

УДК 616.34-002-072+618.11+616-082



ДОРОФЕЕВ А.Э., РАССОХИНА О.А., КИРЬЯН Е.А.¹, ДЕРКАЧ И.А., БУТОВА А.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

¹Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Резюме. Целью данного исследования было изучение особенностей абдоминального болевого синдрома у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и оценка эффективности применения Энтеоспазмила в комплексе терапии этих больных. Было обследовано 120 пациентов с СРК и 35 больных ВЗК. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. Абдоминальный болевой синдром наблюдался у всех больных с СРК и ВЗК. У обследованных отмечались преимущественно переменные боли, без иррадиации, чаще тупого, ноющего характера, длительностью более 3 часов, средней интенсивности. Энтеоспазмил является эффективным препаратом для купирования абдоминальной боли у больных с СРК и ВЗК и может быть использован в комплексе терапии этих пациентов.

Функциональные и воспалительные заболевания кишечника представляют серьезную медико-социальную проблему [1, 4]. Синдром раздраженного кишечника (СРК) регистрируется у 10–20 % взрослого населения индустриально развитых стран всего мира, что позволяет отнести его к одной из наиболее распространенных патологий органов пищеварения. СРК характеризуется значительным снижением качества жизни и существенной потерей трудоспособности молодых пациентов, что определяет его важную медицинскую и социальную роль [10]. К воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) относят неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Эти нозологические единицы характеризуются хроническим, волнообразным течением и при несвоевременной диагностике приводят к инвалидизации, а иногда и к смерти пациентов.

При СРК на фоне длительных моторно-эвакуаторных нарушений, измененного микробного пейзажа у больных формируется феномен висцеральной гиперчувствительности, что клинически проявляется абдоми-

нальным болевым синдромом разной степени выраженности [2, 3]. Несмотря на то, что СРК и ВЗК достаточно несхожи, патогенетические механизмы абдоминальной боли универсальны и в разной пропорции встречаются при различных болезнях. Чаще всего ВЗК сопровождается висцеральными болями. Боль воспринимается при стимуляции хемо- и механорецепторов. Максимальное количество механорецепторов расположено в мышечной оболочке, на границе мышечной и подслизистой оболочек, в висцеральной брюшине и по ходу крупных сосудов брыжейки. Эти рецепторы воспринимают напряжение/растяжение, что может наблюдаться при ВЗК. Хеморецепторы в основном локализованы в слизистой и подслизистой оболочках кишки. Их естественными стимуляторами являются ионы калия и водорода, гиста-

© Дорофеев А.Э., Рассохина О.А., Кирьян Е.А., Деркач И.А., Бутова А.Ю., 2014

© «Гастроэнтерология», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

мин, брадикинин, серотонин, субстанция P, лейкотриены и простагландины, выделяющиеся при воспалении, некрозе, ишемии, механическом, термическом и радиационном поражениях [5, 7]. Терминальные разветвления афферентных нейронов энтеральной нервной системы локализованы в подслизистом (мейснеровом) и межмышечном (аурбаховом) нервных сплетениях кишечника, а также в брыжейке и висцеральной брюшине. Далее болевые импульсы распространяются по симпатическим немиелинизированным афферентным волокнам С-типа через ганглии и спинной мозг в центральную нервную систему (гипоталамус и кору). Активация афферентных парасимпатических нервов этих же сплетений приводит к изменению кишечной моторики и секреции, что также может сопровождаться болью. У больных ВЗК, как и при СРК, отмечается феномен гиперчувствительности нервных окончаний. При этом стимулы, в обычном состоянии не воспринимающиеся человеком, начинают ощущаться как боль. Это происходит за счет активации механически нечувствительных афферентных нервных волокон (*mechanically insensitive afferents*), которые становятся более активными под влиянием медиаторов воспаления и других факторов [6, 8, 9]. Коррекция болевого синдрома у больных СРК и ВЗК является одним из ключевых моментов эффективности комплекса терапии и приводит к повышению качества жизни этих пациентов.

Целью данного исследования были изучение особенностей абдоминального болевого синдрома у пациентов с СРК и ВЗК и оценка эффективности применения Энтероспазмил в комплексе терапии этих больных.

