

Применение отилония бромида в терапии абдоминальной боли

И.Г. Пахомова, <https://orcid.org/0000-0002-3125-6282>, pakhomova-inna@yandex.ru

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова; 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акkuratова, д. 2

Резюме

Абдоминальная боль встречается достаточно часто в практике врача-клинициста и является серьезной клинической проблемой. Причины абдоминальной боли могут быть различными (как функциональными, так и органическими). Абдоминальная боль является основным проявлением при синдроме раздраженного кишечника (СРК) и в первую очередь связана со спазмом гладкой мускулатуры кишечника. Вместе с тем абдоминальная боль, обусловленная спазмом, может встречаться и при некоторых иных заболеваниях, таких как патология билиарной системы, а именно функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди, болезненные спазмы отделов толстой кишки при СРК-подобных проявлениях на фоне имеющейся органической патологии кишечника в стадии ремиссии (дивертикулярная болезнь, воспалительные заболевания кишечника в стадии ремиссии и некоторые другие). Препаратами выбора при абдоминальной боли со спастическим компонентом являются спазмолитики. Отечественный фармацевтический рынок представлен разными группами спазмолитиков, среди которых можно выделить селективные блокаторы кальциевых каналов. Представителем последних является препарат отилония бромида, который широко используется во всем мире, является эффективным, хорошо переносится и превосходит плацебо в отношении уменьшения симптомов и предотвращения рецидива боли у пациентов как с СРК, так и в купировании спастических проявлений со стороны кишечника иной этиологии. Селективность действия и низкая абсорбция препарата в кишечнике обуславливают минимальное количество побочных эффектов и возможности применения отилония бромида у коморбидных пациентов, в т. ч. и длительно. В статье представлены два клинических случая с проявлением болевого абдоминального синдрома: пациентки с длительным анамнезом СРК и пациента, страдающего неосложненной дивертикулярной болезнью с СРК-подобными проявлениями, в которых отражено место применения отилония бромида.

Ключевые слова: спазм, функциональные расстройства, синдром раздраженного кишечника, спазмолитики, блокаторы кальциевых каналов

Для цитирования: Пахомова ИГ. Применение отилония бромида в терапии абдоминальной боли. *Медицинский совет.* 2026;20(8):164–169. <https://doi.org/10.21518/ms2026-185>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Use of otilonium bromide in the treatment of abdominal pain

Inna G. Pakhomova, <https://orcid.org/0000-0002-3125-6282>, pakhomova-inna@yandex.ru

Almazov National Medical Research Centre; 2, Akkuratov St., St Petersburg, 197341, Russia

Abstract

Abdominal pain is a fairly common clinical problem encountered by clinicians. The causes of abdominal pain can be varied (both functional and organic). Abdominal pain is a fairly common clinical problem and is a serious issue in internal medicine and gastroenterology. Abdominal pain is the primary symptom of irritable bowel syndrome (IBS) and is primarily associated with intestinal smooth muscle spasm. However, abdominal pain caused by spasm can also occur with other conditions, such as biliary system disorders, specifically functional disorders of the gallbladder and sphincter of Oddi, and painful colonic spasms associated with IBS-like symptoms associated with underlying organic bowel pathology in remission (diverticular disease, inflammatory bowel disease in remission, and others). Antispasmodics are the drugs of choice for abdominal pain with a spastic component. The domestic pharmaceutical market offers various classes of antispasmodics, including selective calcium channel blockers. One such selective calcium channel blocker is otilonium bromide, which is widely used worldwide. It is effective, well-tolerated, and superior to placebo in reducing symptoms and preventing pain recurrence in patients with both IBS and other intestinal spasticity. The drug's selective action and low intestinal absorption result in minimal side effects and the potential for otilonium bromide use in patients with comorbidities, including long-term use. This article presents two clinical cases of abdominal pain: a female patient with a long history of IBS and a patient with uncomplicated diverticular disease with IBS-like manifestations. These cases highlight the potential use of otilonium bromide.

Keywords: spasm, functional disorders, irritable bowel syndrome, antispasmodics, calcium channel blockers

For citation: Pakhomova IG. Use of otilonium bromide in the treatment of abdominal pain. *Meditsinskiy Sovet.* 2026;20(8):164–169. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-185>.

