

Здоров'я України[®]

М Е Д И Ч Н А Г А З Е Т А

№ 21/1 (Додатковий) Грудень 2009 р.

Передплатний індекс – 35272

Абдоминальний болевой синдром: 30-летний опыт использования прифиния бромида

Самой распространенной жалобой среди пациентов, которая заставляет обращаться за медицинской помощью, является боль. Практически все гастроэнтерологические заболевания сопровождаются абдоминальным болевым синдромом. Характер боли, ее локализация зачастую могут подсказать врачу предположительный диагноз. Однако в последнее время клиническая картина заболеваний, которые сопровождаются абдоминальным болевым синдромом, искажается в связи с активным самостоятельным использованием больными обезболивающих и противовоспалительных препаратов. К сожалению, многие из этих препаратов не приносят облегчения, а в некоторых случаях только усугубляют ситуацию. Именно проблеме купирования (лечения) абдоминального болевого синдрома и посвятил доклад, прозвучавший в рамках III-й гастроэнтерологической недели (24-25 сентября 2009 г., Киев), вице-президент Украинской гастроэнтерологической ассоциации, заведующий кафедрой гастроэнтерологии и терапии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Миронович Степанов.



Ю.М. Степанов

— Различают четыре типа абдоминальной боли: висцеральная (при поражении органов брюшной полости), париетальная (при поражении листков брюшины), отраженная (когда боль локализуется вдали от патологического очага) и психогенная. В зависимости от продолжительности боль бывает острой и хронической. По механизму возникновения она делится на спастическую (при спазме гладкой мускулатуры), дистензионную (при растяжении полых органов), перитонеальную (при поражении брюшины) и сосудистую (при патологии сосудов, питающих органы).

И органические, и функциональные поражения органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проявляются болевым синдромом. При функциональных нарушениях боль возникает вследствие нарушения моторики и растяжения органа. Причиной возникновения боли при органических нарушениях являются воспалительные процессы, ишемия и нарушения проходимости.

Существует большое количество групп препаратов, которые направлены на устранение (купирование) болевого синдрома. В гастроэнтерологии наиболее распространенными являются спазмолитики. Различают миотропные и нейротропные спазмолитики (селективные и неселективные).

Механизм действия миотропных спазмолитиков направлен на снижение количества ионов кальция и накопление циклического аденозинмонофосфата внутри клетки, что значительно замедляет соединение актина и миозина. Нейротропные спазмолитики нарушают связывание ацетилхолина с М-холинорецепторами, что обуславливает снижение тонуса гладкой мускулатуры. В настоящее время определено пять видов мускариновых рецепторов, плотность которых в различных органах и системах существенно варьирует. В ЖКТ находятся все пять видов М-холинорецепторов, а в нервно-мышечных синапсах выявлена преимущественно концентрация М3 и М4-холинорецепторов, которые тормозят передачу импульса на сокращение мышечного комплекса.

Неселективные М-холиноблокаторы действуют на все подтипы мускариновых рецепторов, в том числе расположенные в ЦНС, сердце, легких и др. В отличие от них селективные блокируют только определенные подтипы М-холинорецепторов.

Одним из современных селективных М-холиноблокаторов является

прифиния бромид (Риабал[®]). Он избирательно блокирует периферические М-холинорецепторы ЖКТ, желчевыводящих и мочевыводящих путей.

Благодаря этому уменьшается тонус гладкой мускулатуры пищевода, желудка, кишечника, желчного пузыря, желчных протоков и мочевых путей. Также при использовании этого препарата отмечается и антисекреторный эффект — снижение секреции соляной кислоты, пепсина, уменьшение внешнесекреторной активности поджелудочной железы. В отличие от неселективных М-холинолитиков прифиния бромид (Риабал[®]) не имеет системного действия — он не снижает артериальное давление, не вызывает паралич аккомодации, тахикардию, не оказывает седативного действия.

Препарат Риабал[®] широко используется в терапии, хирургии, гастроэнтерологии. Появление этого препарата позволило врачам отказаться от использования неселективных М-холинолитиков (атропин, платифиллин и т.д.).

Препарат выпускается в трех формах - таблетки, сироп, раствор для инъекций, что дает возможность применять его у пациентов всех возрастных групп.

Наличие инъекционной и таблетированной формы позволяет проводить ступенчатую терапию — при сильно выраженном абдоминальном синдроме пациенту назначается прифиния бромид в виде внутримышечных, внутривенных или подкожных инъекций с последующим переходом на таблетированную форму.

