

ВОЗМОЖНОСТИ АНТИСЕКРЕТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭРОЗИВНОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ У ДЕТЕЙ

Ярошевская Татьяна Витальевна

к.м.н., доцент

Днепропетровский государственный медицинский университет,

г. Днепр, Украина

Аннотация: Статья посвящена проблеме антисекреторной терапии у детей с эрозивными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием ингибитора протонной помпы пантопразола в двух формах выпуска. Предложенная схема назначения препарата пантопразол показала высокую эффективность и безопасность в терапии хронического эрозивного гастродуоденита у детей с выраженным болевым синдромом.

Ключевые слова: дети, эрозивный гастродуоденит, антисекреторная терапия, ингибиторы протонной помпы, пантопразол.

Кислотозависимые заболевания, в том числе хронические гастриты и гастродуодениты, являются распространенной патологией у детей [1, с. 11]. В значительной степени формирование и течение заболеваний пищеварительной системы у детей обусловлены такими возрастными особенностями желудочно-кишечного тракта, как нежность слизистой оболочки, слабость мышечной и эластичной ткани, поздний старт ферментных систем, нарушения микробиоценоза, дисфункция центральной и вегетативной регуляции [2, с. 111]. Чаще всего симптомы данных заболеваний дебютируют в младшем школьном возрасте и сопровождают пациента на протяжении всей жизни.

По данным мировой литературы, среди взрослого населения симптомы желудочной диспепсии, включая хронический гастрит и гастродуоденит, составляют 30-35%; пептические язвы выявляются у 5-10% [3, с. 6].

Рост распространенности кислотозависимых заболеваний определяет актуальность их эффективной терапии. Основу патогенетической терапии составляют антисекреторные препараты. В настоящее время общепризнанным является факт максимальной эффективности ингибиторов протонной помпы (ИПП), положительный опыт применения которых у детей также описан в многочисленных исследованиях [4, с. 283].

По химическому строению все ИПП являются производными бензимидазола и имеют единое молекулярное ядро, различаясь только химическими радикалами, которые обуславливают их индивидуальные свойства. Эти свойства касаются скорости наступления и продолжительности кислотоснижающего эффекта, особенностей взаимодействия с другими препаратами, которые метаболизируются системой цитохрома P450 в печени [5, с. 606].

Пантопразол имеет фармакокинетические особенности, которые дают ему некоторые клинические преимущества. Это быстрая, около 4-6 минут, активация из пролекарства в кислой среде, с резким ее замедлением при повышении pH (5,1), что обеспечивает высокую селективность и безопасность препарата. Еще одна особенность пантопразола заключается в меньшей, чем у других ИПП, аффинности к системе цитохрома P450, то есть отсутствия их индукции. Таким образом, пантопразол обладает наименьшим потенциалом взаимодействия с другими лекарственными препаратами.

Кроме того, пантопразол имеет самостоятельную активность в отношении *Helicobacter pylori*. При этом механизм защиты связан не только с блокадой протонной помпы, но и с усилением защитных свойств слизистой оболочки за счет увеличения продукции простагландинов. Переносимость пантопразола (как и других ИПП) хорошая как при коротких курсах, так и длительном применении. [6, с. 20].

Существенным достоинством препарата является наличие формы выпуска для парентерального введения, что позволяет проводить ступенчатую терапию. При внутривенном введении пантопразола максимальное действие

развивается через 30 минут, период полувыведения составляет 2,5-3,5 часа. При приеме внутрь биодоступность составляет 40-45%, действие развивается через 1 час и продолжается в течение 10-12 часов.

Эффективность и безопасность пантопразола, доказана в многочисленных исследованиях, многолетний положительный опыт его использования указывают на возможность широкого применения препарата в современной педиатрической практике [4, с. 284].

Целью исследования было изучение эффективности и безопасности предлагаемой схемы антисекреторной терапии с использованием парентеральной формы пантопразола при лечении хронических эрозивных гастродуоденитов с выраженным болевым синдромом у детей.

Обследовано 25 пациентов с клиническими проявлениями хронического эрозивного гастродуоденита от 12 до 17 лет, 13 мальчиков и 12 девочек. Средний возраст детей составил $12,8 \pm 3,5$ лет, средняя продолжительность заболевания $2,5 \pm 0,7$ лет.

