

Дифференцированный подход к назначению холинолитиков для купирования абдоминальных болей у детей

Д. В. ПЕЧКУРОВ
П. Л. ЩЕРБАКОВ

Самарский Государственный Медицинский Университет,
ЦНИИ Гастроэнтерологии

УДК 615.1:616.61-053.2

Абдоминальная боль является ведущим симптомом, определяющим клиническую картину многих гастроэнтерологических заболеваний. Основные лечебные мероприятия при этом состоянии направлены, как правило, именно на купирование болевой симптоматики. Для этого традиционно используются препараты двух групп — миотропные спазмолитики и антихолинергические средства.

К первым относятся широко известные неселективные спазмолитики папаверин и дротаверин, а также селективный кишечный спазмолитик мебеверин. Не отрицая достоинства папаверина и дротаверина, следует заметить, что помимо спазмолитического, они имеют и другие эффекты (сосудорасширяющий, гипотензивный), которые могут обуславливать нежелательные побочные действия — головокружение, аритмию, сердцебиение, потливость [10]. Мебеверин зарегистрирован в нашей стране только для применения с 12 лет, кроме того, его форма предполагает постепенно развивающийся и длительный эффект, что ограничивает его применение для быстрого купирования болей.

Лекарственные средства, обладающие антихолинергическим эффектом, прежде всего препараты красавки, применяются в медицине давно. В лечении гастроэнтерологических болезней использовалось их спазмолитическое, болеутоляющее и антисекреторное действие [3]. Однако, в последние годы применение холинолитиков (ХЛ), особенно неселективных, ограничено. Это объясняется значительным числом побочных эффектов, которые сопровождают их прием. Наиболее важными для педиатрической практики являются головные боли, сухость во рту и атония кишечника [9]. При этом отмечается следующая закономерность: эффект холинолитиков тем выше, а побочные действия тем ниже, чем значительнее преобладание ваготонической иннервации [6].

Известно, что в основе абдоминальных болей во многих случаях лежат вегетативные нарушения. Такие состояния имеют яркую симптоматику, часто сложны в диагностическом плане и торпидны к проводимой терапии. Несмотря на то, что в большинстве случаев вегетативные дисфункции являются генерализованными, по преобладающим симптомам возможно выделять соматовисцеральные синдромы [2]. У детей одним из наиболее распространенных синдромов является поражение желудочно-кишечного тракта, чаще ваготонической направленности. При этом можно выделить ха-

рактерные для разных возрастов особенности клинической картины. Так, до года преобладают срыгивания, от 2 до 8 лет вегетативные дисфункции чаще проявляется повторными эпизодами рвоты, а в 6-12 лет — абдоминальными болями и диспепсическими расстройствами. Вегетативные механизмы обуславливают сочетанные поражения различных отделов ЖКТ, особенно тех, которые развиваются из единой закладки верхней кишки и имеют тесные связи кровообращения и иннервации. Попытки рассматривать указанные изменения как самостоятельные заболевания или осложнения приводят к полипрагмазии и неадекватному лечению [5].

В качестве синдрома вегетативные дисфункции с преимущественно гастроэнтерологическими проявлениями могут сопровождать напряжение адаптационных процессов (например, при поступлении в детские дошкольные учреждения и школы), гормональные изменения пубертатного периода, невротические нарушения [4]. Очевидно, в таких случаях более адекватным будет применение препаратов, устраняющих нарушения вегетативного баланса системы, а не отдельных симптомов заболевания.

По мнению А. М. Вейна, к критериям, которые позволяют судить о преобладании парасимпатической регуляции ЖКТ, относят усиленное слюноотделение, симптомы повышенной кислотности желудочного сока, избыточную перистальтику кишечника и склонность к поносам, тошноту, приступообразные боли в животе. Клиническими признаками в пользу симпатикотонии считаются сухость во рту, ноющие боли в животе и атонические запоры [2].

Обязательным условием для назначения этих препаратов является отсутствие запоров и жалоб на сухость во рту. При наличии 1-2 признаков парасимпатической реакции, назначение ХЛ целесообразно, а 3-5 признаков практически необходимо.

Итак, мы полагаем, что при купировании абдоминальных болей во многих случаях более обоснован синдромологический, а не нозологический подход. Так как действие препаратов этой группы опосредуется через нервные окончания вагуса, то и эффект зависит в большей мере от вегетативных взаимоотношений в ЖКТ. Использование предлагаемой схемы призвано способствовать быстрому купированию болевого и диспепсического синдрома при хорошей переносимости ХЛ, уменьшению лекарственной нагрузки, снижению курсовой стоимости лечения.

Вопрос о выборе антихолинергического препарата до последнего времени оставался открытым. Широко распространенные и недорогие препараты красавки (Бесалол, Белалгин, Беластезин) обладают выраженными побочными эффектами и для курсового лечения, как правило, непригодны.

ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ ПЕЧКУРОВ —
профессор, зав кафедрой педиатрии
Самарского государственного медицинского
университета



Прифиниум бромид в большей мере действует на М-холинорецепторы пищеварительного тракта. Он снижает тонус гладкой мускулатуры, подавляет секрецию соляной кислоты, ускоряет транзит химуса из желудка [3]. Он мог бы назначаться при абдоминальном болевом синдроме и диспепсических расстройствах, однако в России пока недоступен.

Реальной альтернативой неселективным холинолитикам является полусинтетическое производное алкалоида гиосциамин — гиосцина бутилбромид отличается преимущественным действием на гладкую мускулатуру антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей. Этот препарат плохо всасывается в ЖКТ и в наибольшей степени накапливается в желчном пузыре и протоках [7]. В нашей стране препарат известен под торговым названием Бускопан® и зарегистрирован в двух лекарственных формах: таблетки и свечи по 10 мг, разрешен к применению с 6 лет.

Таким образом, использование холинолитиков при абдоминальном болевом синдроме в качестве альтернативы миотропным спазмолитикам расширяет терапевтические возможности и повышает эффективность купирования боли, однако требует дифференцированного подхода

и оценки вегетативного тонуса желудочно-кишечного тракта пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васадзе Р. Г. // Вопр. охраны материнства и детства. — 1991. — № 2. — С. 24-27.
2. Вегетативные расстройства. / Под ред. А. М. Вейна — М., 2000.
3. Григорьев К. И., Запруднов А. М. // Педиатрия — 1996. — № 4. — С. 70-73.
4. Запруднов А. М. // Педиатрия — 1991. — № 9. — С. 4-11.
5. Мазурин А. В., Филин В. А., Анциферова Е. В. // Педиатрия. — 1999. — № 4. — С. 102-103.
6. Машковский М. Д. Лекарственные средства. — 10-е издание. — М., 1985. — Часть 1.
7. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. / Под общ. ред. В. Т. Ивашкина. — М., 2003. — Т. IV.
8. Рекомендации по обследованию и лечению больных с синдромом диспепсии. / Под ред. В. Т. Ивашкина — М., 2001.
9. Усов И. Н., Фурсевич В. М., Кевра М. К. Фармако-рецептурный справочник педиатра. — Минск, 1994.
10. Энциклопедия лекарств. / Под ред. Ю. Ф. Крылова — М., 1999.

Лямблиоз у детей: современные подходы к диагностике и лечению

Р. А. ФАЙЗУЛЛИНА

Казанской государственной медицинской академии

УДК 616-094/095-053.2

На фоне глобальных экономических изменений, ухудшения экологической обстановки, недостаточного и несбалансированного питания, включая дефицит витаминов и микроэлементов, психологического стресса, связанного со школьными перегрузками и социальным напряжением, прогрессивного увеличения хронической патологии, широкого применения различных лекарственных средств все чаще происходят нарушения адаптационных процессов и многие известные заболевания изменяют свою клиническую картину. Это относится и к заболеваниям, вызываемым различными паразитами, в частности, лямблиями.

По определению ВОЗ, под лямблиозом подразумевается любой случай инвазии лямблиями, как клинически явный, так и бессимптомный. Несмотря на расширяющиеся возможности своевременной диагностики и лечения, заболеваемость лямблиозом продолжает оставаться высокой.

Эта патология играет выраженную роль в формировании отрицательного воздействия на здоровье, приводит к значительным экономическим последствиям. Чаще лямблиозу подвержены дети, лица из социально незащищенных слоев населения и жители сельской местности. Со времени введения государственного статистического наблюдения в 1991 г. заболеваемость лямблиозом, по данным официальной статистики, за последние 15 лет возросла на 85,6% и составила в 2006 г. — 84,1 на 100 тыс. населения и не имеет тенденции к снижению. Среди заболевших более 60% составляют дети, показатели заболеваемости которых с 1991 г. возросли в 2,5 раза и составили в 2006 г. 355,8 на 100 тыс. детей до 14 лет. Дети младшего возраста поражаются в 3 раза чаще, чем взрослые; распространенность лямблиоза может быть особенно широкой среди детей второго года жизни, посещающих детские дошкольные учреждения, а также в учреждениях для умственно отсталых детей, среди которых показатель распространенности может превышать, по опубликованным данным, 50%.

Неблагополучная эпидемиологическая обстановка по заболеваемости лямблиозом обусловлена, прежде всего, неудовлетворительным обеспечением населения доброка-

**ФАЙЗУЛЛИНА РЕЗЕДА ГАБДУЛАХАТОВНА —
доктор медицинских наук, доцент кафедры
педиатрии с курсом поликлинической педиатрии
Казанской государственной медицинской академии**