Conflict of interest: the author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема ведения пациента с абдоминальной болью является достаточно актуальной в клинической практике и может быть представлена не только у пациентов гастроэнтерологического профиля. Вместе с тем чаще болевой абдоминальный синдром встречается в практике врача-терапевта и/или гастроэнтеролога, особенно в варианте хронической абдоминальной боли.

Общезвестно, что ведущие механизмы абдоминальной боли – это спазм и растяжение полого органа (спастическая абдоминальная боль и дистензионная боль) [1, 2]. Также важно подчеркнуть, что абдоминальная боль является субъективным ощущением человека, при этом уровень и порог восприятия боли у всех очень разный. Субъективное восприятие боли обусловлено целым рядом сложных генетических факторов, поскольку один и тот же стимул может вызывать совершенно разные ощущения у пациента. При этом перед клиницистом стоит важная задача не только правильно интерпретировать абдоминальную боль, понять ее характер, но и определиться с тактикой ведения пациента. Сложности могут возникнуть, когда требуется исключить широкий спектр гастроэнтерологических и негастроэнтерологических заболеваний [1, 2].

Абдоминальная боль является основным клиническим проявлением многих функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в т. ч. и синдрома раздраженного кишечника (СРК) [3]. СРК могут сопровождать нарушение частоты и консистенции стула, вздутие живота. Данные проявления могут возникать и у пациентов с другой патологией кишечника, такой как дивертикулярная болезнь, глютенная энтеропатия, воспалительные заболевания кишечника, синдром избыточного бактериального роста, являясь, по сути, СРК-подобными [4]. Для точной диагностики необходимо исключить структурные или аутоиммунные причины посредством медицинского обследования.

Еще на этапе диагностики причин абдоминальной боли, а также в дальнейшем при их установлении врачу необходимо с целью ее купирования рекомендовать лекарственный препарат, который обладает не только высокой эффективностью, купируя абдоминальную боль, но и который не маскирует более серьезные причины (например, острую хирургическую патологию), а также обладает минимальным количеством побочных эффектов [5].

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ В КУПИРОВАНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Наличие болевого абдоминального синдрома требует углубленного обследования больного для уточнения механизмов его развития и выбора тактики лечения. Механизмы возникновения абдоминальной боли связаны с активацией ноцицепторов, расположенных в мышечной стенке полого органа, в капсулах паренхиматозных органов, в брыжейке и перитонеальной выстилке задней стенки брюшной полости. Растяжение и напряжение стенки полого органа раздражают болевые рецепторы. Болевые рецепторы полых органов брюшной полости (желудка, кишечника) локализируются

в мышечной оболочке их стенок. Такие же рецепторы расположены в капсуле паренхиматозных органов [6].

Абдоминальные боли классифицируют на острые, которые развиваются, как правило, быстро, реже – постепенно и имеют небольшую продолжительность (минуты, редко – несколько часов), и хронические, которые сохраняются или рецидивируют на протяжении недель и месяцев [5, 6]. В зависимости от локализации и силы воздействия повреждающего фактора боли в брюшной полости подразделяются на висцеральные, париетальные (соматические), отраженные (иррадиирующие) и психогенные [7]. Висцеральные боли в практике врача-терапевта или гастроэнтеролога встречаются чаще всего.

Абдоминальная боль является основным проявлением СРК, которая может сочетаться с изменением дефекации, частоты и характера стула. Механизм формирования болевого абдоминального синдрома при СРК обусловлен нарушением взаимодействия по оси «мозг – кишечник», что приводит к изменению регуляции моторной функции кишечника и развитию висцеральной гиперчувствительности [1]. С клинической точки зрения абдоминальная боль при СРК относится к висцеральной, т. е. возникающей при раздражении болевых рецепторов кишечника (ноцицепторов), расположенных в мышечной стенке [3, 6].

Помимо СРК, спастическая абдоминальная боль может встречаться и при т. н. СРК-подобных проявлениях [4].

Основные цели в купировании абдоминальной боли направлены на [3, 6]:

- этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания;
- нормализацию моторных расстройств;
- снижение висцеральной чувствительности;
- коррекцию механизмов восприятия болей.

Нарушение моторной функции ЖКТ, как один из важных механизмов формирования абдоминальной боли, играет значительную роль также и в формировании большинства диспепсических расстройств (чувство переполнения в желудке, отрыжка, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, поносы, запоры) [6, 8]. Моторная функция ЖКТ определяется активностью гладкомышечных клеток, находящейся в прямой пропорциональной зависимости от концентрации цитозольного Ca^{2+} . Потенциал-зависимые кальциевые каналы являются ионными каналами, опосредующими приток кальция в ответ на деполяризацию мембраны, и они регулируют внутриклеточные процессы, такие как сокращение, секрецию, нейротрансмиссию и экспрессию генов, в различных клетках.

