

Ю.А. Козлова

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

Возможности применения спазмолитического препарата направленного действия у детей с абдоминальной болью на этапе диагностического поиска

Контактная информация:

Козлова Юлия Александровна, младший научный сотрудник, детское отделение МОНКИ им. М.Ф. Владимирского

Адрес: 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, тел.: (495) 631-72-98

Статья поступила: 22.10.2009 г., принята к печати: 01.02.2010 г.

168

Для установления причины абдоминальной боли у ребенка может потребоваться дополнительное обследование, которое часто занимает несколько дней. В большинстве случаев такая боль является результатом спазма гладкой мускулатуры ЖКТ. В этой связи применение спазмолитиков направленного действия, в частности гиосцина бутилбромид (Бускопан), представляется обоснованным. Гиосцина бутилбромид — М-холиноблокатор, не проникающий через гематоэнцефалический барьер, не вызывающий общих для холинолитиков сосудистых реакций и падения артериального давления. Препарат длительное время используется в педиатрии, может применяться у детей в возрасте 6 лет, обладает хорошим профилем безопасности.

Ключевые слова: абдоминальная боль, гиосцина бутилбромид.

При обращении больных к врачу-гастроэнтерологу наиболее частой бывает жалоба на абдоминальную боль. Если пациент обратился впервые, для определения причины боли и установления диагноза может потребоваться дополнительное обследование, которое занимает несколько дней (в зависимости от его объема).

В большинстве случаев абдоминальная боль в детской практике связана со спазмом гладкой мускулатуры органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Устранить или уменьшить эту боль способны препараты-спазмолитики. В настоящее время предпочтение отдается спазмолитикам, действующим непосред-

Yu.A. Kozlova

M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Scientific Clinical Institute

Antispasmodic medication with directive effect in children with abdominal pain at the stage of diagnostic search

Additional examination is needed for the purpose of detection of its etiology in some patients with abdominal pain, and it takes several days to prove a diagnosis. In most cases this pain is a result of muscle spasm in gastrointestinal tract. The administration of antispasmodic medication with directive effect, particularly, of hyoscine butylbromide (Buscopan), is well-grounded. Hyoscine butylbromide is M-cholinergic antagonist, it does not penetrates blood-brain barrier, does not induce common for cholinergic antagonists vascular reactions and decrease of blood pressure. This drug is used in pediatric practice for a long time, it can be used in patients 6 years old and older, and it has good safety profile.

Key words: abdominal pain, hyoscine butylbromide.

Бускопан®

Останавливает спазмы,
останавливает боль!

ственно на гладкую мускулатуру ЖКТ. Они эффективнее неселективных препаратов и свободны от ряда побочных эффектов, характерных для последних. Это группа спазмолитиков направленного действия. Одним из наиболее часто применяемых препаратов этой группы спазмолитиков является гиосцина бутилбромид (Бускопан, Берингер Ингельхайм, Германия) — М-холиноблокатор, не проникающий через гематоэнцефалический барьер, не вызывающий общих для холинолитиков сосудистых реакций и падения артериального давления. Эффективность спазмолитического действия Бускопана оценивается примерно в 44 раза выше, чем традиционного препарата — дротаверина. Рекомендованная дозировка гиосцина бутилбромид — 1–2 таблетки на прием, тогда как равнозначная по спазмолитическому действию дозировка дротаверина составляет 7–8 таблеток (300 мг) на прием [1]. Препарат выпускается не только в таблетках, но и в свечах, что немаловажно при применении у детей раннего возраста. Следует отметить, что побочные действия гиосцина бутилбромид при использовании обычной терапевтической дозировки встречаются крайне редко и связаны с действием препарата в регионе спазма. Связываясь с мускариновыми рецепторами, гиосцина бутилбромид блокирует М-рецептор на мембране миоцита и препятствует развитию спазма, не «смазывая» картину заболевания.

