



УДК 616.3+615.241-053.2

ЯРОШЕВСКАЯ Т.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭСПУМИЗАНА В ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

**Резюме.** В статье рассматривается проблема функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, в частности кишечных коликов и синдрома раздраженного кишечника. Показаны преимущества применения симетикона (Эспумизана) при этих расстройствах.

**Ключевые слова:** желудочно-кишечный тракт, колики, синдром раздраженного кишечника, симетикон (Эспумизан).

Симетикон уже около 40 лет применяется у детей и взрослых для купирования симптомов, связанных с повышенным газообразованием. Данное вещество представляет собой смесь полимера диметилсилоксана с диоксидом кремния ( $\text{SiO}_2$ ). Препарат химически инертен, не всасывается в кишечнике, не токсичен, не вызывает побочных эффектов. Привыкания к нему не развивается. Препараты симетикона благодаря увеличению поверхностного натяжения жидкости разрушают мелкие газообразные пузырьки в пене с последующим их выведением из организма. Поэтому, как правило, болевой синдром купируется в течение нескольких минут. Кроме того, улучшается нарушенное избытком газовых пузырьков пристеночное пищеварение и всасывание пищи. Симетикон, помимо ветрогонного эффекта, оказывает также протекторное действие на слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, в эксперименте показано его ингибирующее действие на *Helicobacter pylori* [1]. Симетикон является действующим веществом препарата Эспумизан компании «Берлин-Хеми».

Одно из ведущих мест в структуре патологии органов пищеварения у детей разных возрастных групп занимают функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Так, по данным литературы [2–4], абдоминальные боли носят функциональный характер у 90–95 % детей и лишь у 5–10 % связаны с органической причиной.

У детей первого года жизни функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта называют кишечными коликами. Функциональные кишечные колики в первые три месяца жизни отмечаются более чем у 70 % детей. Этому способствуют анатомо-физиологические особенности ЖКТ у де-

тей раннего возраста: морфофункциональная незрелость периферической иннервации кишечника, дисфункция центральной регуляции, поздний старт ферментативных систем органов ЖКТ, повышенное газообразование, нарушения становления микробиоценоза кишечника [5]. Среди причин частого развития кишечных коликов у младенцев можно отметить также аллергические и псевдоаллергические реакции, переход с естественного вскармливания на искусственное, включение в рацион пищевых добавок, характер питания матери. Возникновение болевого синдрома преимущественно связывается с нарушением двигательной функции кишечника и повышенным газообразованием. Для диагностики кишечной колики у младенцев используют так называемое «правило трех»: плач в течение трех и более часов в сутки, не менее трех дней в неделю, на протяжении трех недель подряд. Приступ, как правило, начинается неожиданно, на фоне полного благополучия, чаще во время или вскоре после кормления, сопровождается длительным плачем. Ребенок громко кричит, сучит ножками. Живот вздут и напряжен, возможны срыгивания. Как правило, заметное облегчение наступает сразу после дефекации или отхождения газов. Вне приступа кишечной колики жалоб нет, дети имеют хороший аппетит, хорошо прибавляют в весе [6].

В ряде случаев кишечная колика является признаком заболевания ребенка, по отношению к которому она является вторичной. Основной же патологией чаще всего являются пищевая непере-

© Ярошевская Т.В., 2013

© «Здоровье ребенка», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

носимість на почве лактазної недостаточності, алергії к белкам коровього молока или другим компонентам питания и, наконец, энтероколиты, вызванные патогенными и условно-патогенными микроорганизмами [5, 6].

Обычно кишечная колика начинается на 2-м месяце жизни ребенка, причем чаще она проявляется в вечернее время суток. Сначала колику отмечают 1 или 2 раза в неделю продолжительностью 15–20 мин, но не более 30 мин. В последующем она начинает повторяться все чаще, становится все более регулярной. Увеличивается и ее продолжительность, с короткими перерывами кишечная колика может длиться в течение 3–5 ч. Если кишечная колика продолжается несколько недель, то начинают присоединяться другие кишечные расстройства (умеренной выраженности диарея, срыгивания, иногда рвота), изменяется характер стула, появляется задержка прибавки массы тела.

