

Современные тенденции диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний в педиатрии

17-18 декабря в Запорожье состоялась XI Всеукраинская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы педиатрии», посвященная памяти члена-корреспондента НАН, АМН Украины, РАМН, профессора Виктора Михайловича Сидельникова. Среди множества важнейших проблем современной клинической педиатрии значительное внимание было уделено и вопросам детской гастроэнтерологии.

Доктор медицинских наук, профессор Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Наталья Владимировна Нагорная представила доклад, посвященный рациональной терапии функциональных расстройств пищеварительной системы у детей раннего возраста.



функциональных расстройств пищеварительной системы у детей раннего возраста.

Болевой абдоминальный синдром (БАС) – патология, наиболее часто встречающаяся у новорожденных детей. В 95% случаев БАС является свидетельством функциональных изменений в организме, радикально не влияющих на состояние здоровья ребенка. Однако он всегда вызывает физическое страдание, приводящее к беспокойству новорожденного как днем, так и ночью, что значительно снижает качество жизни не только ребенка, но и всей семьи. При обращении родителей в лечебное учреждение основными задачами врача являются исключение острой хирургической патологии и назначение симптоматической терапии. Постановка диагноза абдоминальной колики основывается на «правиле трех»: продолжение приступов боли от 3 ч и более в сутки, повторяющиеся не менее 3 дней в неделю на протяжении 3 нед подряд. Клиническими проявлениями БАС служат: срыгивание, периодическая рвота, метеоризм, схваткообразная боль в животе, отказ от еды, сучение ногами, плач, бессонница, которые напрямую зависят от степени морфофункциональной зрелости желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ребенка и характера питания матери. Необходимо помнить о незрелости ферментативной системы у маленьких детей и вероятной непереносимости белков коровьего молока, а также о том, что регуляция деятельности ЖКТ осуществляется не только вегетативной нервной системой, но и за счет местных механизмов нейромодуляции (созревание структур ЖКТ продолжается до 12-18 мес жизни ребенка). Патологическое течение беременности, родов, длительная гипоксия, неблагоприятное психологическое влияние со стороны матери и других членов семьи являются факторами риска развития абдоминальной колики у детей. Эндокринная регуляция деятельности всего ЖКТ

обеспечивается не только за счет секреции гастрина, секретина, мотилина, но и холецистокинина, оказывающего седативное действие, а также влияющего на сокращение желчного пузыря и выделение панкреатических ферментов. Терапия абдоминальной боли должна быть комплексной и состоять из:

- психотерапии (снятие психологического напряжения, создание спокойного психологического климата в окружении ребенка, нормализация образа жизни семьи и ребенка);
- нормализации пищевого режима (рациональный объем и качество питания);
- немедикаментозных воздействий (массаж области живота, постратуральная терапия);
- фитотерапии (исключительно фармакопейными препаратами);
- медикаментозного лечения спазмолитическими препаратами.

Требования к современным спазмолитическим препаратам включают не только наличие высокой спазмолитической активности, но и длительное сохранение оказываемого эффекта. Основные спазмолитические препараты перечислены в таблице 1.

Лекарственные средства, выпускаемые в виде таблеток и ампул, тяжело дозировать для детей младшего возраста, соответственно всегда существует риск возникновения передозировки препарата. Прифиния бромид (Риабал), разрешенный к применению с рождения, относится к синтетическим антихолинергическим средствам, избирательно блокирующим периферические М-холинорецепторы слизистых оболочек ЖКТ, желчевыводящих путей и мочевыводительной системы. Важно то, что в отличие от препаратов атропина, платифиллина, скополамина, использовавшихся в педиатрии ранее, у Риабала отсутствуют такие побочные эффекты, как седативное действие, тахикардия. Прифиния бромид применяется у находящихся в периоде лактации женщин, детей с первых дней жизни, что свидетельствует о высоком профиле безопасности этого препарата. Широкий спектр форм выпуска позволяет не только легко дозировать, но и применять Риабал как средство неотложной помощи (табл. 2).

В 2007 г. проведено клиническое исследование, в котором приняли участие 60 пациентов в возрасте от 0 до 7 месяцев с

регургитацией, кишечными коликами и функциональной диспепсией, получавших прифиния бромид (Риабал) в дозе 1 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема в течение 2 нед (22 ребенка), симетикон по 1 мл 3 раза в сутки в течение 2 нед (20 детей) или комбинированный препарат растительного происхождения на основе экстракта фенхеля, кориандра и ромашки по 10 капель 3 раза в сутки в течение 2 нед (18 больных). Анализ результатов показал, что все исследованные препараты были эффективны и безопасны в лечении функциональных расстройств ЖКТ у детей и могли использоваться с первых дней жизни, однако уменьшение частоты и выраженности болевых и диспептических синдромов и сохранение положительного эффекта после курса терапии достоверно чаще достигались при применении прифиния бромид.