Учитывая, что наиболее частым патофизиологическим механизмом в развитии абдоминальной боли является спазм гладких мышц органов брюшной полости, для ее купирования используются релаксанты гладкой мускулатуры, которые включают несколько групп препаратов, различных по своему механизму действия [1, 9] (табл. 1).

Как уже отмечалось выше, в основе возникновения болевого абдоминального синдрома лежат спастические изменения гладкомышечных волокон. Одной из эффективных групп спазмолитиков для купирования боли у пациентов с СРК или при других причинах, вызывающих спастические явления в кишечнике, могут быть блокаторы

- **Таблица 1.** Механизм действия основных мышечных релаксантов
- **Table 1.** Mechanism of action of the main muscle relaxants

Этапы сокращения мышечного волокна	Классы лекарственных средств, блокирующих сокращение
Нейротропные спазмолитики	
Активация М-холинорецепторов мышечного волокна	М-холиноблокаторы с воздействием на ЦНС: атропин, платифиллин, метацин, гастроцепин; без воздействия на ЦНС: гиосцина бутилбромид
Миотропные спазмолитики	
Открытие Na ⁺ -каналов и поступление Na ⁺ в клетку	Блокаторы Na ⁺ -каналов (мебеверин, гимекромон)
Открытие Ca ⁺⁺ -каналов и поступление Ca ⁺⁺ в клетку (из вне-/внутриклеточного депо), выход K ⁺ из клетки	Блокаторы Ca ⁺⁺ -каналов (пинавериум бромид, отилония бромид, альверин)
Активация ФДЭ, распад цАМФ, обеспечение энергией сокращения МВ	Блокаторы ФДЭ (папаверин, дротаверин)
Комбинированные спазмолитики	Альверин + симетикон
Другие мышечные релаксанты	
Регуляция транспорта ионов Ca ⁺⁺ в клетку с участием серотониновых рецепторов	Антагонисты 5HT ₃ , 5HT ₄ рецепторов (ондансетрон, гранисетрон и трописетрон)
Регуляция сокращения МВ с участием опиоидных рецепторов	Агонист мю/дельта/каппа рецепторов (тримебутин)

Ca²⁺-каналов, представителем которых является отилония бромид (на отечественном фармацевтическом рынке представлен препарат Спазмомен).

Механизм действия отилония бромида – комплексный и преимущественно состоит из блокирования кальциевых каналов L-типа; также отилоний связывается с мускариновыми рецепторами M₁, M₂, M₄ и M₅¹ [10]. Антагонизм в отношении M₃-ассоциированных кальциевых сигналов в клетках крипт толстой кишки человека объясняет антисекреторное действие отилония бромида, особенно актуальное у пациентов с диарейным вариантом СРК. Кроме того, отилония бромид является антагонистом NK₂-рецепторов, благодаря чему не только оказывает спазмолитическое действие, но и снижает периферическую сенсорную афферентную трансмиссию в центральную нервную систему (влияет на висцеральную гиперчувствительность).

Как четвертичное аммониевое соединение отилония бромид слабо абсорбируется в кишечнике и практически полностью выводится в неизменном виде с калом. В экспериментальных исследованиях отилоний после перорального приема накапливался в кишечной стенке и проявлял минимальную системную абсорбцию.

Эффективность отилония бромида (Спазмомен) в достижении контроля абдоминальной боли и других симптомов СРК подтверждена в многоцентровом рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании в параллельных группах OBIS (Otilonium Bromide in Irritable

