

© О. Г. Шадрин, Е. В. Шутова*, Л. В. Игнатко**

УДК [616. 33 +616. 342]-002-053. 2 -085: 616. 366-003. 7

О. Г. Шадрин, Е. В. Шутова*, Л. В. Игнатко**

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» (г. Киев)

***Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)**

****Ужгородский национальный университет (г. Ужгород)**

Работа выполнена в рамках НИР Харьковской медицинской академии последипломного образования «Структурно-функциональная характеристика заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей: принципы профилактики и лечения», № государственной регистрации 0111U003591.

Вступление. Заболевания органов пищеварения в детском возрасте – одна из актуальных проблем педиатрии. В настоящее время отмечается увеличение как распространенности, так и заболеваемости практически всех болезней пищеварительного тракта. По данным МЗ Украины в 2012 году распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей составила 141,1%, а заболеваемость – 51,1%. Современными особенностями течения заболеваний пищеварительного тракта у детей является их возникновение в раннем возрасте, частые обострения, сочетанное поражение нескольких отделов пищеварительного тракта. В структуре заболеваний органов пищеварения значительную долю составляют заболевания билиарного тракта (10%), преимущественно функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди; в тоже время, отмечается рост воспалительных заболеваний, желчнокаменной болезни [18]. Анализ госпитальной статистики свидетельствует об увеличении числа пациентов с сочетанной патологией гастродуоденальной зоны и заболеваний желчевыводящих путей. Вопросы диагностики, профилактики и лечения пациентов детского возраста при сочетании заболеваний пищеварительного тракта остаются актуальными с точки зрения не только научной, но и практической [4, 10].

Анатомоморфологическая взаимосвязь гепатопанкреатодуоденальной зоны – одна из причин формирования общих патогенетических механизмов развития сочетанной патологии этой области. Определяющими факторами в патогенезе заболеваний желчевыводящих путей, как и заболеваний гастродуоденальной зоны, являются: генетическая обусловленность, нарушения вегетативной регуляции, нарушение моторно-двигательной функции, не- рациональное питание, нарушение микроциркуляции и другие [8]. Дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС), в частности, имеет важное

значение в генезе желчнокаменной болезни (ЖКБ). Причиной нарушения желчеотделения за счет тормозящего влияния на двигательную функцию желчного пузыря является повышение тонуса симпатического звена вегетативной нервной системы. Застой желчи способствует формированию воспалительного процесса, нейродистрофическим изменениям стенки желчного пузыря [5]. Одним из ведущих патогенетических факторов формирования ЖКБ у детей являются функциональные расстройства билиарного тракта, сопровождающиеся дисхолией (повышением уровня холестерина желчи и уменьшением содержания желчных кислот) [7], изменением структуры желчи. Гипокинезия желчного пузыря приводит к нарушению моторики гастродуоденальной зоны, дуоденостазу, дуоденогастральному (ДГР), дуоденогастроэзофагеальному рефлюксу, что проявляется повышением секреторной активности и кислотообразующей функции желудка вследствие перевозбуждения интрамуральных механизмов железистого аппарата. С другой стороны длительный дуоденостаз, сопровождающий воспалительные изменения слизистой ДПК влечет уменьшение продукции гастроинтестинальных гормонов (холецистокинина, секретина и др.) и, как следствие, нарушение моторики билиарного тракта. При дуоденобилиарном рефлюксе на фоне дуоденальной гипертензии возможно формирование лизолецитина желчи – токсичного и агрессивного фактора воспаления слизистой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [9]. ДГР может быть проявлением дуоденита, а желчные кислоты на первоначальном этапе развития рефлюкса могут изменять желудочную секрецию в сторону ее повышения, что в свою очередь, приводит к воздействию кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку ДПК [5]. У большинства детей хронический гастродуоденит ассоциирован с хеликобактерной инфекцией. По данным разных авторов Н. pylori – ассоциированные гастриты имеют место у 56% – 77% обследованных [1, 15]. По некоторым данным литературы, при ЖКБ Н. Р., как причина хронического гастрита, имеет менее значимую роль, по сравнению с большими ХГД и ЯБДПК. Многие авторы предполагают, что имеющийся билиарный рефлюкс у больных ЖКБ

подавляет активность Н. Р. и является в определенной степени сдерживающим фактором в развитии изменений, связанных с колонизацией Н. Р. [15, 14].

