

**ЗНОВУ
В аптеках!**



сироп
РІАБАЛ
Знімає спазм

Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу РІАБАЛ

Склад: діюча речовина: прифінію бромід; 5 мл сиропу містять прифінію броміду 7,5 мг; допоміжні речовини: пропіленгліколь; гліцерин; натрію бензоат (E 211); сорбіту розчин, що не кристалізується (E 420); сахароза; сахарин натрію; натрію цитрат; амонію гліциризат; рідкий карамелевий ароматизатор; FD&C Red № 40 (E 129); жовтий захід FCF (E 110); вода очищена. Показання. Біль, пов'язаний зі спазмами та підвищеною перистальтикою травного тракту: при гастриті, виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, ентериті, коліті, після гастроентеромії. Біль, пов'язаний зі спазмами та дискінезією жовчовивідних проток: при холециститі, жовчнокам'яній хворобі. Біль при панкреатиті. Біль при спазмах сечового тракту: наявність конкрементів у сечовому тракті, при тенезмах сечового міхура, циститі, пієліті. Призначати перед ендоскопією шлунка та шлунково-кишковою рентгенографією. Призначати при блюванні. Протипоказання. Ріабал протипоказаний пацієнтам з такими захворюваннями: глаукома; симптоми можуть посилюватися у зв'язку з підвищенням внутрішньоочного тиску; розлади сечовипускання, спричинені гіпертрофією простати; симптоми можуть посилюватися, оскільки вони зумовлені розслабленням детрузора та скороченням м'язів сфінктера сечового міхура; серйозні захворювання серця; симптоми можуть посилюватися, оскільки прискорюється серцевий ритм; паралітична кишкова непрохідність; симптоми можуть посилюватися, оскільки перистальтика шлунково-кишкового тракту сповільнюється; підвищена чутливість до прифінію броміду або до будь-якого компонента препарату. Спосіб застосування та дози. Діти: до 3 місяців по 1 мл кожні 6-8 годин, 3-6 місяців – по 1-2 мл кожні 6-8 годин, 6-12 місяців – по 2 мл кожні 6-8 годин, 1-2 роки – по 5 мл кожні 6-8 годин, 2-6 років – по 5-10 мл кожні 6-8 годин. Дітям віком від 6 років та дорослим препарат застосовують в іншій лікарській формі (таблетки, розчин для ін'єкцій). Тривалість курсу лікування лікар визначає індивідуально. Діти. Препарат у цій лікарській формі застосовують дітям віком до 6 років. Передозування. При передозуванні шлунок повинен бути звільнений шляхом аспірації та промивання. Необхідно застосовувати проносний сольовий розчин для покращення перистальтики. Фізостигміну саліцилат (1-2 мг) необхідно ввести внутрішньом'язово, внутрішньовенно або підшкірно для контролю впливу антихолінергічних засобів на центральну та периферичну нервову систему. Побічні реакції. З боку імунної системи: алергічні реакції, у тому числі шкірні висипання, свербіж, гіперемія, кропив'янка, ангіоневротичний набряк. З боку шлунково-кишкового тракту: нудота, блювання, закріп, сухість у роті. З боку сечовидільної системи: затримка сечовипускання. З боку органів зору: порушення акомодатції, затумення зору. З боку нервової системи: головний біль, запаморочення, слабкість, тремор. З боку серцево-судинної системи: припливи, тахікардія, підвищення артеріального тиску, відчуття серцебиття. Зазначені побічні реакції зникають при зниженні дози або після відміни препарату. P.n. UA/2908/02/01

Гастроинтестинальные нарушения у детей раннего возраста

По материалам научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной педиатрии», 22 марта, г. Львов

Довольно часто в педиатрической практике встречаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые требуют тщательной вдумчивой диагностики и, как правило, не предполагают большого объема фармакологической терапии. У детей раннего возраста подобные состояния нередко расцениваются как органические, что приводит к нерациональному, порой избыточному назначению лекарственных препаратов.



О том, с какими функциональными гастроинтестинальными расстройствами (ФГР) чаще других сталкиваются в своей практике педиатры и какое лечение необходимо в данном случае, рассказал **заведующий кафедрой госпитальной педиатрии Запорожского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Геннадий Александрович Леженко.**

— В структуре заболеваний органов пищеварения у детей ФГР занимают ведущее место: их удельный вес составляет порядка 60-80%. Чаще всего данная патология обнаруживается у детей раннего возраста (первый возрастной пик заболеваемости), особенно у преждевременно родившихся младенцев. Вместе с тем следует отметить, что только 5-10% заболеваний органов пищеварения обусловлены органическими нарушениями (Хавкин А.И., Бельмер С.В., Вольнец Г.В., 2008).

Согласно Римским критериям IV (2016) ФГР у новорожденных и детей раннего возраста включают такие состояния:

- G1. Младенческое срыгивание;
- G2. Младенческий синдром руминации;
- G3. Синдром циклической рвоты;
- G4. Младенческие кишечные колики;
- G5. Функциональная диарея;
- G6. Младенческая дисchezия;
- G7. Функциональные запоры.

