

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИГЕСТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Н.В. Чернега, М.Ф. Денисова

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев

Ключевые слова: дети, функциональная диспепсия, варианты течения, дигестин.

По мнению многих педиатров, XXI век — эпоха полиморбидности маленького пациента. Наиболее часто родители обращаются по поводу неопределенной абдоминальной боли с локализацией в области пупка, отказа от еды, иногда — регургитации или аэрофагии, вздутия живота, метеоризма. Эти симптомы могут встречаться как функциональной, так и при органической патологии пищевого канала, что определяет, в первую очередь, необходимость в проведении диагностических исследований в целях уточнения болезней системы органов пищеварения.

У детей раннего и дошкольного возраста указанные симптомы наиболее часто наблюдаются при нарушении процессов пищеварения, которые ранее обозначались как «простая диспепсия». Однако термин «простая диспепсия» давно не употребляется. В МКБ-Х данная патология выделена в самостоятельную форму как первичный диагноз «диспепсия» под рубрикой К 30.

Многочисленные исследования, проведенные в странах Западной Европы и Америки, показали, что диспепсия является самым частым признаком гастроэнтерологических заболеваний взрослого населения [2]. Распространенность диспептических расстройств в мире у взрослых и детей составляет в среднем 49—50% [3]. В европейских странах у 30—40% населения составляет 5% обращений к докторам. Понятие «функциональная диспепсия» (ФД) заполняет нишу в системе знаний об анатомо-физиологических особенностях каждого возрастного периода ребенка и о патологии пищеварительной системы, позволяет унифицировать диагностические и лечебные протоколы, делает диагнозы более логичными и понятными.

Согласно современным консенсусам, критериями диагностики функциональной диспепсии являются [4]:

1) персистирующая или рецидивирующая боль или дискомфорт в надчревной области в течение не менее 12 нед на протяжении 12 мес (не обязательно последовательных);

2) отсутствие доказанного органического заболевания (в первую очередь после проведения эзофагогастродуоденофиброскопии, ультразвуковых исследований), позволяющего объяснить симптомы;

3) отсутствие симптомов, свидетельствующих о том, что диспептические симптомы облегчаются или исчезают после дефекации или связаны с изменениями частоты и формы стула (исключение синдрома раздраженного кишечника).

В основе потенциальных патофизиологических факторов ФД у детей разного возраста лежат функ-

циональные, переходящие нарушения секреторной и моторной функции желудка, повышенная чувствительность рецепторного аппарата стенки желудка, которые регулируются многочисленными нейрогуморальными факторами, в том числе такими нейротрансмиттерами, как гистамин и серотонин, и рядом гормонов, в частности кортизолом, гастрином и другими, а также абсолютной или качественной недостаточностью пищеварительных секретов [5]. ФД разделяют на язвенноподобный (преобладание периодической, ночной, голодной боли в надчревной области, купирующихся приемом пищи), дискинетический (преобладание раннего насыщения, ощущения тяжести, переполнения, вздутия, тошноты, отрыжки) и неспецифический (проявления не укладываются в первые два варианта) варианты.

Известно, что органы пищеварительной системы тесно связаны между собой не только в анатомическом, но и в функциональном отношении [6]. Поэтому функциональные изменения одного органа влекут за собой дисфункцию других, в частности поджелудочной железы. У детей чаще бывает вторичная экзогенная недостаточность поджелудочной железы, которая вызывает не блокаду, а депрессию активности панкреатических энзимов в двенадцатиперстной кишке [7].

В литературе обсуждается вопрос о целесообразности назначения ферментных препаратов при ФД [8]. Основным доводом против такой терапии является отсутствие настоящей панкреатической недостаточности со стеатореей у взрослых. Однако с этим нельзя полностью согласиться. Цель назначения ферментных препаратов при ФД — не заместительная терапия, а создание функционального покоя поджелудочной железе. При их назначении необходимо учитывать состояние кислотообразующей функции желудка, его моторику, рН дуоденального содержимого, возраст ребенка, лекарственную форму препарата, наличие добавочных компонентов в нем. Вышеизложенное обуславливает целесообразность выявления нарушений панкреатической недостаточности и ее коррекции у детей с ФД.

Мы выбрали полиферментный препарат «Дигестин» (фирма Pharco Pharmaceuticals, Египет). Он идеально отвечает требованиям, предъявляемым к лекарственным средствам в педиатрической практике. Препарат выпускают в виде сиропа. Он содержит папаин (80 мг), пепсин (40 мг), мультиэнзимный комплекс санзим-2000, состоящий из 30 ферментов (10 мг в чайной ложке).

