



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 (ІА-ІІ-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, жовчокам'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 ІІІ 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, кураеподібний 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, затумення 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

Т.Л. Можина, к.м.н., ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Спазмолитическая терапия абдоминальной боли: правила и исключения

Абдоминальная боль... Стандарты эффективного и безопасного фармакологического лечения этого самого распространенного синдрома в гастроэнтерологической практике разрабатывались на протяжении нескольких десятилетий. Последние данные доказательной медицины несколько изменили устоявшиеся принципы лечения абдоминального болевого синдрома (АБС), в частности относительно применения спазмолитиков при желчной и почечной колике. Данный обзор освещает особенности современной спазмолитической терапии абдоминальной боли (АБ).

Распространенность

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что АБ является основной жалобой среди больных с органической патологией, госпитализированных в стационар по поводу желчнокаменной болезни, острого панкреатита, острого аппендицита и дивертикулита (Peery A.F. et al., 2012). Кроме того, АБ — одно из наиболее распространенных проявлений таких функциональных заболеваний, как синдром раздраженного кишечника (СРК), функциональная диспепсия (ФД) и дискинезия желчевыводящих путей.

Лечение болевого синдрома связано со значительным экономическим бременем и требует больших финансовых вложений: ежегодные затраты на купирование АБ в США составляют ~16,6 млрд долларов (Shih Y.C. et al., 2002), в Европе — 28,4 млрд евро (Hillila M.T. et al., 2010).

Клиническая характеристика

Причины возникновения хронического АБС многочисленны, а механизмы разнообразны. С учетом основных причин появления АБ принято различать висцеральную, париетальную, отраженную и психогенную боль. Появление висцеральной боли вызвано повреждением мышечного слоя полого органа или растяжением капсулы паренхиматозного органа. Зоны ее восприятия размыты и ограничиваются эпигастральной, периумбиликальной и гипогастриальной областью. Висцеральная боль имеет диффузный тупой характер, сохраняется в течение относительно длительного периода времени, в большинстве случаев сопровождается разнообразной вегетативной симптоматикой (слабостью, бледностью, потливостью, гипотензией, тошнотой, рвотой). Лидирующие позиции в структуре АБС занимает спастическая висцеральная боль, в основе которой лежит спазм гладкой мускулатуры желудочно-кишечного и билиарного тракта. Несколько реже встречается дистензионная боль, обусловленная раздражением висцеральных нервных окончаний вследствие растяжения (дистензии) стенки полого органа его содержимым, газом. Спастические боли, как правило, проявляются в виде колик, тогда как дистензионные чаще носят распирающий характер и сопровождаются ощущением тяжести, жжения, тепла.

Раздражение париетальной брюшины приводит к появлению париетальной (соматической) боли — острой, колющей, которая локализуется в одном из четырех квадрантов живота и сопровождается произвольным тоническим напряжением абдоминальных мышц. Непосредственное воздействие на рецепторы нервных окончаний в результате воспаления, ишемии, деструкции определяет соматический характер боли. Чтобы уменьшить ее интенсивность, пациенты ложатся на бок с подтянутыми к животу коленями с целью ограничить подвижность брюшины.

Очень интенсивная висцеральная импульсация, локализованная вдалеке от патологического очага и имеющая общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости, определяет возникновение отраженной (иррадиирующей) боли.

Спастическая АБ

Эта разновидность АБ может появляться при различных заболеваниях как органического, так и функционального генеза. Эзофагоспазм, язвенная болезнь, пилороспазм, хронический холецистит и панкреатит, воспалительные заболевания кишечника — эти и другие органические гастроэнтерологические нарушения протекают с явлениями спастической дискинезии. В то же время многие функциональные расстройства (ФД, СРК, билиарные дисфункции) могут манифестировать нарушением кишечного транзита и спастической АБ. В клинической практике для купирования АБС обычно используют анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВП), антисекреторные препараты, антидепрессанты, антагонисты 5-НТ 3-рецепторов, агонисты к-опиоидных рецепторов, аналоги соматостатина, однако для нивелирования спастической боли, учитывая основной патофизиологический механизм ее возникновения, целесообразно применение спазмолитических средств.

