

УДК 616.342-002.071.08:616/618

## НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

*И.П.Никишина, Н.Н.Кузьмина, А.Е.Каратеев*

Институт ревматологии (дир. - академик РАМН В.А.Насонова) РАМН, Москва

### *Резюме.*

С целью изучения частоты и структуры гастропатий у детей с ревматическими заболеваниями, получающих нестероидную и стероидную противовоспалительную терапию, эндоскопически обследовано 168 больных в возрасте от 4 до 15 лет. Серьезные изменения слизистой верхних отделов ЖКТ (в виде эрозий и язв) выявлены у 21% детей с преобладающей локализацией в области луковицы 12-перстной кишки, у 50% пациентов обнаружены поверхностные изменения. В исследуемой группе не было обнаружено достоверной зависимости между выраженностью субъективных и объективных симптомов гастродуоденита и не установлено ассоциаций особенностей эндоскопических изменений с характером и длительностью медикаментозной терапии.

Опыт применения фамотидина (препарат "Фамосан", Pro. Med. CS. Praha a.s.) у 40 детей с наиболее выраженными проявлениями лекарственно-индуцированных гастропатий показал его высокую эффективность, выразившуюся в быстром купировании жалоб у всех больных, заживлении эрозий и язв у подавляющего большинства пациентов при отсутствии побочных реакций.

**Ключевые слова:** ревматические заболевания у детей, НПВП, гастропатии, фамотидин.

В последние годы все более пристальное внимание врачей привлекает проблема эрозивно-язвенных изменений слизистой верхних отделов ЖКТ, возникающих у пациентов на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В медицинской литературе, главным образом, зарубежной, за данной патологией прочно укоренился термин "НПВП-индуцированные гастропатии". Большой интерес ревматологов к проблеме НПВП-индуцированных гастропатий обусловлен, с одной стороны, значительной распространенностью данной патологии, опасностью развития угрожающих жизни осложнений и большими материальными затратами на их лечение [1, 3, 4, 5], а с другой стороны, появлением все больших возможностей для предупреждения и лечения гастроинтестинальных осложнений НПВП-терапии.

Традиционно считается, что НПВП-индуцированные гастропатии являются патологией,

свойственной взрослым пациентам, преимущественно лицам пожилого возраста. Действительно, широкое использование НПВП больными остеоартрозом и ревматоидным артритом, составляющими основную группу лиц, длительно и в высоких дозах использующих эти препараты, оправдывает то внимание, которое уделяют ревматологи и гастроэнтерологи изучению НПВП-индуцированных гастропатий именно у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста.

Подавляющее число работ, посвященных эпидемиологии, факторам риска, диагностике и клиническим проявлениям данной патологии, и что особенно важно - вопросам ее лечения и профилактики, основывается на данных, полученных при изучении взрослых пациентов. Исследований, посвященных изучению НПВП-индуцированных гастропатий у детей относительно мало. В то же время известно, что НПВП очень широко используются в терапии ревматических заболеваний (РЗ) у детей, особенно ювенильных хронических артритов (ЮХА) и поражение верхних отделов ЖКТ у данного контингента больных является серьезной проблемой педи-

Адрес для переписки:

Никишина Ирина Петровна

115522, Москва, Каширское шоссе, 34а

детское отделение института ревматологии,

тел. 114-44-64

атрической практики [4,6, 9].

Поражение ЖКТ, возникающее у детей на фоне приема НПВП, имеет ряд особенностей, отличающих его от подобной патологии у взрослых пациентов. Это связано с некоторыми отличиями строения и физиологии слизистой оболочки ЖКТ у детей, ее более высоким регенераторным потенциалом и устойчивостью к действию повреждающих факторов. Кроме того, у детей исходно (до начала приема НПВП) редко наблюдаются выраженные воспалительные изменения слизистой желудка, типичные для взрослых и являющиеся, по-видимому, фоном для развития эрозивно-язвенных изменений [4, 5]. Собственно эрозивно-язвенные изменения слизистой у детей, получающих НПВП, возникают достаточно редко и локализуются преимущественно в начальном отделе двенадцатиперстной кишки [2, 4, 8]. Вместе с тем, у детей прием НПВП чаще, чем у взрослых сопровождается выраженными гастралгиями и диспепсией, даже в отсутствии значительных изменений слизистой по данным эндоскопии [4, 6, 8].