Функционально-морфологические изменения ДПК при желчнокаменной болезни у взрослых являются, по данным разных авторов, в 65-96,2% случаев. У детей эти вопросы мало изучены. Роль сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны и билиарного тракта, как взаимоотношающихся факторов риска развития патологии, изучена недостаточно. Лечение хронического гастродуоденита в сочетании с функциональными, органическими, обменными заболеваниями желчного пузыря у детей остается до настоящего времени актуальной задачей детской гастроэнтерологии.

Цель исследования – изучить особенности течения и подходы к терапии патологии гастродуоденальной зоны у детей с желчнокаменной болезнью.

Объект и методы исследования. На базе городской клинической больницы № 19 г. Харькова и Ужгородской городской детской клинической больницы был обследован 101 ребенок в возрасте от 5 до 18 лет (54 девочки – 53,5% и 47 мальчиков – 46,5%) с желчнокаменной болезнью (I, II, III стадия) и 84 детей с ХГД в возрасте от 11 до 16 лет (мальчиков – 44, девочек – 40). Среди обследованных детей большинство составили дети в возрасте от 10 до 16 лет. Диагностический алгоритм включал: сбор анамнеза, клинический осмотр, УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС, интрагастральную рН – метрию, «Хелик» – тест для определения Н. р. инфекции, общеклинический и биохимические анализы крови.

Результаты исследований и их обсуждение. По данным проведенного анализа результатов установлено, что у 38 (37,6%) обследованных детей с ЖКБ отягощен семейный анамнез по желчнокаменной болезни, у 19 (18,8%) – по заболеваниям желудка и ДПК. Большинство детей с ЖКБ предъявляло жалобы на: горечь во рту, тошноту, снижение аппетита, метеоризм, тяжесть в правом подреберье, нарушения стула (запоры, неустойчивый или неоформленный стул). При объективном исследовании отмечалась болезненность в эпигастральной области в сочетании с болезненностью в правом подреберье. При проведении эхосонографии органов брюшной полости у 59 (58%) детей выявлены единичные конкременты размерами от 7 мм до 14 мм в диаметре с акустической тенью, у 32 (31%) обследованных выявлены множественные мелкие конкременты размерами от 3 мм до 6 мм в диаметре с акустической тенью, у 10 (9,9%) – «билиарный сладж» в виде «замазкообразной» желчи и «эховзвеси». Анализ клинических вариантов течения ЖКБ показал, что у большинства детей 99 детей (97,1%) холелитиаз диагностируется в сочетании с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта: патологией гастродуоденальной зоны – 72 случая (71,3%), хроническим колитом – 11 (10,8%), синдромом раздраженного кишечника – 7 (6,9%), патологией поджелудочной железы – 6 (5,9%), хроническим гепатитом – 2 (1,9%). Сочетанная патология отсутствовала лишь

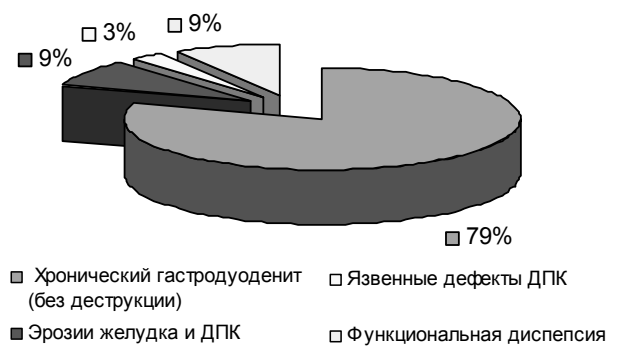


Рис. Структура патологии гастродуоденальной зоны среди детей с желчнокаменной болезнью

