

Альтман Н.С.

Физиопунктура как немедикаментозный метод гармонизации вегетативной нервной системы у детей при хронических заболеваниях гастродуоденальной локализации

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Altman N. S.

Fiziopunktura as a non-drug method of harmonization of VNS at children with chronic diseases of gastroduodenal localization

Резюме

Хроническое заболевание гастродуоденальной локализации является весьма распространенным, сопровождается частым рецидивированием и недостаточной эффективностью проводимой терапии. Актуальность проблемы в значительной степени определяется сложностью сочетания факторов, способствующих формированию заболевания. Причины, приводящие к развитию хронического эрозивного гастродуоденита (ХЭГ) и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) у детей, остаются недостаточно изученными, а опубликованные в литературе данные о роли отдельных предикторов противоречивы. Проведенные исследования позволили обосновать собственную концепцию этиопатогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, основанную на совокупном действии определяющих, предрасполагающих и усугубляющих факторов. Разработанная модель формирования эрозивно – язвенного поражения верхних отделов ЖКТ послужила обоснованием для внедрения эффективного метода лечения - физиопунктуры.

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, язва двенадцатиперстной кишки, физиопунктура

Summary

The chronic disease of gastroduodenal localization is very widespread, is accompanied by a frequent retsidivirovaniye and insufficient efficiency of carried-out therapy. The reasons leading to development of the chronic erosive gastroduodenita (CEG) and stomach ulcer of a duodenal gut (YaBDPK) at children, remain insufficiently studied, and the data published in literature on a role of separate predictors are inconsistent. In the real research the analysis of the antenatalny and perinatal periods of life at observed patients (487 children) is carried out. The received data allowed to prove own concept этиопатогенеза stomach ulcer of a stomach and a duodenal gut at children from which follows that increase of sensitivity of a children's organism to the various etiologicheskы reasons requires cumulative action of defining, contributing and aggravating factors. They cause decrease in adaptation potential, failure of the self-regulating mechanisms providing automatism of functioning of bodies. The developed model of formation erozivno – ulcer defeat of the top departments of ZhKT allowed to introduce highly effective method fiziopunktura

Key words: children, chronic gastroduodenitis, ulcer of a duodenal gut, fiziopunktura

Введение

За время изучения хронических заболеваний гастродуоденальной локализации и язвенной болезни было предложено немало доктрин её возникновения. Представления об этиопатогенезе менялись в зависимости от господствовавших в определенные периоды времени взглядов, предлагаемых ряд теорий (механических, кислотно-септических, сосудистых, воспалительных, нейрогенных, атеросклеротических, кортико-висцеральных и др.). В настоящее время больше

внимания уделяется процессу нарушения кислотообразования и защиты слизистой оболочки желудка на клеточном уровне. Однако до сих пор остается недостаточно изученным вопрос о происхождении язвенной болезни, обрабатываются подходы, тактика ведения больных с эрозивно – язвенным поражением верхних отделов ЖКТ.

Современная медикаментозная терапия способна снизить желудочную секрецию до безопасного уровня, в плане развития рецидива язвенного процесса, с одномоментной санацией слизистой оболочки гастродуоде-

нальной зоны (Алексеев С. А. и соавт., 2001). В связи с этим встает вопрос: почему даже относительно успешное терапевтическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), являющееся регулярным, не может предотвратить рецидивирования и развития её осложнений?

Как известно, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и ЯБДПК – это хронические полиэтиологические заболевания, в механизме возникновения которых лежат сложные трансформации нервных, гипоталамо-гипофизарных, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых и местных гастродуоденальных процессов, приводящих к изменению трофики в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. В свою очередь, начинающийся язвенный дефект представляет собой источник раздражения интерорецепторов, поддерживающий нарушения нейроморфологической регуляции. Таким образом, возникающие «порочный круг» обуславливает хроническое течение язвенной болезни [3, 5].

