

СИНДРОМ МЕТЕОРИЗМА: ПРИЧИНЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

О.В. Головенко, Т.Л. Михайлова, П.А. Макаrchук
ФГУ "ГНЦ колопроктологии" Росмедтехнологий, Москва

Представлены результаты клинического исследования препарата Метеоспазмил, рекомендованного для лечения больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием боли и метеоризма. В исследование были включены 53 пациента с различными клиническими вариантами СРК. Результаты исследования показали, что Метеоспазмил демонстрирует высокую эффективность купирования болевого синдрома и метеоризма и его можно считать средством выбора в лечении больных с абдоминальным болевым синдромом и повышенным газообразованием.

Ключевые слова: метеоризм, синдром раздраженного кишечника, висцеральная гиперчувствительность, функциональные расстройства кишечника, Метеоспазмил

Известно, что в течение суток в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) образуется более 20 л газа. В норме в пищеварительной трубке его содержится около 200 мл. За сутки у здоровых людей через прямую кишку выделяется от 200 до 2000 мл газа (в среднем — около 600 мл) за 13,6 ± 6,0 пассажей.

Качественный и количественный состав газа в каждом из сегментов ЖКТ зависит от баланса между образованием газа в этом сегменте и его выведением. Газовый пузырь желудка состоит в основном из азота и кислорода и отражает состав заглатываемого воздуха. Дуоденальный газ характеризуется высоким парциальным давлением углекислого газа (СО₂), т. к. СО₂ образуется в больших объемах за счет нейтрализации кислот бикарбонатами.

Кишечный газ формируется за счет газов, не имеющих запаха (кислорода, азота, углекислого газа, водорода, метана), на долю которых приходится почти 99 % общего объема газов в кишечнике. Газы с запахом (< 1 %) представлены сероводородом, метанэтиолом, диметилсульфидом. Водород и метан относятся к воспламеняющимся газам.

Кислород и азот поступают в кишечник в результате заглатывания атмосферного воздуха и диффузии из крови; углекислый газ — вследствие реакции соляной кислоты с бикарбонатами, бактериального метаболизма и диффузии; водород и метан — бактериального метаболизма. Элиминация кишечного газа осуществляется посредством отрыжки, диффузии в кровь, бакте-

риального поглощения и выделения *per rectum*.

Химический состав кишечного газа широко варьируется в зависимости от характера питания, состава кишечной микрофлоры и наличия заболеваний органов пищеварения. Содержание азота в кишечном газе колеблется от 11 до 92 %, кислорода — 0–11 %, углекислого газа — 3–54 %, водорода — 1–10 %, метана — 0–56 %, сероводорода — 0–30 %.

Метеоризм — избыточное скопление газов в ЖКТ за счет их повышенного образования или недостаточного выделения из организма. Клиническими проявлениями метеоризма являются воздушные отрывки, абдоминальные боли и/или дискомфорт, вздутие живота, избыточное выделение газа *per rectum*. У некоторых больных вздутие живота сопровождается громким урчанием, что становится довольно неприятным симптомом, в свою очередь невротизирующим больных. Метеоризм наблюдается у 85 % больных гастроэнтерологического профиля. Эпизодически метеоризм встречается практически у всех людей.

Этиология и патогенез

В зависимости от этиологии и патогенеза выделяют следующие формы метеоризма:

- алиментарный (обильное употребление в пищу продуктов с высоким газообразующим потенциалом);
- дигестивный (нарушение процессов полостного и мембранного пищеварения);

- механический (механические нарушения эвакуаторной функции ЖКТ);
- динамический (нарушение двигательной функции ЖКТ);
- высотный (расширение газов и повышение их давления в ЖКТ вследствие уменьшения атмосферного давления при подъеме на высоту) [6].

Алиментарный метеоризм развивается при употреблении продуктов с высоким газообразующим потенциалом. Это бобовые, белокочанная и брюссельская капуста, огурцы, хлеб, пицца, другие продукты из пшеницы, продукты из кукурузы и овса, яблоки, груши, персики, слива, картофель, молоко, мороженое, мягкие сыры, обработанные отруби. Злоупотребление жирной пищей может быть причиной метеоризма вследствие образования большого количества углекислого газа в результате нейтрализации бикарбонатами пищеварительных соков жирных кислот, содержащихся в продуктах питания.