Bowel Syndrome) [11]. В исследовании принимало участие 355 человек. Дизайн включал 2-недельный вводный период односторонне-слепого применения плацебо, после чего пациенты были рандомизированы в группы лечения препаратом Спазмомен в дозе 40 мг 3 раза в сутки перед едой или плацебо по одной таблетке перед едой в течение 15 нед. Пациенты, которые достигли «успешных результатов лечения» в конце 15-недельного периода лечения, перешли в 10-недельный период последующего наблюдения без какого-либо дополнительного лечения. В рамках данного исследования запрещалось применять препараты экстренной помощи. Согласно полученным результатам, было установлено, что и отилония бромид, и плацебо достоверно уменьшали частоту абдоминальной боли во время фазы лечения по сравнению с исходным уровнем. В конце периода лечения терапевтический эффект отилония бромида был достоверно больше, чем плацебо (первичная конечная точка исследования OBIS, $p = 0,0376$). Эффект отилония бромида был значительно сильнее, чем плацебо, в снижении еженедельной частоты эпизодов боли в животе к концу периода лечения (первичная конечная точка, $-0,90 \pm 0,88$ против $-0,65 \pm 0,91$, $P = 0,03$). Также к концу периода лечения отилония бромид достоверно снижал выраженность вздутия живота ($p = 0,0209$). Общая эффективность лечения, по мнению пациентов, значительно улучшилась в обеих группах на 5-й нед. с преобладанием отилония бромида на 15-й нед. ($p = 0,0473$) по сравнению с плацебо.

При рассмотрении всего периода наблюдения вероятность отсутствия рецидивов была значимо выше в группе отилония бромида ($p = 0,038$), что может объясняться пролонгированным нахождением отилония в стенке кишки благодаря его липофильным свойствам. Побочные эффекты регистрировались редко, среди которых встречались сухость во рту, тошнота и головокружение, наиболее вероятно обусловленные способностью препарата связываться с периферическими и центральными мускариновыми рецепторами. Оптимальная переносимость отилония бромида была установлена в ходе коротких и длительных клинических исследований, в рамках которых пациенты принимали препарат в течение периода от 2 нед. до 2 лет [12].

Следует отметить, что применение отилония бромида у пациентов с СРК присутствует в клинических рекомендациях различных стран мира [13–19] (табл. 2).

В исследовании М.С. Хруцкой и соавт. 2014 г. [20] по оценке эффективности спазмолитиков у пациентов с хронической абдоминальной болью было показано, что пациенты с СРК, принимавшие Спазмомен ($n = 37$), отмечали уменьшение абдоминальной боли, метеоризма, урчания и частоты стула значительно чаще, чем те, кто принимал мебеверин и дротаверин.

Согласно данным некоторых исследований, отилония бромид обладает еще и антибактериальной способностью и бактерицидной активностью против *Staphylococcus aureus* с минимальными ингибирующими концентрациями (МИК) 4–8 мкг/мл [21]. Отилония бромид способен оказывать мощное действие на биопленку при концентрациях от 16 до 64 мкг/мл. Также описано и противогрибковое действие отилония бромида, которое заключается

¹ Инструкция по медицинскому применению препарата Спазмомен от 14.06.2022.

- **Таблица 2.** Рекомендации по лечению болей в животе при синдроме раздраженного кишечника
- **Table 2.** Guidelines for the treatment of abdominal pain in irritable bowel syndrome

Страна	Рекомендуемые препараты (выбор)	Исследования
США	Отилония бромид , пинаверия бромид, гиосцина бромид, циметропия бромид, дротаверин, дицикломин, масло перечной мяты	A.C. Ford et al. [14]
Мексика	Мебеверин, тримебутин, бутилскополамин, гиосциамин, циметропия бромид, отилония бромид , пинаверия бромид, альверина цитрат, феноверин, роциверин, пирензепин, масло перечной мяты	R. Carmona-Sánchez et al. [15]
Корея	Альверина цитрат, мебеверин, отилония бромид , пинаверия бромид, масло перечной мяты, гиосцина бромид, циметропий, тримебутин, флороглюцин	K.H. Song et al. [16]
Германия	Бутилскополамин бромид, мебеверин, отилония бромид , масло перечной мяты	P. Layer et al. [17]
Польша	Масло перечной мяты, гиосцина бромид, дротаверин, отилоний бромид , циметропия бромид, пинаверия бромид, дицикломин	A. Pietrzak et al. [18]
Испания	Отилония бромид , гиосцина бромид, циметропия бромид, пинаверия бромид, дицикломина гидрохлорид, масло перечной мяты	F. Mearin et al. [19]
Англия	Спазмолитики	NICE, 2017*

Примечание: * Irritable bowel syndrome. NICE. 2017. Available at: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/irritable-bowel-syndrome-in-adults/managing-irritable-bowel-syndrome#content=view-mode%3Anodes-second-line-pharmacological-treatment>.

