

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИМЕТИКОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЛИК У ДЕТЕЙ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Дўстмухамедова Д.Х.

Боли в животе (колики) – одна из основных жалоб, с которой родители грудных детей обращаются к врачу-педиатру. Не вызывая тяжелых нарушений в состоянии здоровья ребенка, кишечная колика существенно нарушает психологический комфорт в окружении младенца, значительно снижая качество жизни семьи [2]. Отсутствие явных органических нарушений при младенческих коликах позволяет рассматривать их в рамках функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. Младенческие колики имеют полиэтиологический характер, в числе этиологических факторов имеют значение нарушения состава кишечной микробиоты и аллергии к белкам коровьего молока (АБКВ) [5, 13].

Под термином «метеоризм» (от греч. «поднятие, вздутие») понимают вздутие живота вследствие избыточного скопления газов в кишечнике, а обильное «взрывное» выделение газов через прямую кишку называется «флатуленция». Частота флатуленций в сутки не зависит от пола и возраста и в среднем у здорового человека составляет 10–12 раз в день. Увеличение частоты флатуленций может быть связано с изменением рациона и употреблением большого количества клетчатки. Механизмы, перемещающие газ по кишечнику, изучены еще недостаточно. Известно, что газ или жидкость по кишечнику транспортируется в 30–100 раз быстрее, чем твердый химус. Весь пищеварительный тракт (от зубов до анального отверстия) газ способен пройти всего за 20–40 мин [4].

Наиболее частая причина метеоризма у детей – банальное нарушение диеты, нарушение режима питания, в этом случае можно говорить о функциональных расстройствах. Но также вздутие живота может быть первым симптомом серьезных заболеваний, тогда метеоризм ни в коем случае не может быть диагнозом, а является лишь клиническим проявлением патологии пищеварительного тракта. Зачастую метеоризм может быть первым симптомом в дебюте таких заболеваний, как дисахаридазная (лактазная) недостаточность или пищевая аллергия у новорожденных, гастродуодениты или колиты любой этиологии у детей старшего возраста и другие заболевания. Поэтому при наличии жалоб на повышенное газообразование и вздутие живота должен быть проведен тщательный дифференциально-диагностический поиск для исключения органической природы заболевания [9].

Под синдромом кишечных колик подразумеваются эпизоды болезненного плача и беспокойства ребенка, которые занимают не менее 3ч в день и возникают не реже 3 раз в неделю [12].

Наиболее типичное время для кишечных колик - вечерние часы. Приступы, плача возникают и заканчиваются внезапно, без каких-либо внешних провоцирующих причин. По современным данным, распространенность младенческих кишечных колик среди детей первых месяцев жизни колеблется от 5 до 19% [11]. У старших детей функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта представлены функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника. Для этих синдромов характерна висцеральная гиперчувствительность [10]. Задержка отхождения газов и расширение просвета кишки являются важными составляющими в патогенезе.

Лечение кишечной колики у грудных детей должно носить комплексный характер. Зачастую колики являются реакцией ребенка на неблагоприятную психоэмоциональную обстановку в семье. Необходимо объяснить матери, как правильно прикладывать ребенка к груди. При этом должны соблюдаться следующие правила: живот младенца прижат к животу матери, его шея и туловище находятся на одной линии, должен осуществляться

правильный захват соска. Первые капли молока необходимо сцедить. Время кормления должно составлять около 30 минут, поскольку прикладывание к груди менее чем на 15-20 минут приводит к тому, что ребенок получает больше «переднего молока», чрезмерно насыщенного углеводами, которые могут способствовать увеличению газообразования. Если ребенок аходится на грудном вскармливании, необходимо провести коррекцию питания матери. Из рациона кормящей женщины должны быть исключены продукты, приводящие к повышенному газообразованию в кишечнике [1].