Дигестивный метеоризм отмечается у больных с ферментативной недостаточностью, синдромом мальабсорбции, нарушением энтерогепатической циркуляции желчных кислот и синдромом избыточного бактериального роста в тонкой кишке. В ЖКТ в результате взаимодействия хлористоводородной кислоты и бикарбонатов слюны, желчи и панкреатического сока образуется углекислый газ. Его количество может увеличиваться при употреблении газированных напитков и минеральных вод, приеме в качестве антаци-

дов гидрокарбонатов (сода, карбоната кальция), при повышенной секреции хлористоводородной кислоты.

В результате жизнедеятельности микроорганизмов в кишечнике при ферментативном расщеплении пищевых остатков, т. е. процессах гниения и брожения, образуется целый ряд газов: углекислый газ, водород, метан, сероводород, индол, скатол и др. У здоровых людей микроорганизмы заселяют в основном толстую кишку. Ферментативная деятельность микроорганизмов способствует расщеплению непереваренных пищеварительными соками пищевых остатков (клетчатки, клеточных оболочек, соединительной ткани) и нормальному формированию кала. Наибольшее значение в патогенезе метеоризма имеет заселение тонкой кишки микрофлорой толстой кишки. В этих случаях бактериальному ферментативному расщеплению подвергается часть химуса тонкой кишки и образуются газы, в норме содержащиеся только в толстой кишке. Газообразование в толстой кишке при заболеваниях кишечника также часто видоизменяется. Это может быть связано с увеличением количества субстратов ферментативного бактериального расщепления из-за быстрого продвижения химуса по тонкой кишке или ферментативной недостаточности пищеварительных желез, либо сочетания этих двух факторов. Динамический метеоризм характерен для аэрофагии, синдрома раздраженного кишечника (СРК), интоксикаций, склеродермии, ваготомии, хирургического устранения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, перитонита, ущемления брыжейки.

Наиболее распространенной причиной метеоризма является повышенное заглатывание воздуха — аэрофагия. Воздух заглатывается со слюной и пищей. Избыточное слюноотделение способствует увеличению объема заглатываемого воздуха. Гиперсаливация наблюдается при неврозах в период эмоциональных реакций или психическом напряжении, у больных гастродуоденитами, язвенной болезнью, заболеваниями желчевыводящих путей.

Развитию аэрофагии способствуют: поспешное поедание пищи, упо-

ребление газированных напитков, жевательной резинки, леденцов, употребление напитков через соломинку, курение, плохо подогнанные зубные протезы.

Метеоризм при функциональных расстройствах кишечника должен рассматриваться как динамический, поскольку он обусловлен нарушениями кишечной моторики. Ощущение вздутия живота у пациентов с СРК, как правило, не связано с увеличением количества газа в кишечнике. Показано, что у пациентов с болями в животе функциональной природы количество газа в кишечнике было таким же, как и в контрольной группе. Не было обнаружено различий и в составе газа. Транзит газа по кишечнику у больных был замедлен почти в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Введение даже небольшого количества инертного газа в тощую кишку вызывало боль, а также кишечно-желудочный рефлюкс газа. Медленный пассаж газа по кишечнику создавал ощущение дискомфорта.

Истинная природа СРК пока остается неясной. По-видимому, СРК является полиэтиологическим заболеванием. В течение длительного времени первичное нарушение двигательной функции кишечника рассматривалось как патофизиологическая основа СРК. Однако в результате многочисленных патофизиологических исследований не было выявлено четкой связи между моторно-эвакуаторной функцией кишечника, болевым синдромом и особенностями опорожнения кишечника. Изменения моторики, которые выявлялись при СРК, регистрировали также у лиц с органическими заболеваниями кишечника. В связи с этим в настоящее время исследование двигательной функции кишечника самостоятельного диагностического значения не имеют [18, 16].

