



КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА РИАБАЛ ПРИ КИШЕЧНЫХ КОЛИКАХ И СИНДРОМЕ РЕГУРГИТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Резюме. В работе представлены материалы о функциональной кишечной колике и синдроме регургитации у детей раннего возраста. Надлежащее внимание уделено вопросам лечения кишечной колики и синдрома регургитации у детей, а также успешному применению препарата спазмолитического действия Риабал.

Ключевые слова: кишечная колика, синдром регургитации, дети раннего возраста, Риабал.

Актуальность проблемы

Боль в животе является сложной диагностической и лечебной проблемой педиатрии и одновременно одной из распространенных жалоб детей и их родителей, обуславливающих частые обращения к врачу. Большинство педиатров считает, что у 90–95 % детей абдоминальные боли обусловлены функциональной патологией и лишь у 5–10 % связаны с органическими заболеваниями органов пищеварения [1, 2, 14, 19].

К функциональным расстройствам системы пищеварения у новорожденных и детей до 4 лет согласно Римскому консенсусу III (2006) относят: младенческую регургитацию, младенческий руминационный синдром, синдром циклической рвоты, младенческую колику, функциональную диарею, младенческую затрудненную дефекацию и функциональный запор [3, 4].

У детей первых месяцев жизни боли в животе манифестируют в виде *кишечной колики* (от греческого «коликос», что означает «боль в толстой кишке»). Распространенность младенческих кишечных колик составляет от 5 до 19 % среди доношенных детей и около 70 % — среди недоношенных младенцев [3, 4, 18].

Для диагностики кишечной колики у младенцев используют так называемое «правило трех» — плач в течение 3 и более часов в сутки не менее 3 дней в неделю на протяжении 3 недель подряд. Приступ начинается неожиданно, на фоне полного благополучия, чаще во время или вскоре после кормления, сопровождается беспокойством, плачем, сучением ножками, срыгиванием. Вне приступа кишечной колики дети имеют хороший аппетит, прибавляют в весе, сохраняют общий позитивный эмоциональный настрой [7, 16].

Теорий и причин, объясняющих возникновение у детей первого года жизни кишечных колик и синдрома регургитации (срыгивание, рвота), достаточно много, однако до конца они не выяснены. Большинство авторов связывают их появление с нарушением двигательной функции кишечника, сопровождающимся спастическими сокращениями гладкой мускулатуры и повышенным газообразованием на фоне морфофункциональной незрелости кишечника и периферической иннервации, ферментативной несостоятельности системы органов ЖКТ, дисфункции центральной регуляции, нарушений становления микробиоценоза кишечника. Значительная роль отводится характеру питания и психоэмоциональному состоянию матери, а также нарушению техники кормления грудью [3, 9, 15].

Лечение кишечной колики у грудных детей носит поэтапный характер, оно максимально индивидуализировано и направлено на нормализацию функций нервной системы и желудочно-кишечного тракта. Отдается предпочтение режимным, диетическим, психотерапевтическим рекомендациям. В случае отсутствия клинического эффекта приступают к фармакологической коррекции [10, 13, 16, 17].

Моторика мышц кишечника регулируется периферическими и центральными механизмами, в частности парасимпатической системой. Блокада парасимпатических холинергических влияний дает возможность предупреждать мышечный спазм, гипермоторику кишечника, гиперсекрецию желудка и поджелудочной железы [11, 12].

Важнейшими требованиями, предъявляемыми к современным лекарственным препаратам, явля-

ются высокая селективность и минимизация, насколько возможно, побочных эффектов и противопоказаний к применению. В соответствии с этими требованиями разработаны и широко внедряются в современную клиническую практику селективные М-холиноблокаторы. Механизм их действия состоит в избирательном блокировании периферических М-холинорецепторов в пищеварительном тракте и желчевыводящих путях, что делает их нечувствительными к ацетилхолину. Следствием этого является снижение тонуса гладких мышц пищевода, желудка, кишечника, желчного пузыря, желчных протоков [11, 16].

