

# СУЧАСНІ ДАНІ ЩОДО ТРИВАЛОСТІ ТЕРАПІЇ АНТИСЕКРЕТОРНИМИ ПРЕПАРАТАМИ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Ю.В. Марушко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Резюме.** В статті наведений аналіз літератури щодо проблеми лікування кислото залежних захворювань у дітей із застосуванням препарату із групи інгібіторів протонної помпи омепразолу. Омепразол в світі застосовується у дітей віком від 1 року, виявляє високу ефективність та безпечність у лікуванні ерозивних та запальних захворювань стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, в складі антихелікобактерної терапії. Препарат може використовуватися довготривало у якості підтримуючої терапії.

**Ключові слова:** гастродуоденальна патологія, діти, хелікобактер пілорі, омепразол.

У практичній діяльності лікар-педіатр часто спостерігає хронічні захворювання травної системи, які виникли у дитячому та підлітковому віці (Ю.В. Белоусов, 2007). Захворювання органів травлення мають широке розповсюдження та велике соціальне значення. За офіційними даними, їх частота в Україні становить 145 на 1000 дітей і має тенденцію до збільшення (проект Протоколу МОЗ України з дитячої гастроентерології, 2012).

Кислото залежні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) належать до поширених хвороб та зустрічаються у людей різних вікових категорій (Ю.В. Белоусов, 2007; О.Г. Шадрін та співавт., 2010; E.V. Guimarães et al., 2010). Особливе занепокоєння викликає зростання поширеності хвороб ШКТ серед дитячого населення. В Україні щорічно діагностується 50 тис. випадків хронічного гастродуоденіту, майже 1000 випадків виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) у дітей. За даними різних авторів, у структурі гастроентерологічних захворювань у дітей переважають хвороби органів гастродуоденальної зони. Так, В.І. Боброва та співавт. (2010) повідомляють, що частота хронічного гастриту і гастродуоденіту становить 31,09% серед всієї патології органів ШКТ у дітей.

За даними Ю.В. Белоусова, Ю.В. Приказчика (2010), у дітей хронічний гастродуоденіт становить 58–74%, хронічний гастрит — 10–15%, виразкова хвороба шлунка та ДПК — 7–12%, функціональні розлади — 10–15% від усієї гастродуоденальної патології. Причому поширеність виразкової хвороби шлунка та ДПК серед дітей збільшилася удвічі, а серед дітей шкільного віку, що проживають у мегаполісах, — утричі за останні 5 років (В.Г. Майданик та співавт., 2008).

У дослідженні Г.Б. Боднара (2011), що провів комплексне обстеження 637 дітей віком від 4 до 18 років з гастродуоденальною патологією, було встановлено, що найчастіше підвищена кислотність спостерігалася у хворих на виразкову хворобу ДПК (48,7%), ерозивний гастродуоденіт (35,2%) та гастродуоденіт (16,1%), причому серед всіх обстежених дітей у 410 (64,4%) був виявлений поверхневий гастрит, у 27 дітей спостерігався ерозивний гастрит.

Поряд із значною поширеністю гастродуоденальної патології, багато досліджень вказують на високий рівень хелікобактерної інфікованості (*Helicobacter pylori*, НР) дітей. Серед дітей з різною гастроінтестинальною патологією, обстежених у північно-західному федеральному

округу Санкт-Петербургу (1021 хворий), у 40,4% випадків було виявлено інфікування НР, що розглядається авторами як фактор ризику розвитку виразкової хвороби шлунка (A.V. Svarval' et al., 2011).

Висока поширеність хвороб гастродуоденальної зони у дітей, тенденція до зростання захворюваності, значна роль гастродуоденальної патології у дитячому віці у розвитку хронічної патології органів травлення у дорослому віці, спонукає практичних лікарів до пошуку нових високоєфективних фармакологічних рішень.

З розвитком фармацевтичної індустрії для лікування ерозивно-деструктивних хвороб гастродуоденальної зони, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) із розвитком рефлюкс-езофагіту, патології, асоційованої із НР-інфекцією, у дорослих пропонується широкий спектр препаратів групи інгібіторів протонної помпи в якості початкової терапії та «золотого стандарту» (P. Malfertheiner et al., 2002).

