

## ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ПРОТОКОЛІВ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

**Резюме.** Висвітлено сучасні наукові погляди на діагностику і лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дитячому віці. Обговорено важливі положення різних міжнародних ініціатив стосовно моніторингу пацієнтів із даною патологією. Зазначені особливості вказують на те, що патогенетична терапія в педіатричній практиці має свої відмінності, і це слід враховувати при призначенні антисекреторних препаратів і при розробці профілактичних заходів.

**Ключові слова:** гастроєзофагеальна хвороба, діти, діагностика, лікування.

У даний час проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) привертає до увагу вчених і практикуючих лікарів багатьох країн світу, по праву вважаючись захворюванням XXI століття. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей становить серйозну проблему клінічної медицини і суспільства у зв'язку з високим рівнем поширеності, труднощами ранньої діагностики, рецидивним перебігом і можливістю ускладнень. Останнє десятиліття стало проривом у всебічному дослідженні даної патології в дітей різних вікових груп. Дослідженнями науковців визначені поширеність, фактори ризику розвитку, клінічні симптоми ГЕРХ, досягнутий консенсус щодо визначення, закладені основи класифікації, створені стандарти діагностики та лікування даного захворювання в дітей [2, 8, 18].

Впровадження нових лабораторних та інструментальних методів обстеження дало змогу розширити уявлення про патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ, поліпшити діагностичні можливості ендоскопічно негативного варіанту перебігу хвороби, а також її атипичних форм, оптимізувати схеми лікування дітей із даним захворюванням.

Водночас, незважаючи на проведені дослідження, досить багато питань потребують більш поглибленого вивчення. Найбільш гостро дискутуються такі: етіологічні фактори захворювання, механізми транзиторних розслаблень нижнього стравохідного сфінктера — основної ланки патогенезу ГЕРХ, епідеміологічні аспекти ГЕРХ, рання діагностика стравоходу Барретта, клінічна оцінка ефективності лікування і прогнозування рецидивів. Визначення внеску в патогенез ГЕРХ недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), контамінації слизової оболонки стравоходу інфекційними агентами дадуть змогу скоригувати план обстеження, лікування та спрогнозувати тяжкість перебігу захворювання. Відкритим залишається питання про тактику моніторингу ГЕРХ як окремої нозологічної одиниці [5, 7, 14, 17].

У практиці лікаря-педіатра одним із найбільш частих патологічних станів являються диспептичні розлади, причиною яких є порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Яскравим прикладом таких порушень є ГЕРХ. У жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі в м. Генваль (Бельгія) ГЕРХ визнана як самостійна нозологічна одиниця. Тоді ухвалені перші рекомендації щодо діагностики та лікування цього захворювання, засновані на принципах доказової медицини. Початок вивчення даної проблеми в нашій країні — 1999 рік, коли в Україні впроваджена Міжнародна класифікація

сифікація хвороб Х перегляду (МКХ-10). У 1999 р. ГЕРХ офіційно ввійшла до МКХ-10 (рубрика К21) і розподілялася на ГЕРХ з езофагітом (К21.0) і ГЕРХ без езофагіту (К21.1). У вітчизняних педіатрів даний діагноз і нині викликає труднощі при його встановленні. Узагальнені дані клінічних досліджень, проведені в різних країнах, свідчать, що досить часто ендоскопічна картина абсолютно не відповідає вираженості симптомів. Більш того, у більшості пацієнтів під час гастроскопії та рентгенографії немає відхилень від норми. Це слугує підставою для виділення ГЕРХ у двох клінічних варіантах. Перший — ендоскопічно негативна ГЕРХ, яка становить близько 60%, та рефлюкс-езофагіт, який діагностується майже у 37% хворих, і традиційно виділяється ускладнення ГЕРХ — стравохід Барретта. Так, останніми роками з'являються нові погляди на структуру ГЕРХ. Американські вчені Р. Фасс, С. Офман вважають, що ГЕРХ, ерозивна ГЕРХ і стравохід Барретта є самостійними нозологічними одиницями, оскільки досі немає достовірних даних про те, чи прогресує ГЕРХ у рефлюкс-езофагіт, а рефлюкс-езофагіт у стравохід Барретта [12, 24]. Визначення ГЕРХ, викладені в міжнародних консенсусах, підтверджують, що це хвороба, яка має клінічну та ендоскопічну складові. Отже, термін «гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» є більш обґрунтованим за «гастроєзофагеальний рефлюкс» і «рефлюкс-езофагіт».

