

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРОВОДИМОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЮ

И.В.Василевский, Е.Н.Скепьян, Н.О.Бабич

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

(Опубликовано: Материалы 27 Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Москва, 17-19 марта 2020г. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2020. – С. 106-108.)

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся определенными пищеводными и внепищеводными клиническими проявлениями и разнообразными морфологическими изменениями слизистой оболочки пищевода вследствие ретроградного заброса в него желудочного или желудочно-кишечного содержимого. Истинная частота ГЭРБ у детей неизвестна, у взрослых распространенность ГЭРБ по разным данным составляет 18–46%.

Цель. Дать клинико-фармакологическую оценку фармакотерапии у детей с ГЭРБ с целью изучения корректности проводимого лечения детей с указанной патологией и оптимизации этого процесса.

Материалы и методы. Использованы данные из амбулаторных карт развития ребенка 22 детей, состоящих на диспансерном учете в 3-й городской детской поликлинике. Все дети находились на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении 3-й детской больницы г.Минска. Анализируемая выборка включала 11 девочек и 11 мальчиков; за исключением 2 детей все они были школьного возраста (12 пациентов – старше 12 лет). Диагноз ГЭРБ был выставлен согласно клинико-anamnestическим данным и результатам комплексного инструментального обследования. Проводимая фармакотерапия сопоставлялась в соответствии с клиническими рекомендациями Союза педиатров России (2016 года) и международными гайдлайнами (рекомендациями NASPGHAN и ESPGHAN) по лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей.

Результаты и их обсуждение. Вне зависимости от формы заболевания (эрозивная и неэрозивная формы) целями лечения больных ГЭРБ являются: максимально быстрое купирование клинических симптомов, заживление эрозий и язв при их наличии, предотвращение рецидивов и осложнений. В большинстве случаев ГЭРБ в качестве ЛС первой линии рассматриваются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Н-2 гистаминоблокаторы, имеющие меньшую эффективность, неблагоприятный фармакотерапевтический профиль, а также высокий риск развития тахифилаксии, у детей использовать не рекомендуется. Длительность

терапии ИПП при ГЭРБ составляет до 8 недель. Из всех детей старше 12 лет только одна девочка получала из группы ИПП внутрь эзомепразол (эманера), которому отдают предпочтение зарубежные специалисты в данной ситуации. Также рекомендуется пациентам старше 12 лет использовать рабепразол (париет), а не омепразол, т.к. рабепразол, имея фармакокинетические отличия от других ИПП и меньшую зависимость от метаболизма с помощью CYP2C19, обладает клиническими преимуществами. В нашем наблюдении пациенты в основном получали омепразол, при этом, нами выявлено нарушение у многих длительности курса приема ЛС (уменьшение его), что не соответствует рекомендациям. У половины пациентов с ГЭРБ в назначениях отсутствовали прокинетики и корректоры моторики. Напротив, даже после проведения ФГДС и констатации наличия недостаточности кардии дети продолжали получать спазмолитик дротаверин. В гастроэнтерологическом отделении детям, включая с диагностированной ГЭРБ, довольно часто назначают инъекции диавитола (в инструкции по медицинскому применению препарата показаний в гастроэнтерологии для данного ЛС нет).

Выводы. В Республике Беларусь назрела необходимость обновления стандартов лечения детей с патологией органов пищеварения, включая новейшие рекомендации лечения пациентов с частым заболеванием – гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).