По мнению Ю.В. Васильева [2001, 2002], причина кроется в генетической предрасположенности, нарушении равновесия между факторами агрессии и защиты, а также инфицировании *Helicobacter pylori* (*H.b.pylori*). Эти три основных фактора, в настоящее время, рассматриваются в качестве основы появления и рецидивирования ЯБДПК (ЯБЖ). Сам по себе отдельный фактор риска не приводит к развитию заболевания. Тот или иной комплекс факторов риска, в одних случаях, может инициировать, в других случаях, не способствовать к возникновению или рецидиву ЯБДПК, ЯБЖ [6,7].

Значение *H.b.pylori* в патогенезе эрозивного и язвенного поражения двенадцатиперстной кишки (В. Marshall, 1988; С. Mc. Gowan и со-авт., 1996) не является однозначным. По данным многих исследователей, у большинства людей отмечается обсеменение *H.b.pylori* слизистой оболочки желудка, однако, вероятность возникновения ЯБДПК (ЯБЖ) или рака желудка возможна лишь в 10-15% случаев [3,6].

Одно из представлений в патофизиологии об альтрации слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки сложилось на основе учения о роли нервной системы в регулировании метаболических и трофических процессов, обеспечивающих структурную целостность и физиологическое (функциональное) состояние клетки, ткани и органа [3,4]. В формировании такого взгляда основную роль сыграла концепция И.П. Павлова «о трофической функции нервной системы», учение Л.А. Орбели «об адаптационно-трофической роли симпатической нервной системы» [4].

По мнению ряда ученых [1,2], в патогенезе ЯБ всегда имеет место вегетативная дистония с повышением тонуса парасимпатического отдела нервной системы. В механизмах развития язвенной болезни значение имеет не только повышение тонуса парасимпатического нерва, но и снижение тонуса симпатических нервов, что может вызывать гиперплазию желудочных желез с гиперсекрецией и одновременным нарушением трофики функционирующей слизистой оболочки желудка [7].

Есть основание полагать, что формирование патологического процесса отражает общебиологические закономерности развития, которые характеризуются вначале процессами адаптации и компенсации, затем – дезорганизации регуляции, относительной стабилизацией на количественно более низком уровне при ограничении резервов и, наконец, грубыми морфологическими изменениями и резким угнетением функции органа [Игнатова М.С. 2010; Ehrich J., 2010].

Материалы и методы

Для более полного понимания причин возникновения хронического эрозивного гастрита и гастродуоденита (ХЭГ), ЯБДПК, нами проведено исследование и анализ результатов динамического наблюдения за 487 детьми. Дети распределены на 3 группы – основную (287 больных), сравнения (77 пациентов), контрольную (123 ребенка). Наблюдаемые в контрольной группе не состояли на диспансерном учете у гастроэнтеролога и не имели указанной патологии. Исключены из исследования: дети с поверхностным гастритом (гастродуоденитом), нормальной слизистой оболочкой желудка и двенадцатиперстной кишки. В возрастной структуре язвенной болезни дошкольники составили 7%, дети 7-10 лет – 37% и 11-17 лет – 56%. Установлено многократное преобладание больных в возрасте от 10 до 15 лет (75,8%), как среди пациентов хроническим эрозивным гастритом, так и среди детей с язвенной болезнью (84,3%). Для каждого пациента основной группы подбиралась пара в группу сравнения – больной, сопоставимый по полу, возрасту, длительности и тяжести ЭГД и ЯБДПК.

Клиническое обследование больных, поступающих в стационар, начинали с детализации жалоб и данных анамнеза, используя историю развития ребенка (учетная форма 112) и сведения, полученные при опросе родителей. Разработанная карта содержала 300 вопросов, 156 из которых относились к анамнестическим данным. Было назначено стандартное одномоментное обследование, составными частями которого стали: эзофагогастродуоденоскопия (эгдс) с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка, анализ желудочного сока, УЗИ органов пищеварения, общеклиническое, гистологическое обследование, кардиоинтервалография.

