



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 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 сольового 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



З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

Коррекция моторно-эвакуаторных нарушений кишечника у детей школьного возраста

18 марта в Харькове состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Проблемные вопросы диагностики и лечения детей с соматической патологией», в которой приняли участие более 300 специалистов из Украины, Молдовы и Таджикистана. В рамках мероприятия особое внимание было уделено вопросам детской гастроэнтерологии.



Современные подходы к коррекции моторно-эвакуаторных нарушений кишечника у детей школьного возраста были подробно освещены в докладе **заведующей кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктора медицинских наук, профессора Ольги Юрьевны Белоусовой.**

— В настоящее время ни у кого не возникает сомнения в том, что у подавляющего числа детей, обращающихся с различными жалобами к детскому гастроэнтерологу, выявляется именно функциональная патология пищеварительного тракта. Согласно официальной статистике Американской академии педиатрии (которая, несмотря на очевидные возможные погрешности, является весьма показательной), функциональная патология регистрируется примерно у 92-95% детей с заболеваниями пищеварительной системы. Европейские специалисты считают этот показатель несколько завышенным, однако соглашаются с тем, что функциональные нарушения в детском возрасте существенно преобладают над органическими. При этом причины развития функциональных заболеваний находятся прежде всего в плоскости расстройств регуляции органа, функция которого нарушена, — по сути, речь идет об изменениях нервной регуляции, связанных с психоэмоциональными или же стрессовыми факторами, обусловленных вегетативными дисфункциями либо органическими нарушениями со стороны центральной нервной системы с последующим развитием вегетативной дистонии.

Существует множество определений функциональных заболеваний — от классического определения Grossman до определения, сформулированного экспертами, работавшими над созданием Римского консенсуса III. На наш взгляд, одним из наиболее точных является определение, предложенное профессорами В.Т. Ивашкиным и А.А. Шептулиным. Согласно их формулировке, функциональные заболевания органов пищеварения — это различные устойчивые комбинации хронических и/или рецидивирующих симптомов, чаще свидетельствующих о нарушениях двигательной функции и чувствительности, которые в настоящее время не находят объяснения известными морфологическими изменениями. И это подтверждается практикой: сегодня, рассуждая о функциональных нарушениях пищеварительных органов, врачи, как правило, в первую очередь подразумевают не нарушения секреции или мальдигестии, а преимущественно двигательные нарушения.

Различные нарушения моторики, с одной стороны, оказывают значительное воздействие на клиническое течение заболевания, отражаясь на состоянии детей: нарушения перистальтики и деятельности сфинктерных аппаратов приводят к отклонениям в работе пищеварительного конвейера, влияя на полостное и мембранное пищеварение, всасывание белков, жиров, углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов, жидкости; при этом именно моторно-эвакуаторные нарушения являются одним из ведущих факторов в механизмах развития многих гастроэнтерологических заболеваний, характеризующихся разнообразными по степени выраженности абдоминальными болями и диспептическими синдромами; с другой — определяют необходимость применения лекарственных препаратов, направленных на восстановление нарушенной моторики пищеварительного конвейера — пищевода, желудка и кишечника.

Во всех случаях развития гастроэнтерологических заболеваний, в основе которых лежат двигательные нарушения, ведущей соматической жалобой является болевой синдром. По данным Международной ассоциации по изучению боли (IASP), именно болевой синдром является наиболее частой причиной обращения к врачу и одним из основных показаний для экстренной госпитализации. Абдоминальная боль — важная адаптационная реакция организма, имеющая функции сигнала опасности в ответ

на действие повреждающего фактора, что обеспечивает организму возможность выбора поведения, наиболее оптимального в конкретной ситуации. Однако этот сигнал опасности, многократно повторяясь, утрачивает свое сигнальное значение, и тогда боль, не имеющая больше защитной функции, становится одним из клинических симптомов заболевания.

Функциональная абдоминальная боль, как и другие функциональные заболевания, является диагнозом исключения, при этом очень важно исключить не только патологию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но и нарушения со стороны других органов и систем. Особое внимание необходимо обращать на симптомы тревоги (так называемые красные флаги), к которым относятся:

- немотивированная потеря массы тела;
- боль в ночное время суток (может указывать на наличие органического заболевания, тогда как отсутствие по ночам при выраженной алгии в дневное время более характерно для функциональной патологии);
- лихорадка;
- любые изменения:
 - показатели лабораторных анализов мочи, крови, кала (положительная реакция на скрытую кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, эритроцитоз, тромбоцитоз, увеличение СОЭ, гематурия, гипербилирубинемия, гипергликемия и т. д.);
 - выявленные при непосредственном обследовании больного (гепатомегалия, спленомегалия, увеличение лимфоузлов и т. д.);
 - 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 проявлениям добавляют также необычную выраженность симптомов, прогрессирующее течение заболевания, персистирующую боль в правых верхнем и нижнем квадрантах живота, дисфагию, частые эпизоды рвоты, задержку физического и полового развития, отягощенный семейный анамнез в отношении язвенного колита, болезни Крона, целиакии, язвенной болезни.

