

**«Медична газета
«Здоров'я України – XXI сторіччя» © ®**

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою госпитальної терапії №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор ГУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН і РАМН, заступник директора по науковій роботі ГУ «Інститут геронтології НАМН України»
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою акушерства і гінекології №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- А.П. Викторів**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології лабораторії функціональної діагностики ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- І.І. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інституту сексології і андрології, головний сексопатолог МЗ України
- Ю.І. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою біоорганічної, біологічної і фармацевтичної хімії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Д.І. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут отоларингології ім. А.І. Коломійченко НАМН України», головний отоларинголог МЗ України
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України, головний дитячий нефролог МЗ України
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України, головний терапевт, кардіолог, ревматолог МЗ України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комисаренко НАМН України»
- В.Г. Майданик**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедрою педіатрії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- Ю.М. Мостовий**, д.м.н., професор, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.І. Пирогова МЗ України
- В.З. Нетяженко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх захворювань №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- В.І. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, завідувач відділом реанімації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інституту очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворознюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, заступник директора ГУ «Інститут отоларингології ім. А.І. Коломійченко НАМН України»
- І.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інституту медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАН, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комисаренко НАМН України»
- Ю.І. Фещенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», головний пульмонолог і фтизіатр МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедрою гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України, головний гастроентеролог МЗ України
- В.І. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступник директора ГУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черних**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МЗ України

Л.В. Квашнина, д.м.н., професор, керівник відділення медичних проблем ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології»

Роль прокінетиків в корекції органів гастроудоденальної зони шкільного віку з порушеннями гомеостазу (на прикладі препарату

Порушення органів травлення займають одне з провідних місць в структурі патології дитячого віку і во всьому світі мають тенденцію до зростання як у дорослих, так і у дітей, займаючи 2-е місце після захворювань органів дихання. При цьому функціональна диспепсія і хронічний гастроудоденіт складають 85-90% в структурі захворювань гастроудоденальної зони. Диспепсичні розлади у дітей і дорослих в країнах Західної Європи зустрічаються приблизно у 30-40% населення. В той же час останнім часом в дитинстві патологічного процесу проявляються в дорослому віці, що надає цій проблемі важливе медико-соціальне значення. При цьому значительну частку (почти 2/3) складають порушення функціонального характеру, які передують, супроводжують і утяжеляють органічну патологію. Особливе значення функціональні порушення органів травлення приймають в молодшому шкільному і підлітковому періодах, коли відбуваються інтенсивні морфофункціональні зміни в організмі дитини. При переході з закладів дошкільного виховання в школу змінюється не тільки режим, раціон і навантаження дитини, але і його соціальний статус, що є потужним стресогенним фактором. В цей період більш половини всіх гастроудоденальних патологій займають болісні органи гастроудоденальної зони, з яких 30% складають функціональні порушення шлунка.

Порушення моторики в цих випадках проявляються в формі рефлюксів, недостатності сфінктерного апарату, різноманітного поєднання гіпо- і гіперкінетических дисфункцій, що в значительній ступені пов'язано з порушеннями вегетативної і нейрогуморальної регуляції. Іменно неспроможність механізмів регуляції шлунка і дванадцятипалої кишки в дитячому віці є однією з найважливіших причин виникнення функціональної диспепсії.

Відомо, що контроль органів гастроудоденальної зони здійснюється на рівні центральної нервової системи, звідси імпульси поступають до шлунка по симпатическим і парасимпатическим нервам, а контроль на рівні автономної системи відбувається через інтрамуральні нервові сплетення. Потік імпульсів від периферических рецепторів визначається рівнем їх чутливості до дійствуючих подразників. При цьому незначительні по силі фактори (наприклад, розтягнення шлунка) можуть спровокувати інтенсивний потік імпульсів в центральні відділи нервової системи, створюючи образ важкого ураження з відповідною реакцією, що формує цілий ряд аграваційних симптомів. В терапії таких порушень цілесловидно поєднання засобів, координуючих діяльність нервових механізмів, з регуляторами моторної функції органів травлення.

Враховуючи особливості адаптації до навчання дітей молодшого шкільного віку і значительне зростання у них в цей період частоти різних проявів вегетативної дисфункції і функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту, в частині функціональної диспепсії, метою нашої роботи було вивчення впливу прокінетиків на функціональний стан органів гастроудоденальної зони у дітей молодшого шкільного віку в період систематического навчання в школі.

