

УДК616.34-009.11-036.12-053.2-08:615.246.4

В.В. Корнева

Дифференцированные подходы в терапии хронических запоров у детей

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

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2014.6(62):95-101

Резюме. Хронические запоры являются распространенной проблемой в педиатрии. Эти состояния характеризуются многоликостью клинических вариантов течения, поэтому целесообразно, кроме протокольных методов лечения, дифференцировано подходит к сопроводительной терапии, к которой можно отнести и препараты биоэнергетической коррекции. В этом плане эффективным является препарат «Триметабол», который показан при гипомоторном функциональном запоре, при гипермоторном функциональном запоре (спастическом варианте); при сочетании основного заболевания с железodefицитным состоянием, с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани. При трактовке хронических запоров у детей как варианта СРК, при сочетании хронических запоров с проявлениями дисбиоза, положительно зарекомендовал себя современный монопробиотический препарат «Мутафлор», который обладает также прокинетиическим и метаболическим эффектами.

Ключевые слова: хронические запоры у детей, синдром раздраженного кишечника, дисбиоз, Триметабол, Мутафлор.

Хронические запоры у детей являются распространенной и тревожной проблемой в педиатрии. Эти состояния характеризуются многоликостью клинических вариантов течения и нуждаются, кроме протокольного лечения, в дифференцированном подходе к сопроводительной терапии.

Запор — нарушение функции кишечника, проявляющееся увеличением интервалов между дефекациями (по сравнению с индивидуальной нормой) или систематическим недостаточным опорожнением кишечника [2,15].

Запор диагностируется у 10–25% детей и примерно у 70% больных гастроэнтерологического профиля. Выделяют острый запор у детей (ОЗД) и хронический запор у детей (ХЗД). Последний составляют более 98% в общей структуре этих состояний [4,7].

Основная причина ХЗД — функциональные гастроинтестинальные нарушения у детей, в частности функциональные запоры, которые, согласно Римским критериям диагностики III, входят в рубрику «Детские функциональные гастроинтестинальные нарушения: Новорожденные/Дети раннего возраста — G7 Функциональный запор (Functional Constipation); Дети/Подростки — H2b». Синдром раздраженного кишечника (Irritable Bowel Syndrome) — как один из ведущих его симптомов [15].

Диагноз хронического запора можно ставить тогда, когда его симптомы у пациента наблюдаются более трех месяцев. Хронический запор у детей не является самостоятельной нозологической формой и рассматривается как симптомокомплекс различных состояний [15].

Органические запоры обусловлены врожденными факторами (пороки развития толстой кишки — мегаколон, долихосигма, мегаректум, болезнь Гиршпрунга и др.) и приобретенными причинами (опухоль толстой кишки и брюшной полости, трещины прямой кишки, геморрой, спаечная болезнь).

Функциональные запоры связаны с нарушением механизмов регуляции моторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Они составляют подавляющее большинство (95%) всех ХЗД [2,8]. Однако разделение понятий «органический» и «функциональный» запор зачастую достаточно условно.

Причины, способствующие возникновению ХЗД, очень разнообразны:

- алиментарные запоры, как следствие ограничения в пищевом рационе продуктов растительного проис-

хождения, употребления в большом количестве высококачественных углеводов;

- запоры, как следствие голодания;
- проктогенные запоры, как следствие патологического процесса в анальной области и прямой кишке (снижение чувствительности ампулы прямой кишки, геморрой, трещина заднего прохода, парапроктит, выпадение прямой кишки и др.);
- нейрогенные запоры (дискинетические), связанные с изменением нервной регуляции кишечной моторики и нарушением висцеро-висцеральных рефлексов (при СРК, холестазае, язвенной болезни желудка, глистных инвазиях и др.);
- психогенные запоры (условно-рефлекторные), в том числе пролонгированный акт дефекации у невропатов и т.д.;
- постинфекционные запоры (дизентерия и др.), особенно как следствие не всегда рациональной антибиотикотерапии;
- запоры эндокринного генеза (чаще всего при гипотиреозе);
- запоры, как следствие перенесенной перинатальной травмы центральной нервной системы, медикаментозных влияний, метаболических факторов, в том числе дефицита карнитина [2,4].

В клинической картине запоров, кроме изменения частоты актов дефекации, отмечают также абдоминальные симптомы: чувство тяжести, «распирания», боли в животе, метеоризм, неудовлетворенность после дефекации. Присущи и системные проявления: психоэмоциональные, нейровегетативные расстройства, анемия, дерматоаллергический синдром, проявления общей каловой интоксикации, гиповитаминоза. Для детей грудного возраста типично повышенное беспокойство и плач при дефекации.