в подавлении филаментации и образования биопленки *C. albicans*. Отилония бромид препятствует перемещению эргостерола через мембраны и запускает цитотоксическую аутофагию, а также нарушает нормальную локализацию белка Sip3, связываясь с белком Sec31 [22].

В инструкции по применению отилония бромида (Спазмомен) в показаниях для применения представлены следующие: лечение при синдроме раздраженного кишечника и болезненных спазмах дистальных отделов кишечника (ободочной и прямой кишки), для ослабления боли в животе, при вздутии и нарушениях моторики кишечника².

Профиль безопасности отилония бромида изучен. Благодаря своим специфическим фармакокинетическим свойствам, а именно практически отсутствующей системной абсорбции и быстрому накоплению в тканях-мишенях, отилония бромид эффективен и хорошо переносится [23]. Его оптимальная переносимость была установлена в ходе коротких и длительных клинических исследований, в рамках которых пациенты принимали Спазмомен в течение периода от 2 нед. до 2 лет [24]. Согласно инструкции по применению Спазмомена, продолжительность лечения данным препаратом не ограничена и зависит от течения заболевания³. Врач должен периодически оценивать необходимость продолжения терапии. Кроме того, важной особенностью применения отилония бромида (Спазмомен) у пациентов, имеющих коморбидный фон, является то, что при нарушении функции печени или почек, а также у лиц пожилого возраста коррекции дозы препарата не требуется.

² Инструкция по медицинскому применению препарата Спазмомен от 14.06.2022.

³ Там же.

В качестве практической иллюстрации к вышесказанному приводится 2 клинических случая: пациентка с длительным анамнезом СРК и пациент, страдающий неосложненной дивертикулярной болезнью с СРК-подобными проявлениями.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка К. 38 лет обратилась с жалобами на периодические ноющие абдоминальные боли, не всегда с четкой связью с приемом пищи (хотя в последнее время стала отмечать реакцию на молоко и пшеницу), нередко на фоне или после стресса, облегчение после стула, периодическое нарушение регулярности стула, чередование кашицеобразного (тип 5–6 по Бристольской шкале) и плотного (тип 1–2 по Бристольской шкале). Часто – вздутие живота, на фоне чего усиление боли. Иногда после акта дефекации отмечала появление спастической боли в левой подвздошной области.

Из анамнеза: страдает СРК около 10 лет, когда после перенесенной энтеровирусной инфекции стала отмечать появление боли в животе и нарушение частоты и консистенции стула. При приеме короткими курсами дротаверина, пробиотика (в составе которого *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium infantis*, *Enterococcus faecium*) и соблюдении строгой диеты симптомы удавалось купировать. Вышеуказанные жалобы особенно активно беспокоят пациентку на протяжении последних 2,5 лет, постепенное нарастание тяжести и частоты симптомов отмечает последние 9 мес. Около 2 лет назад обследовалась, со слов пациентки, значимой патологии со стороны ЖКТ не выявили. Был установлен диагноз: «СРК, смешанный вариант». Принимала при болях по назначению врача по месту жительства препараты мебеверин, тримебутин, иногда – ферменты (креон, мезим), пробиотики. Не все и не всегда с положительным эффектом, часто меняла лекарства, режим и дозу.

Работает в IT-сфере. Со слов пациентки, работа связана с частыми стрессами.

При объективном осмотре: пониженного питания. ИМТ – 19,1 кг/м². Органы дыхания: дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны органов кровообращения: АД – 115/70 мм рт. ст., ЧСС – 82/мин. Язык с белым налетом у корня, живот несколько вздут, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Небольшая чувствительность в проекции желчного пузыря. Край печени не пальпируется. Размеры печени (перкуторно) в пределах нормы. Стул ежедневный или через день, разной консистенции. Лабораторных значимых отклонений не выявлено. Обследование на целиакию и повышенную чувствительность к глютену – отрицательный результат. Исследование кала на глистные инвазии и паразитозы методом Рагасер дважды – результат отрицательный. Анализ кала на лямблии методом ИГХ – отрицательный. Дыхательный водородно-метановый тест на СИБР – данных за СИБР нет.

По результатам инструментальной диагностики по УЗИ органов брюшной полости: деформация желчного пузыря. ФГДС – эритематозная гастродуоденопатия (биопсия из желудка и ДПК). Биопсия СОЖ – хронический гастрит со слабой степенью воспаления, со слабой степенью активности,

без атрофии, без кишечной метаплазии, НР отрицательный. Биопсия ДПК – хронический дуоденит со слабой степенью активности. Результаты колоноскопии: органической патологии со стороны кишечника не выявлено.

