

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ

Т.О. Крючко, І.М. Несіна, С.М. Зінковська

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета: патогенетичне обґрунтування та оцінка терапевтичної ефективності препарату «Триметабол» у комплексному лікуванні дітей із синдромом подразненого кишечника (СПК).

Пацієнти і методи. Під спостереженням перебували 61 дитина, хвора на СПК, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні, та 25 практично здорових дітей. Для верифікації діагнозу хворим на СПК проводилось загальноприйняте лабораторно-інструментальне обстеження та визначення рівня серотоніну у сироватці крові флюорометричним методом. Діти основної групи (n=35) на фоні базисної терапії СПК отримували Триметабол. Діти другої групи (n=26) отримували загальноприйнятну базисну терапію.

Результати. На тлі застосування Триметаболу у дітей з СПК відбувалося достовірно швидше купірування больового, диспептичного та астеновегетативного синдромів, нормалізація випорожнень; встановлено позитивний вплив препарату на нейроендокринну регуляцію моторики кишечника.

Висновки. Результати дослідження довели доцільність включення препарату «Триметабол» у комплексну терапію СПК у дітей.

Ключові слова: діти, синдром подразненого кишечника, серотонін, Триметабол.

Вступ

Синдром подразненого кишечника (СПК) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної гастроентерології. Як показали світові епідеміологічні дослідження, частота СПК серед населення перевищує 20%, а у структурі гастроентерологічних пацієнтів такі хворі становлять 25–50% [1,3,4]. За даними епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, властиві СПК скарги вказують близько 14% учнів середніх шкіл та понад 50% дітей з рецидивним абдомінальним больовим синдромом [4].

Найчастіше симптоми СПК дебютують у молодшому шкільному віці і супроводжують людину протягом всього життя. Значною мірою формування та перебіг захворювань органів травлення у дітей обумовлені анатомо-фізіологічними особливостями дитячого віку: дисфункцією центральної регуляції, функціональною та структурною незрілістю органів травлення (пізній старт ферментативних систем, порушення мікробіоценозу, тендітність слизової оболонки, слабкість м'язової та еластичної тканини) [3]. Це призводить до розвитку моторних порушень травного каналу, порушень вісцеральної чутливості органів травлення. До перелічених змін приєднуються зміни секреторної функції, складу мікрофлори та формування імунної відповіді [5].

З введенням у практику Римських критеріїв III була розроблена двохетапна програма терапії захворювання, яка включала первинний курс та наступне базове лікування [2,6]. Виконання програми потребує тривалого часу: тривалість первинного курсу лікування, за даними різних авторів [5,7], становить не менше 4–8 тижнів, базової терапії — 1–3 місяці. Вибір програми залежить від провідного симптому, його тяжкості та впливу на якість життя, а також від характеру поведінки пацієнта та його психоемоційного стану [9,10]. Лікування повинно бути спрямоване на усунення болю, порушення випорожнень, психосоціальних та неврологічних розладів. Останнє є причиною численних позакишкових симптомів: швидкої втомлюваності, головних болей, зниження апетиту, порушення сну [2,8,11].

На цей час досягнуті певні успіхи в лікуванні СПК, які пов'язані, передусім, з впровадженням прокінетиків,

селективних антагоністів 5HT₃- та 5-HT₄-рецепторів, однак терапія залишається симптоматичною, у зв'язку з чим подальша розробка лікувальних програм не втрачає актуальності. Застосування існуючих схем лікування у значної кількості дітей з СПК не зупиняє подальшого розвитку патологічного процесу, трансформації функціональних розладів у хронічну органічну патологію, та не забезпечує тривалої ремісії захворювання.

Метою дослідження стало патогенетичне обґрунтування та оцінка терапевтичної ефективності триметаболу у комплексному лікуванні дітей з синдромом подразненого кишечника.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням перебувала 61 дитина, хвора на СПК, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні, та 25 практично здорових дітей. Для верифікації діагнозу хворим на СПК у гастроентерологічному відділенні ПОДКЛ проводилось лабораторно-інструментальне обстеження (загальноклінічні дослідження крові, сечі, калу, бактеріологічне дослідження калу, езофагогастроудоденоскопія, ректороманоскопія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини). Оцінка адаптаційних механізмів організму дитини до тривалого впливу психоемоційного стресу проводилась шляхом визначення рівня серотоніну у сироватці крові флюорометричним методом (С. Юдін-фред, 1965).