Большое значение в патогенезе гастропатий у детей может иметь влияние основного ревматологического заболевания [2, 4], причем как патогенетических особенностей конкретной нозологии, так и активности болезни.

Сложной проблемой является лечение НПВП-индуцированных гастропатий у детей, особенно в тех случаях, когда противовоспалительная терапия не может быть прекращена. В данной ситуации с успехом могут применяться антисекреторные противоязвенные средства и мизопростол [6], однако с учетом повышенных требований к безопасности лекарственной терапии у детей, наиболее предпочтительным представляется использование H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов 2 и 3 поколений, которые успешно применяются для лечения НПВП-индуцированных гастропатий у взрослых [10, 11].

Целью нашего исследования явилось изучение частоты выявления патологии верхних отделов ЖКТ, возникшей у детей с РЗ на фоне приема НПВП, анализ взаимосвязи патологических изменений с некоторыми из демографических факторов и особенностями противоревматической терапии, а также оценка возможности использования H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторов 3-го поколения (фамотидин) при НПВП-индуцированных гастродуоденопатиях у детей.

#### Материал и методы.

В детском отделении Института ревма-

тологии РАМН за период с 1996 по 1999 гг. эзофагогастродуоденоскопическое обследование (ЭГДС) было проведено у 168 детей в возрасте от 4 до 15 лет (средний возраст 9,8 лет, SD = ±3,1) с различными РЗ (длительность заболевания от 0,3 до 12 лет, в среднем 4,1; SD = ±3,9). 63,7% исследуемой группы составляли девочки (n=107) и 36,3% - мальчики (n=61).

Все дети получали противовоспалительную терапию НПВП, причем 40 больных (23,8%) – изолированно, остальные 128 больных – в сочетании с базисными препаратами, а 51 (30,4%) – в сочетании с глюкокортикостероидами (ГКС), что наглядно демонстрирует таблица 1.

Показанием к проведению эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ являлось наличие жалоб на абдоминалгии и/или диспептические явления либо анамнестические указания на таковые у детей, получающих противоревматическую терапию. Длительный прием и/или относительно высокая доза НПВП и ГКС, комбинация всех трех групп антиревматических препаратов (НПВП+ГКС+базисные средства) являлась показанием к проведению эзофагогастродуоденоскопии, независимо от наличия жалоб. ЭГДС выполнялась с помощью гастрофиброскопа "Olympus XP20".

Для изучения эффективности H<sub>2</sub> гистаминоблокаторов при НПВП-индуцированных гастродуоденопатиях 40 детям проведен курс лечения фамотидином, использовался препарат "Фамосан" (фирма Pro. Med. CS. Praha a.s.).

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием прикладного пакета True Epistat (стандартная версия 1987, 1991). При подсчете количественных данных вычислялись средние величины и стандартное отклонение, сравнение групп осуществлялось с использованием критерия  $\chi^2$ .

#### Результаты.

Результаты ЭГДС с характеристикой патологических изменений слизистой верхних отделов ЖКТ у исследуемой группы больных отражает таблица 2.

Из представленных данных следует, что в целом эндоскопические признаки гастродуоденальной патологии выявлены у 70% обследованных детей, в т.ч. у 21% больных обнаружены эрозии и язвы с преимущественной локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки, реже – в антральном отделе желудка.

Среди этих больных у 6 детей была выявлена язва луковицы 12 перстной кишки. Обращает внимание, что при различных нозологических формах РЗ эндоскопические проявления гастродуоденита зафиксированы приблизительно с равной

стороны ЖКТ (таблица 3). Обращает внимание, что выраженность субъективной симптоматики не ассоциировалась с характером поражения слизистой. У больных с выраженными эрозивно-язвенными изменениями, так же, как и у паци-

**Таблица 1.**  
Характеристика противоревматической терапии исследуемой группы больных.

Лекарственные препараты		Частота использования препарата: число больных (%)
НПВП:	Диклофенак	102 (60,7)
	Индометацин	55 (32,7)
	Другие	11 (6,6)
Глюкокортикостероиды внутрь:		51 (30,4)
Медленно действующие (базисные) препараты:	Аминохинолиновые	13 (7,7)
	Метотрексат	56 (33,3)
	Сульфасалазин	37 (22,0)
	Соли золота в/м	6 (3,6)
	Сандимун неорал	5 (3,0)
	Азатиоприн	4 (2,4)
	Комбинированная терапия	7 (4,2)

частотой, за исключением малочисленной группы пациентов с ДБСТ, в которой и поверхностные изменения слизистой отмечались реже, и не было выявлено эрозивных изменений. Следует отметить, что эрозивное поражение слизистой желудка наблюдалось преимущественно у больных ЮРА, хотя эта ассоциация и не была статистически достоверной.

