

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ЗДОРОВЬЕМ РЕБЕНКА

НАСТОЛЬНАЯ КНИГА ВРАЧА-ПЕДИАТРА

МОСКВА - 2010

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ СИМИТИКОНА (САБ СИМПЛЕКС) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЯВЛЕНИЯМИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК, ПОВЫШЕННЫМ ГАЗООБРАЗОВАНИЕМ, СРЫГИВАНИЕМ

Кешишян Е.С., Руководитель Центра коррекции развития детей раннего возраста, д.м.н.
Бердникова Е.К., врач-неонатолог

Особенности желудочно-кишечного тракта новорожденного ребенка во многом обуславливают специфику его адаптации к увеличивающемуся день ото дня объему энтерального питания. Пищевод достигает 10-12 см в длину и до 8 мм в ширину. Слизистая оболочка пищевода имеет хорошо выраженную складчатость, приводящую к полному смыканию его стенок в состоянии покоя. Физиологические сужения выражены слабо. Вход в желудок зияет. Последнее обусловлено многими причинами, основными из которых являются несовершенство нервного аппарата и особые топографо-анатомические взаимоотношения пищевода и желудка в этом периоде.

Иннервация кардиального отдела пищевода осуществляется нейробластами, находящимися в ранней стадии развития, которые слабо обеспечивают замыкание кардиального отверстия. В течение первых месяцев жизни ребенка в пищеводе продолжается дифференцировка нейронов, которая заканчивается только к 20 году жизни.

Брюшная часть пищевода у новорожденных расположена на 1-2 позвонка выше, чем у детей старшего возраста, слабое развитие слизистой и мышечной оболочек пищевода и кардиальной части желудка приводит к недостаточной выраженности угла Гиса, который образован стенкой брюшной части пищевода и прилегающей к нему стенкой дна желудка. Круговой слой

мышц кардиальной части желудка развит слабо. Вследствие этого складка слизистой оболочки, вдающаяся в просвет пищевода и препятствующая обратному выходу пищи из желудка, почти не выражена. Ножки диафрагмы неплотно охватывают пищевод. Все это вместе способствуют срыгиванию и рвоте у новорожденных, особенно при повышении внутрижелудочного давления.

Низкая активность ферментных систем, а иногда и полное отсутствие ферментов вследствие незрелости ребенка является причиной различных нарушений пищеварения. Таким образом, несовершенство развития пищеварительной системы новорожденного, часто является причиной появления защитных рефлекторных реакций: срыгивание, повышенное газообразование и вздутие живота.

«Кишечные колики» или болевые спазмы, развивающиеся в тонком кишечнике, обычно начинаются в возрасте 3-х недель жизни и продолжаются до 3-х месячного возраста. Практически ни один новорожденный малыш не может избежать этого состояния, однако, тяжесть «кишечных колик» может быть разной от единичных приступов, до тяжелых, ежедневных, продолжающихся в общей сложности около 3-х часов в день. Поэтому считается, что тяжелые кишечные колики подчинены так называемому «правилу трех» – начало на 3-ей недели жизни, общая продолжитель-

ность 3 месяца, длительность не менее 3-х часов в день. По данным практически всех педиатров в мире, «кишечные колики» являются самой частой причиной обращения к врачу в первые три месяца жизни, и этот крик ребенка, невозможность его успокоить и облегчить боль, вызывает основную тревогу у родителей.

Длительный период изучения «кишечных колик» у детей первых месяцев жизни позволил в целом сформулировать причины, которые вызывают это состояние: кишечные колики определяются двумя моментами – непосредственно спазмом кишечника и раздуванием кишки за счет повышения газообразования. Спазмы кишечника определяются незрелостью иннервации и реакцией на раздувание кишки. Повышенное газообразование является следствием неполного расщепления пищевых компонентов. Исходя из этого положения, «кишечные колики» в большей степени бывают при кормлении смесями, чем грудным молоком, вместе с тем, известно, что тяжелые колики могут встречаться и при грудном вскармливании. Ферментопатии, т.е. дефицит ферментов способствующих полному расщеплению пищевых веществ, также, может приводить к выраженному болевому синдрому за счет увеличения газонаполнения кишечника. Наиболее частым проявлением транзиторной ферментопатии является лактазная недостаточность. Однако, скорее всего диагноз этот ставиться значительно чаще, чем

он есть в действительности. Нарушение микробного спектра кишечника тоже может вызывать болевой синдром. Однако, у новорожденных и детей первых месяцев жизни идет постепенное заселение кишечника микрофлорой. При правильном уходе и здоровье ребенка, это заселение происходит таким образом, что, несмотря на отсутствие «условного» среднего баланса между микроорганизмами, они находятся в таком равновесии, что не могут вызывать патологические изменения.

Таким образом, на сегодня считается, что «кишечные колики» является функциональным состоянием периода адаптации ребенка к энтеральному питанию.

Другими словами, наличие у ребенка кишечных колик не требует какого то специального диагностического поиска со стороны педиатра, но обязательного выполнения алгоритма действий для облегчения страданий ребенка.

Во-первых, необходимо исключить все заболевания, которые сопряжены с болевым синдромом у новорожденных и детей первых месяцев жизни :

- хирургическая патология (инвагинация, ущемление грыжи, аппендицит – т.е. любые проявления «острого живота» и непроходимости кишечника).
- Острая инфекционная патология – отит, пиелонефрит.

Если ребенок здоров и в промежутке между болевыми приступами его поведение не меняется, у него не усиливаются срыгивания, нет гипертермии, сохраняется прибавка

массы тела, то в этом случае можно думать и есть совпадение во времени – то можно думать о «кишечной колике» у ребенка.

