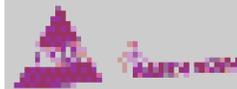




РІАБАЛ Пакфіню брэнду



Згідно з вимогами
державної фармакологічної
обогочення



РІАБАЛ

Правильний погляд на біль

Складовими інгредієнтами цього препаративного формувалу РІАБАЛ

є складні лікарські засоби: вітамін В1 (тиамін) і вітамін В12 (кобальт). Ці вітаміни є важливими факторами, що впливають на функції нервової системи, зокрема на передачу нервових імпульсів. Вони також беруть участь у синтезі гемоглобіну, що забезпечує доставку кисню до всіх клітин організму. Крім того, ці вітаміни мають протизапальні властивості, що допомагає зменшити біль і запалення. РІАБАЛ є ефективним препаратом для лікування больового синдрому, зокрема при остеохондрозі, артрозах, радикулопатіях та інших захворюваннях опорно-рухового апарату. Він також може бути використаний для лікування неврологічних захворювань, таких як поліневропатія, парези та паралічі. РІАБАЛ є безпечним препаратом, який не має протипоказань і побічних ефектів. Він може бути використаний у вигляді таблеток, розчину для ін'єкцій та супозиторіїв. Дозування препарату визначається лікарем залежно від клінічної ситуації та стану пацієнта. РІАБАЛ є одним з найкращих препаратів для лікування больового синдрому, який має натуральне походження та не викликає залежності.



Препарат РІАБАЛ є однією з найбільш ефективних форм лікування для лікування захворювань опорно-рухового апарату. Для розширення спектра застосування препарату, призначено для лікування ушкоджень гомілої, а також для розширення спектра застосування препарату, призначено для лікування захворювань опорно-рухового апарату. Препарат РІАБАЛ є одним з найбільш ефективних препаратів для лікування больового синдрому, який має натуральне походження та не викликає залежності.

Особенности абдоминального болевого синдрома у детей

По материалам научно-практической конференции «Новые медицинские технологии в педиатрии и семейной медицине», посвященной памяти академика Б.Я. Резника, 6-7 апреля, г. Одесса

По данным Международной ассоциации по изучению боли (IASP), алгия является наиболее частой причиной обращения к врачу и одним из основных поводов для экстренной госпитализации. Проблема хронической абдоминальной боли носит мультидисциплинарный характер и требует согласованной работы врача-педиатра или семейного врача, детского гастроэнтеролога, детского хирурга, детского психолога и других специалистов.



О диагностике боли в животе и подходах к ее лечению подробно рассказала заведующая кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Ольга Юрьевна Белоусова.

— Абдоминальная боль (АБ) — важная адаптационная реакция организма. АБ служит сигналом опасности в ответ на действие повреждающего фактора. Однако боль, которая многократно повторяется, теряет свою защитную функцию и становится одним из клинических симптомов заболевания. У пациентов с острой болью первоочередной задачей является установить и устранить причину алгии. АБ у ребенка всегда должна вызывать настороженность. Острая АБ требует исключения неотложного состояния, в том числе хирургического, и безотлагательного оказания медицинской помощи. Хронической считают АБ, которая продолжается более 3 мес. Причина хронической АБ, как правило, уже известна и трудно устранима, а основная задача сводится к адекватному купированию болевого синдрома.

Особенности АБ у детей состоят в том, что ребенку бывает трудно описать свои ощущения, их локализацию, иррадиацию. Любые болевые ощущения дети младшего возраста локализируют в области пупка, что является малоинформативным и ненадежным диагностическим критерием; более того, любой дискомфорт в организме они склонны отождествлять с болью в животе.

В соответствии с анатомией нервной системы брюшной полости выделяют 3 типа боли в животе. Висцеральная боль появляется в результате спазма или растяжения стенок полых органов и капсулы паренхиматозных органов; как правило, для нее не характерна четкая локализация; ощущается ближе к срединной линии живота, поскольку внутренние органы имеют билатеральную иннервацию. Висцеральная боль чаще носит схваткообразный характер, но может быть и тупой; сопровождается выраженными вегетативными реакциями, тошнотой, рвотой, беспокойством. Parietalная боль возникает при раздражении париетальных листков брюшины, содержащих большое количество соматических механорецепторов, которые имеют высокий болевой порог чувствительности. Это обеспечивает отчетливую локализацию АБ в области ее возникновения и иррадиации. Отраженная боль представляет собой проекцию патологического процесса, локализованного вне брюшной полости, на переднюю брюшную стенку посредством центральных афферентных нейронов. Локализация и характер боли служат подсказками для врача в диагностическом поиске. Для выявления причин АБ также имеет значение связь боли с приемом пищи (ранние боли, поздние или возникающие во время приема пищи), ее составом (боль после потребления жирных, острых блюд, молочных, мучных продуктов) или объемом (появление боли при приеме небольших порций пищи).

