



Ю. В. Марушко, К. І. Нагорна
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, Київ

Терапевтичний підхід при поєднанні дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді та залізодефіцитної анемії легкого ступеня у дітей шкільного віку

Мета — вивчити ефективність комплексного лікування із застосуванням синглетно-кисневої терапії з жовчогінними травами і комбінованого препарату заліза у дітей із дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та залізодефіцитною анемією (ЗДА) I ступеня.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження у дітей віком 9—17 років, які проходили лікування в стаціонарі з приводу загострення дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді, з них 29 мали ЗДА I ступеня і отримували досліджуваний лікувальний комплекс, 40 без ЗДА отримували традиційне лікування. Всім дітям проведено клінічне обстеження, ультразвукову холецистографію в динаміці, катамнестичне спостереження протягом 12 міс. Проводили загальний аналіз крові, визначали рівень сироваткового заліза, загальну залізо зв'язувальну здатність сироватки крові, розраховували коефіцієнт насичення трансферину.

Результати. У дітей, які отримували досліджуваний лікувальний комплекс, відзначено швидший регрес клінічної симптоматики, тривалу клінічну ремісію і зниження частоти загострень дисфункції жовчного міхура та сфінктера Одді.

Висновки. У дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та ЗДА I ступеня має місце обтяжений перебіг унаслідок підвищеної частоти загострень і вираженої диспепсичної та астеновегетативної симптоматики у фазі загострення. Лікування із застосуванням синглетно-кисневої терапії з жовчогінними травами і комбінованого препарату заліза у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та ЗДА I ступеня сприяє швидшому регресу симптомів загострення і зниженню частоти загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді протягом наступних 12 міс.

Ключові слова: діти, дисфункція жовчного міхура і сфінктера Одді, залізодефіцитна анемія, синглетно-киснева терапія.

Дисфункція жовчного міхура і сфінктера Одді нині дуже поширена серед дітей в Україні (на її частку припадає 65—85% у структурі патології жовчних шляхів) [3]. Залізодефіцитна анемія (ЗДА) — ще один поширений станом, який трапляється у 4,8% дітей [5]. Дисфункція жовчного міхура і сфінктера Одді за неадекватної терапії може стати причиною формування та прогресування низки захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) органічного характеру [2]. Залізодефіцитні стани негативно впливають на перебіг

багатьох захворювань [6, 8]. Відомо, що корекція дефіциту заліза нормалізує широкий спектр фізіологічних функцій, порушення яких має місце при ЗДА [6, 7, 9]. Водночас ефект феропрепаратів для перорального застосування, які є основним засобом терапії ЗДА, залежить від функціональної здатності ШКТ. Порушення процесів травлення і всмоктування в кишечнику, яке має місце при патології жовчних шляхів, може стати причиною недостатньої ефективності феротерапії у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді [6, 7, 10], тому при лікуванні пацієнтів із дисфункцією жовчного міхура та сфінктера Одді

і ЗДА I ступеня доцільним є застосування лікувальних заходів, спрямованих на корекцію порушення моторики ШКТ, поліпшення обмінних процесів у слизовій оболонці кишечника та оптимізацію процесів кишкового пристінкового травлення. Для забезпечення зазначених терапевтичних ефектів у нашому дослідженні було застосовано синглетно-кисневу терапію (СКТ) [1] у вигляді коктейлю з жовчогінними травами, що відповідає лікувальній тактиці при загостренні дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді.

Мета — вивчити ефективність комплексного лікування із застосуванням синглетно-кисневої терапії з жовчогінними травами і комбінованого препарату заліза у дітей із дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та залізодефіцитною анемією (ЗДА) I ступеня.

Матеріали та методи

Дослідження проведено із залученням пацієнтів, які проходили лікування з приводу загострення дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді в дитячій клінічній лікарні № 8 Шевченківської РДА в м. Києві. Критерії залучення пацієнтів у дослідження: вік від 9 до 17 років, клінічні та ультрасонографічні ознаки дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді, тривалість дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді 12 міс і більше, письмова інформована згода батьків або законних представників пацієнтів, або самих пацієнтів. Критерії виключення: клініко-лабораторні ознаки і/або дані ендоскопічного обстеження, які свідчили про наявність супутньої патології органів ШКТ (гастриту, гастродуоденіту, панкреатиту, холециститу, ентериту, коліту), ожиріння, виражена дисплазія сполучної тканини (за методикою Л. М. Фоміної), алергопатологія (алергодерматози, бронхіальна астма), прихильність до особливої дієти (вегетаріанство, веганство, дотримання релігійних постів тощо), відмова від участі в дослідженні на будь-якому етапі.

