

# Абдоминальная спастическая боль: представления, диагностика, лечебные подходы

**О.Н. Минушкин**, <https://orcid.org/0000-0002-7723-7992>, [oleg.minushkin@bk.ru](mailto:oleg.minushkin@bk.ru)

Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации; 121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1А

## Abdominal spastic pain: concepts, diagnosis, treatment approaches

**Oleg N. Minushkin**, <https://orcid.org/0000-0002-7723-7992>, [oleg.minushkin@bk.ru](mailto:oleg.minushkin@bk.ru)

Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation; 19, Bldg. 1A, Marshal Timoshenko St., Moscow, 121359, Russia

Данное сообщение представляет результаты симпозиума, проведенного в рамках 49-й Всероссийской научно-практической конференции Intestinum-2023. Участниками симпозиума были В.Т. Ивашкин, Е.А. Полуэктова, О.Н. Минушкин, В.И. Симаненков, И.Г. Пахомова, О.С. Шифрин; сопредседателями симпозиума – В.Т. Ивашкин и О.Н. Минушкин. В настоящее время в гастроэнтерологии в рамках Международной классификации болезней 10-го пересмотра представлена преимущественно органическая нозология, а из функциональных заболеваний лишь одна патология – синдром раздраженного кишечника. Его оценке и был посвящен симпозиум. Всеми участниками было единодушно отмечено, что представление о синдроме раздраженного кишечника динамично развивается. Так, в последних рекомендациях (Римские критерии IV пересмотра, 2016) предложено в качестве нового патогенетического механизма рассматривать несостоятельность межэпителиальных контактов, которая формирует внутрислизистое малое воспаление, что важно и в хронизации процесса, и в лечении.

### ВВЕДЕНИЕ

Синдром раздраженного кишечника (СРК) является самостоятельной нозологией, сформированной функциональными расстройствами кишечника, ее обязательными компонентами являются боль в животе, изменение частоты и формы стула, проходящие (уменьшающиеся) после дефекации. Симптомкомплекс СРК, кроме обязательных компонентов, может включать:

- моторно-секреторные расстройства;
- висцеральную гиперчувствительность;
- изменение бактериальной флоры;
- нарушение целостности эпителиального барьера;
- кишечно-мозговую дисфункцию.

В разные отрезки времени СРК может формироваться разными симптомами и иметь разную степень выраженности.

Первое установившееся определение СРК было дано в Риме на совещании международной группы экспертов по изучению функциональной патологии ЖКТ в 1988 г. В последующем определение и критерии оценки изменились, дополнились. Изменилась и классификация СРК. Последние рекомендации были предложены в 2016 г. (Римские критерии IV пересмотра) [1]. Исходя из них, классификационно предложено выделять (по преобладающей форме стула):

- 1) СРК с запором (IBS-C): твердый стул – более 25% дефекаций, жидкий – менее 25%.
- 2) СРК с диареей (IBS-D): жидкий стул – более 25% дефекаций, твердый – менее 25%.
- 3) СРК смешанный (IBS-M): твердый стул – более 25% дефекаций, жидкий – более 25%.
- 4) неклассифицируемый СРК (IBS-U): консистенция стула соответствует критериям IBS-C, B или M.

Распространенность СРК разная (от 9 до 48%), в зависимости от региона, средний возраст больных – 24–41 год. В качестве основополагающей концепции развития рассматривается биопсихосоциальная модель, в которой в разные отрезки времени ведущую роль играют разные факторы, формирующие патогенез и клиническую картину. Все эти данные легли в основу проведенного симпозиума, краткое изложение которого и проведенная дискуссия представлены в настоящем сообщении.

