

# Купирование абдоминальной боли: роль селективных миотропных спазмолитиков

По материалам научно-практической конференции «V Украинская гастроэнтерологическая неделя», 19-20 сентября, г. Днепропетровск

**Абдоминальная боль является распространенным симптомом органических и функциональных заболеваний органов пищеварения. Подходы к купированию болевого синдрома были рассмотрены ведущими украинскими гастроэнтерологами в ходе лекций и докладов, посвященных разным клиническим проблемам.**



Директор Института гастроэнтерологии НАМН Украины (г. Днепропетровск), доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов в рамках пленарного заседания «Заболевания кишечника» предоставил вниманию

слушателей лекцию по диагностике и лечению микроскопического колита.

В начале выступления лектор отметил актуальность проблемы диагностики воспалительных заболеваний кишечника. Как правило, диагноз колита любой этиологии устанавливается на основании морфологической картины. Однако нередки случаи, когда заболевание диагностируют только на основании данных анамнеза, жалоб и клинической картины. Далее профессор привел пример распространенного воспалительного заболевания кишечника, которое может быть диагностировано только на основании результатов морфологического исследования. Это микроскопический колит – хроническое идиопатическое воспалительное заболевание толстой кишки, которое является частой причиной диарейного синдрома, особенно у лиц старше 70 лет. Признаки воспаления обнаруживаются лишь при гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки. Рентгенологическая и эндоскопическая картина может оставаться без изменений.

В настоящее время выделяют два варианта микроскопического колита: лимфоцитарный и коллагенозный. Предполагают, что лимфоцитарный колит имеет аутоиммунное происхождение. Основанием для этого служит частое сочетание данного заболевания с аутоиммунным тиреоидитом, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, ревматоидным артритом, увеитом, синдромом Шегрена, сахарным диабетом, целиакией. Причиной развития коллагенозного колита является нарушение баланса между синтезом и деградацией коллагена.

Клинически микроскопический колит проявляется хронической (4 нед и более) обильной водянистой диареей без примеси крови (объемом до 1,5 л в день), снижением массы тела и спастической абдоминальной болью. Пациенты с подобными жалобами обращаются к гастроэнтерологам практически ежедневно, но далеко не всем назначается необходимый объем обследований и устанавливается правильный диагноз. Внекишечные проявления встречаются примерно у 10% больных. Это могут быть воспалительные изменения суставов в видеmono- или полиартрита, чаще с поражением лучезапястных суставов и суставов кисти, а также метаболические и трофические нарушения, которые развиваются вследствие нарушений пищеварения.

Лабораторные показатели, данные рентгенографии и колоноскопии у пациентов с микроскопическим колитом, как правило, не отличаются от нормы. Диагноз основывается на результатах гистологического исследования биоптатов слизистой оболочки толстой кишки. К характерным признакам лимфоцитарного колита относят дистрофию эпителиоцитов, выраженную лимфоплазмоцитарную инфильтрацию поверхно-

стного эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки толстой кишки. Коллагенозный колит характеризуется атрофией поверхностного эпителия и наличием субэпителиально расположенного слоя коллагеновых волокон III типа и фибронектина толщиной от 10 до 100 мкм. В норме толщина субэпителиального слоя коллагена составляет от 2 до 5 мкм и представлена преимущественно коллагеном IV типа.

Переходя к вопросам лечения микроскопического колита, лектор выделил следующие направления:

- диетотерапия;
- купирование абдоминальной боли;
- лечение диарейного синдрома;
- борьба с воспалением;
- коррекция метаболических нарушений.

Ю.М. Степанов отметил, что лекарственные средства с вяжущим эффектом (препараты висмута, диосмектит), а также энтеросорбенты являются важной составляющей симптоматической терапии и существенно облегчают состояние пациентов. Однако основой терапии служат антидиарейные препараты (например, лоперамид), селективные спазмолитики (мебеверин), месалазин и кортикоиды (преднизолон или будесонид). Пробиотики используются как средства адьювантной терапии. В некоторых странах для лечения микроскопического колита применяют иммунодепрессанты, но противовоспалительная терапия с назначением кортикоидов остается на первом месте.

Топический кортикоид будесонид стал первым препаратом, зарегистрированным для лечения коллагенозного колита. По результатам контролированных клинических исследований эффективность будесонида при коллагенозном колите достоверно превышает эффективность преднизолона (уровень доказательности 1A). Кроме того, как отметил лектор, топическое действие будесонида обеспечивает лучшую переносимость и высокую безопасность лечения по сравнению с системными кортикоидами. Будесонид создает высокую концентрацию только в терминальных отделах тонкой кишки и восходящей ободочной кишки. Профессор представил данные научной литературы, согласно которым на терапию будесонидом хорошо отвечают около 80% пациентов с коллагенозным колитом, при этом отметил, что долгосрочная эффективность будесонида изучена недостаточно. Многие пациенты нуждаются в длительной поддерживающей терапии, поскольку после отмены будесонида заболевание может рецидивировать. Возможность комбинированного применения будесонида и системных кортикоидов докладчик проиллюстрировал наиболее распространенной схемой: назначение будесонида в полной дозе на фоне постепенного снижения дозы преднизолона (на 5 мг/сут каждую неделю).

