развития синдрома абдоминальной боли.

**?** **Что можно сказать о комбинированных спазмолитических препаратах, предназначенных для облегчения абдоминального болевого и диспептического синдромов? Каковы их клинические преимущества?**

— При ведении каждого конкретного пациента с абдоминальным болевым и диспептическим синдромами терапевтическая тактика должна строиться, прежде всего, исходя из особенностей клинической картины заболевания и общего состояния пациента. В каждом случае врач должен учитывать множество факторов: фазу заболевания (обострение или ремиссия), его характер (острое или хроническое), наличие сопутствующей патологии, эффективность ранее проводившейся терапии и т.п. Поскольку спазмолитическая терапия представляет собой один из методов, используемых в комплексной терапии заболеваний пациентов с вышеуказанными синдромами на фоне правильно организованного питания и нормализации образа жизни, из множества представленных на фармацевтическом рынке спазмолитиков важно выбрать оптимальный для применения в конкретной клинической ситуации. В частности, при длительной боли в животе, которая в ряде случаев помимо спазма может быть также обусловлена и другими механизмами (связанными с нарушениями пищеварения, метеоризмом, психосоматическими расстройствами и др.), поддерживающими нарушенное восприятие боли, монотерапия спазмолитиками может оказаться неэффективной. В таком случае предпочтительнее использовать комбинированные препараты, содержащие помимо спазмолитика и другие активные фармацевтические ингредиенты. Одним из таких комбинированных препаратов является Энтероспазмил, в состав которого входит спазмолитик флороглюцинол дигидрат в дозе 80 мг и антифлатулент симетикон в дозе 125 мг. Энтероспазмил воздействует сразу на три различных механизма возникновения абдоминальной боли: спазм, вздутие живота и висцеральную гиперчувствительность. Следует отметить, что Энтероспазмил выпускается во Франции в соответствии со стандартами надлежащей производственной практики (GMP) и широко применяется в странах Европы в качестве средства

патогенетической и симптоматической терапии при функциональных и органических заболеваниях ЖКТ. Спазмолитический компонент препарата — флороглюцинол дигидрат — представляет собой неатропиновый селективный блокатор кальциевых каналов гладких мышц ЖКТ. Он уменьшает избыточную перистальтику тонкой и толстой кишки, не вызывая гипотонии, и нормализует моторику желчевыводящих путей. Кроме того, флороглюцинол дигидрат уменьшает висцеральную болевую чувствительность ЖКТ, оказывая влияние на передачу нервных импульсов в периферической и центральной нервной системе по афферентным нервным волокнам.

Вторым действующим веществом препарата Энтероспазмил является хорошо известный гастроэнтерологам симетикон — нетоксическое инертное поверхностно активное вещество, которое не всасывается в ЖКТ и эффективно устраняет метеоризм, тем самым облегчая вызванный им дискомфорт и напрямую влияя на дистензионный механизм формирования абдоминальной боли. Благодаря фармакологическим свойствам флороглюцинол дигидрата и симетикона препарат Энтероспазмил может успешно применяться в составе комплексного лечения пациентов с функциональными и органическими заболеваниями ЖКТ, сопровождающимися хроническим абдоминальным

синдромом различной интенсивности, в патогенезе которого ведущую роль играет спазм гладкой мускулатуры, а также метеоризмом (в частности, при дискинезиях желчевыводящих путей, холелитиазе, хроническом холецистите, хроническом панкреатите и др.). Энтероспазмил следует принимать до еды (доза для взрослых пациентов составляет 2 капсулы 3 раза в день), запивая небольшим количеством воды. Длительность лечения врач определяет индивидуально, в зависимости от выраженности и длительности соответствующей клинической симптоматики.

Подготовили **Александра Меркулова** и **Елена Терещенко**



**СЕЛЕКТИВНИЙ СПАЗМОЛІТИК  
В КОМБІНАЦІЇ З СИМЕТИКОНОМ<sup>2</sup>**

# ЕНТЕРОСПАЗМІЛ

Капсули №30

**ШВИДКО І ЕФЕКТИВНО УСУВАЄ БІЛЬ,  
ВИКЛИКАНИЙ СПАЗМОМ СФІНКТЕРА  
ОДДІ І МЕТЕОРИЗМОМ<sup>2</sup>**



**2**

**АКТИВНІ СУБСТАНЦІЇ  
ПРОТИ БОЛЮ:<sup>2</sup>**

**Флороглюцинол дигідрат 80 мг**

— усуває спазм гладких м'язів шлунково-кишкового тракту<sup>1</sup>

**Симетикон 125 мг**

— усуває здуття кишківника<sup>1</sup>

**PRO PHARMA**

**ВИТЯГ З МЕДИЧНОЇ ІНСТРУКЦІЇ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЕНТЕРОСПАЗМІЛ.** Склад лікарського засобу: 1 капсула містить флороглюцинолу дигідрату 80 мг, симетикону 125 мг; **Ентероспазмил** — комбінований препарат, який включає неатропіновий спазмолітичний засіб флороглюцинолу дигідрат та симетикон, що запобігає накопиченню газів у кишечнику. Клінічні дослідження підтверджують розслаблюючий ефект гладкої мускулатури шлунково-кишкового тракту. **Показання для застосування.** Спазми гладкої мускулатури, у тому числі ті, що супроводжуються болювим синдромом різної інтенсивності, та метеоризм різної етіології: диспепсія, гастрит, ентерит, коліт, спастичний коліт із запором, синдром подразненої товстої кишки, холецистит. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до флороглюцинолу дигідрату, симетикону або інших компонентів препарату. Кишкова непрохідність, обструктивні стани шлунково-кишкового тракту. **Особливі застереження.** Препарат застосовують дітям старше 6 років. **Спосіб застосування та дози.** Діти віком від 6 до 12 років: приймати по 1 капсулі 3 рази на день. Дорослі та діти віком від 12 років: — по 2 капсули 3 рази на день. **Назва і місцезнаходження виробника.** Лабораторія РОДАЕЛЬ, вул. Сокс, 1, Ф 59380, Бьєрн, Франція.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Энтероспазмил. 2. Ткач С.М. Современные подходы к лечению болевого синдрома билиарного и панкреатического генеза. Новости медицины и фармации. №537 Гастроэнтерология 2015.

Даний матеріал призначений виключно для медичних спеціалістів для поширення під час спеціалізованих заходів. Перед призначенням будь-якого препарату, згаданого в даному матеріалі, будь-ласка, ознайомтесь з повним текстом інструкції виробника. Про-фарма не рекомендує застосовувати продукти в цілях, які відрізняються, від тих, що описані в інструкції по застосуванню даних препаратів. Авторські права компанії 2016р УА Про-фарма. Всі права захищені. Матеріал затверджений до друку: квітень 2016р. Матеріал дійсний до: квітня 2018р. При виникненні запитань, щодо препаратів компанії Про-фарма, Ви можете звернутись до нас за адресою для листування: ТОВ «УА «Про-фарма», вул.Козацька 120/4, корпус Ж, 2 пов. м.Київ, Україна, 03680. www.pro-pharma.com.ua зателефонувати: тел./факс 044-422-50-70(77)