

РІАБАЛ

Відчуття внутрішнього комфорту



- ✓ Швидко усуває спазм шлунково-кишкового тракту та органів малого тазу завдяки селективній дії на М-холінорецептори¹;
- ✓ може безпечно застосовуватись у вагітних при годуванні груддю та дітей з 6 років, тому що відсутня системна дія препарату²;
- ✓ не маскує симптоми «гострого живота», тому може застосовуватись при будь-якому перебігу захворювання³;
- ✓ має прямі показання щодо лікування болю при панкреатиті, дискінезії жовчовивідних шляхів, холециститі, гастриті, виразці шлунка, циститі, пієліті, дисменореї⁴;
- ✓ має прямі показання щодо призначення перед ендоскопією та шлунково-кишковою рентгенографією⁵.

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

Література:

1. Степанов Ю.М., Косинська С.В. Но-спазм(Ріабал) в комплексному лікуванні гастроентерологічних захворювань: Методичні рекомендації. – Київ, 2004
2. Симонова Е.В., Алейник Д.В., Пелех М.О., Володько Ю.Н. Опыт применения препарата «Риабал» в качестве премедикации при проведении эзофагогастроуденоскопии // Сучасна гастроентерологія. – 2010. - №3(53). – С.95-99.
3. Денисова М.Ф., Донде С.М., Курдей Ю.В., Березенко В.С., Реминная Н.Т. Опыт применения препарата «Риабал» при лечении гастроэнтерологических патологий с проявлением синдрома абдоминальной боли у детей// Современная педиатрия. – 2006. - №2. – С. 73-74.
4. Нагорна Н.В., Остролопец С.С., Бордюгова О.В., Волченська Т.В., Головина Т.В., Гречка Т.С. Метод реабілітації дітей молодшого шкільного віку з функціональною патологією шлунково-кишкового тракту// Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. - №6. – С. 53-56.
5. Інструкція к препарату.

Ефективність застосування спазмолітичного препарату Ріабал® у разі абдомінального болю в дітей

21-23 вересня в м. Львові відбулася XVIII Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії», присвячена пам'яті видатного українського терапевта Віктора Михайловича Сідельникова (Сідельниковські читання). Організаторами заходу виступили Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук (НАМН) України, Асоціація педіатрів України, департамент охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ) та Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького. У рамках форуму були представлені результати сучасних досліджень ефективності лікування захворювань і синдромів, що найчастіше зустрічаються в педіатричній практиці.



Завідувач кафедри педіатрії № 2 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), доктор медичних наук, професор **Тетяна Олександрівна Крючко** у доповіді «Питання раціонального вибору спазмолітика в практиці лікаря-педіатра» представила сучасні схеми адекватної спазмолітичної терапії абдомінального болю (АБ) у дітей. Згідно з даними сучасних досліджень (Leung A.R., Sigalet D.L., 2013; Viniol A. et al., 2014) АБ належить до основних

скарг, з якими хворі звертаються за медичною допомогою, і причин екстреної госпіталізації педіатричних пацієнтів. Варто зазначити, що абдомінальний больовий синдром може супроводжувати понад 100 захворювань дитячого віку.

За даними I. St. James-Roberts, від колік страждають близько 23% немовлят віком до 6 тиж. Понад 50% школярів пред'являють скарги на АБ, що рецидивує. Хоча зрідка алгія може минати безслідно, у більшості випадків больовий синдром не зникає і провокує розвиток хронічних гастроентерологічних захворювань.

Вкрай важливо розрізнити органічний і функціональний АБ. Органічний варіант зустрічається рідко: у 90% дітей, що скаржаться на АБ, органічні зміни не виявляються (Ердес С., Мухаметова Є.). Як зазначають S.L. Gans, M.A. Pols, J. Stoker і M.A. Voormeester (2016), у тих 10% дітей, у яких має місце органічна патологія, перебіг останньої є досить тяжким і потребує диференційної діагностики та оцінки за багатьма алгоритмами і шкалами.

У веденні дітей віком 4-15 років використовують термін «біль, що рецидивує» для визначення епізодів алгії, які повторюються щонайменше тричі протягом 3 міс. Американською педіатричною асоціацією (AAP) і Північноамериканською асоціацією дитячої гастроентерології, гепатології та харчування (NASPGHN) у 2005 році в погоджувальному документі було запропоновано більш сучасний термін – «хронічний абдомінальний біль».

Провідною ланкою в патогенезі функціонального АБ ААР вважає дисрегуляцію метасимпатичної ланки вегетативної нервової системи (у т.ч. ентральної нервової системи). Для кращого розуміння патогенезу болю в дітей доповідач запропонувала визначення Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), що характеризує біль як «неприємне відчуття й емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим ушкодженням тканин, яке описується в термінах даного ушкодження».