Для снятия остроты боли в момент колики предпринимают последовательно следующие действия: тепло на область живота; поглаживание живота по часовой стрелке и массаж живота; изменение положения тела, выкладывание на живот; применение механических средств (газоотводная трубка или клизма). В качестве и патогенетического, и симптоматического средства используются препараты симетикона [7, 10].

Симетикон (активированный диметикон) представляет собой комбинацию метилированных линейных силоксановых полимеров, стабилизированных триметилсилоксановыми группами с кремния диоксидом. Снижая поверхностное натяжение на границе раздела фаз, он затрудняет образование и способствует разрушению газовых пузырьков в содержимом кишечника и слизи ЖКТ. Высвобождаемые при этом газы могут поглощаться в кишечнике или выводиться благодаря перистальтике. Симетикон не всасывается из ЖКТ и не влияет на процесс пищеварения. Привыкание к нему не развивается. Препараты симетикона применяются во время возникновения болевого синдрома, и, как правило, он купируется в течение нескольких минут. В литературе опубликованы результаты ряда рандомизированных клинических исследований по применению симетикона у взрослых. Так, имеются 4 исследования с общим количеством участников 576 (310 из них получали плацебо), которые показали существенное снижение тяжести симптомов газообразования, переполнения желудка, вздутия живота, постпрандиальных болей у больных с функциональной диспепсией [8].

Симетикон более 40 лет применяется для купирования симптомов, связанных с повышенным газообразованием. Симетикон в виде эмульсии входит в состав лекарственного средства Метигаст, предназначенного для лечения кишечных колик у детей грудного возраста. Консистенцию препарата следует отнести к его ценным свойствам, так как лекарственное средство в виде эмульсии более эффективно воздействует на газовые пузыри, способствуя быстрому их растворению и выведению. Лекарственный препарат физически и химически инертен, является жиронерастворимым соединением и не изменяет своей структуры и свойств под воздействием окислителей, высоких температур. Не абсорбируется из ЖКТ. После перорального применения препарат выводится в неизменном виде с калом. Высвободившийся газ легко удаляется из кишечника. При этом за счет произошедшего пеногашения нормализуются процессы пищеварения и усвоения организмом питательных веществ. Поскольку симетикон совершенно не всасывается в кишечнике и выводится из организма в неизменном виде, его можно применять у детей грудного возраста [7].

Цель работы - определить эффективность препарата Метигаст при кишечных коликах у детей.

Материалы и методы

Исследование проводилось в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ Педиатрии. Под нашим наблюдением были 36 детей в возрасте от 1 месяца до 5 лет. Основными жалобами

явились: срыгивание, диарея, беспокойство, обусловленное вздутием кишечника без повышения температуры. Средний возраст составил $2,5 \pm 0,6$ мес.

У 11 (30,5%) детей диагностирована функциональные нарушения ЖКТ – младенческие колики, у 16 (44,5%) - гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, и у 9 (25,0%) вторичная дисахаридазная недостаточность на фоне перенесенных кишечных инфекций. Диагноз заболевания устанавливали на основании клинико-анамнестических и лабораторных признаков, включающие анализа крови, копрологию, биохимических исследований сыворотки крови.

В качестве симетикона использовался «Метигаст» (World Medicine) - снижающий поверхностное натяжение на границе раздела фаз, затрудняющий образование и способствующий разрушению газовых пузырьков в кишечном содержимом. Высвобождаемые при этом газы могут поглощаться стенками кишечника или выводиться благодаря перистальтике.

Дозировка препарата:

- Дети до 1 года: по 5-10 капель препарата Метигаст 100 мг/мл при каждом кормлении ребенка (добавляют в бутылочку с детским питанием или дают с помощью маленькой ложечки вовремя или после кормления).

- Дети в возрасте от 1 года до 6 лет: по 10 капель препарата Метигаст 100 мг/мл 3-5 раз в сутки.

- Дети в возрасте от 6 лет до 14 лет: по 10-20 капель препарата Метигаст 100 мг/мл 3-5 раз в сутки.

- Дети в возрасте от 14 лет и старше: по 20 капель препарата Метигаст 100 мг/мл 3-5 раз в сутки.