Клинически менее трети всех пациентов

ентов без таковых с равной частотой отмечалось асимптоматическое течение патологии ЖКТ, а активные жалобы даже несколько чаще предъявляли дети с поверхностным гастродуоденитом.

Изучение влияния пола пациентов на частоту НПВП-гастропатий у детей не обнаружило статистически значимых ассоциаций, хотя у мальчиков частота эрозивно-язвенных изменений желудка и 12 перстной кишки была

**Таблица 2.**  
Характеристика эндоскопических изменений верхних отделов ЖКТ у детей, страдающих ревматическими болезнями

Диагноз РЗ	Эрозивно-язвенные изменения слизистой		Поверхностные изменения слизистой желудка и 12п.к.	Всего
	желудка	12п. кишки		
ЮРА (n=61)	6 (9,8%)	8 (13%)	29 (47,5%)	43 (70,5%)
ЮХА (n=38)	1 (2,6%)	9 (23,7%)	18 (47,4%)	28 (73,7%)
ЮАС (n=23)	—	4 (17,4%)	11 (47,8%)	15 (65,2%)
ЮСА (n=35)	1 (2,9%)	6 (17,1%)	19 (54,3%)	26 (74,3%)
ДБСТ (n=11)	—	—	6 (54,6%)	6 (54,6%)
Всего: 168	8 (4,8 %)	27 (16,1 %)	83 (49,4 %)	118 (70,2 %)

**Примечание:** ЮРА - ювенильный ревматоидный артрит; ЮХА - ювенильный хронический артрит; ЮАС - ювенильный анкилозирующий спондилоартрит; ЮСА - ювенильная спондилоартропатия; ДБСТ - диффузные болезни соединительной ткани.

активно предъявляли жалобы на боли в эпигастриальной области и диспепсические явления. У большинства больных наличие жалоб выявлялось при расспросе. 16% больных не испытывали каких-либо неприятных ощущений со

несколько выше, чем у девочек: 26,2% (n=61) против 17,8% (n=107), p=0,27. Не было установлено и каких-либо достоверных различий в частоте гастропатий у пациентов разных возрастных групп. Сопоставление характера

противовоспалительной терапии (использование ГКС, цитотоксических препаратов, длительность приема НПВП) с выраженностью гастродуоденальной патологии представлено в таблице 4.

Проведенный анализ показал, что длительность приема НПВП, так же как и сочетанное их применение с ГКС и цитостатическими препаратами не оказывает влияния на частоту

НПВП, контрольная ЭГДС была выполнена через 2 недели и уже в эти сроки отмечена эпителизация эрозий и начало рубцевания язвы. Результаты ЭГДС, проведенной через 1,5 месяца позволили констатировать отчетливый положительный эффект у подавляющего большинства пациентов, что отражает таблица 5.

Следует отметить, что ухудшение на фоне

Таблица 3

Сопоставление субъективных и объективных симптомов гастропатии у детей с РЗ

Характер изменений жалобы	Эрозивно-язвенные изменения (n = 35)	Поверхностные изменения (n = 83)	Всего (n = 118)
Активные	9 (25,7 %)	26 (31,3 %)	35 (29,7 %)
Выявляемые при расспросе	21 (60 %)	43 (51,8 %)	64 (54,2 %)
Отсутствуют	5 (14,3 %)	14 (16,9 %)	19 (16,1 %)

$$\chi^2 = 0,668; p = 0,72$$

выявления эрозивно-язвенных изменений. Напротив, среди больных с эрозивно-язвенными изменениями желудка и двенадцатиперстной кишки меньший удельный вес занимали пациенты, получавшие ГКС и длительное лечение НПВП.

