

Л.И. Вакуленко, к.м.н., Днепропетровская государственная медицинская академия, Н.В. Зиньковская, Т.Н. Олейник, Т.А. Зализняк, Днепропетровская областная детская клиническая больница

Многоцелевая терапия функциональной диспепсии у детей и подростков

Функциональная диспепсия (ФД) занимает одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения. Она регистрируется у 10-15% детского населения Украины и по темпам роста и распространенности сопоставима с такими заболеваниями, как хронический гастрит (10-15%), пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки (7-12%). (О.Е. Шадрин, 2008). Известно, что рекуррентная абдоминальная боль как основной синдром ФД имеет функциональный характер у 90-95% детей и лишь у 5-10% может быть следствием органической патологии (А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева, 2002).

Согласно Римским критериям III (Rome III, 2006) ФД определяют как наличие симптомов диспепсии при отсутствии любых органических заболеваний, которые могли бы вызвать эти симптомы. Проявления должны регистрироваться в течение последних трех месяцев, причем первые симптомы (боль или дискомфорт, тяжесть, переполнение желудка, раннее насыщение) должны возникать не менее чем за полгода до постановки диагноза. Римскими критериями III предложено также у взрослых пациентов выделять два варианта ФД: эпигастральный болевой синдром и постпрандиальный дистресс-синдром.

Формированию ФД у детей во многом способствует нарушение качества, агрессивность современного питания (употребление продуктов быстрого приготовления, газированных напитков с красителями, еда на ходу, всухомятку). Важное значение в развитии ФД имеют нарушение режима, избыточные нагрузки, различные стрессовые ситуации, недостаточный отдых, а также повышенная реактивность органов пищеварения, обусловленная генетическими факторами, инфекция *H. pylori* (Н.Д. Allescher, 2006; С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко, 2007). Не стоит забывать о негативных последствиях вредных привычек, которые могут появиться в подростковом возрасте, таких как курение, употребление алкоголя.

Согласно современным представлениям определяющую роль в развитии ФД у детей играют нарушения моторики различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые связывают с нарушением вегетативной иннервации и нейрогуморальной регуляции (Г.В. Римарчук, С.И. Полякова, 2001; С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина, А.И. Хавкин и др., 2005). Дискоординация моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, ослабление моторно-эвакуаторной функции, повышенная чувствительность рецепторного аппарата стенки желудка к растяжению (висцеральная гиперчувствительность), нарушение циклической активности желудка в межпищеварительный период – факторы, составляющие основу патогенеза ФД (Л.М. Полковниченко, 2009).

Как известно, многие функциональные расстройства являются начальными проявлениями хронического процесса, в том числе и в пищеварительной системе. В связи с этим своевременное и адекватное лечение функциональных нарушений органов пищеварения у детей является важным моментом предупреждения эволюции ФД к более серьезным патологическим состояниям (С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина, А.И. Хавкин и др., 2005).

Стандарты лечения функциональных гастроинтестинальных нарушений до настоящего времени не разработаны, проводится симптоматическая терапия, успешность которой затрудняется широким спектром симптомов и требований к максимально переносимой и безопасной терапии (К.Й. Гундерманн, Б. Винсон, С. Хэнике, 2008). Несмотря на отсутствие органического поражения при ФД, симптомы, которые ее сопровождают, ухудшают самочувствие и качество жизни детей и подростков, поэтому перед детским гастроэнтерологом стоит множество задач:

- организация режима, нормализация ритма сна и бодрствования, ликвидация

стрессовых ситуаций, упорядочение физических нагрузок;

- соблюдение пациентом диеты, соответствующей характеру диспепсии;
- нормализация деятельности ЦНС;
- коррекция моторики ЖКТ;
- при необходимости – коррекция кислотности желудочного содержимого, эрадикация *H. pylori*.

В связи с широким диапазоном проблем привлекает внимание современная концепция многоцелевой терапии (**multi-target therapy**), которая предусматривает применение комбинации нескольких лекарственных средств с различными точками приложения для параллельного устранения разнообразных причин заболевания (G. Holtman et al., 2004; Н.Д. Allescher, 2006; W. Rosch et al., 2006; Т. Wagner, Н. Wagner, 2006; Н.Д. Allescher, Н. Wagner, 2007).

Комбинирование различных растительных экстрактов со специфическими механизмами действия и эффективностью в одном препарате позволяет использовать их аддитивное и синергическое действие, а дозировка отдельных компонентов может быть уменьшена без влияния на эффективность препарата, в результате чего еще больше снижается потенциальный риск возникновения побочных реакций (M. Storr et al., 2004; A. Sibaeв et al., 2006). Таким образом, многоцелевую терапию по праву можно назвать терапией будущего в лечении ФД у детей и подростков (G. Holtmann et al., 2004; Н.Д. Allescher, 2006; W. Rosch et al., 2006; Т. Wegener, Н. Wagner, 2006; Н.Д. Allescher, Н. Wagner, 2007).

