



УДК 616.33/.34-06-085-053.2

БОРИСЕНКО М.І.

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

## УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В ДІТЕЙ

**Резюме.** У статті подані узагальнені результати багаторічного удосконалення диференційованих підходів до лікування хронічної патології гастродуоденальної зони, що поєднується з патологією інших органів травлення. Під спостереженням перебувало 1386 дітей із патологією органів травлення віком від 7 до 15 років. Обстеження хворих було комплексним і включало клінічні, лабораторні та інструментальні методи. У 100 % хворих були діагностовані хронічні захворювання гастродуоденальної зони (у 982 — хронічний гастродуоденіт, 268 — хронічний гастрит, 136 — хронічний дуоденіт). Комплексне обстеження хворих виявило патологічні зміни в інших органах травлення: у 94,7 % діагностовано захворювання біліарної системи, у 43,6 % — підшлункової залози, у 38,1 % — товстої кишки, у 79,17 % — дисбіоз кишечника.

У статті викладено диференційовані підходи до лікування поєднаної патології органів травлення залежно від стану слизової оболонки верхніх відділів харчового каналу, кислотоутворюючої функції шлунка, підшлункової залози, жовчовивідних шляхів і кишечника.

При поєднаній патології гастродуоденальної ділянки та підшлункової залози було ефективним використання ферментного препарату Пангрол® 10000.

**Ключові слова:** імуномодуляція, хронічний гастродуоденіт, клітинний імунітет, гуморальний імунітет, місцевий імунітет, слизова оболонка, шлунок, дванадцятипала кишка, підшлункова залоза.

Хронічні захворювання органів травлення часто зустрічаються в дитячій популяції. Зберігається тенденція до зростання їх поширеності. У більшості дорослих хворих витоки хронічної патології органів травлення знаходяться в дитячому віці. Відомі методи лікування не завжди достатньо ефективні, що обумовлює рецидивуючий перебіг захворювань, розвиток патологічних змін в інших органах травної системи [1, 2]. За власними спостереженнями та даними літератури, при першому зверненні до лікаря з приводу абдомінального болю та диспептичних проявів у більшості дітей, які звертаються за медичною допомогою через 1–4 роки від початку захворювання, діагностується поєднана патологія органів травлення. Це обумовлено тим, що між шлунком, дванадцятипалою кишкою, підшлунковою залозою і біліарною системою існують тісні анатомо-топографічні зв'язки, а також координованістю екзокринної секреції підшлункової залози з моторикою верхніх відділів травного каналу, секрецією соляної кислоти шлунком, скороченням жовчного міхура та надходженням жовчі в дванадцятипалу кишку

[8, 10]. За результатами дослідження О.В. Тяжкої та співавт. [9], в усіх пацієнтів з органічною патологією гастродуоденальної зони спостерігається порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози.

Правильно побудована тактика комплексного лікування поєднаної патології гастродуоденальної зони, підшлункової залози та гепатобіліарної системи визначає його ефективність. У зв'язку з цим проблема комплексного лікування поєднаної патології органів травлення була і залишається надзвичайно актуальною в дитячій гастроентерології.

**Метою** даного дослідження є вивчення стану підшлункової залози у дітей з хронічним запаленням слизової оболонки гастродуоденальної зони та узагальнення досвіду багаторічного удосконалення комплексного лікування поєднаної патології органів травлення в дітей. Удосконалення комплексно-

© Борисенко М.І., 2016

© «Здоров'я дитини», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

го лікування хронічної поєднаної патології органів травлення в дітей проводилося на підставі результатів власних досліджень.

Проведено клініко-параклінічне обстеження 1386 дітей з патологією органів травлення віком від 7 до 15 років. Обстеження хворих включало клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. У 100 % хворих було діагностовано хронічні захворювання гастродуоденальної зони (у 982 — хронічний гастродуоденіт (ХГД), 268 — хронічний гастрит (ХГ), 136 — хронічний дуоденіт (ХД)), у 93,93 % — захворювання біліарної системи. Досить часто в пацієнтів діагностувалася патологія підшлункової залози — у 41,21 %. Причому формування патологічного процесу в підшлунковій залозі має певну залежність від місця локалізації запального процесу в гастродуоденальній зоні. Так, при ХД патологію підшлункової залози виявлено у 32,35 % хворих, при ХГД — у 36,45 %, при ХГ — у 54,84 %. Зміни в біліарній системі та підшлунковій залозі мали переважно функціональний характер. У функціональній патології біліарного тракту в більшості хворих виявлялася дискінезія жовчних шляхів за гіпотонічно-гіпокінетичним типом. Ушкодження товстої кишки встановлено у 24,25 % хворих. Дисбіоз кишечника діагностовано у 79,17 % хворих на ХГД і 29,41 % дітей із ХД. Запори турбували 17,21 % пацієнтів.