Сучасні діагностичні та терапевтичні підходи до ведення пацієнтів із ГЕРХ визначені міжнародними консенсусами (Генвальським, 1999 і Монреальським, 2006 [8, 12, 13, 15]), в яких відмічена неоднорідність популяції хворих як залежно від наявності або відсутності ерозій слизової оболонки стравоходу, так і залежно від наявності або відсутності ектоезофагеальних проявів захворювання. Особливістю захворювання є відсутність клінічних маркерів пошкодження слизової оболонки стравоходу з формуванням ерозій, а також структурні зміни слизової оболонки в пацієнтів із неерозивною формою рефлюксної хвороби при морфологічному дослідженні [10].

Питання діагностики і лікування ГЕРХ регламентуються низкою міжнародних угод і національними протоколами та стандартами. Але, на жаль, лікарі-педіатри рідко направляють дітей із підозрою на ГЕРХ до гастроентерологів, що затрудняє оцінку істинної поширеності даного захворювання серед дітей. За даними професора П.Л. Щербакова, тільки 40% дітей дворічного віку, хворих на ГЕРХ, стають пацієнтами лікаря-гастроентеролога, а 60% — пацієнтами педіатрів і пульмонологів. Для клініч-

ної практики залишаються актуальними питання щодо стандартизації оцінки проявів і лікування цього захворювання.

Сучасна класифікація ГЕРХ (відповідно до міжнародної науково обґрунтованої Монреальської угоди 2006 р.) поділяє прояви захворювання на стравохідні й позастравохідні. Езофагеальні синдроми включають типовий рефлюксний синдром (печія, регургітацію, відрижку, дисфагію, одиофагію тощо). Позастравохідні прояви поділяються на синдроми, зв'язок яких із ГЕРХ встановлений (кашель, ларингіт, бронхіальна астма, ерозії зубної емалі), і синдроми, зв'язок яких із ГЕРХ передбачається (фарингіт, синусит, ідіопатичний фіброз легень, рецидивний середній отит) [3, 11, 14, 23]. У цілому позастравохідні прояви класифікуються на бронхолегеневі, оториноларингологічні, стоматологічні, кардіологічні, анемічні. До основних механізмів, які беруть участь у розвитку езофагеальних синдромів, належать: 1) безпосередній вплив шлункового вмісту; 2) вегетативні розлади при ГЕРХ внаслідок реалізованого через гілки блукаючого нерва рефлексу між стравоходом, легенями і серцем, що приводить до розвитку кардіопульмональних симптомів [3, 4, 14].

Клінічна форма ГЕРХ залежить від типу гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР). Зовсім недавно виділялися два типи ГЕР: кислий і лужний. Застосування сучасних методів діагностики, зокрема імпедансометрії стравоходу, дало змогу виокремити такі види патологічних стравохідних рефлюксів: кислі; слабокислі ( $\text{pH} > 4,0$ , але  $< 7,0$ ); лужні ( $\text{pH} > 8,5$ ), які спостерігаються вкрай рідко; жовчні, зумовлені підвищенням вмістом білірубіну в рефлюктаті; газові, або повітряні. При детальному обстеженні пацієнтів із ГЕРХ встановлено, що для них найбільш характерні слабкислі та газові рефлюкси, які не пошкоджують слизову оболонку стравоходу, але викликають патологічні, іноді досить болісні клінічні симптоми, що різко порушують якість життя пацієнтів.