у 2 детей (1,9%). Наиболее частым клиническим вариантом в группе обследованных детей является сочетание ЖКБ и хронической патологии гастродуоденальной зоны. По результатам эндоскопического исследования преобладал хронический гастродуоденит – 65 случаев (90,2%); у большинства без деструкции – 57 случаев (79%), эрозии желудка и ДПК – у 6 (9%), язвенные дефекты ДПК – у 2 (3%), функциональная диспепсия – у 6 (9%) (рис.), ДГР регистрировался у 11 (15,3%) . По данным литературы хронический гастродуоденит без деструкции определяется у 58-74% детей, с патологией гастродуоденальной зоны эрозии желудка и ДПК – у 11,8%, язвенные дефекты ДПК – у 7-12%, функциональная диспепсия – у 10-15%, ДГР – у 23-39%.

При сочетанной патологии у всех обследованных больных определялась повышенная кислотообразующая функция желудка. Частота Н. р. – ассоциированных заболеваний желудка и ДПК при изолированном гастродуодените составляет 56%, у обследованных детей с желчнокаменной болезнью она значительно ниже средних показателей гастроэнтерологического отделения и составляет 32%. Сравнительный анализ клинических особенностей ЖКБ у детей при сочетании с заболеваниями гастродуоденальной зоны показал, что при поражении гастродуоденальной зоны чаще преобладали жалобы на тошноту – у 71 ребенка (92,2%), отрыжку горечью – у 28 (36,4%), отрыжку пищей – у 20 (26%), рвоту – у 8 (10,4%). В то же время, при изолированной ЖКБ дети чаще жаловались на плохой аппетит – 26 случаев (78,8%), отрыжку воздухом – 21 (63,6%), нарушение стула – 18 (54,5%), тяжесть в правом подреберье – 14 (42,2%). Жалобы на тошноту, боли в правом подреберье и эпигастрии, разлитую боль, иррадиацию боли в околопупочную область встречались одинаково часто в двух группах. Боли только в правом подреберье или эпигастрии отмечают немногие пациенты. Анализ характера жалоб свидетельствует о полисимптомном проявлении диспептического и болевого синдрома у детей с ЖКБ при сочетании с хроническим гастродуоденитом. Из клинических проявлений в объективном статусе больных нами изучены клиническая и дифференциально – диагностическая ценность следующих признаков: частота и характер болезненности при пальпации живота, консистенция и размер печени, характеристика цвета кожи (бледность,

субмикробичність) і обложеності слизистою язика. При пальпації живота ізолювана хворобливість в правому подребер'ї достовірно частіше ($p < 0,05$) виявлена у дітей з ЖКБ; хворобливість в правому подребер'ї в поєднанні з хворобливістю в епігастрії або окологрудиної області, а також розлита біль зустрічається однаково часто. Частота позитивних бульбурних симптомів у хворих ЖКБ в поєднанні з гастродуоденальною патологією достовірно менше, ніж середі дітей з ЖКБ ($p < 0,001$).

Терапія при ізолюваній ЖКБ назначалась в залежності від стадії захворювання і включала: дотримання дієти № 5, ентеросорбенти на 3-4 тижні, препарати урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) в дозі 10 мг/кг/сутки на 6-12 місяців при I стадії ЖКБ і на 12-24 місяців при II-III стадії ЖКБ, гепатопротектори рослинного походження – на 1-2 місяці, про- і пребіотики за показаннями.

Приймаючи увагу на загальність окремих ланок патогенезу формування патології біліарного тракту і гастродуоденальної зони, при поєднаній патології обґрунтованим вважається значення антисекреторної терапії і нормалізація моторики верхніх відділів траварильного тракту. При поєднанні ЖКБ і захворювань гастродуоденальної зони комплексна терапія, з урахуванням патогенетических особливостей кожного захворювання, дозволяє підвищити ефективність терапії. Наявність у дітей з ЖКБ патології гастродуоденальної зони можна розглядати як значимий причиною, визначаючою ефективність лікування. Питання впливу хелікобактерної інфекції на перебіг ЖКБ в дитячому віці, в тому числі і при поєднаній патології, вимагають дальшого вивчення.

