УДК 616.329-053.5-08

КРЮЧКО Т.О., НЕСІНА І.М., ПОДА О.А., КОЛЕНКО І.О.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОТОКОЛУ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Резюме. *Стаття присвячена обґрунтуванню та оцінці ефективності включення препарату урсодезоксихолевої кислоти Укрлів суспензія у протокол лікування дітей із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою. З огляду на результати проведених досліджень використання препарату урсодезоксихолевої кислоти може бути рекомендоване як патогенетична терапія в комплексному лікуванні дітей із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою. Отримані нами дані свідчать як про ефективність, так і про високий рівень безпеки й переносимості урсодезоксихолевої кислоти, зокрема препарату Укрлів суспензія, при тривалому застосуванні з метою профілактики рецидивів захворювання.*

Ключові слова: *гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, дуоденогастральний рефлюкс, діти, лікування, Укрлів суспензія.*

Останніми роками патологія органів травлення домінує в структурі загальної захворюваності дітей і має неухильну тенденцію до зростання. Серед гастроентерологічних захворювань перше місце посідає патологія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, останніми роками вона становить майже половину всіх нозологій, передусім за рахунок захворювань гастродуоденальної зони та збільшення поширеності гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). За результатами епідеміологічних досліджень, частота ГЕРХ у загальній популяції становить від 7 до 60 %, а в дітей коливається, за даними експертів, від 2–4 до 8,7–49 %, і показник щороку зростає, що дало підставу провідним гастроентерологам на VI об'єднаному європейському гастроентерологічному тижні в Бірмінгемі (1997 р.) проголосити гасло: «XX століття — століття виразкової хвороби, XXI століття — століття ГЕРХ» [1, 4, 9, 12, 13]. В Україні статистична реєстрація ГЕРХ розпочалась із 2009 року, на жаль, дані ще не є повними, її частота становить 10 випадків на 1000 населення. Слід зазначити, що реальна поширеність ГЕРХ значно більша: близько 25 % хворих на ГЕРХ не звертаються до лікарів, займаються самолікуванням; у частини хворих ГЕРХ перебігає безсимптомно. Складність визначення справжніх показників захворюваності на ГЕРХ у дітей пов'язана також із відсутністю виражених клінічних скарг у дитячому віці, що утруднює своєчасне встановлення діагнозу [3, 8, 20].

Останніми роками були досягнуті значні успіхи у вивченні патогенезу ГЕРХ, діагностиці її різноманітних форм, розробці диференційованої схеми лікування загострень захворювання та подальшої підтримуючої терапії. Разом із тим, як показує аналіз останніх робіт, при вивченні патофізіологічних та клінічних аспектів даного захворювання є ціла низка невирішених і суперечливих питань [1, 6, 10, 14, 22].

Упровадження нових лабораторних та інструментальних методів обстеження дало змогу розширити уявлення про патогенетичні механізми розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, покращити діагностичні можливості ендоскопічно негативного варіанта перебігу хвороби, а також її атипових форм, оптимізувати схеми лікування дітей із даним захворюванням. Багатогранність патогенезу ГЕРХ у дітей, високий ризик виникнення ускладнень обумовлюють необхідність проведення комплексної терапії даної патології, яка б враховувала наявність дуоденогастрального рефлюксу (ДГР) [2, 3, 13, 19, 24]. В основі розвитку ГЕРХ лежить дискоординація моторно-евакуаторної функції верхніх відділів травного тракту, що забезпечує доступ агресивних субстанцій із

© Крючко Т.О., Несіна І.М., Пода О.А., Коленко І.О., 2016
© «Здоров'я дитини», 2016
© Заславський О.Ю., 2016

