

АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

А.Э. Дорофеев, Е.А. Кирьян*, О.А. Рассохина

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

*Полтавская областная клиническая больница

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе и синдром раздраженного кишечника (СРК), в настоящее время представляют серьезную медико-социальную проблему [2, 4, 9]. Заболеваемость СРК неуклонно повышается, чаще болеют женщины, преимущественно молодого, трудоспособного возраста [7, 11]. СРК существенно ухудшает качество жизни больных, что приводит к снижению, а зачастую и к временной утрате трудоспособности. Сложность проблемы СРК заключается еще и в том, что многие звенья патогенеза заболевания остаются не до конца ясными. Это затрудняет назначение своевременной индивидуализированной терапии таким больным. Одним из ключевых проявлений СРК является синдром абдоминальной боли, которая появляется не менее 3 дней в течение последних 3 месяцев, хотя и может отличаться по интенсивности. В основе возникновения абдоминальной боли у больных СРК лежат психоневрологические нарушения восприятия болевого синдрома по оси «мозг-кишечник-мозг» с формированием висцеральной гиперчувствительности [1, 6, 8]. W.E. Whitehead (2002) выделил 2 типа висцеральной гипералгезии: снижение порога восприятия боли и более интенсивное ощущение боли при нормальном пороге её восприятия [10].

Висцеральная гиперчувствительность у больных СРК характеризуется избирательностью в отношении механических стимулов, при этом восприятие электрических, термических и химических воздействий на стенку кишки не отличаются от таковых у здоровых лиц. Уровень тактильной соматической афферентной чувствительности, резистентность к электрическим и термическим стимулам не изменяются. В связи с этим, висцеральную гипералгезию принято считать биологическим маркером СРК

[2, 5, 10, 11]. Предиктором формирования висцеральной гиперчувствительности является взаимодействие нескольких сенсibiliзирующих факторов: кишечная инфекция, психосоциальный стресс, физическая травма [10]. В тоже время коррекция этих изменений является сложной задачей, требующей от врача не только глубокого знания современной фармакотерапии, но хорошего контакта с пациентом.

Целью данной работы было оценить эффективность применения селективного спазмолитика мебеверина гидрохлорид (Мебсин ретард) для коррекции абдоминального болевого синдрома в комплексной терапии больных СРК.

Материалы и методы: Было обследовано 120 пациентов с СРК, лечившихся в гастроэнтерологическом стационаре. Среди обследованных больных было 35 (29,2%) мужчин и 85 (70,8%) женщин. Преобладали пациенты молодого возраста, до 45 лет (66,7%). Наибольшее количество больных было в возрасте от 36 до 45 лет- 34 (28,4%). Соотношение женщин и мужчин колебалось в разных возрастных группах от 3,7:1 до 1,6:1, и в среднем составило 2,4:1, что соответствует данным литературы [2, 8, 11]. Диагноз СРК выставлялся согласно Римским критериям III [7, 11]. У обследованных пациентов выявлены различные формы СРК, однако преобладал вариант, протекающий с запорами – 52 (43,3%) больных. СРК с диареей был выявлен у 42 (35,0%) пациентов, смешанный тип выявлен у 19 (15,8%) больных, а недифференцированный - у 7 (5,9%) пациентов. Количество пациентов с запорами увеличивалось с возрастом, достигая максимума в возрастной группе старше 50 лет - 13 (68,4%) больных. Пациенты с диареей преобладали в молодом возрасте, а частота встречаемости больных с недифференцированным и смешанным типом СРК в различных возрастных группах достоверно не отличалась.

В анамнезе у 49 (40,8%) больных СРК были отмечены психотравмирующие события и стрессовые ситуации, а кишечные инфекции

встречались у 33 (27,5%) пациентов, что могло индуцировать формирование висцеральной гиперчувствительности и спровоцировать развитие СРК.

