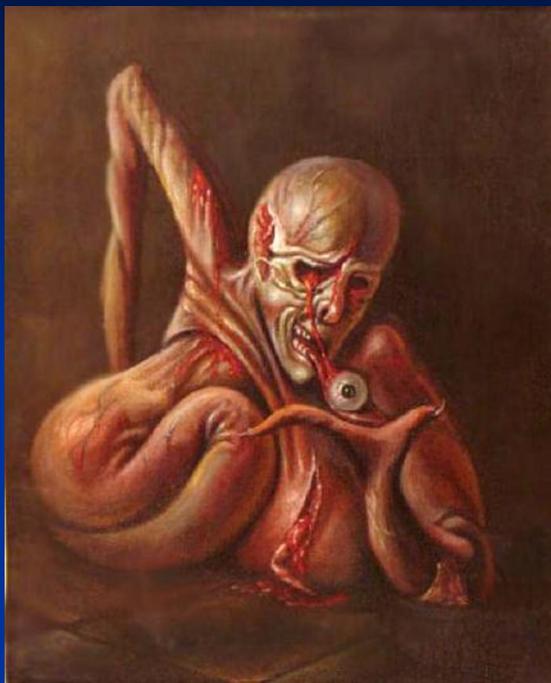


Особенности течения
язвенной болезни
у детей
на современном этапе



Язвенная болезнь (ЯБ) – широко распространенное заболевание среди взрослого и детского населения.

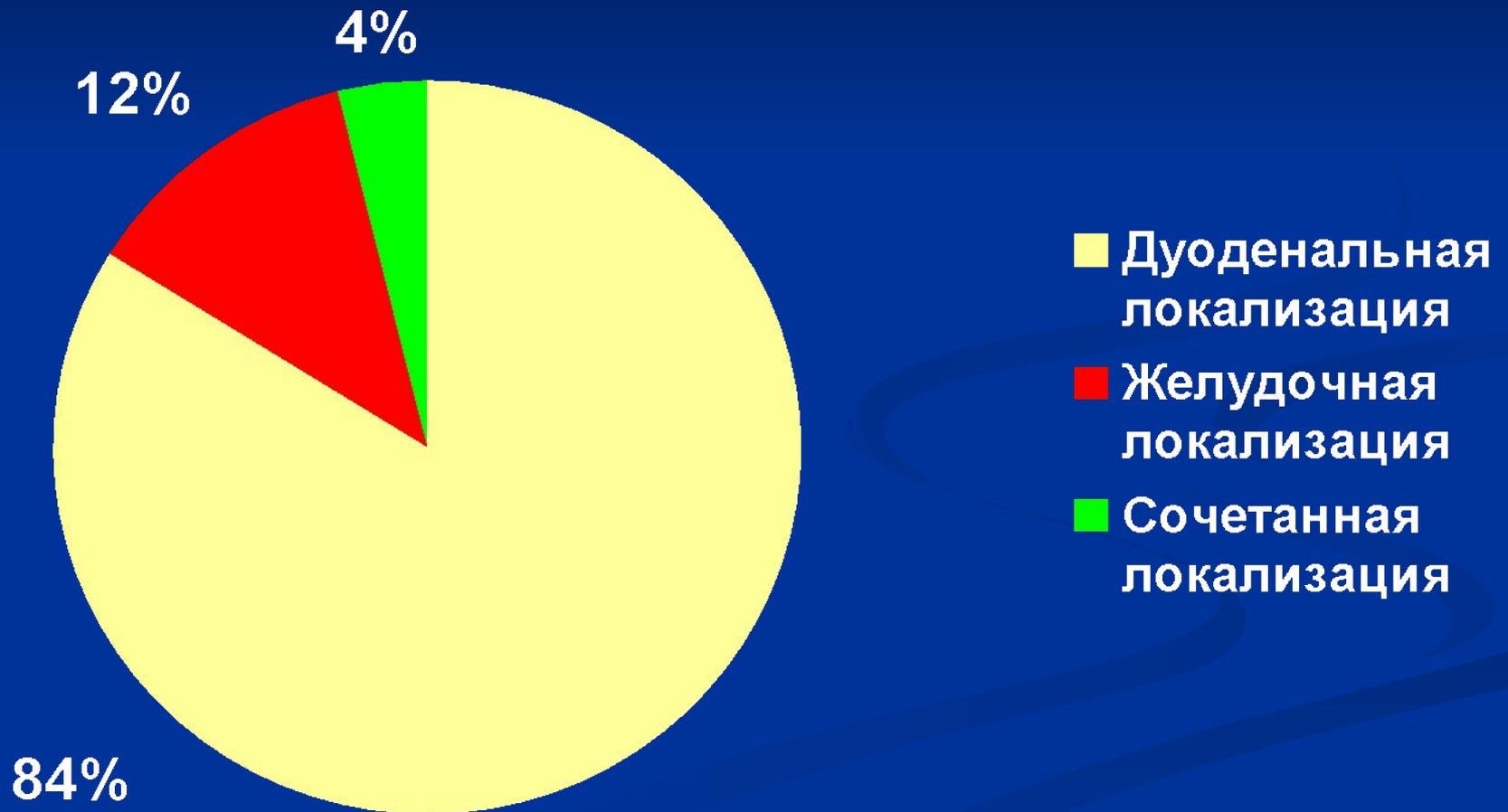
В 2001 году ЯБ диагностирована у 157,6 из 100000 населения, что значительно больше, чем в начале 90-х годов.