шлунка в стравохід. Як одне з таких порушень розглядають біліарний, або жовчний, рефлюкс. Жовчний рефлюкс є частиною дуоденогастрального рефлюксу і розцінюється як патологічний стан. У лікуванні хворих дітей із ДГР антисекреторні препарати, прокінетики та антацидні засоби є недостатньо ефективними. Стандартом лікування жовчного рефлюксу вважають препарати урсодезоксихолевої кислоти (УДХК). Урсодезоксихолева кислота — третинна жовчна кислота, що сповільнює створення і виведення з жовчю токсичних жовчних кислот і заміщує їх нетоксичною високогідрофільною жовчною кислотою [23, 24]. Ці препарати використовуються для лікування ДГР, тому що УДХК має властивість змінювати пул жовчних кислот із токсичних на нетоксичні. Під її впливом жовчні кислоти, що містяться в рефлюксаті, перетворюються на водорозчинну форму, яка меншою мірою подразнює слизову оболонку шлунка (СОШ) та стравоходу. Диференційовані схеми лікування ГЕРХ у дітей та протоколи підтримуючої терапії, на жаль, недостатньо ефективні й потребують подальшого удосконалення.

Метою нашого дослідження стала оцінка ефективності включення препарату урсодезоксихолевої кислоти Укрлів суспензія у протокол лікування дітей із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.

Матеріал та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 109 дітей віком від 8 до 16 років, серед яких хлопчиків було 59,8 ± 4,8 %, дівчаток — 40,2 ± 4,8 %; переважали діти віком понад 11 років (66,4 ± 4,6 %), які лікувались у педіатричному відділені № 1 обласної дитячої клінічної лікарні м. Полтави з приводу загострення хронічної гастродуоденальної патології. Верифікація діагнозу проводилась на основі поглибленого клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих дітей згідно з наказом № 59 від 29.01.2013 р. «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» [5]. Для оцінки запальних змін слизової оболонки (СО) стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) усім дітям була проведена езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС). При ЕФГДС звертали увагу на наявність набряку, гіперемії, деструктивних змін СОШ і СО ДПК, а також на тонус кардіального сфінктера, воротаря, наявність гастроезофагеального (ГЕР) та дуоденогастрального рефлюксів. При встановленні діагнозу ГЕРХ використовувалась ендоскопічна класифікація рефлюкс-езофагіту (РЕ) за Savari — Miller у модифікації G.N.J. Tytgat et al. (1990), модифікована В.Ф. Приворотським та співавт. (2005). Внутрішньошлункову та внутрішньостравохідну pH-метрію проводили за стандартною методикою (ацидогастрограф АГ-1pH-М, ТОВ «Старт», м. Вінниця) з використанням програмного забезпечення за допомогою комп'ютерної системи. Для оцінки результатів pH-метрії в стравоході використовували критерії, розроблені T.R. De Meester та співавт. (1999): підвищення pH у стравоході > 7,5 понад 27 разів на добу розцінювались як патологічний лужний ГЕР. Також при оцінці лужних ГЕР враховували такі показники, як відсоток часу з pH понад 7,5, число епізодів лужних ГЕР тривалістю понад 5 хвилин, найбільш тривалий лужний ГЕР. Щодо дітей, у яких показники моніторингу відповідали критеріям як патологічного кислого, так і патологічного лужного ГЕР, робили висновок про наявність патологічного змішаного рефлюксу. Інтенсивність печії оцінювалась за п'ятибальною шкалою Лікерта (Terry P. et al., 2000; Мінушкін О.Н., 2006). Прояви синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) оцінювались за клінічними й анамнестичними даними. Як зовнішні фенотипові ознаки визначались різні аномалії опорно-рухового апарату, ротової порожнини, шкіри, очей. Прояви НДСТ із боку внутрішніх органів виявлялись при ультразвуковому дослідженні жовчного міхура, нирок, серця і великих судин.

Обробка числових даних здійснювалася загальноприйнятими в медичній статистиці математичними методами. Вираховували показники середніх величин (M), помилок середніх величин (m) досліджуваних показників. Статистичну вірогідність обчислювали, використовуючи критерій t Стьюдента.