Результаты и обсуждение

Проведенное эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка позволило установить характер эрозивного и язвенного повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Гистологическими исследованиями биопсийного материала подтверждена высокая степень воспаления слизистой оболочки антрального отдела желудка, как у больных ХЭГ (III-ст. воспаления в 62,5%; II-ст. воспаления у 37,5%), так у детей с ЯБДК (III-ст. воспаления в 58,6%; II-ст. воспаления у 41,4%). По результатам вну-

трижелудочной рН-метрии у 58,5% больных хроническим гастродуоденитом и 56,9% детей с язвенной болезнью кислотность желудочного сока была нормальной или умеренно повышенной.

При исследовании вегетативного статуса было установлено, что у всех больных с эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью методом регистрировалась дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС). Этот факт нами рассматривается как один из ведущих патогенетических факторов неинфекционных желудочно-кишечных заболеваний, поскольку заболевания возникают в результате истощения защитных адаптационных резервов.

Симпатикотонический исходный вегетативный тонус (ИВТ) в 2 раза чаще регистрировался у больных хроническим эрозивным гастритом (Рис. 1). Эйтония выявлена лишь у части больных (20,7%); $p < 0,05$ с хроническим эрозивным гастритом. Ваготонический ИВТ имел другие соотношения у детей с язвенной болезнью; эйтонический, ваготонический и симпатикотонический ИВТ отмечены в равных пропорциях у больных ЯБ.

Очевидным механизмом формирования гастродуоденальной патологии, по нашему мнению, является превалирование симпатического влияния, приводящее к нарушению секретно-моторной функции желудка. Нарушение трофики слизистой оболочки желудка объясняется снижением активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы.

Представленные показатели вегетативной реактивности у наблюдаемых детей демонстрируют статистически значимое напряжение компенсаторных возможностей. Гиперсимпатикотония при ХЭГ возникает как один из компенсационных механизмов организма, а их снижение при ЯБ, как результат его истощения.

Длительное напряжение вегетативного тонуса сказывалось и на мембраностабилизирующих процессах. Установлено, что содержание МДА и R-белков повышается в период обострения у большинства наблюдаемых больных (83,0% и 60,4% соответственно); $p < 0,05$.

При сопоставлении показателей ПОЛ в период обострения, у больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью мы отметили избыточное содержание R-белков (83,3% и 70,0% соответственно) в обеих группах больных. Почти у всех больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью были найдены низкие показатели АОА (74,2% и 87,5% соответственно), избыточное содержание СОД эритроцитов (74,2% и 65% соответственно).

Таким образом, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (хронический эрозивный гастродуоденит и язвенная болезнь) сопровождаются мембрано-дестабилизирующими процессами, характерным признаком которых является накопление отдельных продуктов ПОЛ, в частности, R-белков и нарушения антиоксидентной системы в виде значительного, почти в 2 раза, снижения активности АОА и существенного повышения СОД эритроцитов.

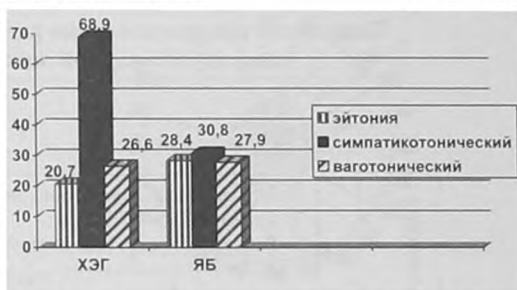


Рис. 1. Исходный вегетативный тонус у наблюдаемых детей при ХЭГ и ЯБ

Концентрация мембранных рецепторов (R-белков) рассматривается как наиболее чувствительный признак нарушения биологического равновесия клеток и тканей организма и выступает в качестве универсального эндогенного медиатора патологического процесса. Очевидно, можно предположить, что их количество значительно увеличивается именно при острых воспалительных процессах.

Учитывая значимость R-белков, как показателей катаболического расщепления клеточных мембран, не исключается, что их повышение отражает изменение электрокожного сопротивления (ЭКС) в зоне биологически активных точек соответствующих меридианов (Е-желудка; Ig-тонкого кишечника) у больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью, установленным нами при проведении СКЭНАР и РОФЭС-диагностики.