Лектор акцентировал внимание на целесообразности назначения селективного миотропного спазмолитика мебеверина при микроскопическом колите с диарейным синдромом. Универсальность и уникальность механизма действия мебеверина заключается в том, что препарат эффективно устраняет спазм гладкой мускулатуры кишечной стенки (основную причину схваткообразной боли в животе) и при этом препятствует развитию гиптонии в других от-

делах желудочно-кишечного тракта. Ю.М. Степанов отметил положительный опыт применения отечественного мебеверина – препарата Меверин корпорации «Артериум», в клинике Института гастроэнтерологии НАМН Украины у пациентов с дисмоторными расстройствами билиарного тракта и толстой кишки, в том числе при синдроме раздраженной кишки с диареей.



Доктор медицинских наук, профессор Галина Дмитриевна Фадененко (Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков) на пленарном заседании «Кислотозависимые заболевания» акцентировала внимание слушателей на необходимости активного купирования симптомов функциональных заболеваний органов пищеварения и выборе лекарственных средств для этой цели.

Хотя симптомы функциональных заболеваний сами по себе не угрожают жизни человека, они оказывают негативное влияние на качество жизни, нарушая привычную жизнедеятельность и работоспособность, а также ночной сон. Пациенты с функциональными расстройствами обращаются со своими жалобами к разным специалистам и часто встречают непонимание врачей, которые ориентированы на поиск и устранение органической причины симптомов. Между тем наличие функционального заболевания всегда требует активного терапевтического подхода. На сегодняшний день известны следующие патогенетические факторы развития функциональных заболеваний органов пищеварения:

- нарушения моторно-эвакуаторной функции (пищевода, желудка, кишечника, желчного пузыря и желчевыводящих путей);
- повышение висцеральной чувствительности;
- расстройства постпрандиальной аккомодации желудка;
- гиперпродукция соляной кислоты в желудке;
- нервно-психический фактор.

Медикаментозная терапия функциональных заболеваний преследует конкретные цели – уменьшение гиперчувствительности и нормализация моторики органов пищеварения.

К основным клиническим проявлениям функциональных заболеваний органов пищеварения относятся изжога, диспепсия, расстройства стула, метеоризм и абдоминальная боль.

Изжога может возникать при преобладании в рационе острых блюд, чая, кофе, газированных напитков, злоупотреблении алкоголем (функциональная изжога), при функциональной диспепсии (вследствие нарушения аккомодации желудка), при приеме лекарственных препаратов, влияющих на тонус нижнего пищеводного сфинктера (папаверин, дротаверин, теофиллин, антагонисты кальция, бета-адреноблокаторы, нитраты, холинолитики, седативные, снотворные, антидепрессанты). Отдельной проблемой является изжога беременных, которая возникает вследствие повышения внутрибрюшного давления и снижения тонуса нижнего пищеводного

сфинктера на фоне гормональной перестройки. В настоящее время для купирования изжоги применяются в основном невасасывающиеся антациды на основе фосфата или гидроксида алюминия, гидроксида магния.

Под термином «функциональная диспепсия» объединяют такие симптомы, как чувство переполнения, тяжесть в эпигастрии, быстрое насыщение, тошнота. Терапия первой линии – ингибиторы протонной помпы и эрадикация инфекции *Helicobacter pylori* при ее обнаружении. При сочетании симптомов диспепсии с функциональными расстройствами кишечника, билиарного тракта могут также применяться спазмолитики, прокинетики, антидиарейные средства.

Абдоминальная боль – самый частый симптом, который сопровождает практически все функциональные расстройства: функциональную диспепсию (эпигастральная боль), синдром раздраженной кишки, функциональное вздутие, функциональный запор, дисфункцию желчного пузыря и сфинктера Одди (билиарная боль). Модуляторы моторной функции желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей являются препаратами первой линии для устранения боли функционального характера. В европейских странах с этой целью наиболее часто назначается мебеверин. Этот спазмолитик включен в официальные стандарты и протоколы лечения функциональных заболеваний многих стран. Такой выбор основывается на доказательных данных – результатах клинических исследований и их метаанализов. Так, метаанализ семи рандомизированных контролируемых исследований с участием 555 пациентов показал, что при синдроме раздраженной кишки мебеверин уменьшает выраженность абдоминальной боли на 33% по сравнению с плацебо. Мебеверин хорошо переносится и практически не вызывает побочных эффектов.

Г.Д. Фадененко представила результаты исследования, выполненного на базе Института терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины, в котором проведено сравнение эффективности и безопасности отечественного препарата Меверин корпорации «Артериум» и оригинального мебеверина у пациентов с функциональными заболеваниями билиарного тракта. Динамика купирования абдоминальной боли, а также других симптомов (тошнота, горечь во рту) не различалась между группами пациентов, которые получали Меверин или препарат сравнения. По результатам исследования были сделаны следующие выводы.

– Меверин является эффективным лекарственным средством для лечения больных с билиарной дисфункцией, аналогичным по действию оригинальному препарату мебеверина;

– Меверин хорошо переносится пациентами и не вызывает побочных эффектов, доступных для обнаружения существующими методами диагностики;

– обладая доказанной эффективностью, сопоставимой с таковой оригинального препарата, Меверин значительно доступнее по цене.

В заключение профессор Г.Д. Фадененко отметила, что функциональные заболевания органов пищеварения чрезвычайно распространены и подлежат активному лечению, а в арсенале врача имеется достаточно средств для успешного устранения проявлений функциональных расстройств у подавляющего большинства пациентов.

Подготовил Дмитрий Молчанов