У всех обследованных больных СРК тщательно анализировали характер болевого синдрома, его особенности и интенсивность. Для объективизации оценки интенсивности синдрома абдоминальной боли пациентам предлагали оценить боль по визуально-аналоговой шкале с градацией от нуля до десяти. Так как при СРК имеются психоэмоциональные нарушения, подробно изучался психоэмоциональный статус обследованных больных. Для изучения психоэмоционального статуса проводилось психологическое тестирование. Использовался клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К.Яхина и Д.М.Менделевича (2001) [3]. Психоэмоциональный статус изучен у 83 пациентов с СРК. Оценивали выявленные средние значения диагностических критериев по различным шкалам, выраженность и степень их нарушения у пациентов с СРК. Показатель более +1,28 баллов указывал на отсутствие нарушений, ниже – на болезненный характер выявляемых расстройств. Оценка болевого синдрома и психологического статуса проводилась в динамике до и после терапии.

В дополнение к стандартной терапии СРК 30 больных получали селективный спазмолитик мебеверина гидрохлорид - Мебсин ретард, производства компании Синмедик. Эффективность препарата основана на блокировании мембранных натриевых каналов, что предотвращает возникновение потенциала действия и деполяризации клеточной мембраны с последующим развитием спазма гладкой мускулатуры кишечника. Помимо этого, при использовании мебеверина гидрохлорида не происходит рефлекторной гипотонии, что связано с его влиянием на обратный захват кальция клеткой. Эффект Мебсина ретард длится 12 часов, что позволяет удобно его дозировать. Пациенты СРК принимали по 1 капсуле -200 мг два раза в сутки в течение 15 дней. 90 пациентов получали стандартную терапию СРК и являлись контрольной группой.

Результаты и обсуждение: Все обследованные больные СРК предъявляли жалобы на боли в животе. При этом доминировали рецидивирующие абдоминальные боли или ощущения дискомфорта в течение 7-12 дней в месяц на протяжении предыдущих 5-8 месяцев. Боли уменьшались после дефекации или были связаны с изменениями частоты стула или изменениями консистенции кала. При всех формах СРК достоверно чаще встречались длительные боли - 87 (72,5%) больных ($p < 0,01$). Абдоминальные боли продолжительностью более 3-х часов отмечены у 56 (46,7%) пациентов, что не могло не влиять на психоэмоциональный статус пациентов и существенно снижало качество жизни таких больных. Достоверного различия длительности болевого синдрома среди пациентов различных подтипов СРК выявлено не было.

Характер болевого синдрома при СРК варьировал от эпизодов «острых» колющих, схваткообразных болей, которые выявлены у 47 (39,2%) больных, давящих болей (46 (38,3%) пациентов), до более часто встречающихся болей ноющего характера – 90 (75,0%) больных, и тупых болей, которые отмечены у 85 (70,8%) пациентов ($p < 0,01$). У 103 (85,8%) пациентов был отмечен мигрирующий характер болевого синдрома в течение дня, а у 92 (76,7%) больных суточная вариабельность интенсивности болей. У 96 (80,0%) обследованных больных СРК боли локализовались в околопупочной области, а также в подвздошных областях слева или справа (74 (61,7%) и 61 (50,8%) больных соответственно). У большинства обследованных пациентов с СРК иррадиация боли не наблюдалась.

Достоверно чаще на боль в околопупочной области жаловались пациенты СРК с запорами (40 (76,9%) больных ($p < 0,01$)), а у пациентов других подтипов СРК не определялась такая четкая локализация болей, хотя при всех формах СРК болезненность в околопупочной области встречалась достаточно часто.

При анализе интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале у больных СРК до терапии отмечена достаточно высокая

интенсивность боли. В среднем по группе она составляла $5,9 \pm 0,4$ балла. При этом максимальная интенсивность болевого синдрома соответствующая 5 и более баллам выявлена у 74 (61,7%) пациентов СРК. Достоверных отличий интенсивности абдоминальной боли у больных различных типов СРК выявлено не было.

Таким образом, у обследованных пациентов с различными формами СРК, преобладали жалобы на переменные абдоминальные боли, без иррадиации, чаще тупого, ноющего характера, длительностью более 3-х часов, с достаточно высокой интенсивностью болевого синдрома, которые преимущественно локализовались в околопупочной области и в подвздошных областях.