На основании анализа антенатального и перинатального периодов жизни у наблюдаемых больных и полученных клиничко-лабораторных данных сформировалось собственное понимание этиопатогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Это позволило разработать способ доклинической диагностики обострения и метод сочетанной физиопунктуры. Концепция предлагаемой доктрины основывается на том, что для повышения чувствительности детского организма к разнообразным этиологическим причинам требуется совокупное действие определяющих, предрасполагающих и усугубляющих факторов (рис.2). Они вызывают снижение адаптационного потенциала, срыв саморегулирующих механизмов, обеспечивающих автоматизм функционирования организма.

При этом запускается целый каскад универсальных механизмов, сопровождающихся накоплением недоокисленных продуктов обмена, изменением реактивности вегетативной нервной системы, сложнейшими трансформациями нервных, гипоталамо-гипофизарных, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых и местных гастродуоденальных процессов, приводящих к изменению трофики в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

К предрасполагающим причинам мы отнесли те, которые формировали слабость саморегулирующей системы (отягощенный акушерский анамнез матери - 76,5%, перенесенное ППЦНС - 75,7%, раннее искусственное вскармливание - 90,0%).

Патогенетическая концепция развития хронического воспаления гастродуоденальной локализации (ХЭГ, ЯБДПК)

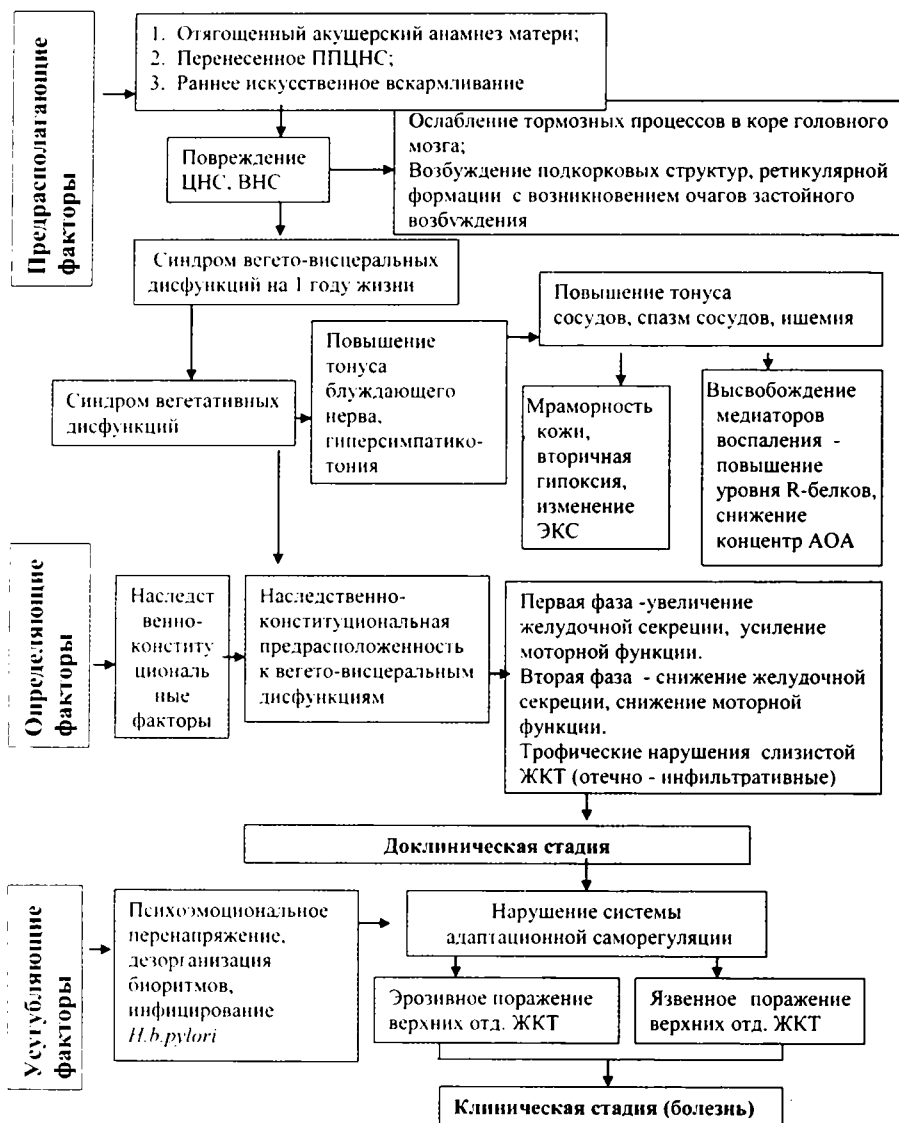


Рис. 2. Значение совокупных факторов в развитии хронического воспаления гастродуоденальной локализации (ХЭГ, ЯБДПК)

К усугубляющим обстоятельствам - (частые заболевания органов дыхания, многократный прием антибиотиков - 64,1%, дефекты питания - 78,9%, нарушения режима дня - 94,0% инфицирование *H.b. pylori* и пр.) и определяющим, главным из которых, на наш взгляд, являлась наследственно-конституциональная предрасположенность к заболеваниям ЖКТ, наблюдаемая у 93,0 % больных.

В результате воздействия предрасполагающих факторов, под влиянием усугубляющих причин, особенно в школьном возрасте, вегетативные расстройства, сформированные в раннем детстве, приобретали стойкий характер и трансформировались в синдром вегетативной дисфункции. Органом – мишенью этих изменений, при наличии наследственной предрасположенности (как определяющего фактора), очевидно, является ЖКТ.