Результати дослідження

Проведено обстеження 109 дітей із ГЕРХ, із них у 32 хворих був виявлений рефлюкс-езофагіт (1-ша група), у 77 — дітей ендоскопічно негативна форма гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (НЕРХ), вони становили групу порівняння (2-га група). Серед дітей першої групи хлопчиків було суттєво більше, ніж дівчаток (62,5 %), у групі порівняння частка хлопчиків незначно відрізнялась (52,9 проти 47,1 %). Серед хворих основної групи питома вага дітей віком понад 11 років виявилась суттєво вищою ($p < 0,05$), ніж у групі порівняння, у якій хворі розподілились за віком приблизно однаково.

Аналіз анамнезу життя показав, що 62,5 % дітей першої групи були народжені від матерів, у яких мав місце патологічний перебіг вагітності, 37,5 % — від патологічних пологів, а в 43,8 % при народженні була діагностована та чи інша патологія періоду новонародженості. Крім того, звертає на себе увагу висока обтяженість сімейного анамнезу в дітей обох груп за захворюваннями травної системи. Анамнез захворювання виявив наявність майже в усіх обстежених дітей патології гастродуоденальної зони. Тривалість патології коливалась у широких межах — від 1 до 10 років. У більшості хворих першої групи тривалість захворювання становила понад 2 роки (56,3 %).

Основними скаргами дітей при госпіталізації до стаціонару були болі в животі, шо спостерігалися в більшості хворих обох груп (рис. 1). Біль розріз-

нявся за характером і локалізацією: у дітей першої групи найчастіше біль локалізувався в епігастрії та за грудиною, а в дітей групи порівняння — здебільшого в епігастрії та пілородуоденальній зоні. За інтенсивністю больового синдрому відмінностей у групах не встановлено.

Порівняльний аналіз клінічної картини у хворих із різними формами ГЕРХ виявив, що такі симптоми, як болі в епігастрії, печія, почуття гіркоти в роті, нудота, вірогідно частіше спостерігались при неерозивній рефлюксній хворобі (НЕРХ). Симптом печії, що є визначальним в діагностиці даної патології, частіше виявлявся у дітей з ендоскопічно негативною формою ГЕРХ (70 %).

Інтенсивність печії посилювалась при нахилах тулуба, у горизонтальному положенні, після їжі. Частота печії коливалась від періодичного до щоденного виникнення. Щоденно або двічі-тричі на тиждень печію відзначала половина дітей з ГЕРХ як з ендоскопічними змінами, так і без змін у стравоході. Вираженість печії за шкалою Лікерта коливалась від 2 до 4 балів і вірогідно не відрізнялась у групах. Водночас 40 % дітей з рефлюкс-езофагітом (РЕ) відмічали відрижку кислим або повітрям, що реєструвалася майже вдвічі частіше, ніж у дітей групи порівняння. До того ж у кожного четвертого хворого з езофагітом не було будь-яких специфічних скарг і діагноз встановлено при ендоскопічному дослідженні.

Діагностика позастравохідних проявів ГЕРХ здійснювалася шляхом поглибленого цілеспрямованого огляду із залученням лікаря-стоматолога та отоларинголога. Клінічне обстеження дозволило діагностувати в чверті хворих із симптомами ГЕРХ хронічний фарингіт, у 10 % дітей — хронічний ларингіт. Частота каріозних уражень твердих тканин зубів різного ступеня тяжкості в дітей з РЕ була також вірогідно вищою, ніж у дітей з НЕРХ (90,5 і 77,8 %, $p < 0,05$). Серед позастравохідних проявів ГЕРХ у обстежених дітей з РЕ, на відміну від хворих з НЕРХ, превалювали скарги на відчуття клубка в горлі, осиплість голосу ($p < 0,05$), набряклість язика із відбитками зубів ($p < 0,01$), а покашлювання та «географічний» язик зустрічалися майже з однаковою частотою в обох групах. Серед неспецифічних скарг у дітей з ГЕРХ та групи порівняння виявлено слабкість, втому, головні болі та періодичні болі в ділянці серця. Вірогідної різниці між групами за наявністю астеноневротичних скарг не було.