Являясь катализаторами, указанные ферменты действуют на содержимое пищевого канала, расщепляя его на простые и легкоусвояемые элементы. Они ускоряют гидролиз белков до пептонов и простых сахаров, жиров — до жирных кислот и глицерола, способствуют расщеплению целлюлозы в легкоусвояемую форму.

Дигестин также стимулирует секреторно-эвакуаторную функцию пищевого канала, мобилизуя собственные возможности интестинальной системы.

Препарат не содержит алкоголя, что особенно важно для применения его у детей.

Цель работы: — изучить целесообразность применения и эффективность дигестина в комплексной терапии ФД у детей.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 55 детей в возрасте от 5 до 15 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 мес до 3 лет: 10 детей (18,2%) болели в течение 6 мес, 14 (25,5%) — 1 года, 5 (9%) — свыше 3-х лет. Структура ФД включала следующие варианты: дискинетический — у 24 детей (43,6%), язвенноподобный — у 16 (29,1%), неспецифический — у 15 (27,3%). У 14 (25,5%) дошкольников преобладал дискинетический, у 20 (36,4%) детей старше 7 лет — дискинетический и неспецифический и у 21 (38,1%) подростка — язвенноподобный вариант ФД.

Диагноз ФД верифицирован на основании жалоб, объективного обследования с учетом анализа клинико-анамнестических данных, результатов лабораторно-инструментальных методов исследования.

Все дети находились на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии ИПАГ, получали базисную терапию, в состав которой были включены: диетотерапия (частое питание небольшими порциями, отказ от грубой пищи, газированных напитков, ограничение жиров), прокинетики (мотилиум), цитопротекторы (сметекта), репаранты (альтан), спазмолитики, витамины, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура.

Лечение ФД, как и любого функционального заболевания, чрезвычайно трудное и является, по существу, эмпирическим.

Больные методом рандомизации были распределены на 2 группы: основную (30 детей) и контрольную (25 детей). Дети основной группы в возрасте до 7 лет дополнительно к базисной терапии получали дигестин по 1/2 чайной ложки 3 раза в день во время еды; дети до 12 лет — по 1 чайной ложке 3 раза в день; старше 12 лет — по 1 столовой ложке 3 раза в день. Курс лечения составил 14 сут.

Клиническую эффективность дигестина оценивали по динамике болевого абдоминального, диспептического и астеновегетативного синдромов, а также показателей копрограммы.

Скорость и степень уменьшения или исчезновения клинических симптомов оценивали на 7-е и 15-е сутки лечения; показатели копрограммы — до и после лечения.

Результаты и их обсуждение

Полученные данные свидетельствуют, что под влиянием лечения у всех больных отмечена положитель-

ная динамика клинических проявлений основных симптомов заболевания (табл. 1).

Регресс клинических синдромов был более значительным у детей основной группы. Болевой синдром постепенно исчезал в обеих группах больных, но в случае применения дигестина у детей основной группы уже к концу 1-й недели лечения он уменьшился в 2 раза, а после окончания сохранялся в виде ноющей боли у 2 детей с язвенноподобным вариантом ФД. У 11 детей (44%) контрольной группы болевой синдром не изменился. Диспептический синдром до лечения регистрировался у 25 детей (83,3%) основной группы, на 7-е сутки лечения сохранялся у 13 (43,3%) детей, после лечения — у 5 (10%). Тошнота, рвота, отрыжка не были отмечены ни у одного больного. Метеоризм и чувство распирания сохранялись у 3 (10%) детей старше 12 лет с язвенноподобным вариантом ФД. У 11 (44%) детей контрольной группы после окончания лечения сохранялась: у 4 (16%) — тошнота, у 3 (12%) — рвота и отрыжка, у 11 (44%) — метеоризм.

Астеновегетативный синдром быстрее купировался у детей основной группы. После окончания курса лечения дигестином его проявления сохранялись только у 5 (16,6%) больных старше 12 лет, у которых была выражена вегетососудистая дистония пубертатного периода. 11 (44%) детей, не получавших дигестин в комплексной терапии, после окончания лечения предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, головную боль, раздражительность.

До лечения у детей с ФД в кале содержались многочисленные плохо переваренные мышечные волокна (креаторея), наблюдались групповое расположение мышечных волокон, наличие нейтрального жира (стеаторея), большое количество неизменных или малоизмененных крахмальных зерен, то есть амилорея (табл. 2).

Применение дигестина способствовало исчезновению стеатореи у 28 больных (93,4%), креатореи — у 27 больных (90%), амилореи — у 26 больных (86,7%), что свидетельствовало о значительном улучшении процессов пищеварения.

Все дети, получавшие дигестин, хорошо переносили препарат, о чем свидетельствовали субъективные ощущения (не было неприятных вкусовых ощущений, аллергических реакций после приема препарата, тошноты, рвоты).