Оценка эффективности препарата Метигаст проводилась по динамике клинических проявлений (уменьшение частоты срыгиваний, метеоризма, колик, улучшению сна), переносимость препарата оценивалась по состоянию кожных покровов, изменению частоты и консистенции стула.

Результаты и обсуждение

Основными жалобами родителей были кишечные колики (100%), метеоризм (33/91,6%), срыгивания (22/58,3%), беспокойство ребенка (32/88,8%), особенно после кормления. У большинства детей (28/77,7%) наблюдался разжиженный стул с примесью слизи, зелени, непереваренных комочков. У 3 детей отмечалась диарея – стул был учащен до 8–12 раз, имел желтый цвет, водянистую консистенцию, кислый запах, «пенистый» характер. Наряду с этим у 2 детей обнаруживалась примесь слизи в кале. Данные изменения были расценены как проявления лактазной недостаточности у детей, что в дальнейшем было подтверждено исследованием экскреции углеводов с калом (содержание лактозы в кале 0,50–0,75%). Этим детям в состав комплексной терапии также была включена лактаза.

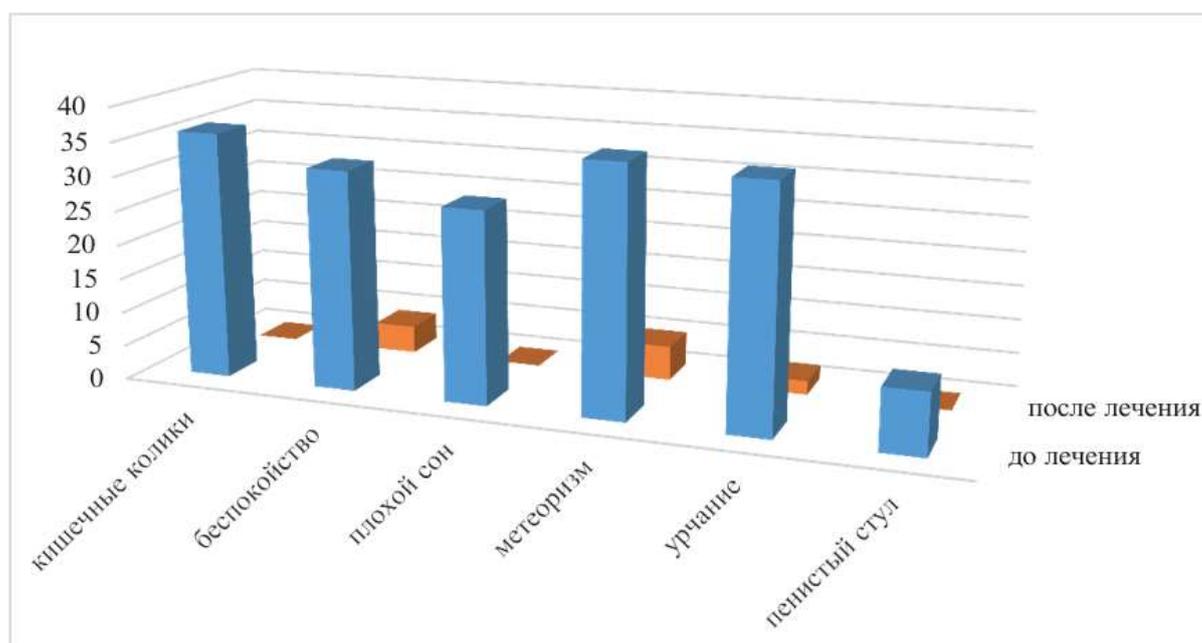
Несмотря на длительность диареи, симптомы интоксикации, как правило, не были выражены. Параметры физического развития у большинства детей (32/88,8%) были в пределах нормы, у остальных детей (4/11,1%) значения соответствовали ниже 1 стандартного отклонения по критериям ВОЗ (2006г).

