

О.Н. Назаренко, В.И. Твардовский, К.В. Юрчик, Белорусский государственный медицинский университет

Оценка эффективности применения препарата Иберогаст у детей дошкольного и младшего школьного возраста с синдромом желудочной диспепсии

В течение последних десятилетий заболевания верхних отделов пищеварительного тракта у детей прочно занимают первое место в структуре неинфекционной патологии [6, 7, 11]. Среди хронических заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, как правило, более половины составляет хроническая патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Хроническую патологию ЖКТ в диспансерной группе в подавляющем большинстве случаев представляют заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), в частности различные варианты хронического гастродуоденита (ХГД). Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь встречаются реже.

По данным литературы, функциональные нарушения ЖКТ занимают ведущее место в структуре патологии органов пищеварения. Так, например, рекуррентные абдоминальные боли у детей носят функциональный характер в 90-96% случаев и лишь у 5-10% связаны с органической причиной. Сказанное касается и заболеваний ВОПТ, однако диагноз «функциональная диспепсия» практичными врачами ставится значительно реже, чем «хронический гастродуоденит», т.е. имеет место гипердиагностика ХГД, основанная чаще всего на эндоскопическом заключении без учета морфологических данных. Иногда при наличии синдрома желудочной диспепсии пациентов, особенно младшего возраста, направляют на эндоскопическое исследование без соблюдения показаний для его проведения, несмотря на то что ФГДС является достаточно инвазивной процедурой.

До обследования пациента с рецидивирующими абдоминальными болями в тех случаях, когда изучение анамнеза заболевания, жалоб больного и данные общего осмотра позволяют заподозрить поражение ВОПТ, принято пользоваться термином «синдром диспепсии», который подразумевает ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение или тошнота), локализованных в подложечной области ближе к срединной линии.

Понятие «синдром диспепсии» (синонимы: желудочная диспепсия, верхняя диспепсия) не является диагнозом. Этот термин объединяет жалобы на хроническую боль в животе и различные диспептические расстройства; наличие диспепсии определяет дальнейшую диагностическую тактику врача. Только после проведения комплексного обследования пациента с синдромом диспепсии (ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, общеклинические анализы, копрологическое исследование) возможно установить, органическое или функциональное заболевание у данного больного.

Понятие «органическая диспепсия» объединяет такие заболевания, как язвенная болезнь, хронический гастрит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, злокачественные опухоли, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит. Если при тщательном обследовании пациента указанных заболеваний выявить не удается, правомерно ставить диагноз функциональной диспепсии.

На конгрессах по функциональным гастроинтестинальным расстройствам (Рим, 1999) определены, а в Лос-Анджелесе (2006) уточнены диагностические критерии функциональной диспепсии, которая в настоящее время определяется как одно или несколько из перечисленных ниже состояний, появившихся в последние 6 мес или ранее и сохраняющихся в течение 3 мес или более: 1) беспокоящее пациента после еды ощущение переполнения желудка; 2) быстрое насыщение; 3) боль в эпигастриальной области; 4) жжение в эпигастриальной области, при отсутствии признаков органического заболевания (в том числе по данным эндоскопии верхних отделов ЖКТ), с высокой вероятностью объясняющего данные симптомы.

В современной классификации функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей функциональной диспепсии отведено место в разделе «Дети и подростки», и ее определение не отличается от такового у взрослых.

Соотношение понятий «функциональная диспепсия» и «хронический гастрит». Поскольку при эндоскопическом исследовании детей с функциональной диспепсией часто обнаруживается картина хронического гастрита, многие педиатры и детские гастроэнтерологи предпочитают пользоваться в своей практике именно этим диагнозом. В многочисленных исследованиях доказано отсутствие какой-либо связи между гастритическими изменениями слизистой оболочки желудка и наличием у пациентов диспептических жалоб. Более того, практически у половины больных хронический гастрит протекает бессимптомно. Это позволило зарубежным клиницистам пользоваться термином «функциональная диспепсия», а термин «хронический гастрит» применять главным образом морфологи. Таким образом, функциональная диспепсия может сопровождаться незначительными воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка (т.е. собственно хроническим гастритом), но может быть обусловлена и другими причинами (в частности, нарушениями гастродуоденальной моторики). Этот международный стереотип еще только начинает формироваться в отечественной, в том числе педиатрической, гастроэнтерологии.