Одним из современных селективных М₃-холиноблокаторов гладкомышечных клеток ЖКТ является препарат Риабал (прифиниум бромид), представленный в Украине компанией «Мегаком». Риабал обеспечивает купирование болевого абдоминального синдрома, положительно влияет на течение болезни, ее прогноз и качество жизни пациентов. Ряд отечественных педиатров отмечают высокую эффективность Риабала в терапии различных гастроинтестинальных расстройств, сопровождающихся рвотой и болевым синдромом у детей разного возраста [5, 6, 8].

Нейротропный селективный спазмолитик Риабал имеет ряд выгодных отличительных особенностей. Он выборочно блокирует М-холинорецепторы органов брюшной полости и малого таза, корригирует моторику ЖКТ и практически не влияет на М-холинорецепторы других органов. При энтеральном введении обладает хорошей биодоступностью, быстро выводится с мочой и частично с желчью. Снимая спазм, Риабал устраняет боль, срыгивания, метеоризм, рвоту, расстройства стула. Являясь четвертичным аммониевым соединением, не проникает через гематоэнцефалический барьер. Риабал выпускается в нескольких лекарственных формах — парентеральной (раствор для инъекций), таблетированной и в виде сиропа для детей раннего возраста. Для обеспечения точности дозирования препарата форма в виде сиропа снабжена пипеткой-дозатором. Риабал разрешен к применению у детей начиная с первых дней жизни.

Суточная доза препарата, разделяемая на 3 приема, составляет 1 мг/кг массы тела. Курс лечения функциональных нарушений пищеварения составляет от нескольких дней до 2 недель.

Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности при-

менения препарата Риабал в комплексном лечении детей первых месяцев жизни с кишечными коликами и синдромом регургитации.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено у 45 детей в возрасте от 3 недель до 6 месяцев — 28 (62,2 %) мальчиков и 17 (37,8 %) девочек. Синдром регургитации в сочетании с кишечными коликами встречался у 32 (71,1 %) детей, изолированные кишечные колики — у 13 (28,9 %). Пациенты были разделены на две группы: в первой группе (основная), состоящей из 30 детей, в комплексное лечение включались диетические и режимные мероприятия, а также препарат Риабал. Вторая (контрольная) группа состояла из 15 детей, в ведении которых применялись исключительно режимные мероприятия и рекомендации по вскармливанию. Диетические и режимные рекомендации заключались в правильном прикладывании ребенка к груди, кормлении малыша по требованию, с сокращением интервалов между кормлениями, в создании определенного положения ребенка после кормления, правильном подборе молочной смеси при искусственном вскармливании. В обеих группах проводились беседы с матерями и родственниками по созданию положительного психологического климата вокруг ребенка. Все пациенты были рандомизированы по возрасту, полу и степени выраженности заболевания (табл. 1).

Комплекс обследования включал: клинико-анамнестический метод, имеющий вербальную оценку ведущих клинических симптомов за сутки (боль, срыгивание (рвота), беспокойство, связанное с кормлением, метеоризм, нарушение сна), регистрирующий наличие или отсутствие симптома, общеклинические лабораторные анализы крови, мочи, копрограмму. По показаниям проводилось изучение микробного состава кишечника (посев кала на энтеропатогенную и условно-патогенную бактериальную флору), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек и определение ферментативной активности пищеварительного тракта.

Всем детям основной группы Риабал назначался перорально за 20 минут до еды в рекомендованных возрастных дозах — из расчета 1 мг/кг/сут в 3 приема. Длительность лечения определялась индивидуально и в среднем составляла 14 дней.

Таблица 1. Распределение обследуемых детей по группам

Обследуемые группы	Пол ребенка, возраст						Всего
	Девочки			Мальчики			
	3 нед. — 2 мес.	2–4 мес.	4–6 мес.	3 нед. — 2 мес.	2–4 мес.	4–6 мес.	
Основная группа	6	3	2	11	5	3	30
Контрольная группа	4	1	1	6	2	1	15