Вторичная кишечная колика, возникающая на фоне дисахаридазной недостаточности или энтероколитов, характеризуется теми же клиническими проявлениями, однако изменяется характер стула, отмечается снижение массы тела после появления диареи. Кроме того, кишечная колика, осложнившаяся энтероколитом, может развиваться в любом возрасте и не является чисто младенческой. Диагноз кишечной колики устанавливается только после того, как были исключены симптомы тревоги, органические причины возникновения абдоминальной боли. Клиническое обследование включает достаточно широко доступные методы исследования:

- 1) копрологическое исследование кала (2–3-кратное);
- 2) определение содержания углеводов в кале;
- 3) посев кала на кишечную и тифо-паратифозную группу возбудителей кишечных инфекций;
- 4) посев кала на дисбактериоз.

Эти дополнительные данные позволяют с большой долей вероятности исключить типичные острые кишечные инфекции и заподозрить синдром мальабсорбции и мальдигестии вследствие лактазной недостаточности, пищевой аллергии, глютеновой непереносимости, муковисцидоза.

Повышение содержания углеводов в кале в 2–3 раза и более по сравнению с нормой и указание в анамнезе на плохую переносимость молока и молочных продуктов у других членов семьи могут свидетельствовать в пользу диагноза лактазной недостаточности. Более достоверная диагностика лактазной недостаточности возможна только в условиях специализированных отделений, так как требует проведения нагрузочных проб лактозой с определением уровня глюкозы и галактозы.

Кишечная колика, связанная с непереносимостью белков коровьего молока, появляется после введения молочных смесей. Кроме того, она может сопровождаться появлением симптомов атопического дерматита. При микроскопии фекалий нередко обнаруживается примесь небольшого количества

слизи, единичных форменных элементов крови (нейтрофилы, лимфоциты, эозинофилы), увеличение количества жирных кислот. Подтверждением диагноза является обнаружение высокого уровня общего IgE и специфических IgE к белкам коровьего молока в крови ребенка.

Глютеновая энтеропатия (целиакия), муковисцидоз проявляются тем, что кишечная колика связана с введением прикорма. Характерно также появление обильного и зловонного стула и патологический характер копрограммы.

Энтероколиты часто являются одной из причин кишечной колики, вызванной воспалительным поражением слизистых оболочек кишечника условно-патогенной микрофлорой. Такое поражение кишечника развивается у детей первых недель жизни вследствие выраженного кишечного дисбиоза. Чаще этому предшествует проводимая в первые дни жизни по различным причинам антибактериальная терапия, частичное или полное парентеральное питание, искусственное вскармливание с первых дней жизни. Способствует развитию кишечной колики у младенцев антенатальная отягощенность, например, перенесенная перинатальная гипоксия, недоношенность [6].

Лечение кишечной колики у грудных детей должно носить комплексный характер. Зачастую колики являются реакцией ребенка на неблагоприятную психоэмоциональную обстановку в семье. Необходимо объяснить матери, как правильно прикладывать ребенка к груди. При этом должны соблюдаться следующие правила: живот младенца прижат к животу матери, его шея и туловище находятся на одной линии, должен осуществляться правильный захват соска. Первые капли молока необходимо сцедить. Время кормления должно составлять около 30 минут, поскольку прикладывание к груди менее чем на 15–20 минут приводит к тому, что ребенок получает больше «переднего молока», чрезмерно насыщенного углеводами, которые могут способствовать увеличению газообразования. При искусственном вскармливании рекомендуются смеси, содержащие в качестве жирового компонента короткоцепочечные триглицериды; целесообразно использование специальных лечебных смесей с загустителями, способствующих облегчению опорожнения кишечника. В некоторых ситуациях имеет смысл использовать смеси с включением олигосахаров или низколактозные смеси, при выраженных коликах возможно применение смеси с частично гидролизированным белком. Кормление проводится по требованию, интервалы между кормлениями несколько сокращаются. После кормления необходимо подержать ребенка в наклонном положении (под углом 45°, животом вниз) в течение 10–15 мин для отхождения воздуха, который заглатывается во время кормления. Если ребенок находится на грудном вскармливании, необходимо провести коррекцию питания матери. Из рациона кормящей женщины должны быть исключены продукты, приводящие

к повышенному газообразованию в кишечнике. В их число входят бобовые, кукуруза, редис, капуста, черный хлеб, квас, виноград, груши, лук, помидоры, грибы. Жирные продукты и богатые экстрактивными веществами бульоны, приправы ограничивают.