На ранних этапах патологического процесса, при коротком анамнезе болевого синдрома, на наш взгляд, с эндоскопическим исследованием можно не спешить (особенно у пациентов младшего возраста), поскольку при наличии симптомов желудочной диспепсии и отсутствии морфологических изменений или их минимальных проявлениях для полного купирования жалоб бывает достаточно коррекции диеты с исключением из рациона продуктов, вызывающих диспепсию, установления режима питания и назначения антацидов на 10-14 дней и(или) фитотерапии. При повторном осмотре через 5-6 мес у большей части больных исчезает необходимость в проведении ФГДС, а у детей с сохраняющимися жалобами это исследование будет более обоснованным.

Применение антисекреторных препаратов или антацидов традиционно в таких ситуациях, однако более физиологичным было бы использование фитотерапии для комплексного воздействия на функциональное состояние желудка и других органов пищеварения (желчный пузырь, поджелудочная железа), которые весьма часто вовлекаются в патологический процесс. В этом смысле привлекательно применение комплексного препарата растительного происхождения Иберогаст (компания «Бионорика»).

Фитопрепарат Иберогаст состоит из вытяжки растений иберийки горькой (двойной механизм действия на тонус ЖКТ) и спиртовых вытяжек из корня дудника (спазмолитическое действие, регуляция секреции желудочного сока), плодов чертополоха (цитопротективное действие на

желудок и печень, антидиспептический, желчегонный и карминативный эффекты) и тмина (спазмолитические, антимикробные и карминативные свойства), травы чистотела (спазмолитическое, желчегонное и противовоспалительное действие), корня солодки (спазмолитическое, противовоспалительное действие, стимуляция защитного слизиобразования в желудке), цветков ромашки, листьев мяты и мятя перечной (спазмолитическое, успокаивающее и карминативное действие). Мета-анализы многочисленных зарубежных исследований, посвященных эффективности Иберогаста при функциональной диспепсии и СРК, позволили сделать вывод о явном терапевтическом эффекте препарата в отношении клинически релевантных симптомов средней степени тяжести.

Нами изучены клинические проявления желудочной диспепсии у детей дошкольного и младшего школьного возраста с оценкой эффективности применения в этой группе Иберогаста.

Под нашим наблюдением находилось 24 пациента детской клинической поликлиники № 10 г. Минска (11 мальчиков и 13 девочек в возрасте от 3 до 10 лет), обратившихся на амбулаторный прием с жалобами на рецидивирующие боли в животе и снижение аппетита. Средний возраст детей — 5,68 года. Предварительный диагноз «желудочная диспепсия» был установлен у 18 (75%) больных, хронический антральный гастрит легкой степени имели 2 пациента, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (катаральный эзофагит, хронический гастрит легкой степени) — 1 ребенок; в одном случае жалобы были неопределенными и выставлен диагноз «рецидивирующая абдоминальная боль». Большинству детей (79,2%) из-за недостаточности показаний ФГДС не проводили (эндоскопическое исследование выполнено у 3 пациентов). Комплексное обследование включало изучение жалоб и анамнеза, проведение УЗИ органов брюшной полости, общеклинических анализов крови и мочи, копрологического исследования и (у части больных) исследования кала на дисбактериоз.