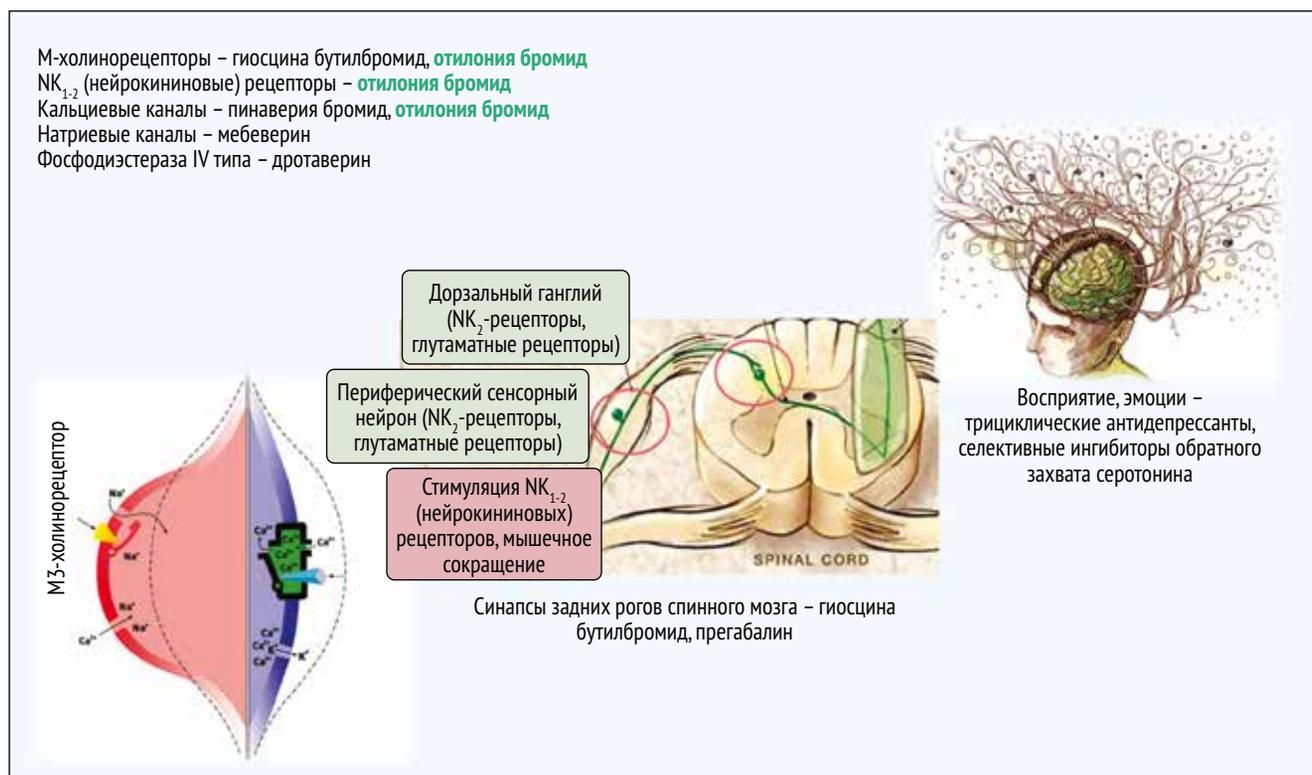
### КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВЛЕННЫХ МАТЕРИАЛАХ

В докладе **В.Т. Ивашкина** и **Е.А. Полуэктовой** подчеркнута ведущая роль нарушения равновесия центральной нервной системы (ЦНС) и функциональной активности кишечника в формировании СРК, а ведущими механизмами формирования боли является нарушение микробиоты и повреждение слизисто-эпителиального барьера. Перечисленные компоненты способствуют развитию бактериальной транслокации и малого воспаления. В сообщении рассмотрены основные типы нарушения моторики: гиперсегментарный гиперкинез, дистонический гипо- или акинез и антиперистальтический гиперкинез. Все это позволило определить точки приложения лекарственных молекул (*рис. 1*)<sup>1</sup>. Через указанные структуры реализуют свой эффект лекарственные молекулы, восстанавливая моторику и купируя боль.

В сообщении **О.Н. Минушкина** представлены виды и типы болей, их локализация. К ведущим типам боли

<sup>1</sup> Данные клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии имени В.Х. Василенко Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).

● **Рисунок 1.** Возможные точки приложения лекарственных молекул для нормализации мышечного сокращения/уменьшения болевой чувствительности\*



Слайд предоставлен профессором В.Т. Ивашкиным и профессором Е.А. Полуэктовой.

\* Данные клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии имени В.Х. Василенко Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет).

отнесены висцеральная и париетальная. Для СРК характерна висцеральная боль, которая в клиническом отношении представлена вегетативными реакциями [2]. Представлены типы рецепторов, через которые реализуются и клинические проявления. Они же являются точками приложения лекарственных молекул. Среди них основными являются высокопороговые механорецепторы, ноцицепторы интенсивности и «молчащие» ноцицепторы, которые возбуждаются при тканевом повреждении. Диагностика осуществляется на основе предлагаемого алгоритма (рис. 2).