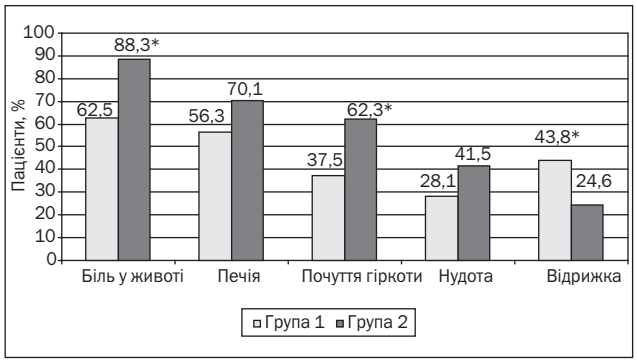

Рисунок 1. Клінічна характеристика обстежених хворих
Примітка: * — вірогідність різниці порівняно з другою групою ($p < 0,05$).

При об'єктивному дослідженні дітей разом із симптомами, що маніфестують при основному захворюванні, звертала на себе увагу велика кількість фенотипових проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Найпоширенішими проявами НДСТ у дітей обох груп були порушення осанки (сколіоз, кіфоз, лордоз), плоскостопість, гіпермобільність суглобів, міопія, пролапс мітрального клапана, низьке положення пупкового кільця та ін. При цьому у дітей з ендоскопічно позитивною формою ГЕРХ ознаки НДСТ визначалися частіше ($p < 0,05$).

Під час ендоскопічного дослідження майже в усіх хворих діагностовано запальні захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки (85,3 %). За результатами дослідження супутні моторно-евакуаторні порушення функції шлунка та ДПК у вигляді ГЕР і ДГР були діагностовані в 74,3 % дітей. У більшості обстежених (69,1 %) дітей діагностований ДГР, у 28,4 % — гастроезофагеальний рефлюкс.

У всіх хворих за методикою базальної топографічної експрес-pH-метрії оцінювалася кислотопродукуюча функція шлунка (табл. 1).

За допомогою даної методики було встановлено, що більшість дітей із НЕРХ (51,9 %) мали індивідуальний максимум кислотності, що відповідає нормоацидності (функціональний інтервал (ФІ) 3), а третина дітей із РЕ мала індивідуальний максимум кислотності на рівні помірної гіперацидності (ФІ 4), при цьому виражену гіперацидність

Таблиця 1. Показники шлункової секреції за даними інтрагастральної pH-метрії

Кислотність	Діти з РЕ (n = 32), %	Діти з НЕРХ (n = 77), %
Нормоацидність (pH 1,60–2,29)	21,9	51,9*
Помірна гіперацидність (pH 1,30–1,59)	34,4*	12,9
Виражена гіперацидність (pH 0,86–1,29)	28,1*	11,6
Гіпоацидність помірна (pH 2,30–3,59)	15,6	20,8
Гіпоацидність виражена (pH 3,60–6,99)	0	2,6

Примітка: * — вірогідність різниці порівняно з другою групою ($p < 0,05$).

(ФІ 5) діагностовано у 28 %, а нормоацидність — у 21,9 % пацієнтів (ФІ 3). Отже, при порівнянні результатів обстежень 1-ї та 2-ї групи встановлено, що в дітей з езофагітом майже втричі частіше реєструється виражена гіперацидність. При підвищеній кислотопродукуючій функції шлунка майже в половини дітей (46 %) переважав ГЕР, а в кожної третьої дитини з гіпоацидністю — дуоденогастральний рефлюкс. У дітей зі збереженою кислотоутворюючою функцією також відмічались порушення моторики шлунка та ДПК, частіше у вигляді ДГР, лише у 12,1 % дітей — ГЕР.

Проведення добового моніторингу pH стравоходу виявило у 59,1 % дітей патологічні ГЕР (табл. 2). Частота співвідношення фізіологічних та патологічних ГЕР не відрізнялася у групах спостереження. Серед патологічних ГЕР в обох групах переважав лужний компонент. У групі дітей із РЕ частіше діагностувався кислий компонент рефлюксу, а в дітей із НЕРХ — змішані рефлюкси.