Використання даної групи препаратів значно обмежено у вітчизняній педіатрії віком дітей. Тоді як ефективність застосування інгібіторів протонної помпи в ерадикаційній терапії, лікуванні ерозивної та виразкової патології гастродуоденальної зони, у тому числі і у дітей, є безперечною (проект наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей», 2012). Необхідно пам'ятати про світовий досвід використання інгібіторів протонної помпи у педіатричній практиці, що увінчався офіційним визнанням таких представників даної фармакологічної групи, як омепразол, лансопрозол та езомепразол, офіційними структурами фармакологічного нагляду США, Канади, омепразолу та езомепразолу — Європи (С. Romano et al., 2011).

Омепразол належить до препаратів групи інгібіторів протонної помпи. Протонна помпа, або  $H^+/K^+-ATP$ Фаза — фермент, що відіграє безпосередню роль у кислототвірній функції шлунка. Омепразол, всмоктуючись у тонкій кишці, потрапляє у парієтальні клітини та незворотньо блокує  $H^+/K^+-ATP$ Фазу, що призводить до зниження кислотної секреції. Рекомендована добова доза застосування омепразолу у педіатрії, згідно з FDA (USA) та європейськими рекомендаціями, становить 0,7–3,5 мг/кг маси тіла.

При вивченні необхідності та значення ерадикації НР у дітей, R.M. Mera et al. (2012) обстежили 295 дітей шкіль-

ного віку, розподіливши їх на дві когорти (ліковані та неліковані), спостереження велось протягом 3,7 року, групою порівняння були 1105 дітей. Дослідники спостерігали не тільки за станом гастродуоденальної зони, визначали наявність НР-інфекції, але й проводили антропометричні дослідження дітей кожні 3 місяці. За результатами дослідження було встановлено, що у дітей, в яких результати дослідження на НР були негативними, або яким була проведена успішна антихелікобактерна терапія, процес зростання та фізичного розвитку відбувалися значно швидше порівняно із когортою дітей, яким не проводилася ерадикація НР.

Про успішну ерадикаційну антихелікобактерну терапію у дітей з використанням у схемах омепразолу свідчать багато досліджень. P. Bontems et al., 2011, (165 дітей, середній вік 10,2 року) порівнювали ефективність подвійної (омепразол + амоксицилін) десятиденної та потрійної (омепразол + кларитроміцин + метронідазол) семиденної схем та повідомили про високу ефективність обох схем, але рекомендували використовувати першу схему як терапію першої лінії, а другу — при недостатній ефективності першої.

Н.П. Гляделова та співавт. (2011) оцінювали ефективність призначення омепразолу («Омезу») 30 дітям віком від 12 до 15 років з ерозивно-виразковими ураженнями слизової оболонки шлунка та ДПК, асоційованими з НР. Діти отримували Омез з розрахунку 0,5 мг/кг, але не більше 40 мг/добу, 7 днів у складі антихелікобактерної терапії після чого 7 днів у вигляді монотерапії. Швидкий регрес клінічних проявів, 100% епітелізація виразкових дефектів вже через 1 місяць, негативні тести на НР, відсутність рецидивів протягом року, свідчать про високу ерадикаційну здатність терапії, що проводилася.

У іншому рандомізованому клінічному випробуванні взяли участь 120 пацієнтів віком до 18 років із інфекцією НР, яка була підтверджена результатами гістопатологічного дослідження. Залежно від схеми ерадикаційної терапії діти були розподілені на групи. Пацієнти групи А отримували квадротерапію (омепразол, амоксицилін, метронідазол та вісмуту субцитрат), хворі групи В — потрійну терапію (омепразол, амоксицилін, кларитроміцин), хворі групи С отримували омепразол, амоксицилін з клавулановою кислотою та метронідазол. Після закінчення антимікробної терапії пацієнти спостерігалися протягом 6 тижнів. У групі А рівень ерадикації становив 91,9%, В — 82,1%, С — 80,5%. Автори рекомендують використовувати квадротерапію для ерадикації НР (S.M. Dehghani et al., 2009).

У використанні інгібіторів протонної помпи для лікування ГЕРХ у дітей є ряд питань: ефективність, безпека, тривалість підтримуючої терапії.

Ефективність омепразолу в лікуванні ГЕРХ обумовлена зменшенням кислотної секреції парієтальними клітинами, зниженням агресивності шлункового вмісту і, таким чином, усуненням дії пошкоджуючого пептичного фактора на стравохід.