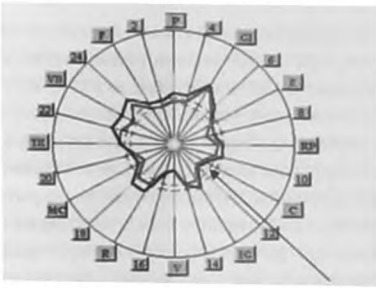


Рис. 3. Рофограмма больного Д., 10 лет.

D.S. —язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

Длительное преобладание тонуса блуждающего нерва, у наших больных, инициировало спастическое сокращение сосудов и мускулатуры в результате чего возникала ишемия, активизировались мембранодестабилизирующие процессы, понижение сопротивляемости тканей и изменение электрокожного сопротивления (ЭКС).

Исходя из выше сказанного, становится понятно, что для предупреждения развития заболевания необходимо сохранить равновесие ВНС (симпатического, парасимпатического звена), адаптационного потенциала, это позволит саморегулирующей системе справиться с провоцирующими факторами.

Учитывая обозначенные обстоятельства, а именно, что изменение ЭКС и тонуса ВНС возникают одновременно и задолго до морфологических изменений в слизистой оболочке желудочно – кишечного тракта (ЖКТ), нами предложен метод регистрации этих изменений путем интегральной оценки текущего физиологического состояния больного.

С этой целью мы проводили Рофэс – диагностику, позволяющую выявить взаимосвязь между функциональным состоянием внутренних органов и электрическим сопротивлением в акупунктурных точках у больных с ХЭГ и ЯБДПК. Эти исследования оригинальны, подтверждаются (Пат. № 2368403, Пат. № 2373918, Пат. 32411905).

Нами доказано, что у больных хроническим эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ величина электрокожного сопротивления (ЭКС) в биологически активных точках некоторых меридианов изменяется. При обострении эрозивно - язвенного процесса отмечено снижение показателей ЭКС в меридиане толстой кишки (GiS $33,7 \pm 0,5$; GiD $32,6 \pm 0,6$), желудка (Es $24,1 \pm 0,6$; Ed $22,9 \pm 0,7$), тонкой кишки (iGs $34,0 \pm 0,6$; iGd $33,4 \pm 0,6$), желчного пузыря (VBs $31,2 \pm 0,5$; VBd $30,5 \pm 0,5$), печени (Fs $29,8 \pm 0,7$; Fd $31,2 \pm 0,7$) $p < 0,05$. Нормальные значения ЭКС для всех выше перечисленных измерений, были найдены в контрольной группе, и соответствовали $40 \pm 2,5$ у.е. Эти же значения ЭКС на рисунке рофограммы имели следующий вид (рис. 3.4).

