

Вопросы диагностики и лечения абдоминальной боли при синдроме раздраженного кишечника на этапе амбулаторно-поликлинического оказания медицинской помощи

Ю.А. Кучерявый¹, Т.Л. Лапина², М.А. Ливзан³, М.Ф. Осипенко⁴

¹ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва, Российская Федерация

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, Москва, Российская Федерация

³ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет», Омск, Российская Федерация

⁴ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Российская Федерация

Issues of diagnostics and treatment of abdominal pain at irritable bowel syndrome at outpatient stage of the healthcare

Yu.A. Kucheryavy¹, T.L. Lapina², M.A. Livzan³, M.F. Osipenko⁴

¹ State educational government-financed institution of higher professional education «Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

² State educational government-financed institution of higher professional education «Sechenov First Moscow state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, the Russian Federation

³ State educational government-financed institution of higher professional education «Omsk state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Omsk, the Russian Federation

⁴ State educational government-financed institution of higher professional education «Novosibirsk state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Novosibirsk, the Russian Federation

Цель обзора. Представить алгоритм диагностики и лечения абдоминальной боли при амбулаторно-поликлиническом оказании медицинской помощи и осветить возможности гиосцина бутилбромида в ходе диагностического поиска и для устранения абдоминальной боли при синдроме раздраженного кишечника.

Основные положения. От 20 до 50% обращений за медицинской помощью в связи с абдоминальными спазмами и болью оказываются следствием синдрома раздраженного кишечника (СРК). Согласно Клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и алгоритму диагностики и лечения абдоминальной боли на амбулаторном приеме, врач, опираясь на опрос, осмотр и физикальные данные, в первую очередь, исключает

The aim of review. To present the diagnostic and treatment algorithm for abdominal pain at out-patient/polyclinic healthcare institutions and to demonstrate potential of hyoscine butylbromide application during diagnostic process and for relief of abdominal pain at irritable bowel syndrome.

Summary. From 20% to 50% of all admissions to medical institutions are related to abdominal spasms and pain caused by *irritable bowel syndrome* (IBS). According to the Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association and abdominal pain management algorithm at outpatient reception, the doctor on the basis of interviewing, inspection and physical data first of all should exclude acute abdominal diseases (acute pain, parietal pain) requiring urgent examination by the surgeon or gynecologist and subsequent

Лапина Татьяна Львовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ПМГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: lapinata@mail.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ПМГМУ им. И.М. Сеченова»
Lapina Tatyana L. — MD, lecturer, Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, Sechenov First Moscow state medical university. Contact information: lapinata@mail.ru; 119991, Moscow, street Pogodinskaya, 1, bld. 1. Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology, Sechenov First Moscow state medical university

острую абдоминальную патологию (острую боль, париетальную боль), которая требует немедленной консультации хирурга или гинеколога и госпитализации. При наличии висцеральной боли назначается минимально необходимый объем лабораторных и инструментальных методов исследования. Если висцеральная боль продолжается более 6 месяцев и нет симптомов тревоги, то уже на амбулаторном приеме врач выделяет особенности клинической картины, принимая во внимание локализацию боли, что дает возможность сформулировать предварительный диагноз.

Эпигастральная боль (диспепсия), билиарная боль, абдоминальная боль, которая может сопровождаться нарушением частоты и характера стула, определяет дальнейший план обследования. Выполнение диагностического алгоритма позволяет распознать органическую природу заболевания или установить диагноз функционального расстройства.

Гиосцина бутилбромид при кратковременном назначении в качестве симптоматического средства купирует абдоминальный спазм. Курсовое лечение эффективно снижает интенсивность и частоту абдоминальной боли при СРК. Число нежелательных явлений и переносимость гиосцина бутилбромида сопоставимы с плацебо.

Заключение. Симптоматическая терапия спазмолитиками оправдана с момента обращения за медицинской помощью в поликлинику, и гиосцина бутилбромид может быть назначен для купирования острой и хронической боли на любом этапе диагностического поиска. Курсовое лечение спазмолитиками доказало эффективность устранения боли при СРК.

Ключевые слова: абдоминальная боль, абдоминальный спазм, синдром раздраженного кишечника, гиосцина бутилбромид.

hospitalization. In the case of visceral pain the minimal range of laboratory and instrumental tests is indicated. If the history of visceral pain is more than 6 months and there are no alarm symptoms, doctor should define specific features of clinical presentation already during outpatient visit, taking into account pain location, that provides formulation of preliminary diagnosis.

