

Ю.В. Белоусов, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии, Е.В. Шугова, Харьковская медицинская академия последипломного образования

Риабал в детской гастроэнтерологической практике

Одной из основных жалоб, с которыми приходится сталкиваться врачу-педиатру, является боль в животе. Абдоминальная боль может наблюдаться уже у новорожденного ребенка – клинически она проявляется плачем и беспокойством. Различают острую абдоминальную боль, являющуюся следствием хирургической патологии, травмы или инфекционного заболевания; ее временные рамки обусловлены действием повреждающих факторов. О хронической боли принято говорить в случаях, если болевой синдром выражен на протяжении 3 мес и более. Рецидивирующей называют абдоминальную боль, повторяющуюся не менее 3 раз в течение 3 мес. Она обусловлена хроническими заболеваниями органов пищеварительной системы или нарушением функции того или иного органа [2, 4, 7].

В практической работе следует различать также соматическую (париетальную) и висцеральную боль. Соматическая боль передается соматическими рецепторами по афферентным нейронам. Передача афферентного импульса по спиналаламическому тракту в дисцефальную область, ретикулярную формацию и кору головного мозга дает ощущение и осознание боли, а также формирует память о ней. Соматическая боль характеризуется четкой локализацией в области возбуждения. Старшие дети могут указать место ощущения боли одним или двумя пальцами. Висцеральная боль передается внутренними рецепторами через волокна блуждающего нерва. Висцеральные рецепторы имеют более широкое поле, поэтому боль не строго локализована. Она чаще обусловлена спазмом с повышением давления в полном органе, растяжением его стенки или капсулы вследствие препятствия пассажу по желудочно-кишечному тракту. Указывая на локализацию такой боли, ребенок проводит раскрытой ладонью по всему животу или значительной его части [2, 4].

Совершенно очевидно, что блокада парасимпатических воздействий является одним из наиболее эффективных механизмов, предотвращающих мышечный спазм, гипермоторику кишечника, гиперсекрецию желудка, гипертонус желчевыводящих механизмов, что приводит к ликвидации клинических проявлений многих гастроэнтерологических заболеваний. Этим обосновывается целесообразность использования в клинической практике селективного для желудочно-кишечного тракта М-холинолитика Риабала (прифиния бромид), оказывающего воздействие как на органы с парасимпатической иннервацией, так и на гладкую мускулатуру [3, 6].

Риабал может применяться у детей в различные возрастные периоды. При пероральном приеме препарат всасывается из желудочно-кишечного тракта лучше, чем другие представители этой группы. Он обладает хорошей биодоступностью при энтеральном применении, быстро выводится из организма с мочой и частично с желчью [5]. В педиатрической практике привлекает возможность использовать Риабал у детей начиная с грудного возраста в виде сиропа, таблеток и парентерально при широком круге заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом, явлениями спазма мускулатуры и гиперсекрецией.

В литературе имеются сообщения об успешном применении Риабала при пептической язве на фоне нормальной секреторной функции желудка [3], дискинезии желчевыводящих путей гипермоторного или смешанного типа с преобладанием спазма сфинктера Одди [1], хроническом колите с синдромом спастического запора [2, 3] и ряде других заболеваний. Однако эти сообщения посвящены преимущественно наблюдениям за взрослыми больными и не отражают всего спектра возможностей применения Риабала, прежде всего в педиатрической практике.

Целью настоящего клинико-инструментального исследования явилось изучение эффективности препарата Риабал в лечении болевого синдрома у детей раннего возраста с кишечной коликой, детей дошкольного и школьного возраста с хроническим гастродуоденитом с выраженным болевым синдромом, дискинезией билиарного тракта, протекающей по гиперкинетическому и гипертоническому типу (гиперкинезия желчного пузыря – гипертонус сфинктера Одди).

Исследование проводилось на кафедре педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования на базе гастроэнтерологического отделения Городской детской клинической больницы № 19 г. Харькова. Под наблюдением находились 20 больных в возрасте от 6 недель до 7 месяцев, у которых была диагностирована кишечная колика; 15 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет, в том числе 10 детей с дискинезией желчного пузыря гиперкинетического типа и (или) спазмом сфинктера Одди, и 5 больных с хроническим гастродуоденитом с выраженным болевым синдромом.