Наиболее часто в педиатрической практике встречаются гипомоторные и гипермоторные (спастические) варианты ХЗД. Клиника гипомоторной кишечной дискинезии может наблюдаться у ребенка в любом возрасте. При этом отмечается не только нарушение ритма дефекации по сравнению с возрастной нормой, но и появление калового цилиндра большого диаметра. Могут наблюдаться анорексия, изменение цвета кожных покровов, гнойничковые высыпания, вульгарные акне, обложенный язык. Вследствие копростазы возникают приступообразные боли в животе, которые усиливаются перед дефекацией, купируются после стула. При пальпации по ходу

толстой кишки возникают неприятные ощущения, определяются утолщенные, заполненные каловыми массами участки, особенно в сигмовидной кишке.

Появление абдоминального синдрома у ребенка с запорами требует дифференциального подхода. Запор, обусловленный утратой рефлекса на дефекацию (дисхезия), клинически своеобразен — интервалы между опорожнениями очень длительные (свыше 5–7 дней). Однако скопление каловых масс в дистальном отделе толстого кишечника не может вызвать позыв на дефекацию. Постепенно дистальный отдел толстого кишечника расширяется, развивается функциональный мегаколон. При пальцевом исследовании прямой кишки ее ампула переполнена каловыми массами. Развиваются осложнения в виде проктосигмоидита. Очистительная клизма облегчает состояние больного, болевые ощущения в животе купируются [2,4].

Гипермоторный функциональный (спастический) запор встречается у трети детей, страдающих этой патологией. Основными признаками спастического запора являются фрагментированный стул («овечий»), кишечные колики. Для детей с гипермоторной дискинезией толстой кишки характерен отягощенный преморбидный фон по неврологической патологии в виде последствий гипоксически-ишемического повреждения ЦНС, проявления вегето-висцеральных пароксизмов. Спастический запор чаще наблюдается у детей с нервно-артритическим типом конституции. Общее самочувствие ребенка, как правило, не нарушено, периодически беспокоят спастические боли в животе, иногда — метеоризм, неприятные ощущения (чувство давления) в области заднего прохода, распирающие внизу живота, боли, исчезающие после акта дефекации. Нарушения дефекации приводят к появлению раздражительности, бледности кожных покровов. Живот вздут за счет повышенного газообразования. Пальпируются спастически сокращенные отделы (чаще сигмовидной и нисходящей) толстой кишки. Кишечные колики носят интенсивный характер, нередко требуется консультация хирурга с целью исключения «острого живота». При пальцевом ректальном исследовании отмечается повышение тонуса сфинктера, просвет прямой кишки сужен, ампула пустая или содержит отдельные фрагменты плотного кала [4,7,12].

В старшем возрасте хронические запоры у подростков часто обусловлены СРК (в соответствии с Римскими критериями III, 2006, СРК с запорами, констипацией). В патогенезе СРК ведущую роль играют такие факторы: нарушение регулирующей роли ЦНС; развитие вегетативных дисфункций; нарушения моторики и нарушения кишечного биоценоза [15].

По мнению большинства исследователей данной проблемы, в возникновении и прогрессировании проявления СРК велика роль изменения кишечной микробиоты. Так, в Унифицированных клинических протоколах медицинской помощи детям с заболеваниями органов пищеварения, разделе «Синдром раздраженного кишечника» (2013), указано, что дисбиоз является практически постоянным спутником СРК [8,15].

В лечении функциональных запоров, согласно последним протокольным рекомендациям 2013 года, детям соответствующих возрастных групп целесообразно придерживаться режимных моментов (активный образ жизни, в том числе ЛФК); диетических подходов (стол №3, в том числе пищевые волокна, фруктовые и овощные пюре, достаточное количество жидкости), соответствующие минеральные воды (при гипермоторных функциональных запорах — слабощелочная минеральная вода — «Славянская»,

«Моршинская» в теплом виде; при гипомоторных вариантах — сильно минерализованная вода — «Ессентуки-17» в холодном виде) [2,15].

