

Спазмолітична терапія в корекції синдрому подразненого кишечника

Л.В. Журавльова, Ю.О. Шеховцова

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність препарату мебеверина (Спарк) в корекції абдомінального больового синдрому та порушень стулу при СПК.

Матеріали і методи: В дослідження було включено 38 хворих, середній вік яких склав 38,6 років, які були розподілені на 2 групи: групу 1 склали 19 пацієнтів з СПК з діареєю; групу 2 - 19 пацієнтів з СПК із закрепами.

Результати: Проведене нами дослідження показало високу ефективність чотиритижневого прийому Спарка в дозі 200 мг 2 рази на добу щодо купірування больового синдрому, метеоризму і нормалізації стільця при СПК. Гарний і задовільний результат, оцінюваний за 3-бальною шкалою, відмічений у 87,5% хворих.

Висновок: Препарат мебеверину Спарк здійснює не тільки виражений спазмолітичний ефект, а й еукінетичну дію.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника (СПК), СПК-подібні порушення, абдомінальний біль, мебеверина гідрохлорид, Спарк.

Синдром подразненого кишечника (СПК) відноситься до функціональних захворювань, при яких механізми розвитку симптомів не можуть бути пояснені структурними змінами шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Відповідно до сучасних уявлень, СПК є психосоціальним розладом з порушенням вісцеральної чутливості і рухової активності кишечника, обумовлених або зниженням порога сприйняття болю, або збільшенням інтенсивності відчуття больових імпульсів при нормальному порозі їх сприйняття [4]. Однак при багатьох органічних захворюваннях ШКТ, таких як пептична виразка, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит та ін., відзначаються симптоми, що властиві СПК [8].

Розповсюдженість СПК-подібних симптомів сягає 10-20% серед дорослого населення. За даними більшості досліджень, у жінок це захворювання зустрічається приблизно в 2 рази частіше, ніж у чоловіків, причому пік захворюваності припадає на молодий вік, в середньому 27 ± 7 років [7].

У патогенезі СПК розглядаються наступні фактори: порушення моторики шлунково-кишкового тракту, вісцеральна гіперчутливість, розлад взаємодії в системі «головний мозок - кишка», вегетативні та гормональні зрушення, генетичні фактори і фактори навколишнього середовища, психосоціальні розлади [3]. В останні роки велике значення в формуванні СПК надається порушенням кишкового мікробіома після перенесених кишкових інфекцій [2, 9].

Абдомінальний больовий синдром вісцерального типу є провідним як в клініці СПК, так і органічних захворюваннях кишечника. Вісцеральний біль виникає при наявності патологічних стимулів у внутрішніх органах і проводиться симпатичними волокнами. Больові рецептори порожнистих органів ШКТ розташовані в м'язовій і серозній оболонках. Основними імпульсами для виникнення вісцерального болю є підвищення тиску в порожнистому органі і розтягнення його стінки; рідше - розтягнення капсули паренхіматозних органів, натяг брижі і судинні порушення.

Моторна функція ШКТ визначається активністю гладком'язових клітин, яка знаходиться в прямій пропорційній залежності від концентрації в них цитозольного Ca^{2+} . Іони кальцію завдяки активації внутрішньоклітинних біоенергетичних процесів (фосфорилування білків, перетворення АТФ в цАМФ та ін.) сприяють з'єднанню ниток актину і міозину і забезпечують скорочення м'язового волокна. Необхідною умовою для скорочення м'язового волокна є висока активність фосфодіестерази, яка бере участь у розщепленні цАМФ і забезпечує енергією процес з'єднання актину з міозином. Транспорт іонів кальцію в клітину здійснюється через спеціальні потенціалзалежні або повільні кальцієві канали. В даний час виділяють декілька типів кальцієвих каналів, які розрізняються за біофізичними властивостями, по їх локалізації в тканинах і за вмістом дискретних рецепторів для різних груп лікарських препаратів - блокаторів кальцієвих каналів.