Другое исследование было посвящено разработке терапевтической схемы применения прифиния бромид (Риабала), поскольку в инструкции к препарату, помимо дозировки, не содержалось указаний на то, как оптимально использовать и на какой максимальный срок можно назначить это лекарственное средство при абдоминальной и кишечной коликах у детей. В исследовании приняли участие две группы детей: с впервые диагностированной и рецидивирующей кишечной коликой. Результаты исследования позволили утверждать, что 2-недельный курс Риабала у детей с впервые возникшей кишечной коликой был достаточен для предупреждения возникновения рецидива заболевания в течение последующих 2 месяцев жизни; дети с рецидивирующей кишечной коликой, помимо 2-недельного курса прифиния бромид, продолжали получать поддерживающую терапию в дозе 1/3 от терапевтической в течение 4 нед, что в дальнейшем способствовало сохранению достигнутого эффекта и предупреждению рецидивов.

Еще одно исследование было направлено на изучение применения Риабала у более старших детей, страдающих гастритами, пептической язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезией желчевыводящих путей и функциональными нарушениями ЖКТ. Наблюдение велось за 72 пациентами в возрасте до 18 лет. В результате было установлено, что прифиния бромид быстро купировал болевой синдром.

Таким образом, клинические исследования, проведенные в течение 4 лет, позволяют говорить о высокой эффективности и безопасности препарата Риабал в лечении детей как с функциональной, так и с органической патологией ЖКТ на всех этапах оказания им медицинской помощи.



Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последнего образования Юрий Владимирович Белоусов выступил с докладом о липидном дистресс-синдроме и заболеваниях пищеварительной системы у детей.

– Липидный дистресс-синдром (ЛДС) – состояние, которое в медицинской практике совсем недавно стало рассматриваться как синдром. Исследования последних лет, основанные на современных достижениях

теоретической и клинической медицины, характеризуются принципиально новым подходом к диагностике и лечению ряда заболеваний, обусловленных нарушениями процессов липидного метаболизма. С позиций ЛДС рассматриваются следующие заболевания пищеварительной системы: облитерирующий атеросклероз артерий органов брюшной полости, липогенный панкреатит, холестероз желчного пузыря, жировой гепатоз, желчнокаменная болезнь (ЖКБ). ЛДС – неспецифическая реакция организма; в результате активации перекисного окисления липидов нарушаются постлипидные взаимодействия липопротеидов, изменяется их поверхностный заряд, модифицируется структура липидов, что приводит к модификации липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) за счет свободнорадикального окисления и перекисидации полиненасыщенных жирных кислот.

Врачу-педиатру практически не приходится сталкиваться с хронической ишемической болезнью органов пищеварения, проявляющейся облитерирующим атеросклерозом артерий органов брюшной полости, липогенным панкреатитом. ЛДС в детском возрасте чаще всего проявляется нарушениями со стороны гепато-билиарной системы (ГБС). Среди больных, госпитализированных в детское гастроэнтерологическое отделение нашей клиники, довольно высок процент пациентов, страдающих различной степенью ожирения, что, в свою очередь, является фактором риска развития заболеваний ЖКТ, в частности ГБС.

Целью проведенного исследования стала оценка особенностей поражения и клинического течения хронических заболеваний ГБС у детей на фоне ожирения. Были проанализированы истории болезни 52 детей в возрасте от 7 до 18 лет с гепато-билиарной патологией, находившихся на стационарном обследовании и лечении в детском гастроэнтерологическом отделении нашей клиники.

- 1-я степень ожирения – 9 детей (17±5%).
- 2-я степень – 38 детей (73±6%).
- 3-я степень – 5 детей (10±4%).
- У 16 детей (31±6%) – неравномерное распределение подкожно-жировой клетчатки.
- У 30 (58±7%) – кожно-трофические расстройства в виде стрий и фолликулярного гиперкератоза.
- У 49 детей (94±3%) по совокупности выявленных изменений диагностировано первичное (алиментарно-конституциональное) ожирение.
- У 3 больных (6±3%) ожирение расценено как вторичное.