Материалы и методы

Было обследовано 120 пациентов с синдромом раздраженного кишечника и 35 больных ВЗК. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. Среди больных СРК было 35 (29,2 %) мужчин и 85 (70,8 %) женщин. Среди обследованных преобладали пациенты молодого возраста, до 45 лет (66,7 %). Наибольшее количество больных выявлено в возрасте от 36 до 45 лет — 34 чел. (28,4 %). Это связано с тем, что пик заболеваемости СРК приходится на период от 30 до 40 лет. В возрастных группах от 46 до 55 лет и старше отмечалась тенденция к снижению количества больных: 21 (17,5 %) — в возрасте от 46 до 55 лет и 19 (15,8 %) — от 56 до 65 лет, что объясняется снижением частоты симптомов СРК после 50 лет. В разных возрастных группах у женщин СРК встречался достоверно чаще (70,8 %), чем у мужчин (29,2 %) ($p < 0,05$), соотношение женщин и мужчин колебалось от 3,7 : 1 до 1,6 : 1 и в среднем составило 2,4 : 1.

Среди обследованных больных с ВЗК было 15 (42,8 %) мужчин и 20 (57,2 %) женщин. Соотношение женщин и мужчин составило 1,3 : 1, а в возрастной группе от 46 до 55 лет количество женщин и мужчин было одинаковым. Среди обследованных больных ВЗК преобладали пациенты старше 40 лет — 27 (77,1 %) пациентов, что связано с увеличением количества факторов риска у лиц старше 40 лет.

Длительность заболевания обследованных с СРК и ВЗК колебалась от 6 месяцев до 25 лет. Меньше все-

го было пациентов с длительностью заболевания от 6 месяцев до года, а также свыше 15 лет, что связано с особенностями времени обращения к врачу и выборки больных. У большинства пациентов продолжительность болезни была от года до трех лет — 39 чел. (32,6 %). Среди мужчин эта группа была наиболее многочисленной — 14 чел. (35,9 %), а среди женщин наиболее многочисленной была группа пациентов, болеющих 3–10 лет, — 45 чел. (77,6 %, $p < 0,05$).

Результаты

У обследованных пациентов выявлены различные формы СРК, однако преобладал вариант, протекающий с запорами — 52 (43,3 %) больных. СРК с диареей был выявлен у 42 (35,0 %) пациентов, смешанный и недифференцированный типы определены у 19 (15,8 %) и 7 (5,9 %), больных соответственно, в связи с чем для удобства анализа данных пациенты со смешанным и недифференцированными типами СРК были объединены в одну группу.

У больных ВЗК были выявлены различные нарушения кишечного транзита: у 18 (51,4 %) больных отмечалась преимущественно диарея, у 12 (34,3 %) — чередование поносов и запоров, у 5 (14,3 %) пациентов преобладали запоры.

Все больные СРК предъявляли жалобы на боли в животе, при этом доминировали жалобы на рецидивирующие абдоминальные боли или ощущения дискомфорта в течение не менее 3 дней каждого месяца на протяжении предыдущих 3–6 месяцев, которые уменьшались после дефекации или были связаны с изменениями частоты или консистенции стула (согласно Римским критериям III). Особенности течения болевого синдрома у обследованных больных СРК представлены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, абдоминальные боли или чувство дискомфорта в животе были у всех больных. При всех формах СРК достоверно чаще преобладали длительные боли — 87 (72,5 %) больных ($p < 0,01$), продолжительностью более 3 часов — 56 (46,7 %) пациентов. Существенного различия среди пациентов с различными подтипами СРК по длительности болевого синдрома выявлено не было, что соответствует данным других исследователей.

