РІАБАЛ

Відчуття внутрішнього комфорту

- Швидко усуває спазм шлунково-кишкового тракту та органів малого тазу завдяки селективній дії на М-холінорецептори[1];
- може безпечно застосовуватись у вагітних при годуванні груддю та дітей з 6 років, тому що відсутня системна дія препарату[2];
- не маскує симптоми «гострого живота», тому може застосовуватись при будь-якому перебігу захворювання[3];
- має прямі показання щодо лікування болю при панкреатиті, дискінезії жовчовивідних шляхів, холециститі, гастриті, виразці шлунка, циститі, пієліті, дисменореї[4];
- має прямі показання щодо призначення перед ендоскопією та шлунково-кишковою рентгенографією[5].

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 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 акомодації, 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 эзофагогастродуоденоскопии // 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., Острополець 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.

МЕГАКОМ
Сприяємо здоров'ю

Абдоминальная боль и спазмолитики: не только симптоматическая терапия

Спастическая абдоминальная боль – одна из самых частых жалоб, которую предъявляют пациенты гастроэнтерологов, терапевтов, хирургов, семейных врачей. Купирование болевого синдрома является приоритетным направлением терапии, так как именно избавления от боли в первую очередь ждут пациенты, и от того, насколько врачу удастся это сделать, во многом зависят комплайенс и эффективность дальнейшего сотрудничества. Зачастую облегчить боль необходимо раньше, чем будет проведено обследование и установлен диагноз.

Наиболее частыми причинами боли в животе являются спазм гладкомышечного слоя стенки органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), желчевыводящих и мочевыводящих путей, а также повышенное внутрипросветное давление и нарушение продвижения содержимого по полому органу вследствие спастической дисфункции сфинктерного аппарата.

На первый взгляд спазм является вторичной защитной реакцией, а спастическая боль – лишь симптомом, который требует быстрого реагирования. Боль обеспечивает адаптацию организма к изменяющимся условиям внешней среды. Однако эта защитная реакция может трансформироваться в патологическую хроническую боль и стать приоритетной проблемой для пациента. Хроническая или рецидивирующая боль запускает каскад патофизиологических реакций, в результате которых изменяется активность моторных рецепторов, возникает замедление продвижения содержимого по пищеварительному каналу, нарушается микроциркуляция. Рецепторный аппарат желудка и кишечника, в свою очередь, реагирует на растяжение сокращением гладкомышечных волокон, снова возникают спазм, спастическая боль, и патологический круг замыкается. Превращаясь из симптома в болезнь, боль значительно снижает качество жизни пациентов, истощает организм, нарушает функции органов и систем, лишает сна. В то же время боль является субъективным ощущением человека, которое врач должен понять и правильно интерпретировать. Боль связана с неприятными эмоциями, переживание которых способствует циркуляции болевых импульсов на уровне центральной нервной системы и хронизации ощущения боли уже в отрыве от первоначального источника. Подобные механизмы, вероятнее всего, лежат в основе патогенеза функциональных расстройств ЖКТ, которые характеризуются повторяющейся симптоматикой со стороны органов пищеварения при отсутствии органической патологии. Большинство функциональных расстройств – функциональная диспепсия, пилороспазм, дисфункция сфинктера Одди, синдром раздраженной кишки (СРК) – сопровождаются гиперкинетическими реакциями гладких мышц на обычные стимулы и развитием спазма.

Препаратами первой линии выбора при спастической боли являются спазмолитики. Они применяются при функциональных расстройствах ЖКТ, в патогенезе которых ключевую роль играют спазм, усиленная перистальтика и висцеральная гиперчувствительность, а также для симптоматического лечения при органических заболеваниях до выяснения их этиологии: при пептических язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни и др.

Боль является основной причиной обращения пациентов с обострениями хронического панкреатита за медицинской помощью. Уменьшить болевые ощущения, вызванные повышением давления в протоках поджелудочной железы, также позволяют спазмолитики.

