

Физиопунктура и ее эффективность при лечении детей с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Альтман Н.С. – к.м.н., доцент кафедры нервных болезней с курсом рефлексотерапии ГОУ ВПО «Уральская медицинская академия» Росздрава, г. Екатеринбург
Чередниченко А.М. – д.м.н. профессор кафедры педиатрии ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральская медицинская академия» Росздрава, г. Екатеринбург
Малямова Л.Н. – д.м.н., главный педиатр Министерства Здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург

Physiopuncture and its efficacy in the treatment of children with Erosive ulcer damage of the upper gastro intestinal chambers

Altman N.S., Cherednichenko A.M., Malyamova L.N.

Резюме

Цель: показать эффективность применения физиопунктуры у больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материалы и методы: обследовано 198 больных в возрасте от 7 до 10 (15,6%) и от 11 до 15 лет (78,9%) с диагнозом хронический эрозивный гастродуоденит ХЭГ (128 детей) и язвенная болезнь ЯБ (70 больных). Проводили ЭГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка и определяли *H. Pylori* гистобактериоскопическим методом Гимзы, назначали внутрижелудочную рН-метрию аппаратом РЭГ, Гастроскан – 24, проводили УЗИ органов пищеварения. Анализировали электрокожное сопротивление (ЭКС) в биологически активных точках (БАТ) меридианов: желудка (Е-36); перикарда (МС-6); тройного обогревателя (Тр-5); передне срединного меридиана (ВС-12). Изучали анамнез жизни и болезни у обследуемых детей и установили не эффективность ранее проводимой терапии. Анализом ЭКС в биологически активных точках заинтересованных меридианов установили, что у больных ХЭГ и ЯБ большинство БАТ (98,4% и 100% соответственно) были не готовы к проведению КВЧ – терапии и требовали приведения их к нормальным значениям на аппарате СКЭНАР. Всем больным назначали эрадикационную триплекс или квадротерапию в соответствии с данными внутрижелудочной рН-метрии и КВЧ – терапию после выравнивания ЭКС в биологически активных точках. Через 6-8 недель все больные были выписаны в состоянии клинико-эндоскопической ремиссии и нормальными показателями рН-метрии. Результаты: повторный осмотр провели через 1-1,5 года 95 больным с ХЭГ и 45 детям с ЯБ. Зарегистрирована клинико-эндоскопическая ремиссия, отсутствие *H. Pylori* и нормальные показатели рН-метрии. У детей с ХЭГ и ЯБ большинство БАТ (96,0% и 93,3% соответственно) имели нормальные показатели ЭКС. У детей с морфологическими признаками поверхностного гастрита назначали КВЧ-терапию в виде монотерапии. Заключение: назначение КВЧ-терапии больным ХЭГ и ЯБ позволяет уменьшить лекарственную нагрузку на этапах реабилитации.

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, физиопунктура.

Summary

The objective of the research is to show the efficacy of physiopuncture applied in patients with erosive ulcer damage of the upper gastro intestinal chambers. Materials and Methods: 198 patients at the age of from 7 to 10 (15,6%) and from 11 to 15 years old (78,9%) with the diagnosis of chronic gastroduodenitis CEG (128 children) and the diagnosis of ulcer UD (70 patients). The gastroduodenoscopy was conducted with the biopsy of mucosa coating of antral stomach chamber. The *H. Pylori* was assessed with the help of hystobacterioscopic method of gimza; intraventricular ph measurements using REG were administered. Gastroskan-24 and Ultra Sound Examination of digestive organs were used. The electro skin resistance in the biologically active points of meridians was analyzed: stomach (e-36), pericardium (MC-6), triple (Tr-5), frontal medium (VS-12). Case histories and family histories of children were studied and non effectiveness of previous therapy was established. With the help of the analysis of electro skin resistance in the biologically active points of meridians it was established that in patients with CEG and UD the majority of BAP (98,4% and 100% respectively) was not ready for the short wave frequency (SWF) therapy and required their adjusting to the normal levels on the SCANNER. All the patients were administered the eradivative triplex and quadric therapy in accordance with intra atrium ph measurements and the following SWF therapy after the electro skin resistance were leveled

in the active points. In 6-8 weeks all the patients were discharged from the hospital with the condition of clinical endoscopic remission and normal pH ratio. The secondary examination was conducted in 95 children with CEG and 45 patients with UD in the 1-1.5 year period of time. The clinical endoscopic remission, normal ration of PH and H. Pylori absence were registered. In children with CEG and UD the majority of BAP had normal indexes of electro skin resistance. Children with morphological features of superficial gastritis were given SWF therapy as a mono therapy. The following conclusion was made: it's reasonable to administer SWF therapy during the rehabilitation of patients that will allow reducing the drug load in the long term patients with CEG and UD.