Метою лікування ГЕРХ є усунення симптомів, заживлення езофагіту при його наявності, профілактика і лікування ускладнень. Методи лікування ГЕРХ включають в себе дієтичні рекомендації, поведінкові модифікації, фармакологічне втручання і хірургічну терапію. Слід зазначити, що спектр рекомендацій щодо харчових і поведінкових звичок залежить від віку дитини. Для підліткового віку він є таким самим, що і для дорослих: дієтичне харчування, зниження маси тіла, виключення спиртних напоїв і куріння, у тому числі і пасивного (D.A. Gremse, 2004).

Мінушкіним О.Н. та співавт. (2009) проведено оцінку підтримуючої терапії омепразолом (Омез) при ГЕРХ.

Омез є одним з найбільш доступних у Росії інгібіторів протонної помпи і за ефективністю не поступається іншим препаратам цього ряду, представленим на російському фармацевтичному ринку. Авторами була проведена оцінка ефективності 4 режимів підтримуючої терапії омепразолом (Омез) в дозі 20 мг протягом 12 місяців у дорослих хворих на ГЕРХ 0 і 1 ст. після досягнення клініко-ендоскопічної ремісії при курсовому лікуванні:

- 1) прийом Омезу в дозі 20 мг/добу щоденно (1 група — 20 хворих);
- 2) прийом Омезу в дозі 20 мг/добу через день (2 група — 20 осіб);
- 3) прийом Омезу 20 мг в режимі «на вимогу»: 20 мг/добу при печії (3 група — 20 хворих);
- 4) прийом Омезу 20 мг в режимі «вихідного дня»: 20 мг/добу в п'ятницю, суботу та неділю (4 група — 15 хворих);
- 5) контрольна група — пацієнти, які не отримували підтримуючої терапії (5 група — 30 хворих).

Оцінка ефективності підтримуючої терапії за даними ЕГДС показала наступне. У хворих 1 і 2 груп не виявлено рецидиву ерозивного езофагіту. У хворих 3 групи з 1 ступенем ГЕРХ рецидив захворювання був виявлений через 3 і 6 місяців у 44,4% випадків. У пацієнтів 4 групи рецидив ерозивної форми при ЕГДС був виявлений у 7 хворих. У хворих контрольної групи рецидив спостерігали в 100% випадків через 6 місяців після закінчення курсової терапії.

Висновки авторів роботи наступні. У підтримуючому лікуванні варіанти прийому Омезу щодня або через день у дозі 20 мг/добу є найбільш ефективними. Підтримуюче лікування в режимі «на вимогу» і «вихідного дня» є мало-ефективним.

Використання Омезу у молодих пацієнтів (до 25 років) в лікуванні ГЕРХ показало більшу ефективність (100%) в курсовому і підтримуючому варіанті і більше швидке купірування симптоматики.

У Проекті протоколів з діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей (О.Г. Шадрін та співавт., 2012) вказано, що лікування ГЕРХ включає:

- рекомендації щодо режиму;
- корекцію харчування пацієнта;
- лікування прокінетиками, які нормалізують моторику стравоходу і шлунка (Рівень доказовості В);
- призначення антисекреторних препаратів і антацидів (Рівень доказовості В);
- використання цитопротекторів для підвищення захисних властивостей слизової оболонки стравоходу і шлунка.

Особливу увагу привертають препарати класу інгібіторів протонної помпи, які внаслідок своєї високої ефективності і доброї переносимості широко використовуються у дорослій терапевтичній практиці. За останні десятиліття накопичився достатній світовий досвід застосування в педіатричній практиці таких інгібіторів протонної помпи, як омепразол, лансопразол, езомепразол; розроблені рекомендовані дози та схеми застосування у дітей для лікування ГЕРХ від 1 року. У 2011 р. С. Romano et al. повідомили про затвердження до застосування даних препаратів у дітей старше 2 років в США (FDA), а омепразолу і езомепразолу — в країнах ЄС.

E.V. Guimaraes et al. (2010) вважають використання інгібіторів протонної помпи основою лікувальної тактики в терапії ГЕРХ у дітей через їхній високий профіль безпеки, ефективність у загостренні ерозивного езофагіту та зменшенні клінічних симптомів.

У дослідженні, проведеному R.J. van der Pol et al. (2011), було показано, що застосування омепразолу для

лікування рефлюкс-езофагіту у дітей віком 1–16 років супроводжувалося тривалою ремісією (спостереження протягом 21 місяця) та хорошою переносимістю препарату.