В качестве базисной терапии назначали диету в пределах стола № 5 и Иберогаст в дозе 8-10-15 капель (в зависимости от возраста) 3 раза в день до приема пищи в течение месяца. Матери ежедневно заполняли анкеты, включающие вопросы, касающиеся характеристики болевого синдрома (характер, интенсивность, частота), диспептического синдрома (аппетит, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, чувство тяжести в животе, вздутие живота), стула, наличия плаксивости, перепадов настроения, нарушений сна, а также оценки состояния кожи (аллергические реакции). Оценка эффективности и переносимости Иберогаста проводилась на основании осмотра детей, расспроса матерей и анализа анкет через 2 и 4 нед от начала приема препарата, а также сравнения данных УЗИ, копрограммы и исследования на дисбактериоз, выполненных до и в конце первого месяца лечения.

Характеристика больных. Анализ особенностей болевого синдрома показал, что у 21 (87,5%) ребенка боли имели связь со

временем приема пищи: возникали через полчаса после еды у 8 детей, утром и(или) натощак — у 7, до и после еды — у 6, через 10-15 мин после еды — у 3 и во время еды — у 2 детей. У 3 пациентов боли не были связаны со временем приема пищи. Боли были преимущественно ноющего (у 14 детей; 61,97%) характера, однако достаточно часто наблюдались и схваткообразные (у 8 детей; 33,33%), что не совсем типично для заболеваний желудка и свидетельствовало о наличии сопутствующих функциональных нарушений других отделов ЖКТ. Давность болей составила в среднем 4,77 мес, что чаще всего определяло отсутствие показаний для ФГДС. Только у 3 пациентов длительность болевого синдрома составила 1 год. Частота возникновения болей составляла 1-2 раза в неделю у 8 (33,33%), 2-3 раза в неделю — у 5 (20,83%), 1 раз в неделю — у 4 (16,66%), чаще 4 раз в неделю — у 3 (12,5%) и 1-2 раза в месяц — у 3 (12,5%) детей. Боли были умеренной (15 пациентов, 78,94%) или слабой (2 пациента, 10,52%) интенсивности.

При анализе диспептического синдрома установлена относительно высокая частота таких жалоб, как тошнота (14 детей, 58,3%) и снижение аппетита (12 детей, 50%). Реже встречались отрыжка и рвота (у 3 и 4 больных соответственно), а также учащение или урежение стула (в 4 и 2 случаях). Другие жалобы — повышение аппетита, чувство раннего насыщения, повышенное газообразование, вздутие живота, отсутствие аппетита — встречались в единичных случаях.

Изучение анамнеза показало наличие патологии ВОПТ у родственников в 50% случаев, у 4 детей имели место острые кишечные инфекции, у 4 — дисбактериоз кишечника в раннем детстве. Остальные заболевания (повторные ОРЗ, бронхит, инфекция мочевыводящих путей, мезаденит, ожирение, атопический дерматит) встречались с невысокой частотой — по 1 случаю каждое.

Проведение УЗИ органов брюшной полости, копрологического исследования и исследования кала на дисбактериоз (у 6 больных) позволило уточнить наличие сопутствующей патологии: дискинезия желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу обнаружена у 6 (25%) детей, диффузные изменения поджелудочной железы, выявленные после получения нормального уровня альфа-амилазы в биохимических анализах, выполненных у этих пациентов (диспанкреатизм), — у 9 (37,5%), дисбактериоз кишечника — у 5, изгибы желчного пузыря — у 2, дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу — у 2, СРК с преобладанием диареи, функциональный запор, нервно-артритический диатез, пищевая аллергия, дефицит массы тела и избыток массы — по 1 случаю.