Epigastric pain (dyspepsia), biliary pain, abdominal pain which can be accompanied by impaired frequency and consistency of stool determine the further investigation plan. Implementation of diagnostic algorithm allows to distinguish the organic disease or to establish the diagnosis of functional disease.

Hyoscine butylbromide at short-term treatment will relieve abdominal spasm as a symptomatic agent. Course treatment effectively reduces intensity and frequency of abdominal pain at IBS. The rate of adverse events and tolerability of hyoscine butylbromide are comparable to that of placebo.

Conclusion. Symptomatic treatment by antispasmodic drugs is justified from the moment of referral for medical aid to outpatient department. Hyoscine butylbromide can be prescribed for relief of acute and chronic pain at any stage of diagnostic process. Course intake of antispasmodics has proved its efficacy for pain relief at IBS.

Key words: abdominal pain, abdominal spasm, irritable bowel syndrome, hyoscine butylbromide.

Частота абдоминальной боли и спазма в популяции составляет по данным ряда исследований от 10 до 46% [1, 2]. Этот широко распространенный симптом нередко служит основанием для обращения за амбулаторной помощью [3, 4]. Правильно распознать причину абдоминальной боли на амбулаторном приеме — непростая клиническая задача, которую усложняет ограниченность времени врачебного приема и широкий круг дифференциального диагноза. Клинические рекомендации *Российской гастроэнтерологической ассоциации* (РГА) по ведению пациентов с абдоминальной болью, включающие соответствующий алгоритм диагностики и лечения, призваны оптимизировать медицинскую помощь, в том числе на амбулаторно-поликлиническом этапе [5]. Доминирование спазма как патофизиологической причины абдоминальной боли определяет широкое назначение спазмолитических средств [5, 6], что в амбулаторной практике позволяет быстро купировать основной симптом, который заставил обратиться за медицинской помощью.

Среди селективных спазмолитиков гиосцина бутилбромид имеет самую долгую историю медицинского применения. Впервые препарат был зарегистрирован в Германии в 1951 г. и в настоящее время является одним из наиболее изученных в экспериментальных и клинических исследованиях [7]. Этот нейротропный спазмолитик нецентрального действия снимает спазм гладкой мускулатуры внутренних органов за счет блокирования преимущественно M_3 -холинорецепторов, располагающихся в гладкомышечных клетках органов *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ), пищеварительных желез и мочеполовой системы. Препарат снижает также секрецию пищеварительных желез вследствие неконкурентного блокирования Н-холинорецепторов в вегетативных ганглиях, что нормализует повышенную желудочную секрецию. Этим объясняется широкий спектр клинического применения препарата Бускопан® при кишечной, желчной, почечной коликах и в других ситуациях, в которых спазм гладкой мускулатуры играет принципиальную роль в генезе боли [7, 8].

Цель обзора литературы — представить алгоритм диагностики и лечения абдоминальной боли при амбулаторно-поликлиническом оказании медицинской помощи и осветить возможности гиосцина бутилбромид в ходе диагностического поиска и лечения для устранения абдоминальной боли при *синдроме раздраженного кишечника* (СРК).

Согласно Клиническим рекомендациям РГА и алгоритму диагностики и лечения абдоминальной боли на амбулаторном приеме, врач, опираясь на опрос, осмотр и физикальные данные, в первую очередь, исключает острую абдоминальную патологию (острую боль, париетальную боль), которая требует немедленной консультации хирурга или гинеколога и госпитализации. При наличии висцеральной боли назначается минимально необходимый объем лабораторных и инструментальных методов исследования, перечень которых представлен в Клинических рекомендациях РГА. Он предусматривает клинический анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, которое включено в алгоритм благодаря высокой информативности, неинвазивности и доступности данного метода диагностики в настоящее время.

Проведение детального обследования для исключения органических заболеваний необходимо при выявлении симптомов тревоги или «красных флагов» [5]. Симптомы тревоги нацеливают врача на максимально быстрое установление диагноза, определяющего неблагоприятный прогноз, например новообразования или заболевания, осложненного кровотечением. К таким симптомам относят лихорадку, снижение массы тела, рвоту, дисфагию, мелену или рвоту кровью. Настороженность может вызвать острая абдоминальная боль и ее ночной характер. В особом внимании при наличии абдоминальной боли нуждаются пациенты старше 50 лет, имеющие в семейном анамнезе онкологическую патологию, воспалительные заболевания кишечника, энтеропатии.

