

В.В. Бережний, В.Г. Козачук, М.Р. Ліщинська

Оцінка ефективності піногасників у комплексній терапії функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета: вивчити клінічну ефективність і безпеку препарату «Колікід» у формі суспензії у комплексній терапії функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилося 65 дітей віком до 5 місяців з маюковими кишковими кольками (МКК). 20 (30,8%) дітей першої групи отримували загальні рекомендації; 45 (69,2%) дітей другої групи додатково отримували «Колікід» суспензію. Щодня оцінювали загальний стан малюків, наявність зригувань, консистенцію стільця, метеоризм, прибавку маси тіла, температуру тіла та порушення дихання. Для виключення органічної природи кольок проводили загальноклінічні, бактеріологічні обстеження, УЗД черевної порожнини.

Результати. Лабораторне та інструментальне обстеження не виявило патологічних змін з боку ШКТ, що свідчило про функціональний характер порушень. У клінічній картині на початок спостереження відзначали загальний неспокій, натузування, тривалий плач, здуття живота, які статистично достовірно зменшувалися на тлі застосування суспензії «Колікід».

Висновки. Висока терапевтична ефективність, безпека, зручність застосування, економічна привабливість дозволяють рекомендувати препарат «Колікід» для широкого використання у медичній практиці.

Ключові слова: функціональні гастроінтестинальні розлади, діти раннього віку, кишкова колька, симетикон.

Вступ

У структурі захворювань органів травлення у дітей раннього віку функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) займають одне з провідних місць [1], тому на сьогодні діагностика та терапія цих станів є актуальною проблемою в педіатрії [2].

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) – це порушення функції органів травлення, які пов'язані зі зміною їхньої регуляції та супроводжуються різноманітною комбінацією гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень [3]. За реко-

ментаціями Міжнародної групи з вивчення функціональних захворювань органів травлення (Римські критерії III) запропоновано класифікацію функціональних гастроінтестинальних порушень. Виділяють дві групи ФГР ШКТ у дітей – ФГР у новонароджених та дітей раннього віку (група G) і ФГР у дітей та підлітків (група H) [4].

Малюкові кишкові кольки (МКК) належать до групи G і трапляються у 30–70% немовлят [3, 5]. За даними літератури, у 95% біль носить функціональний харак-

Таблиця 1

Класифікація функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей

G. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Новонароджені/Діти раннього віку

G1. Регургітація в немовлят (або дитяча регургітація – Infant Regurgitation)

G2. Синдром румінації в немовлят (Infant Rumination Syndrome)

G3. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)

G4. Кольки в немовлят (або маюкові кольки – Infant Colic)

G5. Функціональна діарея (Functional Diarrhea)

G6. Дишезія в немовлят (або дитяча дишезія – Infant Dyschezia)

G7. Функціональний запор (Functional Constipation)

H. Дитячі функціональні гастроінтестинальні розлади:

Діти/Підлітки

H1. Блювота й аерофагія (Vomiting and Aerophagia)

H1a. Синдром румінації в підлітків (Adolescent Rumination Syndrome)

H1b. Синдром циклічної блювоти (Cyclic Vomiting Syndrome)

H1c. Аерофагія (Aerophagia)

H2. Абдомінальний біль, пов'язаний з функціональними гастродуоденальними розладами (Abdominal Pain-related FGIDs)

H2a. Функціональна диспепсія (Functional Dyspepsia)

H2b. Синдром подразненого кишечника (Irritable Bowel Syndrome)

H2c. Абдомінальна мігрень (Abdominal Migraine)

H2d. Дитячий функціональний абдомінальний біль (Childhood Functional Abdominal Pain)

H2d1. Синдром дитячого функціонального абдомінального болю (Childhood Functional Abdominal Pain Syndrome)

H3. Запор і нетримання калу (Constipation and Incontinence)

H3a. Функціональний запор (Functional Constipation)

H3b. Нетримання калу (Non-Retentive Fecal Incontinence) [3, 4].

