

Риабал: зрелый подход к детским проблемам

Уже с первых месяцев жизни у многих детей возникает абдоминальный болевой синдром и кишечные колики, что значительно ухудшает качество жизни не только ребенка, но и его родителей. Причиной возникновения абдоминальной боли у детей раннего возраста могут быть различные функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, в том числе кишечные колики, которые развиваются у младенцев в связи с анатомо-физиологической незрелостью пищеварительной системы, частым наличием перинатальной патологии. Устранение боли является одним из наиболее важных принципов в лечении, в особенности в педиатрической практике. Какими же характеристиками должен обладать обезболивающий и спазмолитический препарат, оптимальный для использования у детей, в том числе и у младенцев? Этой теме был посвящен сателлитный симпозиум, проведенный при поддержке известной фармацевтической компании «Мегаком» в рамках научно-практической конференции «Современные технологии в педиатрической науке, практике и образовании», которая состоялась 8-9 апреля 2010 г. в Одессе.

Работу сателлитного симпозиума открыла заведующая кафедрой госпитальной педиатрии и детских инфекционных заболеваний Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко. Она рассказала о необходимости проведения рациональной спазмолитической терапии в педиатрической практике.



— Абдоминальный болевой синдром является ведущим клиническим проявлением заболеваний органов пищеварения у детей. По данным исследований зарубежных и отечественных авторов, практически четверть младенцев страдают от кишечных колик. К сожалению, в школьном возрасте количество детей с симптомами функциональной и органической патологии желудочно-кишечного тракта только увеличивается.

Различают несколько типов абдоминальной боли: висцеральную, которая вызвана спазмом и растяжением стенок полых органов, париетальную, обусловленную раздражением париетальных листков брюшины, и отраженную, которая возникает в зоне проекции патологического процесса. Для врача-педиатра бывает сложно определить точную причину болевой реакции у ребенка. Стереотипность реакции детей, особенно раннего возраста, на боль требует повышенного внимания со стороны врача. Наиболее важным при осмотре маленького пациента с абдоминальным болевым синдромом является проведение дифференциальной диагностики с острой хирургической патологией.

Клиницист должен помнить о симптомах тревоги, которые свидетельствуют о высокой вероятности наличия у пациента острой хирургической патологии: появление боли как первичного симптома, отказ от еды, изменение поведения ребенка, малоподвижность, отсутствие стула и газов, появление рвоты на фоне боли, несоответствующая температурная реакция, напряжение мышц передней брюшной стенки. В случае исключения острой хирургической патологии основной задачей врача при абдоминальной боли у ребенка становится назначение симптоматической терапии до выяснения этиологии заболевания.

Одним из важнейших аспектов лечения абдоминальной боли является рациональное назначение средств фармакотерапии, в первую очередь спазмолитических препаратов. Их действие характеризуется расслаблением гладких мышц, улучшением кровоснабжения полых органов, уменьшением внутриполостного давления и устранением чувства боли. В отличие от анальгетиков

спазмолитики не только купируют боль как симптом, а устраняют спазм, который является непосредственной причиной боли.

Основными требованиями, которые предъявляют к спазмолитическим препаратам, являются: выраженная спазмолитическая активность, быстрое наступление эффекта, длительность действия, высокая безопасность, доступность, наличие форм для перорального применения, солидная доказательная база. Согласно существующей классификации спазмолитические препараты представлены 3 группами: нейротропные спазмолитики, миотропные спазмолитики и спазмолитики смешанного действия. Первая группа включает М-холиноблокаторы природного происхождения (атропин, платифиллин, скополамин, гиосциамин) и синтетические М-холиноблокаторы (гиосцина бутилбромид, прифиния бромид, флоризил, пирензепин). Одним из недостатков природных М-холиноблокаторов является неселективность их действия — наряду со спазмолитическим действием эти препараты часто вызывают тахикардию, мидриаз, паралич accommodation, повышение внутриглазного давления. В свою очередь, селективные синтетические спазмолитики воздействуют преимущественно на гладкомышечную ткань внутренних органов и характеризуются значительно более высоким профилем безопасности.