Назначення і вибір антисекреторних препаратів в дитячому віці вважається складною задачею і повинен бути обґрунтований. Ефективність H_2 блокувальних гістамінових рецепторів забезпечується високою концентрацією препарату в крові, однак швидка відміна цих препаратів може призводити до розвитку толерантності і синдрому рикошету, що обмежує їх широке використання в т.ч. і в педіатричеській практиці. Більш ефективними препаратами, успішно контролюючими вироботку соляної кислоти в перебіг сутки незалежно від стимула, діючого на рецептори паріетальних кліток, вважаються інгібітори протонної помпи. ІПП – заміщені производні бензимидазолу, вони зменшують виділення соляної кислоти в шлунку шляхом угнічення активності H^+/K^+ АТФази (протонної помпи) в стимульованих паріетальних клітках шлунку. ІПП накопичуються і активуються в паріетальних клітках шлунку. При цьому утворюється нове сполучення, яке, зв'язуючись з H^+/K^+ АТфазою, гнітить секреторну соляної кислоти. Принциповим властивістю цього класу лікарських препаратів вважається вибіркове накопичення в кислому середі секреторних каналців паріетальної клітки. Мішенями для неселективних ІПП можуть стати інші клітки, в

яких продуцуються H^+/K^+ -АТФази – епітелій дистальної кишки, жєлчных ходів, нєчєчных каналців, ендотелій судєв гладких м'язів і др. То єсть неселективні ІПП потенціально можуть оказувати нежелательні побічні ефекти в формі гнічення кліткових функцій, в тому числі жєлчных ходів [14]. Одним з значимих властивіостей препаратів з групи ІПП вважається час, необхідний для встановлення секреторної соляної кислоти після прийому. Цей показник має клінічеське значення, оскільки більш тривале існування комплексу ІПП-протонна помпа, призводить до більш стійкого гнічення секреторної кислоти. З препаратів групи ІПП це властивіє пантопразолу [19]. При прийомі ІПП не відзначається толерантності і явленія «рикошету» [20]. В зв'язі з цим, середі антисекреторних засад, які використовуються для терапії кислотозалежних станів у дорослих, лідєрне місце займають інгібітори протонної помпи [2]. Во багатьох дослідженнях було показано, що інгібітори протонної помпи рідко викликають побічні ефекти, швидше за все мова йде про нежелательні явленія [25].

Згідно опублікованим даним, ІПП мають обмеження застосування у дітей до 12 років, інструкції по використанню часто включають дитячий вік як властивіє протипоказання, в зв'язі з відсутністю даних про ефективність і безпеку їх використання. В публікаціях різних авторів в останнє час більш даних про використання інгібіторів протонної помпи в педіатричеській практиці [17], проводиться порівняльний аналіз ефективності антисекреторних препаратів у дітей [12]. На сьогоднішній час накопичено досвід використання і виконано дослідження ІПП у дітей різного віку – новонароджєних, недоноджєних, дітей від 1 до 12 місяців, від 1 до 5, від 6 до 11 років, підлітків, в тому числі з використанням високих доз (1-1,2 мг/кг) [21, 22, 23, 24, 26, 28,]. Результати цих досліджень доводять хорошу переносимість, безпеку і високу ефективність препаратів для лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у дітей молодшого віку [25, 27] в терапії деструктивних захворювань гастродуоденальної зони [3], функціональної диспепсії [6].

Контроль один з найбільш вивчених в педіатричеській практиці ІПП. Висока біодоступність (77%), безпека, що пояснюється особливостями метаболізму, максимально висока селективність відносяться до переваг даного препарату. Пантопразол практичеськи не впливає на активність цитохрома P450, тому не викликає клінічеськи значимих перехресних реакцій з іншими лікарськими засадками, не включається в відомі метаболічеські шляхи взаємодії з іншими лікарськими засадками. Це значно розширює область його використання з досягненням хорошого профілю безпеки [16]. Біодоступність препарату не впливає паралельно з прийомом антацидів. Максимальний рівень

pH селективности обеспечивает активизацию препарата исключительно в париетальных клетках, где наиболее низкий уровень pH. Клиническими преимуществами применения Контролока является минимальный риск побочных эффектов со стороны ЖКТ и со стороны других органов и систем, где также расположены протонные помпы.

