

# Діагностика та лікування абдомінального болю: точка зору лікаря і фармацевта

**8 жовтня в м. Києві відбулася монотематична конференція, присвячена діагностиці та лікуванню абдомінального болю (АБ) – складній проблемі, украй актуальній як для лікарів усіх спеціальностей, так і для фармацевтів, оскільки саме вони часто знаходяться «на першій лінії» надання допомоги пацієнтам із цим симптомом. Як не нашкодити хворому, які безрецептурні препарати можна йому запропонувати, як зробити фармацевтичну та первинну медичну допомогу якісною та персоніфікованою?**



Проблема АБ надала можливість розглянути всі ці питання в тандемі експертів – лікаря та фармацевта. Крім своєї дуже актуальної тематики цей захід був цікавий також і за своїм, сьогодні – доволі популярним, форматом – адже конференція відбувалась у режимі телемосту. Завдяки цьому можливість почути доповіді та поставити питання експертам в інтерактивному режимі отримали фармацевти з 20 різних міст України: з Києва, Харкова, Полтави, Кременчука, Миколаєва, Одеси, із Запоріжжя, з Нової Каховки, Нікополя, Житомира, Дніпра, Кропивницького, зі Львова, з Рівного, Вінниці, Черкас, Чернігова, Івано-Франківська, Луцька та Ужгорода.



Поглянути на проблему АБ з точки зору лікаря загальної практики запропонував доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти, кандидат медичних наук Геннадій Іванович Кочуєв.

– Біль – це міждисциплінарна проблема, оскільки саме на біль найчастіше скаржаться пацієнти під час візиту до лікарів різних спеціальностей, у першу чергу – до лікарів первинної ланки охорони здоров'я. У пошуку засобів для полегшення больових відчуттів пацієнти також часто звертаються до провізорів аптек. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у країнах із високим доходом біль за масштабами свого поширення порівняний з пандемією. Біль являє собою суб'єктивний феномен, який погано піддається будь-якій об'єктивізації, але водночас він завдає людям найтяжчих страждань. Міжнародна асоціація з вивчення болю (IASP) визначила біль як неприємне відчуття та емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим пошкодженням тканин (Loeser J.D., Treede R.D., 2008). Тобто будь-який патологічний процес в органах та тканинах організму здатний спричинити больові відчуття.

Актуальність проблеми болю та інтерес до пошуку шляхів її вирішення важко переоцінити. Так, на сьогодні лише у США створено понад 2 тис клінік та центрів із вивчення й лікування болю, широке поширення отримав термін «медицина болю», видаються спеціальні журнали, цілком призначені для освітлення цієї проблеми. Алгологія як наука про біль визнана у США самостійною медичною спеціальністю, і вже 3 американські асоціації проводять сертифікацію лікарів із проблеми болю (Donnelly T.J. et al., 2017). Така сама тенденція останніми роками чітко простежується і в низці інших економічно розвинених країн світу.

Якою ж є поширеність болю в загальній популяції? За даними ВООЗ, понад 75% населення зазначають щоденний біль (із них приблизно 25% – гострий біль). У дорослого населення частота хронічного болю, не пов'язаного з наявністю онкологічного захворювання, становить 15%. 67% онкохворих відчувають біль, зумовлений хворобою або лікуванням. Кожен 7-й пацієнт, який звертається в поліклініку, скаржиться на біль у суглобах, м'язах, кістках або на АБ. У структурі больових синдромів перше місце посідає біль у спині (32%), друге й третє – біль у суглобах (24%) та головний біль (16%) відповідно. Приблизно 13% випадків припадає на біль у животі – тобто це значущий показник, і таких пацієнтів лікарі консультують щодня.

Слід підкреслити, що гострий АБ завжди треба розглядати як ургентну ситуацію, яка потребує хірургічної оцінки для спростування або підтвердження гострої хірургічної патології. Так, у США з 5-10 млн осіб, які щорічно звертаються за медичною допомогою зі скаргами на гострий біль у животі, у 40%

діагностують ознаки «гострого живота». Водночас у кожного 4-го пацієнта фіксують «функціональний» або неспецифічний АБ (Glasgow R.E., 2015).

Ймовірні причини АБ дуже різноманітні – від функціональних захворювань до гострої хірургічної патології; якщо біль має чітку локалізацію, це дає можливість дещо звужити коло диференційно діагностичного пошуку (табл.).