Полученные результаты электропунктурной диагностики послужили основанием для выбора биологически активных точек, связанных с меридианами Gi, E, iG, TR, VB, F, как своеобразных маркеров вегетативно - трофических расстройств при эрозивно-язвенном поражении желудочно-кишечного тракта у больных детей.

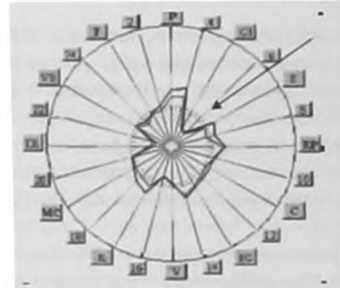


Рис. 4. Рофограмма больного Б., 15 лет

D.S.-хронический эрозивный гастродуоденит

В соответствии с поставленной задачей нашего исследования - проанализировать результат сочетанного применения авторской методики лечения (КВЧ и СКЭНАР-терапия) больных хроническим эрозивным гастритом (гастродуоденитом) и язвенной болезнью, нами было принято решение, наряду с медикаментозной терапией, больным основной группы назначить физиотерапию в виде сочетанной физиопунктуры - биорезонансную (СКЭНАР-терапия) и мультирезонансную терапию (КВЧ-терапия).

Применяя этот метод, представляется возможным восстановить нормальную электропроводность в определенных участках тела, называемых биологически активными точками (БАТ) и тем самым восстановить вегетативно - трофические расстройства. Для этой цели использовали аппарат «Скэнар-97» (Баньков В.И. 2003; Бастрыкова Ф.В., Малахов В.В. 2003; Альтман Н.С.2009).

Существует мнение, что благодаря синхронизирующему воздействию КВЧ-терапии, происходит нормализация спектра и мощности колебаний пораженного органа, свойственного здоровому организму (Мочалов Ю.А., Гроздова Т.Ю., Токарева Л.В., 2000; Альтман Н.С., 2009). Изучая ЭКС в БАТ заинтересованных меридианов у наших больных мы установили, что оно меняется в зависимости от функционального состояния желудка и двенадцатиперстной кишки. Оказалось, что у больных ХЭГ и ЯБ большинство показателей электрокожного сопротивления (ЭКС) в БАТ были низкими (98,8%) в сравнении с показателями ЭКС в группе контроля. Перед проведением процедур КВЧ – терапии восстанавливали ЭКС до нормальных значений с помощью аппарата СКЭНАР. Процедуры физиопунктуры проводили в три этапа. На первом этапе анализировали электрокожное сопротивление (ЭКС) в биологически активных точках заинтересованных меридианов.

Представляем круговые рофограммы больных язвенной болезнью и эрозивным гастритом (гастродуоденитом)

На втором этапе проводили электростимуляцию (выравнивание) ЭКС в биологически активных точках названных меридианов для проведения последующей процедуры КВЧ.

Если при измерении электрокожного сопротивления в биологически активных точках (БАТ) на аппарате «СКЭНАР-97» в режиме диагностики ЭКС было повы-

шенным ($55 \geq$ усл. ед.), или пониженным (≤ 30 усл. ед.), такое состояние точки называли «закрытой» (точка - изолятор). При нормальном электрокожном сопротивлении ($40 + 5$ усл. ед.) точку называли «открытой» (точка - проводник). Среднее значение электрокожного сопротивления между состоянием точек «проводник» и «изолятор» называли точкой «полупроводником» (условно открытой).

На третьем этапе проведение КВЧ терапии осуществлялось на 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 мин., они назначались в течение 10 дней ежедневно.