Врачу следует быстро интерпретировать изменения, выявленные при непосредственном обследовании больного или применении инструментальных методов (гепатомегалия, спленомегалия, увеличение лимфоузлов и т. д.), а также отклонения в лабораторных показателях периферической крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ, анемия и др.), мочи и кала (гематурия, положительная реакция на скрытую кровь). Любая такая диагностическая находка делает функциональную причину абдоминальной крайне маловероятной, и в случае если минимальный объем лабораторно-инструментального обследования не позволил установить диагноз, может потребоваться госпитализация [5].

Если у пациента наблюдается хроническая (продолжительностью более 6 месяцев) висцеральная боль и нет симптомов тревоги, то уже на амбу-

латорном приеме врач выделяет особенности клинической картины, принимая во внимание локализацию боли, что дает возможность сформулировать предварительный диагноз. Эпигастральная боль (диспепсия), билиарная боль, абдоминальная боль, которая может сопровождаться нарушением частоты и характера стула, определяют дальнейший план обследования. Выполнение диагностического алгоритма позволяет распознать органическую природу заболевания или установить диагноз функционального расстройства [5].

Необходимо отметить, что в амбулаторной практике гиосцина бутилбромид следует назначать уже на этапе диагностического поиска. Раннее начало лечения основного тревожащего симптома — абдоминальной боли — отвечает надеждам любого пациента. Спазмолитики не только купируют боль, но и способствуют восстановлению пассажа кишечного содержимого и улучшению кровоснабжения стенки органа. Применение Бускопана® не сопровождается непосредственным вмешательством в механизмы болевой чувствительности, не оказывает влияния на париетальный тип боли и не затрудняет распознавание острой хирургической патологии [9].

При опросе 1717 респондентов, страдающих от периодической абдоминальной боли и спазма, установлено главное условие при назначении им обезболивающей терапии — длительность действия препаратов (19–38% опрошенных) и их хорошая переносимость (26–45%). Однако для большинства респондентов (52–81%) важнейшим является быстрота наступления эффекта [10].

Для оценки скорости купирования приступа боли при приеме гиосцина бутилбромид было проведено рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое исследование в двух параллельных группах с включением 175 больных с функциональными расстройствами, страдавших от спастической абдоминальной боли (использовалась визуально аналоговая шкала). Спазмолитические обезболивающие свойства Бускопана® проявились уже на 15-й минуте при пероральном приеме [11]. Для лекарственной формы в ректальных суппозиториях скорость наступления эффекта еще выше. Продолжительность действия препарата составляет 3–6 ч [7, 8].

Эффективность и безопасность гиосцина бутилбромид, назначенного на кратковременный период в качестве симптоматического средства без указания клинического диагноза, изучена в контролируемом исследовании: 302 пациентам с эпизодами спастической боли в эпигастрии или кишечной колики препарат был назначен на три дня с ежедневным контролем интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале в различное время применения (до приема, в момент приступа, через 30, 60, 90, 120 и 180 минут после приема одной

дозы). Интенсивность боли снижалась на четверть уже через 30 минут. На 3-й день лечения ее максимальная интенсивность составила 55% от исходного уровня, при этом приступы возникали в 2 раза реже. Не было серьезных побочных реакций, а нежелательные явления отмечены у 3,5% больных [12]. Это исследование позволяет говорить о выраженном обезболивающем эффекте и хорошей переносимости Бускопана® при кратковременном назначении на этапе обследования.

Симптоматическая терапия спазмолитиками оправдана с момента обращения за медицинской помощью в поликлинику, и гиосцина бутилбромид может быть назначен для купирования острой и хронической боли на любом этапе диагностического поиска. Выполнение необходимого объема обследования согласно Клиническим рекомендациям РГА позволяет установить диагноз, и в дальнейшем ведение пациента с абдоминальной болью осуществляется на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, и в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе разработанными Российской гастроэнтерологической ассоциацией.

Пациенты с функциональными расстройствами ЖКТ составляют большой процент, обращающихся в поликлинику по поводу абдоминальных болей. Установлено, что от 20 до 50% обращений оказываются следствием синдрома раздраженного кишечника [13].

