

В.В. Бережной, В.Г. Козачук, Н.П. Гяделова, Л.В. Курило, М.Р. Лищинская

Оценка эффективности пеногасителей в комплексной терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств детей раннего возраста

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: изучить клиническую эффективность и безопасность препарата «Коликид» в форме суспензии в комплексной терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 65 детей в возрасте до 5 месяцев с младенческими кишечными коликами (МКК). 20 (30,8%) детей первой группы получали общие рекомендации; 45 (69,2%) детей второй группы дополнительно получали «Коликид» суспензию. Ежедневно оценивали общее состояние младенцев, наличие срыгиваний, консистенцию стула, метеоризм, прибавку массы тела, температуру тела и нарушение дыхания. Для исключения органической природы колик проводили общеклинические бактериологические обследования, УЗИ брюшной полости.

Результаты. Лабораторное и инструментальное обследование не выявило патологических изменений со стороны ЖКТ, что свидетельствовало о функциональном характере нарушений. В клинической картине в начале исследования отмечали общее беспокойство, натуживание, длительный плач, вздутие живота, которые статистически достоверно уменьшались на фоне применения суспензии «Коликид».

Выводы. Высокая терапевтическая эффективность, безопасность применения, экономическая привлекательность позволяют рекомендовать препарат «Коликид» для широкого применения в клинической практике.

Ключевые слова: функциональные гастроинтестинальные расстройства, дети раннего возраста, кишечная колика, симетикон.

Вступление

В структуре заболеваний органов пищеварения у детей раннего возраста функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГР) занимают одно из ведущих мест [1], поэтому на сегодняшний день диагностика и терапия этих состояний является актуальной проблемой в педиатрии [2].

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГР) – это нарушения функции органов пищеварения, связанные с изменением их регуляции и сопровождающиеся различной комбинацией

гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений [3]. По рекомендациям Международной группы по изучению функциональных заболеваний органов пищеварения (Римские критерии III) предложено классификацию функциональных гастроинтестинальных нарушений. Выделяют две группы ФГН ЖКТ у детей – ФГН у новорожденных и детей раннего возраста (группа G) и ФГН у детей и подростков (группа H) [4].

Младенческие кишечные колики (МКК) относятся к

Таблица 1

Классификация функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей

G. Детские функциональные гастроинтестинальные расстройства:

Новорожденные/дети раннего возраста

G1. Регургитация у новорожденных (или детская регургитация – Infant Regurgitation)

G2. Синдром руминации у новорожденных (Infant Rumination Syndrome)

G3. Синдром циклической рвоты (Cyclic Vomiting Syndrome)

G4. Колики у новорожденных (или младенческие колики – Infant Colic)

G5. Функциональная диарея (Functional Diarrhea)

G6. Диспепсия у младенцев (или детская диспепсия – Infant Dyspepsia)

G7. Функциональный запор (Functional Constipation)

H. Детские функциональные гастроинтестинальные расстройства:

Дети/подростки

H1. Рвота и аэрофагия (Vomiting and Aerophagia)

H1a. Синдром руминации у подростков (Adolescent Rumination Syndrome)

H1b. Синдром циклической рвоты (Cyclic Vomiting Syndrome)

H1c. Аэрофагия (Aerophagia)

H2. Абдоминальная боль, связанная с функциональными гастроудоденальными расстройствами (Abdominal Pain-related FGIDs)

H2a. Функциональная диспепсия (Functional Dyspepsia)

H2b. Синдром раздраженного кишечника (Irritable Bowel Syndrome)

H2c. Абдоминальная мигрень (Abdominal Migraine)

H2d. Детская функциональная абдоминальная боль (Childhood Functional Abdominal Pain)

H2d1. Синдром детской функциональной абдоминальной боли (Childhood Functional Abdominal Pain Syndrome)

H3. Запор и недержание кала (Constipation and Incontinence)

H3a. Функциональный запор (Functional Constipation)

H3b. Недержание кала (Non-Retentive Fecal Incontinence) [3, 4].

группе G и встречаются у 30–70% младенцев [3, 5]. По данным литературы, у 95% боль носит функциональный характер [3, 6].

Как правило, колики впервые появляются на 3–4 неделе жизни ребенка и могут наблюдаться до 3–4 месяцев [7].