За механізмом виникнення виділяють такі види АБ:

- вісцеральний;
- парієтальний (соматичний);
- психогенний;
- відображений (іррадіюючий).

**Вісцеральний біль** виникає за наявності патологічних стимулів у внутрішніх органах і зазвичай буває дифузним і погано локалізованим. Основні причини його виникнення – раптове підвищення тиску в порожнистому органі та розтягнення його стінки (у більшості випадків), розтягнення капсули паренхіматозних органів, натяг брижі, судинні порушення тощо. Поява вісцерального болю дуже часто супроводжується рефлекторними вегетативними реакціями, пов'язаними з підвищенням тону блукаючого нерва – у цьому разі блювання не приносить полегшення, біль супроводжується тахікардією або брадикардією, артеріальною гіпотензією (Zeltzer L.K. et al., 2011).

**Парієтальний біль** зумовлений залученням до процесу очеревини – зазвичай він має гострий характер та чітку локалізацію. При пальпації живота визначається напруження м'язів черевної стінки. Парієтальний біль посилюється при будь-якій зміні положення тіла, кашлі тощо.

**Відображений (іррадіюючий) біль** виникає при надмірній інтенсивності імпульсу вісцерального болю (наприклад, проходження каменю) або анатомічному пошкодженні органу, передається на ділянки поверхні тіла, які мають спільну коріньцеву іннервацію з ураженим органом черевної порожнини. Так, підвищення тиску в кишечнику провокує виникнення вісцерального болю, який потім іррадіює в спину, при білярній кольці – у спину, праву лопатку та плече (Щербак І.В., 2011).



**Психогенний біль** пацієнт відчуває за відсутності вісцеральної або соматичної причини, або ж останні відіграють роль пускового чи сприяючого фактору. Особлива роль у його виникненні належить депресії. Тісний зв'язок депресії з хронічним АБ пояснюється загальними біохімічними процесами, і в першу чергу – недостатністю моноамінергічних (серотонінергічних) механізмів. Основними ознаками цього виду болю є його значна тривалість, монотонний, дифузний характер та часте поєднання з болем іншої локалізації (головний біль, біль у спині, біль у всьому тілі тощо) (Щербак І.В., 2011).

За етіологічною класифікацією виділяють інтраабдомінальні та екстраабдомінальні причини болю в животі. До інтраабдомінальних причин належать генералізований перитоніт

(первинний або вторинний), запальні захворювання органів черевної порожнини та малого тазу (апендицит, холецистит, холангіт, дивертикуліт, виразкова хвороба, гастродуоденіт, гастроентерит, коліт, панкреатит, сальпінгофорит, пієлонефрит, гепатит, лімфаденіт тощо), обструкція порожнистих органів (кишечника, жовчного міхура та жовчних протоків, матки, черевної аорти, сечовивідних шляхів) та ішемічні порушення (мезентеріальна ішемія, інфаркти кишечника, селезінки, печінки, перекути органів). Екстраабдомінальні причини (псевдоабдомінальний синдром) зумовлюють появу симптомокомплексу, що нагадує клінічну картину «гострого живота», але формується через патологію інших органів (серця, легень, плеври, ендокринних органів, хребта), а також у результаті інтоксикації, деяких форм отруєнь та ін.

Нарешті, за патогенетичною класифікацією болю виділяють:

- спастичний біль (який у більшості випадків може бути усунений ще на етапі фармацевтичної опіки);
- біль від розтягнення порожнистих органів;
- перитонеальний біль;
- біль при порушенні місцевого кровообігу (стенотичний та ангіоспастичний);
- відображений біль.

**Спастичний біль** – найпоширеніший тип болю, викликаний спазмом непосмугованої мускулатури (стінки кишечника, сечового міхура, матки, судин тощо). Спастичний біль може бути симптомом як органічної патології (печінкова, шлункова, ниркова, панкреатична, кишкова, білярна кольки, спазм апендикса), так і функціональних захворювань (синдром подразненого кишечника) та отруєнь. Спастичний біль з'являється раптово і нерідко так само раптово припиняється, тобто він має характер больового нападу (кольки). Зменшується після застосування тепла та спазмолітичних засобів, супроводжується типовою іррадіацією і, залежно від місця свого виникнення, іррадіює в спину, лопатку, ділянку попереку, нижні кінцівки. Поведінка хворого характеризується збудженням та занепокоєнням; часто спостерігаються супутні явища (блювання, метеоризм, аритмії тощо).