У регуляції транспорту іонів кальцію бере участь ряд нейрогенних медіаторів: ацетилхолін, катехоламіни (норадреналін), серотонін, холецистокінін, мотилін і ін. Скорочення м'язового волокна стимулюється ацетилхоліном, який виділяється при активації вагуса, а його релаксація опосередковується медіатором симпатичної нервової системи - норадреналином. Ендогенні опіюїдні пептиди і серотонін відіграють двояку роль в скорочувальній активності міоцитів ШКТ. При стимуляції m- і d-опіюїдних рецепторів, а також 5-MT4-серотонінових рецепторів міоцитів відбувається посилення, а при стимуляції k-опіюїдних і 5MT3-серотонінових рецепторів - уповільнення моторики травного тракту. У той же час точні механізми дії серотоніну на м'язові волокна ШКТ не встановлені. Є припущення про залучення в ці процеси ацетилхоліну.

Порушення рухової функції органів травлення відіграють значну роль у формуванні не тільки больового синдрому, а й більшості диспепсичних розладів (відчуття переповнення в шлунку, відрижка, печія, нудота, блювота, метеоризм, проноси, запори). Більшість із зазначених вище симптомів можуть спостерігатися як при гіпокінетичному, так і при гіперкінетичному типі дискінезії. Потрібне ретельне обстеження пацієнтів для уточнення характеру цих розладів і вибору адекватної терапії. Одним з найбільш частих функціональних порушень кишечника, в тому числі і при наявності органічної патології органів травлення, є гіперкінетична дискінезія, що включає підвищення тону і / або перистальтичної активності гладкої мускулатури кишечника. При спастичній дискінезії будь-якого відділу травного тракту спостерігається підвищення внутрішнього тиску і порушення просування

вмісту по порожньому органу, що створює передумови для виникнення болю, закрів і метеоризму. Спастична дискінезія м'язової оболонки стінки порожнистого органу або сфінктерів - найбільш частий механізм розвитку больового синдрому при езофагоспазмі, дисфункції сфінктера Одді і протоки міхура, СПК. При цьому швидкість наростання тиску в просвіті полого органу пропорційна інтенсивності больового синдрому. При гіпермоторній дискінезії збільшується швидкість транзиту хімусу по кишці, порушуються процеси всмоктування води і осмотично активних субстанцій, збільшується обсяг вмісту, що призводить до розвитку больового синдрому та діареї.

В Римських критеріях IV постулюється, що головний симптом СПК - біль в животі, пов'язаний з дефекацією, в асоціації з порушенням кишкового випорожнення, а не дискомфорт, здуття, розтягнення або інші відчуття пацієнта. Для верифікації діагнозу пацієнти повинні мати симптоми абдомінального болю хоча б 1 день в тиждень за останні 3 місяці на протязі 6 місяців (рис. 1).

Рис. 1. Класифікація СПК за Римськими критеріями IV

С. Розлади кишечника

С1 Синдром подразненого кишечника (СПК)

- СПК з переважанням закрів (СПК-З)
- СПК з переважанням діареї (СПК-Д)
- СПК зі змішаними ритмами дефекації (СПК-ЗМ)
- СПК без класифікації

У новій редакції Римських критеріїв при розподіленні на субтипи рекомендується враховувати пропорцію зміненого стулу за Бристольською шкалою (грудкуватих / твердий або неоформлений / рідкий) тільки в дні з щонайменше одним ненормальним кишковим виділенням. Дослідники і практичні лікарі при постановці діагнозу СПК і розподілу хворих на клінічні варіанти повинні керуватися Бристольською шкалою форми стулу і використовувати типи 1 і 2 форми калу для ідентифікації запору і типи 6 і 7 випорожнень - для ідентифікації діареї (рис. 2).