Обстежено 29 дітей (16 дівчаток і 13 хлопчиків), з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та ЗДА I ступеня (група I) і 40 дітей (22 дівчинки і 18 хлопчиків), з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та нормальними показниками периферійної крові та обміну заліза (група II). До групи I залучали пацієнтів з клінічними ознаками ЗДА (слабкість, швидка стомлюваність, сухість і блідість шкіри та слизових, ангулярний стоматит, тонке, посічене волосся, стоншеність нігтів, симптом «синіх склер» Ослера, серцебиття, задишка при фізичному навантаженні, глухість серцевих тонів тощо) та рівнем гемоглобіну 110–114 г/л для дітей віком до 12 років, 110–119 г/л для дітей віком 12–17 років, 110–129 г/л для хлопців старше 14 років, вмістом еритроцитів нижче за $3,8 \cdot 10^{12}$ (діагностичні критерії відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу «Залізодефіцитна анемія», Наказ МОЗ України № 709 від 02.11.2015 р.) [4], зі зниженням рівня заліза у сироватці крові, підвищенням загальної залізовв'язувальної здатності сироватки крові. Розраховували коефіцієнт насичення трансферину (КНТ) за формулою:

$$\text{КНТ} = \frac{\text{Рівень заліза у сироватці крові}}{\text{Загальна залізовв'язувальна здатність сироватки крові}} \cdot 100\%.$$

До групи II залучали дітей з КНТ понад 17%.

Результати дослідження периферійної крові наведено в табл. 1.

Групи були порівнянними за віком та співвідношенням статей.

Лікування пацієнтів групи I проводили згідно з чинним Уніфікованим клінічним протоколом (наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р.) [3] із застосуванням додатково СКТ і комбінованого препарату заліза, міді та марганцю у вигляді коктейлю з жовчогінним збором (цмину піщаного квіток 0,4 г, деревію трави 0,2 г, м'яти перцевої листя 0,2 г, коріандру плодів 0,2 г) з 2-го дня лі-

Таблиця 1. Лабораторні показники периферійної крові та обміну заліза в групах дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді (M ± m)

Показник	Група I (n = 29)	Група II (n = 30)
Еритроцити, $\cdot 10^{12}$	3,57 ± 0,03	4,25 ± 0,03
Гемоглобін, г/л	111,64 ± 0,8	130,04 ± 1,0
Рівень заліза у сироватці крові, мкмоль/л	10,07 ± 1,0	18,01 ± 1,1
Загальна залізовв'язувальна здатність сироватки крові, мкмоль/л	75,23 ± 2,7	56,94 ± 2,0
Латентна залізовв'язувальна здатність сироватки крові, мкмоль/л	58,24 ± 1,5	34,9 ± 1,1
КНТ, %	12,07 ± 0,5	30,7 ± 1,0

Примітка. Різниця між групами I та II за усіма показниками статистично значуща ($p < 0,05$).

кування по 100 мл двічі на добу за 40 хв до їди протягом 10 діб. Комбінований препарат заліза (рідка лікарська форма для перорального застосування в ампулах по 10 мл, містить заліза (у вигляді заліза глюконату) 50 мг, марганцю (у вигляді марганцю глюконату) 1,33 мг, міді (у вигляді міді глюконату) 0,7 мг) призначали з 5-го дня перебування в стаціонарі. Для встановлення толерантності ШКТ до препарату та уникнення побічної дії перші 5 діб призначали неповну дозу препарату (по 10 мл (50 мг заліза) — 1 ампула). Надалі пацієнти приймали терапевтичну дозу препарату — 5мг/кг маси тіла, але не більше ніж 100 мг з розрахунку по елементарному залізу, протягом 60 діб, після чого отримували підтримувальну дозу 1–2 мг/кг маси тіла (по 1 ампулі) на добу протягом 60 діб.

Хворим групи II було призначено традиційне лікування згідно з чинним Уніфікованим клінічним протоколом (наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р.) [3].

Проведено катamnестичне спостереження протягом 12 міс після курсу лікування.

За дизайном дослідження проспективне: диференційовано вивчали клінічні вияви дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді та ЗДА у пацієнтів до і після комплексного лікування, порівнювали показники перебігу захворювання з відповідними показниками у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та нормальними гематологічними показниками.