Кишечные колики (шифр МКБ – K59.0) – это внезапные и выраженные приступы плача и беспокойства младенцев на протяжении 3 и более часов в течение суток не менее 3 дней в неделю на протяжении хотя бы одной недели [8].

Высокая частота функциональных нарушений обусловлена, прежде всего, анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта ребенка [3, 9]. Так, особенностью кишечника детей является лучшее развитие циркулярной мускулатуры, что предрасполагает к спазмам кишечника и кишечной колике. Секреторный аппарат кишечника к моменту рождения ребенка, в целом, сформирован, в кишечном соке находятся те же ферменты, что и у взрослых (энтерокиназа, щелочная фосфатаза, липаза, эрепсин, амилаза, мальтаза, лактаза и т.д.), но активность их низкая [9, 10]. Ряд гормоноподобных веществ (гастрин, секретин, холецистокинин, мотилин и др.) оказывают регулирующие влияние на моторную и секреторную функции желудочно-кишечного тракта. Исследование уровня гастроинтестинальных гормонов в крови детей с кишечными коликами показало, что, независимо от вида вскармливания, у них повышена концентрация мотилина, уровень же гастрин и вазоактивного интестинального пептида не отличается от нормы. Кроме того, повышение уровня мотилина с рождения и до 3 месяцев отмечается именно у тех детей, которые страдают коликами [7, 11].

В генезе развития кишечных колик у младенцев доказана роль холецистокинина, который оказывает седативное действие, а также влияет на сокращение желчного пузыря и секрецию панкреатических ферментов. Возникновение кишечных колик связывают с дефицитом холецистокинина у младенцев, а также с нарушением функции желчного пузыря. Ученые полагают, что сниженная концентрация холецистокинина может обуславливать более высокую возбудимость детей с коликами [12].

Переваривание углеводов происходит в тонком кишечнике под влиянием амилазы поджелудочной железы и дисахаридаз кишечного сока. Функциональная, транзиторная лактазная недостаточность чаще всего встречается у детей раннего возраста, особенно у младенцев с низким сроком гестации. Лактаза максимально продуцируется у плода/новорожденного к 38–40 неделе гестации, поэтому у детей, рожденных с более низким сроком гестации или с морфофункциональной незрелостью, фермент присутствует в меньшем количестве, однако в дальнейшем состояние купируется с формированием нормолактазии [13]. Поэтому, причиной младенческих кишечных колик может быть непереносимость лактозы вследствие незрелости кишечного эпителия и транзиторной лактазной недостаточности. По данным водородного теста, концентрация

водорода в выдыхаемом воздухе у детей первых месяцев жизни повышена, что свидетельствует о неполном усвоении лактозы, причем у младенцев с коликами как базальный, так и постпрандиальный уровень водорода достоверно выше, чем в контрольной группе [14].

Процессы гниения в кишечнике у здоровых детей грудного возраста не происходят. Особенности строения кишечной стенки и большая ее площадь определяют у детей раннего возраста более высокую, чем у взрослых, всасывательную способность и вместе с тем – недостаточную барьерную функцию из-за высокой проницаемости слизистой оболочки для токсинов и микробов. Моторика тонкого и толстого кишечника включает маятниковообразные движения. В первые месяцы жизни ребенка в кишечнике происходит очень важный процесс формирования кишечной микробиоты. Ее качественный состав зависит от ряда таких факторов: микрофлора кишечника, родовые пути матери, способ разрождения, время прикладывания к груди, характер вскармливания, назначение антибактериальных препаратов и вагинальных антисептиков в родах, окружение ребенка [7, 15]. В первые месяцы жизни младенца микробиота немногочисленная, нестабильная, подвержена внешним и внутренним влияниям. В процессе ее становления возможны дисбиотические отклонения, которые могут отражаться на функциональном состоянии желудочно-кишечного тракта, то есть принимать участие в формировании ФГР желудочно-кишечного тракта. В ряде исследований выявлено, что у детей, страдающих от колик, количество лактобацилл меньше, чем у здоровых, присутствуют условно-патогенные бактерии [16].