Длительное течение СРК, сопровождающееся эпизодами абдоминальной боли существенно влияло на общее, в том числе и психоэмоциональное состояние больного. Хотя у части пациентов с СРК, особенно тех, кто в анамнезе имел психотравмирующие ситуации и стрессы, именно эти изменения могли индуцировать развитие заболевания, а рецидивирующие эпизоды абдоминального болевого синдрома с модификацией психологического статуса вызывали формирование «порочного круга» болезни. У обследованных пациентов СРК средние значения показателей по всем диагностическим шкалам психологического опросника до лечения имели патологические отклонения (табл. 1).

Наиболее глубокие патологические нарушения у пациентов различных вариантов СРК выявлены по шкале невротической депрессии ($-2,67 \pm 0,56$ баллов). Помимо этого значительные отклонения определялись по шкале вегетативных нарушений ($-1,78 \pm 0,82$ баллов). Наименьшие отклонения диагностического коэффициента определялись по шкалам тревоги и астении ($-0,59 \pm 0,21$ баллов и $-0,68 \pm 0,32$ баллов соответственно), однако и эти показатели не соответствовали уровню здоровых лиц.

Форма СРК влияла на степень и характер психологических нарушений. По шкале депрессивных расстройств самые значительные нарушения выявлены

у больных СРК с запорами $-3,75 \pm 0,68$ баллов ($p < 0,01$), а минимальные изменения по этой шкале отмечены у пациентов СРК с диареей $-0,39 \pm 0,12$ баллов ($p < 0,01$).

Оценка психоэмоционального статуса у больных СРК до и после терапии

Таблица 1

Шкалы (балл)	До лечения	После терапии	
		Больные СРК, получавшие Мебсин	Контрольная группа
тревоги	$-0,59 \pm 0,21$	$+1,11 \pm 0,08^*$	$+0,89 \pm 0,07^*$
невротической депрессии	$-2,67 \pm 0,56$	$-1,75 \pm 0,08$	$-1,32 \pm 0,11$
астении	$-0,68 \pm 0,32$	$+1,69 \pm 0,38^* \bullet$	$+0,09 \pm 0,06$
истерического типа реагирования	$-1,15 \pm 0,51$	$+0,17 \pm 0,12^*$	$+0,48 \pm 0,29^*$
обсессивно-фобических нарушений	$-1,07 \pm 0,40$	$+1,14 \pm 0,32^* \bullet$	$-1,02 \pm 0,91$
вегетативных нарушений	$-1,78 \pm 0,82$	$-0,39 \pm 0,28$	$-0,46 \pm 0,25$

*- достоверные отличия ($p < 0,05$) при сравнении группы с пациентами до лечения

●- достоверные отличия ($p < 0,05$) при сравнении группы пациентов, принимавших Мебсин ретард и больных контрольной группы.

По шкале тревоги и обсессивно-фобических нарушений преобладали отклонения у больных смешанным типом СРК ($-2,08 \pm 0,63$ баллов ($p < 0,05$)), а минимальными они были у пациентов СРК с диареей ($+0,20 \pm 0,06$ баллов ($p < 0,05$)). Выраженные отклонения по шкалам истерического типа реагирования и вегетативных нарушений преобладали у больных недифференцированным СРК ($-2,54 \pm 1,35$ баллов), наименьшие отклонения

по этой шкале выявлены у больных СРК с запорами ($+0,17 \pm 0,12$ баллов ($p < 0,05$)). Отклонения по шкале астении выявлены при всех подтипах СРК.

Таким образом, у пациентов СРК до терапии показатели психоэмоционального статуса были изменены по всем исследованным шкалам опросника, наибольшие отклонения выявлялись по шкалам невротической депрессии, и вегетативных нарушений.

На фоне проведенной терапии состояние больных СРК улучшалось, отмечалось уменьшение интенсивности болевого абдоминального синдрома, нормализация стула. В тоже время, положительная клиническая динамика у больных СРК несколько отличалась в зависимости от вида проводимой терапии. В группе больных СРК, получавших Мебсин ретард, к 15 дню лечения у 17 (56,0%) больных отмечено исчезновение болевого синдрома, тогда как в контрольной группе отсутствие боли выявлено только у 36 (40,0%) больных ($p < 0,05$). Кроме этого, у всех пациентов СРК, после терапии отмечено достоверное снижение интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (рис.1).