Фармакотерапия запоров достаточно сложна. В настоящее время рекомендовано начинать терапию либо с применения тримебутита (более известный в Украине как «Трибудат») или, чаще, с лактулозы. Слабительные средства — антрогликозиды, препараты лактулозы и другие — увеличивают объем и размягчают кишечное содержимое. Но длительное использование этой группы препаратов может привести к привыканию и необходимости в постоянном повышении дозы. Эффект лактулозы дозозависимый, в то же время в первые дни терапии у некоторых пациентов при полноценной дозировке возможно усиление спастического компонента, что диктует в ряде случаев применения тактики постепенного повышения дозы. При необходимости используются очистительные и лечебные клизмы. Очень важна психотерапия (в первую очередь для детей старшего возраста). Эффективно и немедикаментозное лечение (физиотерапевтическое, бальнеологическое). В среднем длительность терапии достигает от 6 до 24 месяцев жизни, в ряде случаев и более [8,15].

Если анализировать наиболее популярный за последнее десятилетие медикаментозный подход в лечении хронических запоров, то следует остановиться на лактулозе и на основных механизмах ее действия.

Механизм послабляющего эффекта лактулозы заключается в следующем: биотрансформация до короткоцепочечных жирных кислот; увеличение биомассы и объема в кишечнике; повышение осмотического давления; снижение рН кишечного содержимого. Кроме того, лактулоза способствует: активизации жизнедеятельности *Bifidobacterium*, абсорбции минералов, улучшает детоксикационную функцию печени; ингибирует образование вторичных желчных кислот, подавляет всасывание токсичных метаболитов. В то же время для увеличения биомассы сахаролитических бактерий, связанных с механизмом расщепления лактулозы, необходимо дополнительное количество витаминов группы В, особенно витамина В₁₂. Снижение рН кишечника, как один из механизмов эффективности лактулозы, потенцируется аскорбиновой кислотой. Все эти механизмы во многом связаны с эффектами пробиотиков [2,4,8].

Следует отметить, что желаемая эффективность лечения ХЗД, даже комбинированными подходами, достигается не всегда. По данным ряда исследователей, только 60% детей с запором имели успешное лечение слабительными средствами или комбинированной терапией. Значительное количество детей нуждается в долгосрочном лечении. После года лечения запор исчезал только у 53% детей, но 47% из них продолжали страдать запорами в течение пяти лет. Более того, приблизительно 30% детей после периода полового созревания продолжают бороться с симптомами запора, такими как нечастый, болезненный стул и произвольное отхождение кала.

Для более эффективного лечения таких пациентов необходимо развитие новых терапевтических методов. В связи с этим в последнее время вновь (особенно в англоязычных источниках) возрастает интерес к использованию пробиотиков при органических и функциональных желудочно-кишечных расстройствах, в том числе при ХЗД [2,7,16,17].

Хотелось бы еще раз напомнить, что пробиотики могут улучшать перистальтику кишечника; бифидобактерии и лактобактерии вырабатывают молочную кислоту и другие кислоты, тем самым снижая рН в кишечнике. Кислая кишечная среда потенцирует действие лактулозы, что является очень актуальным при ХЗД.

В последние годы в Украине все большую популярность завоевывает современный монопробиотический препарат «Мутафлор» (Ардейфарм ГмбХ/Германия), в состав которого входит *Escherichia coli* штамма Nissle 1917, выпускаемый в виде суспензии и в капсулах. Ведущие показания к назначению Мутафлора: диарея у детей разных возрастных групп; профилактика патологической колонизаций кишечника, начиная с периода новорожденности; в последнее десятилетие препарат стали активно применять при СРК, при запорах [10,13,19].

Мутафлор в капсулах содержит: *Escherichia coli* штамма Nissle 1917 – 2,5–25x10⁹ живых бактериальных клеток (КОЕ); 1 мл суспензии содержит бактериальную культуру *Escherichia coli* штамма Nissle 1917 – 10⁸ КОЕ.

Как указывалось выше, активное действующее вещество Мутафлора – штамм непатогенных бактерий, которые присутствуют в организме человека, принадлежат к виду *Escherichia coli*, в живой и способной к размножению форме (*E. coli*, штамма Nissle 1917). С помощью специальных адгезивных органелл (типа F-1A, F-1C и кудрявых фимбрий) штамм обладает способностью прикрепляться к слизистой оболочке толстой кишки и образовывать микроколонию в виде биопленки. Благодаря наличию жгутиков, бактерии мобильны, что дает им преимущество при заселении толстого кишечника.