Соблюдение строгого алгоритма диагностики и лечения, правильный выбор препарата и метода лечения позволяют достичь значительных успехов в терапии кислотозависимых заболеваний в детском возрасте, в том числе при сочетанной патологии. Ингибиторы протонной помпы при ЖКБ назначаются с учетом кислотообразующей функции желудка, входят в комплекс терапии при патологии гастродуоденальной зоны согласно стандартам терапии [13]. При сочетании ЖКБ и патологии гастродуоденальной зоны, до начала основного курса терапии по поводу ЖКБ, в терапию (по показаниям) включались антисекреторные препараты (Контролок – по 20 мг/сут на 7-14 дней), препараты из группы прокинетики для восстановления нормальной перистальтической деятельности верхних отделов пищеварительного тракта, антацидные препараты. При Н. р. – ассоциированных заболеваниях назначалась антихеликобактерная терапия согласно протоколам лечения [17, 21].

По данным исследования, эффективность лечения Н. р. ассоциированных вариантов хронического гастродуоденита (ХГД) составляет 72%; при Н. р. негативных вариантах ХГД – 78%. Из них у 38% пациентов в качестве антисекреторной терапии применялись препараты из группы ИПП. При назначении ИПП при ЖКБ в сочетании с ХГД эффективность лечения оценивалась по наличию и степени выраженности клинических симптомов. Результаты наблюдения за детьми, получавшими пантопрозол, показали, что включение в схему стандартной терапии хронического гастродуоденита с ЖКБ препарата из группы ИПП оказывает выраженный положительный клинический эффект, что проявлялось

ликвидацией абдоминального болевого, диспептического синдромов. У детей с Н. р. негативным ХГД уже в течение одного – двух дней отмечалось уменьшения интенсивности и частоты основных симптомов абдоминального болевого и диспептического синдромов; к 4-6 дню от начала терапии – купирование болевого синдрома у 97% детей, диспептического – у 81% детей. В группе с Н. р. ассоциированной патологией исчезновение болей в животе и диспептических симптомов отмечено на 3-4 дня позже. Эффективность терапии хронического гастродуоденита Н. р. ассоциированного ХГД на основе ингибитора протонной помпы ниже (76%), чем при ХГД и ЖКБ, не ассоциированном с Н. р. (81%). Побочных реакций у детей при приеме препарата не отмечено.

Выводы. Проведенное исследование показало, что сочетанная патология при ЖКБ встречается у 97,1% обследованных детей. Наиболее часто при ЖКБ диагностируется ХГД с повышенной кислотообразующей функцией (90,2% случаев); по результатам эндоскопического исследования преобладают варианты без деструкции – 79% случаев; Н. р. инфекция регистрируется в 32% случаях. Механизмы действия антисекреторных препаратов, в частности избирательное накопление в кислой среде секреторных канальцев париетальной клетки при отсутствии влияния на H⁺/K⁺-АТФазы других органов, стабильное подавление секреции кислоты, отсутствие побочных эффектов и влияния на параллельный прием антацидов позволяют рекомендовать использование в комплексной терапии сочетанного поражения желчевыводящих путей, желудка и ДПК у детей ингибиторы протонной помпы. Использование оригинального пантопрозола (контролока) по 20 мг в сутки при кислотозависимых заболеваниях гастродуоденальной зоны у детей позволяет повысить эффективность лечения.

В перспективе дальнейших исследований планируется разработка и внедрение в практику эффективных схем лечения сочетанной патологии при желчнокаменной болезни у детей.