Критериями включения пациентов в исследование были клиника обострения заболевания (болевой синдром, диспепсические расстройства - отрыжка кислым, изжога, тошнота, нарушения стула, рвота на высоте боли с облегчением состояния), подтвержденная результатами лабораторно-инструментального исследования (клинические анализы крови и мочи, анализ кала на скрытую кровь, эндоскопическое и ультразвуковое исследование). Оценка интенсивности боли проводилась по 10-балльной шкале. Боль в 8-10 баллов расценивалась как сильная, 7-4 - как умеренная и 1-3 балла - как слабая.

Критериями исключения были лечение другими антисекреторными препаратами до поступления в отделение, нарушение функции печени и почек, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии обострения, аллергические реакции на ИПП в анамнезе, отказ пациента или его родителей от участия в исследовании.

Для верификации диагноза применяли комплекс клинико-анамнестических, лабораторных, биохимических и инструментальных методов

исследования. В обязательном порядке проводились клинический и биохимический анализы крови, анализ кала на скрытую кровь. Большое значение придавалось данным фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) с биопсией и исследованием на *Helicobacter pylori* (HP) уреазный и микробиологическими методами, которое выполняли перед началом курса терапии пантопразолом.

Обследованным больным проводили также функциональное ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и желчных протоков. Объективизация клинических проявлений заболевания происходила в начале лечения, через 3 и 7 дней и перед выпиской ребенка.

Комплексы терапии различались в зависимости от выявленной патологии. Оценка клинической эффективности пантопразола осуществлялась при назначении его в дозе 20 мг / сут. в 1 прием. С учетом наличия болевого синдрома у детей первые 3 дня препарат вводили в виде внутривенных инфузий, затем переходили на таблетированную форму.

Все дети получали Контролок на фоне диеты №5. При необходимости проводились стандартные схемы семидневной тройной антихеликобактерной терапии на основе пантопразола (как правило, пантопразол + кларитромицин 250-500 мг 2 раза / сут. + амоксициллин 500-1000 мг 2 раза / сут.). По показаниям назначали противопаразитарные средства - нифурантел, албендазол, мебендазол.

В начале лечения у всех больных наблюдался болевой синдром в эпигастральной области или пилородуоденальной зоне. Детей также беспокоили изжога, тошнота, периодически рвота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Распределение больных по наличию основных жалоб на момент поступления и в динамике приведены в таблице (табл.1).

Таблица 1

Динамика основных проявлений заболевания у детей в процессе лечения

Симптомы	До лечения	На 3-й день лечения	На 7-й день лечения
Боль в животе:			
- Сильная	5 (20%)	-	-
- Умеренная	19 (76%)	8 (32%)	-
- Слабая	1 (4%)	13 (52%)	4 (16%)
- Отсутствует	-	4 (16%)	21 (84%)
Тошнота	15 (60%)	5 (20%)	-
Рвота	4 (16%)	-	-
Отрыжка	5 (20%)	2 (8%)	1 (4%)
Снижение аппетита	13 (52%)	8 (32%)	2 (8%)

При клиническом обследовании детей выявлялось, как правило, сочетанное поражение различных отделов пищеварительной системы. Чаще наблюдались дискинезия желчевыводящих путей (32%), хронический холецистохолангит (20%) синдром раздраженного кишечника (12%). В ряде случаев отмечалась наличие сопутствующих заболеваний других органов и систем, в том числе вегетативные дисфункции, у 24% больных, патология мочевой системы - у 20%, аллергические заболевания - у 12%, ожирение - у 16%, паразитарные заболевания (энтеробиоз, лямблиоз, токсокароз) в 16%.

По данным эндоскопического исследования, эрозивные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено у всех 25 пациентов, а у 7 из них - картина эзофагита, в том числе у 3 детей - эрозивного. У 5 детей (20%) эндоскопически выявлен дуоденогастральный рефлюкс. Данные уреазного теста и микробиологического исследования биоптата слизистой оболочки желудка позволили в 6 (24%) детей выявить инфекцию *Helicobacter pylori*.