Сорока пациентам из числа обследованных детей (в возрасте старше 7 лет), у которых при ЭГДС были выявлены эрозивно-язвенные изменения или у которых при отсутствии эрозивно-язвенных изменений отмечались выраженные гастралгии и/или диспепсические явления, был проведен курс лечения фамотином в дозе 20-40 мг/сутки (в зависимости от массы ребенка). Использовался препарат "Фамосан" (фирма Pro. Med. CS. Praha a.s.) в расчетной дозе 0,4-0,6 мг/кг в сутки (детям с массой тела 30-50 кг - 20 мг/сутки; с массой тела > 50 кг - 40 мг/сутки) через 1 час после ужина. Продолжительность лечения составляла 30 дней в полной дозе и 15-20 дней - в поддерживающей (1/2 лечебной дозы). Все пациенты при проведении противоязвенной терапии продолжали лечение теми же препаратами группы НПВП и базисного действия, в той же дозе и лекарственной форме, в которой они принимали их до проведения ЭГДС. 15% пациентов получали ГКС.

В результате лечения у всех больных в короткие сроки (первые 3-5 дней) исчезли жалобы (гастралгии, тошнота, изжога и др.). Четырем пациентам с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки и/или множественными эрозиями, получавшим достаточно высокие дозы

лечения фамосаном было зафиксировано у одного больного - мальчика 14 лет, страдающего тяжелой формой ЮРА с высокой активностью заболевания и морфологически подтвержденным при биопсии слизистой двенадцатиперстной кишки амилоидозом, т.е в этой ситуации генез гастроэнтерологических изменений по-видимому был обусловлен влиянием самого характера болезни и в первую очередь микроциркуляторными нарушениями.

"Синдром отмены", по данным литературы часто наблюдающийся после отмены H2-гистаминоблокаторов, нами был зарегистрирован только у двух девочек-подростков с клинико-эндоскопической картиной поверхностной гастропатии. У единичных больных в последующем (в сроки от 6 мес. до 2 лет) отмечались рецидивы гастродуоденита, также успешно купированные приемом фамосана. Побочных реакций во время лечения фамосаном не отмечалось.

#### Обсуждение.

В последние годы проблема НПВП-индуцированных гастродуоденитов у больных РЗ приобретает все большую актуальность и является предметом широкого изучения. Общепринятый для обозначения данной патологии термин "НПВП-индуцированные гастропатии" подразумевает наличие патологической изменений в виде эрозий и язв слизистой верхних отделов ЖКТ у пациентов, получающих лечение НПВП. Патогенетическая обоснованность такого определения представляется весьма дис-

кутабельной, поскольку механизмы развития гастроудоденальной патологии у больных РЗ многогранны и включают влияние самого заболевания, его активности, а также всех тех факторов, которые провоцируют развитие гастроудоденальной патологии вне связи с приемом

причем только треть указанной группы обследовалась эндоскопически. В свете имеющихся литературных данных объем клинического материала (результаты клинко-эндоскопического обследования 168 детей с РЗ), положенного в основу настоящей работы практически не имеет

**Таблица 4.**

**Влияние особенностей терапии на частоту эрозивно-язвенных изменений ЖКТ у детей с РЗ.**

Терапия		Наличие язв и эрозий слизистой	P
ГКС	Принимали (n=51)	8 (15,7 %)	0.380
	Не принимали (n=117)	27 (23,1 %)	
Цитостатики	Принимали (n=71)	17 (23,9 %)	0.511
	Не принимали (n=97)	18 (19,8 %)	
Длительность приема НПВП	< 3 месяцев (n=47)	13 (27,7 %)	0.251
	> 3 месяцев (n=121)	22 (18,2%)	

НПВП (пол, возраст, курение, прием алкоголя, некоторые нейро-эндокринные причины, стрессы, инфицирование *Helicobacter pylori* и др.). В этой связи более корректным возможно было бы использование термина “НПВП-ассоциированные гастроудоденопатии”.

Углубленному изучению состояния ЖКТ у детей с РЗ, принимающих НПВП и ГКС посвящено не так много работ [2, 4, 8], причем большинство из них отражают данные исследований малочисленных групп пациентов. Так, например, часто цитируемая в литературе работа по

аналогов в педиатрической ревматологии.