Рисунок 2. Бристольська шкала форми випорожнень

Рисунок. Бристольська шкала форми випорожнень		
Тип 1		Окремі тверді грудочки, як горіхи, важко просувуються
Тип 2		У формі ковбаски, але грудкуватої
Тип 3		У формі ковбаски, але з ребристою поверхнею
Тип 4		У формі ковбаски або змії, гладенькі та м'які
Тип 5		М'які маленькі кульки з рівними краями
Тип 6		Рихлі частки з нерівними краями, кашкоподібні випорожнення
Тип 7		Водяністі, без твердих часток. Повністю рідкі

Необхідно відзначити, що протягом хвороби у одного і того ж хворого різні підтипи СПК можуть варіювати [5]. При будь-якому з варіантів СПК провідним симптомом є абдомінальний біль. Клінічні варіанти абдомінального

синдрому при СПК відрізняються варіабельністю і різноманіттям. Болі в животі можуть бути тупими, ниючими, такими, що розпирають, невизначеними, гострими, різучими, кинджальними, переймоподібними, пекучими, різної локалізації та інтенсивності. Найбільш частою локалізацією болів є нижня частина живота. При вираженій інтенсивності болю можлива іррадіація його в спину. Нерідко болі посилюються у вертикальному положенні або з'являються в лівому підребер'ї або лівій половині грудної клітини, що пов'язано з підйомом і накопиченням кишкових газів в самому високорозташованому відділі товстої кишки - селезінковому кутку. Купірування або зниження інтенсивності даного типу болю спостерігається при відходження газів, яке полегшується в колінно-ліктьовому положенні хворого, що позначається терміном «синдром селезінкової вигину». Наявність останнього змушує виключати кардіальну, васкулярну і легеневу патологію, а також захворювання підшлункової залози як причину больового синдрому [1].

Головні механізми розвитку абдомінального болю обумовлені порушенням моторики кишечника і вісцеральної гіперчутливості. Рухова функція кишечника знаходиться під контролем численних регулюючих впливів (центральної, периферичної, ентеральної нервових систем і шлунково-кишкових пептидів), які визначають нормальний тонус і скоротливу активність гладких м'язів кишкової стінки.

При СПК в залежності від стану тонусу і перистальтичної активності циркулярного і поздовжнього шарів гладкої мускулатури формуються два типи моторних порушень: 1) прискорений транзит хімусу по кишці, обумовлений підвищенням пропульсивного поздовжнього м'язового шару кишки з розвитком діареї; 2) уповільнений транзит кишкового вмісту за рахунок гіпертонусу циркулярної мускулатури (спастична дискінезія) товстої кишки з формуванням закрепку.

Вісцеральна гіперчутливість розглядається в якості первинного патофізіологічного механізму, який обумовлює виникнення і інтенсивність абдомінального болю при СПК [1, 6]. З вісцеральною гіперчутливістю пов'язана поява больових відчуттів, моторних і секреторних порушень у відповідь на допорогові механічні, термічні, хімічні та інші стимули. Цей феномен часто формується в результаті сенсibiliзуючих факторів, таких як перенесена кишкова інфекція, психоемоційний стрес, хронічні фізичні перевантаження, порушення нормального складу кишкової мікрофлори. Частими і нерідко болісними для пацієнта симптомами СПК є здуття або відчуття абдомінального розтягування, а також відрижка і надлишкове відділення газу через пряму кишку (флатуленція). Дані симптоми мають мінімальну інтенсивність в ранкові години і посилюються у вечірній час. Основними причинами надмірного вмісту газу в кишці є збільшення його продукції кишковою мікрофлорою, уповільнення транзиту в результаті спастичної дискінезії, а також порушення всмоктування кишкової стінкою, зокрема, при швидкому транзиті в період діареї. Оскільки гіпермоторні порушення, що призводять до підвищення тиску в кишечнику, є провідним механізмом формування абдомінального болю і диспепсичних симптомів при

СПК і СПК-подібних розладах, для їх купірування традиційно використовуються релаксанти гладкої мускулатури і при необхідності додатково призначаються препарати для нормалізації консистенції калу, складу кишкового мікробіому, функції центральної нервової системи.

