

ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ПРОТОКОЛІВ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ  
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

В даний час проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) привертає до себе увагу вчених і практикуючих лікарів багатьох країн світу, по праву вважаючись захворюванням ХХІ століття. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба у дітей становить серйозну проблему клінічної медицини і суспільства в зв'язку з високим рівнем поширеності, труднощами ранньої діагностики, рецидивуючим перебігом та можливістю ускладнень. Останнє десятиліття стало проривом у всебічному дослідженні даної патології у дітей різних вікових груп. Дослідженнями науковців визначені поширеність, фактори ризику розвитку, клінічні симптоми ГЕРХ, досягнуто консенсус щодо визначення, закладені основи класифікації, створені стандарти діагностики та лікування даного захворювання у дітей [2,8,18].

Впровадження нових лабораторних та інструментальних методів обстеження дозволило розширити уявлення про патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ, поліпшити діагностичні можливості ендоскопічно негативного варіанту перебігу хвороби, а також її атипових форм, оптимізувати схеми лікування дітей з даним захворюванням.

В той же час, незважаючи на проведені дослідження, досить багато питань потребують більш поглибленого вивчення. Найбільш гостро дискутуються наступні: етіологічні фактори захворювання, механізми транзиторних розслаблень нижнього стравохідного сфінктера - основної ланки патогенезу ГЕРХ, епідеміологічні аспекти ГЕРХ, рання діагностика стравоходу Барретта, клінічна оцінка ефективності лікування та прогнозування рецидивів. Визначення внеску в патогенез ГЕРХ недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), контамінації слизової оболонки стравоходу інфекційними агентами дозволять скоректувати план обстеження, лікування та прогнозувати тяжкість перебігу захворювання. Відкритим залишається питання про тактику моніторингу ГЕРХ як окремої нозологічної одиниці [5,7,14,17].

В практиці лікаря-педіатра одним із найбільш частих патологічних станів являються диспептичні розлади, причиною яких є порушення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту. Яскравим прикладом таких порушень є ГЕРХ. У жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі в м. Генваль (Бельгія) ГЕРХ була визнана як самостійна нозологічна одиниця. Тоді були ухвалені перші рекомендації щодо

діагностики та лікування цього захворювання засновані на принципах доказової медицини. Початок вивчення даної проблеми в нашій країні – 1999 рік, коли в Україні впроваджувалась МКХ-10. У 1999 р. ГЕРХ офіційно увійшла до Міжнародної класифікації хвороб Х перегляду (рубрика K21) і розподіляється на ГЕРХ з езофагітом (K21.0) та ГЕРХ без езофагіту (K21.1). У вітчизняних педіатрів даний діагноз і нині викликає труднощі при його встановленні. Узагальнені дані клінічних досліджень, які проводились в різних країнах свідчать, що досить часто ендоскопічна картина абсолютно не відповідає вираженості симптомів. Більш того, у більшості пацієнтів під час гастроскопії та рентгенографії не виявляють відхилень від норми. Це стало підставою для виділення ГЕРХ в двох клінічних варіантах. Перший – ендоскопічно негативна ГЕРХ, яка становить близько 60%, та рефлюкс-езофагіт, який діагностується майже у 37% хворих та традиційно виділяють ускладнення ГЕРХ – стравохід Барретта. Так, в останні роки з'являються нові погляди на структуру ГЕРХ. Американські вчені Р.Фасс, С.Офман вважають, що НЕРХ, ерозивна ГЕРХ і стравохід Барретта є самостійними нозологічними одиницями, так як досі відсутні достовірні дані про те, чи прогресує НЕРХ в рефлюкс-езофагіт, а рефлюкс-езофагіт в стравохід Барретта [12,23]. Визначення ГЕРХ, які викладені в міжнародних консенсусах, підтверджують що це хвороба, яка має клінічну та ендоскопічну складові. Отже, термін «гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» є більш обґрунтованим, ніж «гастроезофагеальний рефлюкс» та «рефлюкс-езофагіт».

