

# Возможности репаративной терапии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одной из наиболее распространенных патологий в детском и подростковом возрасте и уступают по своей частоте только респираторным заболеваниям. И хотя наиболее часто педиатры сталкиваются в своей практике с функциональными гастроинтестинальными расстройствами, диагностика и лечение органической патологии ЖКТ у детей – очень ответственная задача. Для ее решения детскому врачу необходимо не только располагать современными диагностическими возможностями, но и быть в курсе последних достижений в области изучения ее этиопатогенеза и оптимальных схем терапии. Одним из наиболее распространенных органических заболеваний верхних отделов ЖКТ в детской популяции по-прежнему остается язвенная болезнь (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК). Это хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется повреждением слизистой оболочки ДПК с формированием достаточно длительно существующего дефекта. Как правило, в возрасте 6-10 лет ЯБ ДПК встречается у мальчиков и девочек с одинаковой частотой, однако после 10 лет мальчики болеют значительно чаще. В последнее время отмечается тенденция к «омоложению» ЯБ ДПК: данное заболевание все чаще диагностируется у педиатрических пациентов в возрасте 5-6 лет. Стоит отметить, что неадекватное лечение, особенно в детском возрасте, может приводить к повышению риска развития осложнений, угрожающих жизни больного. Одним из важных компонентов комплексной терапии у пациентов с ЯБ ДПК является репаративная терапия, проводимая с учетом основных механизмов этиопатогенеза данного заболевания. Репаративные особенности слизистой оболочки ЖКТ при ЯБ ДПК у детей были подробно рассмотрены в рамках научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии», состоявшейся 26 ноября 2015 года в г. Киеве, в докладе заведующей кафедрой педиатрии № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Вероники Михайловны Дудник.

— Слизистая оболочка является одним из важнейших элементов гастроинтестинального барьера, состоящего из внутреннего и внешнего слоя. Внутренний слой барьера представлен эпителиальными клетками и нервными синапсами, внешний – веществами, секреторными эпителиальными клетками. Как известно, здоровое состояние слизистой оболочки ЖКТ зависит от стойкого преобладания факторов защиты (достаточная продукция слизи, нормальный уровень содержания бикарбонатов, гормонов, цитокинов, простагландина E2, простаглина, пептидов, эпидермального фактора роста (ЭФР) и фактора некроза опухоли – ФНО) над факторами агрессии, способствующими развитию хронического воспалительного повреждения слизистой оболочки (избыток соляной кислоты, пепсина, колонизация слизистой *H. pylori*, продолжительный прием нестероидных противовоспалительных средств, антибиотиков, воздействие свободных радикалов, стресс, погрешности в диете). Именно дисбаланс этих двух факторов приводит к образованию так называемого «замкнутого круга» (рисунку).

Вследствие дисбаланса факторов агрессии и факторов защиты закономерно развивается нарушение барьерной функции слизистой оболочки ЖКТ, снижение ее репаративных возможностей и ухудшение регионарной микроциркуляции. Стоит учитывать, что наиболее чувствительными факторами защиты, изменения в качественном и количественном составе которых приводят к рецидивирующему течению заболевания, являются ЭФР и ФНО. ЭФР – это белок, стимулирующий клеточный рост и клеточную дифференцировку эпителиального покрова, тем самым ускоряя рост и деление эпителиальных клеток. ФНО представляет собой многофункциональный внеклеточный цитокин белковой природы, который, согласно современным представлениям, обладает не только селективной цитотоксичностью в отношении опухолевых клеток, но и играет важную роль в развитии воспалительной реакции и иммунного ответа.

Еще одним значимым компонентом врожденных механизмов иммунной защиты, регулирующим воспалительные процессы, являются Toll-подобные рецепторы (TLR). Они представляют собой

центральный элемент многоуровневой системы распознавания патоген-ассоциированных молекулярных структур и отвечают за синтез противомикробных пептидов, медиаторов воспаления и костимулирующих молекул.

Как правило, клинические симптомы ЯБ у детей проявляются в виде болевого, диспептического и астено-вегетативного синдрома. При этом наиболее тревожными симптомами ЯБ принято считать четко локализованную постоянную боль за грудиной или при глотании, стойкую многократную рвоту, рвоту с кровью, наличие крови в кале или мелены, выраженное снижение веса или отставание в физическом развитии, анемия, отказ от еды.

Согласно диагностическим критериям, утвержденным в приказе № 59 от 29.01.2013 МЗ Украины, диагноз ЯБ устанавливается после выполнения:

- клинического обследования (выявление локальной болезненности, напряжения брюшных мышц при пальпации);
- лабораторных исследований: общеклинические и биохимические анализы, гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки на наличие *H. pylori*;
- инструментальных методов диагностики: рН-метрия, фиброгастроуденоскопия с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости для исключения сопутствующих патологий.

После установления диагноза ЯБ последующая тактика лечения должна соответствовать трем основным принципам:

- купировать симптомы ЯБ и достигать репарации слизистой оболочки;
- обеспечивать эрадикацию *H. pylori*;
- исключать риск развития осложнений.

Современная тактика лечения детей с ЯБ предусматривает проведение эрадикационной терапии (тройная терапия или квадротерапия – в зависимости от конкретной клинической ситуации), назначение антисекреторных препаратов, прокинетики и спазмолитиков, цитопротекторов, а также репаративных и поливитаминных комплексов.