Отримані результати дослідження стали підставою для оптимізації лікувальних заходів, спрямованих на корекцію виявлених порушень та усунення основних факторів, що сприяли формуванню ГЕРХ. Показанням для медикаментозної корекції препаратом урсодезоксихолевої кислоти упродовж 4 тижнів є підтверджена у 69,1 % обстежених з ГЕРХ наявність дуоденогастрального рефлюксу з визначенням параметрів: pH-типу й інтенсивності стравохідного рефлюксу при лужному та змішаному варіантах ГЕР незалежно від переважання кислого чи лужного компонента.

Вплив комплексної терапії показав, що зникнення больового синдрому відбулося в переважної більшості хворих на першому тижні від початку лікування — на 6,6 ± 1,1 добу, печії — на 9,4 ± 1,8 добу, нудоти — на 7,3 ± 2,1 добу. Повна регресія диспептичних проявів досягнута в 73,8 % пацієнтів ($p < 0,001$), у решти хворих інтенсивність їх зменшилася. Дослідження показали, що в дітей, які отримували Укрлів суспензію протягом 4 тижнів, клінічна ремісія (повне зникнення печії) була досягнута у 86,6 % випадків. Уже через 14 днів від початку лікування в дітей не тільки спостерігався виражений позитивний клінічний ефект ($p < 0,01$), але й значно покращилось самопочуття. Поряд з клінічною ефективністю відмічалась також позитивна динаміка екстраезофагеальних симптомів (осиплість голосу, покашлювання, першіння в горлі, відчуття клубка в горлі, набряклість язика, сліди зубів на язиці тощо).

Усі хворі перебували під динамічним спостереженням один рік. Протягом цього часу фіксувалася частота виникнення рецидивів, як такі розглядалися випадки повторної появи стійкого больового синдрому, відрижки та печії, що вимагало застосування інструментальних методів дослідження й призначення повторного ініціального курсу лікування. За даними експертів, частота рецидивування симптомів ГЕРХ при відсутності медикаментозного протирецидивного лікування становить 80 % [5, 7, 13, 18]. Результати нашого дослідження після 6-місячного спостереження виявили рецидив захворювання лише у 12,5 %, через 12 місяців спостереження — у 17,5 % хворих. Позитивна ендоскопічна динаміка в катамнезі в пацієнтів після лікування з включенням Укрліву суспензії виявлялася у вигляді зменшення в 1,7 раза порушень рухової активності езофагогастродуоденальної ділянки. Так, епізоди регургітації шлункового вмісту в просвіт стравоходу відзначалися в 1,6 раза рідше порівняно з показниками до терапії. Також спостерігалися позитивні зміни показників внутрішньошлункової pH-метрії: у хворих відмічалось вірогідне зменшення до норми показника pH фундального відділу шлунка.

Обговорення

Комплексний аналіз особливостей клінічних проявів ГЕРХ та результатів інструментального обстеження хворих дітей виявив фактори, що характеризують клінічну гетерогенність захворювання залежно від поєднання з іншою гастродуоденальною патологією. При аналізі клінічної симптоматики хворих з різними формами ГЕРХ нами встановлено, що частота таких симптомів, як болі в епігастрії, печія, відчуття гіркоти в роті та нудота, вірогідно частіше спостерігались при НЕРХ. Відсутність скарг у частини дітей з рефлюкс-езофагітом, можливо, пов'язана з порушенням чутливості слизової оболонки до рефлюксу шлункового вмісту [1, 3, 16]. Загальновідомо, що слабкість сполучнотканинних структур при ГЕРХ є фактором ризику розвитку рефлюксу, результати дослідження продемонстрували, що ознаки НДСТ частіше спостерігалися в дітей із РЕ. З огляду на

Таблиця 2. Характеристика параметрів pH-моніторингу в обстежених дітей

Параметри	Діти з РЕ (n = 12), %	Діти з НЕРХ (n = 10), %	P
Фізіологічний ГЕР	41,67	40	> 0,05
Патологічний ГЕР, у тому числі:	58,33	60	> 0,05
Кислий	28,57	16,67	< 0,05
Лужний	57,1	50	> 0,05
Змішаний	14,28	33,33	< 0,05
min pH	2,0 ± 0,1	2,4 ± 0,2	> 0,05
max pH	7,5 ± 0,1	7,7±0,1	> 0,05