З метою вивчення терапевтичної ефективності препарату «Триметабол» у складі комплексної терапії хворих з СПК у дітей оцінювали симптоми захворювання в балах: 0 — відсутність ознаки, 1 — слабка виразність ознаки, 2 — помірна виразність ознаки, 3 — значна виразність ознаки. Хворі були розподілені на дві групи. Всі хворі отримували базисну терапію, яка включала дієту в межах стола №4в за Певзнером, пре- та пробіотики, ферментні препарати, психотерапевтичні засоби, спазмолітики, обволікаючі, адсорбенти, засоби, що збільшують об'єм калових мас і полегшують дефекацію. Хворі з СПК діти основної групи (n=35) на фоні базисної терапії отримували Триметабол. Препарат призначався по 5 мл 3 рази на

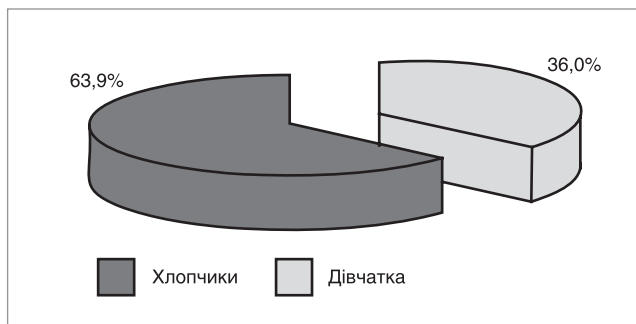


Рис.1. Розподіл дітей із СПК залежно від статі

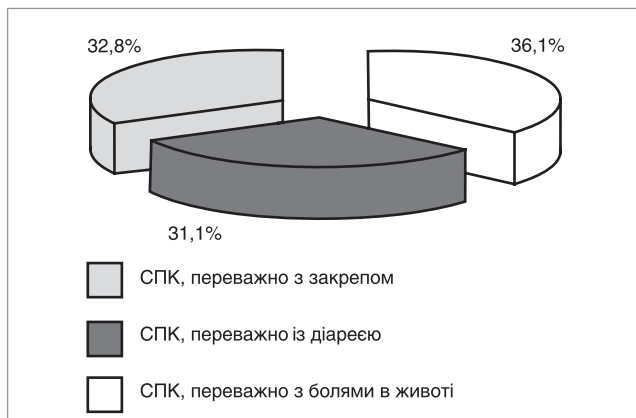


Рис.2. Розподіл дітей із СПК за формою захворювання

добу за 30 хвилин до їжі протягом місяця. Друга група (n=26) отримувала загальноприйнятну базисну терапію.

Обробка числових даних здійснювалася загальноприйнятими в медичній статистиці математичними методами. Виразували показники середніх величин (М), помилок середніх величин (m) досліджуваних показників. Статистичну вірогідність обчислювали, використовуючи критерій t Стюдента. Різницю показників вважали вірогідною при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи віковий та статевий склад дітей з СПК, можна зробити висновок, що дівчатка хворіють у 1,8 рази частіше за хлопчиків (рис. 1). Такі дані, відмічені більшістю дослідників, [11,12] гіпотетично можуть пояснювати-

ся особливостями відповіді нервової системи на психо-емоційні чинники.

Майже 50% хворих з СПК становлять діти віком від 5 до 7 років. Пік захворюваності в даний віковий період, можливо, пов'язаний з періодами інтенсивного росту та розвитку організму дитини, початком навчання у молодших класах школи, що значно підвищує стресогенний вплив оточуючого середовища на організм дитини.

Серед обстежених дітей більшість становили хворі із закрепами (36,1%) та больовою формою захворювання (32,8%) (рис. 2).

На наш погляд, такий розподіл пояснюється особливостями прояву основних симптомів захворювання у дітей, зокрема досить виразного больового абдомінального синдрому і метеоризму, що викликає більшу стурбованість батьків і бажання обстежити дитину.