Сучасні діагностичні та терапевтичні підходи до курації пацієнтів з ГЕРХ визначені міжнародними консенсусами (Генвальським, 1999 і Монреальським 2006 року [8,12,13,15]), в яких відмічена неоднорідність популяції хворих як залежно від наявності або відсутності ерозій слизової оболонки стравоходу, так і в залежності від наявності або відсутності екстраезофагеальних проявів захворювання. Особливістю захворювання є відсутність клінічних маркерів пошкодження слизової оболонки стравоходу з формуванням ерозій, а також наявність структурних змін слизової оболонки у пацієнтів з неерозивною формою рефлюксної хвороби при морфологічному дослідженні [10].

Питання діагностики і лікування ГЕРХ регламентуються низкою міжнародних угод та національними протоколами і стандартами. Але на жаль, лікарі-педіатри рідко направляють дітей з підозрою на ГЕРХ до гастроентерологів, що затрудняє оцінку істинної поширеності даного захворювання серед дітей. За даними професора П.Л.Щербакова, тільки 40% дітей дворічного віку, хворих на ГЕРХ, стають пацієнтами лікаря-гастроентеролога, а 60% - це пацієнти педіатрів та пульмонологів. Для клінічної практики залишаються актуальними питання, що стосуються стандартизації оцінки проявів та лікування цього захворювання.

Сучасна класифікація ГЕРХ (у відповідності з міжнародною науково обгрунтованою Монреальською угодою 2006 р.) поділяє прояви захворювання на стравохідні і позастравохідні. Езофагеальні синдроми включають типовий рефлюксий синдром (печія, регургітація, відрижка, дисфагія, одинофагія та ін). Позастравохідні прояви поділяються на синдроми, зв'язок яких з ГЕРХ встановлений (кашель, ларингіт, бронхіальна астма, ерозії зубної емалі), і синдроми, зв'язок яких з ГЕРХ передбачається (фарингіт, синусит, ідіопатичний фіброз легень, рецидивуючий середній отит) [3,11,14,28]. В цілому позастравохідні прояви класифікуються на бронхолегеневі, оториноларингологічні, стоматологічні, кардіологічні, анемічні. До основних механізмів, що беруть участь у розвитку екстраезофагеальних синдромів відносять: 1) безпосередній вплив шлункового вмісту; 2) виникнення вегетативних розладів при ГЕРХ внаслідок реалізованого через гілки блукаючого нерва рефлексу між стравоходом, легеньми і серцем, що призводить до розвитку кардіопульмональних симптомів [3,4,14].

Клінічна форма ГЕРХ залежить від типу гастроезофагеального рефлюксу. Зовсім недавно розрізняли два типи рефлюксу: кислий і лужний. Застосування сучасних методів діагностики, зокрема імпедансометрії стравоходу, дозволило виділити наступні види патологічних стравохідних рефлюксів: кислі; слабокислі ( $\text{pH} > 4,0$ , але  $< 7,0$ ); лужні ( $\text{pH} > 8,5$ ), які спостерігаються вкрай рідко; жовчні, зумовлені підвищеним вмістом білірубіну в рефлюктаті; газові, або повітряні. При детальному обстеженні пацієнтів з ГЕРХ виявилось, що для них найбільш характерні слабокислі та газові рефлюкси, які не призводять до пошкодження слизової оболонки стравоходу, але викликають патологічні, іноді досить болісні клінічні симптоми, що різко порушують якість життя пацієнтів.