Миотропные спазмолитики в отличие от нейротропных оказывают прямое воздействие на клетки гладкой мускулатуры, изменяя ионный баланс в клеточной мембране и цитоплазме. В результате этого запускаются сложные биохимические реакции, приводящие к уменьшению интенсивности сократительной активности клеток. К миотропным спазмолитическим препаратам относятся блокаторы натриевых каналов (мебеверина гидрохлорид), селективные блокаторы кальциевых каналов (отилония бромид, пинаверия бромид), ингибиторы фосфодиэстеразы (дротаверин, папаверин, бенциклан), донаторы оксида азота (изосорбида динитрат, изосорбида-5-мононитрат, нитроглицерин). Принципом действия блокаторов натриевых каналов является предотвращение вхождения ионов натрия и калия в гладкомышечную клетку, что приводит к длительной ее релаксации (до 16 ч). Однако препараты этой группы не рекомендуют назначать детям младше 12 лет.

Ингибиторы фосфодиэстеразы оказывают выраженный спазмолитический эффект на органы не только желудочно-кишечного тракта, но и мочеполовой системы, бронхи и периферические сосуды, что может сопровождаться развитием побочных эффектов (головокружение, потливость, гипотония и другие).

Такое множество препаратов со спазмолитическим действием ставит перед педиатром вполне закономерный вопрос

о том, какой именно препарат выбрать. Для проведения рационального обезболивания мы используем нейротропные спазмолитики, которые прочно удерживают лидирующие позиции в лечении спастического болевого синдрома в гастроэнтерологии. Препараты этой группы используются в первую очередь при лечении функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, таких как функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, дискинезия желчевыводящих путей, а также при обострении язвенной болезни и хронического холецистита. Наиболее ярким и широко применяемым представителем этой группы препаратов является прифиния бромид (Риабал) — селективный М-холиноблокатор из группы четвертичных аммонийных соединений, который не проникает через гематоэнцефалический барьер. Этот препарат оказывает специфическое спазмолитическое действие на желудочно-кишечный, желчевыводящий и мочевыводящий тракты, способствует опорожнению желудка, оказывает корректирующее влияние при повышенной моторной активности органов пищеварения. Риабал используется в гастроэнтерологической практике при остром и хроническом гастрите, при дискинезии желчевыводящих путей, холецистите, остром и хроническом панкреатите, остром и хроническом энтерите, синдроме раздраженного кишечника, мочекаменной болезни, в качестве симптоматической терапии при пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Риабал выпускается в трех лекарственных формах — таблетки, сироп, раствор для инъекций, что дает возможность применять его у пациентов всех возрастных групп.

Первые сообщения о синтезе молекулы прифиния бромида появились в 70-х годах XX века. В последующем в 1981 и 1985 гг. Kubo и Morikawa провели серию сравнительных исследований различных спазмолитических средств, результаты которых показали, что прифиния бромид является наиболее эффективным. В 1995 г. M. Magalini и F. Monica провели двойное слепое контролируемое исследование эффективности прифиния бромида и гиосцина бутилбромид в эндоскопической премедикации. На основании полученных данных ученые пришли к выводу, что спазмолитический эффект прифиния бромида может облегчить проведение эндоскопического исследования.

В нашей стране также проводились многочисленные исследования эффективности препарата Риабал в гастроэнтерологической и педиатрической практике. Так, в 2007 г. под руководством профессора О.Я. Бабака была изучена эффективность прифиния бромида в лечении функциональных заболеваний желчевыводящих путей. Затем на базе кафедры гастроэнтерологии и терапии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии профессором Ю.М. Степановым была проведена сравнительная оценка эффективности прифиния бромида и дротаверина гидрохлорида в лечении болевого абдоминального синдрома, который возникает при различной патологии желудочно-кишечного тракта. Данные этих исследований показали, что прифиния бромид более эффективен в купировании абдоминальной боли.