Виділяють навіть таке поняття, як «абдомінальна колька» – класичний прояв вісцерального АБ. Вона характеризується переймоподібним болем у животі високої інтенсивності, при якому періоди наростання болю перемежуються зі «світлими проміжками». Класичними прикладами абдомінальної кольки є білярна та ниркова кольки. Під час чергового приступу інтенсивність болю швидко наростає, потім настає «плато» – період, коли вираженість болю максимальна за інтенсивністю (триває від 15 хв до декількох годин), після чого біль поступово стихає. Між нападами больові відчуття повністю відсутні, і людина почуватися цілком здоровою.

Надзвичайно поширеною причиною АБ є функціональні розлади шлунково-кишкового тракту (ШКТ): їх поширеність у популяції становить 20-30%. Більшість функціональних розладів ШКТ супроводжуються гіперкінетичними реакціями непосмугованих м'язів і розвитком спазму. Майже в половині всіх хворих гастроентерологічного профілю зазначають симптоми гіпермоторної, і в першу чергу – спастичної, дискінезії непосмугованих м'язів ШКТ. З огляду на це цілком зрозуміло, що усунення спазму може мати ключове значення для полегшення стану таких пацієнтів.

Згідно з рекомендаціями IASP (Loeser J.D., Treede R.D., 2008) при опитуванні пацієнта зі скаргами на біль необхідно уточнити 5 його основних характеристик: локалізацію, часову характеристику, інтенсивність, час від початку болю та його можливі причини. При зборі анамнезу лікарям рекомендується дотримуватися так званого алгоритму PQRST:

- **P** (palliate or provoke) – фактори, що полегшують або підсилюють біль у животі;
- **Q** (qualities) – якісні характеристики болю;
- **R** (radiation) – іррадіація болю;
- **S** (severity) – інтенсивність болю;
- **T** (temporal) – фактори часу: тривалість, рецидивування, взаємозв'язок з іншими факторами.

Наявність больового абдомінального синдрому потребує поглибленого обстеження хворого для уточнення механізмів його розвитку та вибору тактики лікування. Для оцінки інтенсивності больового синдрому існує кілька способів: п'ятизначна загальна шкала болю (слабкий, помірний, сильний, нестерпний), мовна кількісна шкала, візуальна аналогова шкала (ВАШ), оцінка поведінкових параметрів і життєво важливих функцій. При візуальному огляді хворого звертають увагу на наявність «гримас болю», розширення зіниць.

Таблиця. Локалізація абдомінального болю та його ймовірні причини (Щербак І.В., 2011)

Правий верхній квадрант	Епігастрій	Лівий верхній квадрант
Холецистит Холангіт Панкреатит Пневмонія/емпієма плеври Плеврит Піддіафрагмальний абсцес Гепатит Синдром Бадда-Кіарі	Виразкова хвороба Гастрит ГЕРХ (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба) Панкреатит Інфаркт міокарда Перикардит Розрив аневризми аорти Езофагіт	Розрив селезінки Абсцес селезінки Гастрит, виразка шлунка Панкреатит Піддіафрагмальний абсцес
Правий нижній квадрант	Зона пупка	Лівий нижній квадрант
Апендицит Сальпінгіт	Рання ознака апендициту Гастроентерит	Дивертикуліт Сальпінгіт

До небезпечних симптомів, які потребують негайної госпіталізації та вирішення питання про невідкладне хірургічне втручання (так званих червоних прапорців), належать:

- запаморочення, слабкість, апатія;
- артеріальна гіпотонія, тахікардія;
- видима кровотеча;
- лихоманка;
- повторне блювання;
- наростаюче збільшення об'єму живота;
- відсутність відходження газів, перистальтичних шумів;
- посилення болю в животі;
- напруження м'язів черевної стінки;
- позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга;
- непритомність під час акту дефекації.