те, що в більшості дітей зі зниженою кислотоутворюючою функцією шлунка діагностований ДГР, можна припустити, що гіпоацидність обумовлена закидом лужного дуоденального вмісту в шлунок. Отже, хоча найчастіше ГЕРХ асоційована з шлунковою гіперацидністю, наявність печії в кожного окремого пацієнта не завжди свідчить про підвищену кислотопродукуючу функцію шлунка. Отримані дані свідчать про те, що показники шлунково-стравохідного рефлюксу є основною причиною розвитку езофагіту та виникнення основних симптомів ГЕРХ.

Детальне вивчення клінічних проявів ГЕРХ лікарем-педіатром на амбулаторно-поліклінічному етапі дозволить при оцінці скарг пацієнтів виявити важливі особливості больового та диспептичного синдромів залежно від характеру супутньої гастродуоденальної патології. Так, під час дослідження були виділені клінічні особливості перебігу ГЕРХ із супутнім ДГР: печія, що мала меншу інтенсивність, нудота, відрижка повітрям, гіркий присмак у роті, ниючий біль в епігастрії незначної інтенсивності, а також обкладеність язика жовтуватим або коричневим нальотом. Виявлення на поліклінічному етапі маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини дозволяють лікарю з більшою імовірністю запідозрити наявність ГЕРХ у дитини.

Використання препарату урсодезоксихолевої кислоти (Укрлів суспензія) у комплексному лікуванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби дозволяє досягти стійкої позитивної динаміки клінічних проявів з вираженим зменшенням диспептичного синдрому, а також нормалізацією кислотопродукції шлунка. Нормалізація регуляції моторної функції шлунково-кишкового тракту хворих дітей сприяє вірогідному зменшенню реєстрації гастроезофагеальних рефлюксів.

Висновки

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють рекомендувати призначення препарату урсодезоксихолевої кислоти як патогенетичної терапії в комплексному лікуванні дітей із гастроезофагеальною рефлюксною хворобою. Отримані нами дані свідчать як про значиму ефективність, так і про високий рівень безпеки та переносимості Укрліву суспензії при тривалому застосуванні. Удосконалена схема лікувально-профілактичної допомоги дітям із ГЕРХ базується на диференційованому підході до кожної дитини з урахуванням кислотоутворюючої функції шлунка та типу рефлюксу, що дозволяє проводити ефективну профілактику рецидивів та подовжити терміни ремісії у хворих.

Список літератури

1. Бабак О.Я. Эзофагеальные и экстраэзофагеальные проявления ГЭРБ: основы диагностики и лечения / О.Я. Бабак, Ю.Н. Шапошникова. — Харьков: Харьковский госмедуниверситет, 2005.

2. Боярська Л.М. До питання про частоту та особливості проявів гастроезофагеальної рефлюксної хвороби / Л.М. Боярська, К.О. Іванова // Современная педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 162-163.

3. 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.

4. Зубаренко О.В., Кравченко Т.Ю., Лосєва К.О. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба у дітей: сучасний погляд на патогенез і клініку / Зубаренко О.В., Кравченко Т.Ю., Лосєва К.О. // Здоровье ребенка. — 2012. — № 1 (36). — С. 112-117.

5. Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 р. «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення».

6. Крючко Т.О., Пєший М.М., Несіна І.М., Румянцева М.О. Особливості перебігу гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у дитячому віці / Крючко Т.О., Пєший М.М., Несіна І.М., Румянцева М.О. // Світ біології та медицини. — № 2. — 2010. — С. 94-96.

7. Лазебник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 5. — С. 4-10.

8. Лапина Т.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: изменчивая и консервативная концепция // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. — 2007. — № 1. — С. 18-23.

9. 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.

10. 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.

11. Пахомовская Н.Л. Клиническое значение суточной pH-метрии при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 — «Педиатрия» / Н.Л. Пахомовская. — М., 2006. — 17 с.