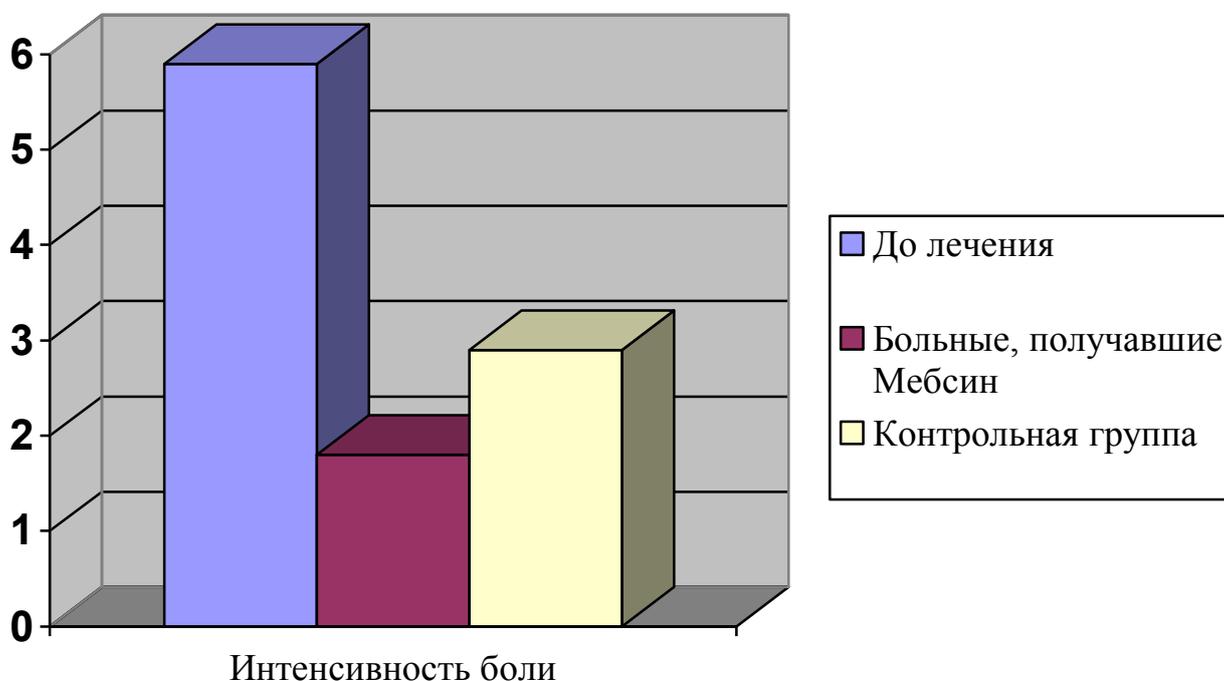


Рисунок 1. Интенсивность абдоминальной боли по визуально-аналоговой шкале у больных СРК до и на после различной терапии

У больных СРК, получавших Мебсин ретард, после проведенной терапии отмечено достоверно меньшая интенсивность абдоминальной боли по визуально-аналоговой шкале, чем у больных контрольной группы. Уменьшение интенсивности и длительности болевого синдрома благоприятно сказывались и на психологическом статусе пациентов с СРК. После терапии в обеих группах больных отмечена тенденция к нормализации психоэмоционального статуса, особенно по шкалам тревоги и астении. В тоже время, если у больных, получавших в дополнение к стандартной терапии Мебсин ретард, психоневрологический статус по шкале астении нормализовался, а по шкалам тревоги и обсессивно-фобических нарушений приближался к нижней границе нормальных значений, то у пациентов контрольной группы показатели по этим шкалам существенно отличались от нормы, хотя и имели тенденцию к нормализации. Учитывая, что психоневрологические изменения играют ключевую роль в формировании СРК и развитии висцеральной гиперчувствительности, возможно, коррекция синдрома абдоминальной боли способствует нормализации психоневрологического статуса у больных СРК.

