О.Г. Шадрін, д.м.н., професор, **О.А. Бельська**, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Особливості перебігу захворювань гастродуоденальної зони у підлітків

О.Г. Шадрін

Зважаючи на те що в останні десятиріччя існує негативна динаміка показників суспільного здоров'я населення, саме діти та підлітки стають однією з найбільш соціально уразливих груп населення, тому питання, що стосуються стану їхнього здоров'я, є соціальною проблемою, розглядаються в багатьох правових документах, постановах, програмах, рекомендаціях міжнародних, державних органів та громадських організацій. Особливу занепокоєність викликають показники здоров'я підлітків, близько 70% з яких мають хронічну патологію, обумовлену соціальним становищем, та соціально значущі захворювання. З 1992 по 2012 рік відзначається збільшення поширеності захворювань органів травлення серед підлітків у віці 15-18 років у 1,7 раза. Частка хвороб верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) становить значну питому вагу у структурі всієї патології, при цьому поширеність гастритів з ерозіями у підлітків у 2,5 раза вища, ніж у дітей у віці до 15 років, а при виразковій хворобі цей показник збільшується в 7,4 раза.

Підлітковий вік (від 14 до 18 років), відповідно до критеріїв ВООЗ, – це період розвитку організму, для якого характерні прискорене формування скелета, а також органів та систем; нейрогуморальна та нейрорегуляторна перебудова; досягнення фізіологічної, психологічної та статевої зрілості; соціальне становлення особистості, набуття нею соціальної незалежності. Гетерохромний розвиток організму підлітка супроводжується дисбалансом вироблення гормонів, ферментів; дизрегуляторними розладами нервової системи; порушенням взаємозв'язку між різними органами, у тому числі ШКТ. Напруженість роботи організму підлітка є дуже значною, тому деякі дослідники вважають підлітковий вік природною функціональною навантажувальною пробою. Наслідком дисбалансу розвитку організму дитини може стати розбіжність між біологічним та хронологічним віком підлітка, що не тільки спричиняє зниження функціональних здібностей, а й може призвести до виникнення соціальних та психологічних проблем.

Виділяють численні фактори ризику розвитку захворювань гастродуоденальної ділянки у підлітків. До соціально-гігієнічних відносять чинники, що визначають спосіб життя підлітка та його родини. Харчування – це фактор, який впливає на стан здоров'я людини, відіграє величезну роль у формуванні гастроентерологічної патології. Приблизно 30% підлітків не дотримуються режиму та якості харчування. Недостатнє вживання свіжих овочів та фруктів встановлене у 21% підлітків. Харчування всухом'ятку частіше спостерігається у підлітків із захворюваннями верхніх відділів травного тракту – приблизно у 23%. Зловживання гострими, копченими, пряними стравами відзначене у 20% підлітків. Гіпокінезія, недостатнє перебування на свіжому повітрі, низька фізична активність виявлені у 21% підлітків. Нервово-психічні перевантаження та схильність до тривалих негативних емоцій, які призводять до невротичних станів, встановлені приблизно у кожного 5-6-го підлітка. Незадовільний мікроклімат у родині, який найчастіше пов'язаний зі зловживанням алкоголем батьків, має місце у 17% підлітків. Погані соціально-побутові умови, скупченість людей, відсутність свого кутка (кімнати) трапляються у 27% дітей підліткового віку. Неповна родина (частіше – відсутність батька) реєструється у 11% підлітків, що, як правило, є причиною низького економічного становища родини. Серед медико-біологічних чинників слід відзначити спосіб харчування дитини на першому році життя, що має істотний вплив на подальший стан здоров'я. Штучне та раннє змішане вигодовування на першому році життя встановлені у 44% підлітків. Перенесені кишкові інфекції (вірусний гепатит та гостра дизентерія, які мають велике значення у процесі формування захворювань верхніх відділів травного тракту) зафіксовані в анамнезі у 11% підлітків з патологією ШКТ. Наявність гельмінтозу та лямбліозу траплялася у 19% підлітків. На думку більшості дослідників, інфекції ШКТ та гельмінтози, інвазії найпростішими переважають серед специфічних предикторів гастроентерологічних захворювань, що підтверджується даними багатьох досліджень. Лямбліоз суттєво змінює клінічну картину гастроентерологічного захворювання, що проявляється у виражених вегетативних та невротичних розладах, ураженнях шкіри у вигляді різноманітних висипань, свербежу.