Рассмотрим этапы диагностики одного из наиболее частых функциональных заболеваний с точки зрения разработанных клинических рекомендаций [5, 14]. При наличии у пациента абдоминальной боли в сочетании с изменением частоты и характера стула важным является отсутствие симптомов тревоги и соответствие жалоб критериям СРК. Критерии включают рецидивирующие абдоминальные боли или дискомфорт хотя бы 3 дня в месяц в течение последних 3 месяцев или более в сочетании хотя бы с 2 признаками — улучшение после дефекации и/или ассоциация с изменением частоты стула, и/или изменением формы испражнений.

Диагноз СРК рассматривается как диагноз исключения, поэтому даже в случае полного соответствия критериям врач опирается на неизменные показатели проведенного общего и биохимического анализов крови, ультразвукового исследования органов брюшной полости и назначает анализ гормонов щитовидной железы, кала на инфекционную и паразитарную инвазию и исследование на целиакию (серологический скрининг или оценка биоптатов двенадцатиперстной кишки, полученных при гастроскопии).

Установление причины абдоминальной боли в сочетании с изменением частоты и характера стула может быть весьма сложным и необходимое

обследование завершено уже на этапе специализированной медицинской помощи. Так, при наличии стойкого диарейного синдрома целесообразно проведение колоноскопии с биопсией, исследование кала на токсины *C. difficile* или кальпротектин. В случае неполного соответствия критериям СРК больной должен быть детально обследован для исключения воспалительных заболеваний кишечника, опухолей, синдрома избыточного бактериального роста, дивертикулита, лактазной и дисахаридной недостаточности, внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, эндокринных расстройств (гипертиреоз, гормонпродуцирующие новообразования ЖКТ) [14].

При установленном диагнозе СРК первоочередная задача состоит в купировании абдоминальной боли. Согласно Клиническим рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника, для купирования боли при СРК используются различные группы спазмолитиков — блокаторы М-холинорецепторов, натриевых и кальциевых каналов [14]. Причем уровень доказательности исследований, в которых подтверждалась эффективность при СРК конкретно спазмолитиков и гиосцина бутилбромида, достаточно высокий (I категория — хорошо разработанные крупные рандомизированные плацебоконтролируемые исследования, данные мета-анализов нескольких рандомизированных контролируемых исследований или систематических обзоров), а уровень практических рекомендаций относится к самой надежной категории А.

Мета-анализ Т. Roynard и соавт. продемонстрировал, что циметропия бромид, гиосцина бутилбромид, мебеверин, отилония бромид, пинаверия бромид, тримебутин и в целом вся группа спазмолитиков эффективнее, чем плацебо в купировании боли при СРК: *отношение шансов* (ОШ) составило 1,65, 95% *доверительный интервал* (ДИ) 1,3–2,1 [15]. Согласно систематическому обзору Кохрейновского фонда, спазмолитические препараты также доказали аналогичные свойства. Улучшение отметили 58% больных, принимавших спазмолитики, и 46% в группе плацебо: ОШ составило 1,32, 95% ДИ 1,12–1,55 ($p < 0,001$), *число больных, которых необходимо лечить* (ЧБНЛ) равнялось 7. Снижение боли, объективно выраженное в баллах, достигнуто у 37% пациентов в группе спазмолитиков и у 22% в группе плацебо: ОШ 1,86, 95% ДИ 1,26–2,76 ($p < 0,01$), ЧБНЛ — 3 [16]. К спазмолитикам с доказанной эффективностью в купировании боли и дискомфорта при СРК с точки зрения Американского колледжа гастроэнтерологии относятся гиосцина бутилбромид, пинаверия бромид, циметропия бромид [17].

Мета-анализ А.С. Ford и соавт. обобщил 22 клинических исследования с числом больных

1778: при сравнении спазмолитиков и плацебо относительный риск сохранения симптомов оказался равным 0,68 (95% ДИ 0,57–0,81). Среди исследованных препаратов доказал свою эффективность гиосцина бутилбромид с показателями ОШ 0,63, ДИ 0,51–0,78 и ЧБНЛ 3,5 [18].

Эффективность курсового лечения Бускопаном® при рецидивирующей спастической боли в животе доказана в широкомасштабном плацебо- и парацетамол-контролируемом исследовании, проведенном на базе 163 клинических центров (более 1600 больных) [19]. Формально диагноз СРК не был установлен согласно Римским критериям I или II [20], однако представленные критерии включения/исключения в исследование делают диагноз именно этого функционального заболевания наиболее вероятным. Абдоминальная боль беспокоила пациентов в течение последних 2 месяцев, была достаточно выраженной, чтобы влиять на повседневную активность, но лица с органическими заболеваниями, как и с измененными биохимическими показателями крови были исключены из исследования.