Принято считать, что частота эрозивно-язвенных изменений слизистой верхних отделов ЖКТ у детей с РЗ, принимающих НПВП, невысока. Наше исследование показало, что в целом частота (21%) данной патологии у детей немногим меньше таковой (28,5%) у взрослых пациентов Института Ревматологии молодого возраста (от 16 до 30 лет, n=133), однако, существенно различается качественная характеристика эрозивных изменений. Так, у детей преобладали единичные эрозии, а у большинства взрос-

**Таблица 5**

**Динамика эндоскопических изменений под влиянием терапии фамосаном у детей с НПВП-индуцированными гастропатиями.**

Динамика изменений	Эрозивные изменения (n = 23)	Поверхностные изменения (n = 17)	Всего (n = 40)
Значительное улучшение	14 (60,7 %)	11 (64,7 %)	25 (62,5 %)
Улучшение	7 (30,4 %)	4 (25 %)	11 (27,5 %)
Без динамики	1 (4,3 %)	2 (11,8 %)	3 (7,5 %)
Ухудшение	1 (4,3 %)	—	1 (2,5 %)

изучению НПВП-индуцированных гастропатий у детей, выполненная группой ученых Техасского университета, представленная в резюме как исследование, включающее 570 больных, по сути излагает результаты и анализ наблюдений всего 61 пациента с РЗ и жалобами на абдоминалгии,

рых больных с этой патологией (62%) отмечалось наличие множественных эрозий слизистой (более 10) или язв [1]. Как и в других исследованиях [2, 4, 8], преимущественной локализацией данных изменений у детей являлась луковица двенадцатиперстной кишки, хотя с непосред-

ственным влиянием НПВП обычно связывают патологию желудка.

Следует подчеркнуть, что у наших пациентов прием ГКС и базисных препаратов не увеличивал риск развития НПВП-индуцированных гастропатий, что соответствует данным, полученным для взрослой российской популяции [1], хотя отличается от других литературных данных [5] и противоречит устоявшемуся мнению большинства практикующих врачей. Более того, планируя апробацию фамосана, мы намеревались сформировать две группы пациентов: получающих только НПВП и принимающих НПВП в сочетании с ГКС, однако, среди последних оказалось мало больных с эрозивно-язвенными изменениями слизистой. Необходимо отметить, что частота гастродуоденитов в целом, а также частота эрозивно-язвенных изменений в нашем исследовании была сопоставимой с результатами, полученными учеными из Техасского университета [4], хотя их пациенты получали напроксен, ибупрофен и толметин в отличие от наших, получавших диклофенак и индометацин.

Результаты изучения эффективности фамосана (фамотидина) у детей с гастродуоденитами показали высокую эффективность препарата. Несмотря на сохранение в полном объеме противовоспалительной терапии НПВП, ГКС и базисными препаратами практически у всех больных удалось достичь заживления эрозивно-язвенных повреждений слизистой ЖКТ. При этом у большинства пациентов в исключительно короткие сроки отмечено купирование гастралгий и диспепсических симптомов. Использование H<sub>2</sub>-гистамино-блокаторов при НПВП-индуцированных гастропатиях у детей несомненно является целесообразным. Опыт предыдущих исследований [10, 11] показал, что эти препараты обладают достаточной эффективностью у больных с НПВП-гастропатиями, особенно при локализации эрозивно-язвенных изменений в двенадцатиперстной кишке (в отличие от патологии, локализованной в желудке). Фамосан имеет удобную схему применения (1 раз в день), безопасен для детей и не вызывает серьезных побочных эффектов. Кроме того, фамосан обладает существенными преимуществами перед антацидами, назначение которых является наиболее распространенной лечебной тактикой практикующего врача. Помимо принципиально иного механизма действия, обуславливающего их низкую эффективность, антаци-

ды изменяют фармакодинамику НПВП и ГКС, затрудняют их всасывание в ЖКТ, неудобны в применении из-за необходимости многократного приема в определенное время дня, обладают рядом побочных действий. Следует также отметить, что ингибиторы протонной помпы и синтетические аналоги простагландинов, широко используемые для лечения НПВП-индуцированных гастропатий у взрослых, в период выполнения настоящего исследования не были рекомендованы для применения в педиатрической практике.