М. Karjoo, R. Kane (1995), досліджуючи причини абдомінальної болі, який тривав понад 3 тижні, у 153 пацієнтів віком від 6 до 18 років (середній вік 9,9 року), провели всім пацієнтам ендоскопічне дослідження стравоходу, шлунка та ДПК. У 84% пацієнтів з абдомінальним болем був виявлений рефлюкс-езофагіт. У 70% дітей з числа пацієнтів з пептичним рефлюкс-езофагітом було виявлено хорошу клінічну ефективність 8-тижневого лікування високими дозами ранітидину. З 30% хворих, які не відповіли на терапію ранітидином, 87% показали клінічне та ендоскопічне поліпшення у відповідь на 8-тижневий курс омепразолу (доза 20 мг/добу). Дослідники вважають, що ступінь езофагіту, виявлений при первинному ендоскопічному дослідженні, є прогностично несприятливим фактором для вибору лікування ранітидином, і пацієнтам з 2, 3 і 4 ступенем езофагіту необхідно починати терапію омепразолом.

Робоча група з вивчення гастроезофагеального рефлюксу Європейського товариства гастроентерологів у 1994 році рекомендувала застосування омепразолу при неефективності лікування блокаторами H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів (Y. Vandenplas, 1994).

Вивчаючи клінічну ефективність, безпеку, переносимість застосування монотерапії омепразолом в дитячій практиці для лікування рефлюкс-езофагіту, E. Hassall et al. (2000) провели рандомізоване відкрите мультицентрове дослідження, в яке було включено 57 пацієнтів віком від 1 до 16 років з ерозивним рефлюкс-езофагітом. Всім дітям проводилося ендоскопічне дослідження до лікування та на 3 місяць терапії, доза омепразолу підбиралася за результатами добової езофагеальної рН-метрії. У ході дослідження лікувальна доза 0,7 мг/кг/добу була призначена 44% пацієнтів, 1,4 мг/кг/добу – 28%, 3,5 мг/кг/добу – 28%; виявлено необхідність підвищення лікувальної дози у дітей з 3–4 ступенем езофагіту. Позитивний ендоскопічний ефект загоєння езофагіту спостерігався у 54 пацієнтів з 57. Відзначалася гарна переносимість лікування і висока його ефективність, побічні ефекти застосування омепразолу, у тому числі в максимальній добовій дозі, не зареєстровані.

У наступній роботі E. Hassall et al. (2012) поставили за мету визначити проспективно необхідну дозу омепразолу для підтримання ремісії виразкового езофагіту та рефлюкс-симптомів у дітей. Пацієнтів віком 1–16 років із загоєним ерозивним рефлюкс-езофагітом після терапії омепразолом (0,7–3,5 мг/кг/день) включили в підтримуючу фазу тривалістю 21 місяць, де вони отримували стартову половинну дозу омепразолу від дози загоєння. Після 3, 12 і 21 місяця проводилася ендоскопія. Доза омепразолу збільшувалася в разі рецидиву ерозивного езофагіту та рефлюкс-симптомів.

У дослідження було включено 46 пацієнтів, 32 його закінчили. З них 17 (53%) залишилися на підтримуючій дозі, 12 (38%) повернулися до своєї дози загоєння і 3 (9%) закінчили дослідження на дозі, яка перевищувала дозу загоєння. 2/3, що закінчили дослідження (24/32), не мали рецидиву ерозивного езофагіту. 4 (13%) пацієнти мали рецидив без симптомів, 4 (13%) мали рецидив з морфологічною основою і 10 (31%) мали тільки рецидив симптомів. Слід зазначити, що у 62,5% пацієнтів з рецидивом езофагіту і/або симптомами езофагіту були виявлені несприятливі фактори (органічна патологія центральної нервової системи або атрезія стравоходу). Таким чином, ремісія ерозивного езофагіту підтримувалася терапією омепразолом протягом 21 місяця у більшості дітей у віці від 1 до 16 років,

і препарат добре переносився. Для підтримання ремісії у 60% пацієнтів було потрібно більше половини дози від дози загоєння. У дітей з GERX-ПЗ, GERX часто хронічна і рецидивна і вимагає довгострокової терапії.

Загалом результати підтримуючої терапії омепразолом у дітей 1–16 років із загоєнням ерозивного езофагіту протягом 21 місяця наступні: 75% без рецидиву, 12,5% рецидив езофагіту без клінічної симптоматики і 12,5% рецидив симптомів без морфологічної основи.

