

ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОНІРИНГОВОГО ПРЕПАРАТУ «ІБЕРОГАСТ» У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ДІТЕЙ В СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ

В.М. Дудник

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Мета: дослідження ефективності фітопрепарату «Іберогаст» у комплексній терапії хронічного гастродуоденіту (ХГД) в стадії загострення у дітей.

Пацієнти і методи. У дослідження було включено 58 дітей віком від 8 до 18 років з встановленим клінічним діагнозом ХГД. Усі діти пройшли клініко-лабораторне обстеження, у тому числі швидкий уреазний тест на *H. pylori* та УЗД органів травного тракту. Спостереження проводилося у динаміці на 7 і 14 добу лікування, а також через 1 і 6 місяців від початку терапії, дані заносились у спеціальну анкету. 30 дітей основної групи у складі комплексної терапії отримували препарат «Іберогаст», 28 дітей групи порівняння — лише стандартну терапію.

Результати. Терапія з включенням препарату «Іберогаст» була ефективною у 86,6% дітей. У дітей основної групи спостерігалось швидше купірування диспептичного та астено-вегетативного синдромів (на 11,7% та 14,8% відповідно), моторних порушень (96,7%), нормалізація показників запальної відповіді (63,3%), ніж у хворих, які отримували лише загальноприйнятну терапію. Динамічне спостереження через місяць після початку терапії показало відсутність скарг щодо больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів у дітей основної групи. Переносимість препарату «Іберогаст» була задовільною, відмов від прийому та алергічних реакцій не спостерігалось.

Висновки. Результати дослідження дозволяють рекомендувати застосування фітопрепарату «Іберогаст» у дітей з метою підвищення ефективності комплексної терапії ХГД у стадії загострення.

Ключові слова: хронічний гастродуоденіт, загострення, фітопрепарат, Іберогаст.

Вступ

Пошук нових підходів до лікування та профілактики захворювань органів травлення у дітей зберігає свою актуальність, оскільки поширеність патології невинно зростає, перевищуючи показник 100 випадків на 1000 дитячого населення. Найбільш поширеною патологією у структурі гастроентерологічних захворювань у дітей є хронічний гастродуоденіт (ХГД), що виявляється у 2/3 хворих [1,2]. На сучасному етапі слід відзначити цілий ряд особливостей перебігу ХГД у дітей, до яких належить поєднане втягнення у патологічний процес шлунка, 12-палої кишки, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, тобто фактично усього травного тракту. Також слід враховувати анатомо-фізіологічні особливості травного тракту у дитячому віці, а саме ті, що роблять його органом-мішенню та призводять до частих рецидивів запального процесу [2]. Серед них слід виділити незрілість ферментативно-транспортних систем, що призводить до комбінованого ураження органів травлення, підвищену проникність слизової оболонки, що створює передумови для розвитку харчової алергії і, нарешті, незрілість вегетативної регуляції, що лежить в основі моторних, функціональних порушень травного тракту та супроводжує усю гастроентерологічну патологію дитячого віку [3,4]. Беручи до уваги усі особливості розвитку патології, необхідний пошук нових підходів до лікування ХГД у період загострення, а також сприяння збільшенню проміжку часу між загостреннями процесу.

Лікування загострень ХГД, особливо асоційованого з гелікобактерною інфекцією, на сьогодні представлене у вигляді добре відомих протоколів, що поєднують декілька груп препаратів. Загострення ХГД, що перебігає з яскравими проявами синдрому шлункової диспепсії (а це 86% всіх випадків) повинні лікуватися з урахуванням результатів морфологічного дослідження слизової оболонки [2].