Клинический диагноз: «Синдром раздраженного кишечника, постинфекционный, смешанный вариант».

Пациентке было назначено лечение: диета Fodmap low 4–6 нед., спазмолитик отилония бромид (Спазмомен) 40 мг по 1 таблетке 3 р/д за 30 мин до еды – 3–6 мес., пробиотик (содержит штаммы *Lactobacillus plantarum* (штаммы СЕСТ 7484 и 7485) и *Pediococcus acidilactici* (штамм СЕСТ 7483)). По 1 капсуле во время еды – 6–8 нед. Минимизация стресса, отдых.

Через месяц, со слов пациентки, самочувствие улучшилось, боль беспокоила редко, однако иногда все же возникала, особенно после сильного стресса. На втором месяце приема Спазмомена абдоминальная боль не беспокоила, как и весь период приема Спазмомена. После отмены препарата рекомендован режим приема «по требованию». Консистенция стула нормализовалась, вздутие живота не беспокоит. Со слов пациентки, значительно улучшилось качество жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент В. 54 лет обратился с жалобами на частые боли спастического характера в левом фланке живота с большей интенсивностью в левой подвздошной области на фоне запора и вздутия живота. Боль после акта дефекации и отхождения газов уменьшается или купируется полностью. Стул 1 раз в 3–4 дня, плотной консистенции (тип 1–2 по Бристольской шкале), без патологических примесей. Иногда абдоминальная боль возникает после употребления в пищу капусты, как белокачанной, так и цветной.

Из анамнеза: страдает запором около 5 лет после отказа от табакокурения, старался употреблять в пищу больше овощей и сухофруктов, с некоторой положительной динамикой, но не всегда. Тогда же стал периодически отмечать абдоминальную боль на фоне стрессовой ситуации (сокращение на работе). Около 3 лет назад впервые выполнил колоноскопию, где выявлены единичные дивертикулы нисходящего отдела ободочной кишки, долихосигма. Рентгенологическое исследование кишечника не выполнялось. Около 7 мес. назад после употребления блюда из цветной капусты отметил сильную боль в левой подвздошной области на фоне вздутия живота и однократное повышение температуры. Накануне данного приступа перенес ОРВИ. Прием мебеверина, тримебутина – без эффекта. Был обследован по поводу возможного дивертикулита. По МСКТ органов брюшной полости – КТ-картина дивертикулеза кишечника с признаками дивертикулита в дистальных отделах нисходящей ободочной кишки, единичные мелкие кисты печени. Получал необходимую терапию по поводу дивертикулита: рифаксимин 400 мг 3 р/д 14 дней, тримебутин 300 мг 2 р/д, синбиотик (*Lactobacillus acidophilus La-14*; *Lactobacillus rhamnosus Lr-32*; *Bifidobacterium lactis BI-04*, инулин, витамины В1, В6, В12) – 1 саше 1 р/д в течение 1 мес. На фоне данной терапии отметил значимое улучшение, абдоминальная боль, вздутие не беспокоило в течение 4 мес. Однако в течение последних

3 мес. на фоне очередного стресса стала беспокоить абдоминальная боль 3–4 раза в неделю, вновь отметил закрепление стула, вздутие живота. Самостоятельный прием мебеверина и пробиотика в течение 14 дней – практически без эффекта, даже усиление запора.

Работает в сфере военного обеспечения. Со слов пациентки, работа связана с частыми стрессами.

При объективном осмотре: повышенного питания. ИМТ – 28,9 кг/м². Органы дыхания: дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны органов кровообращения: АД – 125/80 мм рт. ст., ЧСС – 85/мин. Язык с белым налетом, живот вздут в левом фланке, умеренно болезненный в левом фланке и левой подвздошной области. Край печени не пальпируется. Размеры печени (перкуторно) в пределах нормы.

Лабораторно – без значимых отклонений. Дыхательный водородно-метановый тест на СИБР – СИБР-тест положительный. МСКТ органов брюшной полости – признаки дивертикулеза нисходящего отдела ободочной кишки без дивертикулита, пневматоз кишечника. Колоноскопия на данном этапе не выполнялась.

Клинический диагноз: «Неосложненная дивертикулярная болезнь, симптомная. Дивертикулы нисходящего отдела ободочной кишки без дивертикулита. СИБР. Синдром раздраженного кишечника с запором».