В экспериментальных и клинических исследованиях доказано, что Мутафлор обладает антимикробными свойствами (прямой антагонизм против патогенов), стабилизирует слизистый барьер толстого кишечника. Ему присущи прокинетики и метаболические эффекты (катаболизм углеводов, сахарных спиртов, аминокислот и др. субстанций). Иммуномодулирующие способности *Escherichia coli* штамма Nissle 1917 проявляются не только на уровне неспецифической иммунной защиты (повышение цитокинетических свойств макрофагов), но и на уровне гуморального и клеточного иммунитета [10,12–14].

Особо следует остановиться на прокинетики свойствах *E. coli* штамма Nissle 1917. Доказано, что в ходе метаболизма *E. coli* штамма Nissle 1917 синтезирует короткоцепочечные жирные кислоты, которые необходимы для оптимального энергетического баланса слизистой оболочки толстой кишки. Они стимулируют моторику кишки, кровообращение в ее слизистой оболочке и усиливают всасывание ионов натрия и хлора. Стимуляция моторики, которая, вероятно, происходит под действием уксусной кислоты бактериального происхождения, играет важную роль в лечении хронических запоров. Формирование в толстых кишках относительно кислого pH, потенцирует действие лактулозы, что является крайне актуальным в терапии запоров.

Стабилизация слизистого барьера толстого кишечника также имеет принципиальное значение в терапии ХЗД. В экспериментах на клеточных культурах эпителиоцитов толстого кишечника *E. coli* штамм Nissle 1917 продемонстрировал способность стабилизировать барьерную функцию эпителия и нормализовать повышенную проницаемость слизистой оболочки кишки вообще. Такое укрепление барьерной функции является следствием стимуляции синтеза фиксирующего протеина (ZO-2) и формирования с его помощью крепких межклеточных контактов.

Поскольку активная действующая субстанция (*E. coli* штамма Nissle 1917) – комменсал, она способна заселять кишечник как физиологическая бактерия, не всасывается, не метаболизируется и выводится из кишечника вместе с калом [10,13,14,16].

Совокупность указанных свойств пробиотика Мутафлор обосновывает его эффективность в терапии ХЗД раз-

ного генеза, но в первую очередь при гипомоторном варианте течения и при предшествующей антибиотикотерапии.

Кроме использования современных пробиотиков, в терапии ХЗД целесообразно назначать препараты, которые можно отнести к группе биоэнергетических корректоров. К таким препаратам относятся Триметабол. Этот препарат показан как при гипомоторных, так и гипертормонных (спастические) вариантах ХЗД, причем как в периоде обострения, так и для противорецидивной терапии в периоде ремиссии.

Препарат «Триметабол», производства компании «Х. Уриаи и Сиа» (Испания), известен на фармацевтических рынках Западной Европы более 30 лет. Опыт его использования продемонстрировал высокую эффективность и практически полное отсутствие отрицательных фармакологических эффектов.

Триметабол – это комплексный препарат. В его состав входят: стимулятор аппетита метопин (ципрогептадин ацефиллинат); DL – карнитин хлорид, L-лизин, комплекс витаминов группы (В₁, В₆, В₁₂).

Если детальнее проанализировать составляющие Триметабола, то следует помнить, что метопин (производное антигистаминного препарата ципрагептадина) более активно, чем само производное, стимулирует аппетит. Действие метопина направлено на латеральные гипоталамические ядра, которые отвечают за контроль аппетита, при этом препарат не оказывает влияние на другие структуры ЦНС. Ципрагептадин рекомендован при потере аппетита различной причины (нейрогенная анорексия, хронические заболевания, в том числе и при каловой интоксикации).

Метопин (производное препарата Ципрагептадин) обладает свойствами антагониста серотонина. Антисеротониновый эффект объясняется блокирующим действием на кальциевые каналы. Сам же серотонин вызывает спастические мышечные сокращения, причем с доминирующей кишечной локализацией. Поэтому ципрагептадину за счет сильной антисеротониновой активности присущ антиспазмогенный эффект, вызываемый серотонином. В то же время следует учитывать, что у детей, склонных к спастическому варианту кишечной дискинезии, именно спазматические боли являются ведущими клиническими симптомами [1,6,11].

DL – карнитин хлорид – естественное вещество, обладающее анаболическим действием и улучшающее метаболические процессы в организме. Не зря это вещество называют «витамином роста».