Таким образом, проведенное исследование позволило нам сформулировать следующие выводы:

- 1) Клинико-эндоскопическая картина гастродуоденитов выявляется у подавляющего большинства (70%) детей с РЗ, получающих терапию НПВП и ГКС, при этом преобладают поверхностные изменения (отек и гиперемия слизистой без нарушения ее целостности).
- 2) Эрозивно-язвенные поражения слизистой ЖКТ преимущественно в виде единичных эрозий, встречаются у 21% детей с РЗ и в отличие от взрослых локализуются преимущественно в двенадцатиперстной кишке.
- 3) Прием ГКС, также как и длительность медикаментозной терапии НПВП не способствует увеличению частоты и выраженности гастродуоденитов у детей с РЗ.
- 4) У детей с РЗ, получающих лечение НПВП и ГКС не выявляется корреляции между выраженностью субъективных и объективных симптомов гастродуоденитов.
- 5) Фамосан показал высокую эффективность в лечении гастродуоденитов у детей с РЗ. Преимуществами препарата являются: а) разрешение к применению в педиатрической практике и наличие лекарственной формы, предназначенной для детей (таблетки 20 мг); б) отличная переносимость; в) возможность однократного приема; г) доступная стоимость; д) возможность сочетания с НПВП и ГКС.

#### ЛИТЕРАТУРА.

1. Каратеев А.Е., Насонова В.А., Муравьев Ю.В. Оценка влияния ГКС и НПВП на слизистую ЖКТ у больных ревматическими заболеваниями. Тер. архив, 1999, 2, 34-39.
2. Шахбазян И.Е., Гаркуша М.Б., Склянская О.А., Али Н.Ю., Даурова Н.В., Чумакова А.М.,

- Секамова С.М., Жуховицкая В.Г., Уфимцева А.Г. Гастродуоденит *Сampylobacter pylori* у детей, больных ювенильным ревматоидным артритом. Ревматология, 1991, 3, 23-28.
3. Agrawal N.M. Epidemiology and prevention of non-steroidal anti-inflammatory drug effects in the gastrointestinal tract. *British. J. Rheumatol.*, 1995, 34, suppl., 1, 5-10.
  4. Dowd J.E., Cimaz R., Fink C.W. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastroduodenal injury in children. *Arthr. Rheum.*, 38/1995, 9, 1225-1231.
  5. Fries J. Non-steroidal anti-inflammatory drug safety: a view from the ARAMIS databank. *Curr. p. rheumat*, 1996, 9, suppl.1, 3-7.
  6. Furst D.E. Toxicity of antirheumatic medications in children with juvenile arthritis. *J. Rheumatol.* 1992, 19, suppl. 33, 11-15.
  7. Hawkey C.J. Non-steroidal anti-inflammatory drug gastropathy: causes and treatment. *Scand J. Gastroenterol Suppl.* 1996, 220, p.124-127.
  8. Hermaszewski R., Hayller J. Pediatric rheumatology: Original paper gastroduodenal damage due to non-steroidal anti-inflammatory drugs in children. *Br. J. Rheumatol.* 1993, 21/1, 69-72.
  9. Hollingworth P. The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in paediatric rheumatic diseases. *Br. J. Rheumatol.* 1993, 21/1, 73-77.
  10. Lancaster-Smith M.J., Jaderberg M.E., Jackson D.A. Ranitidine in the treatment of non-steroidal anti-inflammatory drug associated gastric and duodenal ulcers. *Gut*, 1991, 32, 252-255.
  11. Tildesley G., Ensanullah R.S.B. and Wood J.R. Ranitidine in the treatment of gastric and duodenal ulcers associated with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Br. J. Rheumatol.* 1993, 32/6, 474-478.

#### *Summary.*

*168 patients aged 4-15 years were endoscopically examined aiming at the study of prevalence and structure of NSAID - gastropathy in children with rheumatic diseases. Serious injury of mucous of upper gastrointestinal tract (erosions and ulcers) were found in 21% of children with prevalent localization in the region of the bulb of duodenum and in 50% of patients surface changes were revealed. In the group under study there were no reliable dependence between the degree of subjective and objective symptoms of NSAID - gastropathy and no associations of peculiarities of endoscopic changes with the character and duration of medicamentong therapy.*

*The experience of Famotidin using (Famosan, Pro.Med.CS. Praha c.s.) in 40 children with most pronounced manifestations of drug-induced gastroduodenopathies demonstrated its high efficacy, manifested in quick ceasing of complaints in all patients, healing of erosions and ulcers in great majority of patients with absence of side-effects.*