



Н. В. Харченко, І. Я. Лопух

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, Київ

Оптимальні підходи до лікування болю при синдромі подразненого кишечника

Висвітлено сучасні уявлення про клінічну картину, етіологічні і патофізіологічні механізми розвитку та особливості перебігу різних субтипів синдрому подразненого кишечника. Представлено загальні принципи лікування і вплив різних його видів на симптоми захворювання. Наведено порівняльні дані щодо ефективності спазмолітиків для зняття болю при синдромі подразненого кишечника та аналіз сучасних досліджень з використанням отилонію броміду в лікуванні пацієнтів з цією патологією.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, абдомінальний біль, вісцеральна гіперчутливість, спазмолітики, отилонію бромід.

Синдром подразненого кишечника (СПК) — одне з найпоширеніших гастроентерологічних захворювань, яке належить до групи функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР), характеризується тривалим рецидивним, часто пожиттєвим перебігом і, незважаючи на доброякісний характер і відсутність загрози інвалідизації чи смерті, негативно впливає на працездатність, рівень якості життя пацієнтів і потребує значних витрат системи охорони здоров'я.

За даними більшості популяційних досліджень, СПК уражає 10–15 % населення розвинених країн, найчастіше — працездатних осіб жіночої статі віком 20–30 років [15]. Епідеміологічне дослідження із залученням 40 тис. осіб, проведене А. Hungin та співавт. (2003) у 8 країнах Західної Європи, виявило симптоми СПК у 11,5 % обстежених, 9,6 % осіб вказували на наявність симптомів на момент опитування. Лише у 4,8 % обстежених діагноз був попередньо встановлений, у 58 % осіб з активними скаргами на момент опитування діагноз був відсутнім [12].

Основні підходи до діагностики і лікування ФГІР, зокрема СПК, урегульовані положеннями Римських критеріїв III (2006). Однак, на думку більшості вчених, положення Римських критеріїв потребують перегляду й уточнень.

Захворювання характеризується рецидивуючим абдомінальним болем або дискомфортом, які супроводжуються порушеннями частоти ви-

порожнення і консистенції калових мас. Згідно з Римськими критеріями III, діагноз СПК вірогідний у разі, якщо протягом не менше 3 днів за останніх 3 міс, за умови виникнення симптомів протягом останніх 6 міс, абдомінальний біль або дискомфорт, як основний і обов'язковий симптом при СПК, поєднується хоча б із двома з таких симптомів:

- полегшення болю після дефекації;
- зміна частоти дефекації;
- зміна консистенції калових мас.

Залежно від домінування тих чи тих симптомів виділяють чотири варіанти захворювання: СПК з діареєю, СПК із закрепом, змішаний варіант і невизначений варіант. За даними F. Mearin та співавт. (2003), частота діагностики різних субтипів СПК у хворих є такою: СПК з діареєю — 15 %, із закрепом — 44 %, змішаний — 19 %, невизначений — 22 %. На СПК страждають переважно жінки (близько 80 %), однак для СПК з діареєю характерне поширення серед осіб чоловічої статі (близько 50 %) [19]. Варіанти захворювання в одного пацієнта можуть змінюватися.

Згідно з даними Н. Mönnikes (2001), основні симптоми, які найбільше турбують пацієнтів із СПК і найбільш негативно впливають на повсякденний спосіб життя за даними опитувальників якості життя, можна розташувати у такий ряд за частотою: абдомінальний біль, або дискомфорт (до 35 % випадків), метеоризм (> 25 %), діарея (> 15 %), закреп (до 10 %), відчуття непов-

ного випорожнення (> 5%), здуття (до 5%), загальне нездужання (до 5%) [20].

Таким чином, СПК є багатосимптомним захворюванням, причому основні симптоми захворювання можуть бути характерні також для органічних захворювань системи органів травлення, зокрема товстого кишечника, і низки органічних соматичних та психічних захворювань, не пов'язаних з травною системою. Це зумовлює певні труднощі у встановленні діагнозу СПК і в деяких випадках потребує проведення диференційно-діагностичних обстежень, зокрема високочастотних інструментальних обстежень, а також консультації суміжних спеціалістів з метою виключення органічної патології і підтвердження діагнозу СПК. Нині відсутні рутинні об'єктивні методи, які б дали змогу об'єктивно підтвердити діагноз, окрім відповідності скарг хворих положенням Римських критеріїв III. Вірогідно, через це реєстрація діагнозу СПК в Україні недостатньо активна і захворюваність та поширеність, за статистичними даними, залишаються низькими. Так, згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2012 р. у країні проліковано 29 846 осіб, з них у 12 444 діагноз СПК було встановлено вперше. Також відсутні загальноприйняті методи чи показники визначення тяжкості захворювання та оцінки ефективності призначеного лікування.