Выводы

1. У детей до 12 лет чаще отмечается дискинетический и неспецифический вариант ФД, язвенноподобный — у подростков.

2. ФД у детей сопровождается панкреатической недостаточностью разной степени.

3. Дигестин ускоряет регресс клинических проявлений, нормализует показатели копрограммы.

4. Детям с язвенноподобным вариантом функциональной диспепсии, значительной стеатореей, амилореей и креатореей рекомендовано увеличить курс лечения дигестином до 25 сут.

5. Дигестин хорошо переносится детьми всех возрастных групп. Побочных эффектов в период лечения не зафиксировано.

Таблиця 1. Динаміка клінічних симптомів у больних до, во время и после лечения (n = 55)

Клінічний синдром	0 день		7-е сутки		15-е сутки	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
I. Болевой абдоминальный:						
- ноющая боль;	73,3	72	(33,3)**	(60)*	(6,6)**	(32)*
- приступообразная боль	26,7	28	16,6	20	—	12
II. Диспептический:						
- снижение аппетита;	80	76	(40)**	(72)*	(13,3)**	(32)*
- тошнота;	40	40	(16,6)**	(32)*	—	(16)*
- рвота;	30	28	(13,3)**	(24)*	—	(12)*
- отрыжка;	36,6	36	(16,6)**	(28)*	—	(12)*
- метеоризм;	70	72	(36,6)**	64	(6,6)**	44
- чувство распирания	83,3	72	(43,3)**	56	(10)**	36
III. Астеновегетативный:						
- повышенная утомляемость;	63,3	64	(23,3)**	56	(6,6)**	40
- головная боль;	73,3	72	(36,3)**	64	(6,6)**	44
- раздражительность	60	52	(50)**	48	(16,6)**	40

Примечание. * Разница достоверна в основной и контрольной группах ($P < 0,05$). ** Достоверность в динамике лечения ($P < 0,05$).

Таблиця 2. Показатели копрограммы до и после лечения, %

Показатель	До лечения		После лечения	
	Основная группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 25)	Основная группа (n = 30)	Контрольная группа (n = 25)
Стеаторея:				
- значительная;	40	36	6,6	(36)*
- умеренная;	20	20	—	(16)*
- незначительная	40	44	—	28
Креаторея	100	100	10	(68)*
Амилорея	60	48	13,3	(36)*

Примечание. * Разница достоверна в основной и контрольной группах ($P < 0,05$).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Проблема пищеварительной недостаточности: определение, выявление и коррекция // РИЖ.— 2003.— Т. 11, № 3.— С. 19—21.
2. Дорофеева Г.Д., Пошехонова Ю.В. Клинико-патогенетические особенности функциональной диспепсии у детей // Актуальні питання патології органів травлення у дітей.— 2004.— С. 59—65.
3. Ивашкин В.Т., Нечаев В.М. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Римские критерии II // Болезни органов пищеварения.— 2000.— Т. 2, № 2.— С. 20—23.
4. Козак С.С., Прокопенко І.Г. Ензимна терапія при хронічній патології органів травлення у дітей // Педіатр., акуш. та гінекол.— 2003.— № 6.— С. 7—11.
5. Коротко Г.Ф., Рогаль М.Л., Орловский А.В. Обратное торможение секреции панкреатических ферментов // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 1999.— № 5.— С. 26—32.
6. Римарчук Г.В., Полякова С.И. Неязвенная диспепсия у детей // Русс. мед. журн.— 2001.— Т. 9, № 3—4.— С. 150—152.
7. Старостин Б.Д. Современные представления о функциональной диспепсии // Болезни органов пищеварения.— 2000.— Т. 2, № 1.— С. 3—7.
8. Falley N. Drug treatment of functional dyspepsia // Scand. G. Gastroenterol.— 1991.— Vol. 182. N 23.— P. 7—18.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДИГЕСТИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Н.В. Чернега, М.Ф. Денисова

У статті наведено пояснення термінів, етіологію, патогенез, клініку та діагностику функціональної диспепсії. Особливої уваги надано принципу вибору ферментного препарату при панкреатичній недостатності. Одержані результати свідчать про доцільність застосування поліферментного препарату «Дигестин» у комплексній терапії функціональної диспепсії у дітей.

EXPERIENCE OF THE USE OF DIGESTIN IN THE COMPLEX THERAPY OF FUNCTIONAL DYSPEPSIA IN CHILDREN

N.V. Chernega, M.F. Denisova

In the article the explanation of terms, aetiology, pathogenesis, clinical picture and diagnostics of functional dyspepsia are given. The focus is made on principles of choice of enzymatic preparation at pancreatic insufficiency. The obtained results suggest the advisability of the use of polyenzymatic preparation of Digestin in the complex therapy of functional dyspepsia in children.