В последнее время особенно возрос интерес врачей к стандартизированным лекарственным средствам, содержащим растительные компоненты. Особенно это касается лечения педиатрических пациентов, в том числе и детей с ЯБ ДПК. Одним из перспективных для применения при данной патологии фитопрепаратов, который благодаря своему грамотно подобранному составу обладает многогранными клиническими эффектами и обеспечивает как локальное воздействие на слизистую оболочку ЖКТ, так и центральное регулирующее действие на моторную и секреторную функцию, является поликомпонентный фитоекстракт **Гастритол**. Он содержит экстракты 7 растений: лапчатки гусиной (*Potentilla anserina*), ромашки аптечной (*Matricaria chamomilla* L.), кардобенедикта (*Carduus benedictus* Aust.), зверобоя продырявленного (*Hypericum perforatum*), солодки голой или

лакричника (*Glycyrrhiza glabra*), полыни горькой (*Artemisia absinthium* L.), дягиля лекарственного (*Archangelica officinalis*).

Растительные экстракты, входящие в состав этого высококачественного препарата, оказывают эффективное влияние:

- на желудочно-кишечный тракт:
  - спазмолитическое (лапчатка гусиная, корень дягиля, ромашка аптечная);
  - болеутоляющее (лапчатка гусиная, корень дягиля, ромашка аптечная, полынь горькая, зверобой продырявленный);
  - вяжущее (лапчатка гусиная);
  - нормализующее перистальтику (лапчатка гусиная, трава кардобенедикта, зверобой продырявленный);
- на центральную и вегетативную нервную систему:
  - седативное (ромашка аптечная, корень дягиля, полынь горькая);
  - вегетостабилизирующее (зверобой продырявленный);
  - антидепрессантное (трава кардобенедикта, зверобой продырявленный).

При внимательном рассмотрении состава препарата Гастритол обращает на себя внимание тот факт, что в него включены сразу 3 растительных компонента, которые способствуют скорейшей репарации эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки ЖКТ: корень солодки стимулирует образование грануляционной ткани, ромашка лекарственная глубоко проникает в слизистую оболочку и оказывает местное регенерирующее действие, а кардобенедикт улучшает кровоснабжение органов ЖКТ, тем самым ускоряя заживление эрозий и язв.

Гастритол уже успел хорошо зарекомендовать себя в клинической практике. Возможности его применения при различной патологии ЖКТ на протяжении уже нескольких лет активно изучаются отечественными педиатрами и гастроэнтерологами (К.Д. Дука и соавт., 2007; Т.Д. Звягинцева, 2006; И.С. Лембрик, 2008). Так, в исследовании Л.Н. Боярской и соавт. (2012) было показано, что применение фитопрепарата Гастритол в комплексной терапии ГЭРБ у детей и подростков (n=40) с первых дней лечения позволяло достичь у половины больных полного регресса клинической симптоматики, включая астено-невротические жалобы, а у остальных – уменьшения болевого и диспепсического синдромов до слабой степени выраженности уже к 7-му дню лечения. К 14-му дню лечения с применением фитопрепарата Гастритол клиническая симптоматика полностью регрессировала у большинства детей (80%). Побочных эффектов и рецидивов заболевания на фоне приема препарата не отмечено. В исследовании Н.В. Нагорной (2012) была отмечена положительная динамика объективного состояния пациентов (n=45) с функциональными нарушениями моторики желчевыводящих путей на фоне терапии поликомпонентным фитоекстрактом Гастритол уже на 7-й день лечения, с исключительно позитивными показателями на 21-й день. Положительное влияние



В.М. Дудник

терапии отмечалось на фоне уменьшения частоты проявлений тревоги, депрессии, астении, нарушений сна и поведения.

Таким образом, рациональное лечение детей с заболеваниями гастродуоденальной зоны, в частности с ЯБ ДПК, должно быть максимально эффективным в купировании клинической симптоматики и нацеленным на полную элиминацию инфекционного агента. В период эпителизации и рубцевания целесообразным является назначение комплексной цитопротекторной и репаративной медикаментозной терапии. Репаративная терапия подбирается индивидуально; ее продолжительность определяется исходными показателями воспалительного ответа и степенью выраженности клинических проявлений заболевания. При проведении комплексного лечения детей с ЯБ ДПК можно рекомендовать к широкому применению высококачественный поликомпонентный фитоекстракт Гастритол, который обладает мультифакторным механизмом воздействия, а за счет своего натурального состава – хорошей переносимостью и высоким профилем безопасности.

Подготовил **Антон Вовчек**





**ПРИРОДНЕ КРАЦЕ!**

## Гастритол®

«Др. Клейн»

Гастритол – комплексный немецкий фитопрепарат. Эффективность, проверена часом. На рынке Германии с 1954 року!

**ДЛЯ ЛІКУВАННЯ:**

- диспепсії
- метеоризму
- гастритів, у т.ч. хронічного гіперацидного гастриту
- у складі комплексного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки



По 20 мл або 50 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону.



Рослинний засіб для лікування захворювань шлунка 50 мл

Alpen Pharma Group

Виробник: Др. Готтлоб Клейн, ІнГБС/ІІТ, 77720 Штайр-Ан-Аррентсдорф, Австрія. Др. Клейн Клейн Клейн, С.А.С. Швейцарія. Alpen Pharma Group. Для отримання інформації про препарат та умов лікування зверніться до лікаря. Зверніть увагу на термін придатності.



Рис. Дисбаланс факторов агрессии и защиты