По данным отечественных и зарубежных исследователей, несмотря на несомненные успехи в лечении ЯБ, сохраняется тенденция к увеличению ее частоты.

Каково же положение дел с ЯБ в
детском возрасте?

По данным отечественных педиатров ЯБ диагностируется у 8-12% детей с гастродуоденальной патологией и составляет 5-6% в структуре заболеваний пищеварительного тракта. При этом у 81-87% детей выявляется дуоденальная локализация язвенного процесса (послелуковичная – у 2,4-2,8%) и лишь у 11-13% диагностируется локализация язвенного дефекта в желудке, а сочетанная – у 4-6% детей

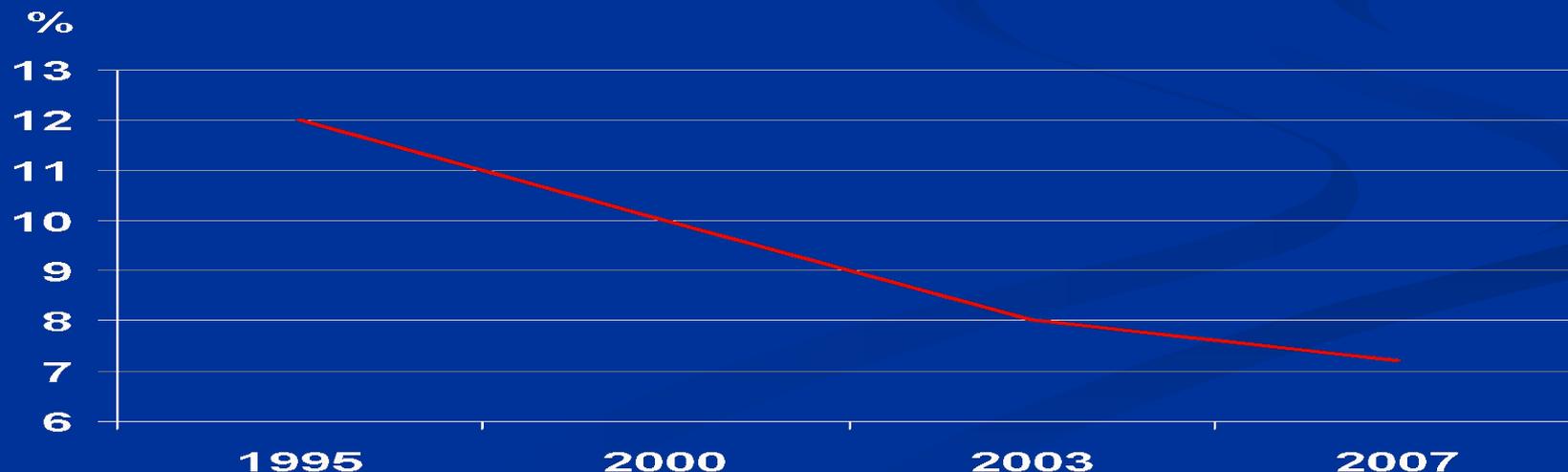
Локализация язвенного дефекта



Нами была предпринята попытка проследить современные тенденции в течении ЯБ у детей на основании ретроспективного анализа историй болезни 2000 детей, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении (зав.отделением – Нечаева Л.В.) ИДГКБ (гл. врач – Жарков А.П.) с 1995 по 2007 г.г.

По нашим данным:

1. Начиная с 1995 года, ежегодно ЯБ диагностировалась у 9-12% детей от всей патологии ВОПТ, а с 2000 года появилась тенденция к снижению данного процента, который в последние 4 года стабильно держится на среднем уровне в 7,2%.



