



РІАБАЛ

Прифінію бромід

20 таблеток,
вкритих плівковою
оболонкою



РІАБАЛ

Правильний погляд на біль

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату РІАБАЛ

Склад лікарського засобу: діюча речовина: *prifinium bromide*; 1 таблетка містить прифінію броміду 30 мг; допоміжні речовини: лактози моногідрат, крохмаль картопляний, повідон К-30, кремнію діоксид колоїдний безводний, магнію стеарат, натрію кроскармелоза, еритрозин (Е 127); оболонка: Instacoat Aqua II (IA-II-30107). Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Таблетки круглої форми з двоопуклою поверхнею, вкриті плівковою оболонкою, рожевого кольору. Показання для застосування. Біль, пов'язаний зі спазмами та підвищеною перистальтикою травного тракту: при гастриті, виразці шлунка та дванадцятипалої кишки, ентериті, коліті, після гастректомії. Біль, пов'язаний зі спазмами та дискінезією жовчовивідних протоків: при холециститі, жовчнокам'яній хворобі. Біль при панкреатиті. Біль при спазмах сечовивідного тракту: при наявності конкрементів у сечовому тракті, тенезмах сечового міхура, циститі, пієліті. Призначають перед ендоскопією шлунка та шлунково-кишковою рентгенографією. Призначають при дисменореї. Протипоказання. Підвищена чутливість до прифінію броміду або до будь-якого компонента препарату. Глаукома, гіпертрофія простати III ступеня, гостра затримка сечовипускання. Спосіб застосування та дози. Таблетки Ріабалу застосовують перорально. Дітям віком 6-12 років – по 15-30 мг 2-3 рази на добу. Дітям віком від 12 років та дорослим – по 30-60 мг 3 рази на добу. При гострому різкому болю дорослим можна призначати 90 мг за 1 прийом. У разі необхідності застосування прифінію броміду у дозі 15 мг призначають препарат у відповідному дозуванні або у формі сиропу. Передозування. Симптоми: при перевищенні середньої терапевтичної дози у 100 разів можливі галюцинації, курареподібний ефект (пригнічення дихання). Лікування: промивання шлунка, застосування слабкого соляного розчину, щоб викликати діарею. Внутрішньом'язово, внутрішньовенно або підшкірно вводять 1-2 мг фізостигміну саліцилату для контролю впливу антихолінергічних засобів на центральну та периферичну нервову систему. У разі необхідності проводять штучну вентиляцію легень. Побічні ефекти. В осіб з підвищеною чутливістю рідко можливі прояви алергічних реакцій. З боку шкіри: ангіоневротичний набряк, кропив'янка, гіперемія, висипання, свербіж, почервоніння шкіри. У поодиноких випадках можливе виникнення таких побічних ефектів: з боку органів зору: порушення акомодатції, затуманення зору; з боку травного тракту: сухість у роті, запор, нудота; з боку серцево-судинної системи: припливи, тахікардія, підвищення артеріального тиску, відчуття серцебиття; з боку нервової системи: тремор, головний біль, слабкість; з боку сечовивідної системи: затримка сечовипускання. Ці побічні реакції минають при зниженні дози або після відміни препарату. Р. п.: № UA/2908/03/01



Возможности купирования абдоминальной боли: пациент не должен страдать!

Диагностика причин возникновения синдрома абдоминальной боли (САБ) у пациента, впервые обратившегося за консультацией с соответствующими жалобами, зачастую представляет собой сложную задачу для гастроэнтерологов и тем более для врачей общей практики.

Врачам со студенческой скамьи хорошо известно, что при острой хирургической патологии применение анальгетиков на догоспитальном этапе противопоказано, поскольку они могут на какое-то время замаскировать клиническую картину и послужить причиной несвоевременной постановки точного диагноза, тем самым отсрочив выполнение жизненно важного экстренного оперативного вмешательства. Однако в реальной клинической практике в структуре распространенности причин САБ острая хирургическая патология («острый живот») занимает весьма скромные позиции и в типичных случаях не вызывает у опытного клинициста значительных диагностических затруднений. В большинстве случаев данный симптомокомплекс все же обусловлен хроническими органическими заболеваниями и функциональными расстройствами (ФР) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При этом САБ ежедневно причиняет пациенту значительный дискомфорт, снижает его трудоспособность и существенно ухудшает качество жизни, что закономерно ставит перед гастроэнтерологом задачу выбора средств патогенетической и/или симптоматической терапии, которые могут быстро купировать болевой синдром.