Наиболее убедительно в качестве причины заболевания выглядит обнаруженное при СРК нарушение висцеральной чувствительности, которое впервые выявил в 1980 г. Whitehead W.E. с помощью баллонно-дилатационного теста. У больных СРК при раздувании баллончика в прямой, сигмовидной или тонкой кишках боль возникает

при меньшем объеме баллончика, чем у здоровых добровольцев. Висцеральная гиперчувствительность (ВГЧ) — это повышенная чувствительность к периферическим стимулам (механическим, термическим, химическим и др.), проявляющаяся возникновением болевых ощущений, моторных и секреторных нарушений в ответ на допороговые стимулы. Именно ВГЧ в настоящее время рассматривается в качестве первичного механизма, формирующего возникновение и интенсивность болевого синдрома и двигательных нарушений кишечника при СРК. Болевой порог при СРК снижен во всех отделах кишечника, что говорит о генерализованном нарушении висцеральной болевой чувствительности [2, 4, 9, 26].

Большинство специалистов считают наличие ВГЧ абсолютным патофизиологическим маркером СРК. По их мнению, отсутствие у больного ВГЧ исключает диагноз СРК [2, 9, 16, 26]. Однако некоторые авторы утверждают, что иногда у больных с типичной клинической картиной СРК висцеральная чувствительность не изменяется [10].

Патогенез ВГЧ полностью не изучен. Важнейшую роль в ее формировании отводят нейромедиаторам, в частности серотонину. В кишечнике серотонин (5-гидрокситриптами, 5-НТ) содержится в энтерохромаффинных клетках и в группе нисходящих интернейронов. При повышении внутрипросветного давления в толстой кишке энтерохромаффинные (тучные) клетки выделяют серотонин, который через активацию 5-НТ₃-рецепторов, локализующихся на первичных афферентных (чувствительных) нейронах (нейроны блуждающего нерва и спинномозговых нервов), вызывает появление периферических восходящих сенсорных импульсов. В коре головного мозга эти сенсорные импульсы формируют различные ощущения (в т. ч. болевые). Активация 5-НТ₄-и 5-НТ₁-рецепторов, локализующихся на чувствительных нейронах подслизистых нервных сплетений, приводит к усилению перистальтики и секреции кишечника [20, 23, 26]. Значительную роль серотонина в формировании висцеральной чувствительности подтверждает и ряд исследований, показавших увеличение

числа тучных клеток в слизистой оболочке кишечника при СРК [17].

Помимо серотонина в патогенезе ВГЧ определенную роль могут играть и другие биологически активные вещества. Известно, что во время стресса гипоталамусом вырабатывается кортикотропин-релизинг-фактор (КРФ), способствующий выработке надпочечниками адреналина и кортикостероидов посредством усиления выработки адренкортикотропного гормона. Кроме этого присутствие КРФ в желудочках мозга способствует возникновению в среднем мозге (мосту) нисходящих импульсов к спинальным центрам, усиливающим моторику сигмовидной и прямой кишок. Именно этим объясняют стресс-диарею. КРФ также оказывает стимулирующее влияние на работу лимбической системы головного мозга, в свою очередь играющей определенную роль в восприятии и формировании болевых ощущений [17, 22].

Иногда, когда газ скапливается в том или ином участке кишечника, метеоризм носит преимущественно локальный характер. Сочетание локального метеоризма с определенного типа болями может приводить к развитию симптомокомплексов с характерной клинической картиной. К ним относят “синдром селезеночного угла”, “синдром печеночного угла” и “синдром слепой кишки”. Так как эти клинические синдромы встречаются и при аэрофагии, некоторые авторы рассматривают их как проявление аэрофагии, однако большинство специалистов считают их следствием дискинезии толстой кишки [3, 8, 11, 17].