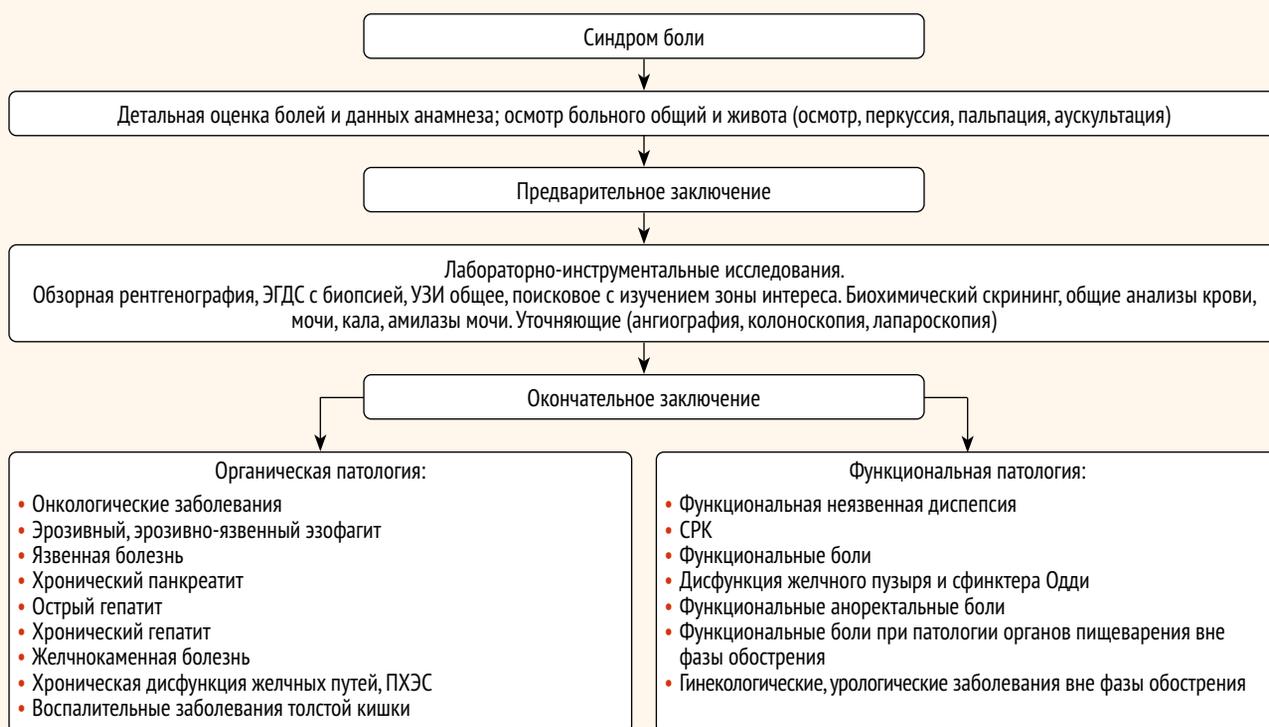
Выбор максимально эффективного спазмолитика зависит от выраженности эффекта и зоны распространения действия препарата и совершается на основании анализа, приведенного в табл. 1. Сравнительная характеристика имеющихся в арсенале врача спазмолитиков показала, что для лечения именно спастических расстройств кишечника наиболее предпочтительный вариант – отилония бромид (Спазмомен), появившийся на российском рынке. Более подробно разобран механизм действия и результаты отечественных и европейских исследований, которые подтверждают высокую эффективность Спазмомена при хорошей переносимости и отсутствии побочных эффектов. Перечисленные качества ставят препарат в ряд препаратов выбора для лечения СРК и других спастических нарушений дистального отдела кишечника. Это подтверждают не только европейские исследования, которые представлены в сообщении, но и отечественные, приведенные в табл. 2, результаты собственных исследований

(1995 г., соисследователи – О.Н. Минушкин, Л.В. Масловский, Л.К. Соколов, П.А. Никифоров).

В сообщении **В.И. Симаненкова** представлена сравнительная клинко-фармакологическая характеристика миотропных спазмолитиков. Приведен обзор 318 публикаций из 41 страны (Северная Америка представлена Канадой и Соединенными Штатами; страны Азии и Европы). При этом отмечена общая эффективность спазмолитиков, превосходящая плацебо, малое количество побочных эффектов (которые представлены антихолинэргическими эффектами). Отмечено, что основной механизм действия спазмолитиков – рецепторный, реализующийся через серотонинергические, мотилинергические, грелинергические, холинергические (M<sub>1</sub>, M<sub>2</sub>, M<sub>3</sub>), H<sub>1</sub>-гистаминергические и β-адренергические рецепторы (β<sub>3</sub>) [3]. Представлена схема точек приложения действия основных групп спазмолитиков (фармакологических мишеней), что очень важно для практики (рис. 3).

