

# Лечебная тактика при функциональной диспепсии у детей

Влияние окружающей среды, ухудшение социально-экономических условий, особенности образа жизни, нерациональное и некачественное питание приводят к неуклонному росту распространенности гастроэнтерологических заболеваний среди населения Украины. Примерно у 2,2 млн украинских детей имеют место болезни пищеварительного тракта. В структуре гастроэнтерологических болезней на патологию верхних отделов пищеварительной системы приходится около 75% [1, 2].

➔ Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают одно из ведущих мест в структуре причин диспептических жалоб у детей [2-4]. Функциональные заболевания ЖКТ рассматриваются в качестве комплекса постоянных или периодически возникающих клинических симптомов при отсутствии у больных структурных или биохимических нарушений [5].

В соответствии с Римскими критериями III под функциональной диспепсией (ФД) подразумевают симптомокомплекс, включающий боль, дискомфорт или чувство переполнения в эпигастрии, связанное либо не связанное с приемом пищи, физическими нагрузками; раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, срыгивание, непереносимость жирной пищи, метеоризм. Продолжительность этих жалоб должна составлять не менее 3 мес на протяжении последних 6 мес, при этом в ходе обследования у пациента органические заболевания ЖКТ не выявляются [1, 3, 4].

Педиатры устанавливают диагноз функциональной диспепсии значительно реже, чем диагностируют хронический гастродуоденит, основываясь

чаще всего на эндоскопическом заключении без учета морфологических изменений слизистой. Диагностика также должна базироваться на подробном анамнезе жизни и болезни, изучении наследственных, социально-экономических, психологических факторов, влияющих на жизнь ребенка.

Только после проведения комплексного обследования больного (УЗИ органов брюшной полости, дыхательный тест для выявления *Helicobacter pylori*, иммунологические, биохимические исследования крови, эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой, внутрижелудочная рН-метрия, рентгенография по показаниям, общеклинические анализы, копрологические исследования) возможно провести дифференциальный диагноз между органическим или функциональным заболеванием.

Для ФД характерны боль в эпигастрии (иногда ночная), изжога, тошнота; может беспокоить срыгивание, отрыжка, рвота, кислый привкус во рту. На интенсивность симптомов оказывает влияние уровень кислотообразования. Влияние обсемененности слизистой *H. pylori*

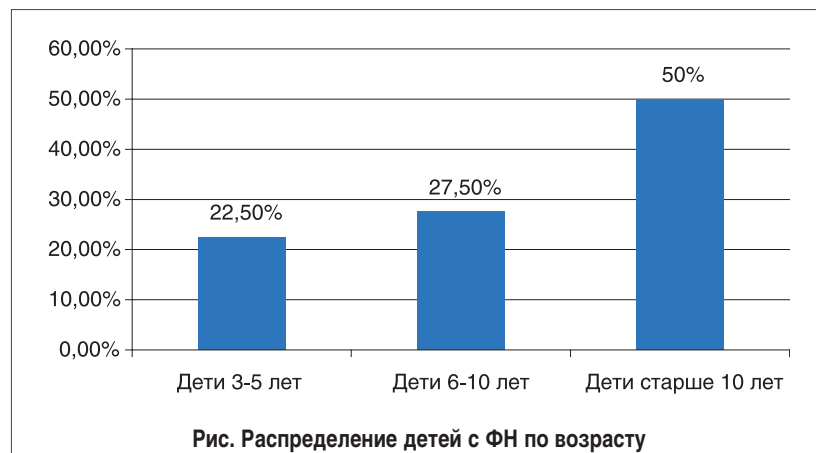


**Н.В. Чернега**

К.м.н., ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

в возникновении функциональных нарушений ЖКТ остается дискуссионным.

Причиной ФД у детей является нарушение моторики верхнего отдела ЖКТ, которое проявляется дискоординацией гастродуоденальной зоны в виде рефлюксов, недостаточностью сфинктерного аппарата, что обусловлено нарушением вегетативной иннервации и нейрогуморальной регуляции [3, 4]. У детей старше 12 лет в качестве пускового механизма могут выступать эмоциональное



перенапряжение, стрессы, психические травмы, физические перегрузки, употребление алкоголя, острой, жареной пищи, курение.