Гастроэнтерологи, терапевты и врачи скорой помощи наиболее часто сталкиваются с таким типом САБ, как хроническая абдоминальная боль (ХАБ), которая в большинстве случаев является основным симптомом того или иного гастроэнтерологического заболевания. По данным последнего метаанализа 14 клинических исследований, выполненного немецкими учеными (A. Viniol et al., 2014) и посвященного изучению распространенности, этиологии и прогноза САБ, сегодня он является одной из ведущих причин обращения пациентов за медицинской помощью. При этом у одной трети пациентов так и не удается точно установить причину развития данной симптоматики. По данным авторов, в этиологической структуре САБ доминируют такие нозологические формы, как гастроэнтерит (7,2-18,7%), синдром раздраженного кишечника (2,7-13,2%), урологическое заболевание (5,3%) и гастрит (5,2%). Острая хирургическая патология (аппендицит, дивертикулит, хирургические заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы, злокачественные новообразования) были выявлены только у 1 из 10 пациентов, впервые обратившихся за помощью с жалобами на боль в животе.

При боли любого генеза традиционно используют анальгезирующие препараты разных групп. Однако, если при болевом синдроме неабдоминального происхождения применение анальгетиков полностью оправданно, при ХАБ их назначение имеет серьезные ограничения и противопоказания. С одной стороны, быстрое купирование боли, безусловно, является позитивным моментом и способствует улучшению самочувствия больного. С другой стороны, применение анальгетиков при ХАБ часто является неоправданным, так как назначается врачом только с позиции интенсивности боли без учета механизмов ее возникновения. Часто назначение анальгетиков маскирует истинные причины ХАБ, в результате чего происходит подмена базисного лечения основного заболевания, вызывающего боль, что способствует его прогрессированию. Кроме того, в ряде случаев необоснованное или неконтролируемое применение анальгетиков приводит к полипрагмазии, взаимодействию компонентов применяемых лекарственных средств и осложнению течения заболевания (Е.А. Белоусова, Н.В. Никитина, 2012).

Спазм как ведущий патогенетический механизм ХАБ

Для успешного воздействия на ХАБ следует учитывать не только локализацию и интенсивность боли, но и доминирующий механизм (или механизмы) ее развития. По механизму возникновения абдоминальная боль делится на спастическую (вызвана спазмом гладкой мускулатуры), дистензионную (при растяжении полых органов), перитонеальную (при поражении брюшины) и сосудистую (при патологии сосудов, кровоснабжающих органы). При ФР ЖКТ, являющихся наиболее распространенными причинами ХАБ, доминируют спастический и дистензионный механизмы патогенеза боли; при органических заболеваниях на первый план выходят воспалительные и ишемические изменения (Ю.М. Степанов, 2009). В случае органического заболевания при правильно построенной эффективной патогенетической терапии купирование боли происходит на фоне базисного лечения и необходимость дополнительного назначения анальгетиков, как правило, не возникает (язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический панкреатит, хронический холецистит, болезнь Крона). Наибольшую сложность для врача представляет трактовка ХАБ функционального характера, то есть боли, вызванной ФР ЖКТ. Трудность в этих случаях заключается в том, что при обследовании не обнаруживается видимый органический или морфологический субстрат, вызывающий боль. Это определяет неправильную тактику ведения больных: в лучшем случае их направляют к психотерапевту, в худшем они вообще

остаются за пределами внимания врача. Именно этим больным чаще всего необоснованно назначают анальгетики, руководствуясь пониманием боли только как симптома, без учета ее механизмов (Е.А. Белоусова, Н.В. Никитина, 2012).

! В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что именно спазм гладкой мускулатуры органов ЖКТ и билиарного тракта является одним из наиболее распространенных механизмов возникновения САБ у пациентов с гастроэнтерологической патологией.