В сообщении **И.Г. Пахомовой** (Санкт-Петербург) рассмотрены возможности купирования абдоминальной боли при СРК на клиническом примере. Показано, что боль связана со спазмом, подчеркнуты особенности боли: локализация – любая часть брюшной полости; не всегда боль купируется после дефекации, может только уменьшаться; не беспокоит ночью. Автор подчеркивает, что ведущая роль в патогенезе боли при СРК отводится висцеральной гиперчувствительности и повышению чувствительности при нормальном пороге восприятия боли. Диагностика СРК осуществлялась согласно рекомендациям

● **Рисунок 2.** Алгоритм диагностики при болях в животе



ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия; УЗИ – ультразвуковое исследование; ПХЭС – постхолецистэктомический синдром; СРК – синдром раздраженного кишечника.

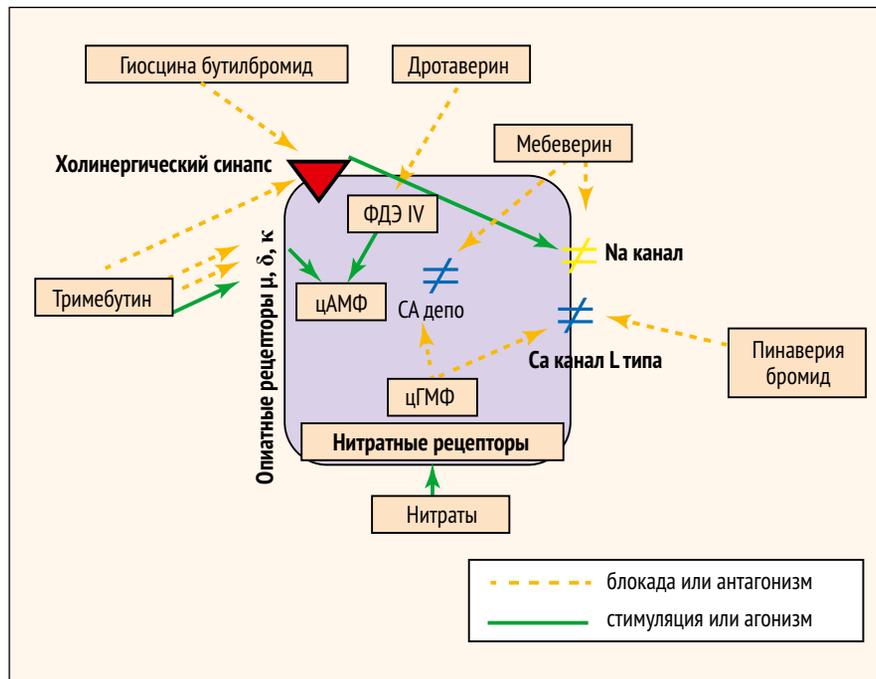
● **Таблица 1.** Выбор максимально эффективного спазмолитика

Зона действия	Но-шпа	Папаверин	Мебеверин	Дицетел	Дикловерин	Гимекромон	Тримебутин
Желудок	+++	+	-	+	+	-	++
Желчевыводящие пути	+++	+	++	++	++	++	++
Сфинктер Одди	+++	+	+	++	+	++++	++
Кишечник	+++	++	+++	++	++	-	+++
Мочевыводящие пути	+++	+	-	+/-	+/-	-	-
Матка	++	+	-	-	-	-	-
Сосуды	+	++	-	-	-	-	-

● **Таблица 2.** Эффективность лечения препаратом Спазмомен пациентов со спастическими болями в животе

Критерий оценки и их динамика	Больные синдромом раздраженного кишечника (запор, диарея), n = 20	Спастические кишечные боли в животе (вторичные), n = 20	Примечания
1. Исходная позиция (боли в нижней части живота и кишечная диспепсия различной степени выраженности)	100%	100%	Все больные (40) были разделены на 2 группы: • 1-я – основная (СРК), • 2-я – сравнения
2. Уменьшение боли	100%	70%	Четкий эффект в 1-й группе. Нечеткий эффект у 50% 2-й группы
3. Купирование боли	90% (18 больных)	45% (9 больных)	С сохранением кишечной диспепсии в меньшей степени выраженности
4. Сохранение в прежнем объеме	2 (10%)	11 (55%)	Количественно, но выраженность уменьшилась
5. Динамика кишечной диспепсии	1-я группа – динамика наряду с болями	2-я группа – кишечная диспепсия сохранилась, уменьшилась в интенсивности	-

● **Рисунок 3.** Точки приложения основных групп спазмолитиков ([3] с дополнением)



ФДЭ IV – ингибиторы фосфодиэстеразы-4; цАМФ – циклический аденозинмонофосфат; цГМФ – циклический гуанозинмонофосфат.