За понятием «боль» автоматически следует и понятие «обезболивание». Но задачи врача при диагностировании у пациента органической или функциональной боли существенно отличаются. В основе лечения органической абдоминальной боли лежит этиопатогенетический принцип, то есть речь идет о терапии основного заболевания, механизмы которого часто совпадают с механизмами развития болевого синдрома. Например, при выявлении язвенной болезни в комплексном лечении применяются ингибиторы протонной помпы, которые позволяют за 3-4 дня купировать болевой синдром; в случае развития хронического панкреатита назначаются препараты, которые уменьшают панкреатическую секрецию, снижают давление в панкреатических протоках, что способствует устранению боли без использования анальгетиков.

В противоположность органической купирование функциональной боли должно носить комплексный характер и быть направленным на ликвидацию ее основного механизма (т. е. корригировать нарушение моторики и чувствительности). Вместе с тем необходимо помнить о психотерапевтических воздействиях, так как ЖКТ, по образному выражению, является «громоотводом» для нервной системы — определенные эмоциональные состояния способны трансформировать общую или локальную моторную активность кишечника в интенсивную абдоминальную боль.

Как показывают наши статистические данные, данные наших коллег из Запорожья, каждый год весной (в период проведения экзаменов) и в начале осени (время, совпадающее с началом учебного года), то есть в периоды максимальных психоэмоциональных нагрузок, существенно возрастает количество госпитализаций детей в гастроэнтерологические стационары. Эти данные подтверждают взаимосвязь возникновения у детей и подростков функциональной абдоминальной боли и психогенных влияний, под воздействием которых болевые импульсы

могут трансформироваться в нестерпимую абдоминальную боль.

Что касается коррекции нарушений моторики органов пищеварения, то ее можно свести к решению трех задач: борьба с гипоперистальтикой (младенческой дизезией, функциональными запорами), борьба с метеоризмом (купирование газовой колики у детей старшего возраста как одного из наиболее частых симптомов при многих патологических состояниях) и купирование гладкомышечного спазма — универсального патофизиологического эквивалента функциональной хронической абдоминальной боли, в большинстве случаев сопровождающего моторно-эвакуаторные нарушения функции ЖКТ.

Влияние на гладкую мускулатуру ЖКТ обеспечивают:

- антагонисты серотониновых рецепторов (ондансетрон, гранисетрон, трописетрон);
- антагонисты рецепторов холецистокинина;
- антагонисты (наллоксон), агонисты (промедол) и агонисты-антагонисты (налорфин, трамадол) опиоидных рецепторов;
- блокаторы кальциевых каналов (верапамил, амлодипин);
- миотропные спазмолитики (дротаверин, папаверин, мебеверин);
- М-холинолитики.

В то же время антагонисты серотониновых рецепторов для купирования боли не применяются, антагонисты рецепторов холецистокинина до настоящего времени не зарегистрированы для клинического применения в педиатрии; веские ограничения существуют и в отношении препаратов, влияющих на опиоидные рецепторы. Блокаторы кальциевых каналов нашли широкое применение в кардиологии, но не в гастроэнтерологии. Таким образом, в распоряжении педиатров фактически остаются две группы эффективных медикаментов, влияющих на гладкую мускулатуру ЖКТ, — миотропные спазмолитики и М-холинолитики. В настоящее время рекомендуется отдавать предпочтение селективным блокаторам М-холинорецепторов слизистой оболочки пищеварительного тракта и желчевыводящих путей.

К представителям этого класса препаратов относится прифиния бромид (Риабал), который благодаря высокой клинической эффективности и хорошему профилю безопасности нашел широкое применение в педиатрической и гастроэнтерологической практике. Риабал применяется для нормализации моторики пищеварительного тракта, что способствует ликвидации болевого синдрома, в основе которого лежит спазм, купированию других патологических симптомов (в частности, метеоризма).

Риабал в форме таблеток применяют у детей в возрасте старше 6 лет и у взрослых пациентов. Для детей 6-12 лет суточная доза составляет 60-90 мг, разделенных на 3 приема, для подростков старше 12 лет и взрослых — 90-180 мг. При возникновении у взрослых пациентов приступа острого болевого синдрома возможно однократное применение Риабала в дозе 90 мг с последующим переходом к стандартной схеме терапии.

Таким образом, лица с абдоминальной болью функционального характера не нуждаются в назначении анальгетиков независимо от интенсивности болевого синдрома — мы имеем в арсенале средства, позволяющие эффективно бороться с гладкомышечным спазмом, не прибегая к назначению болеутоляющих препаратов. При этом следует помнить о том, что боль в животе — свидетельство не только физического, но и психоэмоционального страдания. Сама по себе боль является серьезной стрессовой ситуацией в жизни ребенка, поэтому нельзя допускать ситуаций, при которых он неделями испытывает боль в животе и ждет, пока врач определит ее точную причину и только после этого назначит лечение. В первую очередь доктор должен избавить маленького пациента от страданий, своевременно назначив ему безопасную и эффективную симптоматическую терапию для купирования боли. Учитывая, что универсальным механизмом развития боли при функциональных заболеваниях органов пищеварения является спазм, применение в качестве средства первой линии селективного М-холинолитика — препарата Риабал — представляется обоснованным выбором.

Подготовила **Екатерина Васюткина**