Більшість функціональних і органічних захворювань ШКТ супроводжується спазмом непосмугованої мускулатури різних органів (кишечника, жовчних шляхів, жовчного міхура тощо). Фізіологія скорочення непосмугованих м'язів і спазму добре вивчена. Ацетилхолін зв'язується з М-холінорецепторами, що призводить до відкриття натрієвих каналів. Іони натрію входять у клітину, відбувається деполяризація мембран та відкриття потенціалзалежних кальцієвих каналів. Коли іони кальцію надходять всередину клітини, вони взаємодіють з кальційзв'язуючим білком кальмодуліном, що призводить до активації кінази легких ланцюгів міозину. Унаслідок цього відбувається відщеплення фосфорного залишку від аденозинтрифосфату (АТФ), пов'язаного з волокнами міозину, та на наступному етапі – зв'язування міозину з актином («молекулярний місток»), зрушення актину по відношенню до міозину і, власне, скорочення клітини (спазм).

Критично важлива роль у регуляції тону м'язів та розвитку спазму належить такому ферменту, як фосфодіестераза (ФДЕ). Однією з умов, необхідних для скорочення м'язового волокна, є висока активність ФДЕ, яка бере участь у розщепленні циклічного аденозинмонофосфату (цАМФ) та циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ), молекули яких знижують вміст іонів кальцію в цитоплазмі і тим самим сприяють зниженню скорочувальної активності клітини. Тому якщо заблокувати фермент ФДЕ, то цАМФ і цГМФ не будуть розщеплюватися, їх концентрація в цитоплазмі збільшиться, і це призведе до розслаблення м'язової клітини.

Необхідно пам'ятати, що використання анальгетиків для усунення гострого АБ суворо заборонено. Для полегшення болювого синдрому рекомендується використання універсальних міотропних спазмолітиків, дієвих при будь-яких видах спазму, оскільки вони не замаскують картину «гострого живота», проте полегшать стан хворого. Якщо в пацієнта наявна функціональна патологія, пов'язана зі спазмом, то ефект спазмолітиків буде добрим. Отже, у ситуації фармацевтичної опіки у пацієнта з АБ спастичного генезу найбільш адекватним рішенням є застосування міотропних спазмолітиків та звернення до лікаря для проведення подальшого обстеження.



**Завідувач кафедри фармакології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Ганна Володимирівна Зайченко** докладно розповіла, яким чином саме фармацевти можуть допомогти людині, яка страждає на сильний АБ.

– Більшість пацієнтів із АБ звертаються передусім до провізорів із проханням поради, які лікарські засоби здатні полегшити біль. Саме

тому кожен фармацевт вже під час розмови з відвідувачем аптеки має швидко виявляти загрозливі симптоми АБ і тих осіб, які потребують негайного виклику «швидкої». Про що першим ділом йдеться (Бабак О.Я., 2006):

- АБ у дітей та вагітних – ці категорії мають бути негайно оглянуті лікарями;
- АБ в осіб, що зазнали фізичного насильства;
- тривалий (упродовж більш як 2 год) сильний АБ, який не дає можливості рухатися, спати, працювати;
- сильний біль у животі, що супроводжується блюванням із домішками крові;
- сильний біль, асоційований із підвищенням температури тіла >38 °С;
- сильний біль із втратою свідомості або жовтяниці;
- гострий сильний зростаючий біль на тлі затримки менструації;
- біль у животі різної інтенсивності у вагітної в будь-який термін гестації;
- біль із напруженням м'язів живота, «доскоподібний» живіт;
- діарея з домішками крові;
- темний кал, схожий на дьоготь;
- нещодавня травма живота.

Ключове завдання провізора – не нашкодити і не замаскувати біль, а компетентно його полегшити. Оптиміальними препаратами для цього наразі вважаються безрецептурні міотропні спазмолітики, які ефективно усувають спазм непосмугованих м'язів та, відповідно, спастичний біль – зокрема, при функціональних розладах ШКТ, поширеність яких в популяції є дуже високою. При цьому вкрай важливо, що на тлі застосування міотропних спазмолітиків у разі хірургічної патології біль не маскується. Міотропні спазмолітики не «втручаються» в патогенез органічної хірургічної патології,



і саме це дає можливість провізору додержуватися одвічної заповіді – «не нашкодь». При цьому в пацієнтів із АБ варто утримуватися від застосування комбінованих препаратів на основі спазмолітиків і анальгетиків. Останні можуть маскувати клінічну картину «гострого живота», зменшуючи біль завдяки блокуванню передачі больових сигналів до центральних відділів центральної нервової системи та збільшуючи через це ризик несвоечасної діагностики та розвитку небезпечних ускладнень (Бабак О.Я., 2013).

