

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В *HELICOBACTER PYLORI*-ІНФІКОВАНИХ ТА НЕІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

Хлуновська Л.Ю., аспірант

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Сорокман Т. В.

Буковинський державний медичний університет

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Актуальність. Захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займають одне з провідних місць в загальній структурі захворювань дитячого населення. Зростання частоти виявлення виразкових дефектів слизової оболонки (СО) шлунка (Ш) та дванадцятипалої кишки (ДПК) в дітей молодшого віку створює передумови для глибшого аналізу причин та механізмів ульцерогенезу. Одним із основних пошкоджуючих СО гастродуоденальної ділянки факторів виступає інфікованість мікроорганізмом *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). *H. pylori* – спіралеподібна рухлива грам-негативна паличка, що здатна існувати в умовах кислого середовища Ш. У результаті виявлення даного мікроорганізму основна терапія виразкової хвороби (ВХ) включає в себе антибактеріальні препарати.

На сьогоднішній день активно вивчається проблема десинхронозу - неузгодженості внутрішніх біоритмів організму та зовнішніх ритмів зовнішнього середовища. Вважають, що десинхроноз є обов'язковим компонентом у розвитку будь-якого патологічного процесу. Основним регулятором біоритмів людського організму є епіфіз та синтезований ним гормон мелатонін (МТ). Проте здатністю продукувати МТ володіють не лише пінеалоцити епіфізу, а й ентерохромафінні клітини APUD-системи ШКТ. Експериментально встановлено, що концентрація МТ в тканинах ШКТ в 400 разів перевищує його концентрацію в епіфізі в період його максимальної секреції (вночі). Гормон володіє здатністю впливати як на організм в цілому, так і місцево, зокрема на органи гастродуоденальної ділянки. Захисні властивості МТ, щодо СО гастродуоденальної ділянки, полягають у здатності покращувати мікроциркуляцію в зоні виразкування, посилювати проліферативні процеси, регулювати моторику ШКТ, а також стимулювати вироблення простагландинів групи Е.

Мета дослідження. Оцінити ефективність використання комплексних схем лікування *H. pylori*-інфікованих та неінфікованих дітей, що страждають на ВХ Ш та ДПК.

Матеріали та методи. Обстежено 60 дітей, хворих на ВХ Ш та ДПК віком від 12 до 18 років (середній вік $15,1 \pm 0,3$ років), що склали основну групу, та 20 практично здорових дітей того ж віку (середній вік $14,9 \pm 0,4$ років), що склали групу порівняння. Хворі були розподілені на 2 групи: I - *H. pylori*-неінфіковані (-), II - *H. pylori*-інфіковані (+) діти. Крім того хворі кожної групи були поділені на 2 підгрупи: Ia – 10 дітей *H. pylori* (-), що отримували протокольну терапію, Ib – 10 дітей *H. pylori* (-), які отримували протокольне лікування та препарат «Віта-мелатонін», IIa – 20 дітей *H. pylori* (+), що отримували стандартну ерадикаційну терапію, IIб – 20 дітей *H. pylori* (+), які одночасно з ерадикаційною терапією отримували Віта-мелатонін. Всі діти пройшли повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Діагноз ВХ верифікувався за допомогою езофагогастродуоденофіброскопії (ЕГДФС). Імуноферментним методом визначали інфікованість *H. pylori* (виявлення антитіл у сироватці крові), а також рівень метаболіту МТ (6-сульфатоксимелатоніну) в ранішній сечі. Діти Ia підгрупи отримували у якості протокольної терапії інгібітор протонної помпи (езомепразол по 40 мг/добу), колоїдний субцитрат вісмуту (де-нол по 0,12г 3 рази/добу) та прокінетик (домперидон по 0,25 мг/кг/добу). Діти IIa підгрупи отримували стандартну ерадикаційну терапію: інгібітор протонної помпи (езомепразол по 40 мг/добу), флемоксин солютаб (в дозі 20 мг/кг 2 рази/добу), фуразолідон (в дозі 10 мг/кг 2 рази/добу), колоїдний субцитрат вісмуту (де-нол по 0,12г 3 рази/добу) на 7-10 днів. Дітям Ib та IIб підгруп до основного лікування додавали Віта-мелатонін в дозі 3 мг 1 раз на добу за 30 хвилин до сну.

Виявлено, що у дітей, які страждають на ВХ Ш та ДПК рівень МТ ($44,9 \pm 1,9$) нг/мл у 3,6 разів вищий, ніж у дітей групи порівняння ($12,4 \pm 2,6$) нг/мл, $p < 0,05$. Під час проведення контрольної ЕГДФС через 4 тижні після проходження курсу лікування ознаки загоєння виразкового дефекту виявили у 7 дітей Ia (70%), 9 дітей Ib (90%), 13 дітей IIa (65%) та 17 дітей IIб (85%) підгруп. Отже, застосування Віта-мелатоніну в комплексній терапії ВХ дозволило збільшити частоту випадків загоєння виразки на 22,2% (у *H. pylori* (-) хворих) та 23,5% (у *H. pylori* (+) хворих).

Висновок. Доведено ефективність використання комплексного лікування ВХ Ш та ДПК на основі зростання кількості випадків загоєння виразкового дефекту після поведеної терапії із використанням Віта-мелатоніну поряд із протокольними схемами.