По нашим данным:

2. Из 2000 обследованных детей ЯБ желудка была выявлена у 9 детей (0,45%), а сочетанная локализация язвенного дефекта (желудок и луковица двенадцатиперстной кишки) – у 5 детей (0,25%). Таким образом, ЯБ двенадцатиперстной кишки диагностирована у 1986 детей, что составило 99,3%.

По нашим данным:

3. ЯБ двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) встречается у детей различных возрастных групп начиная с 3-х летнего возраста и достигает максимума у девочек в 12-13 лет, а у мальчиков – в 14-15 лет. Половых различий до 4-8 лет не отмечается, в дальнейшем имеется тенденция к преобладанию числа мальчиков, страдающих ЯБДК, над девочками в соотношении 3:1, достигая к 18 годам 5:1

По нашим данным:

4. Ассоциация ЯБДК с геликобактерной инфекцией составила 97,8%.
5. Современный подход к лечению ЯБДК позволил сократить сроки репарации язвенного дефекта с 35 до 15 дней в 100% случаев, а начиная с 2003 года средний срок репарации стабильно держится на уровне 12,5 дня.

По нашим данным:

6. Существенно снизилась частота рецидивирования заболевания. Средний срок клинико-эндоскопической ремиссии у 68% детей с ЯБДК, получивших антигеликобактерную терапию, составил 4,5 го-да.
7. Анализ частоты осложнений ЯБДК у наблюдаемых нами детей дал четкую тенденцию на их снижение. Начиная с 1995 года эти показатели уменьшились по всем осложнениям.

ЖКК – с 8% до 4% в 2000 г и до 1,8% к 2007 году.

Стеноз бульбо-дуоденального перехода – с 4,3% до 2,6% в 2000 г и до 0,5% к 2007 году.

За последние 5 лет нами не было отмечено ни одного случая перфорации или пенитрации язвенного дефекта.



кровотечение

Тромботические массы, образовавшиеся в результате массивного кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки (макропрепарат)

Деформация луковицы двенадцатиперстной кишки

в 1995 году диагностировалась у половины детей, в настоящее время выявляется только в 15-17% случаев, что свидетельствует об эпителизации язвенного дефекта нежным рубцом, не приводящим к деформации луковицы.



**Какие же факторы
способствовали данной
трансформации в течении
ЯБДК?**



Факторы, способствовавшие трансформации течения ЯБДК

1. Повышение уровня информированности, а также профессиональной подготовки педиатров и детских гастроэнтерологов, позволяющих улучшить диагностику ЯБДК.

Факторы, способствовавшие трансформации течения ЯБДК

2. Расширение диагностических возможностей амбулаторной педиатрической службы, позволяющих своевременно провести эндоскопическое обследование и определить носительство геликобактерной инфекции.

Факторы, способствовавшие трансформации течения ЯБДК

3. Разработка и широкое внедрение в повседневную практику антигеликобактерной терапии и современных антисекреторных препаратов, чему способствовали всесторонние мультимедийные исследования, позволившие разработать стандарты диагностики и лечения ЯБДК у детей и взрослых.

**Каковы причины
продолжающегося
рецидивирования заболевания
и формирования его
осложнений ?**



Причины продолжающегося рецидивирования заболевания и формирования его осложнений

1. **Неэффективность эрадикационной терапии.**

Неэффективность эрадикационной терапии

Главное требование, которому должны отвечать лекарственные схемы – достижение эрадикации в контролируемых испытаниях более чем у 80% больных.

Неэффективность эрадикационной терапии

С 2001 года эффективной считается терапия при излечении более 90% из всех случаев применения.

Для достижения подобных результатов, согласно Маастрихтскому соглашению III было рекомендовано продлить курс эрадикационной терапии с 7 до 10-14 дней.

Однако, последние данные, полученные в США (400 пациентов) показали, что при схеме ИПП, амоксициллин и кларитромицин эффективность эрадикации 7-дневным курсом составил 77% (71-83%), 10-дневным курсом 78% (72-84%).

В Европе (600 пациентов) 7-дневный курс – 79% (74-85%), 14-дневный курс – 81% (77-85%).

По мнению авторов (Zagari R.M., Biancigi-Porro G., Fiocca R, at al. Gut, 2007г) при обеих терапевтических тактиках увеличение длительности терапии с 10 до 14 дней не приводит к увеличению результатов вследствие высокой частоты резистентности к кларитромицину.

