

кой конференції (25-26 октября 2005 г). Редактор - проф. Юлиш Е.И. – Донецк, 2005. – 186 с.

5. Внутриклеточная инфекция и состояние детей в XXI веке: матер. II научно-практической конференции с международным участием (4-5 декабря 2008). Редактор – проф. Юлиш Е.И., – Донецк, 2008. – 192 с.

6. Вяльцева Ю.В. Иммунологические проявления цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных детей: матер. междунар. науч.-практич. конф., посвящен. 75- летию Донецкого гос. мед. универ. им. М. Горького. – Донецк, 2005. – С. 36-37.

7. Герпес: профилактика и эффективное лечение / А. Васильева. – СПб.: Невский проспект, 2005. – 112 с.

8. Гранитов В.М. Герпетическая инфекция. – Москва: Кальмен. Мед.книга, Н.Новгород: Изд. НГМА, 2001. – 88 с.

9. Крамарев С.А. Герпесвирусные инфекции у детей / Крамарев С.А. // Medicus Amicus. – 2003. – № 4. – С.8-9.

10. Крамарев С.А. Инфекционные болезни у детей (клинические лекции. – К.: Морион, 2003. – 480 с.

11. Панченко Л.А., Ходак Л.А., Кириченко И.И. Воз-

будители герпесвирусных инфекций и наиболее важные клинические проявления у человека // Провизор. – 1999. – № 10. – С. 28-29.

12. Руденко А.О., Муравска Л.В. Герпесвірусні інфекції людини–світова проблема // Інфекційні хвороби. – 2001 – № 2. – С. 5-11.

13. Ходак Л.А. Врожденная цитомегаловирусная инфекция у детей (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... док. мед.наук / Ходак Л.А. – М., 2004. – 35 с.

14. Чернышова Л.И. Цитомегаловирусная инфекция // Сучасні інфекції. – 1999. – № 2. – С. 52-54.

15. Чернышова Л.И. Сравнительная характеристика подходов к лечению персистирующих инфекций у детей: матер. международной научно-практической конференции (25-26 октября 2005 г). – Донецк, 2005. –164 с.

16. Юлиш Е.И., Волосовец А.П. Врожденные и приобретенные TORCH-инфекции у детей. – Донецк: Регина, 2005. – 216 с.

17. Medical Management of HIV infection. John G. Barlett, M.D. and Joel E. Gallant, M.D., MPH, 2003- 429 p.

УДК 616.33 – 008.97:579.835.12 – 039.3:616.33/342 – 002] – 053.2

Ю.І. Бутницький¹, В.Ф. Лобода², А.З. Миколенко², Л.В. Глинчак¹, Л.Н. Данильчук¹, Г.В. Драчинська¹, І.Я. Кобилянський³, Н.О. Піскорська¹, Т.М. Рудик¹, М.М. Семенова¹, О.І. Хом'як¹

ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКАТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ

¹Тернопільська міська державна комунальна лікарня

²Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

³Рівненський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення

ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКАТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ДІТЕЙ. При порівняльному ретроспективному аналізі історій хвороб 136 дітей із хронічними гастродуоденітами з підвищеною кислотоутворювальною функцією виявлено, що застосування в лікуванні блокаторів протонної помпи у стандартних дозах двічі на день значно пришвидшує регрес патологічних симптомів.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ДЕТЕЙ. При сравнительном ретроспективном анализе историй болезней 136 детей с хроническими гастродуоденитами с повышенной кислотообразующей функцией обнаружено, что применение в лечении блокаторов протонной помпы в стандартных дозах дважды в день значительно ускоряет регресс патологических симптомов.

APPLICATION OF THE PROTON PUMP BLOCK ATORS FOR THE TREATMENT OF CHRONIC GASTRODUODENITIS IN CHILDREN. It was determined during a comparative retrospective analysis of 136 medical records of children with chronic gastroduodenites with increased acidosecretive function, that the application, in standard dosages twice a day, of the proton pump blockators significantly accelerates regression of pathologic symptoms.

Ключові слова: діти, гастродуоденіт, пульсет.

Ключевые слова: дети, гастродуоденит, пульсет.

Key words: children, gastroduodenitis, Pulcet.

