

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Малеванная В.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведена сравнительная оценка эффективности антигеликобактерного лечения детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с применением антисекреторных препаратов из группы ингибиторов протонной помпы разных поколений. Впервые в условиях нашей клиники применено парентеральное введение пантопразола детям, что позволило сократить сроки заживления язвенного дефекта и активности воспалительного процесса.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лечение

АШКАЗАНЫНДА ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИСИНДЕ ЖАРА ООРУЛАРЫ БАР БАЛДАРДЫ КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОДО ПРОТОН ПОМПА ИНГИБИТОРЛОРУН КОЛДОНУУНУ САЛЫШТЫРЫП БААЛОО

Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К., Малеванная В.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ашказанында жана он эки эли ичегисинде жара оорусу бар балдарды ар башка муундагы протондук помпа ингибиторлорунун тобундагы антисекретордук препараттарды колдонуу менен геликобактерге каршы дарылоонун эффективдүүлүгүнө салыштырмалуу баалоо жүргүзүлгөн. Биздин клиниканын шарттарында алгачкы жолу балдарга пантопразолду перентералдуу берүү колдонулду, бул жаранын дефектинин айыгуу мөөнөтүн жана сезгенүү процессинин активдүүлүгүнүн мөөнөтүн кыскартууга мүмкүндүк берди.

Негизги сөздөр: балдар, ашказандын жана он эки эли ичегинин жара оорусу, дарылоо

COMPARATIVE EVALUATION OF PROTON PUMP INHIBITORS IN THE ADJUVANT THERAPY IN CHILDREN WITH GASTRODUODENAL ULCER

Alymbaev E.Sh., Kozhonazarova G.K., Malevannaya V.A.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of theoretical pediatry

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. A comparative assessment of the effectiveness of antihelicobakterna treatment of children with gastroduodenal ulcer using antisecretory drugs from the group of proton pump inhibitors from different generations. First in terms of our clinic applied parenteral administration of pantoprazole to children, reducing the healing time of the ulcer and inflammatory activity.

Key words: kids, gastro duodenal ulcer, treatment.

В настоящее время одним из самых частых патологических состояний в детском возрасте является язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Сложность и многообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе язвенной болезни, а также сочетанность поражения обуславливают необходимость назначения одновременно к назначению нескольких препаратов, что не всегда повышает эффективность лечения, а подчас может приводить к появлению побочных действий.

Между тем именно в гастроэнтерологии, как ни в какой другой области медицины существует (и с каждым годом растет) такое многообразие медикаментозных средств, что врачу трудно в них ориентироваться.

С 1996 Европейской группой по изучению *H. pylori* (The European Helicobacterpylori Study Group, EHSG) принимается международное соглашение по стандартизации и повышению эффективности диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных *H. pylori* под

названием Маастрихт.

Однако эти рекомендации касаются только терапевтической практики и педиатры, как правило, вынуждены адаптировать их для применения в детской гастроэнтерологии.

Излечение ЯБДПК может быть достигнуто лишь при одновременном лечебном воздействии как на общие патогенетические факторы язвообразования, так и на основные ulcerogenez (ацидопептический и инфекционный). Этим требованиям на сегодняшний день отвечают препараты ингибиторов протонной помпы (ИПП). Разработано и применяется в практике пять поколений этой группы. В Кыргызстане доступны три поколения препаратов – омепразол, лансопразол и пантопразол. В данное время накоплены данные, позволяющие рекомендовать омепразол и лансопразол в детской гастроэнтерологии. Данные о возможности применения пантопразола для лечения кислотозависимых заболеваний у детей противоречивы и разрознены. Данных о парентеральном приеме пантопразола в детской практике нет.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение эффективности лечения детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки препаратами из группы ингибиторов протонного насоса разных поколений.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 46 детей больных ЯБДПК, ассоциированной с *H. Pylori*. Всего 25 мальчиков и 21 девочка в возрасте от 9 до 16 лет. Всем больным проведено эндоскопическое исследование с биопсией. При гистологическом исследовании биоптатов у всех больных был выявлен *H. Pylori*.

С целью изучения клинической эффективности этиотропной терапии *Hp*-ассоциированной язвенной болезни в зависимости от применяемого метода лечения. Первая группа из 26 детей в качестве патогенетической терапии получала пантопразол по 40 мг + 100,0 физиологического раствора в/в капельно № 4, затем пантопразол в таблетках по 20 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Параллельно назначались амоксициллин по 50 мг/кг и метронидазол по 15-20 мг/кг в течение 7 дней.

Вторая группа (20 детей) получала омепразол по 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней, кларитромицин 15 мг/кг и метронидазол 15-20 мг/кг 7 дней. Эндоскопическое исследование проводилось в начале и на 10 день лечения.

Результаты и обсуждение

Все 46 больных поступили в клинику в период активной стадии язвенной болезни: ритмичные, мойнигановские и приступообразные боли в животе; резкие пальпаторные боли в пилородуоденальной области; положительный симптом Менделя; диспепсические проявления; эндоскопические признаки активного гастродуоденита и свежая язва. Всем больным диагноз впервые установлен в клинике.

Основными критериями эффективности проводимого лечения служили: снижение активности воспалительного процесса, сроки рубцевания язвенного дефекта, эндоскопически – отсутствие *Hp* в слизистой оболочке антрального отдела желудка, исчезновение или уменьшение болевого и диспепсического синдрома.

Как видно из таблицы 1, на фоне трехкомпонентной терапии ИПП с антибиотиками и антипротозойными препаратами наступило быстрое улучшение состояния больных, исчезновение абдоминальных болей и диспепсических проявлений на 3 и 7-е сутки.