Пациенту было назначено лечение: диета Fodmap low 4–6 нед., рифаксимин 400 мг 3 р/д – 14 дней, в дальнейшем в течение 12 мес. прием рифаксимины по 400 мг 2 р/д по 7 дней каждого месяца, спазмолитик отилония бромид (Спазмомен) 40 мг по 1 таблетке 3 р/д за 30 мин до еды – 1 мес., при необходимости и дольше, либо в режиме «по требованию», синбиотик (*Lactobacillus acidophilus La-14*; *Lactobacillus rhamnosus Lr-32*; *Bifidobacterium lactis BI-04*, инулин, витамины В1, В6, В12). Минимизация стресса, когнитивно-поведенческая терапия.

Через месяц пациент сообщил об улучшении самочувствия, жалоб на абдоминальную боль не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данных клинических примерах показана эффективная терапия абдоминальной боли у пациентов в СРК. Первой пациентке ввиду более стойкой абдоминальной боли и нерегулярности стула потребовалось более длительное назначение отилония бромида (Спазмомен), в т. ч. и для улучшения регуляции моторики кишечника. У второго пациента абдоминальная боль при обращении тоже была связана с СРК, несмотря на диагноз дивертикулярной болезни, которая в момент обращения протекала без дивертикулита. Ситуация отягощалась наличием у пациента СИБР. Однако в течение 1 мес. курс отилония бромида (Спазмомен) позволил полностью купировать абдоминальную боль.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, абдоминальная боль является частой клинической ситуацией на приеме врача амбулаторного звена, генез которой может быть полиэтиологичным. Вместе с тем абдоминальная боль нередко является

основным проявлением функциональных расстройств кишечника, в первую очередь при СРК. Лечение болевого синдрома должно быть направлено на нормализацию структурных и функциональных нарушений пораженного органа. Вместе с тем для купирования абдоминальной боли необходим индивидуальный подход. Среди фармакологических методов лечения абдоминальной боли терапией первой линии с учетом механизма развития

данного проявления являются миотропные спазмолитики. Препаратом выбора у пациентов с СРК может быть отилиния бромид (Спазмоген), который является эффективным и безопасным лекарственным средством, в т. ч. и при длительном его применении.



Поступила / Received 03.04.2026
Поступила после рецензирования / Revised 24.04.2026
Принята в печать / Accepted 30.04.2026