Основні його напрямки — пригнічення агресії шлункового вмісту шляхом використання антисекреторних засобів та ерадикація *Helicobacter pylori* за його виявлення. Разом з тим перераховані особливості перебігу патологічного процесу при ХГД пояснюють недостатність призначення традиційних схем лікування. Подібна терапія не враховує весь спектр патологічних змін та не може забезпечити повний обсяг умов для нормального перебігу пластичних процесів шлункового тракту, повної ліквідації клінічної симптоматики загострення ХГД [5,6]. Не завжди призначена схема терапії загострення ХГД враховує в повній мірі скарги, що відображають і функціональний компонент, а саме синдром шлункової диспепсії, астено-вегетативні прояви. Адже добре відомо, що після купірування загострення ХГД, клінічна симптоматика, що найчастіше і відображає прояви синдрому шлункової диспепсії, стає менш виразною, але повністю зникає вкрай рідко [6,8]. Впродовж тривалого часу у дітей з ХГД зберігаються скарги, що відображають ті чи інші функціональні порушення процесів травлення, особливо в перший рік після загострення, що трактується клініцистами як неповна (до 6 міс. після загострення) чи нестійка ремісія. Саме в таких випадках застосування антисекреторної та антацидної терапії — традиційне, однак неповне, оскільки, діючи на патологічно змінену секреторну та морфологічну активність травного тракту, залишає без впливу основні прояви функціональних порушень, що і визначають у великій мірі загальний стан та самопочуття хворого [2,7].

З метою комплексного впливу на розлади функціонального характеру, що неодмінно супроводжують патологічний процес, більш фізіологічним та менш агресивним є застосування фітотерапевтичних препаратів. При патологіях травного тракту показане, зокрема, застосування комплексного препарату рослинного походження «Іберогаст» («Біонорика») [4,7]. Слід зазначити, що рослинне походження препарату не завжди вказує на його повну без-

печність, оскільки часто може слугувати джерелом сенсibiliзації, що для дітей із захворюваннями травного тракту особливо небезпечно, оскільки може приєднати до важких проявів захворювання алергічну симптоматику, atopічний дерматит тощо. Подібні недоліки відсутні у екстрактів, розроблених за концепцією фітонірингу. За своїми клінічними ефектами вони не поступаються синтетичним засобам, досить часто володіючи більш широким спектром активності. Фітоніринг (phyto — рослина, engineering — розробка, технологія) — новий напрямок фітотерапії, що використовує сучасні методи отримання стандартизованих екстрактів рослин, на основі яких за допомогою інноваційних технологій розробляють та створюють безпечні лікарські засоби. Концепція фітонірингу включає в себе ряд принципів: висока якість сировини, що вирощується на плантаціях при суворому дотриманні принципів селекції та ретельного відбору насіннєвого матеріалу; стандартизований процес та сертифіковані технології фармацевтичного виробництва — від сировини до готової лікарської форми; щадний процес отримання готового препарату без «температурного стресу» — низькотемпературна вакуумна екстракція в закритому циклі, що дозволяє уникнути окислення та попередити якісні та кількісні зміни діючих речовин; дотримання принципів наукового обґрунтування щодо ефективності та безпечності лікарських засобів, проведення клінічних випробувань з належною кількістю пацієнтів, що дозволяє отримати статистично достовірні порівняльні дані про фармакологічну цінність препаратів. Завдяки фітонірингу — інноваційній розробці у фітофармакології — в наш час відомі фітопрепарати з доведеною клінічною ефективністю, що не тільки не поступаються синтетичним препаратам, але й часто мають виразні переваги [7,8].

Фітопрепарат «Іберогаст» містить у собі витяжку рослин іберійки гіркої, кореня дудника, плодів чортополоху та тмину, трави чистотілу, кореня солодки, квітів ромашки, листя м'яти та меліси. Співвідношення кожного компонента препарату чітко виважене та має під собою патофізіологічне підґрунтя. Так, іберійка гірка забезпечує вплив на тонус травного тракту, корінь дудника має спазмолітичну дію, регулює секрецію шлункового соку; плоди чортополоху мають цитопротекторну дію на шлунок та печінку, а також антидиспептичний та жовчогінний ефекти; тмин, чистотіл та корінь солодки забезпечують спазмолітичну та антимікробну активність, значний протизапальний ефект, а ромашка, меліса та м'ята, окрім спазмолітичного ефекту, діють як заспокійливі компоненти. Загалом препарат «Іберогаст» має виразну протизапальну дію, нормалізує тонус гладенької мускулатури травного тракту: сприяє усуненню спазмів без впливу на нормальну моторику, а при зниженому тонусі та моториці виявляє тонізуючу, прокінетичну активність. В експериментах *in vitro* доведена здатність препарату зменшувати інтенсивність ерозивних дефектів слизової оболонки шлунка, 12-палої кишки, секрецію соляної кислоти, концентрацію лейкотриєнів. Метааналізи закордонних досліджень, проведені для оцінки ефективності препарату «Іберогаст» при корекції різних функціональних розладів травного тракту, дозволили дійти висновку про його високий терапевтичний ефект щодо вищенаведених станів. Натомість фактично відсутні дослідження впливу препарату на стани, які супроводжуються більш глибокими органічними змінами, однак в своїй клінічній маніфестації мають значний відсоток функціональних проявів [6,8,9].