Необхідно зазначити, що на відміну від більшості нейротропних спазмолітиків, які відпускають за рецептом, міотропні спазмолітики зазвичай мають статус безрецептурних препаратів. До того ж міотропні спазмолітики характеризуються більш високим профілем безпеки, ніж нейротропні, які блокують М-холінорецептори виконавчих органів та перешкоджають взаємодії з ними ацетилхоліну. Через цей механізм дії на тлі їх застосування можуть розвиватися такі антихолінергічні побічні ефекти, як мідріаз, підвищення внутрішньочерепного тиску, параліч акомодатції, тахікардія, атонія непосмугованої мускулатури травного каналу, затримка сечовипускання, зменшення секреції потових залоз, слизових оболонок порожнини рота та ШКТ (сухість у роті, порушення ковтання і травлення). При цьому варто пам'ятати, що при застосуванні навіть селективних М-холіноблокаторів їх селективність втрачається при збільшенні дози.

Порівняно з міотропними спазмолітиками загалом гірший профіль безпеки мають і анальгетики. Зокрема, все ще широко застосовуваний у нашій країні метамізол натрію заборонений у 68 країнах світу саме через притаманні препарату потенційно небезпечні для життя побічні ефекти, найперше – агранулоцитоз. З практичної точки зору, провізори мають пам'ятати про неприпустимість рекомендації метамізолу натрію пацієнтам зі скаргами на біль у животі та зубний біль – через високий ризик маскування болю та розвитку серйозних хірургічних та онтогенних ускладнень.

Треба ще раз наголосити, що через ризик «маскування» картини гострої хірургічної патології пацієнтам із неуточненим характером АБ та/або ознаками «гострого живота» протипоказано введення не тільки анальгетиків, але й нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) та комбінованих лікарських засобів, що містять анальгетики, НПЗП і спазмолітики (Бабак О.Я., 2006). Крім того, анальгетики та НПЗП можуть погіршити стан пацієнтів із виразками шлунку та дванадцятипалої кишки та НПЗП-гастропатіями. Встановлено, що кожен другий випадок кровотечі із ШКТ виникає в осіб, які приймають НПЗП; також у них в 1,5-2 рази частіше спостерігаються диспепсичні симптоми – порушення травлення, біль у животі, печія та закреп, діарея (Hummel M. et al., 2017). На відміну від НПЗП механізм дії такого відомого міотропного спазмолітика, як Но-шпа®, дійсно є універсальним для всіх органів, непосмугована мускулатура яких спазмована, – він пов'язаний зі здатністю дротаверину знижувати активність ферменту ФДЕ IV типу, що сприяє послідовному підвищенню рівня цАМФ усередині клітини та її розслабленню. Механізм дії дротаверину є суворо селективним по відношенню до основної ланки патогенезу саме спазму – він інгібує виключно на ФДЕ IV типу та не впливає на активність жодних інших ферментів, що й зумовлює високий профіль його безпеки.

Які ж основні сфери застосування міотропних спазмолітиків, і насамперед – препарату Но-шпа®? Першим ділом, цей препарат широко використовується в амбулаторному лікуванні альгодисменореї. Показано, що приблизно 80% жінок відчують біль під час менструації (Джобова Е.М., Логинова К.Б., 2014), а в 10% жінок у цей період навіть настає тимчасова втрата працездатності (Хашукоева А.З., Хлынова С.А., 2014). Один із важливих механізмів виникнення менструального болю – подразнення десквамованим епітелієм матки нервових сплетінь, розташованих навколо шийки матки в області внутрішнього зіву цервікального каналу, що призводить до спазму міометрія (Силина Т.Н. і соавт., 2014). НПЗП, впливаючи на простагландинний механізм виникнення альгодисменореї, на жаль, здатні водночас пригнічувати агрегацію тромбоцитів та збільшувати об'єм крововтрати. Тому призначати НПЗП може лише лікар-гінеколог після відповідного обстеження пацієнтки. Дротаверин, який проявляє потужну спазмолітичну дію на непосмуговану мускулатуру внаслідок пригнічення ФДЕ IV типу, розслаблює спазмовану шийку матки та пришвидшує евакуацію менструальних виділень разом із простагландінами, що в них містяться. При цьому похідні ізохіноліну, до яких належить дротаверин, не впливають на агрегацію тромбоцитів і, відповідно, не збільшують інтенсивність кровотечі.