В настоящее время повседневной реальностью, с которой сталкиваются терапевты и гастроэнтерологи, является коморбидность патологии органов пищеварения или ее сочетание с заболеваниями других органов и систем. Это диктует необходимость применения терапии, которая, с одной стороны, эффективно купирует спастическую боль любого происхождения и локализации, а с другой – не маскирует клиническую картину заболеваний и не мешает обследованию пациента. Этим критериям в наибольшей мере соответствуют спазмолитики. В отличие от аналгетиков они не только облегчают боль как симптом, но и ослабляют или полностью устраняют спазм гладких мышц внутренних органов – непосредственную причину боли. Их фармакодинамика основана на вмешательстве в механизмы мышечного сокращения. Расслабление гладкомышечных клеток способствует снижению тонуса стенки полого органа (кишки, желчных и панкреатических протоков), тем самым нормализуя его моторику. Снижение внутрипросветного давления устраняет ощущение боли, способствует пассажу содержимого ЖКТ, восстанавливая его функцию. Кроме того, устранение патологического спазма улучшает кровоснабжение и трофику органа (О.Я. Бабак, 2013).

Следует особо подчеркнуть, что назначение спазмолитиков, в отличие от сильнодействующих аналгетиков, не сопровождается блокадой механизмов болевой чувствительности и не затрудняет диагностику острой хирургической патологии. В некоторых случаях спазмолитики даже помогают подготовить ЖКТ к эндоскопическому или рентгенологическому исследованию.

Сегодня в распоряжении врача имеется большой арсенал спазмолитиков, которые действуют на разные механизмы гладкомышечного спазма. По механизму действия спазмолитики классифицируются на миотропные (напрямую влияющие на биохимические процессы в гладкомышечных клетках либо избирательно действующие на отдельные гладкомышечные органы) и нейротропные (нарушающие передачу нервных импульсов в вегетативных ганглиях или окончаниях вегетативных нервов). К миотропным спазмолитикам относятся ингибиторы фосфодиэстеразы (папаверина гидрохлорид, дротаверин), блокаторы натриевых каналов (мебеверин), а также антагонисты кальция (отилония бромид и пинаверия бромид). К нейротропным спазмолитикам относят растительные холинолитики первого поколения (атропина сульфат, скополамин, платифиллин), а также синтетические селективные антагонисты М-холинорецепторов 1 и 3 типов (гиосцина бутилбромид и прифиния бромид).

Практикующим врачам следует помнить о том, что спазмолитики разных классов характеризуются различной тропностью в отношении отделов ЖКТ. Так, папаверин наиболее выражено воздействует на гладкую мускулатуру толстой кишки, менее выражено – на миоциты двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. Спазмолитическое действие дротаверина проявляется во всех отделах ЖКТ и в других органах, содержащих гладкомышечные волокна, что позволяет использовать препарат для стартовой терапии при сочетанной патологии с различной локализацией боли. Главными мишенями для мебеверина являются тонкая и толстая кишка, в меньшей степени – желчевыводящие пути.

Для антагонистов кальция характерна высокая селективность действия в ЖКТ, которая объясняется низкой системной биодоступностью (менее 10%). Эти препараты эффективно подавляют перистальтику и устраняют спазмы толстой кишки, поэтому их основное применение – это лечение СРК (О.Я. Бабак, 2013). Природные М-холиноблокаторы первой генерации (атропин, скополамин, платифиллин) ранее широко использовались при патологии верхних отделов ЖКТ. Однако сегодня их применение ограничено в связи с выраженным системным действием и высоким риском мускариноподобных побочных эффектов на различные органы и системы.

Наиболее сбалансированный эффект оказывают селективные блокаторы M_1- и M_3-холинорецепторов. Эти рецепторы в большей степени представлены в верхних отделах ЖКТ, желчевыводящих путях и в меньшей степени – в гладкомышечных структурах дистальных отделов ЖКТ, мочевыводящих путях и органах малого таза (О.Н. Минушкин, 2013).