Метигаст назначался согласно приведенным выше инструкциям. Продолжительность применения 6-8 недель. Период адаптации к препарату протекал у всех больных удовлетворительно.

Клиническую эффективность оценивали по следующим критериям: восстановление аппетита, купирование диспептического синдрома, болей в животе, показателей копрограммы. Клинический мониторинг за детьми проводился в течении всего срока получения Метигаст и включал ежедневное измерение объема живота, кратность диарейного синдрома, сведения об аппетите, эмоциональном статусе, переносимости Метигаста в течении 10 дней.

Как показали наблюдения, лечение препаратом Метигаст сопровождалось выраженной клинической эффективностью. У большинства детей группы наблюдения (34/94,4%) уже к 3-5-му дню удалось устранить болевой синдром, колики, метеоризм. У всех наблюдаемых детей к 5-7 дню после лечения отмечалось урежение дефекаций до 2-4 раз в сут, стул приобретал кашицеобразную консистенцию, значительно уменьшалось газообразование в кишечнике и боли в животе.

Динамика клинических признаков представлена на рисунке.



Клинические признаки детей с коликами на фоне применения Метигаста
Примечание * - $p \leq 0,001$ – достоверность между группами до и после лечения

Анализ показал, что у пациентов на фоне применения Метигаста отмечалось быстрое устранение кишечных колик, купирование диспептического синдрома (метеоризм, диарея). Так же наблюдалось улучшение общего состояния, исчезновение симптомов хронической интоксикации (беспокойство, плохой сон). Средний объем живота уменьшился от $52 \pm 3,5$ см, до $48 \pm 2,6$ см.

На основании проведенного анализа можно сделать вывод о целесообразности и эффективности применения препарата Метигаст в комплексном лечении детей с кишечными коликами.

Важными преимуществами препарата являются быстрое купирование симптомов избыточного газообразования, практически полное отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций, а также хорошая переносимость.

Литература

1. Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Русакова Е.А., Петренко Л.Л., Ивашина В.И. Синдром избыточного газообразования у детей. *Здоровье ребенка*. 2012;6(41):149-153
2. Беляева И.А., Яцык Г.В., Евдокимова А.Н. Препараты симетикона в комплексной терапии кишечных колик. *«Практика педиатра»*, 2011
3. Бердникова Е.К. Функциональные кишечные колики и их коррекция у детей первых месяцев жизни. Автореф. дисс. к.м.н. М., 2011.
4. Захарова И.Н., Яцык Г.В., Боровик Т.Э. и др. Младенческие кишечные колики: современный взгляд на проблему. *Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum)*. 2014;4:34–40
5. Мелешкина А.В., Кудряшова М.А., Чебышева С.Н. Что важно знать о кишечных коликах у детей первых месяцев жизни. *Педиатрия*. 2018;2:38–42.
6. Самсыгина Г.А. Кишечная колика у детей грудного возраста. Пособие для практических врачей. — М.: ООО «ИнтелТек», 2007
7. Сурков А.Н., Черникова В.В. Симптом метеоризма у детей раннего возраста: причины и пути коррекции. *Педиатрическая фармакология*. 2013; 10 (1): 78–82. Surkov A.N., Chernikova V.V. Simptom meteorizma u detei rannego vozrasta: prichiny i putikorrektsii. *Pediatricheskaia farmakologija*. 2013; 10 (1): 78–82. In Russian
8. Ткач С.М. Применение симетикона в гастроэнтерологической практике, основанное на данных доказательной медицины. *Здоровье Украины*. 2011;4(257):54-56.
9. Пахомовская Н.Л., Венедиктова М.М. Метеоризм: причины и пути коррекции. *Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum)* 2017;2:32–36
10. Хавкин А.И. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии. *РМЖ. Матъидитя*. 2009;15:996-999.
11. Savino F et al. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatr Suppl* 2005; 94 (449): 129-32.23
12. Hyman PE, Milla PJ, Bennig MA et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Am J Gastroenterol* 2006;130(5):1519-26.
13. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49: 498–547.