Большинство авторов считают, что детские колики обусловлены незрелостью нервной регуляции деятельности кишечника [17]. У недоношенных детей, родившихся на сроке гестации менее 32 недель, наблюдается неравномерное распределение нейронов вдоль окружности кишки. В то же время, признаки незрелости регуляторных систем кишечника встречаются и у доношенных детей. В целом, созревание нервной системы кишечника продолжается до 12–18-месячного возраста. Функциональные нарушения ЖКТ, как правило, связаны с расстройствами систем саморегуляции кишечника. Основную роль в нервной регуляции функций ЖКТ играет собственная нервная система кишечника, которая является частью центральной нервной системы (ЦНС) и состоит из множества (около 100 млн) нейронов. В случае растяжения гладких мышц кишечника происходит стимуляция аферентных нейронов, которые воспринимают сигнал и передают возбуждение к промежуточным нейронам вегетативной нервной системы, которые участвуют в регуляции моторики и секреции. Связь нервной системы кишечника с ЦНС осуществляется через моторные и сенсорные симпатические и парасимпатические пути. Вегетовисцеральные нарушения встречаются более чем у половины детей первого года жизни.

Одной из причин кишечной колики являются дискинетические изменения в толстой кишке, которые чаще наблюдаются во время или после приема пищи, что

связано с гастроилеальным и гастроцекальным рефлексом – повышение моторной активности кишечника, сопровождающееся гиперемией и секрецией слизистой оболочки кишки. Перистальтические волны в толстой кишке, достигая прямой кишки, вызывают растяжение ее стенок, обуславливая позыв к дефекации [7,18].

Другой составляющей кишечной колики является повышенное газообразование в процессе переваривания пищи и растяжение стенок кишечника и наличие проглоченного воздуха, что связано с недостаточной зрелостью нервно-мышечной системы и не до конца сформированным рефлексом глотания [19].

Известно, что чем меньше гестационный возраст ребенка и масса тела при рождении, тем выше риск развития у ребенка детских колик [20].

Одной из возможных причин возникновения кишечных колик может быть реакция малыша на продукты питания, используемые матерью и обладающие повышенным газообразованием, которые проникают в грудное молоко. Употребление матерью острых, пряных продуктов, вызывающих повышенное газообразование, способствует развитию у детей кишечной колики [21].

Кроме того, предполагается, что кишечная колика у практически здоровых детей может быть обусловлена недостатком выработки или особенностями метаболизма в материнском организме прогестерона, что также отражается на составе грудного молока [19, 22].

К тому же, у детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании, играет роль вскармливание ребенка неправильно приготовленными смесями: излишнее разведение или, наоборот, малое разведение смесей. Слишком быстрое сосание, заглатывание воздуха при сосании (аэрофагия) также могут быть причиной развития колик [3].

Болевой синдром, связанный с повышенным газообразованием кишечника на фоне кормления или в процессе переваривания, сопровождается спазмом участков кишечника, что является реакцией на растяжение кишечника пузырьками газа [23]. В литературе имеются работы, которые указывают на возникновение колик как реакции организма ребенка на неблагоприятное психоэмоциональное состояние в семье [3].

Выразительность и частота кишечных колик уменьшается с возрастом (в 1–3 месяца – 29%, 4–6 месяцев – 7–11%) [24].

Основными диагностическими критериями МКК согласно Римским критериям диагностики являются: приступы беспокойства и плача, которые возникают без какой-либо причины; эпизоды продолжаются 3 часа и более в день и повторяются не реже 3 дней в неделю; отсутствует отставание в развитии [4].

Следует обращать внимание на наличие так называемых симптомов тревоги (alarm symptoms), или «красных флагов» (red flags), нехарактерных для функциональных кишечных колик: лихорадка, плоская весовая кривая, рвота кровью, кровь в кале, анемия, лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов. При наличии одного из перечисленных симптомов на фоне колик необходимо провести тщательное обследование ребенка. В отличие от

функциональных МКК, в случае органических заболеваний колики характеризуются постоянным течением и наличием дополнительных симптомов, которые помогают правильно и своевременно диагностировать заболевание.

Дифференциальную диагностику (МКК) необходимо проводить с патологическими состояниями, сходными по симптоматике и клиническим проявлениям: хирургической патологией (острый живот, паховая и пупковая грыжа); инфекционными соматическими заболеваниями (энтероколиты, ОРВИ); поражениями со стороны нервной системы гипоксически-ишемического характера; ферментопатией (лактазная недостаточность, муковисцидоз, целиакия), интестинальная аллергия (аллергия на белок коровьего молока или другие компоненты питания, если младенец находится на искусственном или смешанном вскармливании [3].