“Синдром селезеночного угла” встречается чаще других. Для его возникновения имеются определенные анатомические предпосылки. Левый

изгиб ободочной кишки расположен высоко под диафрагмой, он фиксирован перитонеальными складками и образует острый угол, который может играть роль своеобразной “ловушки”, накапливающей газ и химус, что сопровождается соответствующей симптоматикой. Вследствие нарушения координации кишечной моторики, особенно при одновременном усилении перистальтики поперечной ободочной кишки и спазмах нисходящей ободочной кишки, у некоторых пациентов с дискинезиями могут создаваться условия для задержки в области селезеночного угла каловых масс и газа. В сознании больных симптоматика “синдрома селезеночного угла” часто ассоциируется с заболеванием сердца, в частности со стенокардией. “Синдром печеночного угла” по своей клинической картине имитирует патологию желчных путей.

“Синдром слепой кишки” симулирует клинику аппендицита. Известную роль в генезе “синдрома слепой кишки” играет недостаточность илеоцекального сфинктера – зияние илеоцекального сфинктера в связи с его растяжением газами и кишечным содержимым.

Лечение

Основная проблема лечения больных метеоризмом заключается в многообразии этиологических и патогенетических факторов, являющихся причиной возникновения этого тягостного симптома.

При алиментарном метеоризме основой лечения является диета. Из рациона необходимо исключить продукты с высоким газообразующим потенциалом. Основу питания должны составлять продукты с низким газообразующим потенциалом: белый рис, бананы,

цитрусовые фрукты, твердые сыры, мясо, яйца, паста из тертого арахиса, негазированные сахаросодержащие напитки, сахарин, непастеризованный йогурт, необработанные отруби.

Основой лечения дигестивного метеоризма является этиологическое и патогенетическое лечение основного заболевания – болезни Крона, целиакии и др. При синдроме избыточного бактериального роста проводится комплексное лечение с использованием кишечных антисептиков, невсасывающихся антибиотиков, полиферментных препаратов и пробиотиков.

При аэрофагии залог успешного лечения – устранение вредных привычек. В отсутствие эффекта целесообразно проводить курс лечения препаратами, нормализующими моторную функцию верхних отделов ЖКТ (домперидоном и др.).

Основная проблема лечения больных СРК заключается в невозможности проведения этиотропной терапии, т. к. генез этого расстройства до сих пор не известен. По своей сути лечение СРК по-прежнему является симптоматическим и определяется клиническим вариантом заболевания, которым страдает больной. Лечение должно быть комплексным. Оно включает изменение образа жизни, диету, лекарственную терапию, применение различных методов психотерапии [1, 2, 4, 7, 15, 16, 24].

СРК относится к категории психосоматических расстройств, поэтому основой лечения являются позитивное воздействие на психику больного и его доверительные отношения с лечащим врачом. Пациенту необходимо объяснить, что предъявляемые им жалобы не связаны с угрожающими жизни заболеваниями, например раком. Здоровый образ жизни,

Таблица 1. Влияние Метеоспазмилла на клинические симптомы

Клинические симптомы, %	СРК с преобладанием боли и метеоризма (n = 21)		СРК с преобладанием запоров (n = 17)		СРК с преобладанием диареи (n = 15)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Вздутие живота	100	14,0	45,5	0	68	15
Боли в животе	100	9,5	100	36,0	100	28,0
Чувство неполного опорожнения кишечника	19	5,0	91,0	54,5	0	0
Диарея	21	9,0	0	0	100	46,0
Запоры	0	0	100	73,0	0	0

Таблица 2. Болевой порог у больных СРК

Клинические варианты СРК	Болевой порог (мм рт. ст.)	
	до лечения	после лечения
СРК с преобладанием боли и метеоризма (n = 21)	29,66 ± 4,60	39,29 ± 2,10
СРК с преобладанием диареи (n = 15)	24,46 ± 4,20	33,36 ± 3,40
СРК с преобладанием запоров (n = 17)	32,90 ± 4,50	35,75 ± 2,30

индивидуальная и групповая психотерапия, гипноз при СРК часто более эффективны, чем прием лекарственных препаратов. При СРК, протекающем с выраженной депрессией, назначают антидепрессанты в малых дозах, пациентам с вегетативными расстройствами – нейролептики (сульпирид).