ВСТУП. Провідні вчені нашої країни та Росії з року в рік відмічають відсутність тенденції до зниження захворюваності на хронічний гастродуоденіт серед дитячого населення [5, 7, 8, 9]. Незважаючи на те, що з'я-

вилися протоколи лікування за спеціальністю “Дитяча гастроентерологія” (наказ МОЗ України від 26.05.2010 року № 438), практичні лікарі в більшості випадків у терапії хронічних гастродуоденітів використовують ан-

тациди, комбінуючи їх з блокаторами H₂-рецепторів гістаміну. І тільки в окремих випадках з обережністю призначають блокатори протонної помпи [1, 2, 6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. На базі Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні проведено порівняльне ретроспективне дослідження дітей, які лікувалися в 2006-2010 роках з діагнозом хронічний гастродуоденіт із підвищеною кислотоутворювальною функцією.

В дослідження включено 136 пацієнтів із хронічним гастритом з підвищеною кислотоутворювальною функцією, віком від 13,5 до 18 років (середній вік склав 15,1±1,12), в тому числі 54 дівчаток (39,7 %) і 82 (60,3 %) хлопчиків. Залежно від отриманої терапії (тривалість лікування була 7-10 днів) дітей поділено на три групи:

I група, контрольна (AA+Ф/Р) – антацид + фамотидин /ранітидин (40 мг/300 мг на добу);

II група (AA+O) – антацид + омепразол 20 мг на ніч;

III група (O) – омепразол 20 мг зранку і ввечері;

IV група (П) – пульсет 40 мг зранку і ввечері.

Як антацид використовували альмагель або фосфалогель 3 р/д в перервах між прийомами їжі. Після закінчення даного курсу лікування діти приймали антацидні препарати ще 10 - 14 днів.

Критерії включення в дослідження:

– хронічний гастродуоденіт, підтверджений фіброгастродуоденоскопією;

– проведення внутрішньошлункової експрес рН-метрії;

– дитина півроку до госпіталізації не отримувала медикаментів.

Критерії виключення з дослідження:

– виразкова хвороба в анамнезі;

– дуоденогастральний рефлюкс;

– прийом нестероїдних протизапальних препаратів або аспірину;

– гіперчутливість до інгібіторів протонної помпи;

– наявність тяжких супутніх захворювань;

– тютюнокуріння та вживання спиртних напоїв.

Для встановлення достовірності діагнозу та оцінки клінічного перебігу захворювання вивчалася симптоматика хвороби з урахуванням фізикальних даних, результатів загального аналізу крові, сечі, біохімічного дослідження крові, ультрасонографії органів черевної порожнини апаратом. Стан слизової шлунка та дванадцятипалої кишки вивчали за допомогою фіброгастродуоденоскопа фірми "Olympus" типу PQ 20. Кислотоутворювальну функцію шлунка визначали апаратом ІКЖ-2 експрес-методом внутрішньошлункової рН-метрії за В.М. Чернобровим [3, 11].

Ознака, що вивчалась, перевірялась на нормальне (гаусівське) розподілення за допомогою критерію Ліліфора. При опрацюванні даних визначалось середнє арифметичне (M), середнє квадратичне відхилення (s). Отримані результати представлені у вигляді M±s. За допомогою дисперсійного аналізу, перевірялась нульова гіпотеза про рівність всіх середніх арифметичних. Якщо нульова гіпотеза відхилялась, порівнювали досліджувані групи з контрольною застосовуючи критерій Даннета [4, 10]. Обчислення проводились за допомогою програми "БІОСТАТ".

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Розподіл пацієнтів за статтю та тривалістю захворювання представлено в таблиці 1.

Тривалість захворювання на хронічний гастродуоденіт становила від 3 до 5 років і в середньому склала (3,6±0,24) роки. Найдовше хворіли діти з II групи, але статистично достовірної різниці щодо тривалості анамнезу між групами не було. Терміни зникнення суб'єктивної та об'єктивної симптоматики у дітей представлені в таблиці 2.

Таблиця 1. Розподіл дітей по групах

Показники	Група			
	I, n=35 AA+Ф/Р	II, n=34 AA+O	III, n=32 O	IV, n=35 П
Дівчатка	15	12	13	14
Хлопчики	20	22	19	21
Тривалість захворювання, роки	3,2±0,34	3,7±0,32	3,5±0,24	3,4±0,38

Таблиця 2. Терміни зникнення патологічних симптомів та синдромів у дітей залежно від схем лікування

окв рі нв кп	I груп			
	аm=62п	аm=6) п	ааm=65п	аm=62п
	ссиж .3п	ссиФп	Фп	зп
Суб'єктивні				
лчдктуПячї дпг-рчу7і 1чп	±(9*8(+4п	2(6*8(7) п) (±*8() 9п) (4*8(64' п
Нгдні уп	2(±*8(±5п) (4*8() 9'п	6(2*8(57'п	6(4*8(59' п
з-чяп) (6*8(2+п	6(5*8() 6п	5(9*8(6) 'п	5() *8(64' п
Об'єктивні				
лньюччї дпг1кгрудруцф	7(±*8(76п	±(6*8(±4п	2(±*8() +п	2(5*8(24' п
Нуьч пнуязкяп	+(9*4(24п	9(4*4() +п	±(5*4(8±п	±(6*4(48п

Примітка. * – p < 0,05.