Препарат длительное время используется в педиатрии, может применяться с возраста 6 лет*, обладает хорошим профилем безопасности. Он весьма эффективен при абдоминальной боли, связанной с функциональной диспепсией, спазмом сфинктеров ЖКТ и гипермоторикой желчного пузыря, синдромом раздраженной кишки с преобладанием болей, детской кишечной колики, когда поверхностно-активные вещества типа симетикона оказываются неэффективными. Препарат широко применяется и при других расстройствах тонуса ЖКТ: пилороспазме, синдроме повышенного давления в двенадцатиперстной кишке, спастическом запоре.

Длительно сохраняющийся болевой синдром, особенно у детей, ведет к ряду негативных последствий как психического, так и соматического характера. Необходимость скорейшего устранения боли очевидна. Однако при этом врач нередко сталкивается с определенными проблемами. Во-первых, существует мнение, что применение спазмолитиков до проведения некоторых диагностических исследований (в частности эзофагогастродуоденоскопии и УЗИ) может приводить к изменению «внутреннего статуса» больного, снижать достоверность результатов исследований, затруднять уточнение диагноза. Во-вторых, в ряде случаев нарушается комплаенс, так как родители ребенка часто возражают против назначения какого-либо лечения до установления окончательного диагноза.



Дискомфорт



Боли



Спазмы



Болезненные менструации

Бускопан® — ваш правильный и надежный выбор

- Быстрое устранение боли
- Направленное действие
- Натуральная основа

Взрослые и дети старше 6-ти лет:



1–2 супп. 3–5 раз/сутки — эффект через 8–10 минут



1–2 табл. 3–5 раз/день — эффект через 20–30 минут
Эффект сохраняется в течение 6-ти часов



Boehringer
Ingelheim

Бускопан® — препарат выбора
при болях и спазмах в области живота

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ
ЛИБО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

* Существуют детские лекарственные формы препарата Бускопан (сироп, капли, детские суппозитории), которые можно принимать детям в возрасте от 0 до 6-ти лет. В России данные лекарственные формы не зарегистрированы.

Срабатывает стереотип: «надо знать, от чего лечить, а уже потом применять лекарственные препараты». Однако «терпеть» боль очень вредно не только с психологической, но и с физиологической точки зрения. В 90% случаев абдоминальная боль у ребенка не связана с органической патологией [2]. Сегодня известно, что в патогенезе возникновения функциональных расстройств ЖКТ часто лежит образование так называемых патологических систем, включающих в себя генераторы патологически усиленного возбуждения в ЦНС и органах-мишенях.

Нередко сами этиологические факторы заболевания (нарушение диеты, режима, стресс, интеркуррентная инфекция), запустившие формирование патологически усиленного возбуждения, уже не воздействуют на организм, но патологическая система сформирована и продолжает функционировать. В этой ситуации целесообразно воздействовать либо на генераторы патологически усиленного возбуждения в ЦНС, либо на органы-мишень. Для ликвидации таких источников боли чаще используют нейротропные препараты, применение которых в детском возрасте должно быть ограничено. Однако гиосцина бутилбромид является четвертичным аммониевым производным. Его молекула выгодно отличается от третичной молекулы нейротропных спазмолитиков предыдущего поколения (атропина, платифиллина и др.). Препараты класса третичных аммониевых соединений, как правило, оказывают системное воздействие

на ЦНС и имеют выраженные антихолинергические эффекты. Поэтому использование гиосцина бутилбромида как нейротропного спазмолитика в детском возрасте вполне обосновано. Влияние на орган-мишень с целью нормализации функции (например, воздействие гиосцина бутилбромида на мускулатуру кишечника при его спазме) путем обратной связи воздействует на патологическую систему, приводит к ее распаду и затуханию генераторов патологически усиленного возбуждения в ЦНС.