Основные точки приложения карнитина: стимуляция аппетита; повышение содержания диастазы, липазы и трипсина в секрете поджелудочной железы. Такие свойства DL, как составляющей препарата Триметабол, весьма важны в терапевтической тактике ХЗД, которые зачастую сопровождается явлениями диспанкреатизма [5,10]. Очень важен и тот факт, что карнитин является природным антиоксидантом и тем самым позволяет уменьшить проявления кишечной интоксикации, дисбиотического синдрома [4,5].

В последние годы все большее количество исследователей считают, что одной из причин ХЗД с гипомоторным синдромом является карнитиновая недостаточность (чаще относительная) и, как проградидентное ее проявление, первичная митохондриальная патология. Это состояние в раннем возрасте можно компенсировать с помощью молочных смесей, обогащенных карнитином. В исследованиях И.Н. Захаровой (2012) и других исследователей было показано, что у 86% детей раннего возраста при функциональных нарушениях ЖКТ в виде срыгивания и запоров, выявлено снижение уровня L-карнитина сыворотки крови (около 9,9 ммоль/л). Пищеводная мано-

метрия выявила у младенцев снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера. После введения L-карнитина в рацион питания и повышения его уровня в среднем до 37,2 ммоль/л симптомы функциональных нарушений со стороны ЖКТ у детей исчезли, нормализовались показатели пищевой манометрии. Коррекция карнитиновой недостаточности с помощью молочных смесей, обогащенных L-карнитином, назначение препаратов L-карнитина могут ликвидировать его дефицит, усилить мышечный тонус и нормализовать моторную функцию кишечника. Следует помнить что L-карнитин также стимулирует мозговую деятельность, повышает иммунитет [4,5].

Следующая составляющая препарата «Триметабол» L-лизин — незаменимая аминокислота, активирующая секрецию соляной кислоты в желудке, принимающая участие в процессах ассимиляции и роста, стимулирующая митоз клеток, являющаяся основой биосинтеза белков, что является важным терапевтическим моментов в лечении ХЗД. Незаменимая аминокислота L-лизин очень важна для полноценного эритропоэза. Активность этой аминокислоты проявляется во всех возрастных группах.

Четвертым компонентом препарата «Триметабол» является комплекс водорастворимых витаминов группы В (В₁, В₆, В₁₂), выполняющих роль коферментов в метаболизме липидов, белков и углеводов на клеточном уровне [4,5].

В этом плане необходимо напомнить, что наиболее распространенной причиной запоров у детей раннего возраста являются функциональные нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой и прямой кишки, в основе которых лежит дискоординация тонических и пропульсивных мышечных сокращений стенки кишечника, одним из механизмов регуляции которых являются витамины группы В, в частности В₁, В₆, В₁₂ [2,12].

Кроме этого следует учитывать, что витамин В₁ (тиамина гидрохлорид) регулирует тканевое дыхание, обеспечивает нормальное функционирование нейронов, является необходимым компонентом для нормального протекания процессов роста и развития человека, значительно уменьшает явления интоксикации, в том числе и калового характера.

Витамин В₆ (пиридоксина гидрохлорид) является необходимым компонентом для метаболизма аминокислот, принимает участие в метаболизме углеводов и жиров. Метаболиты пиридоксина, в частности пиридоксальфосфат, являются коферментом ферментов, катализирующих декарбоксилирование и трансаминирование аминокислот. Другие составляющие продукты трансформации этого витамина в организме человека также выполняют роль коэнзимов во многих реакциях метаболизма. Особо велика роль витамина В₆ для нормального функционирования ЦНС человека.

Витамин В₁₂ (цианокобаламин) — вещество, обладающее высокой биологической активностью. Этот витамин необходим для синтеза ДНК. Цианокобаламин принимает активное участие в синтезе нуклеопротеинов, миелина, что способствует нормальному функционированию нервной системы, выполняет функции коферментов. Витамин В₁₂ важен для полноценного эритропоэза. Содержит в своей структуре кобальт и цианогруппу, образующие координационный для гемопоэза комплекс. Следует учитывать, что в организме человека витамин В₁₂ не синтезируется, его источником является кишечная микрофлора, а также продукты животного происхождения.

Как показывают многие клинические исследования, для детей, страдающих хроническими запорами, типично снижение аппетита [4,5,8,10]. В то же время для детей со сниженным аппетитом, при явлениях белково-энергетической

недостаточности, характерна мышечная гипотония, в том числе кишечных структур. Поэтому стимулирование только центра голода может вызвать несоответствие между приемом пищи и способностью организма переварить и усвоить ее. Для предупреждения этого состояния в Триметаболе содержится карнитин, стимулирующий образование и выделение секрета поджелудочной железы. DL — карнитин хлорид обеспечивает оптимальные условия для усвоения витаминов, микроэлементов и питательных веществ [3,7].