Метою дослідження було оцінити ефективність препарату «Іберогаст» у комплексній терапії ХГД в стадії загострення у дітей.

Матеріал і методи дослідження

У процесі дослідження було комплексно обстежено 58 дітей — 32 (57,2%) дівчинки та 26 (42,8%) хлопчиків — віком від 8 до 18 років з встановленим клінічним діагнозом хронічного гастродуоденіту у стадії загострення. Середній вік пацієнтів становив $13,2 \pm 1,8$ року. У всіх дітей загострення ХГД розвивалось на фоні перенесених респіраторних інфекцій, порушень дієти та значних психо-емоційних перевантажень. Діти госпіталізувались у ранні терміни від початку загострення — на 1–3 добу появи клінічної симптоматики. Супутня патологія у вигляді хронічного тонзиліту та хронічного риніту була виявлена у 22 (37,9%) дітей, однак на момент госпіталізації ознаки її загострення були відсутні.

Критерії включення. Пацієнт включався у дослідження за наявності клінічної симптоматики загострення ХГД, з наступним морфологічним підтвердженням органічного генезу процесу. Діагноз ґрунтувався на анамнестичних даних, клінічній картині захворювання, лабораторних та інструментальних дослідженнях. Верифікація ендоскопічного варіанту ХГД ґрунтувалася на результатах фіброгастродуоденоскопії (ФГДС), наявності чи відсутності *H. pylori* встановлювали за допомогою швидкого уреазного тесту. Батьки усіх пацієнтів дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Критерії виключення. Відсутність контамінації *H. pylori*, клінічно значущі вроджені вади розвитку внутрішніх органів, важка супутня патологія, що вимагає системного прийому глюкокортикоїдів та цитостатиків, значна алергологічна сенсibiliзація в анамнезі, індивідуальна непереносимість окремих компонентів препарату, відмова батьків від участі у програмі.

Усі діти, включені у дослідження, підлягали ретельному клініко-лабораторному обстеженню, з деталізацією провідних синдромів, вивченням загальноклінічних лабораторних показників. На початку обстеження лікарями заповнювались анкети, що відображали характеристику больового, диспептичного, астено-вегетативного синдромів. Анкети розраховувались на динамічне спостереження за станом скарг на 7-му та 14-ту добу лікування, а також через 1 та 6 місяців після початку терапії. Інструментальні дослідження, що виконувались пацієнтам у процесі спостереження, включали проведення: швидкого уреазного тесту на виявлення *H. pylori*, ультразвукового сканування органів травного тракту на апараті «Toshiba SSA-220A» конвексним датчиком 2–5 МГц та ФГДС за допомогою відеосистеми VIDEO SYSTEM OTV-SC, OLIMPUS GIF-XPE.

Комплексна терапія проводилась згідно з наказом МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. та включала призначення дітям до 12 років: колоїдного субцитрату вісмуту (4–8 мг/кг/день), амоксициліну (25 мг/кг/день) та ніфурателу (15 мг/кг/день), а дітям старше 12 років — також і омепразолу (0,5–0,8 мг/кг/день) впродовж 7 діб. Усі діти були розподілені на дві групи: основна група — 30 дітей, що в складі комплексної терапії отримували препарат «Іберогаст», та група порівняння — 28 дітей, що отримували лише стандартну терапію. Фітопрепарат «Іберогаст» в основній групі дітей призначався у вікових дозах — 10–15 крапель/добу — тричі на день. Тривалість лікування препаратом «Іберогаст» визначалась за динамікою клінічних та параклінічних показників і становила 10–14 днів.