У детей первой группы, находившихся в стационаре по поводу респираторной патологии, наряду с симптомами основного заболевания (ОРВИ, бронхит) отмечались беспокойство, плач, сучение ножками, вздутие живота, уменьшающееся после отхождения кала и газов, причем эта симптоматика в ряде случаев выходила на первый план, превалируя над симптомами основного заболевания. Пальпация живота обычно сопровождалась усилением беспокойства ребенка, метеоризмом, иногда удавалось пальпировать спазмированные петли толстой кишки. После исключения острого живота, кишечной инфекции, пищевой аллергии ребенку устанавливался диагноз кишечной колики и проводилась терапия в соответствии со стандартами лечения этой патологии. В качестве М-холиноблокатора назначался Риабал (сироп) в дозе 1 мг/кг массы в сутки в три приема. Уменьшение болевого синдрома было отмечено уже после первого приема препарата; полностью болевой синдром купировался у 12 детей к концу вторых суток, у 8 – с третьего дня приема Риабала. Дети успокаивались, значительно уменьшались и ликвидировались явления метеоризма, живот становился мягким и доступным пальпации.

Больным дошкольного и школьного возраста с патологией гастродуоденальной и билиарной системы Риабал назначался по следующей схеме: 6-9 лет – по 1 таблетке (30 мг) в сутки, 9-15 лет – по 2-3 таблетки в сутки в 2-3 приема. Длительность курса лечения составляла от 5 до 10 суток. В результате проведенного лечения со 2-3-х суток больные отмечали уменьшение интенсивности болевого синдрома, с 7-х суток болевой синдром ликвидировался и дети жалоб не предъявляли. При объективном исследовании к 7-8-м суткам болезненность при пальпации живота не определялась или была незначительной. Контрольное

УЗ-исследование, проведенное по окончании курса лечения Риабалом, у восьми больных с гиперкинезией желчного пузыря и (или) гипертонусом сфинктера Одди выявило нормальный тип сокращения желчного пузыря, а у двух – тенденцию к его гипокинезии.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют об эффективности препарата Риабал в лечении детей с гастроэнтерологическими заболеваниями, протекающими с явлениями спазма, гипермоторики и гипертонуса, что связано с селективной периферической блокадой Риабалом М-холинорецепторов. В педиатрической практике препарат может применяться уже в раннем детском возрасте для лечения кишечной колики. Риабал достаточно эффективен при гиперкинетически-гипертонических дискинезиях желчевыводящих путей и спазмах гладкой мускулатуры у больных старшего возраста с гастродуоденальной патологией. Представляет несомненный интерес использование Риабала в схемах лечения гастродуоденальных



Ю.В. Белоусов

хеликобактер-ассоциированных заболеваний, протекающих с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, хронического спастического колита, панкреатопатии.

Литература

1. Бабак О.Я., Чернова В.М. Застосування препарату риабал при функціональних захворюваннях жовчівидних шляхів // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 4. – С. 56-58.
2. Губергриц Н.Б. Общие принципы купирования хронической абдоминальной боли // Сучасна гастроентерологія. – 2004. – № 2. – С. 3-11.
3. Степанов Ю.М., Косинська С.В. Риабал у комплексному лікуванні гастроентерологічних захворювань // Методичні рекомендації. – Київ. 2004. – 12 с.
4. Осипова Н.А., Никола В.В. Современное состояние науки о боли. Острые и хронические болевые синдромы (информация о X Всемирном конгрессе о боли) // Анестезиология і реаніматологія. – 2003. – № 5. – С. 4-13.
5. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Литтерра, 2003. – 1046 с.
6. Шульпекова Ю.О. Сравнительная характеристика спазмолитических препаратов, применяемых в практике гастроэнтеролога // Клин. перспективы гастроэнтер., гепатол. – 2002. – № 5. – С. 6-11.
7. Фадеев Г.Д. Абдоминальная боль в терапевтической практике: от патогенеза к лечению // Doctor/2003. – № 4. – С. 72-75.

РІАБАЛ

(сироп)



Відчуття внутрішнього комфорту

- РІАБАЛ - єдиний в Україні спазмолітик у формі сиропу, спеціально розроблений для дітей найбільш раннього віку.
- Як спазмолітик РІАБАЛ усуває головну причину кишкової коліки – спазм і порушення моторики кишківника.
- РІАБАЛ позбавить малюка від кишкової коліки і знизить рівень тривоги батьків.



MEGACOM
Фармацевтична компанія

Мегакон дає можливість українському лікарю реалізувати свою найважливішу функцію - зцілювати, а українському пацієнту з будь-яким достатком - право на одужання.