Наявність юнацьких вугрів істотно впливає на психоемоційний стан підлітків, знижує їхню самооцінку та якість життя. Наявність значної кількості каріозних зубів у 9% та хронічних вогнищ інфекції в носоглотці у 6% підлітків вважається постійним джерелом мікробної інвазії та сенсибілізації організму, що відіграє значну роль у патогенезі гастроентерологічних захворювань.

Спадковий анамнез за гастроентерологічною патологією частіше трапляється в анамнезі з боку матері – у 34%, тоді як з боку батька – у 17% підлітків.

Не можна не згадати про суттєву роль характерних для підлітків шкідливих звичок, які наносять значну шкоду організму, різко знижуючи якість життя та харчування. Так, відомо, що понад 25% учнів ПТУ із захворюваннями органів травлення мають шкідливі звички, зокрема, 22% палять, 20-30% вживають алкогольні напої.

Метою профілактичних заходів, направлених на виявлення та усунення чинників ризику та попередження захворювань органів ШКТ, є формування у підлітків прагнення до здорового способу життя, негативного ставлення до тютюнопаління, алкоголю, наркоманії, токсикоманії, ігроманії; розповсюдження серед молоді гедонічної ідеології; корекція режиму дня, яка спрямована на організацію раціонального харчування; усунення психотравмуючих ситуацій; загартування, перебування на природі, активний спосіб життя, боротьба із гіпокінезією; споживання кисломолочних продуктів. Серед лікувальних методів слід відзначити санацію хронічних вогнищ інфекцій верхніх дихальних шляхів та порожнини рота; лікування невротичних станів; терапію гельмінтозів, лямбліозу; відновне лікування після перенесених гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ), гострих кишкових інфекцій; терапію алергічних захворювань, анемії, імунодепресивних станів; прийом вітамінних препаратів та есенціальних мікроелементів.

Оцінюючи клінічну симптоматику захворювань у підлітків із патологією органів травлення, лікар має враховувати, що період статевого дозрівання такого пацієнта характеризується вираженими змінами психічних, морфологічних, фізіологічних процесів, пов'язаних із перебудовою нейроендокринних регуляторних механізмів. Формування ШКТ завершується, в основному, у віці 14-15 років, але виражена лабільність центральної та вегетативної нервової системи, незбалансованість гормональних співвідношень відображаються на змінах секреторної та моторної діяльності ШКТ. Тому епізодична поява деяких симптомів (нудоти, блювання, короткочасних кольок у животі, нестійких випорожнень тощо) може бути обумовлена не захворюванням, а лабільністю нейрогуморальних регуляторних механізмів організму. Зазначене вище не заперечує необхідності дуже уважно ставитися до скарг підлітків, які потребують ретельного обстеження та динамічного спостереження.

У клінічній картині при захворюваннях ШКТ у підлітків серед симптомів найчастіше трапляється біль. Це пов'язано з тим, що хворі в цьому віці звертаються до лікаря переважно тільки в тих випадках, коли біль у животі стає досить інтенсивним та частим. Больові відчуття, як правило, чергуються з періодами клінічного благополуччя. Таке спостерігається при захворюваннях органів травлення у пацієнтів будь-якого віку, але для підлітків це більш характерно.

Далеко не завжди локалізація больового нападу є свідченням про ураження певного органа. Біль в проекції цього органа може мати рефлекторний характер. Значні труднощі виникають при поєднаних ураженнях органів травлення, які досить часто спостерігаються у підлітків. Біль в епігастральній ділянці може бути пов'язаний із захворюванням шлунка, печінки, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози тощо. Щоб визначити місце виникнення болю, його характер, слід ретельно обстежити підлітка, визначити, у якому місці больове відчуття проектується на черевну стінку. Це дуже важливо, оскільки часто буває, що пацієнт не може точно охарактеризувати больовий синдром (періодичність, вираженість, іррадіацію), а також його динаміку залежно від застосування тих чи інших лікарських засобів, вживання їжі, впливу фізичних та психічних факторів. Крім того, індивідуальні особливості центральної нервової системи підлітка, її чутливість до больового подразнення, умови зовнішнього середовища мають значний вплив на вираженість больового синдрому.