Таким образом, начиная с 4-5-летнего возраста у детей имеется риск появления симптомов желудочной диспепсии, для которых характерны типичные признаки функциональных нарушений гастродуоденальной области в виде болевого синдрома в животе, связанного с приемом пищи и тошнотой. В этой возрастной группе часто наблюдаются снижение аппетита (этот симптом не типичен для гиперацидных состояний у старших детей) и сопутствующие функциональные нарушения в виде дискинезий желчного пузыря и диспанкреатизма, что определяет необходимость комплексного подхода к коррекции указанных расстройств с улучшением функциональных показателей не только

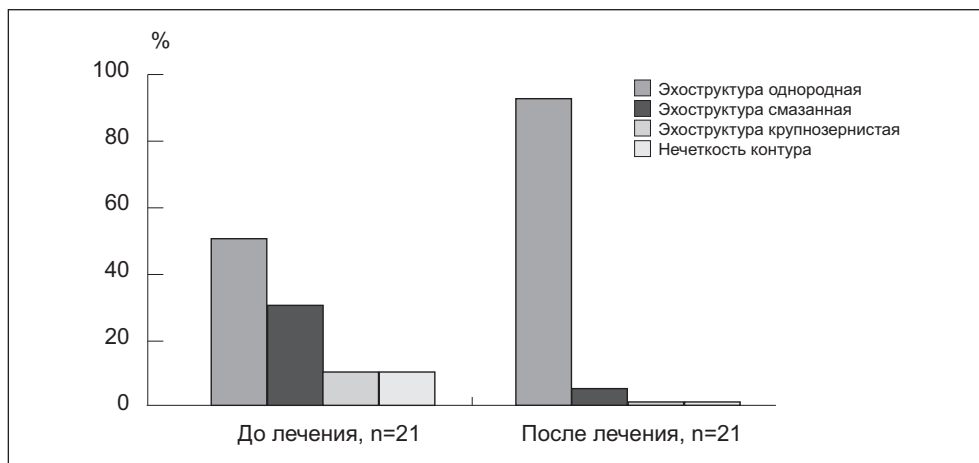


Рис. Динамика данных экоструктуры поджелудочной железы по результатам УЗИ

желудка, но и таких органов, как желчный пузырь и поджелудочная железа.

При оценке эффективности применения Иберогаста были проанализированы анкеты с подробным описанием различных жалоб, которые предъявляли дети в течение месяца лечения. При анализе анкет, заполненных матерями в 19 случаях, основные жалобы были сгруппированы по синдромам.

Анализ болевого синдрома у детей показал, что к концу наблюдения он отсутствовал у 52,63±11,45% пациентов; после 1 мес применения препарата ежедневные или через день боли в животе практически прекратились. Достоверно снизилась частота встречаемости ноющих болей в животе ($p<0,01$) и их интенсивность ($p<0,001$).

В процессе лечения отмечалось существенное снижение частоты встречаемости таких симптомов, как тошнота ($p<0,05$) и отрыжка ($p<0,001$); эпизоды рвоты в течение двух последних недель приема Иберогаста не наблюдались ни у одного больного.

Отдельно следует остановиться на такой жалобе, как снижение аппетита, которая с высокой частотой наблюдалась у пациентов. Назначение Иберогаста привело к полному купированию этого симптома.

Изменения частоты и характера стула в начале лечения отмечались с невысокой частотой: у 3 (15,78±8,36%) пациентов имело место учащение стула до 3 раз в сутки, у 1 (5,26±5,12%) больного – склонность к запорам; эпизоды жидкого стула были у 2 (10,52±7,04%) детей. К концу лечения оформленный стул с частотой 1-2 раза в сутки наблюдался у всех детей. Анализ таких жалоб, как плаксивость и перепады настроения, встречавшиеся у 8 (42,1±11,32%) и 6 (31,57±10,66%) пациентов соответственно и связанные, вероятнее всего, с наличием болевого синдрома, показал их исчезновение к концу исследования у всех больных ($p<0,001$).

