

Селективные спазмолитики в терапии болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом

По материалам XV Национальной школы гастроэнтерологов и гепатологов Украины «Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний органов пищеварения. Результаты международных клинических исследований в практику» (18-19 апреля, г. Киев).

Согласно этиологической классификации и статистическим данным в 75-80% случаев клиницисты имеют дело с алкогольным хроническим панкреатитом. Также выделяют идиопатический, билиарный и наследственный хронический панкреатит (ХП). К более редким причинам развития этого заболевания относят гиперпаратиреоз, гиперлипидемию, дефицит белкового питания. Следует помнить и о возможности развития патологии поджелудочной железы (ПЖ) вследствие приема лекарственных средств. Наряду с внешнесекреторной и инкреторной недостаточностью органа болевой синдром составляет основу клинической картины ХП. Его характеристики отличаются значительной вариабельностью в зависимости от этиологии и длительности заболевания. Проблема купирования абдоминальной боли при ХП был посвящен доклад директора Института гастроэнтерологии НАМН Украины (г. Днепропетровск), доктора медицинских наук, профессора Юрия Мироновича Степанова.

Как отметил профессор Ю.М. Степанов, наиболее частой причиной обращения за медицинской помощью пациентов с ХП является наличие болевого синдрома. 80-94% больных описывают боль как невыносимую и часто требующую применения наркотической анальгезии, что в последующем приводит к развитию зависимости (I.E. Demir, E. Tiertrunk, 2011). Ammann R.W. et al. (1999) предложили классифицировать абдоминальную боль при ХП на тип А, которому свойственны короткие рецидивирующие эпизоды, и тип В, при котором наблюдаются постоянные, длительные боли. Установлено, что тип А преобладает у пациентов на поздних стадиях идиопатического ХП или при наследственном ХП, а приступ боли возможно купировать при помощи консервативного лечения. Тип В преобладает при алкогольном ХП и на ранних стадиях идиопатического ХП, ассоциируется с местными осложнениями (псевдокисты, обструктивный холестаз) и более чем в половине случаев требует хирургического вмешательства. Также доказано, что у пациентов с постоянной болью наблюдается более частый прием обезболивающих препаратов, выше уровень инвалидности и более низкий уровень жизни (Mullady D.K., Yadav D., Amann S.T. et al., 2011).

Для правильного выбора тактики купирования боли практикующему врачу необходимо знать механизмы развития болевого синдрома, общие принципы регуляции панкреатической секреции, а также точки приложения и механизмы действия лекарственных средств. Установление терапевтом основного механизма формирования боли у каждого пациента позволит повысить эффективность лечебных мероприятий. Достижения в области молекулярной биологии, а также прогресс в области хирургии ПЖ позволили установить многочисленные механизмы возникновения боли при ХП. В общем они могут быть классифицированы на периферические и центральные. Следует отметить, что наиболее частой причиной возникновения болевых ощущений у этой группы пациентов является воспаление ПЖ, поскольку вследствие экссудации происходит компрессия паренхимы и мелких панкреатических протоков. Обструкция протоков и нарушение оттока секрета приводят к протоковой и тканевой гипертензии, а в последующем — к ишемии. Частым явлением при ХП является формирование псевдокисты, в которых накапливается агрессивный панкреатический сок. Его прямое воздействие на нервные окончания приводит к раздражению нервных ганглиев и возникновению выраженной боли.

Одна из основных задач при купировании боли — создание функционального покоя ПЖ. Применение ферментных лекарственных средств позволяет напрямую подавлять внешнесекреторную функцию ПЖ. Опосредованное ингибирование панкреатической секреции возможно путем угнетения продукции соляной кислоты в желудке, вследствие чего происходит уменьшение синтеза секретина и холецистокинина, что в свою очередь приводит к уменьшению объема и ферментной активности панкреатического сока.

Уменьшить болевые ощущения возможно также путем снижения протокового и тканевого давления назначением спазмолитиков. При висцеральной боли применяются спазмолитические препараты, которые воздействуют на этапе проведения нервного импульса/гуморального сигнала (нейротропные спазмолитики), или же препараты, воздействующие непосредственно на гладкомышечные клетки (миотропные спазмолитики). Также используются другие препараты спазмолитического действия.

Следует отметить, что при выборе спазмолитика следует отдавать предпочтение препаратам с селективным воздействием. Одним из таких препаратов является мебеверин (Меверин), который блокирует поступление ионов натрия в гладкомышечные клетки. Низкая системная биодоступность этого препарата (менее 10%) позволяет обеспечить избирательное действие в желудочно-кишечном тракте и минимальное развитие побочных эффектов. Применение неселективных препаратов часто приводит к снижению тонуса гладких мышц внутренних органов и перистальтики кишечника (как следствие, способствует развитию гипотонических нарушений со стороны кишечника, желчного пузыря, сфинктера Одди), а также к расширению кровеносных сосудов. Могут возникать такие побочные эффекты, как головокружение, сердцебиение, ощущение жара, повышенное потоотделение и снижение артериального давления. Мебеверин устраняет спазм без влияния на нормальную перистальтику кишечника, а из побочных эффектов в редких случаях отмечается головокружение и реакция повышенной чувствительности.