тер [3, 6].

Зазвичай кольки вперше проявляються на 3–4 тижні життя дитини та можуть спостерігатися до 3–4 місяців [7].

Кишкові кольки (шифр МКХ – K59.0) – це раптові і виражені напади плачу і неспокою немовлят протягом 3 і більше годин упродовж доби не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б одного тижня [8].

Висока частота функціональних порушень обумовлена, перш за все, анатомо-фізіологічними особливостями шлунково-кишкового тракту дитини [3, 9]. Так, особливістю кишечника у дітей є кращий розвиток циркулярної мускулатури, що провокує до спазмів кишечника і кишкової кольки. Секреторний апарат кишечника до моменту народження дитини, в цілому, є сформованим, в кишковому соку знаходяться ті самі ферменти, що й у дорослих (ентерокіназа, лужна фосфатаза, ліпаза, ерепсін, амілаза, мальтаза, лактаза тощо), але активність їх є низькою [9, 10]. Низка гормоноподібних речовин (гастрин, секретин, холецистокінін, мотилін та ін.) мають регулюючий вплив на моторну й секреторну функції шлунково-кишкового тракту. Дослідження рівня гастроінтестинальних гормонів у крові дітей з кишковими кольками показало, що, незалежно від виду вигодовування, концентрація мотиліну у них є підвищеною, але рівень гастрину та вазоактивного інтестинального пептиду не відрізняється від норми. Більш того, підвищення рівня мотиліну з народження та до 3 місяців відзначається саме в тих дітей, які страждають на кольки [7, 11].

У генезі розвитку кишкових кольок у малюків доведено роль холецистокініну, який має седативну дію, а також впливає на скорочення жовчного міхура та секрецію панкреатичних ферментів. Виникнення кишкових кольок пов'язують із дефіцитом холецистокініну в немовлят, а також порушенням функції жовчного міхура. Учені вважають, що знижена концентрація холецистокініну може зумовлювати вищу збудливість дітей з кольками [12].

Перетравлювання вуглеводів відбувається в тонкому кишечнику під впливом амілази підшлункової залози та дисахаридаз кишкового соку. Функціональна, транзиторна лактазна недостатність найчастіше трапляється у дітей раннього віку, особливо в немовлят з низьким терміном гестації. Лактаза максимально продукується в плода/новонародженого до 38–40 тижня гестації, тому в дітей, народжених із нижчим терміном гестації або з морфофункціональною незрілістю, фермент є присутнім у меншій кількості, однак в подальшому стан купується з формуванням нормолактазії [13]. Тому, причиною малюкових кишкових кольок може бути непереносимість лактози внаслідок незрілості кишкового епітелію й транзиторної лактазної недостатності. За даними водневого тесту, концентрація водню у видихуваному повітрі у дітей перших місяців життя є підвищеною, що свідчить про неповне засвоєння лактози, причому в малюків з кольками як базальний, так і постпрандіальний рівень водню достовірно є вищими, ніж у контрольній групі [14].

Процеси гниття в кишечнику у здорових дітей грудного віку не відбуваються. Особливості будови кишко-

вої стінки та велика її площа визначають у дітей раннього віку вищу, ніж у дорослих, всмоктувальну здатність і разом з тим – недостатню бар'єрну функцію через високу проникність слизової оболонки для токсинів і мікробів. Моторика тонкого й товстого кишечника включає маятникоподібні рухи. У перші місяці життя дитини в кишечнику відбувається дуже важливий процес формування кишкової мікробіоти. Її якісний склад залежить від низки таких чинників: мікрофлора кишечника, родові шляхи матері, спосіб розродження, час прикладання до грудей, характер вигодовування, призначення антибактеріальних препаратів і вагінальних антисептиків у пологах, оточення дитини [7, 15]. У перші місяці життя немовляти мікробіота є нечисленною, нестабільною, підданою зовнішнім і внутрішнім впливам. У процесі її становлення можливі дисбіотичні відхилення, які можуть відображатися на функціональному стані шлунково-кишкового тракту, тобто брати участь у формуванні ФГР шлунково-кишкового тракту. У низці досліджень виявлено, що в дітей, які страждають від кольок, кількість лактобацил є меншою, ніж у здорових, присутні умовно-патогенні бактерії [16].