Окрім больового синдрому в клінічній практиці захворювань ШКТ значне місце посідають диспепсичні явища. Зниження апетиту (до анорексії) нерідко спостерігається в підлітковому віці (переважно у дівчат). Необхідно пам'ятати, що часто причиною утримання від прийому їжі є не відсутність апетиту, а певні естетичні міркування (зокрема, дівчата дуже бояться розповніти). У низці випадків у підлітків трапляється відсутність апетиту, що призводить до значного схуднення. При цьому ступінь порушення апетиту часто не відповідає тяжкості функціональних та морфологічних розладів органів травлення. Причину стійкого зниження апетиту нерідко буває важко виявити. Найчастіше в основі цього порушення лежить нервово-психічний чинник. Іноді відзначається спотворення смаку у вигляді пристрасті до вживання неїстівних продуктів (вугілля, крейди тощо). Інколи таке спостерігається при ахлоргідрії. Але важливо пам'ятати, що спотворення смаку може бути пов'язане не лише з патологією ШКТ, а й з деякими іншими захворюваннями, наприклад гіпохромною анемією. Наявність байдужості до вживання м'ясних, молочних, жирних страв частіше пов'язана зі звичками та характером харчування в конкретній родині, та не зумовлена непереносимістю чи іншою патологією.

Слід пам'ятати, що підлітки, переважно дівчата, які схильні до набирання надмірної ваги, уважно спостерігають за появою нових модних дієт для схуднення. Самостійне та безконтрольне застосування цих дієт часто закінчується порушенням обміну речовин у таких підлітків, а також дискомфортом у ділянці ШКТ. Такі стани часто можуть бути пов'язані з психоневрозами.

Сімейний лікар має пам'ятати, що нервова анорексія – патологія, що дуже часто трапляється у дітей пубертатного віку. За даними М.В. Коркіної, нервова анорексія виникає переважно у дівчат-підлітків (дуже рідко у хлопців цього віку) та виражається в свідомому, стійкому прагненні до схуднення, яке нерідко призводить до кахексії і навіть ймовірного летального наслідку. Мотивацією до такої поведінки є хвороблива переконаність у наявності надлишкової ваги. Необхідно підкреслити, що підлітки з нервовою анорексією (або їхні батьки), як правило, звертаються до сімейного лікаря, потім до гастроентеролога і тільки іноді, через тривалий час, до психоневролога. Хоча наявність нервової анорексії не виключає можливості розвитку хвороб органів травлення, хворі на нервову анорексію потребують лікування у психіатра.

Обкладеність язика та неприємний запах із ротової порожнини можуть бути пов'язані не тільки з наявністю карієзних зубів, а й з переїданням, особливо на ніч, при вираженому атрофічному гастриті, патології жовчних шляхів. Нерідко у підлітків язик буває обкладений білим або жовтим нальотом, відчувається гіркота, сухість у роті, особливо вранці. Зміна зовнішнього вигляду язика свідчить не тільки про розлади шлунка, а також про захворювання інших органів травної системи.

Відрижка повітрям або після їжі може виникати внаслідок як аерофагії, так і недостатності кардії. За наявності гіперсекреції шлункового соку або закиду кишкового вмісту з домішками жовчі до стравоходу нерідко спостерігаються кисла відрижка та гіркий присмак уроті. Печія у підлітків трапляється досить часто. Це зумовлено не тільки тим, що у більшості з них кислотоутворююча функція шлунка є підвищеною, а й з недостатністю кардії, яка виявляється при проведенні ендоскопічного та рентгенологічного дослідження. Іноді печія може бути єдиним симптомом, що свідчить про наявність виразкової хвороби або езофагіту.

Нудота у підлітків трапляється набагато частіше за блювання. Причому поява нудоти, так само як і блювання, далеко не завжди свідчить про ураження органів травлення. Оскільки блювання можуть спричинити різноманітні фактори (центральні, периферичні тощо), його слід розглядати як прояв патології ШКТ тільки в тих випадках, коли наявні інші симптоми цього захворювання. Нудота частіше відзначається у підлітків жіночої статі при зниженій кислотоутворюючій функції та патології жовчних шляхів. Блювання часто трапляється у підлітків чоловічої статі із гіперсекрецією шлунка, при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки. Нудота та блювання завжди спостерігаються за наявності гострого гастриту й значно рідше у разі загострення хронічного гастриту.