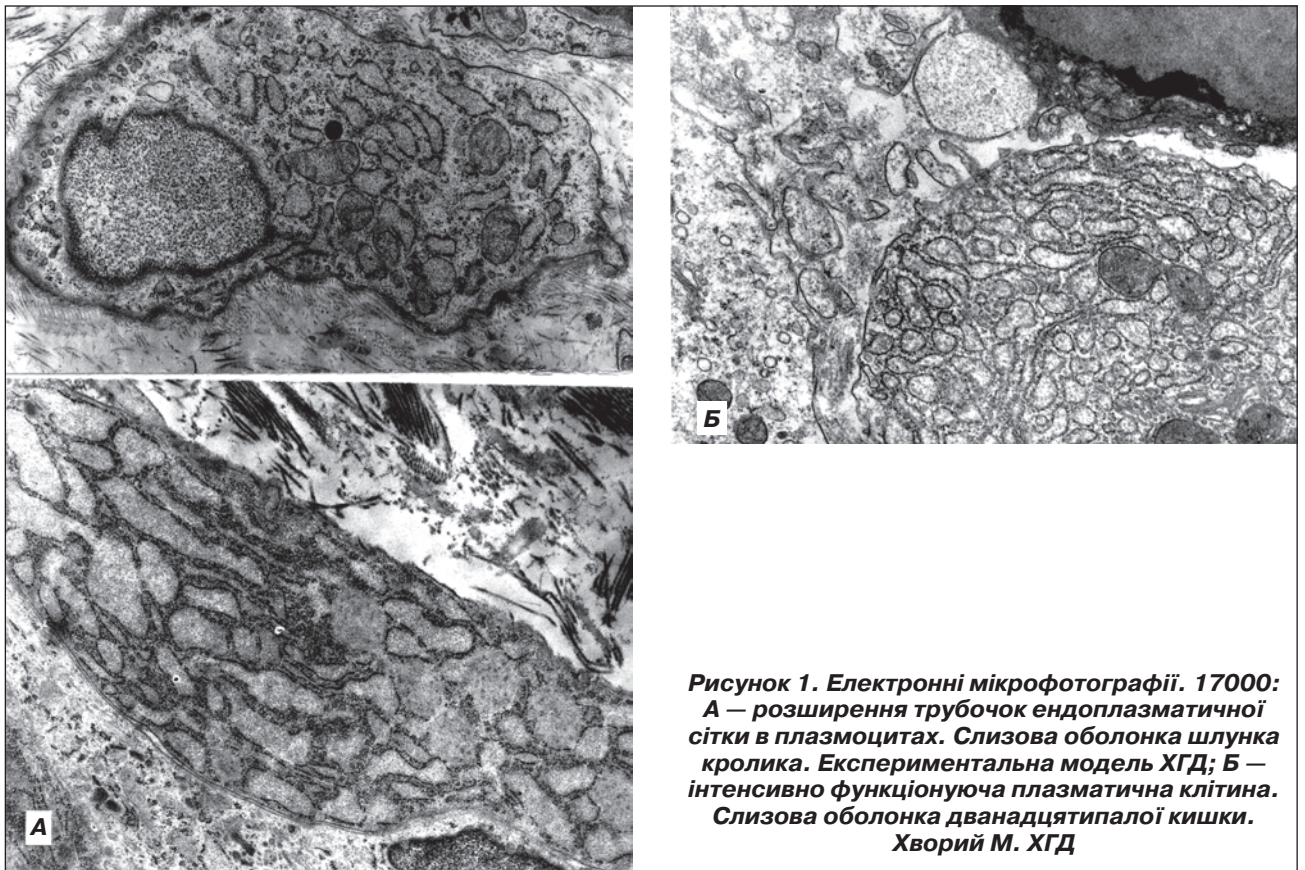
Перебіг ХГД, ХД і ХГ у більшості дітей (відповідно 71,5; 73,53 та 64,71 %) мав рецидивуючий характер із сезонними загостреннями в осінньо-

весняний період. Провідним у клініці захворювань був больовий синдром зі своїми особливостями залежно від місця ураження гастродуоденальної зони та варіанта поєднаної патології. Больовий синдром спостерігався в усіх хворих, рідше — диспептичні та астеновегетативні розлади.