Таким образом, синдром абдоминальной боли с изменениями психоневрологического статуса и формированием висцеральной гиперчувствительности является ключевым патогенетическим фактором в индукции и развитии СРК. Использование селективного спазмолитика мебеверина гидрохлорид (Мибсин ретард) является эффективным методом коррекции не только абдоминального болевого синдрома у больных СРК, но и способствует нормализации психоневрологического статуса таких больных.

Список литературы:

1. Бархатова В.П., Завалишин И.А. Нейротрансмиттерная организация двигательных систем головного и спинного мозга в норме и патологии// Журн. невропатол. и психиатрии. – 2004. - №8. - С.77-80.
2. Дзяк Г.В., Залевський В.І., Степанов Ю.М. Функційні захворювання кишучника.-Дн: ПП „Ліра ЛТД”, 2004.-200с.
3. Депрессии.-Под.ред. В.С.Подкорытов,Ю.Ю.Чайка. – Харьков.- «Торнадо».-2003.- 350 с.
4. Жуков Н.А. и соав. Современные представления о патогенезе синдрома раздраженного кишечника// Клиническая медицина. 2003. №12. – С.7-12.
5. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А., Белхушет С. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание.//Клинические перспективы гастроэнтерологии. 2003. №6. – С. 2-9.
6. Избранные лекции по гастроэнтерологии//под ред. Ивашкина В.Т., Шептулина А.А. Москва, "Медпресс", 2001. С. 54-82.
7. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III// Гастроэнтерология - Приложение к Consilium medicum.- 2007. Т.9. №1. – С.11.
8. Парфёнов А.И. Синдром раздраженного кишечника: стандарты диагностики и лечения.//Consilium medicum, 2002. Т. 4. № 7.
9. Харченко Н.В., Анохіна Г.А., Кисла О.М. Етіопатогенетичні підходи до лікування деяких форм синдрому подразненого кишечнику //Здоров'я України. – 2006. – № 21/1. – С. 45– 47.
10. Anthony J. Lembo, Douglas A. Drossman. Contemporary diagnosis and management of irritable bowel syndrome.//2002. p.148.

11. George F. Longstrth, eds. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006;130:1480-1491.

АБДОМІНАЛЬНИЙ БІЛЬ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ

А.Е. Дорофєєв, О.А. Кир'ян*, О.О. Рассохіна

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

*Полтавська обласна клінічна лікарня

Метою цього дослідження була оцінка ефективності застосування селективного спазмолітика мебеверіну (Мебсін) для корекції абдомінального больового синдрому в комплексній терапії хворих на синдром подразненого кишечника (СПК). Було обстежено 120 хворих на СПК, серед яких було 35 (29,2%) чоловіків та 85 (70,8%) жінок. На додаток до стандартної терапії 30 хворих з СПК отримували селективний спазмолітик мебеверін (Мебсін) компанії Сінмедік. У обстежених пацієнтів з різними формами СПК, домінували скарги на варіабельний абдомінальний біль, без ірадіації, частіше ноючого характеру, тривалістю більш 3-х годин, з достатньо високою інтенсивністю, за даними візуально-аналогової шкали, який локалізувався у навколопупкової ділянці. Застосування мебеверіну (Мебсіну) є ефективним методом корекції не тільки абдомінального больового синдрому в хворих на СПК, но воно також сприяє нормалізації психоневрологічного статусу таких хворих.

ABDOMINAL PAIN ANT IT'S CORRECTION IN PATIENTS WITH
IRRITABLE BOWEL SYNDROME

A.E. Dorofeyev, E.A. Kiryan*, O.A. Rassokhina
Donetsk National Medical University n.a. M.Gorky

*Poltava Area Hospital Clinic

The aim of his study was to investigate efficacy of application of selective spasmolytic mebeverin (Mebsin) for abdominal pain treatment in patients with irritable bowel syndrome (IBS). 120 IBS patients were investigated, among them 35 (29,2%) man and 85 (70,8%) woman were observed. In complex of treatment 30 IBS patients obtained selective spasmolytic mebeverin (Mebsin), 90 patient were a control group. In patient with different forms of IBS abdominal pain with duration more than 3 hours per day, without irradiation and with high intensity were predominated. Mebeverin application in IBS patients were effective not only for abdominal pain syndrome treatment, but also psycho-neurological profile of these patients were normalized.