Таблица 2. Динамика кишечной колики и синдрома регургитации у обследуемых детей

Клинический признак	Статистический показатель	Длительность наблюдения симптома, сут.		P
		Основная группа	Контрольная группа	
Кишечная колика	M ± m	7,46 ± 0,28	13,26 ± 0,24	≤ 0,001
Срыгивание/рвота	M ± m	6,86 ± 0,21	11,41 ± 0,22	≤ 0,001
Беспокойство	M ± m	6,11 ± 0,22	11,46 ± 0,23	≤ 0,001
Метеоризм	M ± m	7,46 ± 0,28	10,12 ± 0,25	≤ 0,05
Нарушение сна	M ± m	5,06 ± 0,15	9,25 ± 0,21	≤ 0,05

Эффективность лечения оценивали по динамике жалоб и объективных данных на 3, 7 и 14-й день лечения.

Обработка полученных результатов проводилась общепринятыми математическими методами вариационной статистики.

Результаты исследований и их обсуждение

При сборе анамнеза и анализе документации (историй развития детей) были выявлены следующие отягощающие факторы в истории заболевания наблюдаемых детей: факторы риска перинатальных поражений (ранние и поздние гестозы, анемии, дисфункция плаценты, анте- и интранатальная гипоксия), недоношенность, искусственное вскармливание.

На грудном вскармливании находилось 28 (62,2 %) детей, на смешанном — 5 (11,1 %), искусственном — 12 (26,7 %) малышей.

Наиболее часто кишечные колики и синдром регургитации наблюдались среди детей первых двух месяцев жизни — у 27 малышей (60 %), среди которых преобладали мальчики — 17 (63 %).

Клиническая эффективность препарата Риабал в сравнении с контрольной группой представлена в табл. 2.

Наблюдения показали, что купирование симптомов кишечной колики и синдрома регургитации происходило быстрее в группе детей, в комплексную терапию которых включали Риабал. У детей в основной группе средняя продолжительность абдоминальных болей была значительно короче, чем в контрольной (7,46 ± 0,28 и 13,26 ± 0,24 сут. соответственно) (p ≤ 0,001). По результатам опроса родителей, дети, принимающие Риабал, становились спокойными в среднем на 6-е сутки лечения (6,11 ± 0,22), в контрольной группе беспокойство сохранялось более чем 11 дней (11,46 ± 0,23). Аналогичная динамика наблюдалась с синдромом регургитации. Купирование срыгивания (рвоты) отмечалось на 7-е (6,86 ± 0,21) сутки терапии Риабалом против 11,41 ± 0,22 сут. у детей в группе сравнения (p ≤ 0,001). Статистически достоверно лучший эффект при лечении метеоризма также был получен у детей основной группы. Вздутие кишечника купировалось значительно раньше на фоне Риабала — в основной группе на 7,46 ± 0,28 сут.,

в контрольной — на 10,12 ± 0,25 сут. (p ≤ 0,05). Уменьшение кишечных колик и метеоризма способствовало нормализации сна у обследуемых детей. В основной группе сон восстановился на 5,06 ± 0,15 сут., что было достоверно раньше, чем в группе сравнения (9,25 ± 0,21 сут.) (p ≤ 0,05).

В конце 2-й недели терапии препаратом Риабал у всех детей (100 %) основной группы удалось достигнуть полного устранения всех клинических проявлений гастроинтестинальных расстройств. В контрольной группе клинический успех к концу курса лечения был достигнут лишь у 11 (73,3 %) младенцев.

На фоне лечения Риабалом не было зарегистрировано ни одного случая осложнений или побочных действий препарата.

Выводы

1. Риабал эффективно и быстро купирует синдром кишечной колики и регургитации у новорожденных и детей первых месяцев жизни.

2. Риабал является безопасным препаратом и отвечает требованиям, предъявляемым к лекарственным средствам первого выбора в педиатрии.