До недавнього часу ГЕРХ розглядалася лише як патологія дорослих, проте це переважно пов'язано з труднощами збору анамнезу і скарг у дітей. Наприклад, діти вкрай рідко висловлюють скарги на печію (провідний симптом ГЕРХ), бо просто не знають, що таке печія, також навряд чи дитина зможе пояснити почуття раннього насичення, вона просто поскаржиться на біль у животі. В перші місяці життя основний прояв ГЕРХ — зригування. Зригування зазвичай спостерігаються незабаром після годування, в горизонтальному положенні дитини. Їх постійний характер не вкладається в рамки фізіологічної норми, систематична втрата нутрієнтів зазвичай призводить до втрати ваги, що спричиняє гіпотрофію I–II ступеня. У більшості дітей інтенсивність зригувань зменшується з віком і мимовільно проходить до 12 міс., але їх вираженість на першому році життя позначається на розвитку дитини і може супроводжуватися ускладненнями.

У дітей старшого віку зазвичай спостерігаються відрижка повітрям, кислим, гірким (домішки жовчі), вночі внаслідок регургітації може з'являтися пляма на подушці. У більшості хворих у результаті ГЕР розвивається езофагіт. Основний симптом езофагіту — печія (відчуття печіння в епігастрії та за грудиною). Вона пов'язана з подразнювальним впливом шлункового і дуоденального вмісту на слизову оболонку стравоходу. Печія зазвичай посилюється після погрішностей у дієті (жирної, смаженої їжі, кави, газованих напоїв), переїдання. Езофагіт може супроводжуватися одиофагією (боллями при ковтанні), а також загрудинним болем. Біль може віддавати в область серця, шию, міжлопатковий простір. У ранньому віці біль унаслідок езофагіту може спричинити

занепокоєння дитини, незвичайні рухи голови і шиї (синдром Сандіфера). Ерозивно-виразковий езофагіт може зумовити хронічну крововтрату, іноді домішки крові в блювотних масах.

У даний час не існує простого і єдиного тесту, «золотого стандарту», що дає змогу підтвердити або виключити ГЕРХ. Перед лікарями виникає дилема, які методи використовувати передусім: одні методи дають змогу візуалізувати структурні порушення, інші — функціональні порушення кардіоезофагеального переходу. На даний час найбільш важливим і доступним методом діагностики ГЕРХ залишається клінічна картина. Саме клінічні прояви захворювання змушують пацієнта звертатися до лікаря. Перевага функціональних методів діагностики полягає в тому, що вони дають змогу не тільки виявити ГЕР, але й визначити його патофізіологію, оцінити зв'язок із наявною клінікою. Функціональні методи: манометрія стравоходу, 24-годинний рН-моніторинг, сцинтиграфія стравоходу, імпедансометрія стравоходу, електроміографія стравоходу. Для візуалізації структурних змін використовуються фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС) і променеві методи, до яких належать рентгенологічне дослідження ШКТ, мультиспіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія [9, 10, 23]. Рентгенологічне дослідження верхніх відділів ШКТ із застосуванням функціональних проб — це, на наш погляд, найбільш інформативний, швидкий і недорогий спосіб діагностики ГЕРХ. Рентгенографія дає змогу не тільки оцінити структурні, але й візуалізувати функціональні зміни (такі як порушення моторики стравоходу і шлунка), а також виявити наявність ускладнень. До недоліків рентгенографії можна віднести високу ймовірність помилково-позитивних результатів і низьку інформативність при незначних пошкодженнях стравоходу; високий ступінь суб'єктивної оцінки наявних змін. Про доцільність широкого використання ФЕГДС думки авторів розходяться. Одні вважають, що ендоскопія необґрунтовано часто застосовується для діагностики рефлюксної хвороби, що ФЕГДС з обов'язковою біопсією слизової стравоходу і наступним морфологічним дослідженням біоптату слід застосовувати лише при стійкості симптомів до проведеного емпіричного лікування, позастравохідних проявах хвороби, підозрі на ускладнення захворювання, атипових клінічних симптомах, імуносупресії. Більшість авторів дотримуються думки, що ФЕГДС необхідно використовувати як скринінгове дослідження, оскільки це відносно безпечний, високоінформативний, малоінвазивний діагностичний метод [1]. Для діагностики ГЕРХ також може бути використана манометрія. До недоліків даного методу належить необхідність введення катетера, який може спровокувати появу ГЕР [17]. Для ранньої діагностики ГЕРХ у хворих із хронічними бронхолегеневими захворюваннями, які мають диспептичні скарги, в комплексне обстеження необхідно включати добуву внутрішньостравохідну рН-метрію. Даний метод дає змогу оцінити природний ритм кислотності, визначити час появи і характер рефлюксів, вивчити вплив на рН численних факторів (живання їжі та ліків, рухова активність, положення тіла, взаємозв'язок із скаргами та ін), що дає можливість своєчасно діагностувати ендоскопічно негативну форму ГЕРХ. Метод імпедансометрії базується на вимірюванні електричних параметрів внутрішньостравохідного середовища при закиданні в стравохід шлункового вмісту, дає змогу оцінити порушення просторової геометрії стравоходу, величину зміщення його стінки. Метод інвазивний і не показаний у таких випадках: при неускладненому ГЕР,