Key words: children, chronic gastroduodenitis, ulcer disease, physiopuncture.

Введение

В структуре общей заболеваемости детей болезни органов пищеварения занимают одно из лидирующих мест. В то же время среди хронических заболеваний органов пищеварения преобладают заболевания гастродуоденальной локализации – хронический гастрит (гастродуоденит) без эрозий и с эрозиями, язвенная болезнь, выявляемость которых увеличилась за последние 5 лет на 48,2% и составила по итогам 2005-2009 гг. в г. Екатеринбурге с 8,5% и 12,6% соответственно [2,5].

Медико-социальное значение указанной патологии определяется не только значительным распространением в наиболее ответственные периоды роста и развития ребенка, каким является школьный возраст, но и хроническим рецидивирующим течением, формированием осложненных форм заболевания, в ряде случаев приводящих к инвалидизации.

Необходимость длительного дорогостоящего медикаментозного лечения, повторное пребывание в стационаре в периоде обострения болезни, пропуски школьных занятий, необходимость применения ограничительных лечебных диет приводит к социальной дезадаптации и ограничивает выбор профессии [6].

В связи с указанным, актуальным является внедрение в педиатрическую практику немедикаментозных методов лечения и реабилитации детей, которые бы позволили изменить лекарственную нагрузку на ребенка и обеспечить длительную клинико-эндоскопическую ремиссию. Стремление избежать нежелательных побочных эффектов, повысить направленность и специфичность воздействия – важный мотив для применения физиопунктуры, к числу которых относят КВЧ-терапию.

КВЧ-терапия уменьшает длительность абдоминальной боли, устраняет клинические проявления астено-невротического синдрома, проявляющегося чувством слабости и недомогания, лабильностью психоэмоционального тонуса и нарушением сна [1].

Цель работы: оценить эффективность применения физиопунктуры у больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы

Наблюдали 198 больных, среди которых детей в возрасте от 7 до 10 лет было 15,6%, от 11 до 15 лет 78,9%, т.е. преобладали дети подросткового возраста. Почти все наблюдаемые больные имели давность заболевания от одного года до 3 лет и от 3 до 5 лет.

В специализированное отделение городской детской многопрофильной больницы № 9 дети были направлены педиатрами-гастроэнтерологами консультативной поликлиники этой же больницы с диагнозом хронический эрозивный гастродуоденит (128 детей) и язвенная болезнь (70 детей), ассоциированных H. pylori в связи с рецидивирующим течением болезни и безуспешностью ранее проводимой терапии.

Учитывая неблагоприятное течение хронического эрозивного гастродуоденита и язвенной болезни с 2007 г. в г. Екатеринбурге действует приказ городского управления здравоохранения, согласно которого все дети с названной патологией госпитализируются и получают лечение только в специализированном отделении с последующим переводом их на диспансерный контроль в консультативную поликлинику, где работает консультант-физиотерапевт.

Проводили ЭГДС с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка и гистологическое исследование препаратов слизистой оболочки. Применяли гистобактериоскопический метод Гимзы определения H. Pylori. Наряду с гастроскопией, использовали реогастрографию (аппарат РЭГ) с оценкой функциональной активности фундального и антрального отделов желудка, позволяющую изучить внутрижелудочную pH-метрию, и обследование на аппарате «Гастроскан-24», дающее информацию не только о внутрижелудочной pH-метрии, но и о количестве ГЭР (гастроэзофагальных рефлюксов) за сутки. Назначали УЗИ органов пищеварения, биохимический анализ крови и копрологический анализ.

В соответствии с результатами обследования всем больным была назначена эрадикационная и симптоматическая терапия.

По результатам внутрижелудочной pH-метрии у 58,5% больных хроническим гастродуоденитом и 56,9% детей с язвенной болезнью кислотность желудочного сока была нормальной или умеренно повышенной. Они получали триплекс терапию препаратами висмута (де-нол), антибиотик (амоксциллин или кларитромицин) и нифурангель (макмирор). В ряде случаев вместо кларитромицина назначали ромацилин.