Характер болевого синдрома при СРК варьировал от эпизодов колющих, схваткообразных — 47 (39,2 %) больных и давящих болей — 46 (38,3 %) пациентов до более часто встречающихся, ноющего характера — 90 (75,0 %) больных и тупых болей — 85 (70,8 %) пациентов ($p < 0,01$). Среди больных с различными формами СРК характер болевого синдрома несколько отличался. У пациентов с СРК с диареей и у больных со смешанной формой СРК преобладали боли ноющего характера (34 (80,9 %) и 14 (73,7 %) больных соответственно) ($p < 0,01$) и тупые боли (31 (73,8 %) и 17 (89,5 %) пациентов) ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). В остальных группах пациентов с СРК не было выявлено достоверного преобладания определенного характера болевого синдрома.

Большинство пациентов отмечали мигрирующий характер болевого синдрома в течение дня — 103 (85,8 %) больных и вариабельность интенсивности бо-

лей — 92 (76,7 %) больных. Несколько реже боли носили мигрирующий характер лишь у пациентов с СРК недифференцированного типа, а вариабельную интенсивность болей отмечали все больные с различными типами СРК с одинаковой частотой.

У большинства обследуемых пациентов боли в животе не имели иррадиации — 83 (69,2 %) больных ($p < 0,01$). Обычно боли локализовались в околопупочной области — 96 (80,0 %) больных ($p < 0,01$), а также в подвздошных областях: слева — 74 (61,7 %) больных, справа — 61 (50,8 %) пациент.

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

Боли в левой подвздошной области наиболее часто беспокоили пациентов с СРК смешанного типа — 16 (84,2 %) больных ($p < 0,01$), а боли в правой подвздошной области с одинаковой частотой отмечены при всех формах СРК.

У больных ВЗК чаще встречались длительные боли продолжительностью более 3 часов, которые носили преимущественно ноющий характер. Боли при ВЗК были достаточно вариабельными, без иррадиации и локализовались преимущественно в левой и/или правой подвздошной областях. При анализе интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале у больных с различными формами СРК и ВЗК достоверных различий не было выявлено. При этом максимальная интенсивность болевого синдрома соответствовала 4–6 баллам (74 (61,7 %) пациента), средняя интенсивность — 1–3 баллам (104 (86,7 %) больных).

Таким образом, у обследованных пациентов с различными формами СРК и ВЗК преобладали жалобы на вариабельные абдоминальные боли, без иррадиации, чаще тупого, ноющего характера, длительностью более 3 часов, со средней интенсивностью болевого синдрома — 1–3 балла, максимально — 4–6 баллов, которые часто мигрировали, преимущественно локализовались в околопупочной и подвздошных областях. При этом тупые, ноющие боли преобладали у больных СРК с диареей и смешанной формой СРК. У больных СРК с запорами преобладали боли без иррадиации в околопупочной области, а у пациентов с СРК смешанного типа наиболее часто встречался болевой синдром в левой подвздошной области без иррадиации.

Больные с различными подтипами СРК и ВЗК отличались по наличию метеоризма, зависимости болевого синдрома от дефекации, отхождения газов, приема пищи, других причинных факторов (табл. 2). У большинства обследованных больных с СРК боли исчезали или уменьшались после дефекации — 110 (91,7 %) пациентов, а также после отхождения газов — 106 (88,3 %) больных. Но у пациентов с СРК смешанного варианта болевой синдром уменьшался реже после отхождения газов — 14 (73,7 %) больных ($p < 0,01$). В отдельных случаях, одинаково часто при разных подтипах СРК, отмечалось усиление болей после дефека-

Таблица 1 — Особенности течения болевого синдрома у обследованных пациентов с различными вариантами СРК