У детей старшего возраста кишечные колики могут трансформироваться в функциональную абдоминальную боль, синдром раздраженного кишечника [3].

Лечение кишечных колик у грудных детей имеет поэтапный характер. Основными направлениями ведения детей с младенческими кишечными коликами являются: поддержка грудного вскармливания; рациональное питание матери при грудном вскармливании; поддержка психоэмоционального состояния матери и окружающих родственников; питание малыми порциями, увеличение частоты кормлений с уменьшением разового объема; подбор смеси по необходимости смешанного или искусственного вскармливания; поступательные (механические) методы; фармакотерапия [3, 21].

На сегодняшний день для ликвидации младенческих колик существуют различные лекарственные средства, среди которых преобладают препараты на основе симетикона.

Препараты симетикона оказывают ветрогонное действие, не всасываются в кишечнике, выводятся в неизменном виде, в отличие спазмолитинов, не имеют системного влияния на организм ребенка.

Действие симетикона заключается в том, что разрушая оболочку газовых пузырьков, образующихся в кишечнике, он предупреждает растягивание кишечной стенки и развитие болевого синдрома, облегчает отхождение газов, уменьшает их накопление и все проявления метеоризма. Это способствует нормализации пищеварения и снижению образования газов. Он не влияет на обмен белков, жиров, углеводов, не нарушает всасывание витаминов, минералов и микроэлементов. Симетикон образует также защитную пленку на слизистой оболочке ЖКТ, которая нейтрализует действие агрессивных факторов [9]. Его можно применять длительное время. Препарат не имеет системного действия, поэтому не маскирует симптомы острого живота.

В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины зарегистрирован препарат симетикона «Коликид» (ООО «Кусум Фарм» в виде суспензии. 1 мл суспензии содержит симетикон эмульсию эквивалентно симетикону 40 мг. «Коликид» суспензия не содержит алкоголь, сахар и красители, имеет приятный вкус за счет вкусовой добавки мяты пере-

чной и сладкого ананаса. Специальная дозирующая ложка обеспечивает точное дозирование препарата.

Цель исследования: изучить клиническую эффективность и безопасность препарата «Коликид» в суспензии в комплексной терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Проведено клиническое исследование на базе Киевской городской детской клинической больницы № 1 – клинической базе кафедры педиатрии № 2 НМАПО имени П.Л. Шупика. Под нашим наблюдением за период 2012–2014 гг. находилось 65 детей в возрасте до 5 месяцев с функциональными нарушениями ЖКТ с МКК. Наблюдение за пациентами проводилось преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях. Критериями исключения были наличие у детей органического поражения желудочно-кишечного тракта; паховой или пупковой грыжи; энтероколита; органического поражения нервной системы; ферментопатии.

В диагностике колик применяли дневник плача. Родителям предлагали фиксировать в минутах длительность плача, а также сопутствующее состояние младенца по балльной шкале (натуживание, общее беспокойство). Оценку каждого симптома проводили с помощью балльной шкалы (0 – признак отсутствует, 1 – признак легко выражен, 2 – признак умеренно выражен, 3 – признак сильно выражен). Кроме того, контролировали наличие срыгивания, консистенцию стула, метеоризм, прибавку массы тела, температуру тела и нарушение дыхания. Для исключения органической природы колик проводили общий анализ крови; копрологическое исследование кала; оценку pH кала, посев кала на дисбактериоз; ультразвуковое исследование брюшной полости. При необходимости детей осматривали невролог и хирург.

В ходе лечения дети были разделены на 2 клинических группы. В 1 группу было включено 20 (30,8%) детей с МКК, которым не назначалось медикаментозное лечение для купирования кишечных коликов. В случае грудного вскармливания кормилицам рекомендовали ограничить употребление продуктов питания, увеличивающих газообразование в кишечнике, и уменьшить потребление продуктов с высоким содержанием лактозы (цельное молоко). В случае искусственного вскармливания назначали смеси, содержащие короткоцепочечные триглицериды, с частично гидролизованным белком («Хипп комфорт», «Нутрилон комфорт», «Хумана антиколики»).