С особенностями лечения гастроинтестинальных нарушений у детей раннего

возраста слушателей ознакомила доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии ФПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Наталья Владимировна Нагорная.



— Наиболее распространенными среди гастроинтестинальных нарушений у детей раннего возраста являются кишечные колики. Данные расстройства сопровождаются изменением самочувствия мла-

дenceв, приводят к нарушениям сна, аппетита и психоэмоционального состояния. Среди основных причин гастроинтестинальных нарушений у младенцев выделяют анатомическую и функциональную незрелость органов пищеварения, несоординированность работы разных органов системы пищеварения, недоношенность, перенесенная внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах, длительный период полного парентерального питания, раннее начало искусственного вскармливания и др. Еще одним фактором развития кишечных колик у младенцев в последнее время считается дефицит холецистоккина, который обладает седативным действием и влияет на сократимость желчного пузыря и секрецию ферментов поджелудочной железы.

Лечение абдоминального болевого синдрома у детей необходимо начинать с немедикаментозных методов. В пошаговом алгоритме устранения болевого синдрома первым этапом является семейная психотерапия. Снятие психического напряжения, создание спокойного психологического микроклимата в окружении ребенка, нормализация образа жизни во многом способствуют ликвидации функциональных нарушений. Следующим этапом является организация рационального питания матери, которая включает ограничение жирных продуктов и вызывающих метеоризм, а также экстрактивных веществ, замену коровьего молока кисломолочными продуктами и др.

Еще одним важным аспектом лечения абдоминальной боли при функциональных нарушениях у младенцев являются физические методы: массаж и тепло на область живота, выкладывание ребенка на живот, а также применение механических средств (газоотводная трубка, клизма). При недостаточной эффективности вышеуказанных методов назначаются спазмолитические средства. Одним из наиболее эффективных спазмолитиков, который можно назначать детям раннего возраста, является прифиния бромид (Риабал). В 2007 г. на базе нашей кафедры было проведено исследование, цель которого — обосновать дифференцированный подход к назначению препаратов в лечении гастроинтестинальных расстройств у детей раннего возраста. Полученные результаты показали, что Риабал является эффективным и безопасным препаратом в уменьшении частоты и выраженности болевого и диспептического синдромов и сохраняет свой положительный эффект в течение длительного времени. Затем в 2008 г. мы оценивали эффективность различных схем назначения прифиния бромида у детей раннего возраста с гастроинтестинальными нарушениями. Данные исследования позволили нам прийти к выводу, что детям с рецидивирующими функциональными гастроинтестинальными расстройствами

после 2-недельного курса терапии Риабалом в полной дозе следует назначать поддерживающую терапию в течение 4 нед в дозе, составляющей 1/3 от суточной.

Собственным опытом применения прифиния бромида в комплексной терапии дисфункции билиарной системы у детей поделился **заведующий кафедрой педиатрии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Марушко.**



– Заболевания билиарной системы занимают значительное место в структуре болезней органов пищеварения. Наиболее часто эти заболевания характеризуются функциональными нарушениями желчного пузыря, желчевыводящих путей и сфинктерного аппарата. Согласно Римским критериям III (2006) функциональные нарушения билиарного тракта определяются как комплекс клинических симптомов, который возникает вследствие моторно-тонической дисфункции желчных путей и сфинктеров билиарной системы без признаков воспалительного процесса.

К причинам развития первичных дискинезий желчевыводящих путей относятся нарушение питания, дисфункции вегетативной нервной системы, неврозы и неврозоподобные состояния, пищевая аллергия, наследственность, гиподинамия, эндокринная патология, хронические очаги инфекций. Среди причин вторичных дискинезий выделяют аномалии развития желчного пузыря, хроническую гастродуоденальную патологию, которая обуславливает изменение интрадуоденального давления, перенесенный вирусный гепатит, паразитарные инфекции и др. Согласно существующей классификации выделяют гиперкинетическую, гипокINETическую, гипертоническую, гипотоническую формы дисфункции желчевыводящих путей. В начале заболевания преобладают гиперкинетические формы дискинезии желчного пузыря, но при длительном течении развиваются гипокINETические варианты.