Такої ж думки щодо тривалого призначення інгібіторів протонної помпи для збереження позитивного результату лікування рефлюкс-езофагіту у дітей притримуються й інші дослідники (M. Illueca, 2010).

При оцінці ефективності кислотознижувальної здатності омепразолу при GERX у дітей після усунення запалення стравоходу, G. Vossia et al. (2007) обстежили 48 дітей (середній вік 8,7 року) з ерозивним рефлюкс-езофагітом, які були проліковані омепразолом у дозі 1,4 мг/кг/день протягом 3 місяців. Незважаючи на різні види підтримуючої терапії та її відсутність після проведеного лікування омепразолом, протягом 30 місяців подальшого спостереження тільки у 3 дітей спостерігалося відновлення симптомів GERX.

В Україні поширення набув препарат омепразолу (Омес, Dr. Reddy's), адже він єдиний серед всіх інгібіторів протонної помпи, зареєстрований для лікування дітей віком від 5 років та масою тіла від 20 кг. Випускається препарат у вигляді капсул з кишковорозчинною оболонкою дозою 20 мг, 40 мг в капсулі. Показаннями для призначення Омезу є: GERX, виразкова хвороба шлунка та ДПК, у тому числі пов'язана з прийомом нестероїдних протизапальних засобів, з метою профілактики аспірації вмісту шлунка, у складі комплексної ерадикації *Helicobacter pylori*, синдром Золлінгера–Еллісона, купірування диспептичних симптомів.

Рекомендована доза Омезу у дітей 5–12 років становить 20 мг на добу, після 12 років – 20–40 мг на добу. Перевагою прийому лікарської форми Омезу є можливість її відкриття та змішування гранул із соком, якщо дитина не може ковтнути цілу капсулу.

Дозвіл на застосування Омезу у дітей з 5 років відкриває широкі перспективи для цього препарату у терапевтичній практиці дитячих гастроентерологів, лікарів-педіатрів.

Таким чином, аналіз даних світової та вітчизняної літератури показав, що омепразол визнаний ефективним і безпечним препаратом для лікування кислотозалежних диспептичних станів і, зокрема, GERX з рефлюкс-езофагітом, у педіатричній практиці. Показано необхідність тривалого призначення омепразолу у дітей для підтримуючої терапії рефлюкс-езофагіту, що надасть ефективний контроль за захворюванням.

## Висновки

1. Кислотозалежна патологія має високу питому вагу у структурі хвороб травної системи у дітей, є актуальною проблемою педіатрії.

2. Омепразол офіційно використовується у всьому світі у дітей віком від 1 року для лікування рефлюкс-езофагіту, ерозивного гастриту та дуоденіту, у складі антихелікобактерної терапії у дітей із запальними захворюваннями гастродуоденальної зони та функціональними розладами шлунка.

3. Омепразол виявляє високу ефективність та хороший профіль безпеки при застосуванні у в терапії кислотозалежних захворювань у дітей. Показана необхідність тривалого призначення омепразолу у дітей для лікування рефлюкс-езофагіту для ефективного контролю за захворюванням.

# ОМЕЗ® 20

омепразол 20 мг

**№1**  
В УКРАИНЕ



## Для лечения кислото-зависимых заболеваний с 5 лет

**Склад:** діюча речовина: омепразол; 1 капсула містить омепразолу 20 мг; допоміжні речовини: маніт (Е 421), лактоза, натріюлаурилсульфат, динатрію гідрофосфат, цукроза, гіпроме-лоза, метакрилатний сополімер (тип С), натрію гідроксид, макрогол 6000, тальк, титану діоксид (Е 171).

**Фармакотерапевтична група.** Засоби для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Інгібітори «протонного насоса». Код АТСА02ВС01.

**Показання.** Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, в т. ч. пов'язана з прийомом нестероїдних протизапальних засобів; профілактика аспірації кислотного вмісту шлунка; ерадикація *Helicobacter pylori* (у складі

комбінованої терапії з антибактеріальними засобами); синдром Золлінгера-Еллісона; купірування диспептичних симптомів.

**Протипоказання.** Підвищена чутливість до омепразолу та/або інших компонентів препарату; дитячий вік до 5 років; період годування груддю; одночасне застосування з атазанавіром; спадкова непереносимість галактози, дефіцит лактази або синдром мальабсорбції глюкози та галактози.