Дітям з СПК був притаманний рецидивний перебіг хвороби без виразних сезонних загострень. Рецидиви захворювання, як правило, були пов'язані з різними психо-емоційними навантаженнями. Тривалість захворювання у більшості (78,7%) дітей становила від 1 до 6 років. Мало місце пізнє звернення до лікаря або симптоматичне лікування вдома, спрямоване лише на тимчасове зняття абдомінального болю (у 45,9% випадків). Велика кількість додаткових досліджень та недостатня настороженість педіатрів щодо проявів хронічних хвороб товстої кишки у дітей спонукала до більш тривалого перебігу СПК із закрепами і обстеження даних дітей у більш пізні строки.

При детальній клінічній характеристиці дітей з різними формами СПК ми виявили, що частіше всього діти страждали на больовий абдомінальний синдром. Біль частіше локалізувався навколо пупка — у 85% хворих, переважно з больовим синдромом, а також у правій чи лівій клубовій ділянці у 60% дітей тієї ж групи. Найбільш інтенсивними були болі через 1–1,5 години після прийому їжі. У 86,4% хворих дітей із закрепами відмічався зв'язок болю з дефекацією. У хворих з переважанням закрепу стілець був здебільшого твердий, «козячий» — 20 (90,9%) хворих; у 13 (59,1%) дітей дефекація вимагала додаткових зусиль і супроводжувалась відчуттям неповного випорожнення кишечника. У групі хворих з переважанням діареї випорожнення зазвичай були частими, погано сформованими у 19 хворих (100%), у 16 (84,2%) хворих відмічались виділення слизу у вигляді смужок, пльок тощо як наслідок підвищеної секреції бокаловид-

Таблиця 1

Частота клінічних симптомів СПК у обстежених дітей

Симптом	СПК переважно з больовим синдромом (n=20)	СПК переважно із закрепами (n=22)	СПК переважно з діареєю (n=19)
Біль у правій або лівій клубовій ділянці	12 (60%)	9 (40,9%)	6 (31,5%)
Біль навколо пупка	18 (85%)	12 (54,6%)	12 (63,2%)
Здуття живота та урчання кишечника	19 (95%)	11 (50%)	18 (94,7%)
Випорожнення рідше 3 разів на тиждень	6 (30%)	22 (100%)	—
Випорожнення частіше 3 разів на тиждень	14 (70%)	—	19 (100%)
Рідкі випорожнення	14 (70%)	—	19 (100%)
Тверді випорожнення	6 (30%)	20 (90,9%)	—
Слиз в калі	8 (40%)	14 (63,6%)	16 (84,2%)
Затруднення при дефекації	11 (55%)	19 (86,4%)	3 (15,8%)
Відчуття неповного випорожнення кишечника	11 (55%)	13 (59,1%)	7 (36,9%)
Нудота	6 (30%)	14 (63,6%)	8 (42,1%)
Блювота	2 (10%)	3 (13,6%)	4 (21,1%)
Печія	9 (45%)	9 (40,9%)	7 (36,9%)
Зниження апетиту	17 (85%)	11 (50%)	11 (57,9%)
Відчуття гіркоти в роті	8 (40%)	7 (31,8%)	5 (26,3%)
Синдром астеновегетативних порушень	11 (55%)	14 (63,6%)	12 (63,2%)

Таблиця 2

Частота ендоскопічних ознак СПК у дітей

Ендоскопічна ознака	Хворі з СПК (n=61)	
	Абс.	%
Слизова оболонка без змін	57	93,5
Вогнищева гіперемія	4	6,7
Посилення судинного рисунку	4	6,7
Наявність слизу	9	14,8

Таблиця 3

Вміст серотоніну у сироватці крові обстежених дітей

Група дітей	Вміст серотоніну, нмоль/л	P
Діти з СПК із закрепами (n=22)	1,76±0,01	<0,01
Діти з СПК із діареєю (n=19)	2,14±0,01	<0,01
Діти з СПК із больовим синдромом та метеоризмом (n=20)	3,30±0,01	<0,01
Здорові діти (n=25)	0,9±0,15	

Таблиця 4

Розподіл обстежених хворих залежно від форми захворювання

Клінічний варіант СПК	Основна група (n=35)	Група порівняння (n=26)
СПК переважно з больовим синдромом	12 (19,7%)	8 (13,1%)
СПК переважно з закрепами	14 (22,9%)	8 (13,1%)
СПК переважно з діареєю	9 (14,8%)	10 (16,4%)