якщо результати тесту не є обов'язковими для зміни лікування або прогнозу, за наявності дисфагії, болю у епігастрії, якщо є позитивні результати інших методів дослідження. Сцинтиграфія може використовуватися для виявлення епізодів рефлюксу. Особливо висока його діагностична значущість для виявлення аспірації, асоційованої з ГЕР. Однак це дослідження не може бути широко рекомендоване в практику через недостатню стандартизацію методики і відсутність вікових нормативів. Біліметрія розглядається як один із достовірних методів реєстрації патологічного лужного рефлюксу. Після введення в клінічну практику більш точного методу імпеданс-рН-метрії застосовується рідко.

Як показує практика, правильна і швидка діагностика позастравохідних проявів ГЕРХ є громіздкою, зважаючи як на технічні проблеми застосування методів діагностики, так і клінічні, зокрема наявність поєднаної патології, яка не дає змоги в ряді випадків визначити внесок кожної в розвиток позастравохідних проявів. З метою вирішення цих проблем у дорослій гастроентерології використовується фармакологічний тест з інгібіторами протонної помпи (ІПП). Препарати призначаються у вигляді короткої, 10–14 днів, терапії *ex juvantibus*. Зникнення симптомів свідчить на користь ГЕРХ. Дослідженнями доведено, що чутливість ІПП-тесту в діагностиці ГЕРХ становить 70–80%, а специфічність значно нижча – 60–65%. Однак при позитивній відповіді на тест, наявність ГЕРХ може не підтверджуватись іншими інструментальними методами. Доведено, що за діагностичної цінності даний тест із ІПП не поступається добовому моніторингу рН та ендоскопічному дослідженню стравоходу [20, 25, 26]. Особливої цінності набуває даний тест у пацієнтів із позастравохідними проявами ГЕРХ, що мають поєднану патологію. Фармакологічний тест з інгібіторами протонної помпи (омепразоловий) вже можна використовувати у дітей віком від 5 років. Позитивний тест є підставою для лікування всіх проявів ГЕРХ, використовуючи препарати ІПП як базисні. До препаратів, які сприяють швидкому зникненню печії, відносяться антациди та препарати альгінової кислоти (альгінати). Альгінати при прийомі всередину швидко утворюють альгінатний гелевий бар'єр на поверхні вмісту шлунка, який фізично перешкоджає виникненню ГЕР. Швидкий ефект альгінатів, в основі якого лежить антирефлюксний ефект, дає змогу припустити можливість їх використання як фармакологічного діагностичного тесту при ГЕРХ у дітей.

У підходах до терапії ГЕРХ залишається багато невирішених питань, зокрема немає загальноприйнятих схем ведення хворого, кратності застосування і режиму дозування препаратів. Мета терапії ГЕРХ включає швидке зменшення вираженості симптомів (призначення альгінатів або антацидів), контроль симптомів (терапія ІПП), лікування та запобігання ускладнень (терапія ІПП), що сприяє поліпшенню самопочуття та якості життя хворого. До недавнього часу принципами лікування ГЕРХ у дітей були дієтична корекція, постуральна і медикаментозна терапія. Остання передбачала призначення препаратів, які контролюють шлункову секрецію і нормалізують моторну функцію. З лікарських засобів, дозволених у педіатрії, широко застосовувалися антацидні препарати, але вони не контролюють утворення кислоти протягом доби і тому не можуть використовуватися як основний метод лікування. Досвід застосування блокаторів рецепторів гістаміну в педіатрії обмежений. Дослідження застосування ІПП у дитячому віці в дозі 3 мг на 1 кг щодня протягом 3–6 місяців підтвердило безпеку і досить

високу ефективність цих препаратів для лікування дітей із ГЕРХ [20, 27, 28].