Підвищена секреторна функція шлунка спостерігалася у 64,52 %, знижена — у 19,36 %, нормальна — у 18,13 % хворих. При ХД, ХГ і ХГД виявлялися подібні порушення секреторної функції шлунка, але були і певні особливості. У хворих на ХГД зафіксовано залежність між станом секреторної функції шлунка і тривалістю захворювання.

Результати клінічного та експериментального досліджень переконливо свідчать про те, що хронічна вогнищева інфекція носоглотки є етіологічним фактором хронічних захворювань гастродуоденальної зони, а імунологічний механізм — провідним у формуванні патологічного процесу в гастродуоденальній зоні [3, 4].

Вони стали підґрунтям для визначення доцільності застосування імунотерапії в лікуванні хронічних захворювань гастродуоденальної зони та розробки і вивчення її напрямків: імунomodulяції клітинного та гуморального імунітету, імунomodulяції місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу, поєднаної імунomodulяції клітинного, гуморального і місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу. За даними експериментального та клінічного досліджень встановлено їх ефективність [5–7].



**Рисунок 1. Електронні мікрофотографії. 17000:**  
**А — розширення трубочок ендоплазматичної**  
**сітки в плазмоцитах. Слизова оболонка шлунка**  
**кролика. Експериментальна модель ХГД; Б —**  
**інтенсивно функціонуюча плазматична клітина.**  
**Слизова оболонка дванадцятипалої кишки.**  
**Хворий М. ХГД**

У хворих, які були під спостереженням, проведено поглиблене клініко-параклінічне обстеження підшлункової залози, тому що часто мало місце втягнення її в патологічний процес. У 9,8 % дітей діагностовано хронічний панкреатит, у 18,95 % — реактивний панкреатит, у 17,8 % — диспанкреатизм. Результати дослідження свідчать про наявність залежності між тривалістю патологічного процесу в гастродуоденальній зоні та вираженістю змін у підшлунковій залозі. Так, у дітей з тривалістю хронічних захворювань гастродуоденальної зони до 2 років переважає диспанкреатизм, а в дітей із тривалістю патологічного процесу в шлунку та дванадцятипалій кишці понад 3 роки наростає питома вага реактивного та хронічного панкреатитів. Формування ураження підшлункової залози відбувалося поступово з повільним прогресування патологічного процесу та маловираженими клінічними проявами.

Лікування хворих починалося з моменту надходження їх до клініки. В процесі обстеження дітей терапевтичний комплекс розширювався, проводилася його корекція з урахуванням отриманих результатів інструментальних, біохімічних, імунологічних і бактеріологічних методів дослідження. При призначенні лікування до уваги бралися наявність у хворих патології гастродуоденальної зони, підшлункової залози та інших органів травлення. Дітям призначалася дієтотерапія (стіл № 1 за Певзнером; хворим із патологією підшлункової залози — № 5п).

Больовий синдром у хворих знімався шляхом призначення спазмолітиків і холінолітиків з переважно спазмолітичною дією. З метою ліквідації моторних порушень призначалися прокінетики, на фоні медикаментозного пригнічення функції підшлункової залози — ферменти підшлункової залози (Пангрол® 10000).

З перших днів перебування хворих у стаціонарі призначалися вітаміни, фізіотерапевтичне лікування, за показаннями — седативні препарати.