Пациентам назначали на 3 недели гиосцина бутилбромид 10 мг 3 раза в сутки ($n=415$), парацетамол 500 мг 3 раза в сутки ($n=405$), гиосцина бутилбромид вместе с парацетамолом ($n=403$) или плацебо ($n=414$). Выраженность боли оценивали по визуально-аналоговой шкале и с помощью рейтингового опросника: средний показатель уменьшения ее интенсивности составил 2,3, 2,4 и 2,4 см соответственно для различных групп, что достоверно отличалось от группы плацебо (1,9 см; $p<0,0001$). Частота возникновения абдоминальных спазмов также достоверно снижалась при применении селективного нейротропного спазмолитика гиосцина бутилбромида как в виде монотерапии, так и в сочетании с парацетамолом [19].

Убедительно доказано, что помимо спазмолитического действия, хороший анальгетический эффект Бускопана® может быть связан и со снижением висцеральной гиперчувствительности, играющей важную роль в патогенезе СРК [21]. В исследование включено 118 пациентов с СРК, диагноз которого был установлен в соответствии с Римскими критериями II, и 45 здоровых добровольцев. Оценивали интенсивность боли, висцеральную чувствительность при применении теста растяжения ректального баллона, ректосигмоидную моторику. На 2 недели назначали Бускопан® в таблетках (по 20 мг 3 раза в сутки, $n=37$), свечи Бускопан® (30 мг 1 раз в сутки, $n=21$), дротаверин в таблетках (по 80 мг 3 раза в сутки, $n=30$), кальция глюконат в таблетках (по 1 таблетке 3 раза в сутки как контроль для таблетированных спазмолитиков, $n=16$) или свечи с календулой (один раз в день в качестве контроля, $n=14$). Обе лекарственные формы Бускопана® существенно снижали боль при СРК с преобладанием диареи.

Достоверной разницы интенсивности боли не было зафиксировано в других подгруппах пациентов с СРК или при приеме дротаверина. Не удалось выявить изменение моторной функции ни в одной из лечебных групп. Важно отметить значительное увеличение ректального порога дискомфорта/боли у больных СРК с преобладанием диареи: $21,8\pm 2,8$ против $39,6\pm 2,4$ ($p<0,05$), $20,5\pm 2,8$ против $36,8\pm 3,8$ ($p<0,05$) и $22,2\pm 2,8$ против $36,9\pm 2,4$ ($p<0,05$) для перорального гиосцина бутилбромида, свечей гиосцина бутилбромида, дротаверина соответственно [21].

Высокая обезболивающая эффективность гиосцина бутилбромида в амбулаторной практике при СРК продемонстрирована в специальном исследовании. Врачам общей практики предложили опробовать методику обучения больных с тяжело протекающим СРК — самостоятельно прибегать к внутримышечному введению бутилскополамина при приступе абдоминалгии. Отбирали пациентов с различными вариантами СРК (с преобладанием диареи, запора, с непостоянным изменением стула), но страдавших интенсивной болью, по поводу которой большинство (71%) даже принимали опиоидные анальгетики. Самостоятельное внутримышечное применение гиосцина бутилбромида в 86% случаев снижало боль, причем в 10% полностью, в 62% — существенно, в 14% — умеренно. В 26% случаев пациентам удалось снизить прием опиоидных анальгетиков, а в трети случаев отказаться от них полностью или частично [22].

Комментируя это исследование, следует напомнить, что инъекционная форма гиосцина бутилбромида не зарегистрирована в Российской Федерации. Однако ее использование продемонстрировало новые возможности для пациентов с СРК в купировании боли, которая с трудом поддавалась лечению в амбулаторных условиях, позволило многим избавиться от приема обезболивающих. Переносимость инъекционной формы бутилскополамина при самостоятельном назначении была хорошей; лишь 7% больных отказались от внутримышечного введения препарата из-за нежелательных явлений [22].