Обязательными компонентами в лечении ФД у детей являются нормализация режима дня, ритма сна и бодрствования, ликвидация стрессовых ситуаций, разъяснительные беседы с больным и его родителями; консультации психолога, невролога – по необходимости.

Диета определяется индивидуальной переносимостью продуктов. Из рациона исключаются копченые, острые блюда; концентрированные мясные, рыбные и грибные бульоны; борщи с томатной пастой, свежая выпечка, блины, газированные напитки, животные жиры, жирные сорта мяса, кофе, редис, шоколад. Рекомендованы вегетарианские супы, супы-пюре, отварное мясо, паровые фрикадельки (из говядины, курицы, кролика, индейки), отварная рыба, каши (манная, гречневая, овсяная), паровой омлет, кисель, желе, отварные овощи (картофель, кабачок, тыква, цветная капуста), печеные яблоки, бананы, компоты из сладких ягод, фруктов. Принимать пищу следует 4-5 раз в день.

В задачу педиатра входит подбор адекватной рациональной терапии с учетом анатомофизиологических особенностей детского организма, механизма действия препаратов,

которые позволят устранить симптомы заболевания с минимальным количеством побочных реакций. Опыт практической медицины показывает, что своевременное применение фитопрепаратов может быть успешным [7, 8].

Свойство фитопрепаратов комплексно, мягко воздействовать на организм ребенка имеет большое значение при лечении ФД. Другой положительной характеристикой средств на основе лекарственных растений является их низкая токсичность, в связи с чем проводимое лечение практически не вызывает побочных реакций. Кроме того, растительные препараты обладают высокой биодоступностью, т. е. легко проникают в пораженные органы и ткани [8].

Для достижения терапевтического эффекта рационально применять комбинированные фитопрепараты. Подбор лекарственных трав и состав биологически активных веществ должен отвечать следующим требованиям: комплексно воздействовать на пораженные органы и системы, не уменьшать активное влияние каждого компонента, не образовывать токсических продуктов при взаимодействии всех составляющих.

Примером такого комплексного средства является Иберогаст («Бионорика», Германия) – комбинированный растительный препарат на основе иберийки горькой

и спиртовых вытяжек из 8 лекарственных растений (корня дягиля, солодки, цветков ромашки, плодов тмина, расторопши, листьев мелиссы, мяты перечной, травы чистотела). Иберогаст обладает спазмолитическим, антимикробным, противовоспалительным, цитопротекторным эффектами, мягким желчегонным, тонизирующим, антиоксидантным влиянием, воздействует на тонус ЖКТ. В зависимости от начального патофизиологического состояния пациента на передний план выступает тонизирующее прокинетическое действие вытяжки из свежих растений иберийки горькой или спазмолитическое действие спиртовых вытяжек.

Целью данного исследования было оценить эффективность и переносимость препарата Иберогаст у детей с ФД.

Задачи исследования были сформулированы следующим образом: изучить влияние препарата на течение заболевания; определить переносимость и возможные побочные эффекты Иберогаста.

Критериями включения больных в исследование служили возраст от 3 до 14 лет; установленный диагноз ФД; готовность и способность больного и родителей выполнять назначения.

#### Материалы и методы

Под наблюдением находились 40 амбулаторных больных ФД 3-14 лет (рис.), 28 девочек и 12 мальчиков. Диагноз установлен в соответствии с Римскими критериями II.

Все пациенты на момент начала лечения отмечали болевой синдром различной степени выраженности и снижение аппетита. У детей старше 10 лет изжога имела место в 20,1% случаев, отрыжка – в 27,5%; жалобы на кислый привкус во рту предъявляли 12,5% участников, метеоризм – 30%.

В качестве базисной терапии назначали диету (стол № 5) и Иберогаст в дозе 8-10-25 капель (в зависимости

от возраста) 3 р/день до приема пищи в течение 28 дней. Матери детей ежедневно заполняли дневник, включавший вопросы о характеристиках болевого синдрома (частоте, интенсивности), диспептического синдрома (аппетите, изжоге, отрыжке, кислом привкусе во рту, метеоризме), наличии нарушений сна, поведенческих реакциях, психоэмоциональной лабильности, режиме питания, физических нагрузках.

Оценка эффективности и переносимости препарата Иберогаст проводилась на основании осмотра больных, беседы с матерями, анализа дневников на 7, 14-й и 29-й день от начала лечения. По окончании курса проводимой терапии всем детям повторяли УЗИ брюшной полости, общий анализ крови, мочи, копрограмму.