Для оцінки ефективності лікування в групах у якості клінічних критеріїв визначали динаміку провідних синдромів — больового, диспептичного та астено-вегетативного, попередньо деталізованих в анкетах, а також лабораторних показників — швидкості осідання еритроцитів

(ШОЕ) та вмісту С-реактивного протеїну. Безпечність та переносимість препарату оцінювали за наявністю/відсутністю побічних ефектів. Спостереження за пацієнтами проводили протягом 10–14 днів перебування на стаціонарному лікуванні та через 1 і 6 місяців після початку терапії. На 5-й та 10-й день перебування у стаціонарі виконували контроль лабораторних показників.

Дані досліджень проаналізовано згідно з рекомендаціями щодо статистичної обробки результатів медико-біологічних досліджень та з використанням комп'ютерної програми Statistica 6.0. Для кожної групи показників визначали середнє арифметичне (М), середнє квадратичне відхилення (σ), середню помилку (m). Достовірність різниці між середніми значеннями оцінювали за таблицею критеріїв Стюдента для непараметричних показників. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

У перші дві доби після початку загострення ХГД відповідно скаргою у 56 (96,5%) обстежених дітей був постійний біль у животі. Біль мав переважно ниючий характер у 36 (62%) дітей, однак у 18 (31%) пацієнтів відмічався переймоподібний характер, що є нетиповим для загострення ХГД. Лише 16 (27,5%) дітей вказали на типовий для гастроудоденальної патології час початку больових відчуттів – зранку та впродовж дня, до чи за 30 хвилин після їжі. У 32 (55,2%) випадків біль виникав у різний час доби, а в 4 (6,8%) дітей був відсутній зв'язок з періодами прийому їжі. 22 (38%) дитини не могли встановити зв'язок з характером їжі. Зв'язок болю з актом дефекації не характерний для даної групи дітей, однак відзначався у 2 (3,5%) пацієнтів. Ми відзначили високу частоту диспептичного синдрому у обстежених дітей – 53 (91,4%) випадки. Так, найчастіше діти скаржилися на відчуття важкості у животі – 42 (72,4%) випадки, причому в 35 (60,3%) дітей це відбувалось щоденно; відрижку – 29 (50%) та здуття живота – 23 (39,6%) пацієнтів. Нудота, печія та зміни апетиту спостерігались у 17 (29,3%) дітей. Окрім скарг стосовно травного тракту, діти з ХГД відзначали також і симптоми астеновегетативного характеру (70,6%), а саме: 14 (24,1%) дітей вказали на наявність епізодичного головного болю, 19 (32,7%) – емоційну лабільність,

швидку зміну настрою, а у 8 (13,8%) пацієнтів були виявлені порушення сну. Детальний аналіз скарг пацієнтів свідчить, що в період загострення ХГД, окрім симптомів, що підтверджують кислотну агресію, провідну клінічну роль відіграють і моторні порушення шлунка, дванадцятипалої кишки, що, відповідно, вимагають корекції. Аналіз лабораторно-інструментальних досліджень виявив, що у 27 (46,5%) дітей з ХГД в період загострення показник ШОЕ перевищував нормальні значення здорових дітей та варіював у межах від 15 до 28 мм/год. Також у 37 (63,8%) дітей було встановлено підвищення вмісту С-реактивного протеїну у сироватці крові. За результатами швидкого уреазного тесту на виявлення *H. pylori* його носійство було встановлено у всіх пацієнтів основної групи – як того вимагали умови дослідження. Виявлені при ФГДС зміни у переважній більшості пацієнтів – 56 (96,5%) – мали еритематозний характер, у 2 (3,5%) хворих виявлені ерозивні зміни.

Враховуючи ефективність комплексної терапії ХГД у стадії загострення у дітей, динаміка клінічної симптоматики аналізувалась на 3-й та 7-й день лікування, а також у день виписки – на 10–14 добу. У 18 (60%) дітей основної групи, що в складі комплексної терапії отримували фітопрепарат «Іберогаст», на 3-й день лікування вдалось купірувати основні прояви диспептичного та астено-вегетативного синдромів, що проявлялось зменшенням кількості скарг на нудоту, печію, відчуття важкості та головний біль, емоційну лабільність. На 7-му добу комплексної терапії 23 (76,7%) дитини основної групи відмічали відсутність попереднього больового синдрому, а 26 (86,7%) пацієнтів не мали скарг диспептичного та астено-вегетативного характеру.