Главной причиной развития дискинезии желчевыводящих путей является нарушение синхронности в работе желчного пузыря и сфинктерного аппарата билиарной системы, что проявляется возникновением боли и диспептических расстройств. При наличии клинических симптомов заболеваний билиарной системы проводят ультразвуковое исследование, биохимический анализ крови с определением уровня печеночных и панкреатических ферментов. При отсутствии отклонений в проведенных исследованиях проводят холесцинтиграфию на фоне введения холецистокинина, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, манометрию сфинктера Одди.

На сегодняшний день наиболее оптимальным препаратом в лечении болевого синдрома при дискинезии желчевыводящих путей в педиатрической практике является селективный М-холиноблокатор прифиния бромид (Риабал). В отличие от других спазмолитиков этот препарат избирательно блокирует М-холинорецепторы желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей и мочевого тракта, что обуславливает положительный эффект при спазмах и гиперперистальтике. В связи с высокой селективностью препарата его побочные действия менее выражены.

Для подтверждения клинической эффективности и безопасности Риабала в лечении дискинезии желчевыводящих путей у детей на базе нашей кафедры было проведено исследование, в котором принимали участие 44 ребенка в возрасте от 6 до 15 лет. Диагноз «функциональные нарушения желчевыводящих путей» был установлен на основании данных анамнеза, клинических проявлений, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Для дифференцирования вариантов дискинетических нарушений проводилась динамическая эхохолецистография с желчегонным средством. Кроме болевого синдрома, детей беспокоили диспепсические проявления, астеноневротические нарушения и симптомы хронической специфической интоксикации.

Лечебные мероприятия включали нормализацию режима дня и питания, коррекцию психоэмоционального состояния, назначение желчегонных препаратов, физиотерапевтических процедур. Для устранения гиперкинетического состояния желчного пузыря и гипертонуса сфинктеров в нашем исследовании использовался Риабал.

Пациенты принимали препарат в течение 7 дней перорально 3 раза в сутки по 30 мг. Дети до 8 лет принимали препарат в виде сиропа в дозировке по 20 мл, дети старше 8 лет – по 1 таблетке 3 раза в сутки. Эффект от использования Риабала наблюдался уже на 4-е сутки от начала лечения у значительного количества больных с гипертонусом сфинктера Одди в комбинации с гипо- и нормокINETическим состоянием желчного пузыря.

У пациентов с гипертонически-гиперкинетическим типом дискинезии желчевыводящих путей спазмолитический эффект наступал на 7-й день от начала терапии.

Таким образом, Риабал является эффективным препаратом в купировании болевого синдрома. Благодаря своим фармакологическим свойствам этот препарат обладает высоким профилем безопасности и может использоваться в лечении пациентов всех возрастных групп. Прифиния бромид показан для широкого применения в лечении функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта в педиатрической практике.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

37

РІАБАЛ

(сироп)

Інформація для спеціалістів. З повною інформацією про препарат Ви можете ознайомитись в Інструкції для медичного застосування. Р.п.: №014/2908/02/01



Відчуття внутрішнього комфорту

- ❖ РІАБАЛ - єдиний в Україні спазмолітик у формі сиропу, спеціально розроблений для дітей найбільш раннього віку.
- ❖ Як спазмолітик РІАБАЛ усуває головну причину кишкової коліки – спазм і порушення моторики кишківника.
- ❖ РІАБАЛ позбавить малюка від кишкової коліки і знизить рівень тривоги батьків.

 **МЕГАКОМ**
Фармацевтична компанія

Мегаком дає можливість українському лікарю реалізувати свою найважливішу функцію - зцілювати, а українському пацієнту з будь-яким достатком - право на одужання.