Статистичну обробку даних виконано з використанням програми Microsoft Excel 2010. Дані наведено у вигляді $M \pm m$, де M — середнє арифметичне, m — похибка середнього арифметичного.

Результати та обговорення

При вивченні анамнезу встановлено, що середня частота загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді протягом останніх 12 міс становила $3,03 \pm 0,14$ та $1,43 \pm 0,12$ у дітей групи I та II відповідно. Отже, дисфункція жовчного міхура і сфінктера Одді у разі поєднання із ЗДА у дітей перебігала з достовірно частішими загостреннями ($p < 0,05$). Середня тривалість загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді у дітей групи I становила $(8,8 \pm 0,3)$ доби і була статистично достовірно більшою ($p < 0,05$), ніж у дітей групи II ($(7,9 \pm 0,2)$ доби).

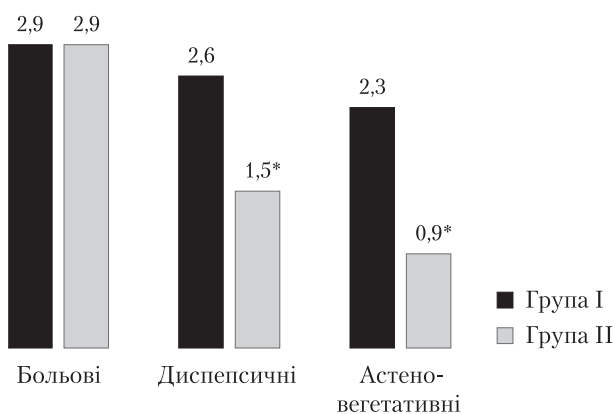
Провідною скаргою при госпіталізації до стаціонару був абдомінальний біль, який турбував усіх обстежених пацієнтів. У дітей групи I статистично значущо частіше ($p < 0,05$) мав місце біль у правому підребер'ї, пов'язаний із психоемоційним навантаженням (табл. 2). Астенове-

гетативні вияви захворювання траплялися частіше (див. табл. 2) та були інтенсивнішими (рис. 1) у групі I. Абдомінальний біль, пов'язаний із психоемоційним навантаженням, а також виражені астеновегетативні симптоми, які об'єктивно не відповідали тяжкості загострення дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді, у пацієнтів групи I вважали зумовленими ЗДА. У пацієнтів групи I частіше ($p < 0,05$) спостерігали диспепсичну симптоматику: зниження апетиту, метеоризм та порушення випорожнень з переважанням закріпів (див. табл. 2). За даними копрологічного дослідження, у дітей групи I частіше ($p < 0,05$) виявлялася стеаторея 2-го типу ($(72,4 \pm 8,4)\%$ порівняно з $(47,5 \pm 7,9)\%$ у групі II) та перетравлювана рослинна клітковина в калі

Таблиця 2. Частота клінічної симптоматики у групах дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді в стадії загострення, %

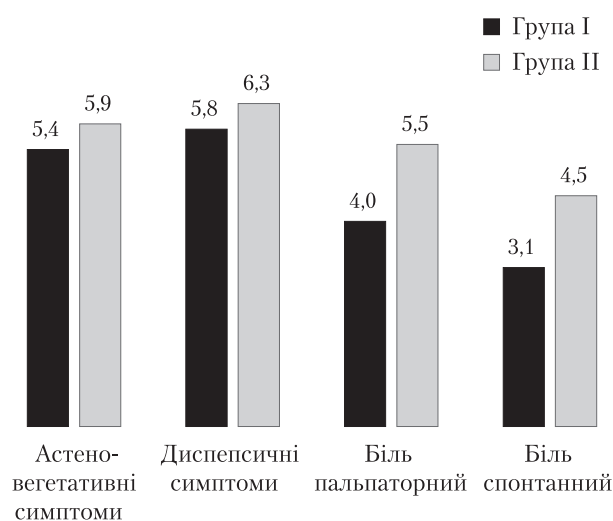
Показник	Група I	Група II
Ніючий біль	80,0	86,2
Нападоподібний біль	25,0	31,0
Постійний біль	67,5	79,3
Біль при емоційному навантаженні	7,5	27,6*
Біль при фізичному навантаженні	27,5	37,9
Біль при пальпації у правому підребер'ї	100	100
Спонтанний біль у правому підребер'ї	100	100
Нудота	82,5	82,8
Блювання	2,5	3,4
Зниження апетиту	52,5	86,2*
Закрепи	35,0	86,2*
Пронос	5,0	3,4
Нестійкі випорожнення	12,5	55,2
Метеоризм	27,5	55,2*
Обкладеність язика	87,5	89,7
Підвищена стомлюваність	25,0	75,9*
Загальна слабкість	22,5	68,9*
Дратівливість	32,5	58,6
Емоційна лабільність	47,5	55,2
Блідість шкірних покривів	30,0	89,7*
Головний біль, запаморочення	5,0	48,3*

Примітка. * Різниця щодо групи I статистично значуща ($p < 0,05$).