Клинические проявления заболеваний ГБС у детей с ожирением были представлены обложенностью языка у 18 больных (35±7%); болезненностью при пальпации живота в области правого подреберья – 100±2%; положительными пузырными симптомами у 46 пациентов (88±4%); увеличением на 1-3 см, часто чувствительностью печени – 45 больных (87±5%); увеличением селезенки у 8 детей (15±5%). Всем наблюдавшимся были проведены дополнительные клинические обследования: общий и биохимический анализы крови (включающие определение основных биохимических синдромов печени, серологических маркеров инфекционного гепатита), анализ мочи, копрограмма, УЗИ органов брюшной полости, микроскопия желчи в прямом и поляризованном свете.

В результате проведенных обследований удалось верифицировать следующие варианты патологий ГБС у детей с ожирением:

- дискинетические изменения со стороны желчного пузыря и сфинктерного аппарата – 17 детей (33±7%);

Таблица 1. Спазмолитические средства

Название препарата	Форма выпуска	Применение у детей
Папаверин	Табл., амп., свечи	С 6 мес.
Платифиллин	Табл., амп.	С 0 мес.
Атропин	Табл., амп.	С 0 мес.
Дротаверина гидрохлорид	Табл., амп.	С 12 мес.
Мебеверина гидрохлорид	Табл., капс.	Исследования не проводились
Алверина цитрат + симетикон	Капс.	С 12 лет
Пинаверия бромид	Табл.	Исследования не проводились
Прифиния бромид (Риабал)	Сироп, табл., р-р для инъекций	С 0 мес.

Таблица 2. Способы применения и дозы Риабала

Лекарственная форма	Возраст больного	Дозировка
Сироп 7,5 мг/5 мл	До 3 мес	По 1 мл каждые 6-8 ч
	3-6 мес	По 1-2 мл каждые 6-8 ч
	6-12 мес	По 2 мл каждые 6-8 ч
	1-2 года	По 5 мл каждые 6-8 ч
	2-6 лет	По 5-10 мл каждые 6-8 ч
Таблетки 15-30 мг	6-12 лет	Перорально 15-30 мг 3 раза в сутки
	Старше 12 лет	Перорально 1-2 табл. (30-60 мг) 3 раза в сутки
Ампулы 1мл/7,5 мг	6-12 лет	П/к, в/м, в/в по 1 мл (7,5 мг) 2 раза в сутки
Ампулы 2 мл/15 мг	Старше 12 лет	П/к, в/м, в/в по 2 мл (15 мг) 2 раза в сутки

– хронический холецистит – 19 (36±7%), из 36 больных дискинезией и холециститом у 34 (94±4%) – физико-химическая фаза ЖКБ;

– реактивный гепатит – 15 (29±6%);
– хронический вирусный гепатит В в периоде интеграции – 2 (4±3%);
– жировой гепатоз – 14 (27±6%).

Основными лекарственными средствами, примененными для лечения дискинезий и холецистита, стали желчегонные препараты (преимущественно холекинетического и холеретического действия); антибактериальная терапия назначалась строго индивидуально, исходя из клинического течения заболевания и результатов бактериологического исследования желчи.

В случае выявления гипокинезии-гипотонии как наиболее часто встречаемого варианта дискинезии желчного пузыря для лечения были использованы препараты артишока, не только обладающие желчегонным действием, но и применяемые в качестве раздражителя при УЗИ. Для лечения гиперкинезии-гипертонии желчного пузыря был использован Риабал, который за счет активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы через холинорецепторы М-типа приводит к расслаблению гладкой мускулатуры и замедлению перистальтики органов ЖКТ, что обеспечивает высокий спазмолитический и антисекреторный эффекты при применении у больных в любом возрасте. Пациентам, у которых изменения со стороны желчного пузыря носили характер физико-химической стадии ЖКБ, были назначены препараты урсодезоксихолевой кислоты с целью уменьшения насыщения желчи холестерином за счет угнетения абсорбции в кишечнике и подавления его синтеза в печени, повышения растворимости холестерина, содержащегося в желчи.

У 27% пациентов, наблюдавшихся по поводу патологии ГБС, был диагностирован жировой гепатоз (ЖГ). ЖГ (стеатоз печени) – описательный термин, означающий накопление капель жира, жировых включений в гепатоцитах. Жировой гепатоз определяется примерно у 1 из 10 детей и подростков, что делает это состояние одной из наиболее частых патологий печени в этом возрасте.