У больных со значительно повышенным и очень

Ответственный за ведение переписки -

Альтман Н. С.,

Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной дом 326

р.т. 323-06-28, д.т. 216-84-09,

e-mail: altman-nikita@mail.ru

высокой кислотностью желудочного сока (25,5% больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и 35,5% детей с язвенной болезнью) назначали квадротерапию с ингибиторами H⁺, K⁺ АТФазы (ингибиторы протонной помпы) - омепразол и препараты этой группы [3,7].

Все больные получали физиопунктуру – биорезонансную (БРТ) и мультирезонансную (МРТ) терапию.

Биорезонансная терапия (БРТ) - метод лечения собственными электромагнитными колебаниями больных или их имитирующими. К последним относят СКЭНАР – терапию (самоконтролируемая энерго – нейрорадаптивная регуляция). Применяя этот метод, представляется возможным восстановить нормальную электропроводность в определенных участках тела, называемых биологически активными точками (БАТ). Для этой цели использовали аппарат «Скэнар-97».

Мультирезонансная терапия (МРТ) – это терапия внешними сигналами окружающей среды, с которыми организм человека и отдельные его органы и системы входят в резонанс. Среди них можно выделить КВЧ-терапию. Благодаря синхронизирующему воздействию, восстанавливает нормальные по спектру и мощности колебания, свойственные здоровому организму.

Процедуры проводили в три этапа. На первом этапе анализировали электрокожное сопротивление (ЭКС) в биологически активных точках (БАТ) заинтересованных меридианов (рис. 1).

На 2 этапе готовили к процедуре КВЧ терапии биологически активные точки названных меридианов.

Если при измерении электрокожного сопротивления в биологически активных точках (БАТ) на аппарате «Скэнар-97» в режиме диагностики ЭКС было повышенным, а проведение тока минимальным, такое состояние точки называли «закрытой» (точка изолятор). Если электрокожное сопротивление было, напротив, минимальным, а проведение тока максимальным, такое состояние точки называли «открытой» (точка проводник). Среднее значение электрокожного сопротивления между состоянием точек «проводников» и «изолятора» называли точкой «полупроводником» (условно открытой).

3 этап – КВЧ терапии подвергались биологически активные точки с нормальным ЭКС (открытые). В одну процедуру КВЧ-терапии мы брали не более 4 точек акупунктуры. Общее время процедуры не превышало 30 минут. Количество ежедневных процедур на курсе лечения составляло 8-12.

Статистический анализ показателей проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 for Windows. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$ и определяли с помощью параметрических и непараметрических методов статистики.

Результаты и обсуждение

При анализе анамнестических данных было установлено, что наблюдаемые дети имели значительно отягощенный преморбидный фон (98,6%).

У детей с ХЭГ и ЯБ наибольший вклад в развитие

заболевания вносили такие факторы, как неблагоприятное течение родов (42,9%), родовая травма (52,3%) и перинатальное повреждение нервной системы (66,4%) с развитием функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (19,6%), позднее прикладывание к груди и ранний перевод на искусственное вскармливание (44,6%), повторные респираторные заболевания на первом году жизни (60,9%) и связанные с этим частые приемы жаропонижающих и антибактериальных средств.

После года в формирование этого заболевания существенный вклад вносили такие факторы, как часто перенесенные ОРВИ (71,8%), аденоидит (22,6%), кариес (77,3%), энтеробиоз (63,2%), лямблиоз (72,6%) и сочетанная глистно-паразитарная инвазия (59,3%), частый прием антибиотиков (71,0%), а также указание на хронический алкоголизм в семье (47,6%) и наказание ребенка (69,5%).

Относительный риск развития заболевания увеличивался при наличии в анамнезе отягощенной наследственности по хроническим заболеваниям гастродуоденальной области (57,8%), гестоза во время беременности (53,9%), приема антибиотиков в периоде новорожденности (14,8%), анемии на первом году жизни (60,9%), указаний на перенесенные кишечные и пищевые токсикоинфекции [1,4,5].