Провідна роль в терапії СПК належить спазмолітикам, що включає кілька груп препаратів:

1. Препарати, що діють на етапі проведення нервового імпульсу / гуморального сигналу (нейротропні спазмолітики): холіноблокуюча дія.

2. Препарати, що діють безпосередньо на клітини гладеньких м'язів (міотропні спазмолітики): блокатори натрієвих каналів; блокатори кальцієвих каналів; донатори оксиду азоту (нітрати); інгібітори фосфодіестерази (похідні ізохіноліну).

3. Препарати, що впливають на механізми регуляції моторної активності кишечника: агоністи або антагоністи серотонінових рецепторів, агоністи опіатних рецепторів.

У більшості випадків при лікуванні пацієнтів з СПК перевага віддається міотропним спазмолітикам з селективною дією на гладкі м'язові клітини ШКТ: мебеверін, пінаверія бромід. Одним з найбільш вивчених селективних міотропних спазмолітиків для ШКТ є мебеверина гідрохлорид. Аналіз літератури свідчить, що, починаючи з 1965 року, після впровадження мебеверина в клінічну практику, були проведені численні дослідження з оцінки його ефективності та безпеки при лікуванні СПК. Так, в ряді подвійних сліпих досліджень ефективність в купірування абдомінального болювого синдрому та порушень стулу виявилася статистично вище в порівнянні з плацебо [4]. Проведено також порівняльні дослідження ефективності мебеверина і інших міотропних спазмолітиків по купірування симптомів СПК [3, 9]. Експериментальні дослідження показали, що мебеверин володіє двома ефектами. Перший з них зводиться до блокади швидких натрієвих каналів клітинної мембрани міоцитів, що порушує процеси надходження натрію в клітину, уповільнює процеси деполяризації і припиняє вхід кальцію в клітину через повільні канали. В результаті знижуються процеси фосфорилювання міозину, і швидко знімається спазм м'язового волокна. Другий ефект обумовлений зниженням поповнення внутрішньоклітинних кальцієвих депо, що призводить лише до короточасного виходу іонів калію з клітини і її гіперполяризації, що запобігає розвитку гіпотонії м'язового волокна після купірування спазму. Цей ефект мебеверина вигідно відрізняє його від дії інших міотропних спазмолітиків, що викликають тривалу гіпотонію.

Хоча препарат застосовується вже багато років, деякі його властивості були вивчені відносно недавно. У 1996 р. P.R. Evans і співавт. показали, що поряд зі спазмолітичною дією мебеверин володіє і прокінетичною активністю [6].

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність препарату мебеверина (Спарк) в корекції абдомінального болювого синдрому та порушень стулу при СПК.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 38 хворих (20 жінок і 18 чоловіків), у віці від 18 до 57 років (середній вік - 38,6 років), які були розподілені на 2 групи: групу 1 склали 19 пацієнтів з СПК з діареєю; групу 2 - 19 пацієнтів з СПК із закрепами.

Критерії включення пацієнтів у дослідження: вік старше 18 років; наявність у хворих встановленого діагнозу СПК.

Критерії виключення пацієнтів з дослідження: вагітність або період годування; наявність органічної патології ШКТ у фазі загострення, а також декомпесованих захворювань інших органів і систем.

Всім хворим було рекомендовано дотримання дієти відповідно до типу СПК. Всі хворі приймали Спарк по 200 мг 2 рази на добу за 20 хвилин до їди протягом 4 тижнів. Хворим з діареєю додатково призначали кишкові адсорбенти (ентеросгель, атоксил, смекта) в загальноприйнятих дозах) через 1 год після їжі до нормалізації стулу. Хворі із запорами додатково отримували псилиум або лактулозу або макрогол у індивідуально підібраних дозах до відновлення частоти і форми випорожнень.

