

МИОТРОПНЫЕ СПАЗМОЛИТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОЙ КИШКИ

А. Никонов,
РГМУ

E-mail: patriarch5@mail.ru

Синдром раздраженной кишки (СРК) – одно из наиболее часто встречающихся гастроэнтерологических заболеваний. В развитых странах распространенность СРК достигает 10–15%. Чаще от СРК страдают люди наиболее трудоспособного возраста (от 25 до 40 лет), у женщин заболевание встречается примерно в 2 раза чаще. В статье представлены подходы к лечению болевого синдрома, говорится о преимуществах пинаверия бромид.

Ключевые слова: синдром раздраженной кишки, пинаверия бромид, болевой синдром.

Впервые термин «синдром раздраженного кишечника» был официально утвержден в 1988 г. в Риме Международной группой по изучению функциональной патологии желудочно-кишечного тракта. Были разработаны определение и критерии постановки диагноза, получившие в дальнейшем название «Римские критерии СРК».

Римский консенсус III. Классификация функциональных расстройств системы пищеварения

А. Функциональные расстройства пищевода

A1. Функциональная изжога.

A2. Функциональная заградительная боль пищевода происхождения.

A3. Функциональная дисфагия.

A4. Ком в пищеводе (Globus).

В. Функциональные гастродуоденальные расстройства

V1. Функциональная диспепсия:

V1a – постпрандиальный дистресс-синдром;

V1b – синдром эпигастральной боли.

V2. Расстройства, сопровождающиеся отрыжкой:

V2a – аэрофагия;

V2b – неспецифическая чрезмерная отрыжка.

V3. Расстройства, сопровождающиеся тошнотой и рвотой:

V3a – хроническая идиопатическая тошнота;

V3b – функциональная рвота;

V3c – синдром циклической рвоты.

V4. Синдром руминации у взрослых.

С. Функциональные расстройства кишечника

C1. Синдром раздраженного кишечника.

C2. Функциональное вздутие.

C3. Функциональный запор.

C4. Функциональная диарея.

C5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство.

Д. Синдром функциональной абдоминальной боли

Е. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди (СО)

E1. Функциональное расстройство желчного пузыря.

E2. Функциональное билиарное расстройство СО.

E3. Функциональное панкреатическое расстройство СО.

Ф. Функциональные аноректальные расстройства

F1. Функциональное недержание кала.

F2. Функциональная аноректальная боль:

F2a – хроническая прокталгия:

F2a1 – синдром m. levator ani;

F2a2 – неспецифическая функциональная аноректальная боль;

F2b – прокталгия fugax;

F3. Функциональные расстройства дефекации:

F3a – диссинергическая дефекация;

F3b – неадекватная пропульсия при дефекации.

Г. Функциональные расстройства: новорожденные

G1. Срыгивание у новорожденных.

G2. Синдром руминации у новорожденных.

G3. Синдром циклической рвоты.

G4. Колики у новорожденных.

G5. Функциональная диарея.

G6. Затруднение дефекации у новорожденных.

G7. Функциональный запор.

Н. Функциональные расстройства: дети и подростки

N1. Рвота и аэрофагия:

N1a – синдром руминации у подростков;

N1b – синдром циклической рвоты;

N1c – аэрофагия.

N2. Абдоминальная боль, связанная с функциональными гастроинтестинальными расстройствами:

N2a – функциональная диспепсия;

N2b – синдром раздраженного кишечника;

N2c – абдоминальная мигрень;

N2d – функциональная абдоминальная боль у детей:

N2d1 – синдром функциональной абдоминальной боли у детей.

N3. Запор и недержание:

N3a – функциональный запор;

N3b – несдерживаемое недержание кала.