Существенный вклад в развитие заболевания вносило воспитание ребенка по типу «повышенной» моральной ответственности и обучение в специализированной школе. Наличие указанных факторов, подростковый воз-

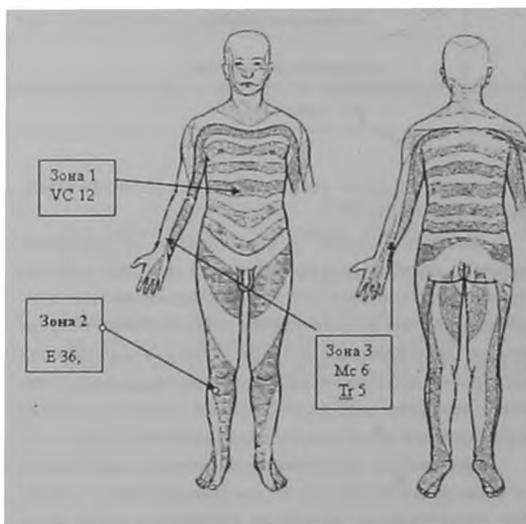


Рис. 1. Зоны воздействия СКЭНАР-97 и КВЧ

Примечание: Зона 1 – VC-12 – переднее срединного меридиана регулирует секреторную и двигательную активность желудка. Зона 2 – E-36 – меридиана желудка отвечает за состояние слизистой оболочки желудка. Зона 3 – MC-6 и Tr-5 – меридиана перикарда и тройного обогревателя регулируют парасимпатический и симпатический отдел вегетативной нервной системы соответственно.

Таблица 1. Частота и характер изменения показателей ЭКС в БАТ заинтересованных меридианов у больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта в периоде обострения.

Показатель ЭКС в БАТ аппаратом СКЭНАР-97	Наблюдаемые дети, n=198 (БАТ-1386)				Показатель достоверности различий, p
	ЭГД, n=128 (БАТ - 896)		ЯБ, n=70 (БАТ - 490)		
	абс.	%	абс.	%	
Проводник (открытая) (18-22уе)	14	1,6	-	-	-
Полупроводник (условно открытая) (22-36)	457	51,0	263	53,6	P>0,05
Изолятор (закрытая) (45<>12)	425	47,4	227	46,3	P>0,05

Таблица 2. Частота и характер изменения показателей ЭКС в БАТ заинтересованных меридианов у больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта в периоде клинико-эндоскопической ремиссии.

Показатель ЭКС в БАТ Аппаратом СКЭНАР-97	Наблюдаемые дети, n=140 (БАТ-980)				Показатель достоверности различий, p
	ЭГД, n=95 (БАТ - 665)		ЯБ, n=45 (БАТ - 315)		
	абс.	%	абс.	%	
Проводник (открытая) (18-22уе)	638	96,0	294	93,3	P>0,05
Полупроводник (условно открытая) (22-36)	27	4,0	21	6,7	P>0,05
Изолятор (закрытая) (45<>12)	-	-	-	-	-

раст и мужской пол – увеличивало риск развития язвенной болезни (ЯБ).

Давность болезни у большинства наблюдаемых больных колебалась в пределах от 3 до 5 лет и более. Причиной госпитализации в стационар являлись незатихающая болевая абдоминальная симптоматика, некупируемые диетотерапией и применением лекарственных препаратов диспепсические расстройства в виде тошноты, периодической рвоты, изжоги, отрыжки кислым (симптомы ацидоза), нарушения аппетита и стула.

При анализе абдоминальной болевой симптоматики было установлено, что основными жалобами у больных хроническими эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью были боли наташакового характера либо ранние, сразу после еды, либо поздние через 1,5 – 2 часа после приема пищи (92% и 91,3% соответственно). Боли локализовались в эпигастриальной области либо области пупка (82% и 72,8% соответственно). Во многих наблюдениях для купирования боли были использованы препараты – спазмолитики наряду с абдоминальной болью были выявлены симптомы желудочной диспепсии в виде отрыжки кислым либо воздухом, изжоги, периодически

возникающей тошнотой, неустойчивого стула. При осмотре больных обращало на себя внимание болезненность при пальпации эпигастриальной области (симптом Менделя) и в пилородуоденальной зоне (91,4% и 95,1% соответственно).

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных хроническим эрозивным гастродуоденитом были найдены единичные (64,1%) или множественные (35,9%) эрозии в антральном отделе (21,9%), антральном отделе и теле желудка (30,4%), антральном отделе и двенадцатиперстной кишке (11,9%) либо только в двенадцатиперстной кишке. У больных язвенной болезнью был найден язвенный дефект в двенадцатиперстной кишке (92,9%) либо двойная локализация язвы – желудок и двенадцатиперстной кишке (7,1%).