Эффективность схемы ИПП + А + К в разных странах

Страна	Эффективность (средняя), %	Диапазон эффективности, %
США	77	71-83
Европа	79	74-85
Япония	79.9	77-82
Гон Конг	87.2	84-89
Тайвань	84.6	82-85
Китай	70	
Корея	75	

Неэффективность эрадикационной терапии

Анализ наших результатов эффективности различных схем эрадикационной терапии показал, что за последние 5 лет наиболее стабильный процент эрадикации был выявлен при использовании тройной терапии препаратами:

1. ИПП, Де-нол, Флемоксин Солютаб (Амоксициллин) – 93-89%
2. ИПП, Макмирор (фуразолидон), Флемоксин Солютаб (Амоксициллин) – 95-89%
3. Де-нол, Макмирор (фуразолидон), Флемоксин Солютаб (Амоксициллин) – 84-81,5%

Неэффективность эрадикационной терапии

Менее обнадеживающая тенденция была получена на семидневных трехкомпонентных схемах, включающих рокситромицин (кларитромицин, азитромицин). При использовании схем:

- 1. ИПП, Кларитромицин, Амоксициллин – процент эрадикации снизился с 93,5% до 73,8%.**
- 2. ИПП, Макмирор (фуразолидон), Кларитромицин – с 82% до 71%.**
- 3. Де-нол, Макмирор (фуразолидон), Кларитромицин (азитромицин) – с 80% до 69%.**

Сравнение эффективности различных схем эрадикационной терапии



Полученные нами результаты эффективности различных схем эрадикационной терапии согласуются с последними отечественными и зарубежными публикациями о нарастании резистентности *Нр* к макролидам, в связи с чем обсуждается вопрос о временной приостановке их использования в антигеликобактерном лечении.

Исследования Центра по контролю и профилактике заболеваний США показали, что предшествующий приём пациентами любого из макролидов ведёт к появлению резистентных штаммов. Количество резистентных штаммов достоверно увеличивается соответственно числу проведенных курсов лечения макролидами.

Таким образом правильный выбор антибактериального препарата, используемого в эрадикационных схемах, является одной из самых важных и сложных задач, т.к. именно это, во многом, определяет эффективность антигеликобактерной терапии.

Требования к подбору антибиотика

1. Высокая чувствительность микроорганизма
2. Минимальное число побочных явлений
3. Доступность в использовании

При сочетании антибиотика с базисными препаратами (ИПП или Де-нол) следует руководствоваться не только чувствительностью H_p , но и синергизмом антибиотиков.

Амоксициллин и Де-нол являются взаимодополняющими разнонаправленными, но синергичными антигеликобактерными средствами, к первому из которых сохраняется высокая чувствительность *Нр*, а второй, помимо антигеликобактерного эффекта, обладает и цитопротективными свойствами.

Тот факт, что с каждым годом список не столь многочисленных препаратов, используемых с эрадикационной целью, уменьшается, требует разработки альтернативных подходов к решению данной проблемы.

Причины продолжающегося рецидивирования заболевания и формирования его осложнений

2. **Реинфицирование Нр-инфекции**, которое, с нашей точки зрения, связано в первую очередь с ее семейным носительством. Выявление всех инфицированных членов семьи язвенного больного и одномоментная эрадикация позволяет значительно снизить процент реинфицирования.

Впервые выявленная ЯБДК у ребенка независимо от стадии заболевания является показанием для всестороннего обследования, включая морфологическое исследование, суточное мониторирование рН (желательно в условиях стационара), что позволяет наметить индивидуальные подходы к лечебным мероприятиям в каждом конкретном случае.

Индивидуальные подходы к лечебным мероприятиям

Выбор индивидуальных схем антигеликобактерной терапии с учётом антибиотикового анамнеза, состояния кислотообразующей функции желудка и переносимости препаратов.

Подобный подход повышает эффективность проводимой терапии и важен с экономической позиции:

1. Затраты на неэффективный курс + затраты на последующий курс
2. Экономический эффект связан с обоснованным назначением ИПП (руководствуясь клинической картиной заболевания и данными мониторинга рН) и с прекращением длительного применения антисекреторных препаратов больным с неосложнённой ЯБ, т.к. рекомендованные курсы антигеликобактерной терапии не требуют их последующего поддерживающего приёма.

Следовательно, у детей вполне оправдано:

1. Схема эрадикации, в которой базисным препаратом является Де-нол.
2. Целесообразность перевода ребёнка в постэрадикационном периоде на антацидные препараты, в т.ч. Фосфолюгель, не имеющий каких-либо возрастных противопоказаний.

Спасибо за внимание!