На момент виписки 28 (93,3%) дітей основної групи оцінювали свій стан як задовільний та не пред'являли жодних скарг. У дітей групи порівняння, які в комплексній терапії ХГД не отримували препарат «Іберогаст», на 3-й день лікування основні прояви астено-вегетативного та диспептичного синдромів вдалось знизити у 7 (25%) дітей. На 7-му добу лікування 20 (71,4%) дітей відмічали значне послаблення больового синдрому, аж до повного його зникнення, а 21 (75%) пацієнт не висловлював скарг, які б стосувалися диспепсії та астено-вегетативного син-

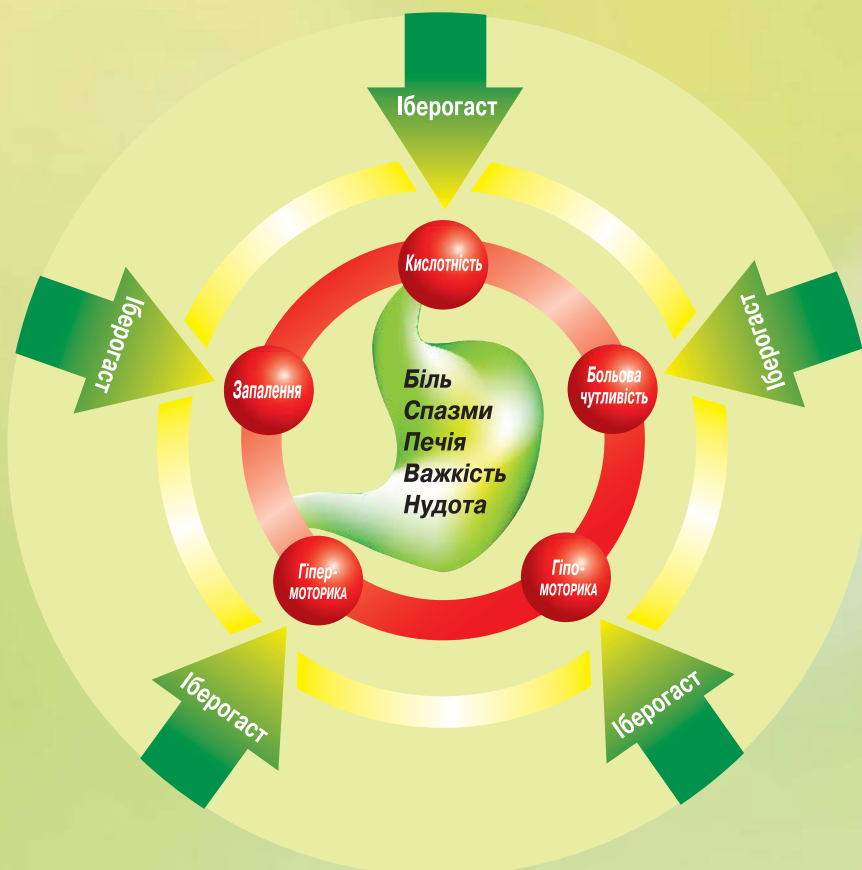
Таблиця 1

Динаміка клінічних показників у дітей на фоні комплексної терапії ХГД у стадії загострення

Клінічний показник	Основна група (n=30)			Група порівняння (n=28)		
	до лікування, (%)	3-доба, (%)	7-доба, (%)	до лікування, (%)	3-доба, (%)	7-доба, (%)
Больовий синдром	100	46,7	23,3	92,8	57,1	28,6
Інтенсивність болю:						
- висока	40	10	-	28,6	7,1	-
- середня	53,3	30	20	53,5	42,9	25
- слабка	6,7	6,7	3,3	10,7	7,1	3,6
Характеристика болю:						
- ниючий	53,3	40	20	60,7	35,7	14,3
- переймоподібний	33,4	6,7	3,3	25	21,4	14,3
- гострий	13,3	-	-	7,1	-	-
Диспептичний синдром:	86,7	40	13,3	96,4	75	25
- зниження апетиту	10	6,7	-	14,3	7,1	3,6
- нудота	40	20	3,3	35,7	28,6	7,1
- відчуття важкості	33,3	10	6,7	39,3	32,1	10,7
- метеоризм	3,3	3,3	3,3	7,1	7,1	3,6
Астено-вегетативний синдром:	73,3	43,4	6,6	67,8	53,6	21,4
- головний біль	23,3	10	-	17,8	10,7	3,6
- емоційна лабільність	30	16,7	3,3	35,8	32,2	14,2
- погіршення сну	20	16,7	3,3	14,2	10,7	3,6