Наряду с изучением клинической картины были проанализированы показатели ЭКС в БАТ заинтересованных меридианов (1386 БАТ).

У больных хроническим эрозивным гастродуоденитом из числа проанализированных БАТ (896) только в некоторых из них (14 - 1,6%) показатели ЭКС были нор-

мальными (открытая БАТ) и можно было назначать КВЧ – терапию. Большинство биологически активных точек (882-98,4°) были не готовы к проведению КВЧ-терапии в связи с повышенным ЭКС и минимальным проведением тока (полупроводник или изолятор) и требовали выравнивания, т.е. приведения к нормальным значениям.

У больных язвенной болезнью были проанализированы ЭКС в 490 биологически активных точках и ни в одном наблюдении нельзя было назначать КВЧ терапию без предварительной нормализации ЭКС (табл.1).

Результаты клинико – инструментального обследования мы проанализировали через 6-8 недель после выписки из стационара. Все больные были выписаны в состоянии клинико-эндоскопической ремиссии, что подтверждалось отсутствием эрозий и заживлением язвенного дефекта, отсутствием колонизации *H. Pylori*. Показатели внутрижелудочной рН-метрии указывали на нормальную кислотность желудочного сока, на аппарате «Гастроскан-24» были зарегистрированы единичные гастро-эзофагеальные рефлюксы.

На контрольный осмотр через 1-1,5 года после пребывания в стационаре пришли 95 больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и 45 детей с язвенной болезнью. У всех больных сохранялась клинико-эндоскопическая ремиссия хронического эрозивного гастродуоденита и язвенной болезни, отсутствие *H. Pylori* по данным ХЕЛИК-ТЕСТА. Были отмечены морфологические признаки поверхностного гастрита при нормальных показателях, желудочной рН-метрии. У детей, лечившихся по поводу хронического эрозивного гастродуоденита, было повторно проанализированы ЭКС в 665 био-

логически активных точках заинтересованных меридианов. Большинство БАТ (96%) имели нормальную электрическую проводимость (ЭКС), у 4% детей отмечены условно открытые (полупроводник).

У детей, лечившихся по поводу язвенной болезни, проанализированы ЭКС в 315 биологически активных точках. Большинство БАТ (93,3%) оказались «открытыми», в ряде наблюдений (6,7%) БАТ были условно открытыми (табл. 2).

Больным хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью в периоде клинико – эндоскопической ремиссии, но с морфологическими признаками поверхностного гастрита и дуоденита и «условно» открытыми БАТ мы назначали КВЧ-терапию в виде монотерапии.

Заключение

У больных с хронической гастродуоденальной патологией (ХЭГ и ЯБ) применение СКЭНАР и КВЧ-терапии в сочетании с эрадикационной терапией весьма перспективно. Они позволяют получить клинически выраженные положительные результаты лечения, подтвердить их данными рН-метрии и результатами эндоскопического исследования не только после выписки из стационара, но и в отдаленные сроки наблюдения на этапах реабилитации. Указанные методы лечения особенно привлекательны в амбулаторно-поликлинических условиях и в дневных стационарах, не требуют пребывания больных в круглосуточном стационаре, не нарушают привычного стереотипа общения детей с родителями и позволяют избежать лекарственной нагрузки. ■

Литература:

1. Альтман Н.С., Чередищченко А.М., Гул ев В.Ю., Корнюхин А.И. «РФос-диагностика эрозивно- язвенного поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у детей и оптимизация методов лечения . Пособие для врачей Екатеринбург, 2006, 34с
2. Баранов К.Н., Перхов В.И., Балувев Е.Е., Российский педиатрический журнал-2010.- №1 – С. 7-12
3. Булатов В.П., Камалова А.А., Удачина Э.И., Российский педиатрический журнал.-2009.-№6 – С. 32-34.
4. Детска гастроэнтерологи . Избранные главы под ред. Баранова А.А., Климанска Е.В.,Римарчук Г.В. С. 209-252.
5. Мал мова Л.Н. Бюллетень сибирской медицины, - 2005. – приложение №2- с 104-105
6. Чередищченко А.М., Савинова Т.Л., Мал мова Л.Н. Обща врачебна практика – 2004. - №2 С.18-22
7. Чередищченко А.М., Мал мова Л.Н., Вопросы детской диетологии, - 2007.- т.5, №1.- С. 50.