Більшість авторів вважають, що дитячі кольки обумовлені незрілістю нервової регуляції діяльності кишечника [17]. У недоношених дітей, що народилися на терміні гестації менше 32 тижнів, спостерігається нерівномірний розподіл нейронів уздовж кола кишки. Водночас, ознаки незрілості регуляторних систем кишечника трапляються і в доношених дітей. В цілому, дозрівання нервової системи кишечника триває до 12–18-місячного віку. Функціональні порушення ШКТ, як правило, є пов'язаними з розладами систем саморегуляції кишечника. Основну роль в нервовій регуляції функцій ШКТ відіграє власна нервова система кишечника, яка є частиною центральної нервової системи (ЦНС) і складається з безлічі (близько 100 млн) нейронів. У разі розтягування гладеньких м'язів кишечника відбувається стимуляція аферентних нейронів, які сприймають сигнал і передають збудження до проміжних нейронів вегетативної нервової системи, що беруть участь в регуляції моторики і секреції. Зв'язок нервової системи кишечника з ЦНС здійснюється через моторні і сенсорні симпатичні і парасимпатичні шляхи. Вегетовісцеральні порушення трапляються більш ніж в половині дітей першого року життя.

Однією з причин кишкової кольки є дискінетичні зміни в товстій кишці, які частіше спостерігаються під час або після прийому їжі, що пов'язують із гастроілеальним і гастроцекальним рефlekсами – підвищення моторної активності кишечника, яке супроводжується гіперемією і секрецією слизової оболонки кишки. Перистальтичні хвилі в товстій кишці, досягаючи прямої кишки, викликають розтягнення її стінок, обумовлюючи позив до дефекації [7, 18].

Іншою складовою кишкової кольки є підвищене газотворення в процесі перетравлювання їжі і розтягнення стінок кишечника та наявність проковтнутого повітря, що пов'язане з недостатньою зрілістю нервово-м'язової системи і не до кінця сформованим рефлексом ковтання [19].

Відомо, що чим меншими є гестаційний вік дитини і маса тіла при народженні, тим вищим є ризик розвитку в дитини дитячих кольок [20].

Однією з можливих причин виникнення кишкових кольок може бути реакція кишечника малюка на продукти харчування, що використовуються матір'ю і володіють підвищеним газоутворенням, які проникають в грудне молоко. Вживання матір'ю гострих, праних продуктів, що викликають підвищене газоутворення, сприяє розвитку у дітей кишкової кольки [21].

Крім того, передбачається, що кишкова колька в майже здорових дітей може бути зумовлена недостатнім виробітком або особливостями метаболізму в материнському організмі прогестерону, що також відображається на складі грудного молока [19, 22].

До того ж, у дітей, що перебувають на штучному або змішаному вигодовуванні, грає роль вигодовування дитини неправильно приготованими сумішами: зайве розведення або, навпаки, мале розведення сумішей. Занадто швидке смоктання, заковтування повітря при ссанні (аерофагія) теж можуть бути причиною розвитку кольок [3].

Больовий синдром, пов'язаний з підвищеним газонаповненням кишечника на фоні годування або в процесі переварювання, супроводжується спазмом ділянок кишечника, що є реакцією на розтягнення кишечника пухирцями газу [23]. У літературі є роботи, які вказують на виникнення кольок як реакції організму дитини на несприятливий психоемоційний стан у сім'ї [3].

Виразність і частота кишкових кольок зменшується з віком (в 1–3 місяці – 29%, в 4–6 місяців – 7–11%) [24].

