

- Опубликовано в:** Рефлексотерапия №3, 2005. с. 33-36.
- Автор(ы):** Перфильев Ю.И., Старовойтов Ю.Ю.
Ростовский Государственный Медицинский университет, кафедра детских болезней №4 Ростовский НИИ микробиологии и паразитологии
- Название статьи:** Новый подход к терапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у детей
- Ключевые слова:** СКЭНАР-терапия, гастродуоденальные заболевания, дети
- Аннотация:** В статье рассматривается возможность эффективного лечения гастродуоденальных заболеваний у детей с применением нового неинвазивного метода — СКЭНАР-терапии. Представлены результаты лечения 23 больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12 поперечной кишки. Показана высокая эффективность метода, проявляющаяся в быстром улучшении состояния больных, ускорении заживления эрозий и язв, по сравнению с детьми, получающими стандартную фармакотерапию. При использовании СКЭНАР-терапии отсутствовали побочные эффекты и нежелательные реакции, которые могут проявляться при использовании фармпрепаратов.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ

Современное течение эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны характеризуется возрастанием частоты заболеваний в детском возрасте, частоты рецидивов и осложнений.

Недостаточная эффективность лечения обострений и, особенно, противорецидивной терапии могут быть связаны с патогенетической гетерогенностью, недостаточным знанием механизма развития этих заболеваний [1]. Несмотря на то, что общепризнанной является точка зрения об этиологической роли хеликобактер пилори (Hр) в развитии язвенных процессов в желудке и 12 перстной кишке, в последние годы появляется всё больше доказательств того, что присутствие Hр не является достаточным условием для развития заболеваний, особенно у детей. Важными факторами является наличие клеточной гиперплазии, желудочной гиперсекреции, особенностей и нервной системы и психоэмоциональной сферы у детей.

Современные федеральные стандарты лечения этих заболеваний, уже исходя из своего названия, не могут учесть всех этих различий. Кроме того, имеющиеся в большинстве больниц лабораторные и инструментальные возможности не позволяют определить патогенетические особенности развития болезни у конкретного больного, что и приводит к формальному назначению лекарственных препаратов. И хотя задачей данной статьи не является анализ всех факторов, реализующих, в конечном счете, развитие заболеваний, все же следует отметить, что у детей практически во всех случаях отмечается наличие вегетососудистой дистонии различного характера. У большинства детей отмечалась ваготония с гиперсимпатикотонической активностью. Известно, что ваготония, как и симпатикотония, могут способствовать развитию эрозий и язв. Ваготония способствует желудочной гиперсекреции соляной кислоты и повышению активности факторов «агрессии», гиперсимпатикотония — нарушению кровообращения в стенке желудка и 12 перстной кишки и снижению активности факторов защиты.

Не подвергая сомнению положительные результаты современной многокомпонентной фармакотерапии гастродуоденальных заболеваний согласно федеральным стандартам,

следует отметить, что в ряде случаев возникают побочные эффекты лекарственных препаратов. Так, лечение одновременно двумя антибиотиками согласно протоколу, нередко провоцирует развитие дисбиотических нарушений в кишечнике, длительно не поддающихся коррекции. Назначение блокаторов гистаминовых H₂-рецепторов, даже III поколения (фамотидин и аналоги), т.е. наименее токсичных, должно проводиться с учетом функций почек и печени и может сопровождаться появлением нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея или запор, в отдельных случаях — развитие холестатической желтухи), ЦНС и сердечно-сосудистой систем. Вышеизложенное стимулирует поиск альтернативных методов лечения, направленных на коррекцию патологических изменений в организме посредством саморегуляции нарушенных функций. В настоящее время одним из лучших методов лечения, удовлетворяющих подобному требованию, является воздействие на организм с помощью аппарата СКЭНАР.

Пациент Б. 19 лет 12.03.03 г. (до лечения)