Поряд із загальноприйнятими клініко-лабораторними тестами, обстежуваним хворим проводилася колоноскопія, УЗД органів черевної порожнини, за показаннями - езофагогастроскопія. Ступінь вираженості симптомів оцінювалася з використанням бальної системи, при цьому виділялася легкий ступінь (1 бал), якщо симптом не порушував активності хворого і не вимагав прийому ліків, середній ступінь (2 бали), якщо симптом не порушував активності хворого, але вимагав «терапії за вимогою» (прийом ліків, зміна ритму прийому і якості їжі та ін.), важкий ступінь (3 бали) - симптом порушував активність хворого, і для його купірування потрібна була лікарська допомога. Виразність симптомів оцінювалася до початку лікування, щодня в процесі терапії і після її закінчення. При оцінці ефективності лікування виділяли: гарний результат - повне припинення симптомів і збереження ремісії не менше тижня після закінчення лікування; задовільний результат - зменшення виразності симптомів на 1 бал; незадовільний результат - симптоми без суттєвої динаміки.

Результати дослідження.

До лікування у всіх включених в дослідження пацієнтів мав місце больовий синдром різного ступеня вираженості, яка сумарно склав 2,5 бала. У 17 (89,5%) хворих болі асоціювалися з закрепами, вираженість яких склала 2,7 бала, а у 12 (63,1%) - з діареєю з виразністю 2,2 бала. Після 4-тижневої комплексної терапії з включенням міотропного спазмолітика мебеверіна Спарк у більшості хворих відзначена позитивна динаміка. Больовий синдром повністю купірувався у 30 хворих (78,9%) і зберігався тільки у 8 (21,1%), при цьому ступінь вираженості його значно зменшилася (з 2,5 до 1,5 балів, $p < 0,05$) і у більшості не потрібно подальше застосування препарату. Нормалізація стулу відзначена у 73,7% хворих, у решти хворих (як з закрепами, так і з діареєю) вираженість порушення стулу знизилася більш ніж на 1,2 бала. Оцінка ефективності курсового лікування препаратом Спарк представлена в табл 1.

Таблиця 1. Оцінка ефективності курсового лікування препаратом Спарк

Ознака	До лікування			Після лікування		
	п	%	Вираженість в балах	п	%	Вираженість в балах
Абдомінальний біль	38	100	2,5±0,3	8	21,1*	1,5±0,4*
Діарея	19	50	2,2±0,4	2	5,3*	1,2±0,2*
Закреп	19	50	2,7±0,2	8	21,1*	1,2±0,3*

Примітка: * - різниця показників до та після лікування статистично вирогідні ($p < 0,05$)

Хороший і задовільний результат курсового лікування, що включав Спарк, отриманий у переважної більшості хворих 30 (78,9%), незалежно від характеру моторних порушень кишечника. Незадовільний результат лікування відзначено у 8 (21,1%) хворих. Слід відзначити гарну переносимість і безпеку препарату (табл. 2). Побічних ефектів під час курсу лікування не було відмічено. Гематологічні та біохімічні показники крові до і після лікування зберігалися в межах фізіологічної норми.

Таблиця 2 Ефективність лікування хворих на СПК з включенням препарату мебеверіну Спарк

Групи хворих	Результат терапії					
	Хороший		Задовільний		Незадовільний	
	п	%	п	%	п	%
СПК з діареєю (n=19)	10	26,3	9	23,7	2	5,3
СПК з закрепом (n=19)	7	18,4	4	10,5	6	15,8
Всього (n=38)	17	44,7	13	34,2	8	21,1

Результати та обговорення

При функціональних і органічних захворюваннях кишечника велика роль відводиться симптоматичній терапії, спрямованій, в першу чергу, на відновлення моторної функції кишечника. З порушеннями останньої пов'язується розвиток таких симптомів, як абдомінальний біль, порушення стільця і метеоризм. У купированні даних симптомів традиційно використовуються спазмолітики, включаючи мебеверин [6]. У зв'язку з цим, проведене нами вивчення ефективності спазмолітика Спарк в купированні больового синдрому і диспепсичних розладів як при СПК є актуальним.