Хроническая АБ может иметь органическую либо функциональную природу. Органическая АБ имеет воспалительный, обструктивный, ишемический, дистензионный (обусловлена чрезмерным расширением отделов), ретенционный (связана с нарушениями проходимости / задержкой продвижения содержимого по пищеварительному тракту, системам билиопанкреатических протоков), онкологический, перфоративный, нейропатический генез. Функциональная АБ является диагнозом исключения, причем важно исключить не только патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (синдром мальабсорбции, болезнь Крона, панкреатит, неспецифический язвенный колит, врожденные аномалии развития ЖКТ, синдром Золлингера-Эллисона, опухоли), но и заболевания других органов и систем (метаболические расстройства — порфирию, уремию, болезнь Аддисона; гематологические заболевания — серповидноклеточную анемию, лейкозы; токсические реакции — отравление тяжелыми металлами, лекарственную болезнь). У части больных может наблюдаться псевдоабдоминальный синдром, который характеризуется наличием отраженной

боли, связанной с патологией других органов или систем. В некоторых случаях приходится исключать и так называемый синдром Мюнхгаузена, когда ребенок со специфическими особенностями личности симулирует или аггрирует боль в животе.

Признаки, исключающие диагноз функциональной АБ:

- немотивированная потеря массы тела;
- ночные боли;
- лихорадка;
- любые изменения, выявленные при непосредственном обследовании больного (гепатомегалия, спленомегалия, увеличение лимфоузлов и т. д.);
- любые изменения лабораторных показателей мочи, кала и крови (положительная реакция на скрытую кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, повышение СОЭ и т. д.);
- любые изменения, обнаруженные с помощью инструментальных исследований (желчные камни, дивертикулы толстой кишки, кисты поджелудочной железы, расширенный общий желчный проток и т. д.).

В детском возрасте к вышеперечисленным симптомам добавляются:

- необычная выраженность симптомов;
- прогрессирующее течение заболевания;
- дисфагия;
- частая персистирующая рвота;
- задержка физического развития, пубертата;
- отягощенный семейный анамнез в отношении язвенного колита, болезни Крона, целиакии, язвенной болезни.

При обследовании ребенка с АБ в первую очередь врач должен ответить на следующие вопросы:

- Является ли АБ отражением острой хирургической патологии, требующей безотлагательного оперативного лечения?
- В случае хронической или рецидивирующей боли — боль имеет органический или функциональный характер?
- Если боль органического происхождения, то о каком заболевании идет речь?

В дополнение к этому алгоритму можно рекомендовать использование диагностического алгоритма профессора А.А. Баранова (2013).

1. Сбор жалоб и анамнеза с выявлением наиболее значимых факторов риска развития гастроэнтерологической патологии:

- наследственная отягощенность в отношении заболеваний пищеварительной системы;
- частые простудные заболевания;
- вирусный гепатит в анамнезе;
- лямблиоз, аскаридоз, дизентерия в анамнезе;
- аппендэктомия;
- очаги инфекции в носоглотке;
- хронические заболевания легких;
- аллергические или невротические состояния.

2. Физикальное обследование.

3. Общеклинические исследования (анализ крови, мочи, кала на яйца гельминтов, скрытую кровь, энтеробиоз, копрограмма).

4. Инструментальное исследование (при необходимости): эзонография, эндоскопическое исследование, определение состояния секреторно-ферментативной функции.

Врачебная тактика у пациентов с органической и функциональной АБ отличается. При органической АБ в основе терапии должен лежать патогенетический принцип, следует лечить основное заболевание, механизмы которого часто совпадают с таковыми болевого синдрома. Правильно подобранная терапия способствует исчезновению или уменьшению АБ как главного симптома болезни. При этом длительность приема анальгетиков сокращается вдвое, а в некоторых случаях вообще удается избежать их назначения. Например, при язвенной болезни применение ингибиторов протонной помпы обеспечивает исчезновение боли через 3-4 дня, а у пациентов с хроническим панкреатитом использование препаратов, уменьшающих панкреатическую и желудочную секрецию, способствует снижению давления в панкреатических протоках и уменьшает боль.