Контроль болевого синдрома спастического характера является одним из важнейших компонентов лечебной тактики при ведении пациентов с патологией пищевода, воспалительными заболеваниями кишечника, СРК, панкреатитом, дискинезией желчевыводящих путей и др. (А.Э. Багрий, 2010). Поэтому спазмолитики сегодня остаются препаратами выбора для снятия спазма и купирования боли, прежде всего при ФР ЖКТ. Вызываемое спазмолитиками расслабление гладкой мускулатуры сопровождается снижением тонуса стенок полых органов и внутрипросветного давления – тем самым спазмолитики опосредованно воздействуют и на дистензионный механизм развития САБ. Важно, что назначение спазмолитиков не является непосредственным вмешательством в механизмы болевой чувствительности и благодаря этому не затрудняет диагностику острой хирургической патологии.

Существует несколько групп спазмолитиков, различающихся по механизму действия: блокаторы холинорецепторов, блокаторы натриевых каналов, блокаторы кальциевых каналов и блокаторы фосфодиэстеразы-4 (ФДЭ-4), ингибирующие поступление кальция в цитоплазму миоцита из внутриклеточных депо. Они воздействуют на различные (в основном на конечные) этапы реализации сократительной активности гладкомышечных клеток. При этом первой клеточной структурой, на которую следует воздействовать, чтобы заблокировать развитие дальнейших событий, ведущих к образованию актин-миозинового комплекса, являются именно М-холинорецепторы. В настоящее время известно о существовании 5 типов М-холинорецепторов, плотность которых значительно варьирует в различных органах и тканях (ЖКТ, легкие, сердце, ЦНС, матка и др.).

Почему именно Риабал?

Риабал (прифиния бромид) представляет собой современный селективный М-холинорецептор, который выборочно блокирует периферические М-холинорецепторы слизистой оболочки ЖКТ, желче- и мочевыводящих путей, а также матки. Выборочно блокируя М-холинорецепторы, Риабал делает их нечувствительными к ацетилхолину, который образуется на окончаниях постганглионарных парасимпатических нервов. Следствием этого является снижение тонуса гладких мышц пищевода, кишечника, желчного пузыря, желчных протоков, мочевыводящих путей и матки, а также снижение секреции соляной кислоты, пепсина, внешнесекреторной активности поджелудочной железы. При этом в отличие от неселективных М-холинорецепторов Риабал практически не оказывает системного действия.

Следует отметить, что наряду со спазмолитическим действием, у пациентов с САБ важное клиническое значение имеют и собственно холинолитические свойства прифиния бромида. Холинолитический эффект препарата Риабал особенно востребован у пациентов с теми гастроэнтерологическими заболеваниями, которые сопровождаются повышенной секрецией (например, хронический гастрит с повышенной секреторной функцией желудка, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, обострение хронического панкреатита и острый панкреатит). Холиноблокирующее действие препарата приводит к снижению секреции соляной кислоты в желудке и угнетению внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Таким образом, удается ослабить влияние основного фактора агрессии, который играет ключевую роль в патогенезе кислотозависимых заболеваний и панкреатита и вносит весомый вклад в формирование болевого синдрома. При хроническом панкреатите обеспечение функционального покоя поджелудочной железы путем подавления ее активной секреции является одним из основных принципов лечения и необходимым условием для облегчения хронического болевого синдрома, поскольку боль у пациентов с данной патологией возникает как следствие протоковой и тканевой гипертензии на фоне увеличения объема панкреатической секреции. Целесообразность применения холинолитиков для ингибирования панкреатической секреции обусловлена их способностью блокировать как прямой вагусный путь стимуляции секреции, так и синтез соляной кислоты, а следовательно, и гуморальную секрецию панкреатического сока (Е.А. Белоусова и соавт., 2007).

Антисекреторный эффект М-холинорецепторного прифиния бромида в комбинации с его спазмолитическим действием способствует значительному облегчению болевого синдрома. Кроме того, способность прифиния бромида подавлять секреторную активность желез внешней секреции с успехом используется в клинике при подготовке пациентов к проведению эндоскопических и рентгенологических исследований ЖКТ.