Всем больным назначают т. н. элиминационную диету, когда пациент сам исключает из рациона пищевые продукты, напитки, вызывающие у него те или иные неприятные ощущения, не говоря уж о боли. При диарейном варианте СРК нежелательно употреблять в пищу сырые овощи и фрукты, особенно богатые эфирными маслами и содержащие грубую клетчатку (редьку, чеснок, редис, зеленый лук), продукты и напитки, усиливающие процессы брожения, газообразование в кишечнике (черный хлеб, бобовые, квас и т. д.), тугоплавкие жиры, цельное молоко, алкоголь. Необходимо проявлять осторожность, употребляя кофеин и искусственные сахара (сорбитол, фруктозу), сахаросодержащие продукты (в т. ч. жевательную резинку) и напитки (соки, лимонад), обладающие послабляющим эффектом. Наоборот, при варианте заболевания с преобладанием запоров желательно включать в рацион продукты питания, богатые клетчаткой и балластными веществами (хлеб из муки грубого помола, не менее 0,5 кг овощей и фруктов в день и т. д.), пищевые добавки (отруби, семя льна, шелуху семян подорожника), употреблять достаточное количество жидкости (не менее 1,5–2,0 л в сутки).

Для снижения перистальтической активности кишечника при выраженной диарее часто возникает необходимость приема лоперамида. В случае выраженных запоров используют осмотические слабительные – макрогол или лактулозу.

Для купирования абдоминальной боли применяют лекарственные сред-

ства различных фармакологических групп – антихолинергические препараты, блокаторы кальциевых или натриевых каналов, агонисты опиоидных рецепторов и др. [1, 4, 5, 15, 22, 25].

В настоящее время самой перспективной группой лекарственных средств для купирования симптомов СРК являются серотонинергические. Однако вскрывшиеся в процессе клинических испытаний побочные эффекты (развитие ишемического колита у некоторых пациентов) существенно ограничили возможность применения этой группы лекарственных средств. К антагонистам 5-НТ₃-рецепторов относятся ингибиторы моторики, тогда как препараты, активирующие 5-НТ₄-рецепторы, оказывают стимулирующее действие на перистальтику. Некоторые препараты обладают 5-НТ₃-антагонизмом и 5-НТ₄-агонизмом. В настоящее время из препаратов этой группы доступны антагонист 5-НТ₃ алосетрон и частичный агонист 5-НТ₄-рецепторов тегасерод. Зарубежный опыт в отношении алосетрона свидетельствует о достаточной клинической эффективности и безопасности препарата [7, 13].

Особую сложность в плане лечения представляет клинический вариант СРК с преобладанием боли и метеоризма. Его патогенетической основой является сочетание моторных нарушений кишечника с усиленным газообразованием. “Идеальный” препарат для лечения данного варианта СРК должен одновременно воздействовать на оба основных компонента, ответственных за формирование клинической симптоматики.

Среди большого числа лекарственных препаратов, рекомендованных для лечения СРК с преобладанием боли и метеоризма, наибольший интерес представляет Метеоспазмил [4, 5]. Препарат состоит из двух компонентов – миотропного спазмолитика альверина и пеногасителя симетикона.

Альверин обладает выраженным спазмолитическим эффектом за счет нескольких патофизиологических механизмов: блокирует поступление ионов кальция в гладкомышечные клетки через потенциалзависимые каналы, блокирует нейрорецепторы рецепторзависимых каналов и препятствует проникновению ионов кальция в гладкомышечную клетку, ингибирует фосфодиэстеразу и процесс соединения актина с миозином. Кроме того, альверин влияет на передачу нервных импульсов к периферическим и центральным нервным центрам через афферентные (центростремительные) нервные волокна (в специфических ноцицептивных волокнах). Это действие реализуется через рецепторы нейронов и 5-НТ_{1А}-серотониновые рецепторы. Следствием этого является уменьшение болевой чувствительности. За счет влияния на висцеральную чувствительность ЖКТ альверин уменьшает кишечный моторный ответ на воздействие боли. Результатом становится регулирующий эффект на моторику пищеварительного тракта.