Различают первичный и вторичный стеатоз печени. Первичный вызывается ожирением, сахарным диабетом, гиперлипидемией. Вторичный индуцируется лекарственными препаратами (глюкокортикоидами, синтетическими эстрогенами, тетрациклинами, нестероидными противовоспалительными препаратами), синдромом мальабсорбции, длительным парентеральным питанием, бактериальной транслокацией, аботолипопротеинемией, липодистрофией конечностей, болезнями Вебера-Крисчена и Коновалова-Вильсона.

Клиническая симптоматика жирового гепатоза скудная, симптомы поражения печени могут отсутствовать. Наиболее часто они представлены слабостью, плохим аппетитом, чувством быстрого насыщения, неопределенной болью в правом подреберье. Гепатомегалия встречается в 75% случаев, спленомегалия – в 25%. Степень гепатоспленомегалии обычно коррелирует с тяжестью стеатоза печени и определяет его течение; желтуха и печеночные знаки отмечаются редко.

Отмечают повышение сывороточных АЛТ и АСТ. Биохимические признаки холестатического синдрома представлены повышением щелочной фосфатазы, холестерина и нарушением липидного обмена. На УЗИ отмечается увеличение печени с повышением эхогенности – «большая белая печень» (из-за накопления жира); при компьютерной томографии – «большая серая печень» (связано с уменьшением плотности органа). Радионуклидное исследование с ^{99m}Tc позволяет визуализировать очаговый стеатоз как дефекты накопления изотопа; при морфологическом исследовании выявляется накопление жира внутри цитоплазмы и эндоплазматического ретикулума гепатоцита.

Основные принципы лечения ЖГ включают:

• диету с повышенным содержанием белка – не менее 1 г на 1 кг массы тела в

сутки, увеличением содержания фосфолипидов и липотропных веществ;

- постепенное снижение энергетической ценности пищи;
- коррекцию биоценоза кишечника;
- ферментные препараты без желчных кислот;
- при мальабсорбции – аминокислотные смеси;
- витамины В₁, В₁₂, С;
- гепатопротекторы – эссенциальные фосфолипиды;
- холекинетики, холеспазмолитики.

При присоединении печеночной недостаточности необходимо ограничить в рационе белковые продукты, использовать инфузионную терапию и препараты лактулозы.

Прогноз течения заболеваний ГБС:

- При наличии холецистита – развитие желчнокаменной болезни.

• При ЖГ прогноз благоприятный. Устранение причины заболевания приводит к регрессии жировой дистрофии через 4–6 мес.

• При развитии стеатогепатита – прогноз серьезный. Прогрессирование воспалительных изменений печени отмечается у 5–38% пациентов.

Факторами риска прогрессирования ЖГ и развития стеатогепатита являются: ожирение, сахарный диабет, соотношение активности АСТ/АЛТ > 1.

Выявленные метаболические нарушения со стороны ГБС у детей с ожирением позволяют характеризовать их как ЛДС – совокупное понятие, при котором заболевания, связанные с нарушением липидного обмена (в том числе ЖКБ и ЖГ), рассматриваются с единой точки зрения с целью создания оптимальных условий для оказания

своевременной адекватной медицинской помощи.

Ежегодное проведение Сидельниковских чтений стало доброй традицией для всех отечественных педиатров. Доклады, представленные на конференции, отличались не только высокой информативностью, но и нацеленностью на вопросы современной диагностики и лечения заболеваний, ежедневно встречающихся в деятельности практикующего врача. Остается надеяться, что следующее заседание Всеукраинской научно-практической конференции станет не менее интересным и содержательным и пройдет в такой же теплой, дружественной атмосфере.

Подготовил **Антон Пройдак**



Інформація для спеціалістів. З повною інформацією про препарат Ви можете ознайомитись в Інструкції для медичної застосування. Р.п.: №UA/2908/02/01

РІАБАЛ (сироп)

Відчуття внутрішнього комфорту

- РІАБАЛ - єдиний в Україні спазмолітик у формі сиропу, спеціально розроблений для дітей найбільш раннього віку.
- Як спазмолітик РІАБАЛ усуває головну причину кишкової коліки – спазм і порушення моторики кишківника.
- РІАБАЛ позбавить малюка від кишкової коліки і знизить рівень тривоги батьків.



Мегаком дає можливість українському лікарю реалізувати свою найважливішу функцію - зцілювати, а українському пацієнту з будь-яким достатком - право на одужання.