Если сравнить данные о наиболее распространенных причинах САБ, приведенные в вышеупомянутом метаанализе 2014 г., с официальными показаниями к применению препарата Риабал, можно констатировать, что они практически совпадают. Благодаря этому Риабал по праву может рассматриваться как универсальный спазмолитик первого выбора для купирования САБ, в первую очередь – в гастроэнтерологической практике.

! Риабал успешно применяется для купирования следующих видов боли:

- боль, обусловленная спазмами и гиперперистальтикой ЖКТ (при гастрите, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, энтерите, колите, после гастрэктомии);
- боль, связанная со спазмами и дискинезией желчевыводящих протоков (при холецистите, желчнокаменной болезни);
- боль при панкреатите;
- боль при спазмах мочевыводящих путей (при конкрементах в мочевом тракте, тазе мочевого пузыря, цистите, пиелите);
- боль при дисменорее.

Доказанная эффективность и безопасность

Применение такого селективного М-холинорецептора, как прифиния бромид, при различных видах САБ было подробно изучено в ранних исследованиях зарубежных ученых (P. Frasson et al., 1975; G. Piai, G. Mazzacca, 1978; Y. Sasaki et al., 1979, 1985; K. Kobayashi et al., 1985; M. Magalini, F. Monica, 1995). Полученные результаты позволили рекомендовать это лекарственное средство к внедрению в широкую клиническую практику. Когда препарат Риабал был впервые выведен компанией «Мегаком» на фармацевтический рынок Украины, он сразу вызвал значительный научный интерес среди ученых и практикующих врачей. Ведущими отечественными специалистами в различных областях медицины было проведено множество клинических исследований, подтвердивших целесообразность использования данного препарата у различных категорий пациентов. Так, Риабал продемонстрировал высокую эффективность и хорошую переносимость при купировании ХАБ у пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом (Ю.М. Степанов и соавт., 2004, 2009; И.П. Кляретская, 2004), дискинезией желчевыводящих путей гиперкинетического или смешанного типа с преобладанием спазма сфинктера Одди (О.Я. Бабак, В.М. Чернова, 2007; Н.В. Харченко, 2007; Т.Д. Звягинцева, 2008), хроническим колитом с синдромом спастического запора (Н.В. Губергриц, 2004; Ю.М. Степанов, С.В. Косинская, 2004), неязвенным колитом легкого течения (Т.Д. Звягинцева, 2008).

Возможности применения препарата Риабал у детей также были подробно изучены в рамках многочисленных клинических исследований, проведенных под руководством ведущих отечественных педиатров (Н.В. Нагорная и соавт., 2008, 2009; Ю.В. Белоусов и соавт., 2006, 2009, 2010; М. Ф. Денисова, 2008; Ю.В. Марушко и соавт., 2010; Н.Л. Аряев и соавт., 2012). Их результаты однозначно указывают на высокую эффективность и безопасность данного препарата при применении в педиатрической практике.

Как правильно рекомендовать Риабал?

Риабал предназначен для перорального применения и выпускается в форме таблеток по 30 мг, покрытых пленочной оболочкой (20 таблеток в упаковке). Таблетки Риабал можно применять как у взрослых (по 30-60 мг 3 раза в сутки), так и у детей в возрасте старше 6 лет (младше 12 лет – по 15-30 мг 2-3 раза в сутки, старше 12 лет – в дозе, соответствующей таковой у взрослых). При острой резкой боли взрослым можно назначать 90 мг препарата в один прием.

Выводы

Таким образом, Риабал убедительно продемонстрировал высокую клиническую эффективность и хорошую переносимость в купировании САБ, в основе которого лежит спазм гладкой мускулатуры, как у взрослых, так и у детей с органическими заболеваниями и ФР ЖКТ. Риабал оказывает выраженное спазмолитическое действие, купирует абдоминальную боль, снижает секрецию пищеварительных желез, не оказывает системного антихолинергического действия и хорошо переносится при курсовом приеме. Многогранное фармакологическое действие этого современного нейротропного спазмолитика, воздействующего на механизм возникновения спастической боли на самом первом этапе ее возникновения, несомненно, будет востребован в каждой клинической ситуации, требующей от гастроэнтеролога принятия мер по быстрому и безопасному купированию САБ.

Подготовила Елена Терещенко