Вопросы безопасности лекарственных средств особенно важны для амбулаторных пациентов, которые в отличие от стационарных не находятся под постоянным медицинским контролем. О высокой безопасности гиосцина бутилбромида свидетельствует его статус безрецептурного препарата во многих странах, например в Германии. При опросе 1417 больных, которые приобретали гиосцина бутилбромид без рецепта для купирования боли в животе, 87% оценили его эффективность как очень хорошую и хорошую. Авторы опроса оценили частоту СРК среди респондентов в соответствии с диагностическими критериями как 13%. Число таблеток составило в среднем 1–3 ($3,3\pm 1,5$) при ежедневном приеме в течение

1–5 дней ($3,2 \pm 3,6$). Большинство респондентов оценили быстрое начало действия препарата — 80% отметили облегчение симптомов в течение 45 минут. Обычно отмечается хорошая переносимость препарата, нежелательные побочные явления регистрируются в 9,9% случаев. В процитированном исследовании S. Mueller-Lissner и соавт. [23] нежелательные явления, возможно связанные с 3-недельным приемом лекарственных средств, в группе гиосцина бутилбромида развились у 5 (1,2%) из 415 обследованных, в группе парацетамола — у 5 (1,2%) из 405, гиосцина бутилбромида в сочетании с парацетамолом — у 5 (1,2%) из 403, в группе плацебо — у 4 (1,0%) из 414; 90% больных оценили переносимость препаратов в различных группах как хорошую.

Частота нежелательных явлений и переносимость Бускопана® сопоставима с плацебо, что клинически доказано при использовании препарата как кратковременно до трех дней, так и длительными курсами от 3 недель до 3 месяцев [7, 8, 11, 12, 23].

При пероральном приеме важной характеристикой гиосцина бутилбромида служит низкое всасывание из ЖКТ (абсорбция составляет 8%) и, следовательно, весьма ограниченный риск системных антихолинергических эффектов. Поскольку препарат оказывает местное воздействие и не прони-

кает через гематоэнцефалический барьер, частота системных антихолинергических (атропиноподобных) побочных реакций очень низкая и сопоставима с плацебо. Так как молекула Бускопана® обладает высокой молекулярной массой, то его системная биодоступность при пероральном приеме составляет менее 1%. Даже в дозах, во много раз превышающих терапевтические, когда здоровые добровольцы принимали 200, 350 и 600 мг препарата в сутки, не наблюдалось признаков антихолинергических эффектов (со стороны сердечно-сосудистой системы, слюнных желез и т. д.) и нежелательных реакций со стороны центральной нервной системы [7, 8].

Заключение

Целесообразность применения гиосцина бутилбромида доказана для купирования абдоминальной боли любого происхождения — как острой, так и хронической, как органической, так и функциональной.

Бускопан® позволяет получить обезболивающий эффект на этапе сложного диагностического поиска при необходимости распознавания СРК и продолжить его назначение после подтверждения диагноза.

Список литературы

- Hunt R., Quigley E., Abbas Z., Eliakim A., Emmanuel A., Goh K.L., et al. Coping with common gastrointestinal symptoms in the community: A global perspective on heartburn, constipation, bloating, and abdominal pain/discomfort May 2013. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48(7):567-78.
- Курилович С.А., Решетников О.В., Пыленкова Е.Д. Абдоминальные симптомы и качество жизни: эпидемиологические аспекты. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2005; 19(Прил.):156.
- Kurilovich S.A., Reshetnikov O.V., Pylenkova E.D. Abdominal symptoms and quality of life: epidemiologic aspects. *Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol* 2005; 19 (Suppl):56.
- Peery A.F., Dellon E.S., Lund J., Crockett S.D., et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* 2012; 143(5):1179-87.e1-3.
- Halder S.L., McBeth J., Silman A.J., Thompson D.G., Macfarlane G.J. Psychosocial risk factors for the onset of abdominal pain. Results from a large prospective population-based study. *Int J Epidemiol* 2002; 31:1219-25.
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Лапина Т.Л., и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2015; 25(4):71-80.
- Ivashkin V.T., Mayev I.V., Kucheryavy Yu.A., Lapina T.L., et al. Management of abdominal pain: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. *Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol* 2015; 25 (4): 71-80.
- Баранская Е.К., Шульпекова Ю.О. Новые краски в палитре абдоминальной боли. *Consilium medicum. Гастроэнтерология* 2013; 2:2-5.
- Baranskaya Ye.K., Shulpekova Yu.O. New colors in abdominal pain palette. *Consilium medicum. Gastroenterology* 2013; 2:2-5.
- Tytgat G.N. Hyoscine butylbromide: a review of its use in the treatment of abdominal cramping and pain. *Drugs* 2007; 67(9):1343-57.
- Samuels L.A. Pharmacotherapy Update: Hyoscine butylbromide in the treatment of abdominal spasms clinical medicine: Therapeutics 2009; 1:647-55.
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Осипенко М.Ф., и др. Резолюция Экспертного совета по созданию алгоритма диагностики и лечения абдоминальной боли. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2015; 25(3):104-6.
- Ivashkin V.T., Mayev I.V., Lapina T.L., Osipenko M.F., et al. Advisory board resolution on development of abdominal pain management algorithm. *Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol* 2015; 25(3):104-6.
- Mueller-Lissner S., Quigley E.M., Helfrich I., Schaefer E. Drug treatment of chronic-intermittent abdominal cramping and pain: a multi-national survey on usage and attitudes. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32:472-7.
- Lacy B.E., Wang F., Bhowal S., Schaefer E. On-demand hyoscine butylbromide for the treatment of self-reported functional cramping abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 2013; 48:926-35.
- Ge Z., Yuan Y., Zhang S., Hou X., et al. Efficacy and tolerability of two oral hyoscine butylbromide formulations in Chinese patients with recurrent episodes of self-reported gastric or intestinal spasm-like pain. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2011; 49(3):198-205.
- Drossman D.A., Li Z., Andruzzi E., et al. U.S. household survey of functional gastrointestinal disorders, prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38(9):1569-80.

14. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоусова Е.А., Васильев С.В., Головенко О.В., Головенко А.О., Григорьев Е.Г., Костенко Н.В., Кашников В.Н., Куликовский В.Ф., Лапина Т.Л., Маев И.В., Полуэктова Е.А., Румянцев В.Г., Тиме-булатов В.М., Тихонов А.А., Трухманов А.С., Фоменко О.Ю., Халиф И.Л., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Чибисов Г.И., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Янов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2014; 24(2):92-101.
14. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranskaya Ye.K., Belousova Ye.A., Vasilyev S.V., Golovenko O.V., Golovenko A.O., Grigoryev Ye.G., Kostenko N.V., Kashnikov V.N., Kulikovskiy V.F., Lapina T.L., Mayev I.V., Poluektova E.A., Rumyantsev V.G., Timerbulatov V.M., Tikhonov A.A., Trukhmanov A.S., Fomenko O.Yu., Khalif I.L., Khubezov D.A., Chashkova Ye.Yu., Chibisov G.I., Sheptulin A.A., Shifrin O.S., Yanovoy V.V. Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association and Association of coloproctologists of Russia on diagnostics and treatment of patients with irritable bowel syndrome. Ros zhurn gastroenterol gepatol koloproktol 2014; 24(2):92-101.
15. Poynard T., Regimbeau C., Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15(3):355-361.
16. Ruepert L., Quartero A.O., de Wit N.J., van der Heijden G.J., Rubin G., Muris J.W. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011; 8: CD003460. doi:10.1002/14651858. CD003460. pub3.
17. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt L.J., Chey W.D., Foxx-Orenstein A.E., Schiller L.R., Schoenfeld P.S., Spiegel B.M., Talley N.J., Quigley E.M. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2009; 104 (Suppl. 1):1-35.
18. Ford A.C., Talley N.J., Spiegel B.M., et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008; 337:2313.
19. Mueller-Lissner S., Tytgat G.N., Paulo L.G., Quigley E.M., et al. Placebo – and paracetamol-controlled study on the efficacy and tolerability of hyoscine butylbromide in the treatment of patients with recurrent crampy abdominal pain. Aliment Pharmacol Ther 2006; 23:1741-8.
20. Longstreth G., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006; 130:1480-91.
21. Khalif I.L., Quigley E.M., Makarchuk P.A., Golovenko O.V., Podmarenkova L.F., Dzhanyayev Y.A. Interactions between symptoms and motor and visceral sensory responses of irritable bowel syndrome patients to spasmolytics (antispasmodics). J Gastrointest Liver Dis 2009; 18(1):17-22.
22. Pearson J.S., Pollard C., Whorwell P.J. Avoiding analgesic escalation and excessive healthcare utilization in severe irritable bowel syndrome: a role for intramuscular anticholinergics? Ther Adv Gastroenterol 2014; 7(6):232-7.
23. Mueller-Lissner S., Schaefer E., Kondla A. Symptoms and their interpretation in patients self-treating abdominal cramping with a spasmolytic (Butylscopolamine Bromide). Pharmacol Pharm 2011; 2:82-7.