Симетикон образует защитный слой на слизистой оболочке ЖКТ и защищает ее от агрессивных факторов. Симетикон уменьшает поверхностное натяжение на границе раздела сред “жидкость–газ”, при этом происходит слияние газовых пузырьков и разрушение пены. Осаждение пены уменьшает общий объем газов, восстанавливает естественное всасывание через слизистую оболочку кишечника, ускоряет транзит газов через кишечник и их экскрецию. В результате количество газа в кишечнике уменьшается, снижается внутрипросветное давление.

Если исходить из постулата, что ВГЧ является причиной моторных нарушений и болевых ощущений у больных СРК, то эффективный препарат для лечения СРК должен уменьшать ВГЧ.

Исследования Метеоспазмил в ГНЦ колопроктологии показали, что препарат не только эффективно устраняет абдоминальный болевой синдром и существенно уменьшает ВГЧ, но и оказывает выраженное позитивное влияние на другой тягостный симптом СРК – метеоризм [4].

Целью исследования явилось изучение влияния Метеоспазмил на уровень болевого порога и динамику клинических симптомов у больных СРК.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 53 пациента, которым был поставлен диагноз СРК в соответствии с Римскими критериями III. Средний возраст пациентов достигал 36,2 ± 12,8 года. Большинство (71,8 %) больных составили женщины. У 21 больного диагностирован СРК с преобладанием боли и метеоризма, у 17 – запоров, у 15 – диареи.

Все включенные в исследование пациенты после поступления в стационар подвергались тщательному обследованию с использованием клиниче-

ских, лабораторных и инструментальных методов с целью уточнения основной и сопутствующей патологий.

Всем больным до начала терапии Метеоспазмилем проведено физиологическое исследование (баллонно-дилатационный тест) для определения ВГЧ. Метеоспазмил назначали по 1 капсуле 3 раза в сутки перед едой в качестве монотерапии. Курс лечения составил 2 недели. В конце курса лечения у всех больных повторно определяли пороги ВГЧ.

Наличие ВГЧ у больных СРК выявляли по снижению болевого порога при выполнении баллонно-дилатационного теста. В прямую кишку вводили латексный баллончик, который ступенчато заполняли воздухом. Давление в баллончике определяли с помощью манометрического блока. В ответ на растяжение кишки у пациента возникали болевые ощущения. Болевым порогом считали давление 40 мм рт. ст. [2]. Эффективность терапии Метеоспазмилем оценивали по динамике клинических симптомов через 2 недели после лечения.

Результаты

До начала лечения метеоризм наблюдался у 100 % больных СРК с преобладанием боли и метеоризма, у 45,5 % – с преобладанием запоров и у 68,0 % – с преобладанием диареи. Болевой синдром различной степени выраженности беспокоил пациентов всех трех групп.

После проведенного лечения болевой синдром полностью купировался у 90,5 % больных СРК с преобладанием боли и метеоризма, у 64 % – с преобладанием запоров и у 72 % – с преобладанием диареи. Практически у всех пациентов с сохранившимся болевым синдромом отмечено его значительное уменьшение, и только у одного пациента (из группы больных СРК с преобладанием запоров) интенсивность болевого синдрома не изменилась. Вздутие живота исчезло у 100 % больных СРК с преобладанием запоров, у 86 % – с преобладанием боли и метеоризма и у 53 % – с преобладанием диареи. Более чем у половины (56 %) пациентов с преобладанием диареи после курса лече-



XVI РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

«ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

6–10 АПРЕЛЯ 2009 ГОДА • МОСКВА

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации • Министерство образования и науки Российской Федерации • Российская академия наук • Российская академия медицинских наук • Российская медицинская академия последипломного образования • Общероссийский общественный фонд «Здоровье человека»