До недавнього часу ГЕРХ розглядалася лише як патологія дорослих, проте це в основному пов'язано з труднощами збору анамнезу і скарг у дітей; наприклад, діти вкрай рідко пред'являють скарги на печію (провідний симптом ГЕРХ), бо просто не знають що таке печія, також навряд чи дитина зможе пояснити почуття раннього насичення, вона просто поскаржиться на біль у животі. В перші місяці життя основний прояв ГЕРХ - зригування. Зригування зазвичай спостерігають незабаром після годування, в горизонтальному положенні дитини. Їх постійний характер не вкладається в рамки фізіологічної норми, систематична втрата нутрієнтів зазвичай призводить до втрати ваги, що сприяє формуванню гіпотрофії I-II ступеня. У більшості дітей інтенсивність зригувань зменшується з віком і мимовільно проходить до 12 міс, але їх вираженість на першому році життя відкладає відбиток на розвиток дитини і може супроводжуватися ускладненнями.

У дітей старшого віку зазвичай спостерігають відрижку повітрям, кислим, гірким (домішки жовчі), вночі в результаті регургітації може з'являтися пляма на подушці. У більшості хворих в результаті ГЕР розвивається езофагіт. Основний симптом езофагіту - печія (відчуття печіння в епігастрії і за грудиною). Вона пов'язана з подразнюючим впливом шлункового і дуоденального вмісту на слизову оболонку стравоходу. Печія зазвичай посилюється після погрішностей в дієті (жирної, смаженої їжі, кави, газованих напоїв), переїдання. Езофагіт може супроводжуватися одинофагією (болями при ковтанні), а також заградінними болями. Болі можуть віддавати в область серця, шию, міжлопатковий простір. У ранньому віці болі внаслідок езофагіту можуть бути причиною занепокоєння дитини, незвичайних рухів голови і шиї (синдром Сандіфера). Ерозивно-виразковий езофагіт може бути причиною хронічної крововтрати, іноді домішки крові в блювотних масах.

В даний час не існує простого і єдиного тесту, «золотого стандарту», що дозволяє підтвердити або виключити ГЕРХ. Перед лікарями виникає дилема, які методи використовувати в першу чергу: одні методи дозволяють візуалізувати структурні порушення, інші - функціональні порушення кардіоезофагеального переходу. На даний час найбільш важливим і доступним методом діагностики ГЕРХ залишається клінічна картина. Саме клінічні прояви захворювання змушують пацієнта звертатися до лікаря. Перевага функціональних методів діагностики полягає в тому, що вони дозволяють не тільки виявити ГЕР, а й визначити його патофізіологію, оцінити зв'язок з наявною клінікою. Функціональні методи: манометрія стравоходу, 24-годинний рН-моніторинг, сцинтиграфія стравоходу, імпедансометрія стравоходу, електроміографія стравоходу. Для візуалізації структурних змін використовують фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС) і променеві методи, до яких відносяться рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (ШКТ), мультиспіральна комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія [9,10,28]. Рентгенологічне дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту із застосуванням функціональних проб, на наш погляд, найбільш інформативний, швидкий і недорогий спосіб діагностики ГЕРХ. Рентгенографія дозволяє не тільки оцінити структурні, а й візуалізувати функціональні зміни (такі як порушення моторики стравоходу і шлунку), а також виявити наявність ускладнень. До недоліків рентгенографії також можна віднести високу імовірність помилково-позитивних результатів і низьку інформативність при незначних пошкодженнях стравоходу; високий ступінь суб'єктивної оцінки наявних змін. Про доцільність широкого використання ФЕГДС думки авторів розходяться. Одні вважають, що ендоскопія необґрунтовано часто застосовується для діагностики рефлюксної хвороби, що ФЕГДС з обов'язковою біопсією