Фитопрепарат Иберогаст компании «Бионорика», изготовленный в соответствии с требованиями многоцелевой терапии, состоит из экстрактов девяти трав, что обеспечивает его многогранное влияние на ЖКТ.

Иберогаст содержит спиртовые экстракты иберийки горькой и корня дягиля. Благодаря им препарат оказывает двойное действие на тонус ЖКТ: в спазмированных участках действует расслабляюще, в участках с пониженным тонусом – тонизирующе. Кроме того, Иберогаст содержит экстракты плодов расторопши (цитопротективное действие на желудок и печень, антидиспептический, желчегонный и ветрогонный эффект) и тмина (спазмолитические, антимикробные и ветрогонные свойства), травы чистотела (спазмолитическое, желчегонное и противовоспалительное действие), корня солодки (спазмолитическое, противовоспалительное действие, стимуляция защитного слизиобразования в желудке), цветков ромашки, листьев Melissa и мяты перечной (спазмолитическое, успокаивающее и ветрогонное действие) (M.T. Khayualet al., 2006;

Н.Д. Allescher, Н. Wagner, 2007; I. Germann et al., 2006; Н. Schempp et al., 2006; J. Reichling et al., 2001).

Препарат Иберогаст имеет следующие основные фармакологические свойства:

- регулирует моторику желудка: в проксимальных отделах вызывает продолжительное и обратимое снижение тонуса, а в дистальном отделе значительно повышает фазовую активность и амплитуду сокращений, что помогает нормализовать как нарушенную аккомодацию, так и сниженную моторную активность или замедленное опорожнение желудка;

- снижает висцеральную гиперчувствительность ЖКТ;

- взаимодействует с рецепторами энтеральной нервной системы;

- обладает антиульцерогенным (гастропротективным) и антисекреторным действием;

- характеризуется противовоспалительным и антиоксидантным эффектами;

- обладает бактериостатическим действием по отношению к отдельным штаммам *H. pylori*;

- быстро абсорбируется, обладает хорошей биодоступностью.

Необходимо отметить, что фитопрепарат Иберогаст производится в соответствии со стандартами надлежащей производственной практики (GMP), а все лекарственные растения, входящие в его состав, выращиваются и собираются в соответствии с нормами надлежащей сельскохозяйственной практики (GAP).

Иберогаст – один из самых изученных растительных лекарственных препаратов, высокая эффективность и безопасность которого доказана в 12 клинических и 5 плацебо-контролируемых исследованиях, 2 метаанализах. В ходе исследований были проанализированы результаты лечения более 43 тыс. детей, принимавших Иберогаст, что еще раз подтверждает высокую безопасность препарата (R. Saller et al., 2002; J. Gundermann K.-J. et al., 2004; Melzer et al., 2004; Н. Heinle et al., 2006; W. Rosch et al., 2006).

Согласно унифицированной классификации лекарственных средств АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) растительный препарат Иберогаст относится к группе средств, применяемых при функциональных желудочно-кишечных расстройствах (A03A X20).

Целью нашей работы было исследование эффективности и безопасности препарата Иберогаст у детей и подростков с ФД.

Исследование Иберогаста проводилось в Днепропетровской областной детской клинической больнице – клинической базе кафедры госпитальной

педиатрии № 1 Днепропетровской государственной медицинской академии. В исследовании принимали участие 30 детей в возрасте 6-18 лет, из них 14 девочек и 16 мальчиков.

Объем проводимых исследований включал сбор жалоб, анализ данных анамнеза заболевания и жизни, клинический осмотр, комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования (общеклинические анализы, определение активности ферментов поджелудочной железы в крови и моче, копрологическое исследование, анализ кала на скрытую кровь, фиброэндоскопическая рН-метрия, уреазный тест, ультразвуковое исследование органов брюшной полости). В группу имеющих ФД вошли дети, у которых отсутствовала органическая патология ЖКТ и не было выявлено гельминтозов.

Иберогаст в форме капель для перорального применения назначался в качестве монотерапии соответственно возрасту пациентов с ФД: детям 6-12 лет по 15 капель, 12-18 лет по 20 капель 3 раза в день независимо от приема пищи. Курс лечения составил 14-28 дней.