* Різниця щодо групи I статистично значуща ($p < 0,05$).

Рис. 1. Вираженість клінічних симптомів у групах дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді в стадії загострення, бали



* Різниця щодо групи I статистично значуща ($p < 0,05$).

Рис. 2. Середня тривалість клінічної симптоматики у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді, дні

(відповідно у $(48,3 \pm 9,4)$ та $(25,0 \pm 6,8)$). Таким чином, ЗДА у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді асоціюється з підвищеною частотою загострень патології жовчних шляхів, вираженою астеновегетативною симптоматикою і погіршенням процесів травлення та всмоктування в кишечнику.

Проведено оцінку вираженості клінічної симптоматики на початку лікування. Протягом перших 24 год перебування в стаціонарі всі симптоми та скарги пацієнтів було оцінено відповідною кількістю балів від 0 до 3 (див. рис. 1).

Зміни клінічного стану пацієнтів під впливом лікування реєстрували щоденно на підставі суб'єктивної оцінки свого стану хворими та даних об'єктивного обстеження (рис. 2).

Позитивної динаміки під час лікування, як щодо больової, так і щодо диспепсичної та астеновегетативної симптоматики, у статистично значущо ($p < 0,05$) коротший строк було досягнуто в групі I, зокрема швидко позитивна клінічна динаміка симптомів, а також поліпшення самопочуття та апетиту. В групі II довше зберігалися окремі суб'єктивні та об'єктивні клінічні симптоми дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді.

Переносність лікування була задовільною, побічних реакцій на госпітальному етапі лікування не виявлено.

Наприкінці госпітального лікування нам вдалося досягти усунення клінічних симптомів дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді в усіх пацієнтів. Для з'ясування стійкості клінічного ефекту лікування дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді, а також феротерапії у пацієнтів із ЗДА I ступеня проведено спостереження за пацієнтами протягом 1 року після виписки зі стаціонару.

На 21-шу добу від початку лікування у дітей групи I зменшилася блідість шкірних покривів і сли-

Таблиця 3. Лабораторні показники периферійної крові у дітей I групи на тлі прийому препарату заліза ($n = 29$; $M \pm m$)

Показник	До лікування	На 21-й день лікування
Еритроцити, $\cdot 10^{12}$	$3,57 \pm 0,03$	$4,05 \pm 0,02^*$
Гемоглобін, г/л	$111,64 \pm 0,8$	$128,90 \pm 1,0^*$
Кольоровий показник	$0,91 \pm 0,02$	$0,94 \pm 0,02$
Середній вміст гемоглобіну в еритроцитах, пг	$28,43 \pm 0,1$	$30,15 \pm 0,1^*$
Середній об'єм еритроцитів, фл	$89,20 \pm 0,3$	$90,70 \pm 0,4$
Середня концентрація гемоглобіну в еритроциті, г/дл	$31,19 \pm 0,6$	$33,90 \pm 0,2^*$

Примітка. * Різниця щодо значення показника до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

Таблиця 4. Частота клінічної симптоматики в групах дітей з функціональним розладом біліарного тракту і дефіцитом заліза до лікування та через 3 та 6 міс після лікування (M ± m)

Основні клінічні симптоми	До лікування		Через 3 міс		Через 6 міс	
	Група I (n = 29)	Група II (n = 40)	Група I (n = 29)	Група II (n = 40)	Група I (n = 22)	Група II (n = 35)
Спонтанний абдомінальний біль	29 (100%)	40 (100%)	2 (6,9%)	4 (10,0%)	3 (13,6%)	9 (25,7%)*
Біль при фізичних навантаженнях	11 (37,9%)	11 (27,5%)	1 (3,4%)	2 (5,0%)	2 (9,1%)	6 (17,1%)*
Біль при психоемоційних навантаженнях	8 (27,6%)	3 (7,5%)	0	1 (2,5%)	1 (4,5%)	2 (5,7%)*
Біль ниючі неінтенсивні	25 (86,2%)	32 (80,0%)	2 (6,9%)	4 (10,0%)	3 (13,6%)	9 (25,7%)*
Диспептичні симптоми	29 (100%)	33 (82,5%)	0	3 (7,5%)	3 (13,6%)	8 (22,8%)
Астено-вегетативні симптоми	29 (100%)	19 (47,5%)	1 (3,4%)	(5,0%)	3 (13,6%)	5 (14,3%)*
Ознаки сидеропенії	29 (100%)	0	0	0	2 (9,1%)	0

Примітка. * Різниця щодо значення показника до лікування статистично значуща ($p < 0,05$).