Наразі в протоколах лікування використовується ступінчаста терапія (последовне призначення антацидів, прокінетиків, блокаторів рецепторів гістаміну), яка все більше піддається критиці. На думку багатьох дитячих гастроентерологів, слід відразу призначати терапевтичні дози ІПП з метою досягнення швидкого лікувального ефекту. У дітей старшої вікової групи можливе використання пантопразолу [15]. Завдяки високій ефективності та безпечності цих препаратів, їм віддається перевага при лікуванні всіх кислотозалежних захворювань. Це підтверджується численними дослідженнями, проведеними в різних країнах у дітей молодшого віку [19, 21, 25, 26]. У педіатричній практиці найбільш вивчений омепразол. Дослідження, проведені у дітей віком від 3 міс. до 18 років, показали, що фармакокінетика омепразолу в дітей, як при оральному, так і при внутрішньовенному введенні, не відрізняється від такої в дорослих [20, 21, 26].

Основою лікування ГЕРХ, безперечно, є ІПП, і найчастіша помилка лікарів при призначенні цих препаратів – недотримання необхідної тривалості терапії. На жаль, часто виникають ситуації, коли курс лікування становить лише 3 тижні і менше, тоді як мінімальна стандартна тривалість прийому ІПП при ГЕРХ має бути не менше 1 міс. При цьому слід визнати, що антисекреторна терапія впливає не на всі патогенетичні механізми ГЕРХ. Суттєву роль у розвитку та прогресуванні ГЕРХ відіграють якісний склад рефлюктату, кількість у ньому хлористоводневої кислоти, пепсину, жовчних кислот, трипсину, лізолецитину та інших інгредієнтів. Встановлено, що запально-деструктивні зміни слизової оболонки стравоходу при лужному (жовчному) рефлюксі більш виражені, ніж при ізольованій кислотній агресії [6, 10]. Крім того, присутність жовчі в рефлюктаті підвищує ризик розвитку циліндроклітинної метаплазії (стравоходу Барретта) і малігнізації у стравоході [6]. Деякі вчені звертають увагу на те, що сенсibiлізація рецепторів слизової оболонки стравоходу і формування симптомів захворювання можуть бути обумовлені не тільки шляхом впливу на них соляної кислоти, але й за допомогою виділення прозапальних медіаторів. Роль оксидантного стресу в патогенезі ГЕРХ також не викликає сумнівів. Давно встановлено, що вільні радикали відіграють ключову роль у пошкодженнях слизової оболонки при запальній реакції. Важливу роль в ініціації клінічних проявів захворювання відіграє підвищена чутливість (гіперсенситивність) слизової оболонки стравоходу, характерна для функціональної патології [5, 13, 14, 22]. Невипадково, в роботах останніх років регулярно відзначається висока частота асоціації ГЕРХ із різною функціональною патологією органів ШКТ, переважно з синдромом подразненого кишечника [16, 18]. При цьому підкреслюється, що подібне поєднання характеризується зниженням ефективності антисекреторної терапії ГЕРХ. За наявності в дитини жовчного рефлюксу стандартна терапія ГЕРХ малоефективна. Хоча ізольований жовчний рефлюкс при ГЕРХ спостерігається досить рідко, його наявність різко ускладнює терапію ГЕРХ і знижує ефективність антисекреторної терапії. За даними нечисленних неконтрольованих досліджень, застосування препаратів урсодезоксихолевої кислоти сприяє зменшенню клінічних симптомів ГЕРХ у пацієнтів із біліарним рефлюксом, знижує добову потребу в антацидних препаратах. Такий клінічний ефект має патогенетичне обґрунтування: урсодезоксихолева кислота зменшує агресивність жовчного рефлюктату і тим

самим знижує його шкідливу дію на слизову оболонку стравоходу.