Етіологія та патофізіологія захворювання складні, багатофакторні й не повністю з'ясовані. Ймовірно, вони можуть відрізнятися при різних субтипах СПК, що також зумовлює труднощі з розробкою універсальних діагностичних і лікувальних рекомендацій. Вважається, що причиною виникнення захворювання може бути реалізація у генетично схильних осіб таких етіологічних чинників, як рання родова травма, перенесені гострі кишкові інфекції, складні тривалі стресові ситуації, ослаблення адаптаційних механізмів [18]. Багато пацієнтів із СПК вважають, що одним з чинників виникнення симптомів є нераціональний спосіб харчування, і відзначають погіршення симптомів після прийому їжі або вживання певних харчових продуктів, зокрема жирних страв чи складних вуглеводів у складі овочів і фруктів [27]. Дослідженнями встановлено, що у пацієнтів із СПК спостерігається порушення фізіологічної сенсорної і моторної відповіді кишечника на харчовий подразник, вісцеральна гіперчутливість у відповідь на введення ліпідів чи рідкої їжі у дванадцятипалу кишку [4, 26]. В інших дослідженнях встановлено також постпрандіальну гіпермоторику тонкої кишки, дисбаланс взаємодії між центральною і

вісцеральною нервовими системами, посилення болю в ЦНС у хворих із супутніми психопатологічними розладами [26, 27]. Серед додаткових чинників, які можуть спричинити появу постпрандіальних симптомів СПК, виділяють харчову непереносність певних нутрієнтів, зумовлену порушенням кишкової ферментації фруктози, лактози тощо, а також зміни кишкової мікробіоти, що супроводжується посиленням газоутворення і порушеннями всмоктування та переміщення газів у кишечнику. Розлади автономної вісцеральної нервової системи є важливою ланкою в патофізіології захворювання, оскільки це негативно впливає і на гастроінтестинальну моторику, і на вісцеральну чутливість. Установлено, що у пацієнтів із СПК з розладами автономної нервової системи наявні порушення клітинної імунної відповіді на компоненти їжі і порушення виділення гастроінтестинальних гормонів [9, 27, 29].

Таким чином, поліетіологічність, поліпатогенетичність захворювання та багатосимптомність виявів СПК зумовлюють труднощі як зі встановленням правильного діагнозу, так і з вибором оптимального способу лікування таких хворих. За умов відсутності симптомів тривоги, до яких належать наявність крові в калі, невмотивована втрата маси тіла, втрата апетиту, нічні симптоми, гіпертермія, новоутворення в черевній порожнині, асцит, а також у хворих віком до 50 років первинний діагноз СПК може бути встановлений на підставі скарг хворого, які відповідають Римським критеріям III, без застосування додаткових інструментальних методів дослідження, зокрема колоноскопії. Частота виявлення целиакії і лактазної недостатності у хворих із симптомами СПК вища, ніж у середньому в загальній популяції (B. D. Cash, 2002). У зв'язку з цим пацієнтам з виявами СПК, особливо з діареєю, слід проводити дослідження на наявність целиакії та непереносності лактози. Крім рутинних загальноклінічних лабораторних обстежень, доцільним також є визначення вмісту С-реактивного протеїну в сироватці крові та кальпротектину в калі [6].

Не запропоновано універсальних стандартних схем лікування СПК. Для зменшення виявів захворювання в сучасній медицині застосовують низку методів і препаратів.

Загальні принципи лікування СПК:

- дієтологічні рекомендації, модифікація способу життя;
- ліквідація больового синдрому за допомогою спазмолітичних засобів;
- нормалізація моторних кишкових розладів;

- нормалізація функції ЦНС і подолання вісцеральної гіперчутливості;
- нормалізація мікробіоти і процесів ферментації в кишечнику.