Следует помнить, что для полного усвоения пищи необходимо обеспечить оптимальную работу ферментных систем. Входящий в состав Триметабола комплекс витаминов (В₁, В₆, В₁₂) выполняет роль метаболических активаторов и способствуют усвоению белков, жиров и углеводов на клеточном уровне. L-лизин дополняет формулу препарата, является основой для биосинтеза белков, оказывает негормональное анаболическое действие, стимулирует секрецию соляной кислоты в желудке. Все это способствует увеличению массы тела, улучшению эритропоэтической функции костного мозга [1,11].

У многих пациентов, склонных к ХЗД, отмечается железодефицитное состояние и, как вершина этого айсберга, — железодефицитная анемия. Сочетание ХЗД с железодефицитными состояниями, по данным различных авторов, колеблется от 34% до 67% обследованных детей [2,4]. Следует отметить, что у детей и подростков на фоне хронических запоров, как функциональных, так и органических, железодефицитные состояния регистрируются годами, что в первую очередь связано с нарушением процессов кишечного всасывания, изменением состояния кишечной микробиоты [2,7].

Склонностью к дефициту железа, а также других микроэлементов, можно частично объяснить частую сочетаемость ХЗД с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ) [7]. Ряд исследователей отмечают важную роль в развитии запоров существования дефектов соединительнотканной сети в гладкомышечных слоях кишечника. Нарушения непрерывности данных структур приводят к снижению частоты и силы сокращений стенки кишки, способствуют развитию мегаколона при отсутствии нарушений ее вегетативной иннервации. Для полноценного синтеза соединительнотканной сети в гладкомышечных слоях необходима достаточная концентрация аскорбиновой кислоты, немаловажная роль принадлежит также витаминам группы В. Полноценный баланс указанных витаминов, особенно в толстом кишечнике, в первую очередь зависит от состава кишечной микрофлоры, степени ее возрастной физиологичности.

Следует помнить, что СНДСТ у ряда пациентов может сопровождаться неполноценностью кишечного пассажа, «провисанием» поперечноободочной кишки — синдромом Паера (Paug) [2,7].

Многие исследователи синдром Паера при ХЗД связывают с дисплазией соединительной ткани кишечных структур, приводящей к гипокинезии, растяжению кишечника на этом участке, изменению тонуса связочного аппарата. В первую очередь данное состояние сопровождается застоем газа и каловых масс. Клинически в таких случаях доминируют симптомы полноты и боли в левом верхнем квадранте живота, боли отдают в область сердца, плеча, сопровождаются сердцебиением, чувством страха. Поэтому терапевтические препараты, обладающие биоэнергетической активностью (в данном случае составляющие препарата «Триметабол» DL — карнитин хлорид и L — лизин,

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.

✓ Застосування Триметаболу у хворих з ендокринопатіями і супутним зниженням апетиту призводить до позитивної динаміки показників фізичного розвитку.

✓ Це свідчить про доцільність включення Триметаболу в комплексну терапію основного ендокринного захворювання.

О.А. Будрейко, "Зниження апетита та можливість його корекції у практиці дитячого ендокринолога", ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України", Харків

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



Grupo Uriach

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

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

Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією, проконсультуватися з лікарем.(15.11.13)

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

а также комплекс витаминов группы В), являются обоснованными в терапии ХЗД, протекающей при сочетании с СНДСТ и/или с железодефицитными состояниями [4–6].

При дифференцированном подходе к терапии ХЗД следует учитывать, что явления каловой интоксикации, особенно если ХЗД сочетаются с железодефицитной анемией, тканевой гипоксией, приводят к выбросу биологически активных веществ — гистамина, серотонина, гепарина, пептидных гормонов. Клинически это проявляется аллергическими признаками, астеновегетативным синдромом. В таких ситуациях применение Триметабола весьма актуально не только в качестве комплексной биоэнергетической коррекции, но и как антиаллергического препарата. Входящий в состав препарата метопин — производное антигистаминного препарата ципрагептадин (перитол), позволит уменьшить или снять риск аллергических реакций [9].