Основними діагностичними критеріями МКК згідно з Римськими критеріями діагностики є: напади неспокою і плачу, які виникають і зникають без будь-якої причини; епізоди тривають 3 години і більше на день і повторюються не рідше 3 днів в тиждень; відсутнє відставання у розвитку [4].

Варто звертати увагу на наявність так званих симптомів тривоги (alarm symptoms), або «червоних прапорів» (red flags), нехарактерних для функціональних кишкових кольок: лихоманка, плоска вагова крива, блювання кров'ю, кров у калі, анемія, лейкоцитоз, збільшення швидкості осідання еритроцитів. За наявності одного з перерахованих симптомів на тлі кольок необхідно провести ретельне обстеження дитини. На відміну від функціональних МКК, у разі органічних захворювань кольки характеризуються постійним перебігом і наявністю додаткових симптомів, які допомагають правильно і своєчасно діагностувати захворювання.

Диференціальну діагностику МКК необхідно проводити з патологічними станами, подібними за симптоматикою й клінічними проявами: хірургічною патологією (гострий живіт, пахова та пупкова кила); інфекційними соматичними захворюваннями (ентероколіти, ГРВІ); ураженнями з боку нервової системи гіпоксично-ішемічного характеру; ферментопатією (лактазна недостатність, муковісцидоз, целиакія), інтестинальна алергія (алергія до білка коров'ячого молока або інших компонентів харчування, якщо малюк перебуває на штучному або змішаному вигодовуванні [3].

У дітей старшого віку кишкові кольки можуть трансформуватися в функціональний абдомінальний біль, синдром подразненого кишечника [3].

Лікування кишкових кольок у грудних дітей має поетапний характер. Основними напрямками ведення дітей з малюковими кишковими кольками є: підтримка грудного вигодовування; раціональне харчування матері при грудному вигодовуванні; підтримка психоемоційного стану матері та оточуючих родичів; харчування малими порціями, тобто збільшення частоти годувань зі зменшенням разового об'єму; підбір суміші за необхідності змішаного чи штучного вигодовування; поступальні (механічні) методи; фармакотерапія [3, 21].

На сьогодні для ліквідації малюкових кишкових кольок існують різні лікарські засоби, серед яких переважають препарати на основі симетикону.

Препарати симетикону надають вітрогонну дію, не всмоктуються в кишечнику, виводяться в незміненому вигляді, на відміну від спазмолітиків, не мають системного впливу на організм дитини. Дія симетикону полягає в тому, що, руйнуючи оболонку газових пухирців, які утворюються в кишечнику, він попереджає розтягування кишкової стінки і розвиток больового синдрому, полегшує відходження газів, зменшує їх накопичення і всі прояви метеоризму. Це сприяє нормалізації травлення і зниженню утворення газів. Він не впливає на обмін білків, жирів, вуглеводів, не порушує всмоктування вітамінів, мінералів і мікроелементів. Симетикон утворює також захисну плівку на слизовій оболонці ШКТ, яка нейтралізує дію агресивних чинників [9]. Його можна застосовувати тривалий час. Препарат не має системної дії, тому не маскує симптоми гострого живота.

У даний час на фармацевтичному ринку України зареєстровано препарат симетикону «Колікід» (ТОВ «Кусум Фарм») у вигляді суспензії. 1 мл суспензії містить симетикон емульсією еквівалентно симетикону 40 мг. «Колікід» суспензія не містить алкоголь, цукор, і барвники, має приємний смак за рахунок смакової добавки м'яти перцевої та солодкого ананасу. Спеціальна дозуюча ложка забезпечує точне дозування препарату.

Мета дослідження: вивчити клінічну ефективність і безпеку препарату «Колікід» в суспензії в комплексній терапії функціональних гастроінтестинальних розладів дітей раннього віку.