слизової стравоходу і наступним морфологічним дослідженням біоптату необхідно застосовувати лише при стійкості симптомів до проведеного емпіричного лікування, поза стравохідних проявах хвороби, підозрі на ускладнення захворювання, атипичних клінічних симптомах, імуносупресії. Більшість авторів дотримуються думки, що ФЕГДС необхідно використовувати в якості скринінгового дослідження, так як це відносно безпечний, високоінформативний, малоінвазивний діагностичний метод [1]. Для діагностики ГЕРХ також може бути використана манометрія. До недоліків даного методу належить необхідність введення катетера, який може спровокувати появу ГЕР [17]. Для ранньої діагностики ГЕРХ у хворих з хронічними бронхолегеневими захворюваннями, які мають диспептичні скарги, в комплексне обстеження необхідно включати добову внутрішньостравохідну рН-метрію. Даний метод дозволяє оцінити природний ритм кислотності, визначити час появи і характер рефлюксів, вивчити вплив на рН численних факторів (прийом їжі і ліків, рухова активність, положення тіла, взаємозв'язок з виникаючими скаргами та ін), що дає можливість своєчасно діагностувати ендоскопічно негативну форму ГЕРХ. Метод імпедансометрії заснований на вимірюванні електричних параметрів внутрішньостравохідного середовища при закиданні в стравохід шлункового вмісту, дозволяє оцінити порушення просторової геометрії стравоходу, величину зміщення його стінки. Метод інвазивний і не показаний в наступних випадках: при неускладненому ГЕР, якщо результати тесту не є необхідними для зміни лікування або прогнозу, за наявності дисфагії, болі в епігастрії, якщо є позитивні результати інших методів дослідження. Сцинтиграфія може використовуватися для виявлення епізодів рефлюксу. Особливо висока його діагностична цінність для виявлення аспірації, асоційованої з ГЕР. Однак це дослідження не може бути широко рекомендовано в практику через недостатню стандартизацію методики і відсутність вікових нормативів. Біліметрія розглядається як один із достовірних методів реєстрації патологічного лужного рефлюксу. Після введення в клінічну практику більш точного методу імпеданс-рН-метрії застосовується рідко.

Як показує практика, правильна і швидка діагностика позастравохідних проявів ГЕРХ виявляється громіздкою, зважаючи як на технічні проблеми застосування методів діагностики, так і клінічні, зокрема наявність поєднаної патології, яка не дозволяє в ряді випадків визначити внесок кожної в розвиток позастравохідних проявів. З метою вирішення цих проблем в дорослій гастроентерології використовується фармакологічний тест з інгібіторами протонової помпи (ІПП). Препарати призначають у вигляді короткої, 10–14 днів, терапії *ex juvantibus*. Зникнення симптомів свідчить на користь ГЕРХ. Дослідженнями доведено, що чутливість ІПП-тесту в діагностиці ГЕРХ складає 70-80%, а специфічність значно нижча – 60-65%. Тим не менше, при позитивній відповіді на тест,

наявність ГЕРХ може не підтверджуватись іншими інструментальними методами. Доведено, що за діагностичної цінності даний тест з ІПП не поступається добовому моніторингу рН та ендоскопічному дослідженню стравоходу [21,26,27]. Особливу цінність набуває даний тест у пацієнтів з позастравохідними проявами ГЕРХ, що мають поєднану патологію. Фармакологічний тест з інгібіторами протонної помпи (омепразоловий) вже можна використовувати у дітей віком від 5 років. Позитивний тест є підставою для лікування всіх проявів ГЕРХ, використовуючи як базисні препарати ІПП. До препаратів, які сприяють швидкому зникненню печії відносяться також антациди та препарати альгінової кислоти (альгірати). Альгірати при прийомі всередину швидко утворюють альгіратний гелевий бар'єр на поверхні вмісту шлунку, який фізично перешкоджає виникненню гастроєзофагеального рефлюксу. Швидкий ефект альгіратів, в основі якого лежить антирефлюксний ефект, дозволяє припустити можливість їх використання в якості фармакологічного діагностичного тесту при ГЕРХ у дітей.