Таким чином, ГЕРХ є мультифакторним захворюванням із різноманітним скарг, для більш об'єктивної оцінки поширеності якого у дітей потрібна розробка чітких уніфікованих критеріїв діагностики з урахуванням різних варіантів перебігу захворювання залежно від віку. Фармакологічні проби з ППП та альгінатами характеризуються високою діагностичною чутливістю і специфічністю, що дає змогу скоротити час діагностичного пошуку та мінімізувати витрати порівняно з інструментальними методами досліджень. Сучасний етап, ознаменований розробкою

принципово нових підходів до лікування ГЕРХ у дитячому віці, передбачає застосування препаратів із високим профілем безпеки, що дає змогу істотно підвищити ефективність терапії, а також якість життя пацієнтів. Враховуючи, що ГЕРХ є захворюванням зі складним патогенезом, і превалювання одного або декількох факторів обумовлює широку палітру клініко-морфологічних варіантів цієї нозологічної форми. Для успішної терапії необхідно детально обстежити хвору дитину, з'ясувати причини виникнення рефлюксу в кожному конкретному випадку та індивідуально підібрати різні методи лікування з урахуванням патогенетичних механізмів.

## ЛІТЕРАТУРА

- Белоусов Ю.В. Гастроентерологія дитячого віку / Ю.В. Белоусов. — К.: СПД Коляда О.П., 2007. — 440 с.
- Боярська Л.М. До питання про частоту та особливості проявів гастроэзофагеальної рефлюксної хвороби / Л.М. Боярська, К.О. Иванова // Современная педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 162—163.
- Бронхолегочная и отофарингеальная патология и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С.Г. Бурков, А.Т. Арутюнов, Е.П. Алексеев, Г.Л. Юренев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2007. — № 1. — С. 35—42.
- Воротникова Н.А. Бронхообструктивный синдром и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: течение, диагностика и тактика лечения у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.09. «Педиатрия» / Н.А. Воротникова. — Саратов, 2006. — 25 с.
- Давыдова А.Н. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста при различных вегетативных нарушениях и пути их коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия» / А.Н. Давыдова. — Волгоград, 2008. — 24 с.
- Дудникова Э.В. Клиническое значение билиарных рефлюксов в формировании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и гастродуоденитов у детей и методы их коррекции / Э.В. Дудникова // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2006. — № 5. — С. 28—32.
- Лазебник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генвала к Монреалу / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 5. — С. 4—10.
- Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — болезнь XXI века / И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, М.Т. Щекина // Лечащий врач. — 2004. — № 4. — С. 1—5.
- Николаева О.В. Клинико-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей с НР-ассоциированной гастродуоденальной патологией / О.В. Николаева, М.Н. Ермолаева, Г.И. Губина-Вакулик // Здоровье ребенка. — 2008. — № 2 (11). — С. 48—52.
- Пахомовская Н.Л. Клиническое значение суточной рН-метрии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия» / Н.Л. Пахомовская. — М., 2006. — 17 с.
- Скрипник И.Н. Взаимосвязь стоматологических и фаринго-ларингеальных проявлений у пациентов с ГЭРБ / И.Н. Скрипник, Н.Ю. Емельянова // Сучасна гастроентерологія. — 2009. — № 1 (45). — С. 18—21.
- Ткач С.М. Современные и перспективные подходы к ведению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, основанные на данных доказательной медицины / С.М. Ткач, В.Г. Передерий // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 6 (56). — С. 12—16.
- Успенский Ю.П. Патогенетические основы дифференцированной тактики лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ю.П. Успенский, Е.И. Ткаченко // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — №1 (51). — С. 92—100.
- Шабалов А.М. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия», 14.01.28 «Гастроэнтерология» / А.М. Шабалов. — СПб., 2010. — 23 с.
- Шадрін О.Г. Ефективність застосування інгібіторів протонної помпи для ерадикаційної терапії у дітей з гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою / О.Г. Шадрін, Л.В. Ігнатко, С.І. Герасим'юк // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 1 (51). — С. 81—84.
- Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: есть ли какая-то связь? / А.А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2010. — Т. XX, № 4. — С. 44—49.
- Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А.А. Шептулин // Клиническая медицина. — 2008. — № 6. — С. 8—12.
- Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / П.Л. Щербаков // Болезни органов пищеварения. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 42—47.
- Are we overprescribing antireflux medications for infants with regurgitation? / V. Khoshoo, D. Edell, A. Thompson [et al.] // Pediatrics. — 2007. — Vol. 120. — P. 946—949.
- Effect of long-term omeprazole treatment on antral G and D cells in children / D.S. Pashankar, D.M. Israel, G.P. Jevon [et al.] // J. Pediatr. Gastroent. Nutr. — 2001. — Vol. 33 (5). — P. 537—542.
- Efficacy of adding sodium alginate to omeprazole in patients with non-erosive reflux disease: a randomized clinical trial / N. Manabe, K. Haruma, M. Ito [et al.] // Dis. Esophagus. — 2012. — Vol. 25 (5). — P. 373—380.
- GERD evaluation: time for a new paradigm / I.M. Modlin, P. Malferteiner, R.H. Hunt [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 41 (suppl. 2). — S. 237—241.
- Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition / C.D. Rudolph, L.J. Mazur, G.S. Liptak [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutrition. — 2009. — Vol. 32 (suppl. 2). — S1—31.
- Infant health among Puerto Ricans-Puerto Rico and U.S. mainland, 1989—2000. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report