Матеріали та методи дослідження

Проведено клінічне дослідження на базі Київської міської дитячої клінічної лікарні № 1 – клінічній базі кафедри педіатрії № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика. Під нашим спостереженням за період 2012–2014 рр. знаходилося 65 дітей віком до 5 місяців з функціональними порушеннями ШКТ з МКК. Спостереження за пацієнтами проводилося переважно в амбулаторно-поліклінічних умовах. Критеріями виключення були наявність у дітей органічного ураження шлунково-кишкового тракту; пахової та пупкової кили; ентоколіту; органічного ураження нервової системи; ферментопатії.

У діагностиці кольок використовували щоденник

плачу. Батькам пропонували фіксувати у хвиликах тривалість плачу, а також супутній стан малюка за бальною шкалою (натуження, загальний неспокій). Оцінку кожного симптому проводили за допомогою бальної шкали (0 – ознака відсутня, 1 – ознака є легко вираженою, 2 – ознака є помірно вираженою, 3 – ознака є сильно вираженою). Окрім того, контролювали наявність зригування, консистенцію стулу, метеоризм, прибавку маси тіла, температуру тіла та порушення дихання. Для виключення органічної природи кольок проводили загальний аналіз крові; копрологічне дослідження калу; оцінку рН калу, посів калу на дисбактеріоз; ультразвукове дослідження черевної порожнини. За необхідності дітей оглядали невролог та хірург.

В ході лікування дітей було розподілено на 2 клінічні групи. У 1 групу було включено 20 (30,8%) дітей із МКК, яким не призначалося медикаментозне лікування для купірування кишкових кольок. У разі грудного вигодовування годувальницям рекомендували обмежити вживання продуктів харчування, які збільшують газоутворення в кишечнику, та зменшити споживання продуктів із високим вмістом лактози (цільне молоко). У разі штучного вигодовування призначали суміші, що містять коротколанцюгові тригліцериди, з частково гідролізованим білком («Хіпп комфорт», «Нутрилон комфорт», «Хумана антиколік»).

Після годування пропонували потримати дитину в нахиленому положенні (під кутом 45 градусів, животином вниз) протягом 10–15 хвилин, для відходження повітря, а між годуванням і під час нападу кольок – малюка викладати на живіт. Приділялось також велике значення психологічному комфорту в сім'ї.

45 (69,2%) дітей 2 групи отримували на фоні загальних рекомендацій патогенетичний і симптоматичний засіб «Колікід» суспензія. Новонародженим та дітям грудного віку згідно з інструкцією для медичного застосування препарату давали «Колікід» суспензію за допомогою дозуючої ложечки при кожному годуванні або додавали до пляшечки з дитячим харчуванням по 0,5–1 мл.

Контроль ефективності терапії здійснювався щодня, впродовж всього курсу лікування. Ефект від проведеної терапії оцінювали як «відмінний», «хороший», «задовільний» і «без ефекту». Безпека лікування розглядалася за частотою виникнення побічних ефектів.

Статистична обробка результатів терапії здійснювалася на перший, сьомий, чотирнадцятий, двадцять перший та двадцять восьмий день спостереження. Отримані дані були статистично оброблені із застосуванням пакету прикладних програм Statistic for Windows, Release 5.5, за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики з обчисленням середньої арифметичної величини (M), середньої похибки (m), середньоквадратичного відхилення (SD). Достовірність відмінностей оцінювали за t-критерієм Ст'юдента при відомому числі спостережень (n). Відмінності вважалися достовірними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

У клінічній картині на момент включення в досліджен-

ня у дітей відзначали загальний неспокій ($2,2 \pm 0,03$ бала), натужування ($1,08 \pm 0,03$), тривалий плач ($189,9 \pm 0,29$ хв.), який супроводжувався почервонінням обличчя (84,7%) або блідістю носогубного трикутника (13,3%). При огляді у 62 (95,4%) малюків відзначалося здуття живота. Слід відзначити, що діти між нападами мали гарний апетит та набирали в масі тіла.

Проведене лабораторне та інструментальне обстеження не виявило патологічних змін з боку шлунково-кишкового тракту, що свідчило про функціональний характер порушень.