Список литературы / References

- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99–114. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>.
- Ивашкин ВТ, Шелыгин ЮА, Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Ачкасов СИ, Алексеева ОП и др. Синдром раздраженного кишечника: клинические рекомендации. М.; 2024. 64 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/892_1.
- Ивашкин ВТ, Шептулин АА. Боли в животе. М.: МЕДпресс-информ; 2012. 112 с.
- Lindberg G, Mohammadian G. Loose ends in the differential diagnosis of IBS-like symptoms. *Front Med*. 2023;10:1141035. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1141035>.
- Yu V, Ballou S, Hassan R, Singh P, Shah E, Rangan V et al. Abdominal pain and depression, not bowel habits, predict health care utilization in patients with functional bowel disorders. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(8):1720–1726. <https://doi.org/10.14309/ajg.000000000001306>.
- Яковенко ЭП, Яковенко АВ, Агафонова НА, Иванов АН, Прянишникова АС, Попова ЕВ, Григорьева ЮВ. Абдоминальные боли: механизмы формирования, рациональный подход к выбору терапии. *РМЖ*. 2009;(2):48–53. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_organov_pishchevareniya/Abdominalnyye_boli_mehanizmy_formirovaniya_racionalnyy_podhod_k_vyboru_terapii/. Yakovenko EP, Yakovenko AV, Agafonova NA, Ivanov AN, Pryanishnikova AS, Popova EV, Grigorieva SW. Abdominal pain: mechanisms of formation, rational approach to the choice of therapy. *RMJ*. 2009;(2):48–53. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/bolezni_organov_pishchevareniya/Abdominalnyye_boli_mehanizmy_formirovaniya_racionalnyy_podhod_k_vyboru_terapii/.
- Weinstein WM, Hawkey CJ, Bosch J. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Elsevier; 2005. 1191 p.
- Пахомова ИГ. Заболевания толстой кишки: от функциональных расстройств к органической патологии. *Медицинский совет*. 2013;(5):46–53. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-5-46-53>. Pakhomova IG. Pathology of the colon: from functional to organic. *Meditsinskiy Sovet*. 2013;(5):46–53. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-5-46-53>.
- Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(10):908–917. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30217-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30217-X).
- Triantafyllidis JK, Malgarinos G. Long-term efficacy and safety of otilonium bromide in the management of irritable bowel syndrome: a literature review. *Clin Exp Gastroenterol*. 2014;7:75–82. <https://doi.org/10.2147/CEG.S46291>.
- Clavé P, Acalovschi M, Triantafyllidis JK, Uspensky YP, Kalayci C, Shee V, Tack J. Randomised clinical trial: otilonium bromide improves frequency of abdominal pain, severity of distention and time to relapse in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;34(4):432–442. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04730.x>.
- Glende M, Morselli-Labate AM, 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;14(12):1331–1338. <https://doi.org/10.1097/00042737-200212000-00008>.
- Weiser T. Guideline recommendations for the treatment of abdominal pain (in irritable bowel syndrome). *EFSM*. 2021;1:210010. <https://doi.org/10.52778/efsm.21.0010>.
- Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, Harris LA, Lacy BE, Saito YA, Quigley EMM. American College of Gastroenterology Monograph on Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(Suppl. 2):1–18. <https://doi.org/10.1038/s41395-018-0084-x>.
- Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, Gómez-Escudero O, Bosques-Padilla F, Coss-Adame E et al. The Mexican consensus on irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81(3):149–167. <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2016.01.004>.
- Song KH, Jung HK, Kim HJ, Koo HS, Kwon YH, Shin HD et al. Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome in Korea, 2017 Revised Edition. *J Neurogastroenterol Motil*. 2018;24(2):197–215. <https://doi.org/10.5056/jnm17145>.
- Layer P, Andresen V, Pehl C, Allescher H, Bischoff SC, Classen M et al. Irritable bowel syndrome: German consensus guidelines on definition, pathophysiology and management. *Z Gastroenterol*. 2011;49(2):237–293. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245976>.
- Pietrzak A, Skrzydło-Radomańska B, Mulak A, Lipiński M, Matecka-Panas E, Reguta J, Ryzdzewska G. Guidelines on the management of irritable bowel syndrome: In memory of Professor Witold Bartnik. *Prz Gastroenterol*. 2018;13(4):259–288. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.78343>.
- Mearin F, Ciriza C, Minguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016;108(6):332–363. <https://doi.org/10.17235/reed.2016.4389/2016>.
- Хруцкая МС, Семеняко СВ, Бобровская ЕИ, Парфененко ТВ. Влияние отилиния бромида на интенсивность хронической абдоминальной боли. *Медицинские новости*. 2014;(3):59–61. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/salivv>. Khrutskaya MS, Semenyako SV, Bobrovskaya EI, Parfenenko TV. Effect of otilonium bromide on intensity of chronic abdominal pain. *Meditsinskije Novosti*. 2014;(3):59–61. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/salivv>.
- Zhou L, She P, Tan F, Li S, Zeng X, Chen L et al. Repurposing Antispasmodic Agent Otilonium Bromide for Treatment of *Staphylococcus aureus* Infections. *Front Microbiol*. 2020;11:1720. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.011720>.
- Zhen C, Wang L, Feng Y, Whiteway M, Hang S, Yu J et al. Otilonium Bromide Exhibits Potent Antifungal Effects by Blocking Ergosterol Plasma Membrane Localization and Triggering Cytotoxic Autophagy in *Candida Albicans*. *Adv Sci*. 2024;11(35):e2406473. <https://doi.org/10.1002/advs.202406473>.
- Annaházi A, Róka R, Rosztóczy A, Wittmann T. Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014;20(20):6031–6043. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i20.6031>.
- Clavé P, Tack J. Efficacy of otilonium bromide in irritable bowel syndrome: a pooled analysis. *Ther Adv Gastroenterol*. 2017;10(3):311–322. <https://doi.org/10.1177/1756283X16681708>.

Согласие пациентов на публикацию: пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patients signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторе:

Пахомова Инна Григорьевна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии с клиникой, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова; 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2; pakhomova-inna@yandex.ru

Information about the author:

Inna G. Pakhomova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy with Clinic, Almazov National Medical Research Centre; 2, Akkuratov St., St Petersburg, 197341, Russia; pakhomova-inna@yandex.ru