Загалом, унаслідок нетривалості захворювань ШКТ та відсутності у складнень у більшості підлітків це не має впливу на фізичний розвиток. У той же час, за даними Л.Г. Центерової, у підлітків із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки антропометричні дані, особливо ваги тіла, нерідко бувають нижчими, ніж такі показники у здорових однолітків. При цьому автор відзначає, що це прямо пов'язано із тривалістю хвороби.

У літературі описано зміну показників крові (появу еритроцитозу, анемії, тенденції до лімфоцитозу , поліцитемії тощо) у дорослих хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. У дослідженнях, проведених у підлітків із цією патологією, таких змін показників крові не виявлено, якщо були відсутні захворювання інших органів та систем (хронічний тонзиліт, ревматизм, ангіна та ін.). За наявності змін у показниках крові необхідно виключити вогнищеву інфекцію та інші захворювання, які можуть ускладнювати перебіг хвороб ШКТ. Також слід підкреслити несприятливий вплив на організм підлітка хронічних вогнищ інфекції. Проведення за потреби санації порожнини рота, тонзилектомії призводить не тільки до покращення загального стану хворого, а й до зменшення або зникнення болю в животі.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) має низку особливостей у підлітковому віці. Т ак, за даними Н.В. Лярської, у дітей у віці до 15 років, що пройшли обстеження із застосуванням езофагогастродуоденоскопії, рефлюкс-езофагіт траплявся в 23% випадків. У старшій віковій групі (12-15 років) це захворювання діагностувалося в кожної другої дитини. За наявності ГЕРХ скарги на абдомінальний і грудний біль з'являються у пацієнтів шкільного та підліткового віку, на відміну від пацієнтів молодшого віку, які скаржаться переважно на зригування чи блювання. Іноді підлітки потрапляють у гастроентерологічне відділення із симптомами кривошиї (хронічні ненавмисні рухи шиї), які ще відомі під назвою «синдром Сандіфера». Прояви з боку дихальної системи при ГЕРХ також залежать від віку дитини. У підлітків синдром подразнення дихальних шляхів частіше пов'язаний із астмою або оториноларингологічними захворюваннями, такими як ларингіт або сину сит. До таких проявів належать також осиплість голосу, лоскіт у горлі, хронічний кашель, фарингіт, запалення середнього вуха і відчуття кому в горлі. До ларингофарингеальних ознак ГЕРХ відносяться набряк і гіперемія задньої поверхні ротоглотки, контактні виразки, гранульоми, поліпи та ін. Симптоми та клінічні прояви ГЕРХ у підлітків дуже схожі на прояви такого захворювання у дорослих. Дорослі з ГЕРХ часто повідомляють про наявність симптомів цього захворювання ще з дитинства, у тому числі відрижки, абдомінального болю, печії та/або болю в грудях, дисфагії, недостатньої ваги та астми. Отже, дорослі на ГЕРХ можуть страждати на це захворювання починаючи з підліткового віку.

Низку клінічних особливостей також має виразкова хвороба у підлітковому віці. Під час зіставлення клінічних проявів у пацієнтів залежно від віку виявилося, що у дітей у віці до 10 років з наявністю ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки найчастіше трапляються такі характеристики больового абдомінального синдрому: умбілікальна локалізація, виникнення болю після їди, слабкий і короткочасний біль, що проходить самостійно. У підлітків біль носить більш локалізований і окреслений характер: достовірно частіше зу стрічається біль натще, сильний або дуже сильний, тривалий і дедалі менш виражений після прийому їжі або антацидів. Ритм цього болю називають «мойнінганівським». При зіставленні скарг диспептичного характеру виявилося, що у дітей молодшого шкільного віку при ерозивно-виразкових ураженнях частіше спостерігалися симптоми, характерні для постпрандіального варіанту диспепсії, а у підлітків достовірно частіше виявлялася печія, що в поєднанні з наведеними вище характеристиками больового абдомінального синдрому свідчило про наявність больового варіанта диспепсії. Разом із тим і у дітей підліткового віку, незважаючи на наявність захворювання, може відзначатися маловиражена клінічна симптоматика – так званий німий перебіг хвороби, коли захворювання маніфестує у складненнями – кровотечею, перфорацією, пенетрацією тощо. Але, як правило, при ретельному зборі анамнезу виявляється, що підліток таки мав больовий абдомінальний синдром, на наявність якого ні він, ні його батьки, ні сімейний лікар не звертали належної уваги.