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА: • Современные технологии профилактики, диагностики и лечения основных заболеваний человека • Совершенствование формулярной системы • Новые болезни. Диагностика и высокотехнологичная помощь • Сахарный диабет и его осложнения – проблема XXI века • Современные подходы к лечению тревожных расстройств у пациентов в общемедицинской практике • Новейшие технологии в охране здоровья матери и ребенка • Безопасность и эффективность применения лекарственных средств в педиатрии • Особенности терапии больных пожилого возраста • Восстановительное лечение в клинической практике • Новые научные направления исследований российских ученых в области медицины, фармации и медицинских биотехнологий • Фармакоэкономика и фармакоэпидемиологи • Информационные технологии в непрерывном образовании врача XXI века

НАУЧНАЯ ПРОГРАММА КОНГРЕССА ВКЛЮЧАЕТ: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология (сердечно-сосудистая недостаточность) • Гастроэнтерология
- Педиатрия (нервные болезни) • Ревматология • Гематология (диагностика и лечение анемий) • Педиатрия (гастроэнтерология) • Эндокринология • Гематология (клиническая гемостазиология) • Педиатрия (аллергология и иммунология)
- Фтизиатрия • Клиническая фармакология • Организация здравоохранения

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

- Кардиология • Педиатрия • Внутренние болезни • Фармация • Гастроэнтерология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:
Фармакотерапия основных заболеваний человека

В РАМКАХ КОНГРЕССА ПРОХОДИТ ВЫСТАВКА СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, НОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ИЗДАНИЙ.

К КОНГРЕССУ ГОТОВИТСЯ X ВЫПУСК ФЕДЕРАЛЬНОГО РУКОВОДСТВА ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАТ ВСЕ УЧАСТНИКИ КОНГРЕССА, ОПЛАТИВШИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ВЗНОС.

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ

	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 08	26. 12. 08
Тезисы	01. 09. 08	26. 12. 08
Конкурсные работы	01. 09. 08	19. 01. 08
Регистрационные карты	01. 09. 08	06. 03. 09
Заявки на участие в выставке	01. 09. 08	04. 03. 09

КОНТАКТЫ: 111395, Москва, а/я № 215, Секретариат Оргкомитета
Тел./факс: (499) 267-50-04; (499) 261-22-09
Тел: (495) 785-62-72 (научная программа)
(495) 785-62-71 (выставка и реклама)
E-mail: rnk-publish@intellin.ru (тезисы)
rnk-trud@intellin.ru
(заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)
rnk-stend@intellin.ru (заявки на участие в выставке)
Сайт: <http://www.medlife.ru> (информация по Конгрессу)

ния Метеоспазмиллом нормализовался стул. Влияние Метеоспазмилла на запоры оказалось не столь эффективным — среди больных СРК с преобладанием запоров стул нормализовался лишь у 27 % (табл. 1).

В исследовании у всех больных СРК до лечения была выявлена ВГЧ. Средняя величина болевого порога в целом составила 29,28 мм рт. ст.

Как видно из табл. 2, наиболее низкие значения порога болевой чувствительности наблюдались у больных СРК с преобладанием диареи. Среднее значение составило 24,46 мм рт. ст. В группах больных с преобладанием боли, метеоризма и запоров порог болевой чувствительности в среднем составил 29,66 и 32,90 мм рт. ст. соответственно.

После проведения терапии Метеоспазмиллом в течение 2 недель были повторно определены показатели висцеральной чувствительности. Полученные

данные представлены в табл. 2.

После курса терапии Метеоспазмиллом уровень болевого порога повысился во всех трех группах больных. Наиболее выраженный эффект отмечен у больных СРК с преобладанием боли и метеоризма. В этой группе порог болевой чувствительности после лечения составил в среднем 39,29 мм рт. ст. В той же группе отмечено наибольшее (55 %) число случаев достижения нормальных величин порога болевой чувствительности. В группах больных СРК с преобладанием диареи и запоров повышение болевого порога было небольшим и составило в среднем 33,36 и 35,75 мм рт. ст. соответственно. Нормального значения болевой порог в группе больных СРК с преобладанием диареи достиг у 20 % пациентов. В группе больных с преобладанием запоров болевой порог нормальных величин не

достиг ни у одного больного, а у 30 % пациентов уровень болевого порога после лечения не изменился. Побочные эффекты при лечении больных СРК Метеоспазмиллом отмечены не были.