Показаниями к назначению прифиния бромид (Риабал[®]) является боль, обусловленная спазмами и гиперперистальтикой пищеварительного тракта при гастрите, пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки, энтерите, колите, постгастроэктомическом синдроме; боль, вызванная спазмами и дискинезией желчных протоков при холецистите, калькулезном холецистите; рвота, боль спастического характера при панкреатите; спазмы мочевых путей при мочекаменной болезни; боль при тенезмах мочевого пузыря, цистите, пиелите, первичной дисменорее; назначают препарат и для облегчения проведения эндоскопического и рентгенографического исследования пищеварительного тракта.

С целью изучения эффектов прифиния бромид был проведен целый ряд исследований.

P. Frasson et al. (1978) в клиническом испытании оценивали влияние прифиния бромида при моторной дисфункции пищевода. Данные исследования показали, что прифиния бромид обладает антиспастическим эффектом при нарушениях моторной функции пищевода. Также в ходе клинического испытания было определено, что прифиния бромид можно использовать для дифференциальной диагностики гипертонуса и недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

Итальянские ученые G. Piai и G. Mazzacca (1978) изучили действие прифиния бромида у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК). При использовании прифиния бромида было отмечено статистически достоверное улучшение состояния — основные проявления СРК стали менее интенсивными, болевой синдром уменьшился или полностью исчез.

Sasaki и Munakata (1979) в своей работе оценили спазмолитический эффект прифиния бромида на дистальный и проксимальный отделы кишечника при дивертикулярной болезни. Была произведена оценка моторики проксимального и дистального отделов кишечника у пациентов с дивертикулярной болезнью при использовании инъекций простигмина и прифиния. Данные показали, что прифиния бромид (Риабал®) значительно ингибирует индуцированную простигмином гипермоторику и действует в проксимальных и дистальных отделах кишечника. Действие прифиния бромида начинается через 3 мин после инъекции и продолжается в течение часа.

Для оценки эффективности препарата прифиния бромида при функциональных расстройствах кишечника в 1985 г. японским ученым Sasaki было проведено открытое исследование, в котором приняли участие 40 пациентов с СРК. Испытание проходило в течение 4 недель. Сначала суточная доза препарата составляла 90 мг, затем в зависимости от выраженности симптомов — 45–180 мг в сутки. В целом хорошая и удовлетворительная эффективность прифиния бромида была показана у 85% пациентов. Это дало возможность ученым прийти к выводу о том, что препарат можно рекомендовать для лечения абдоминального болевого синдрома при СРК.

Kobayashi et al. (1985) было проведено исследование функции сфинктера Одди и влияния прифиния бромида, а также других спазмолитических препаратов на его моторику. В исследовании с участием 184 пациентов была проведена оценка функции сфинктера Одди с использованием эндоскопического датчика давления на фоне применения прифиния бромида и других спазмолитиков. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что прифиния бромид имеет такой же эффект, как и массивные дозы (40 мг) гиосцина бутилбромида.

M. Magalini и F. Monica (1995) провели двойное слепое контролируемое исследование использования прифиния бромида и гиосцина бутилбромида в эндоскопической премедикации. Частота достижения полной желудочно-кишечной релаксации при назначении прифиния бромида составила 66,7% случаев в отличие от 26,7% при использовании неселективного спазмолитика гиосцина бутилбромида. На основании этого ученые пришли к выводу, что антиспазматическое действие прифиния может облегчать проведение эндоскопического исследования.

Эффективность Риабала в педиатрической практике в лечении спастического болевого синдрома на фоне хронического гастродуоденита в стадии обострения, дискинезий и воспалительных процессов желчевыводящих путей была изучена профессорами М.Ф. Денисовой и Ю.В. Марушко (2008). Уже на второй день после начала лечения болевой синдром стал менее интенсивным и в дальнейшем был полностью купирован.

Заслуживает внимания исследование профессора Н.В. Нагорной (2004) по сравнению эффективности наиболее часто используемых препаратов в терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у младенцев. Полученные данные показали, что препарат прифиния бромид (Риабал®) более эффективен в сравнении с симетиконом и препаратами растительного происхождения.

Данные еще одного российского исследования, которое проводилось Е.А. Корниенко (2005), показали, что для купирования срыгивания, метеоризма, болей, запоров, неустойчивого стула детям первых месяцев жизни прифиния бромид (Риабал®) должен назначаться в дозе 1 мг/кг/сут 3 раза в сутки перед кормлениями.