Оценивали профиль гастроинтестинальных симптомов: боль в эпигастральной (подложечной) области/области желудка; тошнота; позывы к рвоте; рвота; ощущение переполнения/вздутие; спастические боли в животе (колики); чувство раннего (преждевременного) насыщения; изжога/отрыжка кислым; отсутствие/снижение аппетита; ретростернальный дискомфорт.

Выраженность симптомов оценивали по 5-балльной шкале Ликерта (Likert scale) (табл. 1): 0 – отсутствие симптома, 1 – легкая степень выраженности, 2 – умеренная, 3 – тяжелая, 4 – очень тяжелая.

Такая оценка наличия гастроинтестинальных симптомов соответствует общепризнанным стандартам диагностики, поскольку отражает все основные симптомы ФД, описанные в международных диагностических критериях. Динамика суммарных показателей этих шкал может служить критерием для оценки эффективности проводимого лечения у пациентов с ФД. Оценка проводилась до начала лечения, на 7-й, 14-й и 28-й день терапии.

Исходно до начала лечения жалобы на боль в эпигастральной области или в области желудка предъявляли 76,7% пациентов (табл. 2). Боль носила преимущественно ноющий характер и была связана с приемом пищи. У большинства детей (73,9%) боль имела умеренную интенсивность, с одинаковой частотой регистрировалась легкая и тяжелая степень (по 13%). Тошнота беспокоила 56,6% детей. Позывы к рвоте отмечались у 70,0% больных с ФД. Рвота, как правило однократная, наблюдалась у 36,7% пациентов. Большинство детей

Таблица 1. Характеристика симптомов заболевания по шкале Ликерта

Балл	Выраженность симптома	Воздействие
0	Отсутствует	–
1	Легкая	Можно не замечать, если не думать об этом
2	Умеренная	Не удается не замечать, но не нарушает дневную активность или сон
3	Тяжелая	Нарушает дневную активность или сон
4	Очень тяжелая	Значительно нарушает/временно делает невозможной дневную активность или сон, требуется отдых

Таблиця 2. Динамика частоти клінічних симптомів функціональної диспепсії у дітей

Гастроінтестинальні симптоми	До лікування		7-й день		14-й день		28-й день	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Боль в епігастральній (подложечній) області/області желудка	23	76,7	15	50,0	2	6,7	0	0
Тошнота	17	56,6	11	36,7	0	0	0	0
Позиви к рвоті	21	70,0	0	0	0	0	0	0
Рвота	11	36,7	0	0	0	0	0	0
Ощущение переполнения/вздутие	29	96,7	14	46,7	3	10,0	1	3,3
Спастические боли в животе (колики)	15	50,0	10	33,3	2	6,7	0	0
Чувство раннего (преждевременного) насыщения	28	93,3	23	76,7	4	13,3	0	0
Изжога/отрыжка кислым	17	56,7	9	30,0	0	0	1	3,3
Отсутствие/снижение аппетита	26	86,7	22	73,3	4	13,3	0	0
Ретростернальный дискомфорт	8	26,7	0	0	1	3,3	0	0

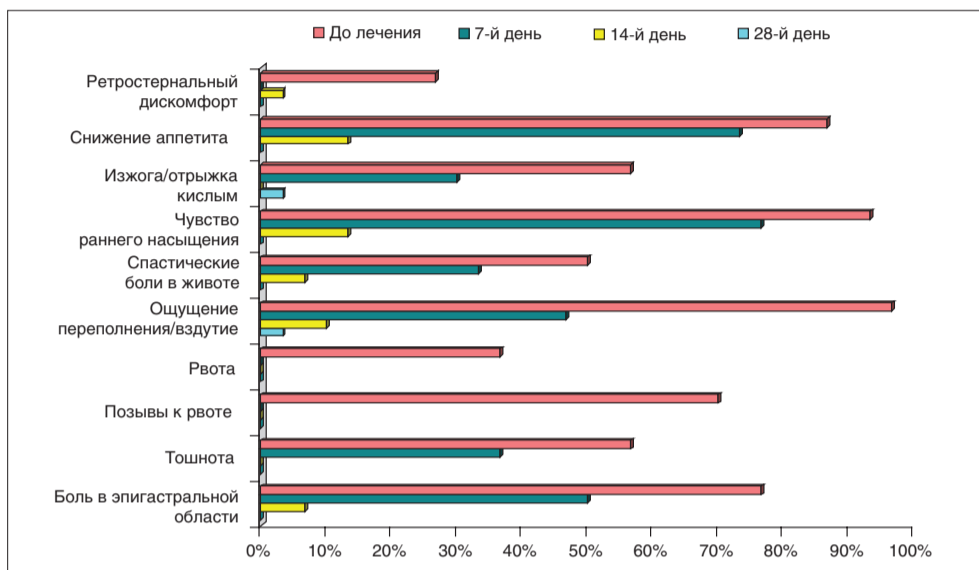


Рис. 1. Динамика частоты клинических симптомов ФД в исследовании

Суммарный показатель гастроинтестинальных симптомов снизился с $16,79 \pm 1,6$ перед началом лечения до $0,3 \pm 0,05$ на 28-й день.