Таким образом, необходимость применения гиосцина бутилбромида (Бускопан) для симптоматического лечения абдоминальной боли у ребенка обусловлено воздействием препарата на важнейшие механизмы патогенеза заболевания. Становится очевидным что применение качественных безопасных препаратов рационально, с целью скорейшего купирования абдоминальной боли еще на этапе диагностического поиска. В ряде случаев обосновано назначение препарата в виде курсового лечения для реализации патогенетического принципа терапии. Отказаться от использования спазмолитиков в первый день обращения пациента с абдоминальной болью следует лишь в случае подозрения на острую хирургическую патологию при абсолютных противопоказаниях для назначения этого препарата. Во всех остальных ситуациях снятие болевого синдрома должно рассматриваться как первейшая задача врача на этапе обследования пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Maitai C. K., Njoroge D. K., Munenge R. W. A comparative study of two antispasmodic products: Buscopan and NO-Spa // East Afr Med J. 1985. 62 (7). P. 480–485.

2. Диагностика и лечение функциональных заболеваний органов пищеварения у детей. Рабочий протокол. М., 2005. С. 3–15.

Знаменательные и юбилейные даты истории педиатрии 2010 года*

350 лет — изобретение манометра (O. Guericke, 1660).

125 лет — «Лекции об острых инфекционных болезнях у детей. 1-е изд.» (Н. Ф. Филатов, 1885).

125 лет — Общество детских врачей (Петербург, 1885).

125 лет — первое описание инфекционного мононуклеоза (под названием «идиопатическое воспаление шейных лимфатических желез») (Н. Ф. Филатов, 1885).

125 лет — описание скарлатинозной краснухи как самостоятельного заболевания (болезнь Филатова-Дьюкса) (Н. Ф. Филатов, С. Dukes, 1885).

100 лет — «Детская хирургия». Ч. 1–3 — первое отечественное руководство по детской хирургии (Д. Е. Горохов, 1910–1919).

100 лет — «Zeitschrift für Kinderheilkunde» (Берлин — Гейдельберг — Нью-Йорк, 1910).

75 лет — постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) «О ликвидации детской беспризорности и безнадзорности» (31 мая 1935 г.).

75 лет — введение термина «акселерация (акселерация)» для обозначения раннего начала отдельных проявлений развития и ускорения темпов роста и развития детей и подростков (E. Koch, 1935).

75 лет — «Jornal de pediatria» (Бразилия, Рио-де-Жанейро, 1935).

75 лет — Ленинградский педиатрический медицинский институт (ныне Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия, 1935).

75 лет — первая кафедра детской офтальмологии в Ленинградском педиатрическом медицин-

ском институте МЗ РСФСР (ныне Санкт-Петербургская педиатрическая медицинская академия, 1935).

50 лет — «Внутривенная и внутрикостная анестезия при операциях на конечностях у детей» (Ю. Ф. Исаков, 1960).

50 лет — «Acta paediatrica» (Венгрия, Будапешт, 1960).

11 апреля — 125 лет со дня смерти Степана Фомича ХОТОВИЦКОГО (1796–1885, родился в селе Красикове Старокопанинского уезда Волынской губернии), российского акушера и педиатра. Доктор медицины, экстраординарный (1830–1832), а затем ординарный профессор (1832–1847). Создатель в Петербургской медико-хирургической академии и руководитель (1836–1847) самостоятельной кафедры акушерства с учением о женских и детских болезнях с впервые присоединенной к ней акушерской клиникой, в составе которой был организован стационар для детей — прообраз детской клиники. Первый среди отечественных ученых читал полный курс детских болезней, включая и инфекции детского возраста. Автор первого в России руководства по педиатрии — «Педиатрики» (1847). Внес вклад в развитие в стране гигиенической науки. Редактор «Военно-медицинского журнала» (1833–1839).

Соч. и лит.: см. БМЭ. 3-е и 2-е изд.; С. Ф. Хотовицкий (1796–1885) // Очерки истории отечественной гигиенической науки о питании. М.: Медицина, 1975. С. 47–49.