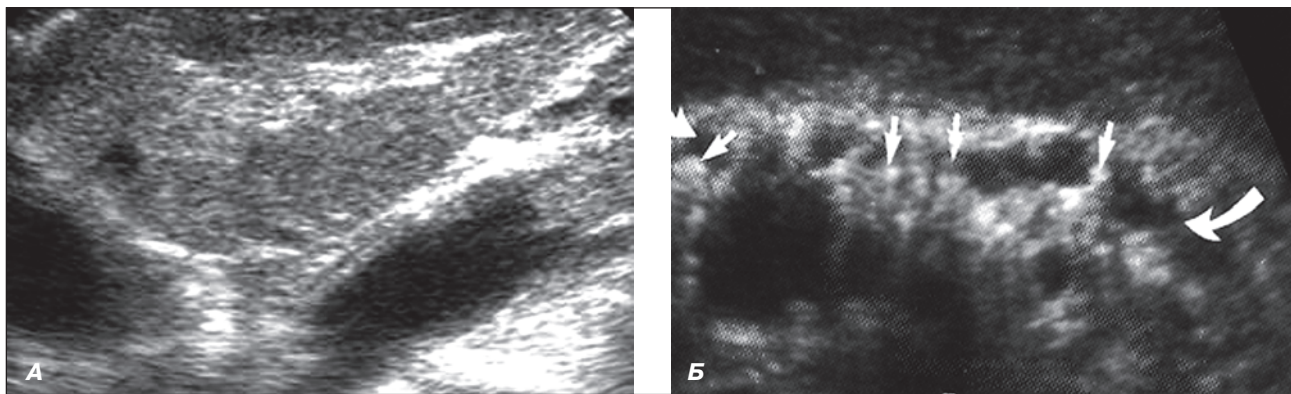
При підвищеній секреторній функції шлунка застосовувалися антацидні препарати. При високій кислотоутворюючій функції шлунка призначався і антисекреторний препарат (селективний М-холінолітик або блокатор H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів).

При секреторній недостатності шлунка призначалась замісна терапія, препарати, що стимулюють шлункову секрецію, але за наявності патології і підшлункової залози вони призначалися тільки після зникнення клінічних проявів ураження підшлункової залози. Всі хворі отримували фітотерапію.

У лікуванні частини хворих застосовувався розроблений нами новий напрямок у лікуванні хронічних захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки — імунотерапія (а.с. на винахід № 1391654). Попередньо проведене експериментальне дослідження показало її високу ефективність у лікуванні хронічного запального процесу в слизовій оболонці гастродуоденальної зони [5]. Використовувались такі її напрямки: імунomodуляція клітинного та гуморального імунітету, імунomodуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу, комбінована імунomodуляція системного та місцевого імунітету, поєднання комбінованої імунomodуляції клітинного, гуморального та місцевого імунітету. Введення до терапевтичного комплексу імунотерапії позитивно вплинуло на клінічний перебіг захворювань, тривалість ремісії, суттєво зменшило кількість рецидивів. Найбільш виражений вплив на зворотну динаміку клінічних проявів ХГД у дітей і тривалість їх ремісії мало поєднане застосування імунomodуляції системного та місцевого імунітету порівняно з контрольною групою хворих і групами хворих, які отримували інші варіанти імунomodуючої терапії.

Застосування у частини хворих різних варіантів дво- і трикомпонентних антибактеріальних схем у лікуванні хелікобактеріозу показало, що найбільш ефективною була трикомпонентна схема, що включала субцитрат вісмуту + антибіотик амоксицилін і фуразолідон. Тривалість курсу — 10 днів.

Хворим із патологією підшлункової залози призначався препарат Пангрол® 10000: при диспанкреатизмі — зразу, а при реактивному панкреатиті та загостренні хронічного панкреатиту — через 6–10 днів від початку лікування. Пангрол® 10000 — препарат природного походження (із підшлункової залози свиней), містить 10 000 ОД ліпази, 9000 ОД амілазиту та 500 ОД протеази, не має токсичних компонентів. Кислотостійка капсула захищає фер-



**Рисунок 2. Ультразвукове дослідження підшлункової залози: А — хворий А., 10 років. Реактивний панкреатит; Б — хворий Б., 14 років. Хронічний панкреатит**

менти від їх інактивації в шлунку, окрім того мінітаблетки препарату Пангрол® 10000 виготовлені за інноваційною технологією Eurand Minitabs® Technology, завдяки якій вони мають однаковий розмір (~2 мм × 2 мм) та покриті функціональною мембраною. Спочатку Пангрол® 10000 призначався по 1 капсулі 3 рази на день під час їди з подальшим поступовим поетапним зниженням дози до 1 капсули на день. Пангрол® 10000 поліпшував функціональний стан травного каналу, нормалізував процеси травлення, сприяв нормалізації біоценозу кишечника. В процесі лікування у хворих зникав біль у лівому підребр'ї та дифузний біль у животі, метеоризм, нормалізувалося випорожнення.