Результати клінічного дослідження дії препарату Но-шпа® при первинній дисменореї, проведеного на базі кафедри сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), засвідчили зниження больового синдрому в 95,9% пацієнток на 3-й міс терапії. При цьому ефект терапії первинної дисменореї позитивно корелював із тривалістю прийому препарату Но-Шпа® – він показав добру переносимість при тривалому застосуванні (Силина Т.Н. і соавт., 2014).

На сьогодні препарат Но-шпа® переконливо довів свою ефективність і при набагато більш серйозних больових синдромах – зокрема, при ниркових кольках, які, як відомо, супроводжуються дуже інтенсивним болем і психомоторним збудженням пацієнта. У ході подвійного сліпого рандомізованого дослідження, яке проводилося в 11 центрах у 4 країнах (за участю понад 100 тис пацієнтів), було встановлено, що при нирковій кольці, яка була спричинена каменем нирки або сечоводу, внутрішньовенне введення дротаверину є ефективним у більш як 1/3 пацієнтів і не супроводжується розвитком серйозних побічних явищ. Ефективність лікування ниркової кольки може бути надалі підвищена при одночасному застосуванні НПЗП, що в більшості випадків давало можливість уникнути введення наркотичних анальгетиків – петидину або морфіну (Romics I. et al., 2010).

Також накопичується велика доказова база, що обґрунтовує ефективність оригінального дротаверину при спастичному болю в дітей. Оригінальна Но-шпа® рекомендована до застосування дітям вже із 6 років і може використовуватися при так званому рецидивуючому болю в животі (РБЖ), що має функціональний характер та належить до найпоширеніших скарг у дітей і дорослих. Хоча РБЖ не вважається органічним захворюванням, він може перешкоджати навчання дитини в школі, заняттям спортом та іншим видам повсякденної діяльності, бути причиною частого відвідування педіатричних відділень швидкої допомоги та гастроентерологічних клінік. Згідно з даними клінічних досліджень, застосування дротаверину приводило до зменшення частоти та інтенсивності РБЖ у дітей, а батьки схвально оцінювали результативність такого лікування. Частота небажаних явищ протягом періоду спостереження була порівняною в дітей, що отримували дротаверин або плацебо, засвідчивши сприятливий профіль безпеки дротаверину при РБЖ у дітей (Narang M. et al., 2015).



Нещодавно була встановлена ефективність дротаверину при гострому гастроентериті (Narang S., Koli J., 2018). Наразі застосування дротаверину рекомендується експертами Американської колегії гастроентерологів для досягнення загального полегшення симптомів у пацієнтів із синдромом подразненого кишечника (Ford A.C. et al., 2018).

Отже, оригінальний безрецептурний препарат дротаверину Но-шпа® ефективно, швидко та надовго усуває спастичний біль – він знижує інтенсивність больових відчуттів вже за 30 хв (Унанян А.Л., Аракелов С.Э., 2015) та діє до 8-10 годин. На тлі застосування препарату Но-шпа® також відбувається розширення спазмованих судин та покращується кровообіг. Но-шпа® – дуже популярний у світі брендовий препарат, який вже понад 60 років допомагає пацієнтам швидко позбутися самих різних типів болю, в основі виникнення якого лежить такий універсальний механізм, як спазм.

\*\*\*

Після того як прозвучали програмні доповіді, відбулася цікава інтерактивна дискусія. Експерти надали вичерпні відповіді на найбільш актуальні питання щодо проблеми абдомінального болю, поставлені учасниками телемосту. Зокрема, активне обговорення викликало питання, який препарат з усього наявного на фармацевтичному ринку розмаїття засобів на основі дротаверину провізор може впевнено рекомендувати. Як зазначили експерти, оскільки Но-шпа® є оригінальним препаратом, саме з ним були в повному обсязі проведені численні доклінічні та клінічні дослідження, де були доведені його ефективність і безпека. Претендувати на аналогічні характеристики можуть лише ті високоякісні генерики, обидві лікарські форми яких у ході спеціальних досліджень довели свою біоеквівалентність оригінальному дротаверину. Ці дані провізори та лікарі можуть перевірити за довідником еквівалентності лікарських засобів «Rx індекс». Приємним завершенням конференції стала інтерактивна інтелектуальна вікторина, під час якої учасники відповідали на тематичні запитання щодо особливостей застосування препарату Но-шпа®.

Підготувала **Анжела Томічева**