отмечали дискомфорт из-за периодически возникающего ощущения переполнения/вздутия живота (96,7%), чувства раннего насыщения (93,3%). Половина детей (50,0%) отмечала наличие спастических болей в животе. Изжога или отрыжка кислым была у 56,7% обследованных больных. Снижение аппетита регистрировалось у 86,7% пациентов, у двух детей (6,7%) он был повышен. Ретростернальный дискомфорт беспокоил 26,7% пациентов.

На 7-й день лечения у пациентов с ФД были полностью купированы следующие гастроинтестинальные симптомы: рвота, позывы к рвоте, ретростернальный дискомфорт (табл. 2). Достоверно уменьшилась частота и выраженность таких симптомов, как боль в эпигастральной области (50,0%), тошнота (36,7%), ощущение переполнения (46,7%), абдоминальные боли (33,3%), чувство раннего насыщения (76,7%), изжога (30,0%), снижение аппетита (73,3%). К 14-му дню терапии у всех пациентов в дополнение к ранее купированным симптомам отмечалось полное отсутствие тошноты, изжоги и отрыжки. Положительная динамика заключалась также в существенном уменьшении частоты и выраженности остальных симптомов: болевого абдоминального (6,7%), ощущения переполнения (10,0%), чувства раннего насыщения (13,3%), улучшался аппетит. На 28-й день от начала лечения регистрируемые у одного ребенка симптомы ощущения переполнения и отрыжка кислым были непостоянными и связаны с нарушением диеты пациентом (табл. 2, рис. 1).

Динамика частоты клинических симптомов ФД у детей приведена также на рисунке 1.

Также была проведена оценка эффективности лечения препаратом Иберогаст пациентами (очень хорошая, хорошая, удовлетворительная, отсутствие эффекта). Эффективность препарата

как «очень хорошую» оценили 73,3% пациентов, как «хорошую» – 23,3%, удовлетворительный результат был отмечен у одного ребенка (3,3%). Таким образом, «хорошая» и «очень хорошая» эффективность была определена у 96,6% больных, которые находились на терапии Иберогастом. Переносимость препарата у 93,3% детей была оценена как «очень хорошая», у 6,7% – как «хорошая». Каких-либо нежелательных явлений, побочных реакций, в том числе аллергических, связанных с применением Иберогаста, мы не регистрировали.

Выводы

Таким образом, проведенное нами исследование показало высокую эффективность растительного препарата Иберогаст в купировании симптомов функциональной диспепсии у детей и подростков.

Свойства Иберогаста заключаются в его комплексном воздействии на ЖКТ: он нормализует моторику, оказывая прокинети́ческое и спазмолитическое действие, устраняет боль, воздействуя на энтеральную нервную систему, устраняет симптомы воспаления, защищая слизистую оболочку и регулируя кислотность желудка, обладает антиоксидантным действием. Препарат является не только эффективным, но и безопасным, что особенно важно в детском возрасте.

Назначение Иберогаста как в виде монотерапии, так и при необходимости в сочетании с другими лекарственными средствами позволяет избежать полипрагмазии в купировании гастроинтестинальных симптомов.

Все вышесказанное позволяет рекомендовать фитопрепарат Иберогаст в качестве базисного в терапии ФД у детей и подростков.

Список литературы находится в редакции.



phytoneering

Розкриваючи силу рослин

Іберогаст

При захворюваннях шлунково-кишкового тракту



ЕКСПРЕС ДОПОМОГА з Німеччини для шлунку

★ РОСЛИННИЙ ★ ШВИДКОДІЮЧИЙ

- Посилює моторику та звільняє від спазмів
- Усуває біль в шлунку та метеоризм
- Знімає запалення та захищає слизову оболонку шлунка

Р.п. МОЗ України № UA/6302/01/01 від 27.04.07. Перед застосуванням уважно ознайомтесь з інструкцією. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Реклама лікарського засобу. Виробник: Штайгервальд Арцнайміттельверк ГмБХ (Німеччина)

BIONORICA
The phytoneering company

ТОВ "БІОНОРИКА"
м. Київ, вул. Мініна, 9. Офісний поверх, окремий вхід.
тел.: (044) 296-22-03 (04.05); факс: (044) 451-83-09
e-mail: office@bionorica.com.ua