них клітин, які регулюються блукаючим нервом. Практично у всіх дітей з СПК — 19 (95%), переважно з больовим абдомінальним синдромом, відмічався метеоризм. У 38 (76%) пацієнтів були відмічені симптоми диспептичного синдрому — зниження апетиту, нудота, відрижка, печія, гіркота в роті. Незалежно від форми СПК практично у кожного другого хворого (37 дітей, або 60%) відзначалися ознаки підвищеної втомлюваності. Також мали місце скарги на рецидивні головні болі (28%), запаморочення (18%), дратівливість (46%). Виявлені зміни є свідченням не тільки ендогенної інтоксикації, яка має місце у дітей із закрепами, але і дисфункції центральної та вегетативної нервової системи, що притаманні хворим із СПК.

При об'єктивному дослідженні хворих звертали увагу на симптоми інтоксикації (блідість шкіри, ціаноз під очима, зміни слизової оболонки та шкіри, характерні для полігіповітамінозу), які були більш виразними в групі хворих із закрепами. Відмінностей у показниках загального та біохімічного аналізу крові, сечі у обстежених хворих на СПК порівняно із такими у здорових дітей не виявлено. Виявлені нами порушення біоценозу кишечника зустрічались практично з однаковою частотою у дітей з різними формами захворювання і складали 68% хворих. Типовими проявами дисбіозу кишечника були: зменшення вмісту біфідофлори — у 67,2% хворих, кишкової палички — у 78,7% хворих, наявність золотистого стафілококу — у 11,5% хворих і умовно-патогенних бактерій (клебсієла — у 21,3% хворих, протей — у 9,8% хворих, цитробактер — 13,1%), дріжджоподібних грибів — у 29,5% хворих. Як відомо, продукти життєдіяльності мікроорганізмів підтримують подразнений стан кишечника, сприяють порушенню гідролізу жирів, білків. Нормальна кишкова мікрофлора бере участь в обміні жовчних кислот, синтезі дезоксихолової кислоти, яка є сильним стимулятором моторики товстої кишки. При лабораторному дослідженні визначались зміни в копрограмі за рахунок домішків слизу (+, ++).

При ректороманоскопії практично у всіх хворих (93,5%) відмічалась блідо-рожева слизова оболонка з видимою сіткою судин підслизового шару (табл. 2).

У частини хворих мали місце помітно збільшені вени підслизового шару, поверхнева вогнищева гіперемія, гіперсекреція прозорого слизу, що є показником секреторних розладів. Перелічені ендоскопічні ознаки у дітей з

СПК є основними діагностичними показниками (на рівні специфічності) [4].

Аналіз клінічних проявів СПК свідчить про порушення функціонального стану ряду систем, які беруть участь у формуванні адаптивних реакцій організму. Для вивчення активності стрес-лімітуючої системи було використане визначення концентрації серотоніну у сироватці крові. Проведений аналіз вмісту серотоніну у сироватці крові показав його вірогідне підвищення у дітей з СПК порівняно із контрольною групою (табл. 3). Відповідно до клінічних форм патології, найвищий вміст нейротрансмітеру визначався в групі пацієнтів із больовим синдромом та діареєю, порівняно менший — у дітей із закрепами. Серотонін продукується в основному в ентерохромафінних клітинах тонкого кишечника та в серотонінергічних нейронах мозку. Підвищена концентрація серотоніну може бути показником хронічного психоемоційного стресу. Отже, ступінь підвищення серотоніну має залежність від клінічних особливостей перебігу СПК — дія медіатора на нейрони м'язових сплетень ШКТ зі зміною продукції пепсину і муцину слизовою оболонкою обумовлюють порушення рухової та секреторної функції, що сприяє розвитку СПК.

Для вивчення клінічної ефективності Триметаболу в комплексному лікуванні дітей з СПК хворі були розподілені на дві групи. Основна група в комплексному лікуванні отримувала Триметабол, група порівняння — базисне лікування, рекомендоване протоколами лікування даної патології. Залежно від клінічних форм перебігу СПК даний розподіл представлений в таблиці 4.

Ефективність застосування препарату «Триметабол» в лікувальних комплексах оцінювали за динамікою зникнення основних клінічних симптомів захворювання в балах. Оцінювались наступні клінічні симптоми захворювання: больовий синдром, частота випорожнень, диспептичні порушення, астеноневротичний синдром (табл. 5).