Литература

1. Белоусов Ю. В. Актуальные вопросы педиатрической гастроэнтерологии : сб. статей 2007-2011 гг. / Ю. В. Белоусов. – К., 2012. – 591 с.
2. Бельмер С. В. Пять поколений ингибиторов протонного насоса: проблема выбора / С. В. Бельмер // Лечащий врач. – 2009. – № 7. – С. 14–17.
3. Гляделова Н. П. Применение ингибитора протонной помпы омеза в терапии деструктивных заболеваний гастродуоденальной зоны хеликобактерной этиологии / Н. П. Гляделова, Е. А. Боярская, М. А. Капичина // Современная педиатрия. – 2011. – № 3 (37). – С. 103–107.
4. Дмитрієва С. М. Функціональні моторні взаємозв'язки органів травлення при гастродуоденальних захворюваннях у дітей і підлітків : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня доктора мед. наук : спец. 14. 01. 10 «Педіатрія» / Дмитрієва Світлана Миколаївна ; Ін-т педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. – К., 2000. – 33 с.
5. Запруднов А. М. Билиарная патология у детей / А. М. Запруднов, Л. А. Харитоновна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 376 с.
6. Звягин А. Л. Эффективность однедельной монотерапии антисекреторными препаратами функциональной диспепсии у детей / А. Л. Звягин, П. Л. Щербаков, А. В. Почивалов // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С. 83–86.
7. Иванченко Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей / Р. А. Иванченко. – М.: Атмосфера, 2008. – 416 с.
8. Ильченко А. А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей / А. А. Ильченко. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 880 с.

9. Ингибиторы протонной помпы при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: стоит ли ждать полного оправдания надежд или признать легкое разочарование? / Н. Б. Губергриц, О. А. Голубова, Г. М. Лукашевич, В. С. Рахметова // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 3 (71). – С. 83–91.
10. Кокуева О. В. Дискуссионность понятия «сочетанные гастроэнтерологические заболевания» и тактика их ведения / О. В. Кокуева, Н. В. Новоселя, Л. Н. Елисеева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – № 2. – С. 70–74.
11. Корниенко Е. А. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей : руководство / Е. А. Корниенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 272 с.
12. Корниенко Е. А. Сравнительная эффективность ингибиторов протонной помпы у детей / Е. А. Корниенко, О. Г. Клочко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 6. – С. 72–75.
13. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення [Електронний ресурс] : наказ МОЗ України N 59 від 29. 01. 2013 : офіційний сайт МОЗ України. – К., 2013. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/print/dn_20130129_0059.html (дата звернення: 16. 07. 2013). – назва з екрану.
14. Селезнева Э. Я. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: обзор литературы / Э. Я. Селезнева, А. А. Ильченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – № 2. – С. 48–55.
15. Селезнева Э. Я. Клинические особенности течения желчнокаменной болезни, сочетающейся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и патогенетические особенности их развития / Э. Я. Селезнева, А. А. Ильченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2011. – № 4. – С. 31–36.
16. Скотников А. С. Особенности профилактики острых гастродуоденальных поражений в терапевтической клинике / А. С. Скотников, А. В. Наумов, А. Л. Верткин // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2010. – № 3. – С. 1–5.
17. Хавкин А. И. Опыт применения ингибиторов протонной помпы в педиатрии / А. И. Хавкин // Медицинский совет. – 2011. – № 11/12. – С. 36–42.
18. Харитонов Л. А. Желчнокаменная болезнь у детей / Л. А. Харитонов // Российский журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – № 1. – С. 61–71.
19. Шадрин О. Г. Эффективность применения ингибиторов протонной помпы при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / О. Г. Шадрин, Л. В. Игнатко, С. И. Герасимюк // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 6 (50). – С. 67–71.
20. Щербаков П. Л. Болезни органов пищеварения у детей при хеликобактериозе / П. Л. Щербаков, А. А. Корсунский, В. А. Исаков. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 224 с.
21. Management of helicobacter pylori infection – the Maastricht IV / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. A. O'Morain [et al.] // Gut. – 2012. – Vol. 61, № 5. – P. 646–664.
22. Pharmacodynamics and safety of pantoprazole in neonates, preterm infants, and infants aged 1 through 11 months with a clinical diagnosis of gastroesophageal reflux disease / J. Kierkus, W. Furmaga-Jablonska, J. E. Surlivan [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 2011. – Vol. 56, № 2. – P. 425–434.
23. Pharmacokinetic properties of esomeprazole in children aged 1 to 11 years with symptoms of gastroesophageal reflux disease: a randomized, open-label study / J. Zhao, J. Li, J. E. Hamer-Maansson [et al.] // Clin. Ther. – 2006. – Vol. 28. – P. 1868–1876.
24. Pharmacokinetics and acid-suppressive effects of esomeprazole in infants 1-24 months old with symptoms of gastroesophageal reflux disease / T. Omari, G. Davidson, P. Bondarov [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2007. – Vol. 45, № 5. – P. 530–537.
25. Sachs G. The basis of differentiation of PPIs / G. Sachs, J. M. Shin // Drugs Today. – 2004. – Vol. 40. Suppl. A. – P. 9–14.
26. Safety and symptom improvement with esomeprazole in adolescents with gastroesophageal reflux disease / B. D. Gold, T. Gunasekaran, V. Tolia [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2007. – Vol. 45, № 5. – P. 520–529.
27. Safety and tolerability of esomeprazole in children with gastroesophageal reflux disease / M. A. Gilger, V. Tolia, Y. Vandenas [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2008. – Vol. 46, № 5. – P. 524–533.
28. Treatment of erosive esophagitis with esomeprazole in children with gastroesophageal reflux disease / V. Tolia, N. Youssef, W. Belknap [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2006. – Vol. 43, № 4. – P. E20–E21.