Проведені порівняльні дослідження морфологічних змін слизової оболонки верхніх відділів ШКТ свідчать про наростання з часом тяжкості патологічних розладів у дітей підліткового віку . У підлітків частіше визначається нодулярний гастрит, в основі якого лежить формування великих лімфоїдних фолікулів із гермінативними центрами розмноження; більш виражене запалення і активність гастриту; нерідко виявляються мікрокісти, на місці яких у подальшому формуються ерозії, значною мірою порушується продукція муцину . Слід відзначити, що кишкова метаплазія в слизовій оболонці шлунка в цілому трапляється досить рідко, проте її достовірно частіше визначають саме у підлітків. Таким чином, виразкова хвороба у дітей підліткового віку має свої особливості: трапляються як типова клінічна картина, так і малосимптомний перебіг хвороби, який є ризиком розвитку можливих у складнень. Необхідно об'єднати зу силля терапевтів і педіатрів з проведення наступних лікувально-реабілітаційних заходів хворим зазначеного профілю. Перспективною є розробка системи реабілітації хворих підлітків за схемою «стаціонар – поліклініка – школа – родина».

Проведення консервативної терапії і ведення здорового способу життя лежать в основі лікування не тільки ГЕРХ, а й інших захворювань гастродуоденальної ділянки у підлітків. Рекомендується уникати харчових продуктів і напоїв, що містять кофеїн та алкоголь, які викликають рефлюкс. Зниження маси тіла у пацієнтів із надлишковою вагою, у сунення впливу тютюнового диму також є важливими заходами при лікуванні вказаних захворювань у будь-якому віці.

Оскільки при багатьох захворюваннях верхніх відділів ШКТ у підлітків в патогенезі провідне місце займає Helicobacter pylori, необхідно здійснити певні заходи з ерадикації цього збудника. Ще більшої актуальності це набуло після визначення Всесвітньою організацією охорони здоров'я наявності H. pylori як чинника, що збільшує ризик розвитку раку шлунка в інфікованих хворих у 4 рази. За даними проведених досліджень, профілактика раку шлунка можлива у інфікованих пацієнтів, які не мають передракових уражень. Треба підкреслити, що у дітей рідко розвиваються такі передракові ураження, як атрофія або кишкова метаплазія слизової оболонки шлунка. Однак підлітків можна включити до групи профілактики розвитку раку шлунка. Коли мова заходить про терапевтичні стратегії стосовно H. pylori-асоційованих захворювань, виникає гостра необхідність у розробці високоефективної та безпечної схеми терапії. Хоча багато дослідників повідомляють про профілактичну та терапевтичну ефективність вакцини проти H. pylori, що було підтверджено експериментами на лабораторних тваринах, її застосування у людей виявилося проблематичним.

Крім того, важливе значення в ґенезі ерозивно-виразкових уражень має кислотоутворюючий чинник. При зіставленні рангових значень кислотності дослідники відзначили, що значно підвищені та дуже високі показники кислотності достовірно частіше траплялися у підлітків, що обґрунтовувало використання під час їх лікування окрім класичної потрійної терапії більш потужних антисекреторних препаратів, ніж при лікуванні дітей у віці до 10 років. Хоча існує багато діагностичних опцій, у тому числі ендоскопічне дослідження і pH-метрія, більшість пацієнтів підліткового віку проходять емпіричне лікування із застосуванням інгібіторів протонної помпи (ІПП), що пригнічує кислотність. Емпірична антирефлюксна терапія, яка полягає в обмеженому за часом застосуванні пробних високих доз ІПП, є економічно ефективною стратегією у дорослих пацієнтів; хоча формально цей вид лікування не оцінювався у дітей старшої вікової групи, його застосовують на практиці. Відсутність реакції на подібну емпіричну терапію або потреба в лікуванні протягом більш тривалого часу викликають необхідність у здійсненні формальної діагностичної оцінки.

До недавнього часу більшість досліджень лікування ГЕРХ у дітей включали омепразол. Рішення про застосування було обумовлено позитивним досвідом його використання в педіатричній практиці, підтвердженим рівнем безпеки, схваленням з боку Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA), а також розробленими формами і дозуванням для дітей. Фармакодинамічні дослідження показали, що дітям потрібні відносно вищі дози ІПП (у перерахунку на масу тіла), ніж дорослим.