Список литературы

1. Абаев Ю.К. Боли в животе у детей: Практическое руководство. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 287 с.
2. Артамонов Р.Г., Куйбышева Е.В., Бекташанц Е.Г. Боли в животе у детей // Мед. каф. — 2006. — № 3-4. — С. 19-31.
3. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. — Харьков: ИД «ИНЖЭК», 2005. — 256 с.
4. Бердникова Е.К., Кешишян Е.С. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста // РМЖ. — 2006. — Т. 14, № 19.
5. Белоусов Ю.В. Риабал в детской гастроэнтерологической практике // Здоровье Украины. — 2010. — № 1.
6. Белоусов Ю.В., Шутова Е.В. Риабал в детской гастроэнтерологической практике // Современ. педиатрия. — 2008. — № 3. — С. 84-86.
7. Белоусов Ю.В. Недостаточность органов пищеварения у детей: классификация, клиника, диагностика, принципы коррекции // Современная педиатрия. — 2005. — № 4(9). — С. 88-90.
8. Денисова М.Ф., Донде С.М. Клиническая оценка применения препарата риабал у детей с заболеваниями орга-

нов пищеварения // *Соврем. педиатрия*. — 2006. — № 2. — С. 73-74.

9. Корниенко Е.А. Боль в животе у детей. Дифференциальный диагноз и алгоритмы лечения // *Детская гастроэнтерол. и нутрициол.* — 2005. — № 13(18).

10. Мисник В.П., Отт В.Д. Современные возможности диетической коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни // *Совр. педиатрия*. — 2008. — № 3(20). — С. 79-83.

11. Нагорная Н.В. Болевой абдоминальный синдром у детей. Место спазмолитических препаратов в его устранении / Н.В. Нагорная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая // *Здоровье ребенка*. — 2009. — № 4(19).

12. Нагорная Н.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В. Рациональная фармакотерапия функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей раннего возраста // *Тези української наук.-практ. конф. «Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною патологією», 13–14 березня 2008 р., м. Харків*. — С. 82-84.

13. Рачкова Н.С. Кишечные колики у детей раннего возраста: подходы к терапии // *РМЖ*. — 2007. — Т. 15, № 17. — С. 1-4.

14. Терещенко С.Ю. Алгоритм действий педиатра на приеме и участке: рецидивирующая боль в животе у детей // *Участковый педиатр*. — 2009. — № 1.

15. Эрдес С., Мухаметова Е. Абдоминальная боль у детей и пути ее терапии // *Врач*. — 2007. — № 5. — С. 27-31.

16. Яцык Г.В., Беляева И.А. Коррекция кишечных коликов у детей грудного возраста // *Вопр. совр. педиатрии*. — 2007. — Т. 6, № 3. — С. 123-126.

17. Leung A.K., Leman J.F. Infantile colic: a review // *J. R. Soc. Health*. — 2004, Jul. — 124(4). — P. 162.

18. Weydert J.A. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain / Weydert J.A., Ball T.M., Davis M.F. // *Pediatrics*. — 2003. — Vol. 111(1).

19. *Nelson Textbook of Pediatrics* / Robert M. Kliegman, Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Bonita F. Stanton. — 18th ed. — Saunders, 2007.

Получено 20.06.11 □

Аряев Н.Л., Васильченко Л.В.
Одесский национальный медицинский университет

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРЕПАРАТУ РІАБАЛ ПРИ КИШКОВИХ КОЛЬКАХ І СИНДРОМІ РЕГУРГІТАЦІЇ В ДІТЕЙ ПЕРШИХ МІСЯЦІВ ЖИТТЯ

Резюме. У роботі наведені матеріали щодо функціональної кишкової кольки та синдрому регургітації в дітей раннього віку. Належну увагу приділено питанням лікування кишкової кольки та синдрому регургітації в дітей, а також успішному застосуванню препарату спазмолітичної дії Ріабал.

Ключові слова: кишкова колька, синдром регургітації, діти раннього віку, Ріабал.

Aryayev N.L., Vasilchenko L.V.
Odessa National Medical University, Ukraine

CLINICAL SIGNIFICANCE OF RIABAL ADMINISTRATION AT INTESTINAL COLICS AND REGURGITATION SYNDROME IN INFANTS

Summary. The data about functional intestinal colic and regurgitation syndrome in young children are presented in the study. Proper attention was given to the questions of treatment of intestinal colic and regurgitation syndrome in children as well as to successful use of antispasmodic agent Riabal.

Key words: intestinal colic, regurgitation syndrome, infants, Riabal.