У всіх хворих основної групи на тлі застосування Триметаболу позитивну динаміку клінічних симптомів спостерігали вже після перших 10 днів лікування, що проявилось у зниженні переважно больового і диспептичного синдромів. У 100% дітей основної групи до кінця лікування купірувалися нудота, блювота, печія, метеоризм. Вплив Триметаболу на регрес диспептичного синдрому

Триметабол

Гармонійний розвиток організму

Збалансований склад забезпечує трьохрівневу дію:

- ✿ Ципрогептадину ацефілінат (метопін) — стимулює апетит.
- ✿ DL-карнітин, вітаміни B1, B6, B12 поліпшують шлункову секрецію, покращують засвоєння їжі.
- ✿ L-лізин - основа біосинтезу білків, має негормональну анаболічну дію.



Терапевтичні ефекти препарату "Триметабол", а саме:

стимулювання апетиту, протиалергічна, антиастенічна, антианемічна дії, дозволяють рекомендувати включення препарату до схеми лікування та реабілітації пацієнтів зі зниженим апетитом, страждаючих алергічними захворюваннями.

В.Ф. Лапшин, Т.Р.Уманец «Клиническое исследование эффективности и безопасности препарата «Триметабол» в комплексном лечении детей с аллергическими заболеваниями»

Дозування:

Діти від: $\left\{ \begin{array}{l} 2\text{х до } 3\text{х років} — 2,5 \text{ мл } 3 \text{ рази на день} \\ 3\text{х до } 6 \text{ років} — 5 \text{ мл } 3 \text{ рази на день} \\ 6 \text{ років та дорослі} — 5-10 \text{ мл } 3 \text{ рази на день} \end{array} \right.$

Рекомендується приймати за 30-60 хвилин до основного прийому їжі

РУ No UA/3529/01/01

Триметабол

Розчин + Порошок
150 мл 3 г

Ефективна стимуляція
апетиту та росту.
Головний розчин об'єднано
з порошком, що дозволяє
легко дозувати препарат
для дітей.

Зберігати в недоступному
для дітей місці.

839787

Trimetabol

Solution and Powder

150 ml and 3 g

Ефективна стимуляція
апетиту та росту.

Grupo Uriach

Виробник: Х.Уріак і Сіа, С.А, Іспанія.

«Бі-фарма», т./ф.: (044) 501-69-79, e-mail: info@b-pharma.com.ua

Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я. Перед використанням препарату обов'язково ознайомтесь з повною інструкцією по застосуванню.

Таблиця 5

Динаміка клінічних симптомів СПК у дітей на тлі терапії

Симптоми	Основна група (n=35)		Група порівняння (n=26)	
	до лікування, %	після лікування, %	до лікування, %	після лікування, %
Біль в правій або лівій клубовій ділянці	45,7	14,3	42,3	23,1
Біль навколо пупка	71,4	20*	46,2	19,2
Здуття живота та урчання кишечника	34,3	5,7*	50	15,4*
Випорожнення рідше 3 разів на тиждень	40	11,4	30,8	19,2
Випорожнення частіше 3 разів на тиждень	25,7	8,57*	38,5	19,2
Рідкі випорожнення	25,7	8,57*	38,5	15,4
Тверді випорожнення	40	14,3	30,8	11,5
Слиз в калі	51,4	14,3	46,2	23,1
Затруднення при дефекації	74,3	17,1*	69,2	23,1
Відчуття неповного випорожнення кишечника	68,6	17,1*	61,5	23,1
Нудота	34,3*	0	46,2*	0
Блювота	22,9*	0	23,1*	0
Печія	60*	0	46,2	7,7*
Зниження апетиту	74,3	8,57*	88,5	42,3
Відчуття гіркоти в роті	34,3	14,3*	46,2	23,1
Синдром астеновегетативних порушень	74,3	8,57*	84,6	11,5*

Примітка: * — різниця достовірна між групами до та після лікування ($p < 0,05$).