Д-з: Язвенная болезнь с локализацией

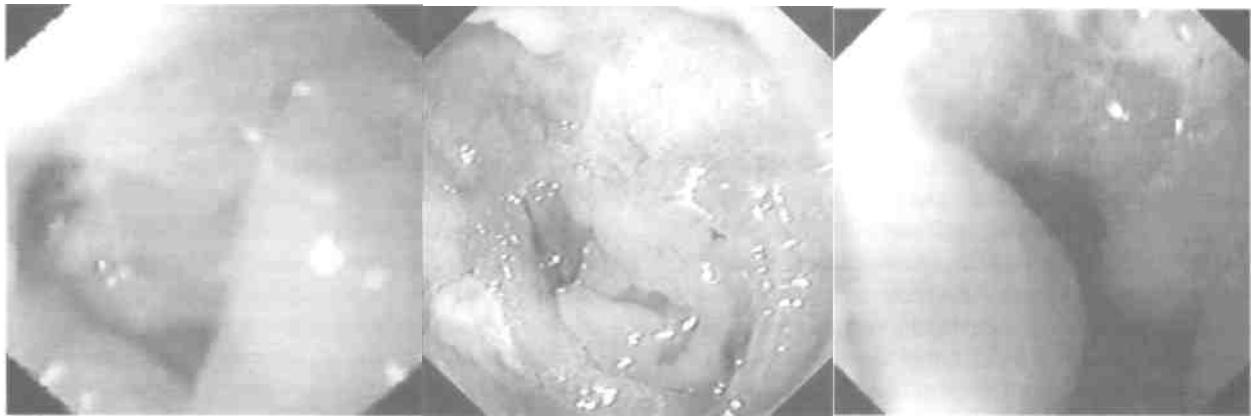
2 язв в луковице 12 перстной кишки,

впервые выявленная в фазе обострения.

Соп: хронический антральный эрозивный гастрит с повышенной кислотообразующей функцией в фазе обострения.

ГЭРБ. Недостаточность кардии. Пептический эзофагит В





Материалы и методы

Нами была поставлена задача оценить эффективность терапии эрозивно-язвенных поражений гастро-дуоденальной зоны аппаратом «СКЭНАР» у детей. Под нашим наблюдением находились 37 больных в возрасте от 6 до 15 лет (22 мальчика и 15 девочек). Длительность заболевания от 1 года до 9 лет. Дети находились на диспансерном учете в поликлинике, им проводилось противорецидивное лечение как амбулаторно, так и в стационаре. Все обследуемые поступали в гастроэнтерологическое отделение в период обострения. Каждому пациенту проводилась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

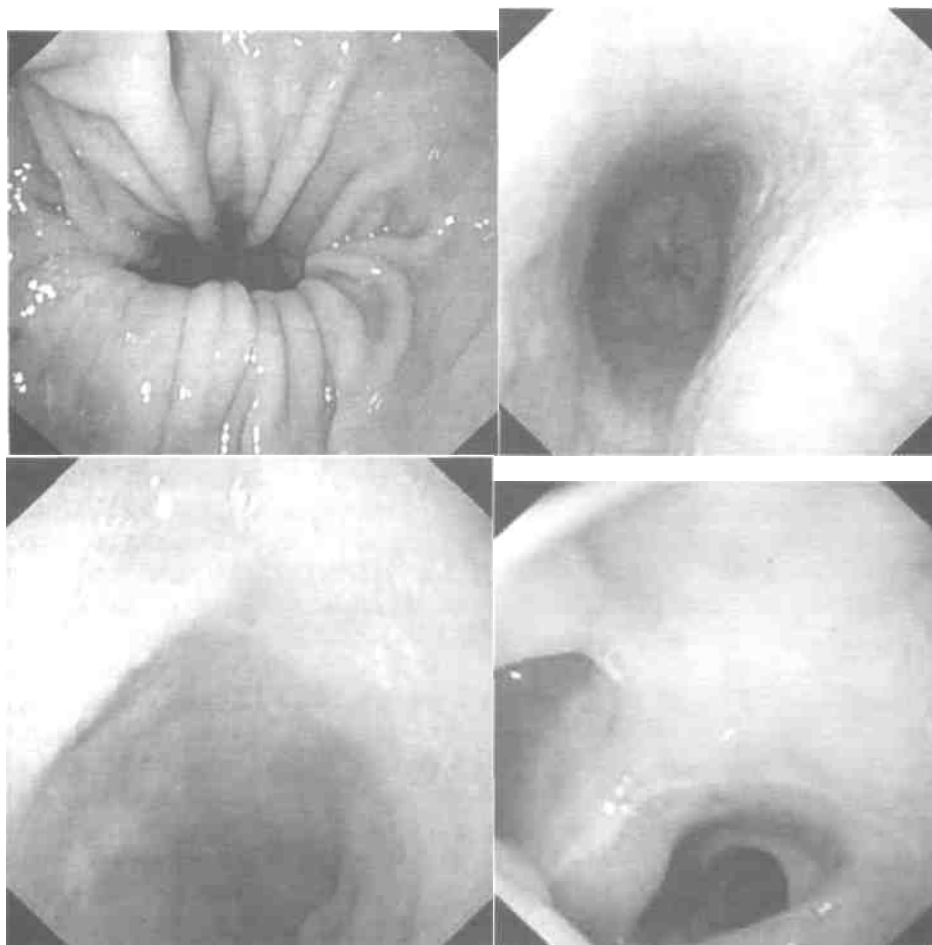
При поступлении отмечались жалобы на боли в животе, как локализованные (преимущественно в эпигастрии), так и распространенные. При пальпации максимум болезненности отмечался в пилорoduоденальной области (середина расстояния от пупка до мечевидного отростка). Боли при глубокой пальпации «под ложечкой» (верхняя треть расстояния от мечевидного отростка до пупка) были более свойственны эзофагиту. Последний подтверждался выявляемой при эндоскопии, недостаточностью кардиального сфинктера, способствующей гастроэзофагеальному рефлюксу. Обострение хронического гастрита у большинства детей сопровождалось симптомами «желудочной диспепсии, отражающей нарушение тонуса и моторики гастродуоденальной зоны. Это проявлялось периодической отрыжкой, чувством тошноты, изжогой.