ІБЕРОГАСТ®

Багатоцільова терапія при лікуванні шлунково-кишкового тракту¹



Рослинний препарат з Німеччини



Виробник: Штайгервальд Арцнаймittlewerk GmbH (Німеччина)

- 🌿 поліпшує моторику та звільняє від спазмів²
- 🌿 усуває біль в шлунку та метеоризм³
- 🌿 знімає запалення та захищає слизову оболонку шлунка⁴

Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до діючих компонентів препарату

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

References:

1. Інструкція для медичного застосування препарату IBEROGAST® краплі оральні р.п. МОЗ України № UA/6302/01/01 від 09.07.12 №_503
2. Hohenester et al. Neurogastroenterol. 2003; 15(5):578, Hohenester et al. Neurogastroenterol Motil 2004, 16, 765-773
3. v. Arnim et al., Am J. of Gastroenterol, 2007; 102: 1268-1275
4. Khayyal et al. Arzneimittel.-Forsch./Drug Res. 2001; 51:545-553, Schempp et al. Z. Gastroenterol. 2004; 42:815, Germann et al. 13. Kongress der MGG, Suhl, 06.-08. Mai 2004



Bionorica®

ТОВ "Біонорика", Україна, ул. Княжий Затон, 9, оф. 392, Київ, 02095
тел.: (044) 521-86-00, факс (044) 521-86-01, e-mail: office@bionorica.com.ua

Таблиця 2

Порівняння ефективності комплексної терапії у дітей з ХГД

Оцінюваний синдром (% з покращенням)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=28)
Больовий	76,7	71,4
Диспепсії	86,7	75
Астено-вегетативний	93,4	78,6

Таблиця 3

Динаміка показників ШОЕ та С-реактивного протеїну у дітей на фоні комплексної терапії ХГД

Лабораторний показник	Основна група (n=30)		Група порівняння, (n=28)	
	до лікування	7-й день лікування	до лікування	7-й день лікування
ШОЕ, мм/год	22±1,2	6±0,4*	20±0,8	7±0,5*
СРП, мг/л	6,38±0,8	2,1±0,4*	6,7±0,9	3,4±0,5*

Примітка: *різниця достовірна відносно показників до початку лікування (p<0,05)

дрому. Серед пацієнтів групи порівняння на момент виписки свій стан як задовільний оцінювали 24 (85,7%) дитини. Динаміка клінічних показників обстежених дітей на фоні комплексної терапії ХГД наведена у таблиці 1.

Динаміка параклінічних показників на 5-ту добу терапії засвідчила нормалізацію ШОЕ у 16 (53,3%) дітей основної групи та у 11 (39,2%) дітей групи порівняння; вміст С-реактивного протеїну у 19 (63,3%) дітей основної групи не перевищував референтні значення практично здорових дітей, тоді як у групі порівняння такий результат був досягнутий у 13 (46,4%) пацієнтів (табл. 3).

Слід зазначити, що у дітей основної групи на тлі комплексної терапії ХГД вдалось досягти достовірно нижчих показників вмісту С-реактивного протеїну, що можна пояснити сумарною протизапальною дією базового лікування та препаратом «Іберогаст».

Динамічне спостереження за дітьми через місяць після початку терапії показало відсутність скарг щодо больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів дітей основної групи. Натомість скарги на важкість у шлунку та метеоризм вже за місяць лікування були відмічені 2 (7,1%) дітьми групи порівняння. Через 6 місяців після загострення у 1 (3,3%) дитини основної групи відмічалось зниження апетиту та періодична нудота, в той час як у 5 (17,9%) дітей групи порівняння спостерігались скарги, що вказували на наявність диспептичного та астено-вегетативного синдромів помірної інтенсивності.