Примером оптимального сочетания эффективности и безопасности является прифиния бромид (препарат Риабал) – селективный холинолитик из группы четвертичных аммониевых соединений. Выборочно блокируя периферические холинорецепторы, препарат делает их нечувствительными к ацетилхолину, который образуется в парасимпатических постганглионарных нервных окончаниях. Это приводит к снижению тонуса гладкомышечных волокон пищевода, кишечника, желчного пузыря и его протоков, мочевыводящих путей и матки. Блокада периферической парасимпатической иннервации органов пищеварения также приводит к уменьшению секреции соляной кислоты, пепсина; снижению внешнесекреторной активности поджелудочной железы. Избирательное действие на нервно-мышечные синапсы в органах ЖКТ обусловливает более высокую безопасность прифиния бромида по сравнению с неселективными антихолинергическими спазмолитиками (S. Kumada et al., 1972).

Спектр показаний к назначению препарата Риабал в гастроэнтерологической практике включает хронический болевой синдром, ассоциированный со спазмами и гиперперистальтикой ЖКТ, при хроническом гастрите, дуодените, воспалительных и функциональных заболеваниях кишечника, состояниях после операций, а также спастическую боль, связанную с дисфункцией желчевыводящих путей и желчнокаменной болезнью. Сочетание спазмолитического и антисекреторного эффектов позволяет рекомендовать препарат больным хроническим панкреатитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Прифиния бромид был синтезирован в середине 1960-х годов и в экспериментах in vitro проявил себя как самый мощный из известных холиноблокаторов (S. Ohki et al., 1966; S. Kumada, M. Hitomi, 1967). На протяжении 1970-1980-х годов прифиния бромид активно изучался в экспериментальных и клинических исследованиях. Эффективность препарата при спастической абдоминальной боли неоднократно продемонстрирована у пациентов с нарушениями моторики пищевода (P. Frasson et al., 1978; W. Silber, 1979), спазмом сфинктера Одди (K. Kobayashi et al., 1985), пилороспазмом (T. Kihara et al., 1970), СРК (J. Baillet et al., 1975; B. Ljunggren et al., 1981; B. Meduri et al., 1981), дивертикулами кишечника (D. Sasaki et al., 1981).

Еще одна сфера применения препарата – подготовка ЖКТ к эндоскопическому и рентгенографическому исследованию. Опыт показывает, что определенные категории больных нуждаются в медикаментозной подготовке к эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). Как правило, это пациенты с лабильной нервной системой, испытывающие страх перед обследованием. Эффективность прифиния бромида в качестве премедикации за 30 мин до проведения диагностической ЭГДС показана в двойном слепом контролируемом клиническом исследовании M. Magalini и соавт. (1995). Полученные данные подтвердили способность препарата вызывать расслабление гладких мышц пищевода и желудка, что облегчало эндоскопическую оценку. Кроме того, прифиния бромид изучался в качестве препарата для подготовки к колоноскопии (R. Moschetta, 1980).

Таким образом, спазмолитики остаются первой линией симптоматической терапии при абдоминальной боли, связанной с органическими причинами или функциональными расстройствами. При выборе спазмолитика следует учитывать механизмы действия, фармакокинетику, преимущественное влияние на те или иные органы ЖКТ, а также ряд факторов со стороны пациента: возраст, пол, наличие сопутствующих заболеваний, индивидуальную непереносимость. Например, атропиноподобные побочные эффекты антихолинергических препаратов ограничивают их использование у больных с гипертрофией и аденомой предстательной железы, глаукомой. При назначении терапии в амбулаторном режиме следует обратить внимание пациента на соблюдение кратности приема и доз.

Фармацевтический рынок предоставляет большой выбор аналгетиков и спазмолитиков. Многие из них являются безрецептурными и предназначены для самолечения. Зачастую при выборе лекарственных препаратов решения принимаются под влиянием рекламы, рекомендаций сотрудников аптеки, друзей, знакомых, родственников. Применением аналгетиков часто подменяется базисное лечение основного заболевания, вызывающего боль, что способствует его прогрессированию, осложняет его течение. Спазмолитики не только облегчают боль, но и устраняют спазм гладкой мускулатуры, что способствует нормализации функций ЖКТ. Обсуждение с пациентом причин абдоминальной боли и механизмов действия препарата способствует росту доверия к врачу и успеху лечения.

Подготовил ***Дмитрий Молчанов***