При середньотяжкому перебігу реактивного панкреатиту та загостренні хронічного панкреатиту терапія призначалася дезінтоксикаційна інфузійна терапія, а при тяжких формах захворювання дітям внутрішньовенно краплинно вводилися і антиферментні препарати. Інфузійна терапія проводилася до покращення стану хворих (упродовж 3–5 днів). Біологічні інгібітори протеаз вводилися дітям тільки при тяжких формах захворювання. Наші спостереження свідчать про те, що введення їх хворим із легким і середньотяжким перебігом панкреатиту суттєво не впливає на динаміку захворювання. У терапевтичний комплекс також включалися похідні піримідину, десенсибілізуючі препарати, фізіотерапевтичне лікування, фітотерапія.

Хворим із патологією гастродуоденальної зони і біліарної системи в терапевтичний комплекс включалися жовчогінні препарати (холеретики). Дітям із пониженою секреторною функцією шлунка призначалися холензим або алохол, а хворим із патологією і підшлункової залози призначалися холеретики, що мають спазмолітичну дію (берберину бісульфат, оксафенамід). У лікувальний комплекс хворих із дискінезією жовчних шляхів за гіпотонічно-гіпокінетичним типом за відсутності патології підшлункової залози включався хофітол. Хворі отримували хофітол перед їдою по 2 таблетки 3 рази на день упродовж 12–14 днів. Хворим із захворюваннями підшлункової залози він призначався тільки при диспанкреатизмі та реактивному панкреатиті і тільки при досягненні їх клінічної ремісії.

З метою нормалізації кишкової флори в терапевтичний комплекс хворих включався пробіотик. Тривалість курсу лікування до 1 місяця.

Хворим із пониженою секреторною функцією шлунка, хронічним колітом і дисбактеріозом кишечника з послабленим і нормальним випорожненням ефективним є включення в терапевтичний комплекс сорбенту коротким курсом (3–5 днів).

У процесі лікування на фоні зворотної динаміки клінічних симптомів хронічних захворювань гастродуоденальної зони у хворих поступово зменшувалися і незабаром зникали прояви супутньої патології з боку органів травлення. У хворих поступово зменшувалися і зникали симптоми диспан-

креатизму, з'являлася позитивна динаміка розмірів підшлункової залози. Позитивна динаміка клінічних проявів основного захворювання супроводжувалась зворотним розвитком проявів реактивного панкреатиту. Перебіг хронічного панкреатиту не корелював із зворотною динамікою клінічних проявів патології гастродуоденальної зони і потребував подальшого лікування.

Отже, хронічна патологія органів травлення на момент звернення пацієнта до лікаря в більшості хворих дітей є поєднаною. Зміни в підшлунковій залозі при хронічних захворюваннях гастродуоденальної зони у дітей формуються поступово з повільним прогресуванням патологічного процесу і маловираженими клінічними проявами. Ці зміни потребують своєчасного виявлення й адекватного комплексного лікування. У лікуванні патології підшлункової залози в дітей із хронічними захворюваннями шлунка і дванадцятипалої кишки ефективним є застосування препарату Пангрол® 10000.

