

О синдроме раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – заболевание неясной этиологии, характеризующееся абдоминальной болью и дискомфортом, а также изменениями активности кишечника. СРК имеет место примерно у 15% мировой популяции взрослого возраста и, таким образом, входит в группу наиболее распространенных заболеваний. Средний возраст пациентов с СРК составляет 30-40 лет, большинство из них женщины. Симптомы данной патологии, как правило, обусловлены нарушением функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) вследствие присоединения вторичной инфекции, нарушения режима питания, изменения образа жизни или психологического стресса.

В мировой медицинской практике для лечения СРК используются спазмолитические препараты, прием которых рекомендуется у пациентов с метеоризмом и императивными позывами к дефекации. Комбинируя спазмолитические препараты с бензодиазепинами, в частности диазепамом, можно повысить эффективность терапии: уменьшить выраженность желудочно-кишечных симптомов и тревожных расстройств, сопутствующих СРК. Чтобы подтвердить эффективность такой комбинированной терапии и установить механизмы ее действия, требуются дальнейшие исследования.

Большинство имеющихся фармакологических методов лечения СРК являются симптоматическими, однако в настоящее время разрабатываются препараты, которые влияют на патофизиологические процессы развития заболевания. В частности, в последнее время большое внимание уделяется средствам, регулирующим содержание серотонина, при этом серотонинергические препараты могут быть связаны с развитием редкого, но серьезного осложнения – ишемического колита. Таким образом, существует острая необходимость в безопасном и эффективном лекарственном средстве для патофизиологического лечения СРК.

Spinelli A.
Clin Drug Investig. 2007; 27 (1):15-33.

Дети и подростки с воспалительными заболеваниями кишечника подвержены более высокому риску остеопороза

К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относят болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, типичными симптомами которых являются жидкий стул со следами крови и абдоминальная боль. При болезни Крона в той или иной степени поражаются все части пищеварительного канала, а при язвенном колите патологический процесс преимущественно локализуется в слизистой оболочке толстого кишечника.

Почти 1% населения Швеции страдает ВЗК, у четверти из пациентов указанная патология развивается в детском или подростковом возрасте (ежегодно в среднем у 300 детей и подростков младше 18 лет). В Швеции, как и в других странах, за последние несколько десятилетий распространенность ВЗК у детей значительно возросла. Кроме того, отмечено, что пациенты с ВЗК имеют повышенный риск нарушений минерального обмена. Принимая во внимание этот факт, специалисты университета г. Гетеборга (Швеция) изучили взаимосвязь между низкой минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) и ВЗК у детей и подростков.

В исследовании приняли участие 144 пациента 6-19 лет. У половины из участников с ВЗК была низкая МПКТ. Возможными факторами риска низкой МПКТ были ВЗК высокой степени активности, мужской пол и низкий индекс массы тела. Генетические факторы также играют важную роль в снижении МПКТ у детей и подростков. Ученые определяли МПКТ у биологических родителей детей и обнаружили четкую взаимосвязь между состоянием костной ткани родителей и их детей. Если оба родителя имели низкую МПКТ, то у их ребенка вероятность таковой была в 6 раз выше, чем у детей родителей с нормальной МПКТ.

Таким образом, наличие ВЗК в детском и подростковом возрасте может значительно увеличить риск развития остеопороза и, следовательно, вероятность переломов во взрослом возрасте.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения причин ВЗК и определения МПКТ у этой категории пациентов. С учетом данных, полученных в исследовании, детям и подросткам с хроническими ВЗК необходимо назначение лекарственных препаратов и соблюдение диеты, что позволит предотвратить снижение МПКТ.

По утверждению авторов исследования, в настоящее время ни в одном международном или национальном руководстве не содержится указаний относительно необходимости мониторинга МПКТ у детей и подростков

с ВЗК, однако результаты данной работы подтверждают необходимость подобной стратегии, особенно у пациентов с факторами риска, такими как тяжелая форма болезни, низкий индекс массы тела или низкая МПКТ у родителей.

<http://www.gu.se>

Гемореологический эффект препаратов, воздействующих на активность внутриклеточной фосфодиэстеразы: результаты исследования in vitro

Целью данного исследования было изучить изменения микрогемореологических параметров эритроцитов, в частности агрегационной способности, при воздействии на них препаратов, блокирующих активность фосфодиэстеразы (ФДЭ). В исследовании красные кровяные клетки инкубировали с добавлением следующих ингибиторов ФДЭ: пентоксифиллина 25,0 мкг/мл, дротаверина 10,0 мкг/мл, винпоцетина 5,0 мкг/мл, папаверина 10,0 мкг/мл, кофеина 25,0 мкг/мл и 3-изобутил-1-метилксантина 10,0 мкг/мл. Концентрация изучаемых в исследовании препаратов была сходна с обнаруживаемой в крови пациентов после внутривенной инфузии препаратов в терапевтических дозах.

В ходе исследования красные кровяные клетки отделялись от сыворотки крови путем центрифугирования. Затем проводилось 3-кратное промывание эритроцитов с добавлением фосфатного буферного раствора с последующим суспендированием. Исследование показало, что все изучаемые препараты значительно снижают агрегацию эритроцитов. Полученные данные являются свидетельством того, что препараты, блокирующие ФДЭ, могут рассматриваться как эффективные средства, улучшающие микрогемореологические свойства крови.