16 апреля — 70 лет со дня рождения Евгения Ивановича СИДОРЕНКО (1940, родился в станице Варениковской Крымского района Краснодарского края), российского специалиста в области детской офтальмологии, члена-корреспондента РАМН, заслуженного деятеля науки. С 1989 г. Евгений Иванович — заведующий кафедрой глазных болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета. Научные исследования посвящены использованию инфразвука в офтальмологии, перинатальной офтальмологии, гипоксическим состояниям. Открыл явление инфразвукового фонофореза, позволяющего значительно повысить эффективность медикаментозного лечения. Разработал двухэтапный метод, включающий ирригационную дробную терапию, позволившую существенно повысить эффективность медикаментозного лечения при терапии частичных атрофий зрительного нерва. Соч.: Офтальмология: учебник. М., 2002. (совместно с др.); Охрана зрения детей общеобразовательного учреждения от концепции до практики. М., 2003. (совместно с др.); Коррекция астигматизма торических мягкими контактными линзами: Методическая технология: Метод пособие. М., 2007. (совместно с др.). Лит.: 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 475.

* Составитель: Н. П. Воскресенская (Отдел истории медицины и здравоохранения (Руководитель проф. М. Б. Мирский) Национального НИИ общественного здоровья РАМН).

Правила оформления публикаций

Представленные в работе данные должны быть оригинальными. Не допускается направление в редакцию работ, которые дублируются в других изданиях или посланы для публикации в другие редакции. Редакция не несет ответственность за достоверность собственных клинических исследований авторов статей.

Все присланные работы подвергаются научному рецензированию. Редакция оставляет за собой право сокращения публикуемых материалов и адаптации их к рубрикам журнала. Статьи, не оформленные в соответствии с данными правилами, к рассмотрению не принимаются и авторам не возвращаются.

В редакцию направляются 1 экземпляр рукописи с направлятельным письмом учреждения, заверенным ответственным лицом, на имя главного редактора журнала. К рукописи прилагается электронный носитель (CD), содержание которого должно быть идентичным принтерной распечатке. По согласованию с редакцией допускается направление всех материалов по электронной почте.

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ СТАТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРАВИЛ:

1. Текст печатается в текстовом редакторе Word шрифтом Times, кеглем 12, через 1,5 интервала на листе А4. Поля: верхнее и нижнее — 2,5 см, левое — 3,5 см, правое — 1,5 см. Запрещается использование автоматических переносов. Внизу справа ставится нумерация страниц.

2. В текст статьи не включаются иллюстрации (таблицы и рисунки) или кадровые рамки для указания места их размещения в тексте.

3. Титульная страница: *название статьи* (не допускается употребление сокращений, а также торговых названий препаратов, продуктов питания и биодобавок); *инициалы и фамилия(и) автора(ов)*; *полное официальное название учреждений, на базе которых выполнено исследование, город, страна* (если учреждение находится за пределами РФ); *принадлежность каждого автора к соответствующему учреждению* указывается цифрами, надстрочным индексом в порядке упоминания; *аннотация статьи* (не более 150 слов) имеет следующую структуру: краткое вступление, отражающее актуальность проблемы, материалы и методы исследования, результаты исследования и выводы; *перечень ключевых слов статьи*; *данные «Для корреспонденции»* одного из авторов статьи (фамилия, имя и отчество, занимаемая должность, ученая степень, ученое звание, а также рабочий адрес с почтовым индексом, номерами контактных телефонов, факса, e-mail). Статью обязательно подписывают все авторы.

4. Объем статей: не более 15 страниц — для оригинальной, 20 — для лекции или обзора литературы, 7 — для описания клинического наблюдения. Оригинальная статья должна иметь следующие разделы: введение, пациенты и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение). При описании клинического наблюдения приводятся результаты только тех исследований, которые имеют дифференциально-диагностическую и диагностическую ценность для описываемого случая.

5. Все цифровые данные должны иметь соответствующие единицы измерения в системе СИ, для лабораторных показателей в скобках указываются нормативные значения. Употребление в статье необщепринятых сокращений не допускается. Малоупотребительные и узкоспециальные термины должны быть расшифрованы. Сокращение слов и названий (не более 3), кроме общепринятых сокращений мер, физических и математических величин и терминов, допускается только с первоначальным указанием полного названия и написания соответствующей аббревиатуры сразу за ним в круглых скобках. В публикации следует пользоваться современной русскоязычной научной терминологией и не употреблять «кальки» терминов, транскрибированные с иностранных слов.

