



**В.І. Вдовиченко,  
А.Л. Демидова, О.О. Меренцова**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Місце спазмолітиків у сучасному лікуванні синдрому подразненої кишки

### Ключові слова

Синдром подразненої кишки, абдомінальний біль, спазмолітики, отилонія бромід.

Відповідно до визначення, сформульованого у 2010 р. Всесоюзною організацією гастроентерологів (ВОГ), синдром подразненого кишечника (СПК) — це функціональне захворювання кишки, при якому біль чи дискомфорт у животі пов'язані з актом дефекації, характерною ознакою є зміна її звичайного характеру та консистенції калових мас [1].

СПК належить до розповсюджених захворювань — на нього страждає до 30 % дорослої популяції у розвинених країнах [3]. Найчастіше СПК діагностують у містах. Уразливий вік — 15–65 років, пік захворюваності у чоловіків припадає на 25–44 роки, жінок — на 20–30 років, що пов'язують з активною соціальною діяльністю. Співвідношення чоловіки:жінки становить від 1:2 (у розвинених країнах) до 1:1 (у країнах Африки та Сходу) [2, 3]. Причинами переважання жінок є більша частота у них закріпів, сповільнення шлункової евакуації, менструальний біль та ін. [7].

Етіологія і патогенез СПК залишаються невідомими. Спроби виділити специфічні гени виявилися невдалими через їх численні асоціації (неможливо виділити головні). Основні чинники ризику розвитку захворювання такі:

1. Вживання молока, замінників цукру, тропічних фруктів, алкоголю.
2. Нерегулярність і неадекватність харчування (дефіцит рідини, надмірність або недостатність клітковини).

Досі дискутується вплив таких чинників, як мала вага дитини при народженні, рання травма в дитинстві (ураження рецепторів до кортико-стероїдів), сімейна агрегація (доведено на близнюках) [8, 9].

Згідно з Римськими критеріями III (2006), первинний діагноз СПК установлюють, якщо протягом 12 тиж за останніх 6 міс абдомінальний дискомфорт або біль поєднуються з двома з трьох таких симптомів: полегшення після дефекації та/або зміна частоти випорожнення та/або зміна його консистенції. В основу поділу СПК на субтипи (табл. 1) покладено Бристольську шкалу консистенції калу.

Попередній діагноз СПК ґрунтується на характерних скаргах, анамнезі хвороби, результатах фізичного обстеження. При цьому хворий не потребує додаткових лабораторно-інструментальних досліджень. Остаточний діагноз вимагає виключення органічної патології в осіб віком понад 50 років, при нетривалому анамнезі захворювання, появи нічної симптоматики, незрозумілому схудненні, обтяженому сімейному анамнезі щодо колоректального раку, целіакії, запальних захворювань кишки, при анемії, ректальній кровотечі, недавньому вживанні антибіотиків, при утвореннях у черевній порожнині та в ректальній ділянці, підвищенні рівня запальних маркерів у крові, лихоманці [5].

Загальні принципи лікування СПК:

1. Модифікація харчової поведінки та способу життя.
2. Психологічна корекція.
3. Усунення болю.
4. Лікування закріпів.
5. Лікування діареї.

Модифікація харчової поведінки передбачає регулярність харчування та достатню кількість рідини у раціоні. Ефективність дотримання дієти при СПК не доведено. Збільшення в раціоні

Таблиця 1. Класифікація СПК за субтипами

Субтип	Консистенція калу
З переважанням діареї (частіше у чоловіків)	Рідкий або водянистий > 25 % дефекацій і твердий < 25 % дефекацій
З переважанням закрепи (частіше у жінок)	Твердий або грудкуватий > 25 % консистенції калу і рідкий або водянистий < 25 % дефекацій
Змішаний	Одночасна наявність як твердого або грудкуватого калу > 25 %, так і рідких або водянистих > 25 % випадків
Невизначений	Не відповідає жодному з наведених вище

частки харчових волокон (пектин, целюлоза, висівки) не рекомендується. Дані 17 багатоцентрових досліджень свідчать, що харчові волокна не ефективні у 39 % пролікованих пацієнтів, харчування фруктами — у 47 %. Вживання впродовж 3 міс білого хліба не дало ефекту. Порад щодо дієти хворі дотримуються не довше ніж 5 днів [8].

Модифікація способу життя потребує збільшення фізичної активності.

