

Опубликовано в: СКЭНАР-терапия, СКЭНАР-экспертиза: Сборник статей. Вып. 9-10. Таганрог: издательство «Познание», 2004, с.89-91

Автор(ы): Перфильев Ю.И., Старовойтов Ю.Ю.
г. Ростов-на-Дону

Название статьи: СКЭНАР-терапия эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки у детей

Ключевые слова: СКЭНАР-терапия, эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны

Аннотация: В данной статье проводится оценка эффективности терапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны аппаратом «СКЭНАР» у детей. Под наблюдением авторов находилось 20 больных, для которых указаны общие жалобы, схожие результаты первичного осмотра и типичные данные эзофагогастродуоденоскопии. Затем описывается методика использования СКЭНАРА для лечения и наблюдения о состоянии больных в его процессе. Контрольная ЭГДС ни у одного ребенка не выявила эрозивных изменений в слизистой желудка и 12-перстной кишки. Уменьшились гиперемия и отечность слизистой. Отмечается, что в контрольной группе, получавшей комплексную фармакотерапию, субъективное улучшение состояния происходило примерно в те же сроки, однако при эндоскопии заживление язвенных дефектов происходило позднее. Таким образом, использование новой неинвазивной технологии электроимпульсного воздействия на организм позволяет добиться в короткие сроки клинико-лабораторной ремиссии заболеваний без побочных эффектов и осложнений.

СКЭНАР-ТЕРАПИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Повышение эффективности лечения гастроэнтерологических заболеваний у детей является актуальной проблемой педиатрии. Несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии и патогенеза многих болезней желудочно-кишечного тракта, в частности, хронического гастрита и эрозивно-язвенных поражений желудка и 12-перстной кишки, отмечается рост этой патологии в детском возрасте. Так, по данным А. В. Мазурина [1] частота гастродуоденальной патологии в детском возрасте составляет 80–120%, увеличиваясь к подростковому периоду до 240%.

В настоящее время считается доказанной этиологическая роль *Helicobacter pylori* (Н.р.) в возникновении вышеуказанных заболеваний [2]. Это привело к обязательному назначению антибактериальной терапии (кларитромицин, амоксициллин, оксациллин), противопротозойного препарата трихопол, в сочетании с блокаторами желудочной секреции, антацидными препаратами и репарантами [3]. Подобная многокомпонентная фармакотерапия, несмотря на свою эффективность, нередко сопровождается появлением побочных эффектов и нежелательных реакций. Кроме того, к настоящему времени описано около 30 серотипов Н.р., имеющих различную чувствительность к антибактериальным препаратам и различные зоны преимущественного обитания. В самое последнее время появились данные, указывающие на этиологическую роль вируса Эпштейн-Барра в возникновении язвенных поражений желудка. К формулярному лечению добавляется необходимость назначения противовирусных препаратов. Учитывая распространенность гастроэнтерологических заболеваний, подобный подход к их лечению неминуемо приведет к усилению антибиотикорезистентности в популяции и снижению эффективности терапии.

Вышеизложенное обуславливает поиск альтернативных методов лечения, направленных, в частности, на коррекцию патологических изменений посредством

саморегуляции организмом нарушенных функций. Как известно, одним из таких методов лечения является СКЭНАР-терапия.

Нами была поставлена задача оценить эффективность терапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны аппаратом «СКЭНАР» у детей. Под нашим наблюдением находилось 20 больных в возрасте от 6 до 15 лет (11 мальчиков и 9 девочек). Длительность заболевания от 1 года до 9 лет. Дети находились на диспансерном учете в поликлинике, им проводилось противорецидивное лечение, как амбулаторно, так и, при необходимости, 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 пилородуоденальной 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 гастроэзофагальному рефлюксу. Обострение хронического гастрита у большинства детей сопровождалось симптомами «желудочной диспепсии», отражающей нарушение тонуса и моторики гастродуоденальной зоны.

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.

Сеансы СКЭНАР-терапии проводились ежедневно прибором СКЭНАР-97.5 в непрерывном и индивидуально-дозированном режиме. Курс лечения составлял 8-10 сеансов по 30-40 минут. Обрабатывались как общие зоны (шесть точек на лице, позвоночник, паравerteбральные линии), так и вся поверхность передней брюшной стенки с поиском триггерной зоны. Из фармакологических средств дети получали только фамотидин в половинной возрастной дозе. 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 эпигастриальной 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 эпителизировались. Уменьшились гиперемия, 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.

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. Мазурин А. В. Российский педиатрический журнал, № 4, М., 1998, стр. 48-53
2. Аруин Л. И., Григорьев П.Ф., Исаков В.А., Яковенко Э. П. Хронический гастрит - Амстердам, 1993 г.
3. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). М. Изд-во ГЭОТАР Медицина, 2000. стр. 15-16.