В группе сравнения, помимо медикаментозной терапии, больные получали стандартную физиотерапию (лекарственный электрофорез, электросон, импульсные токи, магнитотерапию и пр.). В результате анализа полученных данных, мы сделали заключение о целесообразности назначения КВЧ-терапии с предварительной СКЭНАР-диагностикой и СКЭНАР-выравниванием ЭКС в БАТ на этапах реабилитации, это позволяет уменьшить количество процедур КВЧ (до 7), лекарственную нагрузку и продлить ремиссию (до двух лет) при длительном лечении больных - ХОГ и ЯБ.

Все больные получали эрадикационную терапию в виде триплекса либо квадротерапии. Результаты клинико-инструментального обследования мы проанализировали через 6-8 недель после выписки детей из стационара. Все больные были выписаны в состоянии ремиссии, что подтверждалось заживлением язвенного дефекта, отсутствием колонизации *H. b. pylori*. Показатели внутрижелудочной рН-метрии указывали на нормальную кислотность желудочного сока (аппарат «Гастроскан-24»), при этом были зарегистрированы единичные гастроэзофагеальные рефлюксы.

Оценку эффективности предлагаемого метода реабилитации проводили через один год после пребывания в стационаре. В разработку были взяты 95 больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и 45 детей с язвенной болезнью (140 б-х основной группы) в группе сравнения 77 детей (с ХОГ - 65, ЯБ- 12). У всех больных основной группы сохранялась ремиссия хронического эрозивного гастродуоденита и язвенной болезни, отсутствие *H. b. pylori* по данным ХЕЛНК-ТЕСТА. Были отмечены морфологические признаки поверхностного гастрита при нормальных показателях желудочной рН-метрии.

Приведенные данные проспективного наблюдения указывали на положительный результат комплексной эрадикационной, СКЭНАР и КВЧ-терапии у больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью. Так, у детей основной и группы сравнения были повторно проанализированы показатели, в том числе ЭКС в биологически активных точках заинтересованных меридианов при СКЭНАР диагностике. Оказалось, что большинство биологически активных точек (96%) имели нормальную электрическую проводимость (ЭКС).

В группе сравнения нормальных показателей ЭКС не обнаружено. ЭКС в БАТ соответствовало значениям «полупроводник» в 62,2% и «изолятор» в 37,8%.

Больным хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью в периоде ремиссии, но с наличием морфологических признаков поверхностного гастрита и дуоденита, а так же «условно» открытыми БАТ, мы назначали КВЧ-терапию в виде монотерапии.

Несмотря на повторно проводимую эрадикационную терапию с использованием ингибиторов протонной помпы у всех больных хроническим эрозивным гастродуоденитом (группа сравнения) выявлялась колонизация *H. b. pylori*, преимущественно II и III степени (46,7% и 14,2%). Наряду с этим сохранялась высокая степень воспаления II - III стадии активности (52,1% и 20,7%) и атрофия слизистой оболочки различной степени выраженности; $p < 0,05$. У детей основной группы так же сохранялась колонизация *H. b. pylori* II и III степени (4,1% и 6,8%), и редко воспаление (11,4%, 14,3%), атрофия слизистой оболочки не регистрировалась; $p < 0,05$.

В течение первого года наблюдения риск повторной госпитализации в основной группе составил (1,1%, против 16,8% группы сравнения; $p < 0,05$). На втором году наблюдения необходимость в повторной госпитализации в основной группе составила (4,5%, против 37,7% группы сравнения; $p < 0,001$).

Полученные нами результаты проспективного наблюдения за детьми с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяют сделать вывод о том, что использование в педиатрической практике схемы лечения больных с заболеваниями гастродуоденальной локализации, ассоциированных с *H. b. pylori*, оказывается не всегда эффективным, поскольку не учитывает состояние вегетативной регуляции деятельности органов пищеварения, в частности желудка и двенадцатиперстной кишки. В этих случаях применение физиопунктуры в виде СКЭНАР и КВЧ - терапии в сочетании с эрадикационной терапией, ранее неиспользованные в детской гастроэнтерологии, весьма перспективны.