Пантопразол – ще один представник групи ІПП, який також підходить для лікування захворювань верхніх відділів ШКТ у дітей віком >12 років та підлітків завдяки хорошому профілю безпеки, лінійній фармакокінетиці та малій кількості лікарських взаємодій. Оскільки у дорослих та підлітків спостерігається аналогічний патогенез ГЕРХ, очікується, що застосування пантопразолу забезпечить полегшення симптомів хвороби у останніх подібно до ефекту , що досягається від його застосування у дорослих. Це дослідження проводилося для перевірки цієї гіпотези шляхом оцінки ефективності, профілю безпеки та переносимості пантопразолу (20 і 40 мг 1 раз на день перорально) у пацієнтів віком від 12 до 16 років із симптомами ГЕРХ. Зі 159 обстежених пацієнтів 136 було рандомізовано. Відібрані хворі щодня отримували 20 або 40 мг пантопразолу (по 68 осіб у кожній групі). Середній вік більшості рандомізованих пацієнтів, представлених особами європеоїдної раси, становив 14 років (діапазон 12-16 років). Усі підлітки мали клінічний діагноз симптоматичної ГЕРХ. Середні вихідні оцінки за шкалою GASP-Q CSS (композиційна шкала оцінки симптомів на основі опитувальника оцінки симптомів ГЕРХ для дітей) для дозувань 20 і 40 мг становили 177,7 і 174,1 відповідно. Ніяких істотних демографічних відмінностей між групами дозувань не відзначено. 130 пацієнтів брали участь у дослідженні до його завершення, 6 передчасно вибули. У групі підлітків, що приймали 40 мг препарату, 3 пацієнти припинили участь у дослідженні через головний біль, 1 – через відсутність ефективності терапії. У групі хворих, що приймали 20 мг препарату, 1 пацієнт був виключений на його прохання. Загалом 112 (82,4%) учасників дослідження повідомили про одне або більше небажане явище (treatment-emergent adverse event – TEAE), яке виникло від початку лікування, серед них 59 (86,8%) пацієнтів, які приймали 20 мг пантопразолу (перша група), а також 53 (77,9%) особи, які приймали 40 мг (друга група). Частота виникнення TEAE була схожою в обох групах лікування. У ході дослідження не було зафіксовано серйозних небажаних явищ або летальних випадків. Найбільш поширеним TEAE був головний біль у 25 пацієнтів у першій групі і у 22 хворих у другій групі. У більшості випадків головний біль був незначним. Один пацієнт з першої групи і 7 пацієнтів з другої групи повідомили про діарею. Випадкові розлади, що не пов'язані з застосуванням досліджуваного препарату, частіше виникали у хворих із першої групи (p=0,036). Виражені больові відчуття в ділянці живота мали місце у 3 пацієнтів, при цьому у 2 із них больові відчуття були пов'язані з прийомом досліджуваного препарату. Збільшення середнього показника маси тіла, яке мало місце в ході дослідження, було статистично

Продовження на стор. 32.

О.Г. Шадрін, д.м.н., професор, **О.А. Бельська**,
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Особливості перебігу захворювань гастродуоденальної зони у підлітків

Продовження. Початок на стор. 30.

значимим у порівнянні з початковим, як і слід було очікувати у підлітків, що перебувають у стадії росту. Цей результат також може відображати зменшення симптоматики ГЕРХ і подальше збільшення споживання їжі.

Найбільш частим порушенням лабораторних показників було безсимптомне підвищення рівня сечової кислоти, яке зареєстроване у 15 пацієнтів. Хоча воно було статистично значущим, але не розглядалося як клінічно значиме. Незначні коливання в результатах лабораторних досліджень функції печінки відзначено у 5 хворих.

Результати поточного та інших досліджень є важливими даними про використання пантопразолу при лікуванні захворювань гастроду оденальної зони у підлітків, вони доповнюють висновки інших досліджень, проведених у дитячій популяції. Пантопразол у дозуванні 20 мг і 40 мг чинив ефективний вплив на зниження симптомів ГЕРХ у підлітків у віці 12-16 років.