- (United States). Oct. 24. — 2003. — Vol. 52 (42). — P. 1012—1026.
25. Intravenous omeprazole in children: pharmacokinetics and effect of 24-hour intragastric pH / C. Faure, L. Michaud, Khan E. Stghaghi [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2001. — Vol. 33 (2). — P. 144—148.
26. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing efficacy & safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease / S.R. Orenstein, E. Hassall, W. Furmaga-Jablonska [et al.] // J. Pediatr. — 2009. — Vol. 154. — P. 514—520.
27. Pharmacokinetics of orally administered omeprazole in children / T. Andersson, E. Hassall, P. Lundborg [et al.] // Ar. J. Gastroent. — 2000. — Vol. 95. — P. 3101—3106.
28. Proton pump inhibitor utilization patterns in infants / J.J. Barron, H. Tan, J. Spalding [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 2007. — Vol. 45. — P. 421—427.

#### ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

*Т.А. Крючко, И.М. Несина*

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

**Резюме.** Освещены современные научные взгляды на диагностику и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в детском возрасте. Обсуждены важные положения различных международных инициатив по мониторингу пациентов с данной патологией. Отмеченные особенности указывают на то, что патогенетическая терапия в педиатрической практике имеет свои отличия, и это необходимо учитывать при назначении антисекреторных препаратов и при разработке профилактических мероприятий.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная болезнь, дети, диагностика, лечение.

#### DEBATABE ISSUES THE DIAGNOSIS AND TREATMENT PROTOCOLS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN

*T.A. Kryuchko, I.M. Nesina*

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava

**Summary.** This article presents modern scientific views of the diagnosis and treatment gastroesophageal reflux disease (GERD) in children, there discusses the important provisions of the various international initiatives up to monitoring patients with this pathology. This reported features indicate that the pathogenetic therapy in pediatric practice has some differences, so it is important considered when we appointment antisecretory therapy and work out the preventive measures for children.

**Key words:** gastroesophageal reflux disease, children, diagnosis, treatment.

#### Сведения об авторах:

**Крючко Татьяна Александровна** — проф., д. мед. н., зав. каф. педиатрии №2 ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия».

Адрес: г. Полтава, ул. Шевченко 36; (0532)606-491.

**Несина Инна Николаевна** — к. мед. н., ассистент каф. педиатрии №2 ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия».

Адрес: г. Полтава, ул. Шевченко 36; (0532)606-491.

Статья поступила в редакцию 5.10.2013 г.