После кормления предлагали поддержать ребенка в наклонном положении (под углом 45 градусов, животиком вниз) на протяжении 10–15 минут, для отхождения воздуха, а между кормлением и во время приступа колик – малыша укладывать на живот. Уделялось также большое значение психологическому комфорту в семье.

45 (69,2%) детей группы 2 получали на фоне общих рекомендаций патогенетическое и симптоматическое средство «Коликид» суспензия. Новорожденным и

детям грудного возраста согласно инструкции для медицинского применения препарат «Коликид» суспензия давали с помощью дозирующей ложечки при каждом кормлении или добавляли в бутылочку с детским питанием по 0,5–1 мл.

Контроль эффективности терапии осуществлялся ежедневно, в течение всего курса лечения. Эффект от проведенной терапии оценивали как «отличный», «хороший», «удовлетворительный» и «без эффекта». Безопасность лечения рассматривалась по частоте возникновения побочных эффектов.

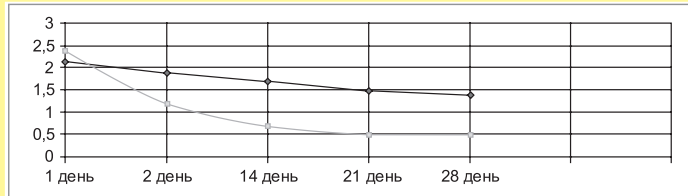


Рисунок 1. Динамика среднего значения общего беспокойства в сравниваемых группах

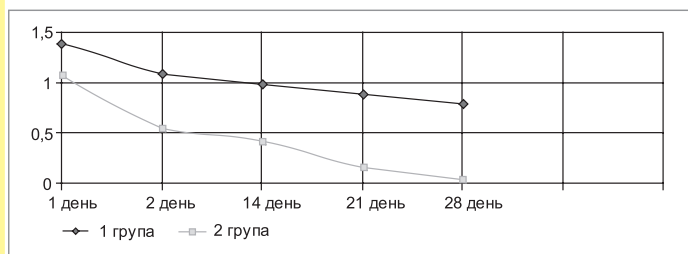


Рисунок 2. Динамика среднего значения натуживания в сравниваемых группах

Статистическая обработка результатов терапии проводилась на первый, седьмой, четырнадцатый, двадцать первый и двадцать восьмой день наблюдения. Полученные данные были статистически обработаны с применением пакета прикладных программ Statistic for Windows, Release 5.5, с помощью общепринятых методов вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины (M), средней погрешности (m), среднеквадратичного отклонения (SD). Достоверность отличий оценивали по t-критерию Стьюдента при известном количестве наблюдений (n). Отличия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В клинической картине на момент включения в исследование у детей отмечали общее беспокойство ($2,2 \pm 0,03$ балла), натуживание ($1,08 \pm 0,03$), продолжительный плач ($189,9 \pm 0,29$ мин.), который сопровождался покраснением лица (84,7%) или бледностью носо-губного треугольника (13,3%). При осмотре у 62 (95,4%) малышей отмечалось вздутие живота. Следует отметить, что дети между приступами имели хороший аппетит и набирали в массе тела.

Проведенное лабораторное и инструментальное обследование не выявило патологических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта, что свидетельствовало о функциональном характере нарушений.

Следует отметить, что положительный эффект на фоне общих рекомендаций наблюдался у детей с коли-

ками через $31,4 \pm 0,5$ минут, а после приема препарата «Коликид» суспензии – через $12,0 \pm 0,4$ минут.

В ходе наблюдения динамика средних значений продолжительности плача у детей, получавших «Коликид» суспензию, имела статистически достоверные отличия по сравнению с детьми, которым не назначалось медикаментозное лечение для купирования кишечных колик ($p < 0,05$).

Кроме того, как видно из рисунка 1, среднее значение общего беспокойства в 1 группе на 14 день составило $1,7 \pm 0,12$, в то время как во 2 группе – $0,7 \pm 0,15$ ($p < 0,05$).

Статистическая разница сохранялась и на 28 день наблюдения. Так, в 1 группе результат составлял $1,4 \pm 0,11$, а у малышей, которые принимали «Коликид» суспензию – $0,5 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), что свидетельствовало об эффективности препарата.