У дітей II групи порівняно з контрольною групою достовірно зникала швидше тільки нудота (на $4,1 \pm 0,48$ день). Статистично значимої різниці між термінами зникнення інших симптомів в цій групі не було. У дітей, які отримували інгібітори протонної помпи в стандартній дозі два рази на день, клінічна картина покращувалась швидше. Так, в пацієнтів з III та IV груп достовірно зникала нудота на $3,5 \pm 0,27$ та $3,1 \pm 0,28$ день, переставала турбувати печія на $2,8 \pm 0,34$ та $2,4 \pm 0,31$ день відповідно. Хворі з цих груп переставали відчувати болючість та дискомфорт при пальпації гастродуоденальної зони на $5,6 \pm 0,49$ та $5,2 \pm 0,51$ день. Достовірно зникло відчуття тяжкості в епігастрії на $4,1 \pm 0,31$ день тільки у хворих, які приймали пульцет. Очищення язика від нальоту спостерігалось у всіх групах в терміни від $6,2 \pm 1,06$ до $8,1 \pm 1,49$ дня. Але ці дані порівняно з контрольною групою статистично не відрізнялись.

ВИСНОВКИ. 1. Більш ширше застосування блокаторів протонної помпи в стандартних дозах двічі

на день при лікуванні підлітків із хронічними гастродуоденітами з підвищеною кислотоутворювальною функцією зумовлює стабільний регрес об'єктивних та суб'єктивних патологічних симптомів.

2. При прийомі пантопразолу (пульцет) достовірно зникало відчуття болю в епігастрії на $4,1 \pm 0,31$ день лікування та більшою мірою зменшувалась тривалість інших симптомів, ніж при застосуванні дженериків омепразолу. Дані дослідження підтверджують доцільність використання пульцету в лікуванні гіперацидних гастродуоденітів у дітей.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Плануємо вивчення впливу блокаторів протонної помпи на динаміку морфологічних змін слизової шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей, хворих на хронічні гастродуоденіти. Також планується застосування морфометричних методів дослідження слизової для більш оптимального використання всього арсеналу гастроентерологічних препаратів в лікуванні даної патології у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бредихина Н. А. Индивидуальные варианты антисекреторного эффекта различных ИПН при кислотозависимых состояниях / Н. А. Бредихина, Л. А. Кованова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. Приложение. – 2007. – № 1. – С. 33–34.
 2. Васильев Ю. В. Ингибиторы протонного насоса / Ю. В. Васильев // Лечащий врач. – 2007. – № 1. – С. 12–17.
 3. Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту : практичне керівництво ; під ред. В. М. Чернобрового. – Вінниця : "Логос", 1999. – 80 с.
 4. Гланц С. Медико-биологическая статистика ; пер. с англ. / С. Гланц. – М. : Практика, 1998. – 459 с.
 5. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. и др. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. акад. В. Т. Ивашкина. – М.: Литтера, 2003. – 1046 с.
 6. Корниенко Е. А. Выбор ингибиторов протонной помпы при лечении детей / Е. А. Корниенко,

О. Г. Клочко // Вопросы детской диетологии. – 2004. – № 2. – С. 31–35.
 7. Корсунский А.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни пищеварения у детей. – М. : Медпрактика, 2002. – 168 с.
 8. Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. – К. : ВБ "Аванпост-Прим", 2008. – 432 с.
 9. Пархоменко Л. К. Медико-социальные проблемы сохранения здоровья подростков в Украине / Л. К. Пархоменко // Здоровье ребенка. – 2006. – № 1. – С. 15–17.
 10. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М. : Медиа Сфера, 2006. – 312 с.
 11. Яковенко А. В. рН-метрия в клинической практике. Учебно-методическое пособие. – М.: Федераль- ный гастроэнтерологический центр МЗ РФ, 2001. – 35 с.