Значне зниження оцінки за шкалою CSS уже на першому тижні лікування вказує на швидке покращення симптомів. За допомогою опитувальника GASP-Q визначено, що поліпшення симптомів гастроезофагеального рефлюксу було статистично значущим в обох групах дозувань порівняно з початковими показниками. Проведена в кінці 8-го тижня лікування загальна оцінка ефективності терапії пантопразолом також була дуже значущою в обох групах. Лише 1 пацієнт, який отримував 40 мг (0,6 мг/кг) пантопразолу, передчасно вибув із дослідження з причини неефективності курсу терапії.

Хоча учасники дотримувалися прийому досліджуваного препарату, 15,4% пацієнтів приймали його <80% потрібного часу, що підкреслює необхідність продовження батьківського нагляду за прийомом лікарських засобів у підлітків. Під час фази лікування антациди використовувалися рідко, тому ці препарати можуть виявитися неефективними для більшості пацієнтів, які отримують пантопразол перорально. Обидві дози були однаково ефективними стосовно зниження симптомів ГЕРХ, при цьому не було зафіксовано суттєвих відмінностей у загальних профілях небажаних явищ. Доза 40 мг асоціювалася з більш швидким покращенням симптомів нижче початкового порогового показника. Однак фіксувався взаємозв'язок між прийомом препарату в дозі 40 мг та збільшенням частоти виникнення головного болю, що призвело в деяких випадках до передчасного припинення участі пацієнтів у дослідженні, а також до збільшення кількості хворих із діареєю.

Опитувальник GASP-Q є корисним інструментом для оцінки симптомів ГЕРХ у цій популяції пацієнтів. Оцінювання 8 симптомів дозволило отримати найбільш повну картину клінічної реакції хворих, а також провести аналіз спектру симптомів захворювання. Опитувальник був невеликим за обсягом і при його заповненні не виникало особливих проблем для пацієнта. Хоча період отримання інформації був відносно довгим (7 днів), це не вплинуло на застосовуваність цього інструменту. Симптоми гастроезофагеального рефлюксу переривчасті і можуть не проявлятися щодня, що вказує на доцільність використання більш тривалого періоду отримання інформації. Щоденна фіксація спостережень може надати більш точні результати, однак це пов'язано зі значними незручностями для пацієнта. Підлітки навряд чи будуть вести щоденник спостережень, проте вони без особливих зусиль щотижня заповнювали опитувальник GASP-Q.

Наш досвід застосування оригінального пантопразолу (Контролоку) у дітей та підлітків із жовчнокам'яною хворобою і супутнім гастроду оденітом, у тому числі з Hp-асоційованим, та у хворих на ГЕРХ свідчить про те, що клінічні прояви захворювань гастроду оденальної зони регресували значно швидше, ніж при використанні в цих випадках інших кислотосупресивних засобів.

Ефективність лікування в цьому дослідженні оцінено як «добру» у 28,1% дітей, «дуже добру» у 71,9% дітей. Препарат добре переносився хворими, практично не викликав побічних ефектів та синдрому рикошету при його відміні, асоціювався зі стійкою ремісією хвороби.

Таким чином, перебіг захворювань гастродуоденальної зони у підлітків має низку характеристик, які пов'язані з анатомо-фізіологічними особливостями стравоходу, шлунку, центральної та периферичної нервової системи; статевим розвитком, дорослішанням, соціальною адаптацією; додатковими факторами ризику, які виникають в пубертатний період – приєднанням шкідливих звичок, ослабленням батьківського контролю за харчуванням, режимом дня, станом здоров'я підлітка. Г оловною особливістю перебігу ГЕРХ у підлітків є виражений абдомінальний і грудний біль, недостатність маси тіла, приєднання симптомів подразнення дихальних шляхів та синдрому Сандіфера. При виразковій хворобі в пубертатному віці більш виражений мойнінганівський ритм болю або німий перебіг хвороби. Лікування захворювань гастродуоденальної ділянки у підлітків має свої особливості: зміна та дотримування здорового способу життя, відмова від шкідливих звичок, нормалізація маси тіла, використання антихелікобактерної терапії, кислотосупресивних засобів – ІПП. Дослідження продемонстрували, що дози пантопразолу 20 і 40 мг були ефективними для зниження симптомів гастроезофагеального рефлюксу у підлітків та добре переносилися пацієнтами, що дає можливість рекомендувати препарат для широкого використання в повсякденній практиці гастроентерологів, сімейних лікарів при лікуванні дітей пубертатного періоду із захворюваннями гастродуоденальної ділянки.