зових оболонки, повністю зникли скарги на млявість, слабкість, зниження і зміни апетиту, задишку при фізичному навантаженні, а також нормалізувалися показники периферійної крові (табл. 3).

Оскільки нормальні показники периферійної крові не є ознакою остаточного усунення дефіциту заліза, для повного відновлення депо заліза в організмі курс феротерапії було продовжено згідно із наведеною вище схемою.

Через 3 і 6 міс після лікування відзначено відновлення клінічних симптомів дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді у частини хворих (табл. 4).

Перших 3 міс після лікування у пацієнтів обох груп відзначено позитивний ефект, зокрема відсутність клінічної симптоматики та наявність окремих легких симптомів у пацієнтів. Після 6 міс спостереження клінічні симптоми дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді зі статистично значущо ($p < 0,05$) більшою частотою виявлено в групі II. Відсутність або окремі незначні клінічні вияви сидеропенічного синдрому в групі I свідчили про усунення дефіциту заліза (див. табл. 4).

Частота загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді протягом року катamnестичного спостереження в групі I становила $0,93 \pm 0,11$, а в групі II — $1,51 \pm 0,11$. Отже, при застосуванні комплексного лікування (СКТ та комбінованого препарату заліза) у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та ЗДА I ступеня вдалося знизити частоту загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера

Одді протягом року у 3,26 разу. У пацієнтів групи II, яким було застосовано традиційне лікування, частота загострень не змінилася.

Висновки

При поєднанні дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді та залізодефіцитної анемії I ступеня у дітей має місце підвищення частоти загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді порівняно з дітьми з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді без залізодефіцитної анемії, а також більш виражена диспептична та астеновегетативна симптоматика при загостренні дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді, що вказує на обтяження перебігу дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді при залізодефіцитній анемії.

Комплексна терапія із застосуванням дієти, комбінованого препарату заліза, міді і марганцю та синглетно-кисневої терапії з жовчогінними травами у дітей з дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді та залізодефіцитною анемією I ступеня сприяє швидкому регресу клінічних виявів дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді у фазі загострення.

Застосування запропонованої комплексної терапії забезпечує адекватне лікування залізодефіцитної анемії I ступеня у дітей із дисфункцією жовчного міхура і сфінктера Одді, тривалу ремісію патології жовчних ходів і зниження частоти загострень дисфункції жовчного міхура і сфінктера Одді протягом року у 3,26 разу.

Автори заявляють про відсутність необхідності розкриття фінансової підтримки або конфлікту інтересів щодо цієї публікації.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, аналіз результатів — Ю. М., К. Н.; збір матеріалу, написання тексту — К. Н., редагування — Ю. М.

Список літератури

1. Баблюк Л. А. Комплексне лікування хронічного некалькульозного холециститу екстрактом артишоку і синглетно-кисневою терапією: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Івано-Франківськ, 2010. — 20 с.
2. Лоранская И. Д. Функциональные расстройства билиарного тракта. — М.: Форте-принт, 2013. — 92 с.
3. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення. — 196 с. (Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р.).
4. Уніфікований клінічний протокол надання первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: залізодефіцитна анемія. — 46 с. (Наказ МОЗ України № 709 від 02.11.2015 р.).
5. Шадрін О. Г., Гайдучик Г. А. Проблемні питання харчування дітей раннього віку та шляхи їх вирішення // Укр. мед. часопис. — 2016. — № 2 (112). — С. 68—69.
6. De Andrade Cairo R. C., Rodrigues Silva L., Carneiro Bustani N., Ferreira Marques C. D. Iron deficiency anemia in adolescents: a literature review // Nutr. Hosp.— 2014.— Vol. 29(6).— P. 1240—1249. doi: 10.3305/nh.2014.29.6.7245. Review. PMID:24972460
7. Oral Iron for Anemia: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness and Guidelines Rapid Response Report: Summary with Critical Appraisal // Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; [2016] <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/jan-2016/RC0735%20Oral%20Iron%20Final.pdf>.
8. Queiroz D. M., Harris P. R., Sanderson I. R. et al. Iron status and Helicobacter pylori infection in symptomatic children: an international multi-centered study // PLoSOne.— 2013.— 8(7):e68833. doi: 10.1371/journal.pone.0068833. Print 2013.
9. Yokusoglu M., Nevruz O., Baysan O. et al. The altered autonomic nervous system activity in iron deficiency anemia // Tohoku J. Exp. Med.— 2007.— Vol. 212(4).— P. 397—402. PMID:17660705
10. Zariwala M. G., Somavarapu S., Farnaud S. Comparison study of oral iron preparations using a human intestinal model // Sci. Pharm.— 2013.— Vol. 81(4).— P. 1123—1139.