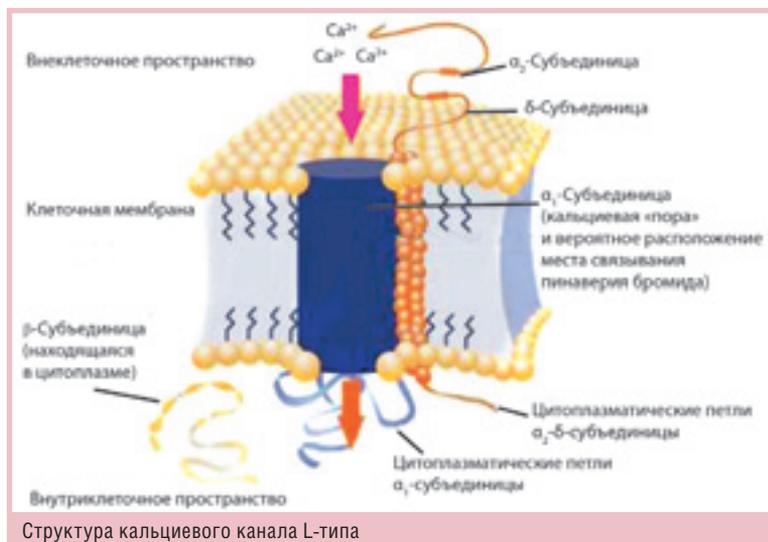
В 1999 и 2006 гг. критерии были дополнены [7].

Римские критерии помогли специалистам разных школ прийти к единому пониманию сущности патологии и избежать многочисленных синонимов (дисбактериоз кишечника, функциональная колопатия, спастическая толстая кишка, слизистая колика, нервная диарея и др.). Хотя можно еще встретить диагнозы: «хронический спастический колит» и «дисбактериоз кишечника», которые неточно отражают суть патологии, поскольку характерной воспалительной реакции слизистой оболочки или клинически значимых специфических изменений кишечной микрофлоры у больных с СРК не находят [1–3].

Согласно Римским критериям III, СРК – это комплекс функциональных кишечных нарушений, включающий боль или дискомфорт в животе, которые связаны с нарушением акта дефекации и изменением частоты стула, продолжительностью не менее 3 дней в месяц на протяжении 3 мес за истекший год [4].

По степени выраженности кишечной симптоматики в настоящее время выделяют 3 клинических варианта СРК: 1) с преобладанием боли в животе и метеоризма; 2) с преобладанием диареи; 3) с преобладанием запора.

Выбор лечения зависит не только от ведущего клинического симптома (боль/метеоризм, диарея, запор), но и определяется взаимодействием нескольких факторов – таких, как степень тяжести симптома и влияние на качество жизни и характер поведения пациента и его психического состояния [5, 6]. Лечение продолжается довольно долго (не менее 6–8 нед).



При болевой форме СРК сегодня применяют следующие препараты различных фармакологических групп:

- МЗ – антихолинергические средства;
- антагонисты 5-гидрокситриптамина-3 (5НТЗ);
- аналоги соматостатина;
- антагонисты холецистокинина;
- миотропные спазмолитики [9, 10].

Остановимся подробнее на селективных миотропных спазмолитиках, которые наиболее широко применяются для борьбы с болевым синдромом у пациентов с СРК [2–4].

Мебеверин является миотропным спазмолитиком и обладает 2 эффектами: 1) оказывает спазмолитический эффект, снижая проницаемость клеток гладкой мускулатуры для ионов натрия; 2) непрямым образом уменьшает отток K^+ и, соответственно, не вызывает гипотонию. Препарат принимают по 1 капсуле (200 мг) 2 раза в день за 20 мин до еды.

Назначение пинаверия бромид (дицетел) считается оптимальным. Препарат оказывает высокоселективное спазмолитическое действие в отношении гладких мышц кишечника. Это определяет целесообразность его терапевтического применения при боли в животе, кишечной дисфункции и кишечном дискомфорте, обусловленных синдромом раздраженной кишки у взрослых.

Пинаверия бромид является препаратом с уникальным двойным механизмом действия: 1) блокирует поступление Ca^{2+} через кальциевые каналы в гладкомышечные клетки кишечника (см. рисунок); 2) подавляет спазм кишечной мускулатуры, вызванный пищеварительными гормонами и медиаторами – такими, как холецистокинин и субстанция Р (Christen R., 1995). Эти вещества играют ключевую роль в этиологии «гиперчувствительной кишки» – характерного признака СРК.