В Украине также была проведена серия различных исследований эффективности препарата Риабал® в лечении заболеваний ЖКТ. Профессор О.Я. Бабак (2007) изучил его эффективность в лечении функциональных нарушений желчевыводящих путей. В исследовании принимали участие 64 пациента с диагнозом дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому-гиперкинетическому типу. На фоне

проводимой терапии на 3-й день от начала лечения у 49 пациентов (76%) значительно уменьшились частота и интенсивность схваткообразной боли в правом подреберье. Для получения объективных данных об эффективности препарата до и после применения Риабала были проведены инструментальные и лабораторные исследования.

Профессор Н.В. Харченко (2007) также изучала эффективность применения препарата Риабал®. В исследовании были включены 30 пациентов: 12 с диагнозом дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди по гипертоническому типу и 18 — по смешанному типу (гипотония желчного пузыря в сочетании с гипертонусом сфинктера Одди). Препарат назначался в дозировке 30 мг 3 раза в сутки перорально в течение 12 дней. Данные показывают, что уже через 3–4 дня после начала лечения у 25 больных болевой синдром значительно уменьшился, к концу лечения 27 пациентов отметили исчезновение болей в правом подреберье, у оставшихся 3 пациентов боли стали менее интенсивными, что было подтверждено результатами фракционного дуоденально-зондирования.

В исследовании профессора И.П. Кляритской (2004) проводилось сравнение эффективности прифиния бромида и гиосцина бутилбромида у пациентов с хроническим панкреатитом. Применение Риабала приводило к ликвидации спастического болевого синдрома.

Профессор Т.Д. Звягинцева (2008) при назначении Риабала пациентам с синдромом абдоминальной боли при неязвенном колите легкого течения отметила, что препарат уменьшает выраженность болевого синдрома уже на 1–3-е сутки после начала лечения. К концу лечения у 90% больных болевой синдром был купирован.

Также профессор Т.Д. Звягинцева (2008) провела исследование эффективности Риабала при коррекции абдоминального синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом. Препарат был выбран не только в связи со своим антиспастическим действием, но и из-за возможности подавлять секрецию. Он уменьшает выработку соляной кислоты в желудке и угнетает внешнесекреторную секрецию поджелудочной железы. Это создает ее функциональный покой при обострении хронического панкреатита, устраняет спазм сфинктера Одди и способствует восстановлению оттока панкреатического сока из поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку.

Наша кафедра также проявила большой интерес к этому препарату. Было проведено несколько исследований для выбора наиболее оптимального спазмолитика для лечения болевого абдоминального синдрома, который возникает при различных патологиях ЖКТ.

В одном из исследований (2004), которые проходили на базе нашей кафедры, проводилась оценка эффективности препарата Риабал® у пациентов с функциональными нарушениями желчевыводящих путей с выраженным болевым синдромом. На фоне приема препарата клиническая симптоматика, диспепсические явления и болевой синдром были ликвидированы. После проведенного лечения при проведении дуоденального фракционного зондирования было отмечено уменьшение времени закрытия сфинктера Одди.

Также в ходе этого исследования была проведена оценка антисекреторного действия препарата в острой пробе. Полученные данные показали, что Риабал® значительно подавляет секрецию и его можно назначать пациентам с пептической язвой желудка.

В одной из работ (2008), проведенных на нашей кафедре, сравнили эффективность селективного спазмолитика Риабал® (прифиния бромида) и неселективного спазмолитика дротаверина гидрохлорида в комплексном лечении болевого абдоминального синдрома при хроническом рецидивирующем панкреатите. Препараты назначались в течение 10 дней. Боль при использовании Риабала практически полностью купировалась на 9-й день после начала лечения. При использовании дротаверина болевой синдром становился менее интенсивным, однако полностью не исчезал.

Наш опыт применения препарата Риабал® в виде инъекций и таблеток подтверждает его высокую эффективность и хорошую переносимость. Использование этого лекарственного средства сокращает сроки лечения больных.

Таким образом, Риабал® является препаратом выбора для купирования абдоминального болевого синдрома. Механизм его действия позволяет не опасаться побочных эффектов, которые возникают при использовании неселективных М-холиноблокаторов (атропина, платифиллина). Данный препарат можно рекомендовать для широкого применения в практике гастроэнтерологов и педиатров.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**