Найбільш застосовувані методи і лікарські засоби для лікування СПК та їх вплив на основні вияви захворювання, адаптовані згідно з рекомендаціями Американської колегії гастроентерологів (2009), наведено в таблиці [1].

Як зазначено вище, найчастішими симптомами СПК, які найбільше тривожать пацієнтів, є абдомінальний біль і метеоризм. Відомо, що больовий синдром при функціональних гастроінтестинальних розладах пов'язаний зі спазмом гладенької мускулатури харчової трубки чи проток травних залоз і/або з розтягненням порожнистого органа, що при СПК зумовлено посиленням метеоризмом, порушенням усмоктування і виведення кишкових газів. З огляду на це застосування препаратів, які ліквідують спазм гладеньких м'язів і запобігатимуть метеоризму, є пріоритетним у лікуванні симптомів СПК. Це підтвердили численні дослідження ефективності спазмолітиків та антифлатулентів у лікуванні симптомів СПК. Зокрема, систематичний огляд 16 рандомізованих клінічних досліджень виявив ефективність різних груп спазмолітиків у лікуванні симптомів СПК у 13 з них [13].

Таблиця. Вплив на вияви СПК різних методів та препаратів

Метод (препарат)	Біль	Закреп	Діарея
Бесіди лікаря з пацієнтом	+	+	+
Харчові волокна	-	++	+/-
Спазмолітики	++	+/-	++
Послаблювальні препарати	-	++	-
Антидіарейні препарати	-	-	++
5-HT ₃ -антагоністи	++	-	++
5-HT ₄ -агоністи	++	++	-
Антиноцицептивні засоби	+		
Неабсорбувальні антибіотики	++	++	-
Антидепресанти	++	+/-	+/-
Психотерапія, гіпноз	++	+	+

Примітка. ++ Достовірно ефективні; + в цілому ефективні; +/- недостатньо даних щодо ефективності; - достовірно неефективні.

Систематизований Кокрейнівський огляд 29 рандомізованих плацебоконтрольованих досліджень застосування різних груп спазмолітичних препаратів для лікування СПК, до яких було залучено 2333 пацієнтів, підтвердив ефективність терапії спазмолітиками у ліквідації абдомінального болю (58 % позитивної відповіді на препарат проти 46 % у групі плацебо) і загальну позитивну суб'єктивну оцінку симптомів захворювання (57 % поліпшення проти 39 % у групі плацебо) [23].

Відомо, що важливу роль у скороченні гладеньких м'язів травного каналу відіграють потенціал-залежні кальцієві канали мембран міоцитів, крізь які іони кальцію проникають у міоплазму і спричиняють скорочення м'язового волокна. Блокування цих каналів призводить до розслаблення м'язового волокна і зняття спазму. Такий механізм дії характерний для низки фармацевтичних препаратів, так званих міотропних спазмолітиків, які входять до групи антагоністів кальцію. Одним з них є отилонію бромід – селективний щодо гладеньких м'язів травного каналу блокатор кальцієвих каналів L-типу. Препарат не має системної дії, оскільки 97,8 % діючої речовини екскретується в складі жовчі в незміненому вигляді в кишечник, де реалізує свою дію і в подальшому виводиться з калом. Лише 3 % препарату піддаються системній абсорбції [28]. Спазмолітична активність отилонію броміду здійснюється завдяки кільком фармакологічним механізмам: блокаді кальцієвих каналів, у результаті чого іони кальцію не проникають у міоцит, блокаді кальцієвих депо і призупиненні мобілізації кальцію в позаклітинному просторі. Незначною мірою препарат володіє також антихолінергічною активністю, а також блокує NK1- і NK2-тахікінінові рецептори (S. Lindqvist та співавт., 2001; P. Santicoli та співавт., 1999). Завдяки агонізму до тахікінінових рецепторів отилонію бромід зменшує вісцеральну гіперчутливість, яка відіграє провідну роль у підсиленні больового синдрому при СПК [14, 25].