У 90% больных СРК пинаверия бромид (дицетел) обеспечивает эффективное спазмолитическое действие, купирует боли в животе, уменьшает выраженность метеоризма.

На протяжении более чем 30 лет эффективность пинаверия бромид продемонстрирована в нескольких двойных слепых плацебоконтролируемых исследованиях: M. Dubarry и E. Quinton (1977), J. Delmont (1981), D'Eredita и соавт. (1983), J. Virat и D. Hueber (1987), J. Awad и соавт. (1995), D. Wittmann и соавт. (1998), G. Tougas и соавт. (2000), J. Padron и соавт. (2005). Кроме того, препарат изучали в сравнительном аспекте

с другими лекарственными средствами, применяемыми для лечения СРК, – тримебутином (Corazza G. и соавт., 1983), N-бутилскополамином (Benvestito V., 1983), отилония бромидом (Galeone M. и соавт., 1986) и мебеверин (Lu C. и соавт., 2000). Эффективность пинаверия бромид подтверждена также во многих открытых и долгосрочных исследованиях. В общей сложности действие препарата изучено более чем у 6400 пациентов [6, 10].

Во всех исследованиях применение пинаверия бромид было связано с минимальным количеством побочных эффектов, он хорошо переносился. Данный препарат не взаимодействует с вегетативной нервной системой и потому не обладает антихолинергическими побочными эффектами, тем более в терапевтических дозах. В связи с этим пинаверия бромид может применяться у пациентов с СРК и сопутствующей гипертрофией предстательной железы или глаукомой. К достоинствам пинаверия бромид следует отнести то, что в терапевтических дозах он не обладает сердечно-сосудистыми эффектами. Это обусловлено очень низким

уровнем его системной абсорбции, преимущественно гепатобилиарной экскрецией и высокой специфичностью в отношении как гладкомышечной ткани кишечника, так и подтипов кальциевых каналов, в основном сконцентрированных в толстой кишке [8].

Пинаверия бромид принимают по 1 таблетке (50 мг) 3–4 раза в день во время еды либо по 1 таблетке (100 мг) 2 раза в день. В исключительных случаях суточная доза препарата может быть увеличена до 6 таблеток по 50 мг (всего 300 мг в день) [1, 2, 8].

В заключение следует сказать, что пинаверия бромид – миотропный спазмолитик, действующий на гиперактивный кишечник на 2 фундаментальных уровнях, может с успехом применяться при лечении абдоминальной боли у больных с СРК.

Литература

1. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // Consilium Medicum. – 2000; 2 (7): 292–297.
2. Белоусова Е.А. Спазмолитики в гастроэнтерологии: сравнительная характеристика и показания к применению // Фарматека. – 2002; 9: 40–46.
3. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки: практическое руководство для врачей. – М.: РГА, 1999. – 28 с.
4. Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2008. – С. 147–157.
5. Полуэктова Е.А. Боль в животе при функциональных расстройствах кишечника // Клинические перспективы в гастроэнтерологии и гепатологии. – 2001; 2: 27–33.
6. Drossman D., Camilleri M., Mayer E. et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome // Gastroenterology. – 2002; 123: 2108–2131.
7. Drossman D. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // Gastroenterology. – 2006; 130 (5): 1377–1390.
8. Longstreth G., Wilson A., Knight K. et al. Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: a U.S. managed care perspective // Am. J. Gastroenterol. – 2003; 98: 600–607.
9. Longstreth G., Drossman D. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2005; 3: 397–400.
10. Wilson A., Longstreth G., Knight K. et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome // Manage Care Interface. – 2004; 17: 24–28.

MYOTROPIC SPASMOLYTICS IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME

A. Nikonov

Russian State Medical University

The irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common gastrointestinal diseases. In the developed countries, the prevalence of IBS is as high as 10-15%. The disease more frequently afflicts the most able-bodied (25-to-45-year-old) persons; it is about twice more common in women. The paper describes the approaches applied to treating the pain syndrome and the benefits of pinaverium bromide.

Key words: irritable bowel syndrome, pinaverium bromide, pain syndrome.