6. При описании лекарственных препаратов должны быть указаны: международное непатентованное наименование (МНН), торговое название, фирма-изготовитель и страна производства; все названия и дозировки должны быть тщательно выверены. Способ применения, дозы и формы используемых лекарственных препаратов и биодобавок должны учитывать возраст пациентов и соответствовать официальным предписаниям. Описание пострегистрционных клинических испытаний лекарственных препаратов, продуктов питания, биологически активных добавок и средств по

уходу за детьми должны обязательно включать информацию о регистрации и разрешении к применению указанной продукции официальными разрешительными органами (регистрационный номер, дата регистрации).

7. При упоминании использованной в ходе выполнения работы лечебно-диагностической аппаратуры необходимо в скобках указать название фирмы и страну производства аппаратуры. Описание данных, полученных при использовании оригинальной, разработанной в данном учреждении, лечебно-диагностической аппаратуры требует указания номера авторского свидетельства и лицензии на внедрение этой аппаратуры, а также разрешения на ее использование у детей.

8. При применении авторами инвазивных исследований и процедур должно быть приведено исчерпывающее обоснование их проведения. В отдельных случаях, до публикации материала, редакция оставляет за собой право потребовать у авторов предоставления разрешения этического комитета учреждения.

9. Все латинские названия пишутся курсивом. Первое упоминание микроорганизма должно включать полностью родовое и видовое названия, даже если микроорганизм широко известен. В дальнейшем пишется сокращенное родовое и полное видовое название.

10. Иллюстративный материал с подписями располагается в файле после текста статьи и списка литературы и, за исключением таблиц, обозначается словом «рисунок». Таблицы, графики и диаграммы строятся в редакторе Word. Необходимо указывать цифровое значение каждого элемента диаграммы (столбик, сектор) или каждой точки графика; на осях должны быть указаны единицы измерения. Электронные версии рисунков, фотографий, рентгенограмм представляются в форматах .jpeg, .tif или .eps, имеющих разрешение не менее 300 ppi, и ширину объекта не менее 100 мм.

11. Список использованной в статье литературы прилагается в порядке цитирования источников. Библиографические ссылки даются в квадратных скобках через запятую в строгом соответствии со списком использованной литературы. В оригинальных статьях допускается цитирование не более 25 источников, в обзорах литературы — не более 60. В списке литературы указывается:

- при цитировании книги: фамилии и инициалы авторов, полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или ссылка на конкретные страницы;
- при цитировании статьи в журнале: фамилии и инициалы авторов (если авторов более 4, то указывают три, добавляя «и др.» или «et al.»), полное название статьи, полное или сокращенное название журнала (сокращения должны соответствовать стилю Index Medicus или MEDLINE), год издания, том, номер, цитируемые страницы;
- в статье допускаются ссылки на авторефераты диссертационных работ, но не на сами диссертации, так как они являются рукописями.

Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.

Авторы несут полную ответственность за точность данных, приведенных в списке использованной литературы.

ОБРАЗЦЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ЗАПИСЕЙ

1. Габуния М.С. Состояние молочных желез при применении гормональных препаратов в гинекологической практике // Российский вестник акушера-гинеколога. 2001. Т. 4, № 6. С. 55–58.
2. Буланкина Е.В. Диагностика и прогноз развития висцеральных нарушений у детей с врожденной дисплазией соединительной ткани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново, 2002. С. 24.
3. Kianfar H., Kimiagar M., Ghaffarpour M. Effect of daily and intermittent iron supplementation on iron status of high school girls // Int. J. Vitam. Nutr. Res. 2000. V. 70, № 4. P. 172–177.
4. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей — от теории к практике. М.: Союз педиатров России. 2010. 420 с.

Статьи присылать по адресу:

119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62
 тел.: (499) 132-72-04
 тел./факс: (499) 132-30-43
 e-mail: vsp@nczd.ru