**Побічні реакції.** Критерії оцінки частоти розвитку побічної реакції лікарського засобу — часто: > 1/100; нечасто: > 1/1000 < 1/100; рідко: < 1/1000. діарея, запор, біль у животі, нудота, блювання, метеоризм; рідко — сухість у роті, стоматит, кандидоз травного тракту, відсутність апетиту, головний біль.

### Фармацевтичні характеристики.

Основні фізикохімічні властивості: тверді желатинові прозорі капсули, розміром 2, з маркуванням OMEZ, із безколірним корпусом і ковпачком рожевого кольору, вміст капсули — білі або майже білі pelleti.

**Термін придатності** 3 роки.

**Умови зберігання.** Зберігати у недоступному для дітей, сухому, захищеному від світла місці при температурі не вище 25° С.

**Упаковка.** По 10 капсул у стрипі, по 3 стрипи в паці.

**Категорія відпуску.** За рецептом.

С повною інформацією о лікарственом средстве ознакомятьс в инструкции по медицинскому применению.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. В. Гастроэнтерология дитячого віку / Ю. В. Белоусов. — К. : СПД «Коляда О.П.», 2007. — 440 с.
2. Белоусов Ю. В. Современный взгляд на этиологические и патогенетические аспекты хронической гастродуоденальной патологии у детей / Ю. В. Белоусов, Ю. В. Приказчик // Здоров'я України. — 2010. — № 2. — С. 18—19.
3. Епідеміологічні аспекти перебігу хронічної гастродуоденальної патології у дітей / В. І. Боброва, О. В. П'янькова, Н. І. Надточій, В. В. Замула // Сучасна гастроентерол. — 2010. — № 2 (52). — С. 33—36.
4. Боднар Г. Б. Особливості перебігу захворювань гастродуоденальної ділянки у дітей / Г. Б. Боднар // Совр. педиатрия. — 2011. — № 2 (36). — С. 127—129.
5. Гляделова Н. П. Применение ингибитора протонной помпы омеза в терапии деструктивных заболеваний гастродуоденальной зоны хеликобактерной этиологии у детей / Н. П. Гляделова, Е. А. Боярская, М. А. Капичина // Совр. педиатрия. — 2011. — № 3 (37). — С. 103—107.
6. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / В. Г. Майданник, В. В. Корнейчук, Н. В. Хайтович, Салтыкова Г. В. — К., 2008. — 432 с.
7. Омепразол в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Минушкин О. Н., Масловский Л. В., Лищишина Ю. Н., Аникина Н. Ю. // Эффективная фармакотерапия в гастроэнтерологии. — 2009. — № 1. — С. 22—29.
8. Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей : проект наказу МОЗ України [Електронний документ] : [http://www.moz.gov.ua/ua/porta/dn\\_20120417\\_pp.html](http://www.moz.gov.ua/ua/porta/dn_20120417_pp.html). — Назва з екрану.
9. Сучасні аспекти антисекреторної терапії кислото залежних захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей : [метод. реком.] / Шадрін О. Г., Герасимюк С. І, Ігнатко Л. В., Марушко Ю. В. — К., 2010. — 16 с.
10. Sequential therapy versus tailored triple therapies for Helicobacter pylori infection in children / Bontems P., Kalach N., Oderda G. [et al.] // *Pediatr Gastroenterol Nutr.* — 2011. — Vol. 53 (6). — P. 646—650.
11. Boccia G. Maintenance therapy for erosive esophagitis in children after healing by omeprazole: is it advisable? / G. Boccia, F. Manguso, E. Miele // *Am. J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 102, № 6. — P. 1291—1297.
12. Efficacy of the standard quadruple therapy versus triple therapies containing proton pump inhibitor plus amoxicillin and clarithromycin or amoxicillin-clavulanic acid and metronidazole for Helicobacter pylori eradication in children / Dehghani S. M., Erjaee A., Imanieh M. H., Haghight M. // *Dig Dis Sci.* — 2009. — Vol. 54 (8). — P. 1720—1724.
13. The Comparative Study of the Effectiveness of Cimetidine, Ranitidine, Famotidine, and Omeprazole in Treatment of Children with Dyspepsia / S. M. Dehghani, M. H. Imanieh, R. Oboodi, M. Haghight // *International Scholarly Research Network Pediatrics.* — Vol. 2011 (Article ID 219287, 5 pages doi:10.5402/2011/219287).
14. Guimar?es E. V. Management of gastroesophageal reflux disease and erosive esophagitis in pediatric patients: focus on delayed-release esomeprazole / E. V. Guimar?es, P. V. Guerra, F. J. Penna // *Ther Clin Risk Manag.* — 2010. — Vol. 21, № 6. — P. 531—537.