Для снятия остроты боли в момент колики принимают последовательно следующие действия:

1. Тепло на область живота.
2. Поглаживание живота по часовой стрелке и массаж живота.
3. Изменение положения тела, выкладывание на живот.
4. Применение механических средств (газоотводная трубка или клизма).
5. В качестве и патогенетического, и симптоматического средства используются препараты симетикона, в частности Эспумизан [5, 6].

Препараты на основе растительного сырья могут быть небезопасны в плане развития аллергических реакций, а также системного эффекта входящих в их состав компонентов. Также при применении таких препаратов следует помнить, что в их состав может входить этанол, что делает невозможным длительное применение у грудных детей. Доза эмульсии Эспумизана у детей первого года жизни: 25 капель перед каждым кормлением. Эмульсию Эспумизана можно добавлять в детское питание или питье.

Эффект от препарата отмечается обычно сразу. Отсутствие эффекта от лечения эмульсией симетикона в течение 5–7 дней свидетельствует о наличии заболевания, при котором кишечная колика является вторичной. Это является дополнительным поводом для обследования и целенаправленного лечения основной болезни. Основной акцент в лечении вторичной кишечной колики делают на коррекцию питания и терапию тех отклонений, которые лежат в основе формирования и поддержания кишечной колики. Таким образом, кишечная колика представляется многосторонней проблемой у грудных детей, требующей индивидуального подхода в каждом отдельном случае, внимательного дифференциального диагноза и дифференцированного лечения.

У старших детей функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта представлены функциональной диспепсией и синдромом раздраженного кишечника. Для этих синдромов характерна висцеральная гиперчувствительность [3, 4]. Задержка отхождения газов и расширение просвета кишки являются важными составляющими в патогенезе. Симетикон благодаря своим свойствам при функциональных заболеваниях органов пищеварения может воздействовать не только симптоматически, но и патогенетически [1].

В литературе опубликованы результаты ряда рандомизированных клинических исследований по применению симетикона (Эспумизан) у взрослых. Так, имеются 4 исследования с общим количеством участников 576 (310 из них получали плацебо), которые показали существенное снижение тяжести симптомов газообразования, переполнения же-

лудка, вздутия живота, постпрандиальных болей у больных с функциональной диспепсией. В Украине эффективность эмпирической терапии Эспумизаном оценивалась С.М. Ткачом [1]. У 25 больных со смешанным вариантом ФД клиническая эффективность Эспумизана по сравнению с домперидоном оказалась достоверно выше ( $p < 0,05$ ) без каких-либо побочных эффектов.

При синдроме раздраженного кишечника у детей применение препаратов симетикона также патогенетически оправдано, что находит отражение в действующих протоколах оказания медицинской помощи детям с патологией органов пищеварения (Приказ МЗ Украины № 438 от 26.05.2010). На практике же не всегда оцениваются показания к их назначению. В качестве иллюстрации приводим собственное наблюдение.

Ребенок С., 9 лет. Жалобы на рецидивирующие боли в животе, затруднения при дефекации, периодически — запоры, «овечий» кал. За последний месяц дважды экстренно направлялся в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит. В процессе динамического наблюдения диагноз оба раза был снят, после клизмы состояние улучшалось. Отдаленный анамнез отягощен перинатальным гипоксическим поражением ЦНС. В анамнезе стрессовая ситуация в семье.

При осмотре: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Эмоционально лабилен. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Язык у корня обложен белым налетом. Миндалины несколько выступают из-за небных дужек, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные, систолический шум функционального характера максимально выслушивается в 5-й точке аускультации. Живот несколько вздут, при пальпации умеренно болезнен в правой и левой подвздошной областях. Печень у реберного края. Пузырные симптомы отрицательны. Панкреатические точки безболезненны. Селезенка не пальпируется. Стула в день осмотра не было, мочеиспускание не нарушено.