Метааналіз, проведений Т. Roynard та співавт. (2001), з оцінкою клінічної ефективності отилонію броміду в 3 клінічних дослідженнях продемонстрував поліпшення загального самопочуття і зменшення абдомінального болю у хворих із СПК, які приймали отилонію бромід, порівняно з плацебо: 2,33 (95 % довірчий інтервал (ДІ) – 1,60–3,40) і 2,17 (95 % ДІ – 1,47–3,21) відповідно. В кількох пілотних рандомізованих плацебоконтрольованих дослідженнях, проведених в Італії у хворих із СПК, оцінювали ефективність лікування отилонієм броміду протягом 4 тиж.

Після лікування відзначено достовірне зменшення абдомінального болю та здуття живота порівняно з групою плацебо.

В іншому великому метааналізі, проведеному Т. Roupaud та співавт., яке включало 23 рандомізованих плацебоконтрольованих дослідження із залученням 1888 хворих, було оцінено ефективність різних спазмолітиків — гіосцину, мебеверину, отилонію броміду, пінаверію броміду і тримебутину в лікуванні пацієнтів із СПК. Результати метааналізу продемонстрували, що найбільшою ефективністю щодо зменшення больового синдрому має отилонію бромід (47 % порівняно з 29 % у групі плацебо) [22].

У рандомізованому плацебоконтрольованому клінічному дослідженні, проведеному G. Battaglia та співавт. із застосуванням отилонію броміду у дозі 40 мг тричі на добу протягом 15 тиж порівняно з плацебо у 325 хворих із СПК, кількість епізодів болю на початкових тижнях лікування значно зменшилася в обох групах хворих. Однак на 10–15-й тиждень зниження частоти епізодів болю було достовірно вищим у групі отилонію броміду порівняно з плацебо. В кінцевому результаті частота абдомінального болю була значно нижчою в групі отилонію броміду (відношення шансів — 1,87; 95 % ДІ 1,20–2,91). Загальна суб'єктивна оцінка пацієнтом ефективності лікування також була вищою в групі отилонію броміду (відношення шансів — 1,90; 95 % ДІ 1,17–3,10) [2].

У дослідженні M. Glende та співавт. (2002) із застосуванням отилонію броміду частка пацієнтів із СПК з позитивною відповіддю на 2-й і 4-й місяць лікування становила 36,9 %, у групі плацебо — 22,5 % [11].

Однією з найбільш вагомих переваг застосування отилонію броміду для лікування симптомів СПК є позитивний віддалений ефект щодо виявів захворювання після завершення курсу лікування, підтверджений результатами міжнародного рандомізованого клінічного дослідження із залученням 356 пацієнтів із СПК (P. Slave та співавт., 2011, OBIS study). У дослідження були залучені пацієнти з різними субтипами СПК: з діареєю — 26 %, із закрепом — 31 %, зі змішаним варіантом — 43 %. Пацієнти були рандомізовані в дві групи: група лікування отилонію бромідом (179 осіб) і група, яка отримувала плацебо (177 осіб). Тривалість лікування становила 15 тиж. Повторну оцінку симптомів прово-

дили через 10 тиж після завершення лікування. Результати лікування оцінювали за такими показниками: абдомінальний біль, здуття живота, загальна суб'єктивна оцінка ефективності терапії пацієнтом, безпечність лікування. В результаті проведеного лікування ефективність щодо зменшення тижневої частоти епізодів болю в групі, яка приймала отилонію бромід, після завершення лікування (15-й тиждень) була достовірно вищою порівняно з групою плацебо.

Оцінка ефективності лікування відразу після його завершення (наприкінці 15-го тижня) виявила достовірно кращі результати лікування в групі отилонію броміду порівняно з плацебо. Так, частота епізодів абдомінального болю протягом тижня була достовірно нижчою в групі отилонію броміду (первинний кінцевий результат — $0,90 \pm 0,88$ проти $0,65 \pm 0,91$ у групі плацебо; $p = 0,03$), зменшення здуття живота — відповідно $1,2 \pm 1,2$ та $0,9 \pm 1,1$ ($p = 0,02$), загальна ефективність лікування за оцінкою пацієнта — $1,3 \pm 1,1$ та $1,0 \pm 1,1$ ($p = 0,047$). За період подальшого спостереження (10 тиж після лікування) терапевтичний ефект у групі отилонію броміду також виявився достовірно кращим порівняно з групою плацебо: рецидив симптомів захворювання спостерігали у 10 та 27 % осіб відповідно ($p = 0,009$). Оцінка загальної ефективності лікування як пацієнтами ($p < 0,01$ через 3 і 6 тиж після завершення лікування), так і лікарями ($p < 0,001$ через 3, 6 і 10 тиж) була достовірно вищою у групі пацієнтів, які отримували отилонію бромід. Застосування препарату виявилось безпечним: частота небажаних побічних явищ не перевищувала таку у групі плацебо [7].