#### Результаты и обсуждение

Было отмечено, что обратная динамика развития болевого синдрома была более быстрой у пациентов младшей возрастной группы. Так, у детей 3-5 лет боли исчезли уже на 7-е сутки лечения, тогда как у участников старше 6 лет болевой синдром купировался на 14-е сутки; при этом самочувствие улучшилось у всех больных (100%). К концу лечения только у 3 пациентов старше 10 лет (7,5%) отмечались умеренные болезненные ощущения в эпигастральной

области при глубокой пальпации. Однако, по словам родителей, эти дети нарушали пищевой режим, употребляли газированные напитки, шоколад.

Изжога, отрыжка, кислый привкус во рту в процессе лечения уменьшились уже на 7-е сутки терапии, к концу курса лечения они исчезли у всех больных. Метеоризм до начала лечения наблюдали у 30% пациентов, по его окончании — у 5 (12,5%). После дообследования у этих участников был выявлен дисбактериоз, что потребовало назначения пробиотиков.

Особое внимание необходимо уделить такой жалобе, как нарушение аппетита, которая наблюдалась у всех пациентов. Прием Иберогаста полностью нормализовал аппетит. Важно отметить, что у всех детей, включенных в исследование, после проведения терапии улучшились сон и настроение.

УЗИ органов брюшной полости, клинический анализ крови, мочи, коагулограмма не выявили нарушений как до, так и после лечения.

В процессе терапии Иберогастом побочных эффектов не наблюдалось, переносимость препарата была оценена как хорошая.

#### Выводы

1. Наш опыт применения препарата Иберогаст у детей 3-14 лет с ФД

свидетельствует о нормализации моторной функции ЖКТ на фоне лечения, что проявляется уменьшением и/или исчезновением болевого и диспептического синдромов.

2. Препарат Иберогаст хорошо переносится больными, не вызывает побочных эффектов, что позволяет проводить лечение функциональных нарушений ЖКТ не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях. ■

#### Литература

1. Хеликобактерна інфекція у дітей: діагностика та лікування (навчальний посібник). — Київ, 2009. — 64 с.
2. Касульян С.А., Амбелов Р.А. Функциональные и органические нарушения проходимость двенадцатиперстной кишки. — Смоленск, 1997. — 134 с.
3. Назаренко О.Н., Мирушко Д.Д., Загорский С.Э. Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей. — Минск: Доктор Дизайн, 2006. — 84 с.
4. Хавкин А.И., Бельмер С.В., Вольнец Т.В., Жихарева Н.С. Функциональные заболевания пищеварительного тракта у детей. Принципы рациональной терапии: практическое руководство. — М., 2002.
5. Pasquin-Weber A., Auyan P.E., Cuchiara S. et al. // Gut. — 1999. — Vol. 45, Supl. 2. — P. 1160-1168.
6. Achem S.R., Robinson M.A. Prokinetic Approach to treatment of gastroesophageal Reflux Diseases // Dig. Dis. — 1988. — Vol. 16. — P. 38-46.
7. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Проблема пищеварительной недостаточности: определение, выявление и коррекция // Русский медицинский журнал. — 2003. — № 3. — С. 119-121.
8. Зинченко Т.В., Стахеев И.В. и др. Лекарственные растения в гастроэнтерологии. — К.: Наукова думка, 1999. — 360 с.

## Новое об известном

### Экстракт папоротника калагуала (*Polypodium leucotomos*) поможет при atopическом дерматите

В рандомизированном двойном слепом плацебо контролируемом исследовании с участием 105 детей 2-17 лет с АД умеренной степени тяжести изучали эффективность ежедневной обработки пораженной кожи экстрактом папоротника калагуала с целью сокращения использования топических кортикостероидов. Результаты исследования показали значительное уменьшение количества дней, в течение которых применяли пероральные антигистаминные препараты (4,5% в группе *Polypodium leucotomos* против 13,6% в группе плацебо;  $p=0,038$ ). Количество пациентов, которым был необходим прием пероральных антигистаминных препаратов, также было ниже в группе терапии *Polypodium leucotomos*.



Ramirez-Bosca A., Zapater P., Betlloch I. et al.  
*Actas Dermosifiliogr.* 2012 May 2. [Epub ahead of print]