В этом случае врач должен использовать так называемую «ступенчатую терапию»

- Разъяснить родителям, что такое «кишечные колики» у детей раннего возраста, т.е. психологически поддержать и ободрить семью.
- Предложить использовать простые методы физического воздействия – изменение положения, согревание живота и т.д.
- Предоставить информацию о терапевтических средствах растительного происхождения, а также о препаратах группы симитикона (например, саб симплекс), которые снимают газовое наполнение кишечника.

Саб Симплекс, в основе которого находится вещество симетикон, является препаратом, уменьшающим газообразование в кишечнике. Симетикон является поверхностно активным веществом, вызывающим дробление газовых пузырей в желудке, что уменьшает растяжение стенок желудочно-кишечного тракта, чем достигается купирование кишечных колик и срыгиваний. Симетикон не всасывается в стенках желудка и кишечника, неизменным выводится из ЖКТ, что уменьшает вероятность побочных эффектов, давая возможность применения препарата у детей раннего возраста.

Для определения эффективности и безопасности препарата Саб Симплекс в коррекции явлений метеоризма, кишечных колик,

срыгиваний различной степени выраженности у детей раннего возраста было проведено небольшое исследование в Центре коррекции развития детей раннего возраста Московского НИИ педиатрии и детской хирургии. В основную группу были включены 25 детей (14 мальчиков и 11 девочек) в возрасте до 3-х месяцев с жалобами на повышенное газообразование, срыгивания, кишечные колики. В контрольную группу – 15 детей (9 мальчиков и 6 девочек) включены дети, пришедшие на консультацию и уже получающие препараты (3-5 дней), которые назначил участковый врач: смекта, плантекс, укропная вода.

Препарат Саб Симплекс представляет собой флакон с капельницей – 30 мл, содержит 50 доз препарата. 1 доза – 15 капель. Дозировка для детей: грудным детям – 15 капель при болях. С учетом действия препарата он эффективен ТОЛЬКО при его использовании в МОМЕНТ боли.

Оценка выраженности клинических признаков представлена в таблицах 1-3. Интенсивность клинических проявлений оценивалась по двубальной системе; 1 — средняя степень выраженности, 2 — сильная степень.

Таким образом, метеоризм уменьшился у 100% детей (против 60% в контрольной группе), срыгивания исчезли у 96% (против 65%), кишечные колики купировались у 92 % детей (против 66% в контрольной группе). Хотя различия в группах не достоверны, но указывают на эффективность препарата Саб Симплекс.

	С Саб Симплекс		Без Саб Симплекс	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Отсутствие	0	23	3	9
1	15	2	8	4
2	10	0	4	2

Таблица № 2. Степень выраженности срыгиваний на фоне приема Саб Симплекс и на аналогичной терапии без него

	С Саб Симплекс		Без Саб Симплекс	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Отсутствие	0	24	3	9
1	10	1	8	4
2	15	0	4	2

Таблица №3. Динамика выраженности кишечных коликов

	С Саб Симплекс		Без Саб Симплекс	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Отсутствие	5	23	5	10
1	13	2	7	5
2	7	0	3	0

Необходимо отметить, что органолептические свойства препарата были приятны большинству из детей. Можно отметить только одного ребенка за все время использования данного средства, у которого усиливались срыгивания после приема препарата. В этом случае целесообразна его отмена и подбор других аналогичных средств. Препарат не

требует курсового приема, а принимается при необходимости в момент болей.

Заключение:

На основании проведенного анализа, можно сделать вывод о целесообразности и эффективности применения препарата Саб Симплекс в комплексе «степовых

мероприятий» у детей раннего возраста с кишечными коликами, срыгиваниями, метеоризмом в возрастных дозировках при сильно выраженном болевом синдроме и беспокойстве ребенка. Важным достижением препарата является практически отсутствие побочных эффектов и аллергических реакций, а также хорошая переносимость.

ЛИТЕРАТУРА :

1. Вельтищев Ю.Е. Рост ребенка: Закономерности, нормальные вариации, соматотипы, нарушения и их коррекция. Лекция для врачей - М.:МНИИ Педиатрии и детской хирургии - 1998.
2. Гебель В., Глеклер М. Ребенок от младенчества к совершеннолетию - М.:Энигма - 1996.
3. Запруднов А.М. Лекарственные средства в детской гастроэнтерологии. - М: СмитКляйн Бичам, - 1997. - 165 с.
4. Запруднов А.М., Мазанкова Л.Н. Микробная флора кишечника и пробиотики, - М.: «Педиатрия», 1999. - 48с.
5. Лукушкина Е.Ф. Руководство по питания здорового и больного ребенка. Нижний Новгород: Издательство НГМА, 1997. - 258 с.
6. Маккоунчи Э. Мать и дитя. Беременность. Роды. Уход за малышом. Воспитание ребенка - М.: Росмэн - 1997 - 256с.
7. Особенности фармакотерапии в детской гастроэнтерологии.// Под редакцией проф. А.М. Запруднова.// Москва, 1998. - 168 с.
8. Педиатрия. Под ред. Дж.Грефа. Пер. с англ. - М.Практика - 1997. - 912с, илл.
9. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения болезней органов пищеварения // Практикующий врач 1998. - N 2. - С.2.
10. Харькова Р.М. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни. Гипотрофия и ее предупреждение. Лекция для врачей №13 - М.: МНИИ Педиатрии и детской хирургии - 1999,
11. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебник для студентов, интернов педиатрических институтов. Т. 1,2 - М.: Специальная литература - 1997.-С.556.
12. Эффективность лечения коликов у грудных детей: методический обзор / Лукассен П.Л., Аннсенделфт В.Дж., Губбелс Дж.В. и др.//
13. Британский медицинский журнал - 1998. - N 23. - Том: 316 - С 1563-1569.