Таблица 1. Сроки исчезновения симптомов язвенного процесса (день)

Активность заболевания	I	II	P
Абдоминальные боли	3,3±0,3	7,5±0,3	0,05
Диспепсические проявления	3,0±0,4	7,1±0,6	0,05
Пальпаторная болезненность	7,2±0,8	13,2±1,2	0,05

Таблица 2. Динамика эндоскопической картины в процессе лечения (%)

Динамика эндоскопии	Группа				P
	I		II		
	абс	%	абс	%	
Активное воспаление					
до лечения	26	100,0	20	100,0	0,05
сохранялось					
на 10-й день	8	30,7	8	40,0	0,05
на 14-й день	2	7,6	2	10,0	0,05
Заживление язвы					
на 10-й день	26	100,0	17	85,0	0,05
на 14-й день			20	100,0	

Таблица 3. Эрадикация Нр в зависимости от метода лечения (%)

Комплекс терапии	До лечения		На 10-й день		На 14-й день	
	абс	%	абс	%	абс	%
пантопразол						
+амокксициллин	26	100,0	22	84,6	24	92,3
+метронидазол						
омепразол						
+кларитромицин	20	100,0	16	80,0	18	90,0
+метронидазол						

Улучшились общее психомоторное состояние и сон, прекратились ранее имевшие место ночные и ритмичные боли в животе.

У больных, получавших пантопразол, жалобы на абдоминальные боли и диспепсические проявления исчезли на 3-е сутки от начала лечения, а у больных, получавших омепразол на 7-е сутки ($P < 0,05$). Дольше держались пальпаторные боли на 7-е и 13-е сутки от начала лечения, соответственно первой и второй группы ($P < 0,05$).

Динамика эндоскопической картины язвенной болезни у наблюдаемых больных в процессе лечения представлена в таблице 2.

Как видно, у больных первой группы на 10-й день от начала лечение заживления язвенного дефекта произошло в 100,0 % случаев, а во второй группе в 85,0% случаев, в конце лечения на 14-й день произошло полное

рубцевание язвенного дефекта у всех больных. Признаки активного воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки сохранялись дольше, чем заживление язвы: на 10-й день у 30,7% больных первой группы и у 40,0% второй группы.

Большинство язв у детей были поверхностными, небольших размеров, в 78% случаев заживление произошло путем эпителизации без рубца и в 22% - формированием рубцовой деформации.

Подавление активности воспалительного процесса слизистой оболочки и заживление язвы не решает проблемы излечения язвенной болезни. Пока не достигнуто уничтожение Нр в слизистой оболочке опасность рецидива и обострения заболевания сохраняется. Эффективность эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью при различных

методах лечения представлена в таблице 3.

Как видно, курс «тройной» антигелико-бактерной терапии язвенной болезни обусловил эрадикацию *Нр* у более 80% больных в течение 10 дней от начала лечения. Так, у больных первой группы, получавших пантопразол+амоксциллин+метронидазол на 10-й день лечения, исчезновение *Нр* наблюдалось у 84,6% детей, на 14-й день у 92,3%. У больных, получавших омепразол+кларитромицин+метронидазол – у 80,0% и 90,0% соответственно.

Таким образом, тройная терапия, примененная нами, включающая ИПП, антибиотики и антипротозойные препараты способствовало получить удовлетворительные результаты, заживление язвенного дефекта и эрадикации *Нр* у более 90% больных.

Все препараты, применяемые нами, оказались высокоэффективными. Но на фоне приема лекарственных средств у первой группы значительно быстрее купировались абдоминальный и диспепсический синдром и значительно сократились сроки заживления язвенного дефекта. При приеме данных препаратов не наблюдалось побочных эффектов. Это позволяет рекомендовать препараты из группы ИПП в качестве высокоэффективных препаратов для лечения язвенной болезни у детей.

Литература:

1. Баранов А. А. . *Детская гастроэнтерология: проблемы и задачи на современном этапе [Текст]* / А. А. Баранов // *Вопр. современной педиатрии*. — 2007. — Т. 6: №5. — С. 5-14.

2. Васильев Ю.В. *Место ингибиторов протонной помпы в терапии кислотозависимых заболеваний [Текст]* / Ю.В.Васильев // *Consilium Medicum* – 2010. - № 2. – С.17-21.

3. Запруднов А.М. *Современные особенности подростковой гастроэнтерологии [Текст]* / А.М.Запруднов, К.И.Григорьев // *Педиатрия* - 2011 – Т.90: № 2. – С. 6-12.

4. Осадчук А.М. *Сравнительная оценка эффективности схем эрадикационной терапии *H.pylori* в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст]* / М.А.Осадчук, Д.В.Балашов, М.А.Осадчук // *Росс.журнал-гастроэнт., гепатол., колопрокт.* – 2011. – Т.21: № 5. – С.33.

5. Хавкин А. И. *Медикаментозная терапия язвенной болезни у детей* / А. И. Хавкин // *Лечащий врач*. — 2006. — № 1. — С. 26-30.

6. Цветкова Л.Н. *Язвенная болезнь у детей: особенности течения и выбора медикаментозной терапии на современном этапе [Текст]* / Л.Н.Цветкова, В.А.Филин, Л.В. Нечаева и др. // *Рос.вестн. перинатологии и педиатрии* - 2008. - № 5. – С. 36–42.

7. Gisbert, J. P. *Helicobacter pylori (rescue) regimen when proton pump inhibitor-based triple therapies fail : review article* / J. P. Gisbert, J. M. Pajares // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2002. — Vol. 16, № 6. — P. 1047-1057.