Общества гастроэнтерологов Российской Федерации и Ассоциации гастроэнтерологов Российской Федерации. В лечении используется диета с ограничением моно-, ди-, олигосахаридов; в фармакотерапии – пошаговое применение миотропных спазмолитиков в зависимости от эффекта, других мышечных релаксантов (регуляторов транспорта кальция, регуляторов опиоидных, серотониновых рецепторов и комбинированных препаратов) [4].

В 2023 г. на отечественном фармакологическом рынке появился миотропный спазмолитик Спазмомен – препарат с тройным механизмом действия, устраняющий

Вторая часть выступления была посвящена лечению СРК, при этом предпочтение было отдано фармпрепаратам, влияющим на психоэмоциональные и спастические компоненты патогенеза. Оценивая разные группы спазмолитиков на основании опубликованных работ, в том числе и недавно вошедший в фармакологический арсенал Спазмомен, отмечались преимущества использования данного препарата.

<sup>2</sup> Государственный реестр лекарственных средств. Спазмомен®. Номер ЛСР-007995/10, дата регистрации 12.08.2010. Режим доступа: [https://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=388d55de-05d3-419f-bc09-45ac9175a9a2](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=388d55de-05d3-419f-bc09-45ac9175a9a2)

● **Рисунок 4.** Механизм действия препарата Спазмомен\* [5, 6]



СРК – синдром раздраженного кишечника; ОБ – отилиния бромид.

\* Государственный реестр лекарственных средств. Спазмомен®. Номер ЛСР-007995/10, дата регистрации 12.08.2010. Режим доступа: [https://grls.rosminzdrav.ru/Grls\\_View\\_v2.aspx?routingGuid=388d55de-05d3-419f-bc09-45ac9175a9a2](https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=388d55de-05d3-419f-bc09-45ac9175a9a2)

## ОБСУЖДЕНИЕ

Заслушав и обсудив представленные доклады, участники симпозиума констатировали, что боль является основным проявлением СРК. В формировании боли принимают участие многие составляющие:

- расстройство моторики;
- нарушения в кишечной флоре;
- нарушение взаимодействия ЦНС и кишечника;
- висцеральная гиперчувствительность;
- несостоятельность межэпителиальных контактов.

При этом ведущим механизмом является спазм. Другие составляющие симптомокомплекса могут быть представлены либо отсутствовать. Признав, что боль в большинстве случаев носит спастический характер, следует заключить, что основной группой используемых препаратов являются спазмолитики. Обзор данной группы препаратов был

представлен и обсужден. Особые надежды большинство выступающих возложили на Спазмолен, недавно появившийся на отечественном фармакологическом рынке.

В ходе дискуссии В.Т. Ивашкиным был поставлен вопрос: как часто диагностируется боль как единственная классификационная единица? Участие в дискуссии приняли О.Н. Минушкин и В.И. Симаненков, мнение которых свелось к тому, что такая ситуация возможна, но встречается в практике крайне редко (а может и не встречаться).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, боль при СРК носит спастический характер, и основное место в ее лечении занимают спазмолитики.



Поступила / Received 30.04.2024  
Принята в печать / Accepted 13.05.2024

## Список литературы / References

1. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV – Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257–1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>.
2. Минушкин ОН. Синдром раздраженного кишечника: трансформация взглядов. *Медицинский совет*. 2023;(8):168–173. <https://doi.org/10.21518/ms2022-054>.
3. Симаненков ВИ, Лутаенко ЕА. Клинико-фармакологические аспекты терапии спастической абдоминальной боли. *Медицинский совет*. 2014;(13):34–39. Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/707>.
4. Гаус ОВ, Ливзан МА. Фундаментальные основы формирования абдоминальной боли у пациентов с синдромом раздраженного кишечника. *Эффективная фармакотерапия*. 2020;16(15):102–111. <https://doi.org/10.33978/2307-3586-2020-16-15-102-111>.
5. Spinelli A. Irritable bowel syndrome. *Clin Drug Investig*. 2007;27(1):15–33. <https://doi.org/10.2165/00044011-200727010-00002>.
6. 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>.
7. Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Шелыгин ЮА, Баранская ЕК, Белоус СС, Белоусова ЕА и др. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника (клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2021;31(5):74–95. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95>.