12. Скрипник І.М., Гопко О.Ф., Соколюк Н.Л. Легеневі «маски» гастроезофагеальної рефлюксної хвороби // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 323. — С. 28-32.

13. Шадрін О.Г. Ефективність застосування інгібіторів протонної помпи для ерадикаційної терапії у дітей з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою / О.Г. Шадрін, Л.В. Ігнатко, С.І. Герасим'юк // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 1 (51). — С. 81-84.

14. Шадрин О.Г. Педиатрические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / О.Г. Шадрин // Здоров'я України. — 2009. — № 6/1. — С. 11.

15. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / П.Л. Щербаков // Болезни органов пищеварения. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 42-47.

16. Acid gastroesophageal reflux in convalescent preterm infants: effect of posture and relationship to apnea / Bhat R.Y., Rafferty G.F., Hannam S., Greenough A. // Pediatr. Res. — 2007. — Vol. 62. — P. 620-3.

17. Childhood functional gastrointestional disorders / A. Rasguin, Di Lorenzo, D. Forbers [et al.] // Adolesc. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 130 (5). — P. 1527-1537.

18. Gastro-esophageal reflux disease in children and adults in primary care / Ruigomez A., Wallander M.A., Landborg P. [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 45. — P. 139-46.

19. GERD evaluation: time for a new paradigm / I.M. Modlin, P. Malferteiner, R.H. Hunt [et al.] // J. Clin. Gastroenterol. — 2007. — 41 (suppl. 2). — S. 237-241.

20. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary (ESK Guidelines) // Eur. Heart J. — 2010. — Vol. 27. — P. 1341-1381.

21. Michail S. Gastroesophageal reflux / S. Michail // Pediatrics in Reviw. — 2007. — Vol. 28. — P. 101-110.

22. Tytgat G.N.J, Janssens J., Reynolds J., Wienbeck M. Update on the pathophysiology and management of gastro-oesophageal reflux disease: the role of prokinetic therapy // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — № 8. — P. 603-611.

23. Thomson A.M., Barcun A., Armstrong D. et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadin Adult Dyspepsia Empiric treatment — prompt endoscopy (CADET6 PE) study // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2003. — Vol. 17. — P. 1481-1491.

24. Poets G.E. Myth: Gastroesophageal reflux is a pathological entity in the preterm infant / G.E. Poets, P.E. Brockmann // Seminars in Fetal & Neonatal Medicine. — 2011. — doi: 10.1016/j.siny.2011.05.001.

Отримано 18.02.16

Крючко Т.А., Несина И.М., Пода О.А., Коленко И.А.
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Резюме. Статья посвящена обоснованию и оценке эффективности включения препарата урсодезоксихолевой кислоты Укрлив суспензия в протокол лечения детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. С учетом результатов проведенных исследований использование препарата урсодезоксихолевой кислоты может быть рекомендовано в качестве патогенетической терапии в комплексном лечении детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Полученные нами данные свидетельствуют как об эффективности, так и о высоком уровне безопасности и переносимости урсодезоксихолевой кислоты, в частности препарата Укрлив суспензия, при длительном применении в целях профилактики рецидивов заболевания.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дуоденогастральный рефлюкс, дети, лечение, Укрлив суспензия.

Kriuchko T.O., Nesina I.M., Poda O.A., Kolenko I.O.
Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine

OPTIMIZATION OF THE TREATMENT PROTOCOL IN CHILDREN WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Summary. The article deals with the substantiation and assessment of the effectiveness of the inclusion of ursodeoxycholic acid preparation Ukrliv suspension in the treatment protocol of children with gastroesophageal reflux disease. Taking into account the results of the studies, the use of ursodeoxycholic acid drug can be recommended as a pathogenetic therapy in the combination treatment of children with gastroesophageal reflux disease. The findings suggest both the efficiency and the high level of safety and tolerability of ursodeoxycholic acid, in particular Ukrliv suspension, during long-term use to prevent recurrences.

Key words: gastroesophageal reflux disease, duodenogastric reflux, children, treatment, Ukrliv suspension.