Варто зазначити, що позитивний ефект на фоні загальних рекомендацій спостерігався у дітей з кольками через $31,4 \pm 0,5$ хвилин, після прийому препарату «Колікід» суспензія через $12,0 \pm 0,4$ хвилин.

В ході спостереження динаміка середніх значень тривалості плачу в дітей, що отримували «Колікід» суспензію, мала статистично достовірні відмінності порівняно до малюків, яким не призначалося медикаментозне лікування для купірування кишкових кольок ($p < 0,05$).

Крім того, як видно з рисунку 1, середнє значення загального неспокою у 1 групі на 14 день склало $1,7 \pm 0,12$ в той час як в 2 групі – $0,7 \pm 0,15$ ($p < 0,05$).

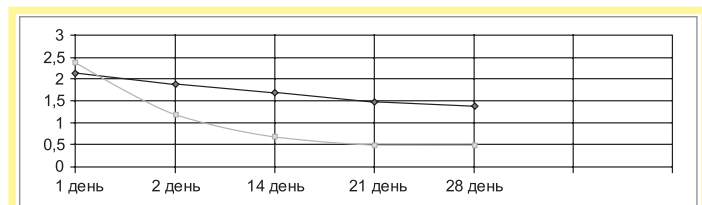


Рис. 1. Динаміка середнього значення загального неспокою у дітей з МКК на тлі лікування

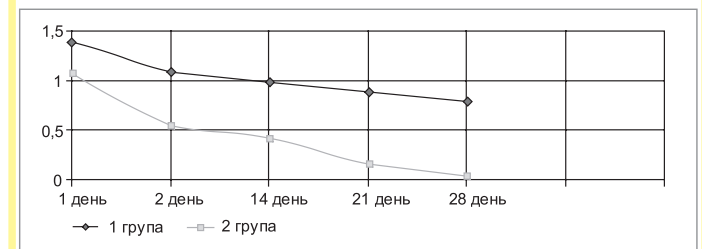


Рис. 2. Динаміка середнього значення натужування у дітей з МКК на тлі лікування

Статистична різниця зберігалася також на 28 день спостереження. Так, в першій групі результат складав $1,4 \pm 0,11$, а у малюків, які приймали «Колікід» суспензію – $0,5 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), що свідчило про ефективність препарату.

При оцінці середнього значення натужування (рисунк 2) на 14 день спостереження у першій групі в середньому склала $1 \pm 0,5$ проти $0,43 \pm 0,48$ у дітей, що отримували «Колікід» ($p < 0,05$). На останній день спостереження середні значення були відповідно $0,8 \pm 0,5$ та $0,4 \pm 0,4$, що мало статистично достовірну різницю ($p < 0,05$).

Таким чином, у дітей, що отримували препарат симетикону («Колікід» суспензія) в ході спостереження статистично достовірно зменшується тривалість плачу, занепокоєння та натужування, що свідчить про високу ефективність цього лікарського засобу у разі кишкових

колькок малюків.

Варто відзначити, що протягом всього періоду спостережень нами не було зареєстровано побічних явищ, зв'язаних з прийомом вітрогінного засобу «Колікід» суспензія. Переносимість цього лікарського препарату оцінювалася батьками (40 осіб (88,9%)) як «хороша» і «відмінна».

Висновки

На основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що висока терапевтична ефективність в

комплексному лікуванні дітей раннього віку з кишковими кольками, швидке купірування симптомів метеоризму, безпека, зручність застосування, а також низькі економічні затрати препарату «Колікід» суспензія (ТОВ «Кусум Фарм») дозволяють рекомендувати його для широкого використання в медичній практиці педіатрам, лікарям загальної практики-сімейної медицини.

Література

1. Анастасевич Л.А. Кишечные колики у детей раннего возраста: причины, диагностика, лечение // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 16, № 3. – 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 коликов. // 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 коликов 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 коликов 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., Какиашвили 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.