15. Gremse D. A. GERD in the Pediatric Patient: Management Considerations / D. A. Gremse // *MedGenMed.* — 2004. — Vol. 6 (2). — P. 13.
16. Omeprazole for treatment of chronic erosive esophagitis in children: a multicenter study of efficacy, safety, tolerability and dose requirements. International Pediatric Omeprazole Study Group / Hassall E., Israel D., Shepherd R. [et al.] // *J. Pediatr.* — 2000. — Vol. 137, № 6. — P. 800—807.
17. Long-term maintenance treatment with omeprazole in children with healed erosive esophagitis: a prospective study / Hassall E., Shepherd R., Koletzko S. [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* — 2012. — Vol. 35 (3). — P. 368—379.
18. Maintenance treatment with proton pump inhibitors for reflux esophagitis in pediatric patients: a systematic literature analysis / Illueca M., Wernersson B., Henderson C., Lundborg P. // *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr.* — 2010. — Vol. 51 (6). — P. 733—740.
19. Karjoo M. Omeprazole Treatment Of Children With Peptic Esophagitis Refractory to Ranitidine Therapy / M. Karjoo, R. Kane // *Arch Pediatr Adolesc Med.* — 1995. — Vol. 149 (3). — P. 267—271.
20. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht 2—2000 Consensus Report / Malfertheiner P., M?graud F., O'Morain C. [et al.]; European Helicobacter Pylori Study Group (EHPSG) // *Aliment Pharmacol Ther.* — 2002. — Vol. 16 (2). — P. 167—180.
21. Long-term effects of clearing Helicobacter pylori on growth in school-age children / Mera R. M., Bravo L. E., Goodman K. J. [et al.] // *Pediatr Infect Dis J.* — 2012. — Vol. 31 (3). — P. 263—266.
22. Proton Pump Inhibitors in Pediatrics: Evaluation of Efficacy in GERD Therapy / C. Romano, A. Chiaro, D. Comito [et al.] // *Current Clinical Pharmacology.* — 2011. — Vol. 6. — P. 41—47.
23. Svarval' A. V. Prevalence of Helicobacter pylori infection among population of Northwestern federal district of Russian Federation / A. V. Svarval', R. S. Ferman, A. B. Zhebrun // *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol.* — 2011. — Vol. (4). — P. 84—88.
24. Vandenplas Y. Reflux esophagitis in infants and children: a report from the Working Group on Gastro-Oesophageal Reflux Disease of the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition / Y. Vandenplas // *J. Pediatr. Gastroenterol Nutr.* — 1994. — Vol. 18, № 4. — P. 413—422.
25. Efficacy of proton-pump inhibitors in children with gastroesophageal reflux disease: a systematic review / van der Pol R. J., Smits M. J., van Wijk M. P. [et al.] // *Pediatrics.* — 2011. — Vol. 75 (5). — P. 925—935.

**СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПИИ АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**Ю.В. Марушко**

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

В статье представлен анализ литературы по проблеме лечения кислотозависимых заболеваний у детей с применением препарата из группы ингибиторов протонной помпы омепразола. Омепразол в мире применяется у детей от 1 года, проявляет высокую эффективность и безопасность в лечении эрозивных и воспалительных заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в составе антихеликобактерной терапии. Препарат может использоваться длительно в качестве поддерживающей терапии.

**Ключевые слова:** гастродуоденальная патология, дети, хеликобактер пилори, омепразол.

**CURRENT DATA ON THE DURATION OF THERAPY ANTISECRETORY DRUGS ACID DISEASES IN CHILDREN (REVIEW OF LITERATURE)**

**Y. Marushko**

A. Bogomolets National Medical University

The analysis of the literature on treatment of acid disorders in children with the use of the drug from the group of proton pump inhibitors — omeprazole. Omeprazole is used in the world for children from 1 year shows high efficiency and safety in the treatment of erosive and inflammatory diseases of the esophagus, stomach and duodenal ulcers, gastroesophageal reflux disease, in the therapy of H. pylori. The drug can be used for a long time as a maintenance therapy.

**Key words:** gastro-duodenal pathology, children, Helicobacter pylori, omeprazole.