На ринку України отилонію бромід представлений препаратом «Спазмомен» («Берлін-Хемі АГ»). Препарат випускається у формі таблеток, які містять по 40 мг отилонію броміду. Кратність прийому — по 1 таблетці 2–3 рази на добу. «Спазмомен» може застосовуватися як препарат для лікування СПК, зокрема таких симптомів, як абдомінальний біль та здуття живота. Наш досвід спостереження в клінічній практиці свідчить, що «Спазмомен» виявляє позитивний терапевтичний ефект у хворих з різними субтипами СПК, добре переноситься при тривалому застосуванні, має ефект позитивної післядії, знижуючи загрозу рецидиву симптомів СПК після припинення курсу лікування, а також поліпшує якість життя пацієнтів.

Список літератури

1. American College of Gastroenterology. An evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome // *Am. J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 104 (suppl. 1). — P. S1—S35.
2. Battaglia G., Morselli-Labate A.M., Camarri E. et al. Otilonium bromide in irritable bowel syndrome: a double-blind, placebo-controlled, 15-week study // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 1998. — Vol. 12 (10). — P. 1003—1010.
3. Brandt L.J., Chey W.D., Foxx-Orenstein A.E. et al. An evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome // *Am. J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 104. — P. S1—S35.
4. Caldarella M.P. et al. Visceral sensitivity and symptoms in patients with constipation or diarrhea — predominant irritable bowel syndrome. Effect of a low fat intraduodenal infusion // *Am. J. Gastroenterol.* — 2005. — Vol. 100. — P. 383—389.
5. Camilleri M., Tack J.F. Current medical treatment of dyspepsia and irritable bowel syndrome // *Gastroenterol. Clin. North Am.* — 2010. — Vol. 39. — P. 481—493.
6. Cash B.D., Schoenfeld P., Chey W.D. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review // *Am. J. Gastroenterol.* — 2002. — Vol. 97 (11). — P. 2812—2819.
7. Clavé P., Acalovschi M., Triantafyllidis J.K. et al. Randomised clinical trial. — P. otilonium bromide improves frequency of abdominal pain, severity of distention and time to relapse in patients with irritable bowel syndrome // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2011. — Vol. 34, N 4. — P. 432—442.
8. Elsenbruch S., Holtman G. et al. Are there alterations of neuroendocrine and cellular immune responses to nutrients in women with irritable bowel syndrome? // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 99. — P. 703—710.
9. Elsenbruch S., Lowallo W.R., Orr W.S. Psychological and physiological responses to postprandial mental stress in women with the irritable bowel syndrome // *Psychosom. Med.* — 2001. — Vol. 63. — P. 805—813.
10. Evangelista S., Cochet P., Bromet N. et al. A distribution study with ¹⁴C otilonium bromide in the rat: evidence for selective tropism for large intestine after oral administration // *Drug Metab. Dispos.* — 2000. — Vol. 28 (6). — P. 643—647.
11. Glende M., Morselli-Labate A.M., Battaglia G., Evangelista S. Extended analysis of a double-blind, placebo-controlled, 15-week study with otilonium bromide in irritable bowel syndrome // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2002. — Vol. 14 (12). — P. 1331—1338.
12. Hungin A.P., Whorwell P.J., Tack J. et al. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* — 2003. — Vol. 17. — P. 643—650.
13. Jailwala J., Imperiale T., Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials // *Ann. Intern. Med.* — 2000. — Vol. 133. — P. 136—147.
14. Lindqvist S., HERNON J., Sharp P. et al. The colon-selective spasmolytic otilonium bromide inhibits muscarinic M₃-receptor-coupled calcium signals in isolated human colonic crypts // *Br. J. Pharmacol.* — 2002. — Vol. 137 (7). — P. 1134—1142.
15. Lovell R.M., Ford A.C. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2012. — Vol. 10. — P. 712—721.
16. Maggi C.A., Manzini S., Meli A. Regional selectivity of calcium blockers at intestinal level // *Archives internationales de pharmacodynamie et de therapie.* — 1985. — Vol. 276 (2). — P. 202—221.
17. Manaba N. et al. Lower functional gastrointestinal disorders: evidence of abnormal colonic transit in a 287 patient cohort // *Neurogastroenterol Motil.* — 2010. — Vol. 22 (3). — P. 293—282.
18. Mayer E.A., Craske M.G., Naliboff B. Depression, anxiety and the gastrointestinal system // *J. Clin. Psychiatr.* — 2001. — Vol. 62. — P. 28—36.
19. Mearin F., Balboa A., Badia X. et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternating subtype // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2003. — Vol. 15 (2). — P. 165—172.
20. Mönnikes H., Tebbe J.J., Hildebrandt M. et al. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal motility and sensitivity // *Dig. Dis.* — 2001. — Vol. 19 (3). — P. 201—211.
21. Ng C., Malcol A. et al. Feeding and colonic distention provoke alerted autonomic responses in irritable bowel syndrome // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 42. — P. 441—446.
22. Poynard T., Regimbeau C., Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2001. — Vol. 15. — P. 355—361.
23. Ruepert L., Quartero A.O., de Wit N.J. et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2011. — Iss. 8.
24. Saito Y.A., Schoenfeld P., Locke G.R. III. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: A systematic review // *Am. J. Gastroenterol.* — 2002. — Vol. 97. — P. 1910—1915.
25. Santicoli P., Zagorodnyak V., Renzetti A.R. et al. Antimuscarinic, calcium channel blocker and tachykinin NK₂ receptor antagonist actions of otilonium bromide in the circular muscle of guinea-pig colon // *Naunyn-Schmiedeberg Arch. Pharmacol.* — 1999. — Vol. 359 (5). — P. 420—427.
26. Simmren M., Abrahamsson H., Bjuorsom S. Lipid induce colonic hypersensitivity in the irritable bowel syndrome: the role of bowel habits, sex and psychological factors // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2007. — Vol. 5. — P. 201—208.
27. Simmren M., Schotzter P.O. et al. Abnormal levels of neuropeptide Y and peptide YY in the colon in irritable bowel syndrome // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2003. — Vol. 15. — P. 55—62.
28. Sutton J.A., Kliminster S.G., Mould G.P. The clinical pharmacology of single doses of otilonium bromide in healthy volunteers // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* — 1997. — Vol. 52 (5). — P. 365—369.
29. Van Der Veek P.P. et al. Proximal and distal gut hormone secretion in irritable bowel syndrome // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 41. — P. 170—177.