ФГР представляют собой разнообразные комбинации гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений (Drossman D.A., 1999). Данный термин объединяет группу заболеваний, для которых характерно нарушение какой-либо функции пищеварительного тракта: моторики, секреции, переваривания, всасывания, а также состояния микрофлоры, активности иммунной системы при отсутствии органических изменений, выявление которых доступно современной медицине.

Симптомы данной нозологии сопряжены с нормальным развитием ребенка; они возникают вследствие недостаточной адаптации в ответ на внешние или внутренние стимулы и уменьшаются либо исчезают с возрастом. При этом необходимо учитывать, что ФГР существенно снижает качество жизни ребенка и членов его семьи.

Болевой абдоминальный синдром является ведущим клиническим проявлением гастроинтестинальных нарушений у детей. В отличие от болезненности, которая определяется при обследовании, например при пальпации, боль — это спонтанное негативное субъективное ощущение, возникающее в ответ на поступление в ЦНС патологических импульсов с периферии. Тип боли и ее характер не всегда зависят от первичных стимулов. Органы брюшной полости обычно нечувствительны ко многим патологическим стимулам, которые при воздействии на кожу вызывают сильную боль. В то же время растяжение или напряжение стенки полого органа значительно раздражает болевые рецепторы. К сожалению, нет точной корреляции между степенью поражения и степенью болевого синдрома, поэтому главными задачами врача остаются исключение острой хирургической патологии и назначение симптоматической терапии боли до выяснения этиологии заболевания.

Очень важно при дифференцировании абдоминальной боли учитывать так называемые симптомы тревоги, к которым относятся:

- возникновение острой боли в животе как первого симптома болезни;
- отказ от еды;
- изменение поведения ребенка (громкий плач, выраженное беспокойство или малоподвижность, вынужденное положение);
- пробуждение от боли или невозможность уснуть;
- появление рвоты на фоне боли;
- задержка стула, газов или диарея, метеоризм;
- запавшие глаза, заострившийся нос;
- бледность, холодный пот;
- тахикардия, не соответствующая температуре тела;
- тяжелое общее состояние с испуганным выражением лица;

• защитное напряжение передней брюшной стенки (Волосовец А.П., Кривоустов С.П., 2011).

Для функциональных болей преимущественно характерны отсутствие прогрессирования в течение заболевания,

меняющийся характер жалоб, оценка ребенком боли как очень сильной; многочисленные жалобы, касающиеся других органов и систем; короткий анамнез, завышенные требования родителей к ребенку, наличие проблем в школе, эмоциональный стресс в семье, отсутствие объективных изменений при обследовании. В основе функциональных болей лежит гладкомышечный спазм, сопровождающий моторно-эвакуаторные нарушения кишечника.

Спастическая боль — одна из основных составляющих абдоминального болевого синдрома. Соответственно, наиболее рациональным в фармакотерапии функциональных болей будет использование медикаментов, действие которых направлено против спазма.

Спазмолитические препараты применяются в медицинской практике со времен Гипократа. Родоначальниками этой группы лекарственных средств считаются алкалоиды мака снотворного и красавки обыкновенной. В настоящее время в зависимости от механизма действия различают нейротропные и миотропные спазмолитики (табл.).

Механизм действия	Препараты
Воздействующие на этапе проведения импульса (нейротропные)	Холинолитики (неселективные) — блокаторы М-холинорецепторов (атропин, платифиллин, белладонна, апрофен, гиосцина бутилбромид)
	Холинолитики (селективные) — прифиния бромид (Риабал)
Воздействующие на мышечные клетки (миотропные)	Неселективные — ингибиторы фосфодиэстеразы (дротаверин, папаверин, альверин, бенциклан)
	Селективные — блокаторы Na ⁺ -каналов (мебеверин); блокаторы Ca ²⁺ -каналов (тилония бромид, пинаверия бромид)

Современные спазмолитики должны удовлетворять ряду требований, таких как:

- высокая спазмолитическая активность;
- высокая скорость спазмолитического действия;
- длительный спазмолитический эффект;
- высокая безопасность;
- большой международный опыт применения;
- экономическая доступность для населения;
- возможность применения для самолечения (безрецептурные средства);
- наличие форм для перорального применения, в том числе для детей.

Несмотря на предпочтительность использования в фармакотерапии селективных препаратов, миотропные спазмолитики из группы донаторов оксида азота (нитраты) и антагонисты периферических рецепторов серотонина (ондансетрон, алосетрон) не рекомендованы в повседневной педиатрической практике из-за нежелательных побочных эффектов.

Риабал (прифиния бромид) — препарат для нормализации моторики пищевой трубки, ликвидации болевого синдрома и спазма. Риабал действует на всех уровнях ЖКТ, устраняя боль и другие симптомы (метеоризм, спазмы, расстройства перистальтики); обладает специфическим болеутоляющим и спазмолитическим влиянием на ЖКТ. Риабал не содержит анальгетиков, то есть, купируя спастическую боль, препарат облегчает состояние пациента и при этом не мешает диагностике острой хирургической патологии.