пов'язаний як з безпосереднім антисеротоніновим ефектом ципрогептадину ацефіллінату, який входить до його складу, так і з позитивним синергічним впливом всіх інших компонентів даного препарату, дія яких спрямована на основні метаболічні процеси в організмі. Лише в 14,3% обстежених дітей через 4 тижні зберігався больовий синдром, а у 11,4% — констипаційний синдром. При застосуванні Триметаболу вже на 14-у добу кількість дітей зі скаргами на болі зменшилась у 3,6 разу порівняно з початком лікування. У той час як у групі порівняння у 23,1% дітей зберігалися больові відчуття, що майже вдвічі перевищує чисельність хворих з іншої групи.

Здуття кишечника зберігалось до кінця першого тижня у 13,3% та 20,0% хворих I та II груп відповідно. Після закінчення терапії з включенням Триметаболу метеоризм майже повністю нівелювався (5,7%), а у хворих другої групи зберігався в 15,4% випадків ($p < 0,05$). Відновлення пасажу кишкового вмісту відзначено у дітей основної групи до кінця 14-денного терміну спостереження, скарги на закрепи продовжували турбувати тільки 11,4% хворих. У 19,2% хворих другої групи, як на 14-у, так і на 28-у добу лікування, відзначалася схильність до закреплів ($p < 0,05$).

Вищевказані зміни можливо пояснити механізмом дії карнітину, який стимулює виділення шлункового соку та секрету підшлункової залози, чим забезпечуються оптимальні умови для засвоєння мікроелементів, вітамінів та поживних речовин, що в свою чергу запобігає розладам ШКТ.

Через тиждень покращання апетиту зафіксовано в обох групах дітей, але в першій з них відсоток хворих із зниженим апетитом зменшився в 8,7 разу порівняно з початком дослідження та в 4,9 разу порівняно з групою співставлення ($p < 0,05$). Апетит є універсальним критерієм стану здоров'я дитини. Причини, які призводять до функціональних розладів ШКТ, закономірно впливають і на зниження апетиту у дітей. Основний компонент препарату Триметабол ципрогептидину ацефіллінат є речовиною, яка стимулює апетит, впливаючи на гіпоталамус.

Астеновегетативні прояви більш динамічно зникали у дітей основної групи. Вони залишались у 8,57% випадках на 28-й день відповідно. У групі порівняння означені порушення зберігались довше у 11,5% хворих, так і наприкінці спостереження ($p < 0,05$). Вважаємо, що суттєве зменшення проявів астено-вегетативного синдрому у дітей основної групи пов'язане з нейротрофічною дією препарату внаслідок нормалізації обміну холіну та піровиноградної кислоти в організмі під дією лізину та вітамінів групи В, які входять до складу препарату. У пацієнтів даної групи нами відмічено покращання настрою, нормалізацію сну, що насамперед можливо пояснити здатністю Триметаболу нормалізувати обмін ендogenous амінів і сприяти зменшенню кортико-лімбічних дисфункцій. Загалом зміни у ферментативному статусі обстежених дітей основної групи під впливом препарату, на нашу думку, пояснюється вираженою дією його компонентів: участь лізину в процесах асиміляції, окислювальному декарбоксілюванні кетокислот, нормалізації функції нервової системи та процесів всмоктування та перетравлення їжі (вітаміни групи В).