Оценка переносимости препарата проводилась нами в процессе наблюдения за всеми 24 пациентами (общий осмотр и распрос через 2 и 4 нед) и по результатам 19 заполненных анкет. Оценивали наличие таких жалоб, как тошнота, рвота, отрыжка, икота, отказ от приема препарата, вздутие живота, нарушения частоты и характера стула, появление аллергической сыпи. Установлено, что у одного пациента, начиная со второй недели наблюдения, возникла аллергическая сыпь; после 2 нед терапии препарат был отменен, и его переносимость была расценена как неудовлетворительная (4,17%). Матери 5 детей в середине исследования отметили кратковременные эпизоды сыпи, купированные самостоятельно и не потребовавшие отмены Иберогаста, причем в 3 случаях возникновение сыпи было связано с погрешностями в питании (употребление шоколада и цитрусовых). В одном случае к концу третьей недели лечения Иберогастом имели место эпизоды икоты непосредственно после приема препарата (4 раза в течение последней недели терапии). У 2 детей с необъяснимыми эпизодами сыпи и у 1 ребенка с икотой переносимость препарата была расценена как удовлетворительная. У остальных 20 пациентов нами была зарегистрирована хорошая переносимость препарата Иберогаст (83,33%).

Представляет интерес оценка результатов УЗИ органов брюшной полости,

выполненного до и после лечения у 21 ребенка. При оценке состояния печени установлено некоторое уменьшение ее размеров и существенное снижение суммарного количества отклонений от нормы в виде изменений эхогенности и усиления сосудистого рисунка ($p<0,05$).

При оценке состояния поджелудочной железы в группе больных с диспепсией существенной динамики в отношении ее средних размеров не установлено, однако имело место улучшение экоструктуры ($p<0,01$) за счет снижения частоты встречаемости смазанной или крупнозернистой экоструктуры, нечеткости контура (рис.), а также уменьшение частоты встречаемости усиленной эхогенности с $47,62\pm 10,89$ до $9,52\pm 6,39\%$ ($p<0,001$).

Размеры желчного пузыря в динамике наблюдения существенных изменений не претерпели. Определение же показателя двигательной функции органа у 12 больных продемонстрировало значительное снижение частоты встречаемости гиперкинезии (с $50\pm 14,42$ до $25\pm 12,48\%$) ($p<0,05$) и некоторое – гипокинезии (с $25\pm 12,48$ до $8,33\pm 7,97\%$).

Анализ результатов копрологических исследований у 20 больных показал существенную положительную динамику в отношении креатореи (снижение частоты встречаемости мышечных волокон в количестве ++ или +++ с $70\pm 10,24$ до $10\pm 6,71\%$; $p<0,001$) и стеатореи (снижение частоты обнаружения нейтрального жира с $40\pm 10,95$ до $5\pm 4,87\%$; $p<0,01$). Такие показатели, как наличие клетчатки, крахмала, йодофильной флоры и слизи, достоверных изменений не претерпели.

На основании выполненного исследования сформулируем следующие выводы:

1. При рецидивирующих болях в животе у детей дошкольного и младшего школьного возраста наблюдаются признаки функциональных нарушений гастродуоденальной области в виде болей, связанных со временем приема пищи, тошноты, снижения аппетита, а также сопутствующих дискинезий желчного пузыря и диспанкреатизма.

2. Применение в комплексе лечения детей с желудочной диспепсией Иберогаста в возрастной дозировке в течение 4 нед способствует купированию болевого синдрома у 52,63±11,45% пациентов, снижению частоты возникновения ноющих болей в животе ($p<0,01$) и их интенсивности ($p<0,001$), а также существенному уменьшению частоты встречаемости тошноты ($p<0,05$), отрыжки ($p<0,001$) и рвоты.

3. Использование Иберогаста в этой группе больных приводит к полному купированию такого симптома, как снижение аппетита, который наблюдался до назначения лечения у 12 (63,15±11,07%) детей ($p<0,001$).