Список літератури знаходиться в редакції.

CONT-PUB-122014-28

Т.А. Соломенцева, д.м.н., профессор,
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Медикаментозный литолиз при желчнокаменной болезни. Действительно ли этот метод работает?

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов. Распространенность данной патологии значительно отличается в разных странах. В Европе она составляет в среднем 10-20%, в странах Азии – 3-6%. Наиболее высокая распространенность ЖКБ наблюдается у коренных жителей Северной Америки (более половины индейцев имеют камни в желчном пузыре). По данным разных авторов, распространенность ЖКБ среди жителей Украины колеблется в пределах от 10 до 30%. Данные показатели распространенности являются лишь вершиной айсберга, истинная заболеваемость выше, так как большинство больных имеют «тихие», бессимптомные конкременты в желчном пузыре, не проявляющиеся клиническими симптомами. Заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин; с возрастом частота ЖКБ увеличивается у лиц обоих полов. С учетом факторов риска развития ЖКБ снижения заболеваемости в ближайшем будущем ждать не приходится, и этот показатель будет только расти.

Т.А. Соломенцева

Факторы риска, течение и исходы ЖКБ

ЖКБ составляет серьезную медико-социальную проблему. На сегодняшний день основным методом лечения остается холецистэктомия, причем большинству пациентов она выполняется по поводу калькулезного холецистита и других осложнений ЖКБ. У большого количества прооперированных больных развивается постхолецистэктомический синдром, связанный с дисфункцией сфинктера Одди и другими патологическими изменениями в органах и тканях. Последствием хирургического лечения является нарушение физиологических процессов желчеобразования и желчеотделения; у прооперированного пациента развивается целый цикл нарушений переваривания и всасывания нутриентов. У части больных наблюдается рецидив заболевания, и конкременты обнаруживаются уже в желчных протоках. Все эти факторы увеличивают медицинские расходы на лечение ЖКБ. Это свидетельствует о том, что принятие решения о холецистэктомии у конкретного пациента должно быть взвешенным и обоснованным. И уж тем более ошибочно предполагать полное излечение от ЖКБ после проведения холецистэктомии.

ЖКБ представляет собой сложное многофакторное и многостадийное заболевание, характеризующееся нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием камней в желчном пузыре и/или желчных протоках. Развитию ЖКБ способствуют различные экологические и генетические факторы. Факторы риска включают возраст, пол, расовую принадлежность, диетические предпочтения. В современном обществе к индивидуальным внешним факторам образования холестериновых желчных конкрементов относится высококалорийное питание с низким содержанием пищевых волокон и высоким содержанием углеводов. Ожирение, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия являются предпосылками для увеличения секреции холестерина в желчь и нарушения моторики желчного пузыря, что способству ет и конкрементообразованию, и возникновению ЖКБ. У лиц молодого возраста факторами развития ЖКБ служат быстрые колебания массы тела, избыток эстрогенов, беременность, гормонозамещающая терапия.

В последние годы активно изучаются генетические факторы возникновения ЖКБ.

Семейный анамнез должен учитываться для определения факторов риска образования камней в желчном пузыре. Описаны случаи увеличения частоты развития ЖКБ в 2-3 раза у родственников первой степени родства. У величение заболеваемости ЖКБ наблюдается у однояйцевых близнецов. Эти данные позволили сделать вывод о том, что вклад генетических факторов в развитие ЖКБ составляет 25-30%.

Камни в желчном пузыре классифицируются как холестериновые и пигментные (билирубиновые). Указанные виды конкрементов имеют принципиальные отличия в патогенезе развития и принципах лечения. Образованию пигментных камней способствуют гипербилирубинемия, врожденная гемолитическая анемия, наследственный микросфероцитоз. Более 90% камней в желчном пузыре являются холестериновыми и образуются в результате нарушения обмена холестерина. Процесс образования холестериновых камней как одного из наиболее частых вариантов ЖКБ изучен достаточно хорошо. Эта патологическая ситуация возникает вследствие гиперсекреции холестерина в желчь, уменьшения концентрации желчных солей и лецитина, ускорения преципитации кристаллов холестерина в связи с появлением в желчи факторов кристаллизации, в частности муцина и др.