Виокремлюють такі варіанти болю:

- ноцицептивний (виникає при порушенні ноцицепції внаслідок ураження тканин при запаленні, ішемії, травмах або інших деструктивних процесах);

- нейропатичний (внаслідок ушкодження закінчень чутливих нервових волокон, що супроводжує, зокрема, функціональні захворювання органів травлення; часто такий біль пов'язують з порушенням моторики та вісцеральною гіперчутливістю).

На думку професора Т.О. Крючко, найбільш розповсюдженими причинами АБ у дітей раннього віку є функціональні гастроінтестинальні розлади, інфекційні захворювання (кір, коліш, дизентерія, гострі вірусні гепатити), паразитарні інвазії, чужорідні тіла, тяжкі закрепи, кишкові форми муковісцидозу, запалення лімфатичних вузлів черевної порожнини, іррадіація болю, що виникає поза черевною порожниною, епілептичні напади тощо.

Доповідач зауважила, що при обстеженні дитини, яка скаржиться на АБ, лікар повинен вирішити такі питання:

- Чи є АБ ознакою гострої хірургічної патології?
- Який характер – органічний чи функціональний – має хронічний біль?

- Яка нозологія лежить в основі органічного варіанту АБ?

З метою своєчасної діагностики хірургічної патології в дитини слід звертати увагу на т. зв. симптоми тривоги (Волосовець О.П., Кривоустов С.П., 2014):

- біль, що виник як перший симптом хвороби;
- відмова від їжі або суттєва зміна поведінки (гучний плач, різке занепокоєння або рухливість, вимушене положення);
- неможливість заснути або пробудження від болю;

- відсутність випорожнень та відходження газів;
- блідість і холодний піт;
- тахікардія, що не залежить від температури тіла;
- напруженість м'язів передньої черевної стінки.

Показаннями для консультації дитячого хірурга (Абаєв Ю.К., 2009) є:

- виражений біль або біль, що посилюється, з прогресуючими ознаками дегідратації;
- блювота з домішками крові або кишкового вмісту;
- пасивне напруження м'язів передньої черевної стінки;
- позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- виражене здуття живота з дифузним тимпанітом;
- ознаки наявності крові або іншої рідини в черевній порожнині;
- виражена абдомінальна травма;
- АБ, причину якого важко встановити.

Для уточнення причини АБ під час фізикального обстеження (огляд, пальпація, аускультация) педіатру треба звернути особливу увагу на асиметрію живота, незвичні випинання в ділянці передньої черевної стінки, здуття живота, видиму перистальтику кишечника, ригідність передньої черевної стінки, патологічні та/або пульсуючі утворення, що визначаються при пальпації, симптоми подразнення очеревини, кишкові шуми.

Зазвичай при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини біль виникає перед блювотою.

У диференційній діагностиці органічного і функціонального болю слід враховувати ознаки, притаманні кожному з варіантів АБ. Так, для функціонального болю характерні:

- пароксизмальний характер;
- тривалість окремих епізодів алгії сягає від кількох тижнів до кількох місяців;
- поступовий початок нападів;
- локалізація болю в навколупупкової ділянці;
- складнощі під час описання пацієнтом характеру болю;
- відсутність чіткого зв'язку з прийомом їжі або виконанням певної діяльності;
- збережена щоденна активність.

При цьому органічному болю властиві такі ознаки:

- локалізація на значній відстані від пупка;
- поява лихоманки;
- втрата ваги;
- виявлення крові в калі;
- зміна характеру дефекації;
- напади болю, які змушують прокидатися вночі;
- анемія, збільшена ШОЕ;
- дизурія.

Серед станів, що можуть провокувати АБ, викликати потребу в невідкладній (у т.ч. хірургічній) допомозі та загрожувати життю дитини, – апендицит, інвагінація кишечника, защемлення грижі, травма, пухлини, сепсис, діабетичний кетоацидоз, внутрішньочеревний абсцес, отруєння, аневризма аорти.

До основних завдань лікування АБ відносять:

- етіологічну та патогенетичну терапію основного захворювання;
- нормалізацію розладів моторики;
- зниження вісцеральної чутливості;
- корекцію механізмів сприйняття больового відчуття.

Професором Т.О. Крючко були опрацьовані Medline, AMED, PsycINFO, PubMed, Кокранівська бібліотека, бази даних систематичних оглядів та реєстри клінічних випробувань.

Було встановлено, що Н₂-блокатори (зокрема, фамотидин) можуть бути ефективними у вгамуванні АБ, якщо в клінічній картині домінують диспептичні явища.