Варианты СРК	Всего	Длительность болей				Характер болевого синдрома				Иррадиация			Локализация			
		Короткие	До 1 часа	1–3 часа	Более 3 часов	Ноющие	Давящие	Тупые	Мигрирующие	Вариабельные	Без иррадиации	С иррадиацией	Около пупка	В лев. подв. обл.	В пр. подв. обл.	
Всего	n	33	24	40	56	47	90	46	85	103	92	83	37	96	74	61
	%	27,5	20,0	33,3	46,7**	39,2	75,0**	38,3	70,8**	85,8	76,7	69,2	30,8**	80,0**	61,7	50,8
Запор	n	12	9	16	27	21	35	25	30	41	35	39	13	40	26	27
	%	23,1	17,3	30,8	51,9**	40,4	67,3	48,1	57,7	78,9	67,3	75,0	25,0**	76,9**	50,0	51,7
Диарея	n	14	9	15	18	16	34	15	31	40	36	25	17	33	29	21
	%	33,3	21,4	35,7	42,9**	38,1	80,9**	35,7	73,8**	95,2	85,7	59,5	40,5	78,6	69,0	50,0
Смеш./недиф.	n	6	5	7	7	8	14	5	17	18	14	14	5	17	16	11
	%	23,1	19,2	26,9	26,9	30,1	53,8*	19,2	65,4*	69,2*	53,8	53,8	19,2**	65,4*	61,5**	42,3
ВЗК	n	1	1	2	24	2	17	11	15	14	17	25	10	16	23	21
	%	2,8	2,8	5,7	68,5*	5,7	48,6*	31,4	42,8	40,0	48,6*	71,4*	28,6	45,7	65,7*	60,0*

Примечания: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — при сравнении особенностей болевого синдрома у пациентов с различными вариантами СРК и ВЗК.

нии — 8 (6,7 %) больных, во время еды — 21 (17,5 %) больной, иногда после еды — 8 (6,7 %) пациентов. В основном боли не были связаны с приемом пищи — 99 (82,5 %) больных, характером питания — 113 (94,2 %) пациентов, что достоверно не отличалось у пациентов с различными вариантами СРК.

У всех больных с СРК абдоминальные боли отсутствовали в ночное время, чаще они беспокоили пациентов в утренние и дневные часы — 108 (90,0 %) больных. 103 (85,8 %) пациента с СРК связывали возникновение болевого синдрома со стрессовыми ситуациями. 37 (30,8 %) больных отмечали появление болей в животе после физической нагрузки.

Абдоминальные боли у 117 (97,5 %) больных сочетались с метеоризмом, чувством распирания, урчания в животе. В утреннее время 44 (36,7 %) пациента с СРК отмечали усиление метеоризма, которое чаще встречалось при смешанном варианте СРК, — 12 (63,2 %) больных.

Следовательно, у обследованных пациентов с различными вариантами СРК абдоминальные боли в сочетании с метеоризмом часто возникали после стрессов, физических нагрузок, уменьшались после дефекации и отхождения газов, не были связаны с характером пищи, отсутствовали в ночное время, преобладая в утренние часы. При этом пациентов со смешанным типом СРК чаще беспокоил метеоризм утром, на характер боли меньше влияли физические нагрузки и отхождение газов.

У больных ВЗК боли усиливались после дефекации — 28 (80,0 %) больных, были связаны со стрессом и физической нагрузкой. Зачастую боли сочетались с метеоризмом и чаще беспокоили пациентов в утренние часы. Характер питания не влиял на возникновение болевого синдрома у большинства пациентов с ВЗК — 27 (77,1 %) чел. ($p < 0,05$).

Учитывая значительную роль синдрома абдоминальной боли в патогенезе СРК и ВЗК и оценив клинические особенности и характер боли у этих пациентов, в комплекс терапии включили препарат Энтероспазмил — высокоселективный спазмолитик в комбинации с антифлагуленом. Этот препарат быстро устраняет абдоминальную боль спастического генеза, не вызывает гипотонию кишечника и содержит флороглюцинол (80 мг) и симетикон (125 мг). Это позволяет воздействовать на три основных механизма возникновения абдоминальной боли: спазм, висцеральную гиперчувствительность и метеоризм. Следует отметить, что флороглюцинола дигидрат, входящий в состав Энтероспазмилы, является неатропиновым спазмолитиком с селективным блокирующим действием на кальциевые каналы (преимущественно с местным действием) и элементами системного воздействия. Системная биодоступность после перорального приема флороглюцинола составляет только 30 %. Этим объясняется высокий профиль безопасности препарата и низкое количество побочных эффектов, в том числе и гипотонии кишечника.