Заключение

Таким образом, Метеоспазмилл показал высокую эффективность купирования болевого синдрома и метеоризма. Положительный эффект был достигнут более чем у 90 % больных СРК. При использовании Метеоспазмилла порог болевой чувствительности повышался в большей степени у больных СРК с преобладанием боли и метеоризма и в меньшей — у больных с преобладанием запоров. Метеоспазмилл можно считать средством выбора в лечении больных с абдоминальным болевым синдромом и повышенным газообразованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранская Е.К. Боль в животе: клинический подход к больному и алгоритм лечения. Место спазмолитической терапии в лечении абдоминальной боли // Фарматека. 2005. № 14. С. 49–57.
2. Головенко О.В., Михайлова Т.Л., Подмаренкова Л.Ф. и др. Клиническое значение висцеральной гиперчувствительности при синдроме раздраженного кишечника // Колопроктология. 2004. № 3 (9). С. 27–30.
3. Маев И.В., Черемушкин С.В., Лебедева Е.Г. Синдром раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000. № 5. С. 70–75.
4. Макачук П.А. Сравнительная оценка эффективности спазмолитиков при синдроме раздраженного кишечника. Дисс. канд. мед. наук. М., 2007. 90 с.
5. Минушкин О.Н. Метеоспазмилл и его место в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2001. № 1. С. 34–36.
6. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л., 1991. 224 с.
7. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of IBS: a review of randomized controlled trials. *Gut*. 2001;48:272–82.
8. Bommelaer G, Rouch M, Dapoigny M, et al. Epidemiology of functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterol Clin Biol* 1986;10:7–12.
9. Bouin M, Plourde V. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. *Gastroenterology* 2002;122:1771–77.
10. Delvaux M. Do we need to perform rectal distention tests to diagnose IBS in clinical practice? *Gastroenterology* 2002;122:2075–78.
11. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology* 2006;130(5):1377–90.
12. Drossman DA, Camilli M, Whitehead WE. American Gastroenterological Association technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1998;95:701–08.
13. Farthing MJ. New drugs in the management of the irritable bowel syndrome. *Drugs* 1998;56(1):11–21.
14. Gwee KA, Collins SM, Read NW, et al. Increased rectal mucosal expression of interleukin 1beta in recently acquired post-infection irritable bowel syndrome. *Gut* 2003;52:523–26.
15. Jaiwala J, Imperiale T, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136–47.
16. Knowles JB, Douglas A, Drossman. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment. In: Evidence based Gastroenterology and Hepatology. Edited by J. McDonald, A. Burnoughs, B. Hagan. London, BMJ Books 1999;241:260.
17. Park JH. Review article: irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;4:24–29.
18. Karlborn U, Pahlman L, Nilsson S, et al. Relationships between defecographic findings, rectal emptying and colonic transit time in constipated patients. *Gut* 1995;36(6):907–12.
19. Kay L, Jorgensen T, Jensen KN. The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random population: prevalence, incidence, natural history and risk factors. *J Intern Med* 1994;236:23–30.
20. Lembo T, Naliboff B, Munakata J, et al. Symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1320–26.
21. McKendrick MW, Read NW. Irritable bowel syndrome-post Salmonella infection. *Infection* 1994;29:1–3.
22. Mertz H. Altered CNS processing of visceral pain in IBS. In: Michael Camilleri and Robin C Spiller ed. Irritable bowel syndrome diagnosis and treatment. WB Saunders 2002:55–68.
23. Naliboff BD, Munakata J, Fullerton S, et al. Evidence for two distinct perceptual alterations in IBS. *Gut* 1997;41:505–12.
24. Talley NJ, Gabriel SE, Harsmen WS, et al. Medical cost in community subjects with IBS. *Gastroenterology* 1995;109:1736–41.
25. Wilson A, Longstreth G, Knight K, et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome. *Manage Care Interface* 2004; 17:24–28.
26. Whitehead WE, Crowell MD, Davidoff AL, et al. Pain from rectal distension in women with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sa* 1997;42:796–804.