Психологічна корекція передбачає встановлення позитивних довірливих стосунків між лікарем і пацієнтом для поліпшення якості життя, зменшення тривоги щодо хвороби, канцерофобії, допомоги в усуненні стресових чинників. Використання таких видів психологічної допомоги, як релаксація, пізнавальна поведінкова терапія, психодинамічна міжособистісна терапія, гіпнотерапія дають змогу досягти задовільних результатів у 96 % хворих, причому у 83 % з них вони зберігаються протягом 1–5 років [6, 7].

У лікуванні закрепів використовують послаблювальні препарати: «Псиліум», метилцелюлозу, сироп лактулози та ін. Доведено ефективність лише двох препаратів для лікування діареї при СПК: лопераміду та алосетрону (показаний лише жінкам з тяжким діарейним синдромом, якщо він не усувається впродовж 6 міс іншими засобами. Протипоказаний хворим з групи ризику через загрозу ішемічного коліту).

До препаратів, які використовують для усунення болю при СПК, можна зарахувати: нестероїдні протизапальні пробіотики, які містять біфідобактерії, але не лактобактерії, трициклічні антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Провідну роль в усуненні больового синдрому при лікуванні СПК відіграють спазмолітики. У зв'язку з необхідністю частого і тривалого прийому препаратів використання неселективних спазмолітиків («Ношпа», платифілін та ін.) небажане. Із селективних спазмолітиків в Україні зареєстровано 4 препарати: мебеварин («Дуспаталін»), пінаверіуму бромід («Дицител»), альверину цитрат із симетиконом («Метеоспазміл»), отилонію бромід («Спазмомен»).

Таким чином, при традиційному лікуванні СПК пацієнт використовує в середньому 3–5 препаратів одночасно і часто без бажаного ефекту.

Отилонію бромід має сильну антиспастичну дію, яка пов'язана з його здатністю впливати на транспорт іонів кальцію у внутрішньому і зовнішньому просторі клітин гладенької мускулатури травного каналу, а також блокувати кальцієві канали, тахікінінові та мускаринові рецептори. Внаслідок особливостей своєї фармакокінетики препарат є високоселективним міотропним спазмолітиком. Лише 3 % препарату адсорбується в кров, а решта через жовчовивідні шляхи у незмінному вигляді екскретується у травний канал. Завдяки цьому препарат не має системних ефектів, зокрема і побічних [2, 4]. Ще одним позитивним ефектом препарату є зменшення вісцеральної чутливості за рахунок його здатності блокувати тахікінінові рецептори аферентних нервових клітин і відповідно зменшувати біль, пов'язаний з метеоризмом. За результатами багатьох досліджень, ефективність та безпечність препарату вищі, ніж в інших спазмолітиків. Отилонію бромід не лише дає змогу контролювати абдомінальний біль та вздуття, а й поліпшує загальне самопочуття [4, 8].

Останніми роками дискутується питання про взаємодію лікарських препаратів в організмі людини. Деякі автори наголошують на недоцільності і навіть шкоді комплексної терапії, особливо за наявності у пацієнта кількох конкуруючих діагнозів [5, 8].

Нас цікавила можливість використання отилонію броміду в монотерапії СПК.

Спостерігали 27 хворих на СПК, з них 17 жінок. Середній вік — 51,6 року. Шляхом анкетування за критеріями ВОГ (2010) проводили діагностику та оцінювали ефективність лікування хворих. Усім пацієнтам призначали монотерапію отилонієм броміду в дозі 40 мг тричі на добу впродовж 10 днів. Оцінку результатів лікування здійснювали відразу після завершення терапії та 1 міс потому (табл. 2). Через 10 днів більше половини пацієнтів відзначили повне зникнення болю, решта — його зменшення. 63,0 % хворих за-

Таблиця 2. Ефективність терапії отилоном бромідом хворих на СПК

Симптом	До лікування	Після закінчення лікування		Через 1 міс після лікування	
		Зник	Зменшився	Зник	Зменшився
Біль	27	16 (59,3 %)	11 (40,7 %)	13 (48,1 %)	12 (44,4 %)
Метеоризм	23	15 (65,2 %)	8 (34,8 %)	11 (47,8 %)	7 (30,4 %)
Порушення випорожнень	27	17 (63,0 %)	9 (33,3 %)	12 (44,4 %)	9 (33,3 %)
Закрепи	6	4 (66,7 %)	2 (33,3 %)	3 (50,0 %)	2 (33,3 %)
Пронози	17	11 (64,7 %)	6 (35,3 %)	8 (47,1 %)	5 (29,4 %)
Чергування	4	2 (50,0 %)	1 (25,0 %)	1 (25,0 %)	2 (50,0 %)

уважили нормалізацію випорожнення, а решта — зменшення симптомів.