Риабал эффективно устраняет боль, обусловленную спазмами и гиперперистальтикой пищеварительного тракта при гастрите, колите, энтерите, дискинезии желчевыводящих путей, панкреатите, синдроме раздраженного кишечника, холецистите, язвенной болезни.

Младенческие кишечные колики

Младенческие кишечные колики — это функциональная абдоминальная боль, возникающая у детей первого года жизни. Для данной нозологии патогномичным будет так называемое правило троек:

- развиваются в течение первых 3 недель жизни;
- длятся более 3 часов в день;
- повторяются по меньшей мере 3 раза в неделю;
- продолжаются как минимум 3 недели;
- исчезают в возрасте >3 месяцев.

Причинами колик являются гипертонус и незрелость пищеварительного тракта, дефицит холинэстеразы, нарушение центральной регуляции, становление биоценоза, лактазная недостаточность, транзитная ферментная недостаточность.

Ввиду обилия причин и сложности патогенеза врач должен быть очень внимательным, поскольку важно не пропустить тревожных симптомов, появление которых требует дополнительного диагностического поиска. К ним относятся:

- нарушение прибавок в весе;
- нарушение психомоторного развития;
- приступы одышки и цианоза;
- наличие кожных симптомов (сыпь, отеки);
- рвота;
- упорная диарея;
- судороги;
- вялость;
- отказ от еды;
- лихорадка.

Долгосрочные меры по устранению кишечных колик включают коррекцию питания матери, нормализацию техники кормления, массаж живота младенца, гимнастику, поддержание комфортного психологического климата в семье. К сожалению, колика может развиваться у ребенка спонтанно, и в этом случае проблему необходимо решать неотложно.

Нередко младенческие кишечные колики дают начало формированию порочного круга: значительное ухудшение качества жизни семьи ребенка, угроза прерывания лактации и, как следствие, негативные моменты, связанные с искусственным вскармливанием. Решением проблемы может быть назначение спазмолитических препаратов, например Риабала, который имеет высокий профиль безопасности, разрешен к применению с момента рождения, не маскирует хирургическую патологию.

Регургитация у младенцев

Регургитация у младенцев (пассивный непроизвольный заброс пищи в ротовую полость и наружу) встречается у 20-50% детей первых 6 месяцев жизни. Диагностическими критериями регургитации является наличие у здорового ребенка в возрасте 3 недель — 12 месяцев перечисленных далее признаков: срыгивание ≥2 раз в день в течение ≥3 недель; отсутствие рвоты, примесей крови в рвотных массах, аспирации, апноэ, нарушений общего состояния, затруднений при кормлении и глотании или неправильного положения во время и/или после кормления.

Причинами регургитации могут быть анатомически короткий пищевод, ослабленная функция кардиального сфинктера, слаборазвитые дно и кардиальный отдел желудка, повышенный тонус гладкой мускулатуры. Факторами, способствующими развитию срыгивания, как правило, служат перекорм, аэрофагия (например, из-за неправильного захвата соска или слишком большого отверстия в соске), метеоризм.

Клиническими особенностями регургитации у младенцев является то, что срыгивание более одного раза в день встречается у >67% здоровых детей 4 месяцев, с возрастом их количество стремительно уменьшается (до 5% в 10-12 месяцев).

Согласно рекомендациям ESPGHAN терапия синдрома срыгивания должна проходить поэтапно и включать рекомендации, касающиеся образа жизни (техника кормления) и поведенческой терапии; положение тела во время сна; диетическая коррекция, и медикаментозное лечение (Риабал) при неэффективности диетической коррекции и поведенческих мер. В качестве крайней меры при отсутствии результата в случае первых двух подходов осуществляется хирургическое лечение.

Ацетонемический синдром

Ацетонемический синдром — это совокупность симптомов, сопровождающих повышение концентрации кетоновых тел в плазме крови (рвота, рефлекторный спазм, абдоминальная боль). В патогенезе данного состояния ключевую роль играет воздействие метаболического ацидоза на ЦНС и оболочку ЖКТ.

Терапия ацетонемического синдрома базируется на оральной регидратации, которая затруднена на фоне провоцируемой спазмом рвоты, поэтому необходимо исключить последний из клиники. Разумным выходом в данной ситуации будет назначение Риабала, который эффективно купирует спазм и позволит провести оральную регидратацию небольшими порциями жидкости.

Таким образом, Риабал востребован в педиатрической практике. Препарат хорошо переносится пациентами, его можно назначать с рождения. Он не проникает через гематоэнцефалический барьер, длительный прием данного лекарственного средства не оказывает негативного влияния на печень, почки, систему кровообращения. Препарат выпускается в двух формах: сироп (по 60 мл во флаконе, 7,5 мг/5 мл) и таблетки (30 мг). О безопасности Риабала свидетельствует статистика побочных эффектов, частота возникновения которых составляет лишь 0,0008%, что позволяет рекомендовать этот препарат для лечения гастроинтестинальных нарушений у детей раннего возраста.

Подготовил **Сергей Панчев**