Були обстежені 172 дитини в віці від 6 до 10 років з проявами

функціональної диспепсії (діагноз функціональної диспепсії встановлювали в відповідності з Римськими критеріями III) і вегетативної дисфункції.

В клініческій картині у дітей спостерігалися типові для вегетативної дисфункції симптоми: емоційна лабільність, головний біль, гіпергідроз, роздратність, схильність до спастических болю в животі, метеочувствительність. Соматическі скарги дитини при цьому представляють собою, по суті, інтерпретацію інформації від рецепторів, розташованих в внутрішніх органах, на формування якої впливає не тільки патологіческий процес, але і особливості організації нервової системи і психіческої організації. В таблиці і на малюнку 1 представлені клініческі прояви функціональної диспепсії у спостережуваних дітей.

Таблиця. Характер болювого синдрому у дітей раннього шкільного віку з синдромом функціональної диспепсії

Характер болювого синдрому		%
Локалізація болю	епігастральна область	100,0
	праве подребер'я	67,1
	в області пупка	51,4
	в області лівого подребер'я	5,7
Характер болю	ноюща	84,3
	колюща	40,0
	схваткообразна	23,0
Время виникновения болю	остра	1,4
	після прийому їжі	87,1
	до їжі	35,0
Фактори, провокуючі біль	не пов'язана з прийомом їжі	35,6
	через 1-1,5 ч після їжі і вночі	1,4
Фактори, провокуючі біль	фізическа навантаження	35,7
	емоційна напруга	25,7
	рух і швидка ходьба	21,4

Для дослідження моторно-евакуаторної функції шлунка проводилася езогастрографія з наповненням (400 мл неслаского чаю). На основі даного методу виділяють три типи евакуаторної функції шлунка: нормальну, прискорену і уповільнену. При нормальній евакуаторної функції шлунка час скорочення шлунка у здорових дітей коливається від 10 до 30 хв і в середньому становить 20 хв, при прискореній – менше 10 хв, уповільненій – більше 30 хв. У дітей



Глибокоуважана Наталья Вячеславовна!

Іскренне вітаємо Вас з присвоєнням наукового звання члена-корреспондента НАМН України по спеціальності «дієтологія». Ваш щоденний труд вуючого спеціаліста і талановитого організатора здоров'я, наукова, педагогічна і клініческа робота по праву високо оцінені медичним науковим співтовариством, Вашими колегами і учнями. Від всього серця бажаємо Вам міцного здоров'я, душевної гармонії, благополуччя, творческого натхнення, реалізації задуманих планів, професіональних успіхів і нових наукових досягнень!

Коллектив і численна читальська аудиторія «Медичної газети «Здоров'я України»

Головний гастроентеролог
Міністерства
здоров'я України,
завідувача кафедрою
гастроентерології, дієтології і
ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика,
член-корреспондент НАМН України,
доктор медичних наук,
професор
Наталья Вячеславовна Харченко



здорового ребенка и преморбидных состояний НАМН Украины», г. Киев

Моторной функции у детей младшего вегетативного Мотилиум)



Л.В. Квашнина

с функциональной диспепсией было установлено, что ускоренная и замедленная эвакуаторные функции определялись у одинакового количества обследуемых (45,5%). Нормальная эвакуаторная функция отмечена лишь у 9,0% детей, при этом сокращение желудка у них происходило на 30-й минуте (рис. 2).

При определении кислотообразующей и кислотонейтрализующей функций было установлено, что большинство детей (68,2%) имели нормальную кислотообразующую функцию желудка, у 27,3% – выявили гиперацидность и только у 4,5% – гипоацидное состояние. При этом у 77,3% детей выявили нарушение кислотонейтрализующей функции желудка – субкомпенсированную (40,9%) и декомпенсированную (36,4%). Только у 22,7% обследуемых определялась компенсированная кислотообразующая функция.

При этом у 68,2% детей с функциональной диспепсией при нормальной кислотообразующей функции желудка отмечено нарушение кислотообразующей функции, у 31,8% отмечалась субкомпенсированная функция и у 18,2% – декомпенсированная. Такая же картина наблю-

дается у детей с гиперацидным состоянием. У детей со сниженной кислотообразующей функцией желудка кислотообразующая функция была декомпенсированной (рис. 3).

Также у 12% детей был диагностирован (по данным ФГДС) как дуоденогастральный, так и гастроэзофагеальный рефлюкс, что дает основание утверждать о дискоординационных нарушениях моторики органов желудочно-кишечного тракта, являясь проявлением вегетоневроза, при длительном течении приводят к формированию органической патологии. Инструментальным критерием для назначения в этом случае прокинетики, по нашим данным, является увеличение срока полувыведения жидкости из желудка более 30 минут.