Было установлено, что более чем у 90% больных клиническое улучшение наступало на вторые-третьи сутки приема препарата и выражалось прежде всего в уменьшении интенсивности болевого синдрома, диспепсических проявлений, улучшении аппетита и общего самочувствия. Быстрое устранение

болевого синдрома представляет существенный интерес в педиатрической практике, так как увеличивает доверие к лечению и улучшает комплаенс.

Об эффективности лечения позволяет судить общая динамика патологических симптомов на фоне терапии, представленная в таблице 1. Учитывая приведенные данные, становится очевидным, что назначение пантопразола в виде внутривенных инфузий с первого дня пребывания больного ребенка в стационаре приводило к быстрому, в течение 2-3 дней устранению или значительному уменьшению болевого синдрома.

На третьи сутки терапии субъективная оценка абдоминальной боли у всех пациентов не превышала 7 баллов, а среднее количество баллов субъективной оценки боли снизилось с 6,82 до 3,12. Количество пациентов с умеренной болью в животе уменьшилось с 76% до 32%. У большинства больных наблюдалась также довольно быстрая регрессия диспептических проявлений: тошноты с 60% до 20%, отрыжки с 20% до 8%. Рвота не наблюдалась.

На 7 сутки терапии пантопразолом с применением ступенчатой схемы болевой синдром наблюдался только у 4 (16%) пациентов в виде боли слабой интенсивности, а средний показатель субъективной оценки интенсивности боли составлял 0,48 баллов. Особенностью анамнеза в этих случаях были наличие психотравмирующих ситуаций в семье, что имело негативное влияние на течение заболевания и скорость купирования болевого синдрома. Из диспептических проявлений только у 1 (4%) больного отмечалась отрыжка. Двое детей (8%) предъявляли жалобы на снижение аппетита.

В связи с положительной динамикой клинических симптомов заболевания, у детей отмечалась появление положительного психоэмоционального настроения, что особенно важно при наличии симптомов тревожности у пациентов с данной патологией.

Нами была отмечена хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов. Патологические изменения биохимических параметров крови (трансаминазы, остаточный азот, креатинин) не были обнаружены ни у

одного ребенка, ни в начале заболевания, ни после лечения. Аллергических реакций на прием препарата не отмечалось.

Выводы:

1. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности пантопразола у детей и подростков с эрозивным гастродуоденитом. Ступенчатая схема назначения препарата является обоснованной и эффективной.

2. Использование парентеральной формы препарата способствует более быстрому купированию болевого и диспепсического синдромов, сокращает сроки лечения и целесообразно с точки зрения создания положительного настроения на выздоровление.

3. Побочные эффекты при приеме пантопразола не наблюдались, переносимость его была хорошей у всех наблюдаемых детей, обеспечивает возможность безопасного использования препарата в детской гастроэнтерологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А., Богомаз Л.В., Юдина Т.М. Проблемы и перспективы современной детской гастроэнтерологии // Педиатрия. - 2016. - Т. 95. - № 6. - С. 10–18.

2. Турдиева Ш.Т., Ганиева Д.К., Абдурашидова Х.Б. Хроническая гастродуоденальная патология у школьников: клиническая картина и особенности течения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. - Т.185(1). – С.111–117.

3. Харитонов Л.А., Григорьев К.И., Запруднов А.М. От идеи к реалиям: современные успехи детской гастроэнтерологии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – Т. 171(11). – С. 4–15.

4. Illueca M., Alemayehu B., Shoetan N., Yang H. Proton pump inhibitor prescribing patterns in newborns and infants // J. Pediatr. Pharmacol. Ther. - 2014. – Vol.19(4). – P. 283–287.

5. Costarino A.T., Dai D., Feng R., Feudtner C., Guevara J.P. Gastric acid suppressant prophylaxis in pediatric intensive care: current practice as reflected in a large administrative database // *Pediatr. Crit. Care Med.* – 2015. – Vol. 16(7). – P. 605–612.

6. Марушко Ю.В., Асонов А.О. Досвід використання пантопразолу у комплексній терапії захворювань травного тракту різних вікових груп // *Ліки України.* – 2017. - №3 (209). - С.19-23.