У підходах до терапії гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби залишається багато невирішених питань, зокрема немає загальноприйнятих схем ведення хворого, кратності застосування і режиму дозування препаратів. Мета терапії ГЕРХ включає швидке зменшення вираженості симптомів (призначення альгіратів або антацидів), контроль симптомів (терапія ІПП), лікування та запобігання ускладнень (терапія ІПП), що призводить до поліпшення самопочуття та якості життя хворого. До недавнього часу принципами лікування ГЕРХ у дітей були дієтична корекція, постуральна та медикаментозна терапія. Остання передбачає призначення препаратів, контролюючих шлункову секрецію і нормалізуючих моторну функцію. З лікарських засобів, які були дозволені в педіатрії, широко застосовувалися антацидні препарати, але вони не контролюють утворення кислоти протягом доби і тому не можуть використовуватися як основний метод лікування. Досвід застосування блокаторів рецепторів гістаміну в педіатрії обмежений. Дослідження застосування інгібіторів протонної помпи в дитячому віці у дозі 3 мг на 1 кг щодня протягом 3-6 місяців підтвердило безпеку і досить високу ефективність цих препаратів для лікування дітей з ГЕРХ [19,20,27].

В даний час в протоколах лікування використовується ступінчаста терапія (послідовне призначення антацидів, прокінетиків, блокаторів рецепторів гістаміну), яка все більше піддається критиці. На думку багатьох дитячих гастроентерологів, слід відразу призначати терапевтичні дози ІПП з метою досягнення швидкого лікувального ефекту. У дітей старшої вікової групи можливе використання пантопризолу [15]. Завдяки високій ефективності та безпечності цих препаратів, їм віддається перевага при лікуванні всіх кислотозалежних захворювань. Це підтверджується численними дослідженнями,

проведеними в різних країнах у дітей молодшого віку [21,24,25,26]. У педіатричній практиці найбільш вивчений омепразол. Дослідження, проведені у дітей у віці від 3 міс. до 18 років, показали, що фармакокінетика омепразолу у дітей, як при оральному, так і при внутрішньовенному введенні не відрізняється від такої у дорослих [25-27].

Основою лікування GERX, безперечно, є ППП, і найчастіша помилка лікарів при призначенні цих препаратів - недотримання необхідної тривалості терапії. На жаль, дуже часто доводиться стикатися з ситуаціями, коли курс лікування становить лише 3 тижнів і менше, тоді як мінімальна стандартна тривалість прийому ППП при GERX повинна становити не менше 1 міс. При цьому слід визнати, що антисекреторна терапія впливає не на всі патогенетичні механізми GERX. Суттєву роль у розвитку та прогресуванні GERX грають якісний склад рефлюксата, кількість в ньому хлористоводневої кислоти, пепсину, жовчних кислот, трипсину, лізолецитину та інших інгредієнтів. В даний час встановлено, що запально-деструктивні зміни слизової оболонки стравоходу при лужному (жовчному) рефлюксі більш виражені, ніж при ізольованій кислотній агресії [6,10]. Крім того, присутність жовчі в рефлюксаті підвищує ризик розвитку циліндроклітинної метаплазії (стравоходу Барретта) і малігнізації в стравоході [6]. Деякі вчені звертають увагу на те, що сенсibiliзація рецепторів слизової оболонки стравоходу і формування симптомів захворювання можуть бути обумовлені не тільки шляхом впливу на них соляної кислоти, але і за допомогою виділення прозапальних медіаторів. Роль оксидантного стресу в патогенезі GERX також не викликає сумнівів. Досить давно встановлено, що вільні радикали відіграють ключову роль у пошкодженнях слизової оболонки при запальній реакції. Важливу роль в ініціації клінічних проявів захворювання відіграє підвищена чутливість (гіперсенситивність) слизової оболонки стравоходу, характерна для функціональної патології [5,13,14, 22]. Не випадково, в роботах останніх років регулярно відзначається висока частота асоціації GERX з різною функціональною патологією органів ШКТ, переважно з синдромом подразненого кишечника [16,18]. При цьому підкреслюється, що подібне поєднання характеризується зниженням ефективності антисекреторної терапії GERX. За наявності у дитини жовчного рефлюксу стандартна терапія GERX малоефективна. Хоча ізольований жовчний рефлюкс при GERX спостерігається досить рідко, його наявність різко ускладнює перебіг GERX і знижує ефективність антисекреторних терапій. За даними нечисленних неконтрольованих досліджень, застосування препаратів урсодезоксихолевої кислоти сприяє зменшенню клінічних симптомів GERX у пацієнтів з наявністю біліарного рефлюксу, знижує добову потребу в антацидних препаратах. Такому клінічному ефекту є патогенетичне

обґрунтування: урсодезоксихолева кислота зменшує агресивність жовчного рефлюксату і тим самим знижує його шкідливу дію на слизову оболонку стравоходу.