Теоретическим обоснованием базисной терапии вегетативной дисфункции является постулат о роли дисбаланса центральной и вегетативной нервной системы в формировании патологических состояний. Поэтому наряду с базисной терапией функциональной диспепсии применялись препараты для коррекции вегетативного гомеостаза.

Для коррекции моторных нарушений нами был выбран препарат Мотилиум в форме таблеток по 10 мг. Действующим веществом Мотилиума является блокатор допаминовых рецепторов домперидон. В многочисленных исследованиях показано, что домперидон повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера, усиливает перистальтику двенадцатиперстной и тонкой кишки и ускоряет опорожнение желудка. Кроме того, Мотилиум обладает противорвотным эффектом, что связано с угнетением активности хеморецепторных триггерных зон на дне четвертого желудочка мозга. При этом блокируются небольшие импульсы и не угнетается секреторная функция желудка, а улучшается опорожнение желудка от кислоты и других агрессивных факторов. Антиэметическое действие препарата обусловлено сочетанием гастрокинетического действия и антагонизма к рецепторам дофамина в триггерной зоне

желудочного сока снижает абсорбцию домперидона. При приеме внутрь домперидон не кумулирует и не индуцирует собственный метаболизм. После применения препарата в течение 2 недель в дозе 30 мг/сут его концентрация в плазме крови остается практически такой же, как после приема первой дозы (18 нг/мл). Связываясь с белками плазмы на 91-93%, домперидон метаболизируется в печени путем гидроксилирования и N-деалкилирования с участием ферментов системы цитохрома P450. Выведение с мочой и калом в течение 7-9 ч составляет соответственно 31% и 66% принятой дозы.

В нашем исследовании дети получали Мотилиум из расчета 2,5 мг на 10 кг массы тела 3 раза в сутки на протяжении трех недель, после чего вновь определяли моторную функцию желудка (рис. 4).

Обращает на себя внимание, что Мотилиум нормализует не только замедленную, но и ускоренную моторику, то есть его действие является именно координирующим. Ни в одном случае применения Мотилиума мы не наблюдали каких-либо побочных, токсических или аллергических проявлений действия препарата, отмеченных в инструкции производителя.

В результате лечения у 68,2% детей отмечено субъективное улучшение: исчезла раздражительность, эмоциональная лабильность, реже стала беспокоить головная боль, улучшился ночной сон, аппетит, повысилась работоспособность, исчезли обморочные состояния, учащения в транспорте, уменьшилась метеочувствительность. Кроме того, у 76,5% детей практически исчез диспептический синдром и гастралгии. Также наблюдалась позитивная динамика состояния эвакуаторной функции желудка: у 80,0% детей с ускоренной эвакуаторной функцией желудка и у всех пациентов с замедленной

отмечалась ее нормализация. При нормальной эвакуаторной функции время сокращения желудка уменьшилось с 30 мин до 20 мин.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о том, что у детей младшего школьного возраста с вегетативной дисфункцией имеют место нарушения регуляции моторной функции органов желудочно-кишечного тракта, часто протекающие по гипомоторному типу.

Фармакотерапевтическая коррекция последствий действия стрессогенных факторов на систему пищеварения у детей в критические периоды развития должна быть направлена не только на вегетативную дисфункцию, возникающую в процессе адаптации к систематическому обучению, но и на органы пищеварения, в том числе на их моторную функцию.

Полученные данные обосновывают целесообразность применения у данного контингента школьников при профилактике и терапии функциональных нарушений желудка препарата Мотилиум как своеобразного адаптогена моторной функции органов желудочно-кишечного тракта.

Применение Мотилиума у младших школьников с функциональными нарушениями желудка не только улучшает качество жизни, но и является важным профилактическим фактором формирования органической патологии органов пищеварения в последующие возрастные периоды.

На основании результатов исследования, проведенного в группе детей младшего школьного возраста, Мотилиум можно рекомендовать для широкого применения в педиатрии.

Список литературы находится в редакции.