Muravyov A.V., Yakusevich V.V., Chuchkanov F.A., Maimistova A.A., Bulaeva S.V., Zaitsev I.G.
Clin Hemorheol Microcirc 2008; 40 (2):165-6.

Но-шпа® – классика спазмолитической терапии

Миотропные спазмолитики – группа эффективных препаратов для лечения абдоминальной боли, вызванной спазмом. Наиболее популярным из спазмолитиков сегодня является дротаверин (Но-шпа®).

В двойном слепом плацебо контролируемом клиническом исследовании изучалась эффективность препарата Но-шпа® в качестве вспомогательного средства у больных со стенозом сфинктера Одди, в том числе у пациентов после хирургических вмешательств. Применение препарата Но-шпа® показало достоверное и значительное уменьшение болевого синдрома у 60% участников и небольшой эффект еще у 23% пациентов, тогда как плацебо в 55% случаев не влияло на интенсивность боли. В этом исследовании Но-шпа® оказалась в 2 раза эффективнее анальгетиков.

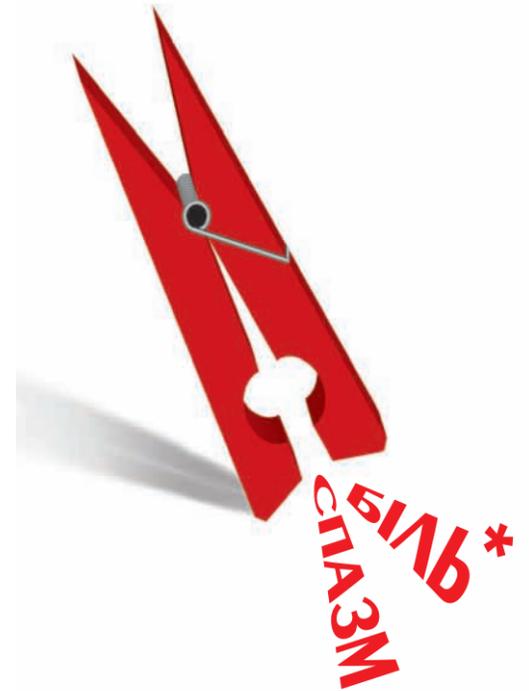
Было проведено несколько клинических исследований по оценке эффективности и переносимости препарата Но-шпа® у пациентов с СРК и другими кишечными расстройствами. В двойное слепое рандомизированное исследование под контролем плацебо были включены 62 пациента с СРК и запором. Больные регистрировали свои жалобы ежедневно в течение 2 нед до начала лечения и в течение 8 нед терапии препаратом Но-шпа® по 80 мг 3 р/день или 2 таблетками плацебо 3 р/день. Активное лечение достоверно снизило абдоминальную боль на 47%, тогда как в группе плацебо выраженность болевого синдрома усилилась на 3% (p<0,05). На фоне приема препарата Но-шпа® уменьшались и другие симптомы, в том числе метеоризм.

В другом рандомизированном двойном слепом исследовании эффективность препарата Но-шпа® изучалась у 70 больных 18-60 лет с СРК. Больные получали препарат Но-шпа® по 80 мг 3 р/день в течение 4 нед, а затем наблюдались в течение 4 нед. Результаты показали, что Но-шпа® значительно – на 47% (p<0,001) – уменьшает частоту боли, а также частоту метеоризма (на 21%) и диспепсии (на 20%; p<0,001) по сравнению с таковыми при приеме плацебо. Вместе с тем нормализация частоты стула имела место у 40% больных, получавших препарат Но-шпа® и плацебо, однако улучшение времени пассажа по толстой кишке отмечалось достоверно чаще на фоне применения препарата Но-шпа®.

Обзор результатов клинических исследований свидетельствует, что Но-шпа® является эффективным препаратом для быстрого купирования спазмов и боли.

Белоусов Ю.Б.
Русский медицинский журнал, 2002, т. 10, №15, с. 669-673

Подготовила **Ольга Татаренко**



- * СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ШЛУНКОВО–КИШКОВОГО ТРАКТУ
- * СПАЗМИ ГЛАДКОЇ МУСКУЛАТУРИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВОГО ТРАКТУ
- * ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ (ДИСМЕНОРЕЯ)



ШВИДКО ТА НАДІЙНО
УСУВАЄ ЧАСТУ ПРИЧИНУ
БОЛЮ* В ЖИВОТІ — СПАЗМ

НО-ШПА® Є — СПАЗМУ НЕМАЄ**

** Белоусов Ю. Б., Леонова М. В. Клиническая фармакология Но-шпа®. Методическое пособие для врачей терапевтов, гастроэнтерологов и клинических фармакологов. — М., 2002.

Р.П. МОЗ України № UA/0391/01/02 від 17.03.10.
Перед застосуванням уважно читайте інструкцію.
Зберігати в недоступному для дітей місці.
Реклама: лікарський засіб. ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»,
Київ, 01033, вул. Жильяньська, 48–50а,
тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01,
www.sanofi-aventis.com.ua

sanofi aventis

UA.DRT.10.09.03

Здоров'я — це важливо