Таким чином, ГЕРХ являється мультифакторним захворюванням з різномаяттям скарг, для більш об'єктивної оцінки поширеності якого у дітей потрібна розробка чітких уніфікованих критеріїв діагностики з урахуванням різних варіантів перебігу захворювання залежно від віку. Фармакологічні проби з ППП та альгінатами характеризуються високою діагностичною чутливістю та специфічністю, що дозволяє скоротити час діагностичного пошуку та забезпечить мінімалізацію витрат в порівнянні з інструментальними методами досліджень. Сучасний етап, ознаменований розробкою принципово нових підходів до лікування ГЕРХ у дитячому віці, передбачає застосування препаратів з високим профілем безпеки, що дозволяє істотно підвищити ефективність терапії, а також якість життя пацієнтів. Враховуючи, що ГЕРХ є захворюванням зі складним патогенезом і превалування одного або декількох факторів обумовлює широку палітру клініко-морфологічних варіантів цієї нозологічної форми. Для успішної терапії необхідно детальне обстеження хворої дитини, з'ясування причин виникнення рефлюксу в кожному конкретному випадку та індивідуальний підбір різних методів лікування з урахуванням патогенетичних механізмів.

## Література

1. Белоусов Ю.В. Гастроентерология дитячого віку / Ю.В. Білоусов. — К.: СПД Коляда О.П., 2007. — 440 с.
2. Боярська Л.М. До питання про частоту та особливості проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / Л.М. Боярська, К.О. Іванова // Современная педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 162163.
3. Бурков С.Г. Бронхолегочная и отофарингеальная патология и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / С.Г. Бурков, А.Т. Арутюнов, Е.П. Алексеев, Г.Л. Юренев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2007. — № 1. — С. 3542.
4. Воротникова Н.А. Бронхообструктивный синдром и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: течение, диагностика и тактика лечения у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 — «Педиатрия» / Н.А. Воротникова. — Саратов, 2006. — 25 с.
5. Давыдова А.Н. Особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей школьного возраста при различных вегетативных нарушениях и пути их коррекции: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 — «Педиатрия» / А.Н. Давыдова. — Волгоград, 2008. — 24 с.



6. 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. 2832.

7. Лазебник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалу / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 5. — С. 410.

8. Маев И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — болезнь XXI века / И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, М.Т. Щекина // Лечащий врач. — 2004. — № 4. — С. 15.

9. Николаева О.В. Клиноморфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей с НРассоциированной гастродуоденальной патологией / О.В. Николаева, М.Н. Ермолаева, Г.И. ГубинаВакулик // Здоровье ребенка. — 2008. — № 2 (11). — С. 4852.

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

11. Скрипник И.Н., Емельянова Н.Ю. Взаимосвязь стоматологических и фаринголарингеальных проявлений у пациентов с ГЭРБ // Сучасна гастроентерологія. — 2009.- №1 (45).- С. 18–21

12. Ткач С.М. Современные и перспективные подходы к ведению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, основанные на данных доказательной медицины / С.М. Ткач, В.Г. Передерий // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 6 (56). — С.12-16.

13. Успенский Ю.П. Патогенетические основы дифференцированной тактики лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ю.П. Успенский, Е.И. Ткаченко // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — №1 (51). — С. 92-100.

14. Шабалов А.М. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук: спец. 14.00.09 — «Педиатрия», 14.01.28 — «Гастроэнтерология» / А.М. Шабалов. — СПб., 2010. — 23 с.