Слід зауважити, що переносимість препарату «Іберогаст» була задовільною, відмов від прийому препарату не спостерігалось, так само як і небажаних ефектів у вигляді алергічних реакцій чи розладів травного тракту.

Висновки

1. Комплексна фармакотерапія ХГД в стадії загострення з включенням препарату «Іберогаст» була ефективною у 86,6% дітей, у всіх пацієнтів основної групи досягнутий задовільний результат лікування.

2. Застосування препарату «Іберогаст» у комплексній терапії загострення ХГД у дітей дозволяє швидше та надійніше знизити клінічну симптоматику, пов'язану з агресією шлункового вмісту (94,3%), моторними порушеннями (96,7%) та прискорити нормалізацію показників запальної відповіді (63,3%).

3. Порівняння результатів комплексної фармакотерапії ХГД із застосуванням «Іберогасту» вказало на її високу ефективність — частота купірування диспептичного та астено-вегетативного синдромів була вищою (на 11,7% та 14,8%, відповідно), ніж у хворих, які отримували лише загальноприйнятну терапію.

4. Результати дослідження дозволяють рекомендувати застосування фітотонірингового препарату «Іберогаст» у дітей з метою підвищення ефективності комплексної терапії ХГД у стадії загострення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Елизаветина Г. А. Синдром функциональной диспепсии в практике гастроэнтеролога / Г. А. Елизаветина // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии и терапии. — 2006. — № 1. — С. 24—28.
2. Котенко К. Иберогаст — европейские традиции на страже здоровья / К. Котенко // Здоров'я України. — 2008. — № 10. — С. 51.
3. Функциональные расстройства кишечника / G. F. Longstreth, W. G. Thompson, W. D. Chey [et al.] // Клин. гастроэнтерол. и гепатол. Украинское издание. — 2008. — Т. 1, № 4. — С. 18—29.
4. Herbal preparations STW 5 and STW 6 inhibit inflammation-mediated motility disorders in the ileum / Michael S., Kelber O., Vinson B., Nieber K. — Gut, in press, 2006. — P. 18—24.
5. STW 5 (Iberogast) reduces afferent sensitivity in the rat small intestine / Muller M. H., Liu C.—Y., Glatzle J. [et al.] // Phytomedicine. — 2006. — P. 124—130.
6. Okpanyi S. Gastrointestinal motility modulation with Iberogast / S. Okpanyi, N. Mark, M.A. Wahl // Acta Hort. — 2008. — Vol. 332. — P. 227—235.
7. Попп М. Технология фитониринга: неисчерпаемый потенциал, большие перспективы / М. Попп // Здоровье Украины. — 2007. — № 13—14. — С. 60—61.
8. Gundermann K. J. Efficacy of a herbal preparation in patients with functional dyspepsia: a metaanalysis of a double-blind, randomized, clinical trials / K. J. Gundermann, E. Godehardt, M. Ulbrich // Adv Ther. — 2004. — Vol. 20. — P. 43—49.
9. Metaanalysis: phytotherapy of functional dyspepsia with STW 5 (Iberogast) / Melzer J., Rosch W., Riechling J., Brignoli R. // Aliment Pharmacol Ther. — 2004. — Vol. 20. — P. 1—9.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОНИРИНГОВОГО ПРЕПАРАТА «ИБЕРОГАСТ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

В.М. Дудник

Винницкий национальный медицинский университет им. М.И. Пирогова, Украина

Цель: исследование эффективности фитопрепарата «Иберогаст» в комплексной терапии хронического гастродуоденита (ХГД) в стадии обострения у детей.

Пациенты и методы. В исследование было включено 58 детей в возрасте от 8 до 18 лет с установленным клиническим диагнозом ХГД. Все дети прошли клинико-лабораторное обследование, в том числе быстрый уреазный тест на *H. pylori* и УЗИ органов пищеварительного тракта. Наблюдение проводилось в динамике на 7 и 14 сутки лечения, а также через 1 и 6 месяцев от начала терапии, данные заносились в специальную анкету. 30 детей основной группы в составе комплексной терапии получали препарат «Иберогаст», 28 детей группы сравнения — только стандартную терапию.