Проведене нами дослідження показало високу ефективність чотиритижневого прийому мебеверина (Спарк) в дозі 200 мг 2 рази на добу в корекції больового синдрому, метеоризму і нормалізації стулу при СПК. Однією з важливих задач в лікуванні хворих із захворюваннями органів

травлення є нормалізація стулу. Останнє досягається використанням препаратів, що відновлюють нормальний транзит і консистенцію кишкового хімусу. Мебеверин (Спарк) використовувався нами як при запорах, так і при проносах. Відмінності у веденні даних груп хворих були пов'язані з призначенням препаратів, що нормалізують консистенцію калу. Нормалізація моторної функції кишечника і пов'язаних з нею порушень стільця (за клінічними ознаками) спостерігалася у 36 з 38 (94,7%) хворих, включених в дослідження. Отримані нами результати узгоджуються з даними P.R. Ewans et al., які в своєму дослідженні показали, що оральний прийом мебеверина надавав регуляторний ефект на моторну функцію кишки у хворих СПК (як з запорами, так і з діареєю) і не впливав на моторну функцію кишки у здорових [6]. Капсули Спарк® («Фармак», Україна) пролонгованої дії містять полімерну матрицю, в якій рівномірно розподілена лікарська речовина. Після прийому капсули на поверхні матриці утворюється гелевий шар, який регулює вивільнення мебеверина із заданою швидкістю, що забезпечує необхідну концентрацію активної речовини в різних відділах шлунково-кишкового тракту протягом не менше 12 годин. Це зменшує частоту прийому; усуває подразнюючу дію лікарської речовини на шлунково-кишковий тракт; зменшує ймовірність прояву побічних ефектів.

У проведеному нами дослідженні при використанні мебеверина (Спарк) як у вигляді монотерапії, так і в поєднанні з препаратами, що нормалізують консистенцію калу, не відзначено побічних ефектів. Аналогічні дані по оцінці безпеки і переносимості мебеверина були отримані в клінічних дослідженнях за участю понад 3 500 пацієнтів. Практично у всіх дослідженнях доведена гарна переносимість і безпека препаратів мебеверину незалежно від дози (до 800 мг/добу) і тривалості застосування (до 12 тижнів безперервно). А.М. Connell в своєму дослідженні зазначив, що відсутність побічних ефектів при прийомі мебеверина дає препарату переваги над стандартними антихолінергічними засобами, які впливають не тільки на орган-мішень, але і на інші системи організму [6]. У метааналізі досліджень 8 препаратів, зазвичай використовуваних при лікуванні СПК, мебеверин посідає перше місце за відсутності побічних ефектів [6]. У рідкісних випадках повідомлялося про алергічні шкірні реакції і слабкості.

Висновки.

Отримані нами результати дослідження ефективності препарату на основі мебеверина гідрохлориду Спарк - капсули пролонгової дії, а також аналіз літературних даних дозволяють зробити висновок про наявність у даного препарату не тільки вираженого спазмолітичного ефекту, здатного швидко і ефективно купірувати больовий синдром, обумовлений спазмом гладкої мускулатури кишечника, але й еукінетичної дії (нормалізація транзиту хімусу по кишці). Це є обґрунтуванням для застосування препарату Спарк як ефективного і безпечного препарату в лікуванні хворих з СПК, як з переважанням закрепів, так і при діареї.

Список використаної літератури:

1. Yakovenko E.P., Agafonova N.A., Yakovenko A.V., Ivanov A.N., Pryanishnikova A.S., Krasnolobova L.P. The role of motor disorders in the formation of clinical manifestations of irritable bowel syndrome (IBS) and IBS-like disorders. Therapy issues. Consilium Medicum, 2011, 1: 69-73.
2. Andresen V., Lowe B., Broicher W., Riegel B., Fraedrich K., von Wulffen M. et al. Post-infectious irritable bowel syndrome (PI-IBS) after infection with Shiga-like toxin-producing Escherichia coli (STEC) O104:H4: A cohort study with prospective follow-up. United European Gastroenterology Journal, 2016, 4(1): 121-131.
3. Camilleri M., Lasch K. and Zhou W. Irritable bowel syndrome: Methods, mechanisms, and pathophysiology. The confluence of increased permeability, inflammation, and pain in irritable bowel syndrome. Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol., 2012, 303: 775-785.
4. Drossman D.A., Camilleri M., Mayer E.A., Whitehead W.E. AGA technical review on irritable bowel syndrome. Gastroenterology, 2002, 123: 2108-31.
5. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology, 2006, 130(5).
6. Dumitrascu D.L., Chira A., Bataga S., Diculescu M., Drug V., Gheorghe C., Goldis A., Nedelcu L., Porr P.J., Sporea I.; Romanian The use of mebeverine in irritable bowel syndrome. A Position paper of the Romanian Society of Neurogastroenterology based on evidence. Society of Neurogastroenterology. J. Gastrointest. Liver Dis. 2014 Dec; 23(4):431-5.
7. Esposito I., de Leone A., Di Gregorio G., Giaquinto S., de Magistris L., Ferrieri A., Riegler G. Breath test for differential diagnosis between small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel disease: An observation on nonabsorbable antibiotics. World J. Gastroenterol., 2007, 13(45): 6016-6021.
8. Farrokhyar F., Marshall J.K., Easterbrook B. et al. Functional Gastrointestinal Disorders and Mood Disorders in Patients with Inactive Inflammatory Bowel Disease: Prevalence and Impact on Health. Inflamm . Bowel Dis., 2006, 12(1): 38-45.
9. Spiller R. and Lam C. An update on post-infectious irritable bowel syndrome: Role of genetics, immune activation, serotonin and altered microbiome. J. Neurogastroenterol. Motil., 2012, 18: 258-268.

**Спазмолитическая терапия в коррекции синдрома раздраженного
кишечника**

Л.В. Журавлева, Ю.А. Шеховцова

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: оценить клиническую эффективность препарата мебеверина (Спарк) в коррекции абдоминального болевого синдрома и нарушений стула при СРК.

Материалы и методы: В исследование было включено 38 больных, средний возраст которых составил 38,6 лет, которые были распределены на 2 группы: группу 1 составили 19 пациентов с СРК с диареей; группу 2 - 19 пациентов с СРК с запорами.

Результаты: Проведенное нами исследование показало высокую эффективность четырехнедельного приема Спарка в дозе 200 мг 2 раза в сутки в купировании болевого синдрома, метеоризма и нормализации стула при СРК. Хороший и удовлетворительный результат, оцениваемый по 3-балльной шкале, отмечен у 87,5% больных.

Вывод: Препарат мебеверину Спарк осуществляет не только выраженный спазмолитический эффект, но и эукинетическое действие.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника (СРК), СПК-подобные нарушения, боль в животе, мебеверина гидрохлорид, Спарк.

Antispasmodic therapy in the correction of irritable bowel syndrome

L.V. Zhuravlyova, Y.A. Shekhovtsova

Kharkiv National Medical University

Objective: To evaluate the clinical efficacy of the drug mebeverin (Spark) in the correction of abdominal pain syndrome and stool disorders in IBS.

Materials and methods: The study included 38 patients (mean age 38.6 years), which were divided into 2 groups: group 1 consisted of 19 patients with IBS with diarrhea; group 2 - 19 patients with IBS with constipation.

Results: Our study showed a high efficiency of four-week administration of Spark at a dose of 200 mg 2 times a day in relieving pain, bloating and stool normalization in IBS. A good and satisfactory result, measured on a 3-point scale, was noted in 87.5% of patients.

Conclusion: The drug Mebeverinu Spark not only has a pronounced antispasmodic effect, but also eukinetic effect.

Key words: irritable bowel syndrome (IBS), IBS-like disorders, abdominal pain, mebeverin hydrochloride, Spark.