Через 1 міс після закінчення лікування 7,4 % пацієнтів відзначили повернення болю, а 18,5 % — симптомів порушення випорожнення.

#### Висновки

Таким чином, 10-денна монотерапія отилоном бромідом усуває клінічні вияви СПК (біль, метеоризм, порушення випорожнення) в середньому у 60 % хворих, зменшує їхню частоту у 35–40 %

пацієнтів. Через місяць після лікування основні симптоми СПК відсутні майже у половини хворих і менше турбують 30–40 % пацієнтів.

Отримані результати дають підстави рекомендувати отилоню бромід як терапію вибору СПК. Водночас ми не заперечуємо необхідності додавання інших лікувальних засобів (пробиотиків, протидіарейних або послаблювальних засобів), але, на нашу думку, вони є препаратами другого ряду. Їх слід застосовувати, коли можливості монотерапії вичерпані.

#### Список літератури

1. Вдовиченко В.І., Пасічна І.О. Синдром подразненої кишки після перенесеної гострої інфекції та його лікування // Гастроентерол.— 2011.— № 5 (61).— С. 108–115.
2. Ткач С.М. Современные подходы к лечению боли при синдроме раздраженной кишки // Здоров'я України.— 2011.— № 18 (271).— С. 1–4.
3. Anbardan S.J., Daryani N.E., Fereshtehnejad S.M. et al. Gender role in irritable bowel syndrome: A comparison of irritable bowel syndrome module (ROME III) between male and female patients // J. Neurogastroenterol. Motil.— 2012.— Vol. 18, suppl. 1.— P. 70–77.
4. Forte E., Pizzoferrato M., Lopetuso L., Scaldaferrri F. The use of anti-spasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome: focus on otilonium bromide // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.— 2012.— Vol. 16, suppl. 1.— P. 25–37.
5. Larauche M. Novel insights in the role of peripheral corticotropin-releasing factor and mast cells in stress-induced visceral hypersensitivity // J. Neurogastroenterol. Motil.— 2012.— Vol. 24, suppl. 3.— P. 201–205.
6. Lindfors P., Unge P., Nyhlin H. et al. Long-term effects of hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome // Scand. J. Gastroenterol.— 2012.— Vol. 20.— P. 72–75.
7. Spiller R., Card T., Mearin F. et al. Incidence and characteristics of postinfections IBS (PI-IBS): a multinational internet // Gut.— 2010.— Vol. 59, suppl. III.— P. 32.
8. Spinelli A. Irritable bowel syndrome // Clin. Drug. Investig.— 2007.— Vol. 27, suppl. 1.— P. 15–33.
9. Tornblom H., Van Oudenhove L., Sadik R. et al. Colonic transit time and IBS symptoms: What's the link? // Am. J. Gastroenterol.— 2012.— Vol. 14.— P. 10.

В.И. Вдовиченко, А.Л. Демидова, О.А. Меренцова

## Место спазмолитиков в современном лечении синдрома раздраженного кишечника

Проанализированы данные литературы о лечении синдрома раздраженного кишечника (СРК), определены возможности применения отилония бромидом при СРК. Результаты, полученные в ходе собственных исследований, позволяют рекомендовать отилония бромид в качестве терапии выбора при СРК. Мы не отрицаем необходимости применения других лекарственных препаратов (пробиотиков, противодиарейных или слабительных средств), но, на наш взгляд, они являются препаратами второго ряда и должны применяться, когда возможности монотерапии исчерпаны.

V.I. Vdovichenko, A.L. Demydova, O.O. Merentsova

## Place of antispasmodics in the modern treatment of irritable bowel syndrome

The article presents analysis of the data on the treatment of irritable bowel syndrome (IBS) and determines the possibilities of use of otilonium bromide at IBS. The results of own investigations allow to recommend otilonium bromide as a therapy of choice at IBS. The necessity of the use of other medications (probiotics, antidiarrheal or laxative agents) has not been denied, on the author's opinion they are the drugs of the second line and should be used in cases when the possibilities of monotherapy have been exhausted.

---

### Контактна інформація

Вдовиченко Валерій Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри  
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69  
Тел. (32) 252-84-72

*Стаття надійшла до редакції 28 березня 2012 р.*