УДК [616. 33 +616. 342]-002-053. 2 -085 : 616. 366-003. 7

ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНИЙ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Шадрін О. Г., Шутова О. В., Ігнатко Л. В.

Резюме. Дослідження присвячено вивченню особливостей перебігу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у дітей при поєднанні з захворюваннями гастродуоденальної зони та обґрунтуванню підходів до терапії. Проведене дослідження показало, що поєднана патологія при ЖКХ зустрічається у 97,1 % обстежених дітей. Встановлено, що наявність поєднаної патології можливо розглядати в якості значущої причини, що зумовлює ефективність лікування захворювань травного тракту у дітей. Результати спостереження показали, що найбільш часто у дітей з ЖКХ реєструється хронічний гастродуоденіт (90,2%), причому, більш ніж у 32% пацієнтів асоційований с Н. Р. інфекцією. Використання інгібіторів протонної помпи в комплексній терапії поєднаного ураження жовчовивідних шляхів, шлунку та ДПК у дітей дозволяє підвищити ефективність лікування.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, захворювання гастродуоденальної зони, поєднана патологія.

УДК [616. 33 +616. 342]-002-053. 2 -085 : 616. 366-003. 7

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Шадрин О. Г., Шутова Е. В., Игнатко Л. В

Резюме. Исследование посвящено изучению особенностей течения желчнокаменной болезни у детей при сочетании с заболеваниями гастродуоденальной зоны и обоснованию подходов к терапии. Проведенное исследование показало, что сочетанная патология при ЖКБ встречается у 97,1 % обследованных детей. Установлено, что наличие сочетанной патологии можно рассматривать в качестве значимой причины, определяющей эффективность лечения заболеваний пищеварительного тракта у детей. Результаты наблюдения показали, что наиболее часто у детей с ЖКБ регистрируется хронический гастродуоденит (90,2%), причем, более чем у 32% пациентов ассоциированный с *H. P.* инфекцией. Использование ингибиторов протонной помпы в комплексной терапии сочетанного поражения желчевыводящих путей, желудка и ДПК у детей позволяет повысить эффективность лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, заболевания гастродуоденальной зоны, сочетанная патология.

UDC [616. 33 +616. 342]-002-053. 2 -085 : 616. 366-003. 7

Approaches to the Treatment of Gastroduodenal Malfunctions in Children with Bile Stone Desiases

Shadrin O. G., Shutova E. V., Ignatko L. V

Abstract. The purpose of this study is to characterize the course of gallstone diseases in children when linked with gastroduodenal zone pathology and to substantiate approaches to therapy.