Результаты. Терапия с включением препарата «Иберогаст» была эффективной у 86,6% детей. У детей основной группы наблюдалось более быстрое купирование диспептического и астено-вегетативного синдромов (на 11,7% та 14,8% соответственно), моторных нарушений (96,7%), нормализация показателей воспалительного ответа (63,3%), чем у больных, получавших только общепринятую терапию. Динамическое наблюдение через месяц от начала терапии показало отсутствие жалоб относительно болевого, диспептического и астено-вегетативного синдромов у детей основной группы. Переносимость препарата «Иберогаст» была удовлетворительная, отказа от приема и аллергических реакций не наблюдалось.

Выводы. Результаты исследования позволяют рекомендовать применение фитопрепарата «Иберогаст» у детей с целью повышения эффективности комплексной терапии ХГД в стадии обострения.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, обострение, фитопрепарат, Иберогаст.

BENEFITS OF THE USE OF PHYTONEERING PREPARATION «IBEROGAST» IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GASTRODUODENITIS IN CHILDREN DURING THE ACUTE STAGE

V.M. Dudnik

M.I. Pirogov Vinnytsia National Medical University, Ukraine

Objective: To study the effectiveness of phytopreparation «Iberogast» in the treatment of chronic gastroduodenitis (CGD) in children during the acute stage.

Patients and methods. The study included 58 children aged from 8 to 18 years with an established clinical diagnosis of CGD. All children underwent clinical and laboratory examination, including a rapid urease test for *H. pylori* and ultrasound of the digestive tract. The observation was carried out in the dynamics at 7 and 14 days of treatment and after 1 and 6 months of therapy, the data were entered in a special form. In the complex therapy «Iberogast» was ordered to 30 children of the main group and 28 children of comparison group had only standard therapy.

Results. Therapy with «Iberogast» application was effective in 86.6% of children. In children from the main group were marked more rapid relief of dyspeptic and asthenovegetative syndromes (on 11.7% and 14.8%, respectively), motor disorders (96.7%), normalization of the inflammatory response (63.3%) than in patients who were under conventional therapy only. Dynamic observation after a month of therapy had shown absents of complaints concerning the pain, diarrhea and asthenovegetative syndromes in children in the main group. «Iberogast» tolerability was satisfactory, refuse from receiving and allergic reactions were not found.

Conclusions. The results of the study allow us to recommend the use of phytopreparation «Iberogast» in children in order to increase the effectiveness of the complex treatment of CGD during the acute stage.

Key words: chronic gastroduodenitis, aggravation, phytopreparation, Iberogast.

НОВОСТИ

Как правильно проводить ребенку прививки

Главный педиатр МЗ Украины Раиса Мостовенко рассказала, какой должна быть процедура проведения плановой вакцинации и как к ней подготовиться.

«До прививки ребенок должен быть осмотрен педиатром, если это вакцинация в 3 месяца, то ребенок уже должен быть планово осмотрен всеми специалистами, и надо сдать анализ крови. Если все хорошо, можно прививать. После вакцинации за ребенком наблюдает участковая медсестра, никаких других специфических действий не требуется», — рассказала Р.Мостовенко.

Эксперт отметила, что перед процедурой прививки медсестра должна проверить характеристики вакцины: ее срок годности, физические характеристики. После этого она должна продезинфицировать место прокола и сделать инъекцию.

«Мама всегда присутствует во время процедуры вакцинации, как правило, она держит ребенка на руках. Также она имеет полное право попросить у медсестры упаковку от вакцины, чтобы самостоятельно проверить ее безопасность», — подчеркнула Р.Мостовенко.

Напомним, в среднем 350 украинских детей ежегодно умирает от инфекций, которые можно предупредить вакцинацией.

В Украине, в соответствии с Национальным календарем прививок, обязательна вакцинация от 10 инфекционных болезней: дифтерии, столбняка, коклюша, кори, паротита, полиомиелита, туберкулеза, гепатита В, краснухи и гемофильной инфекции.

Источник: <http://medexpert.org.ua>