Все больные ВЗК и 60 пациентов с СРК в дополнение к комплексной терапии принимали Энтероспазмил по 2 капсулы 3 раза в день в течение трех недель. 60 пациентов с СРК были из контрольной группы. На фоне терапии состояние всех пациентов улучшилось, однако у больных, принимавших Энтероспазмил, абдоминальная боль проходила на $(5,3 \pm 0,6)$ дня раньше, чем у пациентов контрольной группы. К 10-му дню терапии интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале у пациентов, принимавших Энтероспазмил, была достоверно ниже, чем у больных контрольной группы, — $(1,2 \pm 0,3)$ балла и $(2,8 \pm 0,6)$ балла соответственно ($p < 0,05$). На 21-й день лечения у всех пациентов с СРК

Таблица 2 — Взаимосвязь болевого синдрома с различными причинными факторами

Варианты СРК	Все-го	Боли уменьшались после		Боли усиливались			Боли связаны		Боли не связаны		Чаще беспокоили в утреннее время		
		дефекации	отхождения газов	после дефекации	во время еды	после еды	со стрессами	с физ. нагрузкой	с приемом пищи	с характером пищи	боли	вздутие и боли	
Всего	n	120	110	106	8	21	8	103	37	99	113	108	44
	%	100	91,7	88,3	6,7	17,5	6,7	85,8	30,8	82,5	94,2	90,0	36,7
Запор	n	52	47	48	5	9	5	43	16	46	49	43	16
	%	100	90,4	92,3	9,6	17,3	9,6	82,7	30,8	88,5	94,2	82,7	30,8
Диарея	n	42	39	37	1	8	1	38	15	35	41	40	13
	%	100	92,9	88,1	2,4	19,0	2,4	90,5	35,7	83,3	97,6	95,2	30,9
Смеш./недиф.	n	26	18	14	1	3	1	15	2	13	17	18	12
	%	100	69,2*	53,8*	3,8	11,5	3,8	57,6*	7,6	50,0	65,3*	69,2*	46,1*
ВЗК	n	35	2	7	28	3	5	27	24	11	26	27	30
	%	100	5,7	20,0	80,0*	14,3	8,6	77,1*	68,6*	31,4	74,3*	77,1*	85,7**

Примечания: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — при сравнении жалоб пациентов с различными вариантами СРК.

и 32 (91,4 %) больных ВЗК, принимавших Энтеоспазмил, абдоминальная боль отсутствовала, а среди пациентов контрольной группы абдоминальный болевой синдром отсутствовал только у 51 чел. (85,0 %). При этом абдоминальная боль и/или дискомфорт были отмечены у 9 (15,0 %) пациентов. Интенсивность боли в животе по визуально-аналоговой шкале составляла $(1,4 \pm 0,5)$ балла, что больше, чем у пациентов, получавших в дополнение к терапии Энтеоспазмил, на 10-й день лечения.

Следует отметить, что у больных, принимавших Энтеоспазмил, достоверно быстрее, чем у лиц контрольной группы, уменьшался метеоризм. На 10-й день лечения метеоризм отсутствовал у большей половины пациентов с СПК — 34 чел. (56,7 %) и у 14 (40,0 %) больных с ВЗК, получавших Энтеоспазмил, тогда как среди больных контрольной группы отсутствие метеоризма отмечалось только у 12 (20,0 %) пациентов. Возможно, такой эффект связан с высокой дозой симетикона в комплексном препарате Энтеоспазмил, которая выше, чем в других препаратах, содержащих симетикон и представленных на фармакологическом рынке Украины. Кроме этого, у больных, которые отмечали быстрое уменьшение метеоризма, выявлен быстрый регресс синдрома абдоминальной боли, так как одним из компонентов формирования боли у этих больных является вздутие живота.

Таким образом, абдоминальный болевой синдром играет важную роль в клинике функциональных и воспалительных заболеваний кишечника. Боли преимущественно переменные, без иррадиации, чаще тупого, ноющего характера, длительностью более 3 часов, со средней интенсивностью. Энтеоспазмил является эффективным препаратом для купирования абдоминальной боли у больных с СПК и ВЗК и может быть использован в комплексе терапии этих пациентов.