Materials and Methods. 101 children aged from 5 to 18 years (54 girls which make up 53.5% and 47 boys being 46.5%) with gallstone diseases (I, II, III stage) were examined at City Clinical Hospital № 19 of Kharkov. Cholelithiasis and chronic diseases of gastroduodenal zone (functional dyspepsia, chronic gastro without degradation, erosion and defects in gastroduodenal ulcer) were diagnosed in 72 (71.3%) patients. 29 (28.7%) children didn't have gastroduodenal pathology. The examined children between ages 10 and 18. Research methods included history taking, clinical examination, ultrasound of the abdomen, *Fibrogastroduodenoscopy*, «Helik» test, clinical analyzes and blood chemistry.

Results and discussion. According to the data of the analysis results 38 (37,6%) of the surveyed children with GSD are burdened with a family history of gallstones, 19 with (18,8%), diseases of the stomach and duodenum. Analysis of the nature of complaints indicates polysymptomatic manifestation of dyspeptic and painful syndrome in children with GSD when combined with chronic gastroduodenitis. The majority of children with GSD led to complaints about the bitterness in the mouth, nausea, decreased appetite, flatulence, gravity in the right hypochondrium, violations of the chair (constipation, unstable or unformed stool). Objective examination revealed the pain in epigastric area combined with pain in the right upper quadrant. When conducting Echo Sonography of abdomen 59 (58%) children were identified with concrements ranging from 7 mm to 14 mm in diameter with acoustic shadow, 32 (31%) of the surveyed were identified with multiple small concrements in sizes from 3 mm up to 6 mm in diameter with acoustic shadow, 10 (9,9%) revealed «biliary sludge» in the form of «putty-like» bile and «heterogeneous bile». Analysis of clinical variants of the GSD showed that in majority of children – (99 persons or 97,1%) cholelithiasis is diagnosed in combination with other diseases of the gastrointestinal tract. Pathology of gastroduodenal zone was found in 72 cases (71,3%), chronic colitis – in 11 (10,8%), irritable bowel syndrome – in 7 (6,9%), pathology of the pancreas – in 6 (5,9%), chronic hepatitis – in 2 (1,9%) children. Therapy for isolated GSD was prescribed depending on the disease stage and included the diet № 5, enterosorbents for 3-4 weeks, drug ursodeoxycholic acid (UDCA) in the dose of 10 mg/kg/day for 6-12 months during the stage I GSD and for 12-24 months with stage II-III GSD, hepatoprotectors of vegetable origin for 1-2 months, Pro – and prebiotics on the testimony. When GSD was combined with pathology of gastroduodenal zone, prior to the main course of therapy for the GSD, antisecretory agents (Controloc – 20-mg/day for 7-14 days) according to indications were prescribed as well which are drugs from the group pro-kinetics to restore the normal peristaltic activity of the upper gastrointestinal tract as well as antacid drugs. In N. R. – associated diseases the *H. pylori* therapy was prescribed according to treatment protocols. Results of observations of children who received Pantoprazole showed that the inclusion of the standard therapy for chronic gastroduodenitis with GSD drug of the group IPP in the scheme has a pronounced positive clinical effect of liquidation of abdominal pain and dyspepsia syndrome.

We found that the majority of children have cholelithiasis in combination with other diseases of the gastrointestinal tract. The presence of comorbidity determines the effectiveness of the treatment of diseases of the gastrointestinal tract in children. We have studied the frequency of the combination of cholelithiasis and other pathology of digestive system among hospitalized children. Combination of cholelithiasis and chronic gastroduodenal pathology is the most frequent clinical variant in our group of children (71.3%). Chronic gastroduodenitis (90,2%) is the most frequent comorbidity in children with cholelithiasis and 32% of children have pathology associated with HP infection.

When cholelithiasis is combined with gastroduodenal diseases, treatment should take into account the pathogenesis of each disease. The proton pump inhibitors should be included in complex therapy by indications.

Key words: cholelithiasis, gastroduodenal disease, combined pathology.

Рецензент – проф. Похилько В. І.

Стаття надійшла 16. 10. 2013 р.