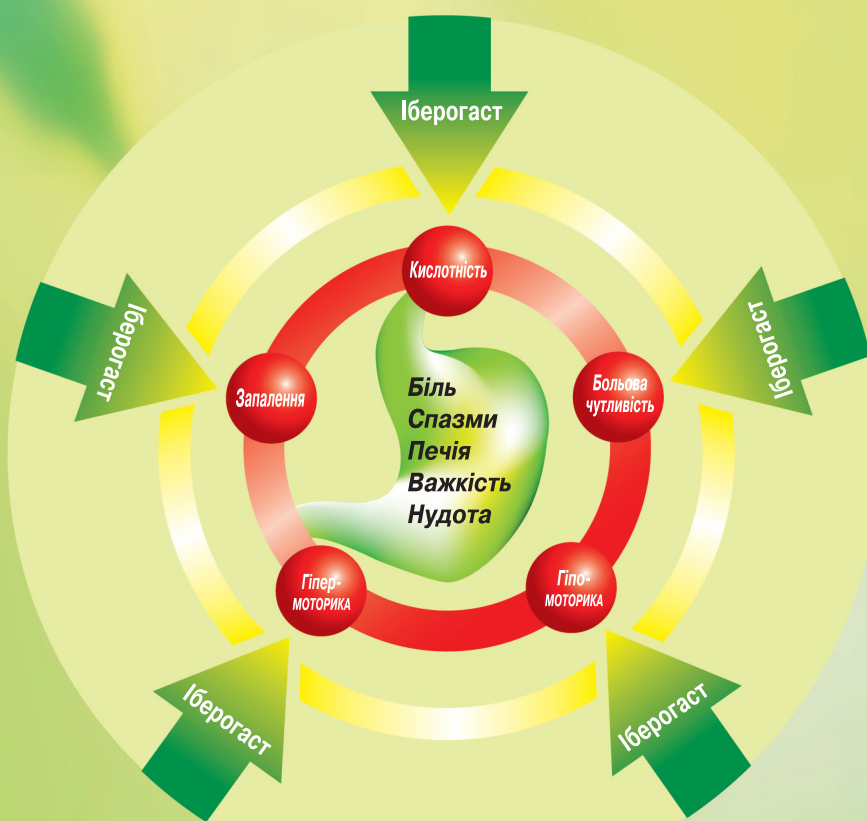
4. Хорошая переносимость препарата наблюдается в 83,33% случаев, удовлетворительная – в 12,5%, неудовлетворительная – в 4,17%.

5. Применение Иберогаста у детей с рецидивирующей абдоминальной болью способствует существенному снижению сопутствующих функциональных нарушений желчного пузыря и поджелудочной железы, что подтверждается данными ультразвукового исследования этих органов и копрограмм.

Статья напечатана в сокращении. «Медицинские новости», № 7, 2008 г.

ІБЕРОГАСТ®

Багатоцільова терапія при лікуванні шлунково-кишкового тракту¹



- поліпшує моторику та звільняє від спазмів²
- усуває біль в шлунку та метеоризм³
- знімає запалення та захищає слизову оболонку шлунка⁴

Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до діючих компонентів препарату

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я. Перед використанням препарату обов'язково ознайомтесь з повною інструкцією по застосуванню.

References:

- Інструкція для медичного застосування препарату р.п. № UA/6302/01/01 від 09.07.12 № 503
- Hohenester et al. Neurogastroenterol. 2003; 15(5):578, Hohenester et al. Neurogastroenterol Motil 2004, 16: 765-773
- v. Arnim et al., Am J. of Gastroenterol, 2007; 102: 1268-1275
- Khayyal et al. Arzneimittel.-Forsch./Drug Res. 2001; 51:545-553, Schempp et al. Z. Gastroenterol. 2004; 42:815, Germann et al. 13. Kongress der MGG, Suhl, 06.-08. Mai 2004



ТОВ "БІОНОРИКА"
м. Київ, вул. Мінна, 9.
тел.: (044) 521-86-00; факс: (044) 521-86-01
e-mail: office@bionorica.com.ua