Из приведенных в обзоре данных об особенностях дифференцированной терапии при ХЗД можно сделать ряд выводов. Хронические запоры у детей являются распространенной проблемой в педиатрии. Эти состояния характеризуются несколькими клиническими видами течения: наиболее часто встречаются гипомоторный и гипермоторный (спастический) варианты; в подростковом возрасте ХЗД может быть вариантом СРК; особая форма ХЗД — сочетание этой патологии с СНДСТ и/или с железодефицитным состоянием; отмечена тенденция роста ХЗД с изменением кишечной микробиоты.

В тактике терапии хронических запоров, кроме протокольных рекомендаций, зачастую необходимо проводить биоэнергетическую коррекцию. В этом плане незаменимым является многовекторный препарат «Триметабол», который показан при гипомоторном варианте функционального запора, в первую очередь благодаря таким своим компонентам, как DL — карнитин хлорид и витамины группы В. При гипермоторных запорах (спастическом характере течения) эффективность Триметабола потенцируется антисеротониновым эффектом его компонента — препарата метопин (производное препарата ципрагептадин). Триметабол можно рекомендовать как в периоде обострения ХЗД, так и для противорецидивной терапии.

Препарат «Триметабол» должен широко использоваться при сочетании ХЗД с СНДСТ, при сочетании основного заболевания с железодефицитным состоянием.

При протекании ХЗД на фоне изменений состава кишечной микробиоты весьма положительно зарекомендовал себя современный монопробиотический препарат «Мутафлор», в состав которого входит *Escherichia coli* штамма *Nissle 1917*. Данный пробиотик показан как при СРК, который сопровождается запорами, так и при других вариантах ХЗД, как препарат, обладающий также прокинетическим и метаболическим эффектами.

Такие подходы в дифференцированной терапии хронических запоров у детей разных возрастных групп позволят добиться стойкой клинической ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипкин Ю. Г. Применение Триметабола в педиатрической практике / Ю. Г. Антипкин, Л. И. Омельченко, Л. В. Квашнина // Ліки України. — 2008. — № 1. — С. 53—56.
2. Белоусов Ю. В. Гастроэнтерология дитячого віку : підр. / Ю. В. Белоусов. — К. : СПД Коляда О.П., 2007. — 440 с.
3. Використання препарату триметабол з метою корекції метаболічних порушень у дітей з вродженою та набутою патологією сполучної тканини / Л. І. Омельченко, В. Б. Ніколаєнко, О. А. Ошлянська [та ін.] // 36. наук. пр. співроб. НМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 2007. — С. 460—465.
4. Захарова И. Н. Запоры у детей [Электронный ресурс] / И. Н. Захарова, Е. Н. Малова. — Режим доступа : <http://www.lvrach.ru/2004/01/4530906/>. — Название с экрана.
5. Карнитин [Электронный ресурс]. — Режим доступа : http://www.carnitine.ru/about/about_01_1-c.html. — Название с экрана.
6. Корнева В. В. Оптимальная врачебная тактика в межприступном периоде у детей с ацетонемическим синдромом / В. В. Корнева, Е. А. Боярская, М. А. Капичина // Дитячий лікар. — 2013. — № 4. — С. 56—61.
7. Коровина Н. А. Запоры у детей раннего возраста / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Н. Е. Малова // Педиатрия. — 2003. — № 9. — С. 1—13.
8. Крючко Т. О. До питання оптимізації лікування дітей з синдромом подразненого кишечника / Т. О. Крючко, І. М. Несіна, С. М. Зінковська // ПАГ. — 2009. — № 2. — С. 45—49.
9. Лапшин В. Ф. Клинические исследования эффективности и безопасности препарата «Триметабол» в комплексном лечении детей с аллергическими заболеваниями / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Здоровье Украины. — 2009. — № 12. — С. 23—25.
10. Лодинова-Задникова Р. Местная и сывороточная реакция антител у доношенных и недоношенных младенцев после искусственной колонизации кишечника штаммом *E.coli* Nissle 1917 (Mutaflor®) / Р. Лодинова—Задникова, Х. Тласкалова—Хогенова, У. Сонненборн // Педиатрич. алергич. иммунол. — 1992. — № 3. — С. 43—48.
11. Лукьянова Е. М. Клиническое исследование эффективности и переносимости препарата триметабол у детей младшего школьного возраста в период адаптации к систематическому обучению / Е. М. Лукьянова, Л. В. Квашнина, В. П. Родионов // 36. наук. пр. співроб. НМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 2008. — С. 124—130.
12. Няньковский С. Л. Препіотики і пробіотики — можливості профілактичного лікувального використання у дітей / С. Л. Няньковский // Дитячий лікар. — 2010. — № 4 (6). — С. 5—9.
13. Опыт использования Мутафлора для повышения иммунитета у недоношенных новорожденных / Н. Л. Аряев, Н. К. Бределева, Л. В. Васильченко [и др.] // Совр. педиатрия. — 2012. — № 3. — С. 91—93.
14. Педіатрія : нац. підр. : у 2 т. / за ред. проф. В. В. Бережного. — К., 2013. — Т. 1. — С. 828—856.
15. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення : наказ МОЗ України від 29.01.2013 № 59 [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
16. Cario E. Commensal-associated molecular patterns induce selective toll-like receptor-traffic from apical membrane to cytoplasmic compartments in polarized intestinal epithelium / E. Cario, D. Brown, M. Mckee // Am. J. Pathol. — 2002. — Vol. 160. — P. 165—173.
17. Eckburg B. Diversity of the human intestinal microbial flora / B. Eckburg, E. M. Bik // Science. — 2005. — Vol. 308. — P. 1635—1638.
18. FAO/WHO (Food and Agriculture Organization/World Health Organization) / Joint FAO / WHO Working Group Guidelines for the Evaluation of Probiotics in Food. — London, Ontario, Canada, 2002.
19. Ismail A. S. Epithelial cells and their neighbors. IV. Bacterial contributions to intestinal epithelial barrier integrity / A. S. Ismail, L. V. Hooper // Am. J. Physiol Gastrointest Liver Physiol. — 2005. — Vol. 289. — P. 779—784.