Функциональная АБ требует комплексной коррекции, направленной на ликвидацию основного механизма боли (нарушение моторики и чувствительности) в сочетании с психотерапевтическими методами. Практически любое

заболевание ЖКТ может приводить к повышенному образованию газов и нарушать их пассаж по кишечнику. Хорошо известно, что ЖКТ является своеобразным «громомотором» нервной системы. Это значит, что определенные эмоциональные состояния способны трансформировать моторную активность кишечника в АБ. Функциональная боль в животе легко возникает у детей и подростков под действием психогенных причин, причем интенсивность болевых ощущений (колик) может быть крайне высокой.

Коррекция нарушений моторики органов пищеварения сводится к решению 3 задач:

- борьба с гипоперистальтикой (функциональные запоры, младенческая дисхезия);
- борьба с гиперперистальтикой (гладкомышечный спазм);
- борьба с метеоризмом (газовая колика).

В настоящее время для борьбы с метеоризмом применяют кишечные пеногасители на основе симетикона и М-холинолитики. Не рекомендовано использование очистительных клизм и ректальных суппозиториях, которые способны воздействовать на газы только в дистальных отделах толстого кишечника. Прокинетики также не подтвердили своей эффективности в лечении метеоризма. Энтеросорбенты результативны только в высоких дозах, которые могут провоцировать запоры у детей.

Купирование гладкомышечного спазма — особо актуальная задача. Спазм сопровождается моторно-эвакуаторными нарушениями кишечника и является одной из составляющих АБ. Согласно данным международной классификации АТС (Anatomical Therapeutic Chemical classification system), которая в настоящее время используется в фармакотерапии, к релаксантам гладкой мускулатуры ЖКТ относятся:

- антагонисты серотониновых рецепторов — антиэметики (ондансетрон, гранисетрон, трописетрон);
- антагонисты холецистокинина (эти препараты не зарегистрированы для применения в педиатрии);
- средства, влияющие на к-рецепторы (налорфин, налоксон, промедол, трамадол);
- блокаторы кальциевых каналов (верапамил, амлодипин);
- миотропные спазмолитики (дротаверин, папаверин, мебеверин);
- М-холинолитики (прифиния бромид).

В рутинной педиатрической практике применяют в основном М-холинолитики, поскольку это единственная группа препаратов, которую можно использовать у детей раннего возраста.

Риабал® — эффективный спазмолитик, который благодаря высокой селективности действия обладает хорошим профилем безопасности и может применяться у новорожденных и беременных.

Риабал® действует на всех уровнях ЖКТ, устраняет гиперперистальтику, спазм, боль, метеоризм за счет специфического спазмолитического и болеутоляющего действия. Прифиния бромид эффективно корректирует повышенную моторную активность ЖКТ, способствует нормализации перистальтики и опорожнению желудка, снижает тонус гладкой мускулатуры и умеренно угнетает секрецию соляной кислоты. Риабал® не только обеспечивает купирование боли, но и влияет на прогноз заболевания, его течение и качество жизни пациентов.

Учитывая механизм действия Риабала, его применяют у больных с гастроэнтерологической патологией при болевом синдроме, явлениях мышечного спазма и гиперсекреции, в том числе при:

- функциональной диспепсии;
- язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- хроническом гастродуодените;
- дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди;
- хроническом панкреатите;
- острым и хроническом энтерите;
- острым и хроническом колите.

Таким образом, боль в животе — это свидетельство не только физического страдания, но и психоэмоциональная, стрессовая ситуация в жизни ребенка. Нельзя опускать, чтобы ребенок неделями испытывал болевые ощущения и ждал, когда врач определит их причину и назначит лечение.

Риабал® — высокоэффективный препарат, снижающий моторную активность пищеварительного тракта и устраняющий спазм гладкой мускулатуры. Риабал® не является анальгетиком. Он может быть рекомендован пациентам с хронической патологией ЖКТ, в том числе беременным и новорожденным, для купирования АБ.

Подготовила Мария Маковецкая