Традиции и каноны терапии

В отечественной медицине для купирования острой и хронической АБ различного генеза традиционно используются

разнообразные анальгетики (как наркотические, так и не содержащие психоактивных веществ). Один из канонов обезболивающей терапии гласит, что применение анальгетических средств при острой АБ не рекомендуется до окончательной верификации диагноза и исключения острой хирургической патологии, т. к. их назначение может исказить клиническую картину т. н. острого живота.

В то время как назначение анальгетиков для купирования острой боли неабдоминального происхождения (кардиальной, травматической, мышечно-суставной и др.) полностью оправдано, их использование при хроническом АБС имеет серьезные ограничения и противопоказания. Применение обезболивающих средств при хронической АБ может не только маскировать истинную причину ее возникновения, но и замешать этиопатогенетическое лечение основного заболевания, способствуя тем самым его прогрессированию.

Лидирующие позиции в купировании хронического АБС традиционно занимают спазмолитические препараты. В одних случаях их назначение будет иметь этиопатогенетическую направленность, в других — только симптоматическую. Например, при различных органических заболеваниях (гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пептической язве, хроническом панкреатите и холецистите, болезни Крона и неспецифическом язвенном колите) адекватная базисная терапия позволяет купировать боль. Однако необходимость быстро и эффективно облегчить состояние пациента, снизив интенсивность болевых ощущений, является основанием для назначения вспомогательной спазмолитической терапии.

В то же время при некоторых функциональных расстройствах (ФД, билиарные дисфункции, СРК) применение спазмолитиков является патогенетически обоснованным, т. к. они способствуют снижению сократительной активности гладкой мускулатуры, устранению спазма, нормализации моторной функции, уменьшению растяжения стенок полых органов и снижению их тонуса, стабилизации внутриполостного давления, блокированию возбуждения механо- и барорецепторов, улучшению кровоснабжения органов (Звягинцева Т.Д., 2010).

Доказательная база эффективности спазмолитиков

Эффективность спазмолитических средств в купировании хронического АБС подтверждается результатами рандомизированных клинических исследований (РКИ), систематических обзоров и метаанализов. В качестве яркого примера можно привести работу А.С. Ford и соавт. (2008). Исследователей заинтересовала целесообразность назначения спазмолитиков при лечении СРК. Они нестандартно подошли к решению этой проблемы, решив найти ответ на простой вопрос: будет ли рецидивировать болевой синдром при СРК на фоне терапии спазмолитиком? Подвергнув тщательному анализу результаты 22 РКИ (n=1778), ученые установили, что вероятность сохранения АБ при применении спазмолитических средств по сравнению с плацебо чрезвычайно мала (относительный риск — ОР — 0,68; 95% доверительный интервал — ДИ — 0,57-0,81). Сравнив эффективность различных представителей этой фармакологической группы, авторы метаанализа отдали пальму первенства отилонии бромиду (ОР 0,55; 95% ДИ 0,31-0,97; данные 4 РКИ; n=435) и гиосцину (ОР 0,63; 95% ДИ 0,51-0,78; данные 3 РКИ; n=426), т. к. риск рецидива болевых ощущений при назначении указанных препаратов был минимален.

В другом систематическом обзоре и метаанализе 23 РКИ (n=2585), выполненном М.А. Martinez-Vazquez и соавт. (2012), убедительно доказана клиническая эффективность спазмолитиков в терапии СРК. Проанализировав результаты РКИ, в которых для лечения использовались различные спазмолитики (пинаверия бромид, мебеверин, отилоний, тримебутин, альверина цитрат, гиосцин, феноверин, дицикломин, комбинации альверина и симетикона, пинаверия и симетикона), ученые пришли к выводу, что применение любого представителя этой фармакологической группы способствует улучшению общего самочувствия пациентов (ОР 1,55; 95% ДИ 1,33-1,83) и уменьшению интенсивности АБ (ОР 1,52; 95% ДИ 1,28-1,80). Наиболее эффективными

в купировании АБС оказались отилония бромид и сочетание альверина цитрата с симетиконом, тогда как комбинация пинаверия и симетикона лучше нивелировала явления метеоризма.