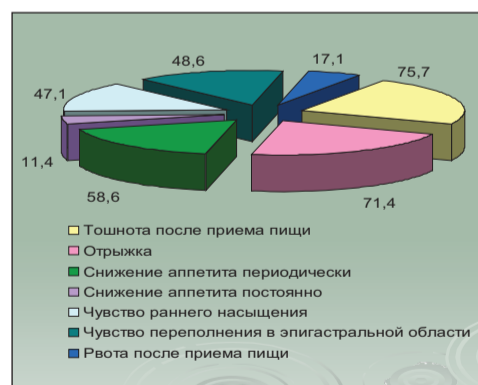


Рис. 1. Диспепсические симптомы у детей раннего школьного возраста с синдромом функциональной диспепсии

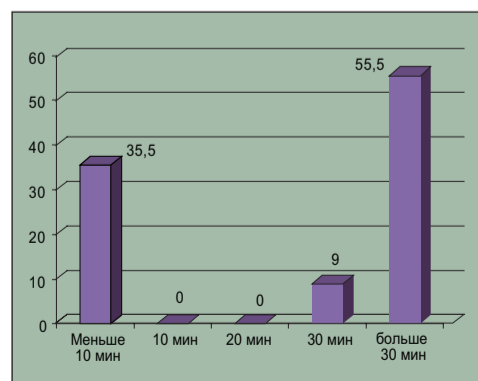


Рис. 2. Распределение детей с синдромом функциональной диспепсии по времени эвакуации содержимого желудка

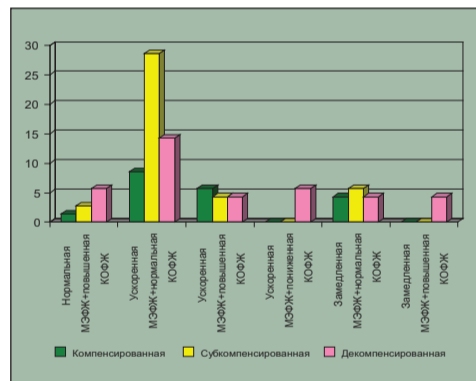


Рис. 3. Распределение детей с синдромом функциональной диспепсии по состоянию моторно-эвакуаторной, кислотообразующей и кислотообразующей функций желудка

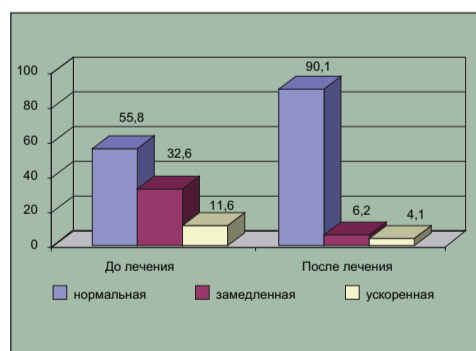


Рис. 4. Динамика эвакуаторной функции желудка до и после назначения Мотилиума (по данным УЗИ)

хеморецепторов. Поэтому, учитывая плохое проникновение домперидона через гематоэнцефалический барьер, Мотилиум, как правило, не вызывает экстрапирамидных побочных эффектов.

После приема внутрь натощак Мотилиум быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. Его максимальная концентрация в плазме крови достигается примерно в течение часа. Хотя у здоровых людей биодоступность домперидона увеличивается при приеме после еды, препарат рекомендуется принимать за 15-30 мин до еды, поскольку гипоацидность

Мотиліум®

швидка допомога шлунку

Мотиліум® - оригінальний препарат нового покоління прокінетиків:

- ✓ препарат вибору у лікуванні хворих* із симптомами диспепсії*
- ✓ чинить дію безпосередньо в шлунку
- ✓ не проходить через гематоенцефалічний бар'єр
- ✓ не порушує секрецію кислоти в шлунку
- ✓ має надійний профіль безпеки**



Перед використанням препарату необхідно ознайомитися з інструкцією по застосуванню та проконсультуватися з лікарем. Зберігати в недоступному для дітей місці. Додаткова інформація надіється за телефоном Представництва «Сілар Стронг Медікал» в Україні: 01030, м. Київ, вул. Б. Хмельницького, 16-21. Тел.: (0 44) 496-06-88. Препарат: Мотиліум®. Діюча речовина — домперидон. P/n UA/0221/02/01 МОЗ України від 23.01.2006. P/n UA/10190/01/01 МОЗ України від 03.11.2009.

*В.Т. Івашкин, А.А. Шептулин, Е.К. Баранская, А.С. Труханов. Методическое пособие «Обследование и лечение больных с синдромом диспепсии». Москва 2001г.

**E. Masci. «Lack of effect of domperidone on gastrin release: evidence for a peripheral vactivity of the drug». 1984г.