Дифференційовані підходи у терапії хронічних закрепів у дітей

В.В. Корнєва

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

Резюме. Хронічні закрепи є поширеною проблемою у педіатрії. Цьому захворюванню притаманна багатогранність клінічних варіантів перебігу, тому доцільно, крім протокольних методів лікування, диференційовано підходити до терапії супроводу, до якої можна віднести і препарати біоенергетичної корекції. У цьому плані ефективним є препарат «Тріметабол», який показаний при гіпомоторному функціональному закріпі, при гіпермоторному функціональному закріпі (спастичному варіанті); при поєднанні основного захворювання із залізодефіцитним станом, із синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Якщо хронічні закрепи трактуються у дітей як варіант СПК, при поєднанні хронічного закрепку з проявами дизбіозу, позитивно зарекомендував себе сучасний пробіотичний препарат Мутафлор, що має також прокінетичний та метаболічний ефекти.

Ключові слова: хронічні закрепи у дітей, синдром подразненого кишечника, дисбіоз, Тріметабол, Мутафлор.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2014.6(62):95-101

Differential approaches in chronic constipation treatment among children

V.V. Korneva

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Abstract: chronic constipations are common problem in pediatrics. These states are characterized by many clinical variants of disease progression, so it is advisable, in addition to protocol treatments, to differentially lead a supportive care, to which bioenergetic correction drugs we can be referred. In this regard, «Trimetabol» is effective, which is recommended at hypokinetic constipation, hypokinetic constipation in its spastic form, when the main disease is combined with iron deficiency condition, with syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia. When chronic constipation among children is considered as a variant of IBS, chronic constipation combined with dysbiosis manifestations, «Mutaflor» is approved to be a modern monoprobiotic drug, which also has prokinetic and metabolic effects.

Key words: chronic constipation in children, irritable bowel syndrome, dysbiosis, Trimetabol, Mutaflor.

Сведения об авторах:

Корнєва Валентина Владимировна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии №2 НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 32, тел. (044) 412-40-58

Статья поступила в редакцию 05.05.2014 г.

НОВОСТИ

Пневмония является одной из главных причин детской смертности в Украине — Минздрав

Пневмония является главной причиной детской смертности во всем мире: ежегодно болезнь уносит жизни около 1,4 млн детей в возрасте до 5 лет.

«Это больше чем СПИД, малярия и корь вместе взятые. По данным отчета ВОЗ в 2010 году среди причин смертности детей до 5 лет на мировом уровне пневмония

занимает 1 место (18%), в Украине 3 место (12%) после врожденных аномалий и недоношенности», — сказала Л.Чернышева.

Ежегодно в Украине регистрируют около 90 тыс. случаев пневмонии у детей до 17 лет, а каждые 3 дня от пневмонии умирает 1 ребенок до 4 лет.

Источник: med-expert.com.ua