Висновки

Терапія з використанням Триметаболу у дітей з СПК має більш сприятливий вплив на клінічні прояви захворювання порівняно з базисною терапією, що підтверджує позитивна динаміка зменшення проявів больового, абдомінального та диспептичного синдромів. Відмінності в ефективності терапії обумовлені механізмом антисеротонінергічної дії Триметаболу, яка реалізується за рахунок метопіну, що входить до складу препарату. Покращання ферментативних процесів у слизовій оболонці кишечника за допомогою даного препарату сприяє відновленню проведення нервових імпульсів та зменшенню пропульсивних скорочень кишечника. Це підтверджується роботами іноземних авторів [9,13], які вважають, що при СПК найбільш імовірно терапевтичною мішенню є кишкова нервова система, яка представлена місцевими сенсорними рецепторами, що реагують на концентрації серотоніну.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. В. Гастроэнтерология детского возраста / Ю. В. Белоусов. — Х. : Консум, 2000. — 528 с.
2. Белоусов Ю. В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей : [монография] / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова. — Х. : ИД «ИНЖЭК», 2005. — 256 с.
3. Дука К. Д. Оптимізація лікування дітей із функціональними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / К. Д. Дука, Т. В. Ярошевська // Здоровье ребенка. — № 4 (7). — 2007. — С. 25—27.
4. Шадрин О. Г. Синдром раздраженного кишечника у детей / О. Г. Шадрин // Medicus Amicus. — 2008. — № 10.
5. Ратникова М. А. Хронический гастрит, дуоденит (гастродуоденит) и язвенная болезнь у детей / М. А. Ратникова // Мед. помощь. — 2000. — № 6. — С. 17—20.
6. Фадеев Г. Д. Функціональні захворювання органів травлення. Сучасний стан проблеми / Г. Д. Фадеев // Суч. гастроентерол. — № 2. — 2001. — С. 7—10.
7. Шептулин А. А. Трудности и ошибки диагностики синдрома раздраженной кишки / А. А. Шептулин // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2001. — № 2. — С. 64—67.
8. Barberat G. O. Psychosomatic gastro-intestione disease / G. O. Barberat. // S.Afr.Med. — 1978. — Vol. 54, № 24. — P. 1015—1018.
9. Drossman D. A. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders / D. A. Drossman, F. N. Creed // Am. Intern.Med. — 1995. — Vol. 123. — P. 688—797.
10. The Functional gastrointestinal disorders / Drossman D. A., Richter E., Talley N. J. [et al.]. — Boston, 1994.
11. Er Kran Kungen // Therapie Woche. — 1976. — Vol. 26, №. 52. — P. 8826—8831.
12. Livinson P. M. Endogeneity and reactivity in depression / P. M. Livinson, A. M. Zeiss, R. Haller // J. ment hern.dis. — 1977. — Vol. 164, № 5. — P. 327—332.
13. Richter J. E. Stressenol psychologicolanol Enviromental factor in functijnal dyspepsia / J. E. Richter // L.L. Scand. J. Gastrointerology. — 1991. — Vol. 26, Supp. 182. — P. 40—46.

К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Т.О. Крючко, И.М. Несина, С.М. Зиньковская

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

Цель: патогенетическое обоснование и оценка терапевтической эффективности препарата «Триметабол» в комплексном лечении детей с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Пациенты и методы. Под наблюдением были 61 ребенок, больной СРК, находившийся на стационарном лечении, и 25 практически здоровых детей. Для верификации диагноза больным СРК проводилось общепринятое лабораторно-инструментальное обследование и определение уровня серотонина в сыворотке крови флюорометрическим методом. Дети основной группы (n=35) на фоне базисной терапии СРК получали Триметабол. Дети второй группы (n=26) получали общепринятую базисную терапию.

Результаты. На фоне применения Триметабола у детей с СРК происходило достоверно более быстрое купирование болевого, диспептического и астеновегетативного синдромов, нормализация испражнений; установлено позитивное влияние препарата на нейроэндокринную регуляцию моторики кишечника.

Выводы. Результаты исследования доказали целесообразность включения препарата «Триметабол» в комплексную терапию СРК у детей.

Ключевые слова: дети, синдром раздраженного кишечника, серотонин, Триметабол.

TO THE QUESTION OF TREATMENT OPTIMIZATION OF CHILDREN WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

T.S. Kryuchko, I.M. Nesina, S.M. Zin'kovskaya

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Purpose: pathogenetic substantiation and evaluation of therapeutic efficacy of the drug «Trimetabol» in treatment of children with irritable bowel syndrome (IBS).

Patients and methods. Under observation were 61 child with irritable bowel syndrome, who was hospitalized and 25 practically healthy children. To verify the diagnosis of irritable bowel syndrome patients conducted conventional laboratory and instrumental examination and determination of the level of serotonin in the blood serum by fluorometric method. Children of the main group (n = 35) in the setting of basic therapy of irritable bowel syndrome received Trimetabol. The children of the second group (n = 26) received conventional basic therapy.

Results. In the setting of the application of Trimetabol in children with irritable bowel syndrome is occurred significantly more rapid relief of pain, dyspeptic and asthenovegetative syndromes, normalization of bowel movements; marked positive effect of the preparation on the neuroendocrine regulation of intestinal motility.

Conclusions. Results of the examination are proved the desirability of addition of the «Trimetabol» preparation to the treatment of irritable bowel syndrome in children.

Key words: children, irritable bowel syndrome, serotonin Trimetabol.