Общие анализы крови и мочи, биохимические показатели печеночного комплекса без отклонений от нормы. В исследованиях кала и соскобов яйца глистов не обнаружены. Копрологическое исследование: — лейкоциты, — эритроциты, — крахмал, зерна +, нейтр. жир +, жирные кислоты +, мышечные волокна +, перевариваемая растительная клетчатка ++, яйца глистов, простейшие не обнаружены. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: печень, поджелудочная железа, селезенка, почки, мочевой пузырь — размеры и структура в пределах возрастной нормы. Желчный пузырь обычных размеров —  $6,2 \times 2,0$  см, с перегибом в области шейки. Стенка не уплотнена, просвет свободен. Обращает на себя внимание выраженный метеоризм кишечника. Ирригограмма: патологии не выявлено.

На основании комплекса анамнестических и клиничко-лабораторных данных был установлен клинический диагноз: «синдром раздраженного кишечника с констипацией». Получал диетотерапию, ЛФК, массаж живота, риабал, дуфалак, линекс, домперидон в возрастных дозировках. Удалось добиться нормализации стула, однако болевой абдоминальный синдром сохранялся, носил приступообразный характер. В терапию при появлении болей в животе в режиме «по требованию» был включен Эспумизан до 6–8 капсул в день. Быстрое купирование болей на фоне приема препарата благоприятно влияло на общий эмоциональный тонус ребенка. Постепенно выраженность болевого синдрома уменьшилась. На протяжении последующих 3 месяцев наблюдения на фоне соблюдения диетических рекомендаций и модификации образа жизни сохраняется ремиссия заболевания.

Таким образом, включение в комплекс терапии препарата Эспумизан в данном случае было обосновано и целесообразно, положительно влияло на эффективность проводимого лечения.

## Заключение

На основании проведенного анализа можно сделать вывод о целесообразности и эффективности

применения препарата Эспумизан в комплексном лечении детей раннего возраста с кишечными коликами, у старших детей при функциональной диспепсии, синдроме раздраженного кишечника.

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

## Список литературы

1. Ткач С.М. Применение симетикона в гастроэнтерологической практике, основанное на данных доказательной медицины // *Здоровье Украины*. — 2011. — № 4(257). — С. 54-56.
2. Синдром избыточного газообразования у детей / Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Русакова Е.А., Петренко Л.Л., Ивашина В.И. // *Здоровье ребенка*. — 2012. — № 6 (41). — С. 149-153.
3. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. — Харьков, 2005. — 256 с.
4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарии. — Москва, 2005. — 36 с.
5. Хавкин А.И. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии // *РМЖ. Мать и дитя*. — 2009. — № 15. — С. 996-999.
6. Самсыгина Г.А. Кишечная колика у детей грудного возраста. Пособие для практических врачей. — М.: ООО «ИнтелТек», 2007.

Отримано 12.05.13 □

Ярошевська Т.В.  
ДУ «Дніпропетровська медична академія  
МОЗ України»

### ЗАСТОСУВАННЯ ЕСПУМІЗАНУ В ДІТЯЧІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

**Резюме.** У статті розглядається проблема функціональних порушень шлунково-кишкового тракту, зокрема кишкових кольок і синдрому подразненого кишечника. Показано переваги застосування симетикону (Еспумізану) при цих розладах.

**Ключові слова:** шлунково-кишковий тракт, кольки, синдром подразненого кишечника, симетикон (Еспумізан).

Yaroshevskaya T.V.  
State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy of Ministry  
of Public Health of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

### USE OF ESPUMISAN IN PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY

**Summary.** The article deals with problem of functional disorders of gastrointestinal tract, in particular intestinal colic and irritated bowel syndrome. The advantages of simethicone (Espumisan) use in these disorders are demonstrated.

**Key words:** gastrointestinal tract, colics, irritated bowel syndrome, simethicone (Espumisan).