При оценке среднего значения натуживания (рисунок 2) на 14 день наблюдения в 1 группе в среднем составила $1 \pm 0,5$ против $0,43 \pm 0,48$ у детей, получавших «Коликид» ($p < 0,05$). К последнему дню наблюдения средние значения были соответственно $0,8 \pm 0,5$ и $0,04 \pm 0,4$, что имело статистически достоверную разницу ($p < 0,05$).

Таким образом, у детей, получавших препарат симетикона («Коликид» суспензия) в ходе наблюдения

статистически достоверно уменьшается продолжительность плача, беспокойства и натуживания, что свидетельствует о высокой эффективности данного лекарственного средства при кишечных коликах малышей.

Стоит отметить, что на протяжении всего периода наблюдений нами не было отмечено побочных явлений, связанных с приемом ветрогонного средства «Коликид» суспензия. Переносимость этого лекарственного препарата оценивалась родителями (40 человек (88,9%)) как «хорошая» и «отличная».

Выводы

На основе проведенного исследования можно сделать вывод, что высокая терапевтическая эффективность в комплексном лечении детей раннего возраста с кишечными коликами, быстрое купирование симптомов метеоризма, безопасность, удобство применения, а также низкие экономические затраты препарата «Коликид» суспензия (ООО «Кусум Фарм») позволяют рекомендовать его для широкого применения в медицинской практике педиатрам, врачам общей практики-семейной медицины.

Литература

1. Анастасевич Л.А. Кишечные колики у детей раннего возраста: причины, диагностика, лечение // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16, № 3. – С. 154.
2. Фітопрепарати у комплексній терапії функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку / Ю.В. Марушко, В.В. Гончар // Современная педиатрия. – 2011. – № 1. – С. 160–164.
3. Бережний В.В., Козачук В.Г. Кишкові кольки в дітей раннього віку та методи корекції. Національний підручник по педіатрії за ред. Бережного В.В. Київ. – 2013. – 1040 с.
4. Майданник В.Г. Римські критерії III (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. // ПАГ. – 2007. – № 3. – С. 5–13.
5. Самсыгина Г.А. Алгоритм лечения детских кишечных колик. // Consilium medicum. Педиатрия. – 2009. – № 3. – С. 55–67.
6. Силивончик Н.Н., Калашников Н.А. Научные достижения – в практику врача-гастроэнтеролога // Здоров'я України. – 2007. – № 9. – С. 58–59.
7. Корниенко Е.А., Вагеманс Н.В., Нетребенко О.К. Младенческие кишечные колики: современные представления о механизмах развития и новые возможности терапии // Современная педиатрия. – 5 (33). – 2010. – С. 176–182.
8. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. // Русский медицинский журнал. – 2006; 14 (19). – С. 1397–400.
9. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Младенческие кишечные колики: проблема и пути решения. Педиатрия. – 2012. – Том 91. – № 4. – С. 98–105.
10. Рачкова Н.С. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии. Русский медицинский журнал. 2007; 21. – С. 1594–1597.
11. Motilin and infantile colic / Lothe L., Ivarsson S.A., Ekman R. [et al.] //Acta Paediatr. Scand. – 1990. – Vol. 79. – P. 410–416.
12. Захарова И.Н., Еремеева А.В. Кишечные младенческие колики и их коррекция. // Consilium medicum. – 2009. – № 1 (приложение: Педиатрия). – С. 43–46.
13. Жихарева Н.С. Детские кишечные колики, новые