## Список літератури

1. Баранов А.А., Клеманская Е.В., Римарчук Г.В. *Детская гастроэнтерология. Избранные главы.* — М., 2002. — 592 с.
2. Белоусов А.С., Водолагин В.Д., Жаков В.П. *Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения.* — М.: Медицина, 2002. — 424 с.
3. Борисенко М.І., Чайковський Ю.Б. Клініко-морфологічне дослідження ролі хронічної вогнищевої інфекції верхніх дихальних шляхів у формуванні хронічного патологічного процесу в гастродуоденальній зоні // *Перинатологія та педіатрія.* — 2003. — № 2. — С. 41-46.
4. Борисенко М.І., Чайковський Ю.Б. Роль хронічної вогнищевої інфекції лімфо-епітеліального глоткового кільця у формуванні хронічного патологічного процесу у шлунку та дванадцятипалій кишці (клініко-експериментальне дослідження) // *Журнал академії медичних наук України.* — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 495-508.
5. Борисенко М.І., Чайковський Ю.Б. Напрямки імунотерапії хронічного запального процесу в слизовій оболонці гастродуоденальної зони. Результати експериментального дослідження // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.* — 2005. — № 3-4. — С. 26-29.
6. Борисенко М.І. Імуномодуляція місцевого імунітету верхніх відділів травного каналу при хронічному запальному процесі його слизової оболонки // *Сучасна гастроентерологія.* — 2006. — № 1. — С. 41-45.
7. Борисенко М.І., Чайковський Ю.Б. Імунологічні аспекти патогенезу хронічного гастродуоденіту у дітей // *Журнал академії медичних наук України.* — 2008. — Т. 14, № 2. — С. 299-321.
8. Денисова М.Ф., Чернега Н.В. Ефективна та лагідна ферментна допомога. Панкреатична недостатність та її корекція у дітей із хронічними захворюваннями верхніх відділів травного тракту // *Ліки України.* — 2005. — № 5. — С. 82-84.
9. Тяжка О.В., Горобець А.О., Горобець Н.І. Оцінка зовнішньосекреторної функції підшлункової залози у дітей з хронічними гастродуоденальними захворюваннями // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* — 2008. — № 5. — С. 5.
10. Яровая Г.А., Коровина Н.А., Ретина Е.А., Абрамова Т.В. Состояние протеазной и антипротеазной активности крови при реактивных изменениях поджелудочной железы у детей // *Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: Сб. мат-лов 8-й конф.* — М., 2001. — С. 124.

Отримано 20.04.16 ■

Борисенко М.И.

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

**ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ  
СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ  
У ДЕТЕЙ**

**Резюме.** В статье представлены обобщенные результаты многолетнего усовершенствования дифференцированных подходов к лечению хронической патологии гастро-дуоденальной зоны, сочетающейся с патологией других органов пищеварения. Под наблюдением находилось 1386 детей с патологией органов пищеварения в возрасте от 7 до 15 лет. Обследование больных было комплексным и включало клинические, лабораторные и инструментальные методы. У 100 % больных были диагностированы хронические заболевания гастродуоденальной зоны (у 982 — хронический гастродуоденит, 268 — хронический гастрит, 136 — хронический дуоденит). Комплексное обследование больных выявило наличие патологических изменений и в других органах пищеварения: у 94,7 % диагностированы заболевания билиарной системы, у 43,6 % — поджелудочной железы, у 38,1 % — толстой кишки, у 79,17 % — дисбиоз кишечника.

В статье изложены дифференцированные подходы к лечению сочетанной патологии органов пищеварения в зависимости от состояния слизистой оболочки верхних отделов пищевого канала, кислотообразующей функции желудка, поджелудочной железы, желчевыводящих путей и кишечника.

При сочетанной патологии гастродуоденальной зоны и поджелудочной железы эффективным было использование ферментного препарата Пангрол® 10000.

**Ключевые слова:** иммуномодуляция, хронический гастродуоденит, клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет, местный иммунитет, слизистая оболочка, желудок, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа.

Borysenko M.I.

National Medical University named after O.O. Bohomolets,  
Kyiv, Ukraine

**SUMMARIZING THE RESULTS OF IMPROVED DIFFERENTIATED  
APPROACHES TO THE TREATMENT OF COMBINED  
PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN CHILDREN**

**Summary.** The article summarizes the results of long-term improvement of differentiated approaches to the treatment of chronic gastroduodenal diseases associated with disorders of other digestive organs. Under supervision there were 1,386 children aged 7 to 15 years with disorders of the digestive system. Examination of patients was complete and included clinical, laboratory and instrumental methods. 100 % of patients were diagnosed with chronic gastroduodenal diseases (982 — chronic gastroduodenitis, 268 — chronic gastritis, 136 — chronic duodenitis). Comprehensive examination of the patients revealed the pathological changes in other digestive organs: in 94.7 %, disease of the biliary system was diagnosed, in 43.6 % — of the pancreas, in 38.1 % — of the colon, in 79.17 % — intestinal dysbiosis.

The article describes the differentiated approach to the treatment of combined pathology of the digestive system, depending on the state of the mucous membranes of the upper alimentary canal, acid-forming function of the stomach, pancreas, bile ducts and the intestine.

In the comorbidity of gastroduodenal zone and the pancreas, the use of enzyme preparation Pangrol® 10000 was effective.

**Key words:** immunomodulation, chronic gastroduodenitis, cellular immunity, humoral immunity, local immunity, mucous membrane, stomach, duodenum, pancreas.