На базе Института гастроэнтерологии НАМН Украины, кафедры гастроэнтерологии и терапии ФПО Днепропетровской медицинской академии проводится исследование сравнительной эффективности селективного спазмолитика Меверина и неселективного спазмолитика дротаверина при лечении ХП. Задачами исследования являются проведение комплексной оценки клинико-лабораторно-инструментальных данных у обследуемых больных, а также их динамики в процессе лечения; оценка болевого синдрома по балльной системе до начала терапии, на 10-й и 21-й дни лечения; сравнение эффективности Меверина и дротаверина в лечении ХП и, в частности, купирования болевого синдрома при этой патологии.

Основную группу составили 40 больных с ХП, которые получают лечение препаратом Меверин (корпорация «Артериум») два раза в сутки в дозе 200 мг. Лечение контрольной группы пациентов (n=20) проводится препаратом дротаверин три раза в сутки в дозе 40 мг. Больные были распределены на основную и контрольную группы слепым методом.

Болевой и диспептический синдром оценивают в баллах: 0 — нет; 1 — легкий; 2 — средний; 3 — выраженный. Всем пациентам было проведено лабораторное обследование, которое включало общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкозу, амилазу), копрограмму, а также определение уровня

амилазы мочи до и после лечения. Из инструментальных методов обследования были выполнены ультразвуковое исследование и многофазное дуоденальное зондирование. Для оценки качества жизни больных использовался опросник SF-36.

Докладчиком были предоставлены предварительные результаты исследования. До начала лечения пациенты основной и контрольной групп оценивали болевые ощущения в диапазоне 2-2,5 балла. На 10-е сутки наблюдалось значительное снижение интенсивности болевых ощущений у больных основной группы до 1,2 балла, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 2 балла. При оценке болевого синдрома на 20-е сутки вследствие приема Меверина была отмечена положительная динамика болевого синдрома, и оценка пациентами болевых ощущений составила менее чем 0,5 балла. Больные из группы



Ю.М. Степанов

сравнения на 20-е сутки давали оценку болевых ощущений 1,5 балла.

Согласно результатам ультразвукового исследования у пациентов основной группы со спазмом сфинктера Одди была установлена положительная динамика моторики желчного пузыря. Фракция выброса у всех больных до начала лечения составила 5-8%. После приема Меверина этот показатель удалось повысить до 32,5%, тогда как при лечении неселективным спазмолитиком дротаверином фракция выброса желчного пузыря увеличилась всего до 15%.

В ходе исследования при приеме Меверина побочные эффекты не были отмечены, тогда как у 18% пациентов контрольной группы имели место жалобы на головную боль, запор, изжогу, тошноту, ощущение горечи во рту. Кроме того, больные основной группы отмечали значительное повышение уровня жизненной активности.

Таким образом, по предварительным результатам исследования применение селективного спазмолитика Меверина при купировании болевого синдрома у пациентов с ХП обеспечивает более эффективное и безопасное обезболивающее воздействие по сравнению с неселективным спазмолитиком дротаверином.

Подготовила Елена Молчанова



УСУВАЄ СПАЗМИ БЕЗ РИЗИКУ ГІПОТОНІЇ КИШЕЧНИКУ

Меверин®

- Антиспастичний ефект
- Вибірковість дії на гладенькі м'язи шлунково-кишкового тракту
- Нормалізація моторики

СКЛАД.
1 капсула містить мебеверин гідрохлорид, пелети, що містять субстанцію, у перерахуванні на мебеверин гідрохлорид 0,2 г (200 мг);
ФОРМА ВИПУСКУ. Капсули.
Фармакотерапевтична група. Засоби, що застосовуються при функціональних шлунково-кишкових розладах. Код АТС А03А А04.
Клінічні характеристики.
Показання для застосування.
Симптоматичне лікування болю, зняття спазмів, кишкових розладів і відчуття дискомфорту у кишечнику при синдромі "раздрозненої товстої кишки"; лікування шлунково-кишкових спазмів вторинного генезу, спричинених захворюваннями печінки, підшлункової залози, кишечника та жовчних протоків.
Противіказання.
Підвищена чутливість до компонентів препарату. Мебеверин у капсулах не призначений для лікування дітей.
Побічна дія.
У поодиноких випадках можливі алергічні реакції — кропив'янка, набряк Квінке, набряк обличчя, шкірні висипи.
До складу Корпорації «Артеріум» входить ВАТ «Київмедпрепарат» і АТ «Галичфарм». Інформація подана у скороченому вигляді, повна інформація надається у Інструкції до медичного застосування препарату Меверин®.

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей
ARTERIUM