Список литературы

1. Ардатская М.Д. Синдром избыточного бактериального роста: Уч. пос. / М.Д. Ардатская. — М.: Форте притт, 2011. — 56 с.
2. Клеточные и системные механизмы действия пробиотиков / А.И. Калмыкова, В.Г. Селятицкая, Н.А. Пальчикова [и др.]. — Новосибирск, 2007. — 280 с.
3. Ткаченко Е.И. Дисбиоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению / Е.И. Ткаченко, А.И. Суворова. — СПб.: Спецлит, 2007. — 238 с.
4. Bixquert Jimùnez Treatment of irritable bowel syndrome with probiotics. An etiopathogenic approach at last? / Bixquert Jimùnez // *Rev. Esp. Enfem. Dig.* — 2009. — Vol. 101, № 8. — P. 553-564.
5. Collins S.M. The interplay between the intestinal microbiota and the brain / S.M. Collins, M. Surette, P. Bercik // *Nature Reviews Microbiology.* — 2012. — Vol. 10. — P. 735-742.
6. Identification of the early VIP-regulated transcriptome and its associated, interactome in resting and activated murine CD4 T cells / S.T. Dorsam, E. Vomhof-DeKrey, R.J. Hermann [et al.] // *Molecular Immunology.* — 2010. — Vol. 47, № 6. — P. 1181-1194.
7. A double blind randomized controlled trial of a probiotic combination in 100 patients with irritable bowel syndrome / Drouault, S. Holowacs, S. Bieuvelet [et al.] // *Gastroenterol. Clin. Biol.* — 2008. — Vol. 32, № 2. — P. 147-152.
8. WGO Practice Guideline — Irritable Bowel Syndrome: a global perspective / Q. Eamon [et al.]. — World Gastroenterology Organisation, 2009.
9. Adoptive transfer of macrophage from mice with depression-like behavior enhances susceptibility to colitis / J.E. Ghia, A.J. Park, P. Blennerhassett [et al.] // *Inflammatory Bowel Diseases.* — Vol. 17, № 7. — P. 1474-1489.
10. Correlation of gut hormones with irritable bowel syndrome / H. Zhang Y. Yan, R. Shi [et al.] // *Digestion.* — 2008. — Vol. 78, № 2-3. — P. 72-76.

Получено 12.10.14 ■

Дорофеев А.Е., Рассохина О.О., Кир'ян О.А.¹, Деркач І.А., Бутова А.Ю.
Донецкий національний медичний університет ім. М. Горького
¹Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ОСОБЛИВОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ І ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА ТА МЕТОДИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Резюме. Метою цього дослідження було вивчення особливостей абдоминального бокового синдрому у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (СПК) і запальними захворюваннями кишечника (ЗЗК) та оцінка ефективності Ентеоспазмилу у комплексі терапії цих хворих. Було обстежено 120 пацієнтів із СПК і 35 хворих на ЗЗК. Вік пацієнтів варіював від 18 до 65 років.

Абдоминальний болювий синдром спостерігався у всіх хворих із СПК і ЗЗК. В обстежених відмічалися переважно варіабельні болі, без ірадіації, тупі, нічні, тривалістю більше ніж 3 години, середньої інтенсивності. Ентеоспазмил є ефективним препаратом для купірування абдоминального болю у хворих із СПК і ЗЗК та може бути використаний у комплексі терапії цих пацієнтів.

Dorofeev A.E., Rassokhina O.O., Kiryan Ye.A.¹, Derkach I.A., Butova A.Yu.
Donetsk National Medical University named after M. Horkyi
¹Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

PECULIARITIES OF ABDOMINAL PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND METHODS OF ITS CORRECTION

Summary. Objective of this study was to evaluate peculiarities of abdominal pain syndrome in patients with irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) and to assess efficacy of Enterospasmit in complex therapy of these patients. 120 patients with IBS and 35 patients with IBD were examined. Age of patients varied from 18 to 65 years. Abdominal pain syndrome was detected

in all patients with IBS and IBD. In examined patients we have detected predominantly variable, without irradiation, often of blunt, aching nature, lasting more than 3 hours, with moderate intensity. Enterospasmit is an effective drug for abdominal pain relief in patients with IBS and IBD and can be used in complex therapy of these patients.