15. Шадрін О.Г. Ефективність застосування інгібіторів протонної помпи для ерадикаційної терапії у дітей з гастроэзофагеальною рефлюксною хворобою / О.Г. Шадрін, Л.В. Ігнатко, С.І. Герасим'юк // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — №1 (51). — С. 8184.

16. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональные заболевания желудочнокишечного тракта: есть ли какаято связь? / А.А. Шептулин //

Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2010. — Т. XX, № 4. — С. 4449.

17. Шептулин А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: спорные и нерешенные вопросы / А.А. Шептулин // Клиническая медицина. — 2008. — № 6. — С. 812

18. Щербаков П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / П.Л. Щербаков // Болезни органов пищеварения. — 2007. — Т. 9, № 2. — С. 4247.

19. Andersson T., Hassall E, Lundborg P., et al. Pharmacokinetics of orally administered omeprazole in children. -*Am. J. Gastroent.*, 2000, 95, 3101-3106.

20. Barron JJ, Tan H, Spalding J, et al. Proton pump inhibitor utilization patterns in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2007;45:421–7

21. Faure C., Michaud L., Khan Stghaghi E., et al. Intravenous omeprazole in children: pharmacokinetics and effect of 24-hour intragastric pH. - *J.Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2001,33(2),144-148.

22. 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.

23. Infant health among Puerto Ricans-Puerto Rico and U.S. mainland, 1989-2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep (United States)*, Oct 24 2003, 52(42), p1012-6

24. Khoshoo V, Edell D, Thompson A, et al. Are we overprescribing antireflux medications for infants with regurgitation? *Pediatrics* 2007;120:946–9

25. Manabe N., Haruma K., Ito M., Takahashi N., Takasugi H., Wada Y., Nakata H., Katoh T., Miyamoto M., Tanaka S. Efficacy of adding sodium alginate to omeprazole in patients with nonerosive reflux disease: a randomized clinical trial // *Dis. Esophagus*. 2012; 25 (5): 373–380.

26. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, et al. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing efficacy & safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr* 2009; 154:514–20

27. Pashankar DS, Israel DM, Jevon GP, et al. Effect of long- term omeprazole treatment on antral G and D cells in children. - *J.Pediatr.Gastroent.Nutr.*, 2001,33(5),537-542.

28. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, et al. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutrition*, 2009, 32 (Suppl 2):S1–31

## ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ПРОТОКОЛІВ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Крючко Т.О., Несіна І.М.

Ключові слова: гастроєзофагеальна хвороба, діти, діагностика, лікування.

Резюме. В статті висвітлені сучасні наукові погляди на діагностику та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у дитячому віці, обговорюються важливі положення різних міжнародних ініціатив стосовно моніторингу пацієнтів з даною патологією. Відмічені особливості вказують на те, що патогенетична терапія у педіатричній практиці має свої відмінності і це необхідно враховувати при призначенні антисекреторних препаратів і при розробці профілактичних заходів.

## ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Крючко Т.А., Несина И.М.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная болезнь, дети, диагностика, лечение.

Резюме. В статье освещены современные научные взгляды на диагностику и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в детском возрасте, обсуждаются важные положения различных международных инициатив по мониторингу пациентов с данной патологией. Отмеченные особенности указывают на то, что патогенетическая терапия в педиатрической практике имеет свои отличия и это необходимо учитывать при назначении антисекреторных препаратов и при разработке профилактических мероприятий.

## DEBATABE ISSUES THE DIAGNOSIS AND TREATMENT PROTOCOLS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN

Kryuchko T.A., Nesina I.M.

Key words: gastroesophageal reflux disease, children, diagnosis, treatment.

Summary. This article presents modern scientific views of the diagnosis and treatment gastroesophageal reflux disease (GERD) in children, there discusses the important provisions of the various international initiatives up to monitoring patients with this pathology. This reported features indicate that the pathogenetic therapy in pediatric practice has some differences, so it is important considered when we appointment antisecretory therapy and work out the preventive measures for children.