Ю. В. Марушко, Е. И. Нагорная

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Терапевтический подход при сочетании дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди и железодефицитной анемии легкой степени у детей школьного возраста

Цель — изучить эффективность комплексного лечения с применением синглетно-кислородной терапии с желчегонными травами и комбинированного препарата железа у детей с дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди и железодефицитной анемией (ЖДА) I степени.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование у детей в возрасте 9—17 лет, проходивших лечение в стационаре по поводу обострения дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди, из них 29 имели ЖДА I степени и получали исследуемый лечебный комплекс, 40 без ЖДА получали традиционное лечение. Всем детям проведено клиническое обследование, ультразвуковую холецистографию в динамике, катamnестическое наблюдение в течение 12 мес. Определяли общий анализ крови, уровень железа в сыворотке крови, общую железосвязывающую способность сыворотки крови, рассчитывали коэффициент насыщения трансферина.

Результаты. У детей при применении исследуемого лечебного комплекса отмечен быстрый регресс клинической симптоматики, длительная клиническая ремиссия и снижение частоты обострений дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди.

Выводы. У детей с дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди и ЖДА I степени имеет место отягощенное течение вследствие повышенной частоты обострений и выраженной диспепсической и астеновегетативной симптоматики в фазе обострения. Лечение с применением синглетно-кислородной терапии с желчегонными травами и комбинированного препарата железа у детей с дисфункцией желчного пузыря и сфинктера Одди и ЖДА I степени способствует быстрому регрессу симптомов обострения и снижению частоты обострений дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди в течение следующих 12 мес.

Ключевые слова: дети, дисфункция желчного пузыря и сфинктера Одди, железодефицитная анемия, синглетно-кислородная терапия.

Yu. V. Marushko, K. I. Nagorna
O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

Therapeutic approach to the treatment of school-age children with dysfunction of gallbladder and Oddi's sphincter, combined with mild iron deficiency anemia

Objective — to evaluate the efficiency of complex treatment with the use of singlet-oxygen therapy with choleretic herbs and combined iron supplementation in children with dysfunction of gallbladder and Oddi's sphincter (GSOD), combined with mild iron deficiency anemia (IDA I).

Materials and methods. A prospective study involved pediatric patients aged 9 to 17 years, who were treated in hospital for GSOD exacerbation. From them, 29 subjects with GSOD and IDA I received investigational treatment complex, and 40 patients with GSOD received standard treatment. All patients were undergone clinical examinations, ultrasonic cholecystography in dynamics, follow-up study for 12 months. Investigations included blood biochemistry, detection of serum iron levels, total iron-binding blood serum capacity and percent transferrin saturation.

Results. It has been established that the use of the investigational treatment complex for pediatric patients with GSOD and IDA I, resulted in a rapid clinical symptoms' regression, long-term clinical remission and decreased GSOD exacerbations' frequency.

Conclusions. Pediatric patients with dysfunction of gallbladder and Oddi's sphincter and iron deficiency anemia demonstrate the burdened course of GSOD due to the increased frequency of exacerbations and severe dyspeptic and asthenic-vegetative symptoms in the exacerbation phase. The treatment with the use of singlet-oxygen therapy with choleretic herbs and combined iron supplementation resulted in the rapid regression of exacerbation symptoms and reduction the frequency of GSOD exacerbations for the next 12 months.

Key words: pediatric patients, dysfunction of gallbladder and Oddi's sphincter, iron deficiency anemia, singlet-oxygen therapy.

Контактна інформація

Нагорна Катерина Іванівна, аспірант кафедри педіатрії післядипломної освіти
04050, м. Київ, вул. Мельникова, 18
Тел. (44) 483-91-96. E-mail: nsacha@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 1 листопада 2016 р.