Н. В. Харченко, И. Я. Лопух

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев

Оптимальные подходы к купированию боли при синдроме раздраженного кишечника

Освещены современные представления о клинической картине, этиологических и патофизиологических механизмах развития и особенностях течения разных субтипов синдрома раздраженного кишечника. Представлены общие принципы лечения и влияние разных его видов на симптомы заболевания. Приведены сравнительные данные об эффективности спазмолитиков для купирования боли при синдроме раздраженного кишечника и анализ современных исследований с использованием отилопия бромид в лечении пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, абдоминальная боль, висцеральная гиперчувствительность, спазмолитики, отилопия бромид.

N. V. Kharchenko, I. Ya. Lopukh

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Optimal approaches for pain relief in patients with irritable bowel syndrome

The article presents modern concepts of clinical, etiological and pathophysiological mechanisms of the development and characteristics of irritable bowel syndrome different subtypes. The authors presented main principles and generalized assessment of the effects of different types of treatment on the disease symptoms. Moreover, the comparative data have been presented regarding efficacy of antispasmodic for pain relief at the irritable bowel syndrome and analysis of the recent investigations with the use of otilonium bromide in the treatment of patients with this pathology.

Key words: irritable bowel syndrome, abdominal pain, visceral hypersensitivity, antispasmodics, otilonium bromide. □

Контактна інформація

Харченко Наталія В'ячеславівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри
04201, м. Київ, вул. Кондратюка, 8, КМКЛ № 8

Стаття надійшла до редакції 6 травня 2014 р.