При проведении ЭГДС типичными были следующие изменения: слизистая пищевода гиперемирована, отечна, кардиальная розетка смыкается не полностью. Слизистая свода и тела желудка гиперемирована, отечна. Складки тела желудка резко утолщены, с трудом расправляются воздухом. В желудке умеренное количество мутной жидкости с примесью желчи. Слизистая антрального отдела отечна. В препилорической области - множественные эрозии размером 0,2 - 0,4 см. У четырех больных были выявлены язвенные поражения 12-перстной кишки.

Все дети разделены на две группы методом случайной выборки. В первую группу вошли 23 больных (14 мальчиков и 9 девочек), которые получали СКЭНАР-терапию. Во вторую контрольную группу вошли 14 человек (8 мальчиков и 6 девочек) получавших комплексную фармакотерапию.

Сеансы СКЭНАР-терапии проводились ежедневно прибором СКЭНАР-97.5 (в настоящее время выпускается как СКЭНАР-1-НТ исполнение-2) в непрерывном и индивидуально-дозированном режимах. Курс лечения составлял 8-10 сеансов по 30-40 минут. Обработывались как общие зоны (шесть точек на лице, позвоночник, паравертебральные линии), так и вся поверхность передней брюшной стенки с поиском триггерной зоны. Из фармакологических средств дети получали только фамотидин в половинной возрастной дозе.

Тот же пациент после курса лечения 22.03.03 г.



Результаты исследования и обсуждение

У 7 больных уже после первого сеанса исчезли жалобы на болезненность в пилородуоденальной зоне. Боли при пальпации оставались, но были менее интенсивными. По мере проведения сеансов у всех больных отмечалось уменьшение выраженности вегетативных нарушений: прекратилась тошнота, значительно сократилось количество эпизодов изжоги. К 5-6 сеансу жалоб на боли в эпигастральной области не отмечалось ни у одного ребенка. Неприятные ощущения оставались лишь при глубокой пальпации этих зон. К концу курса лечения состояние всех больных было удовлетворительным, не отмечалось симптомов «желудочной диспепсии».

Всем больным после курса СКЭНАР-терапии (т. е., через 12-14 дней) проведена контрольная ЭГДС. Эрозивных изменений в слизистой желудка и 12-перстной кишки не было выявлено ни у одного ребенка, все эрозии эпителизовались. Уменьшались гиперемия и отечность слизистой. В ряде случаев оставались эндоскопические проявления рефлюксов в виде неполного смыкания кардиальной розетки и незначительного количества дуоденального содержимого в желудке. Но ни отрыжки, ни изжоги ни у кого не было. У больных с язвенным поражением 12-перстной кишки после 10 сеансов лечения эндоскопическая картина соответствовала стадии свежего рубца.

Следует отметить, что, независимо от возраста и степени выраженности патологического процесса, все дети сеансы СКЭНАР-терапии переносили хорошо. Не зафиксировано ни одного случая СКЭНАР-обострения.

В контрольной группе детей (14 человек), получавших комплексную фармакотерапию, субъективное улучшение состояния происходило примерно в те же сроки, однако при эндоскопии заживление язвенных дефектов происходило позднее. Так, островки

эпителизации язвы начинались на 3-й неделе лечения. Формирование язвы до стадии свежего рубца происходило к 6—7 неделе лечения, что соответствует общепринятым срокам.

В качестве иллюстрации эффективности моно СКЭНАР-терапии представляем эндоскопическую картину изменений слизистой желудка и 12-перстной кишки больного Бедненко И.А., находившегося на лечении в клинике гастроэнтерологии Ростовского государственного медицинского университета. Снимки сделаны до проведения курса СКЭНАР-терапии и непосредственно после его окончания (см. фото).

Выводы

Таким образом, использование новой неинвазивной технологии электроимпульсного воздействия на организм позволяет добиться в короткие сроки клинико-лабораторной ремиссии заболеваний без побочных эффектов и осложнений. Применение метода является альтернативой комплексному фармакологическому лечению эрозивно-язвенной патологии гастродуоденальной зоны у детей.

Литература

1. Таболин В.А. и соавт. Современные представления о патогенезе язвенной болезни 12-перстной кишки у детей. Российский гастроэнтерологический журнал. Москва, 1998, №4, с. 14-20.