Исключение из правил

В ряде случаев для купирования острой АБ спастического характера, в частности почечной колики, лучше использовать НПВП, а не спазмолитики. Такой вывод сделали эксперты Кокрановского сотрудничества, опубликовав результаты метаанализа 37 РКИ (n=4483). К. Afshar и соавт. (2015) утверждают, что быстрее и эффективнее купировать почечную колику можно посредством назначения НПВП, а не спазмолитиков (средние различия (СР) -12,97; 95% ДИ от -21,80 до -4,14; данные 5 РКИ, n=303; I²=74%). При этом ученые считают, что анальгетический эффект комбинации НПВП и спазмолитика превосходит таковой монотерапии НПВП (СР -1,99; 95% ДИ от -2,58 до -1,40; данные 2 РКИ, n=310; I²=0%).

Аналогичные данные были получены А. Colli и соавт. (2012), сравнившими эффективность спазмолитиков и НПВП в нивелировании болевого синдрома при желчной колике. Основываясь на результатах метаанализа 11 РКИ (n=1076), исследователи утверждают, что НПВП эффективнее, чем спазмолитики, купируют проявления желчной колики (ОР 1,47; 95% ДИ 1,03-2,10; I²=55%).

Миотропный или нейротропный спазмолитик?

В клинической практике для купирования спазма гладкой мускулатуры органов брюшной полости применяются миотропные (папаверин, дротаверин, пинаверия бромид, мебеверин, отилония бромид) и нейротропные (атропин, скополамин, гиосцин, прифиния бромид) спазмолитики.

В соответствии с требованиями современной фармакологии применяемые для купирования АБС спазмолитические препараты должны обладать высокой селективностью и минимальным перечнем побочных эффектов. Поэтому неселективные представители группы М-холинолитиков (атропин, платифиллин, гиосцин, скополамин) и миотропных (папаверин, дротаверин) спазмолитиков, применение которых сопровождается целым рядом серьезных нежелательных явлений (атропиноподобные побочные эффекты, системность действия, низкая дозозависимая избирательность), в настоящее время используются кратковременно для быстрого купирования болевых ощущений.

Возможность длительного клинического применения предусматривается только для селективных миотропных и нейротропных спазмолитиков. Мебеверин, отилония бромид, пинаверия бромид и прифиния бромид обладают обширной доказательной базой эффективности и хорошей переносимости в купировании АБ при СРК. Мебеверин положительно зарекомендовал себя при лечении функциональных расстройств билиарной системы, а также хронического холецистита с дисфункцией желчного пузыря по гипотоническому типу (Звягинцева Т.Д., 2010). Способность селективного М-холинолитика прифиния бромида снижать пептическую активность желудочного сока и внешнесекреторную активность поджелудочной железы может быть использована при назначении вспомогательной спазмолитической терапии больным пептической язвой и хроническим панкреатитом (Фадеев Г.Д., 2012).

Еще одним выгодным отличием прифиния бромида является наличие ампульных форм выпуска: мебеверин, отилония бромид и пинаверия бромид не предназначены для парентерального применения, поэтому в urgentных ситуациях, когда требуется быстро устранить спазм гладкой мускулатуры, следует воспользоваться прифиния бромидом. Более того, данный препарат можно включать в схемы ступенчатой терапии: при выраженном болевом синдроме назначают внутривенное, внутримышечное или подкожное введение прифиния, а при улучшении состояния больного — переходят к применению пероральных форм.

Как уже было сказано выше, спастическая АБ является одним из наиболее распространенных проявлений патологических состояний. АБ, не связанная с хирургической патологией, в подавляющем большинстве случаев обусловлена спазмом гладкой мускулатуры, для купирования которой могут использоваться спазмолитические препараты. Выбор оптимального спазмолитика должен проводиться с учетом конкретной клинической ситуации, имеющихся благоприятных данных доказательной медицины в отношении эффективности и безопасности препарата, а также его дополнительных терапевтических свойств.

Список литературы находится в редакции.