Сочетанная физиопунктура (СКЭНАР и КВЧ) позволяет нормализовать вегетативное обеспечение функции верхних отделов желудочно - кишечного тракта и получить клинически выраженные положительные результаты лечения, подтвердить их данными рН-метрии и эндоскопического исследования. При проспективном наблюдении за больными положительный эффект сочетанной медикаментозной терапии и физиопунктуры подтверждается не только клиническими, но и гистологическими исследованиями слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Наряду с традиционным диспансерным наблюдением детей с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта, применение скрининг - диагностики (Рофэс - диагностика) позволило: выявить доклинические формы, до обострения; контролировать течение язвенной болезни и хронического эрозивного гастрита (гастродуоденита), не используя ФГДС; целенаправленно проводить профилактику; сократить

число госпитализаций для этой диспансерной группы; существенно сократить медикаментозную нагрузку; снизить затраты как на дорогостоящую диагностику, так и лечение, что очень важно в педиатрической практике. Указанные методы лечения особенно привлекательны в амбулаторно-поликлинических условиях, в дневных стационарах, не требуют круглосуточного пребывания больных, не нарушают привычного стереотипа общения детей с родителями и позволяют избежать полипрагмации. Последнее особенно важно для улучшения качества здоровья детей с хронической гастродуоденальной патологией, вынужденных получать длительную противоречивую медикаментозную терапию.

Таким образом, проведенные исследования позволили обосновать патогенетические и клинико-морфологические критерии формирования хронического воспаления гастродуоденальной локализации у детей и применить метод доклинической диагностики и лечение в виде сочетанной физиопунктуры.

Выводы

1. Разработанная патогенетическая концепция развития хронического заболевания гастродуоденальной локализации у детей основана на совокупном влиянии наследственной отягощенности, предрасполагающих,

усугубляющих факторов, приводящих к формированию вегето-висцеральных расстройств, симпатикотонии, повышении электрокожного сопротивления, мембранодеструктивных процессов, несостоятельности саморегулирующей системы, нарушению трофики и образованию морфологического субстрата.

2. Внедрение в педиатрическую, гастроэнтерологическую практику меридианной Рофэс - диагностики позволяет с помощью скринирующих программ диагностировать обострения болезни у 82,0% детей на доклинической стадии.

3. Предлагаемая методика (СКЭНАР и КВЧ терапия) восстанавливает автономную систему саморегуляции, позволяет обеспечить ремиссию заболевания в 96,4% случаев в течение двух лет, подтверждая достигнутый результат клиническими данными, показателями рН-метрии и эндоскопического исследования. ■

Альтман Никита Сергеевич, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург; Адрес для переписки - 620219, г. Екатеринбург, ул. Ретина, 3. e-mail: altman-nikita@mail.ru (343) 323-06-28

Литература:

1. Епимахова Ю.В. Взаимосвязь вегето-сосудистой дистонии и хронического гастродуоденита у подростков / Ю.В. Епимахова. - Тула. 2010. - 124с.
2. Кушнир В.Е. и др. Функциональное состояние поджелудочной железы у больных язвенной болезнью // Врачебное дело. 1986. - №5. - С. 17-20.
3. Лысыков Ю.А., Горячева О.А., Цветкова Л.Н., Красавин А.В., Гуреев А.Н., Цветков П.М. Клинико-морфологические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей // Педиатрия. 2011. - Т.90. - №2. - С. 38-42.
4. Орбели Л.А. Лекции по физиологии нервной системы. - Москва. 1938. - 312 с.
5. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф. И. Комарова, С. И. Рапопорта. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 864 с.
6. Цветкова Л.Н., Мельникова И.Ю., Бельмер С.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей // Национальное руководство «Педиатрия»-Москва, ГЭОТАР - Медиа, 2009. - Т. 1. - С. 723-732.
7. Щербаков, П. Л. Современные проблемы подростковой гастроэнтерологии / П. Л. Щербаков // Педиатрия. 2010. - Т. 89. - № 2. - 1. - С. 6-11.