- возможности терапии. // Consilium medicum. – 2009. – № 2 (приложение: Педиатрия). – С. 33–36.
14. Savino F, Pelle E, Palumeri E, et al. Лечение кишечных колик у грудных детей: сравнение эффективности Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) и Симетикона (проспективное рандомизированное исследование). Consilium medicum. 2007; 2: 70–73.
15. Adlerberth I. Establishment of the gut microbiota in Western infants / I. Adlerberth // Acta Paediatr. – 2009. – P. 220–230.
16. Bacterial counts of intestinal Lactobacillus species in infants with colic / Savino F, Bailo E., Oggero R. [et al.] // Pediatr.Allergy Immunol. – 2005. – Vol. 16. – P. 72–75.
17. Хавкин А.И., Жихарева Н.С. Что же такое детские кишечные колики // Русский медицинский журнал. – Т. 12, № 16. – 2004. – С. 96.
18. Хавкин А.И., Жихарева Н.С. Современный взгляд на функциональные нарушения кишечника у детей раннего возраста // Русский медицинский журнал. – 17 (1). – 2009. – С. 50–52.
19. Беляева И.А., Яцык Г.В., Евдокимова А.Н. Новые возможности комплексной терапии кишечных колик у грудных детей // Педиатрия. – 2011; 90 (2). – С. 231–241.
20. Sondergaard C, Henriksen TB, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnancy and infantile colic. Pediatrics. 2001 Aug;108(2):342–6.
21. Мисник В.П., Отт В.Д. Современные возможности диетической коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни // Современная педиатрия. – 2008. – № 3 (20). – С. 79–83.
22. Самсыгина Г.А. Кишечная колика у детей грудного возраста. Пособие для практических врачей. М.: ООО «ИнтелТек», 2007. – 23 с.
23. Хавкин А.И., Кешишян Е.С., Прыткина М.В., Какишвили В.С. Возможности диетической коррекции синдрома срыгиваний у детей раннего возраста. Сб. материалов 8 конференции «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – М., 2001. – С. 47.
24. Килгур Т., Уэйд С. Колики у детей грудного возраста. Доказательная медицина. – 2005; 4: 629–32.

Оценка эффективности пеногасителей в комплексной терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей раннего возраста

В.В. Бережной, В.Г. Козачук, М.Р. Лищинская

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Цель: изучить клиническую эффективность и безопасность препарата «Коликид» в форме суспензии в комплексной терапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 65 детей в возрасте до 5 месяцев с младенческими кишечными коликами (МКК). 20 (30,8%) детей первой группы получали общие рекомендации; 45 (69,2%) детей второй группы дополнительно получали «Коликид» суспензию. Ежедневно оценивали общее состояние малышей, наличие срыгиваний, консистенцию стула, метеоризм, прибавку массы тела, температуру тела и нарушения дыхания. Для исключения органической природы колик проводили общеклинические, бактериологические обследования, УЗИ брюшной полости.

Результаты. Лабораторное и инструментальное обследование не выявило патологических изменений со стороны ЖКТ, что свидетельствовало о функциональном характере нарушений. В клинической картине в начале наблюдения определяли общее беспокойство, натуживание, длительный плач, вздутие живота, которые статистически достоверно уменьшались на фоне применения суспензии «Коликид».

Выводы. Высокая терапевтическая эффективность, безопасность, удобство применения, экономическая привлекательность позволяют рекомендовать препарат «Коликид» для широкого применения в медицинской практике.

Ключевые слова: функциональные гастроинтестинальные расстройства, дети раннего возраста, кишечная колика, симетикон.

Efficiency estimation of preparations that reduces gas-formation in comprehensive treatment of gastrointestinal dysfunctions among babies

V.V. Berezhnoi, V.G. Kozachuk, M.R. Lishchinskaya

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Purpose: to study a clinical efficiency and safety of «Collickid» suspension in comprehensive treatment of gastrointestinal dysfunctions among infants.

Patients and methods: 65 children (up to the age of 5 months) with infant flatulent colic. 20 (30,8%) babies of the first group received general advice; 45 (69,2%) babies of the second group received «Collickid» suspension additionally. The general condition among babies was daily examined: if they had possetting, stool consistence, meteorism, body temperature and breathing troubles. Common clinical, bacteriologic and ultrasound scans of the stomach were conducted to exclude colic caused by the organic origin.

Results: Laboratory and instrumental examination did not discover abnormal changes of the digestive tract (GIT) that evidenced functional disorders. Common disturbance, straining, long crying, bloating were determined in clinical picture at the start of observation which were statistically decreased by the «Collickid» suspension.

Conclusions: The high therapeutic efficiency, safety, usability and economic attractiveness enable to recommend the «Collickid» suspension for wide clinical practicing.

Key words: gastrointestinal dysfunctions, babies, colic, simethicon.

Сведения об авторах:

Бережной Вячеслав Владимирович — д-р мед. н., проф., зав. каф. педиатрии №2 Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.

Козачук Валентина Григорьевна — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №2 Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.

Лищинская Марина Романовна — клин. ординатор каф. педиатрии №2 Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30. Тел. (044) 412-16-70.

Статья поступила в редакцию 1.04.2014 г.