У Кокранівському огляді зазначено, що в деяких випадках хронічного АБ є ефективним застосування антагоніста серотоніну – пізотифену. Однак у США цей препарат не схвалений для використання через наявність побічних ефектів – сонливості, зміни апетиту, шлунково-кишкових розладів.

Описується також позитивний вплив на АБ дієти зі споживанням волокон кукурудзи. У той же час дієта з виключенням лактози не забезпечує суттєвого полегшення в дітей з АБ. У деяких випадках результативними щодо полегшення АБ є когнітивно-поведінкова терапія, співпраця з батьками.

Широко застосовуються в корекції АБ спазмолітики. Раціональність використання вказаної стратегії підтверджують дані перерахованих доказових баз.

Основні вимоги до спазмолітиків – виражена спазмолітична активність, швидкий початок дії, довготривалий ефект, високий рівень безпеки, значний досвід призначення, доступність для населення, наявність лікарських форм для перорального застосування.

Спектр терапевтичних ефектів спазмолітиків включає:

- розслаблення гладком'язових клітин;
- зниження тонуусу стінки порожнистого органа, покращення її кровопостачання;
- зменшення внутрішньопорожнинного тиску;
- усунення больових відчуттів.

Перевагою спазмолітиків є те, що вони (на відміну від анальгетиків) не полегшують / не усувають больовий синдром при гострій хірургічній патології в дітей (Абатуров О.Є., Герасименко О.Є., 2008; Крючко Т.О. і співавт., 2010; Шульпекова Ю.О., 2012).

На сьогодні досить широко використовуються у щоденній медичній діяльності М-холінолітики. Відомо 5 видів мускаринових рецепторів, концентрація яких у різних органах і системах суттєво відрізняється. У нервово-м'язових синапсах органів ШКТ локалізуються насамперед М₃- та М₄-холінорецептори.

У разі неселективної блокади М-холінорецепторів можуть виникати побічні ефекти, такі як тахікардія, сухість у ротовій порожнині, параліч акомодатції, мідріаз, підвищення внутрішньоочного тиску, атонія сечового міхура та затримка сечі, атонія кишечника. Тому велике значення має вибіркова блокада того чи іншого виду М-холінорецепторів, що, за даними дослідників (Степанов Ю.М. і співавт., 2009), і визначає селективність препарату.

Особливої уваги серед нейротропних спазмолітиків заслуговує прифінію бромід (Ріабал®) – селективний М₃-холіноблокатор з групи четвертинних амонієвих сполук, який не проникає через гематоенцефалічний бар'єр.

Ріабал® чинить спазмолітичну дію; за рахунок блокади периферичних М-холінорецепторів пригнічує секрецію шлункового соку; зменшує тонуус непосмугованої мускулатури ШКТ, сприяє випороженню шлунка; впливає (меншою мірою) на тонуус М-холінорецепторів гладкої мускулатури іншої локалізації (жовчних і сечовивідних шляхів), усуваючи їх спазм.

Прифінію бромід рекомендований уніфікованими протоколами медичної допомоги (Наказ МОЗ № 59 від 29.01.2013) дітям у якості спазмолітичної терапії при органічних захворюваннях шлунка, дванадцятипалої кишки та підшлункової залози (хронічних гастритах, гастродуоденітах, пептичній виразці шлунка або дванадцятипалої кишки, хронічних панкреатитах), функціональних розладах жовчного міхура та сфінктера Одді, хронічному холециститі, жовчокам'яній хворобі, функціональних та органічних захворюваннях кишечника (синдромом подразненого кишечника, невивірковому та вивірковому коліті).

Оцінку ефективності використання Ріабалу в загальнотерапевтичній та педіатричній практиці здійснювали на клінічних базах у різних регіонах України:

- ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (м. Дніпро);
- ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» (м. Харків);
- Харківська медична академія післядипломної освіти;
- ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»;

- Донецький національний медичний університет ім. М. Горького;
- ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (м. Київ);
- Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ);

- ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава).

Ріабал® був визнаний ефективним та безпечним засобом для усунення АБ у дітей.

Протипоказаннями до призначення даного засобу (Ердес С., Мухаметова Є., 2012) є захворювання серцево-судинної системи, що супроводжуються тахікардією, паралітична кишкова непрохідність, глаукома, затримка сечовипускання, індивідуальна чутливість.

Доповідач наголосила, що препарат Ріабал® можна призначати дітям з перших днів життя, також він дозволений до застосування жінками в період вагітності та лактації (належить до категорії В за класифікацією FDA).

«Як свідчить власний практичний досвід і світові доказові дані, застосування препарату Ріабал® є ефективною та дієвою стратегією симптоматичного лікування АБ у дітей», – резюмувала Т.О. Крючко.

Підготував **Роман Долинський**