

ФЗШМ необходимо в обязательном порядке обследовать и их супругов-партнеров, особое внимание уделять характеру микрофлоры половых путей женщины и ее мужа-партнера.

Лечение женщин с ФЗШМ мы проводили комплексно, обязательно предварительно включая курс антибактериальной терапии с учетом характера микрофлоры и ее чувствительности. Для ускорения процессов заживления ФЗШМ, улучшения трофики органов-мишеней, повышения эффективности проводимой антибактериальной терапии в комплексе лечения ФЗШМ при наличии инфекции мы включали, и успешно, эритромицинол, в частности параллельно с антибиотиками применяли Wobenzym по 3 капсулы 5 раз в течение двух недель и диклофенак растворов, сочетая это с введением свечей во влагалище.

Проведенное комплексное лечение позволило нам излечить фоновые заболевания у 138 женщин консервативно без применения традиционных и грубых методов воздействия на шейку матки.

При повторном обследовании женщин и их супругов-партнеров, прошедших комплексное лечение, рецидива ФЗШМ мы не обнаружили у 131 женщины. Лишь у 7 женщин отмечен рецидив эрозии шейки матки и наличия инфекции половой системы. Указанные больные не состояли в браке и, возможно, инфицировались от других партнеров.

В результате проведенной работы мы считаем, что в лечении ФЗШМ у женщин необходимо включать обследование и, параллельно, лечение полового партнера. В целях повышения эффективности проводимой терапии необходимо шире подключать эритромицинол, т.к. при одновременном их назначении с антибиотиками концентрация их в зоне патологического очага повышается, следовательно, ускоряется процесс выздоровления.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И.И. Заболевания репродуктив- С.57,65-66.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - М., «Медицина», 1989. - С.278.
3. Василевская Л.Н. и др. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. - М., «Медицина», 1987. - С.323.
4. Краснопольский В.И. Патология влагалища и шейки матки. - М., «Медицина», 1997. - С.270.
5. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение // Акуш. и гин. - 1990. - № 6. - С.12-15.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Нсоперативная гинекология. - С-Пб, 1995. - С.155-168.
7. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. - М., «Медицина», 1985. - С.286.

А.М. Чердинченко

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между факторами «агрессии» и «защиты» гастродуоденальной зоны.

Язвенная болезнь – мультифакториальное (политиологическое) заболевание. В ее формировании и хронизации участвуют нервно-психические, эндокринные, наследственно-конституционные факторы, микроорганизмы, лекарственные воздействия, пищевая аллергия, нарушения режима питания и т.д.

Основным морфологическим субстратом язвенной болезни в фазе обострения является язвенный дефект слизистой оболочки и сопряженный с ним активный гастродуоденит, возможно, рефлюкс эзофагит; в фазе ремиссии – постязвенные рубцовые изменения и гастродуоденит без признаков активности воспалительного процесса.

Существует несколько классификаций язвенной болезни. Среди них заслуживает внимания генетическая классификация Rotter (1980), согласно которой следует выделять детскую язву двенадцатиперстной кишки, но в отечественной педиатрической гастроэнтерологии эта классификация распространения не получила.

По современным представлениям в детском возрасте преобладает язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке.

Наметилась тенденция к нарастанию частоты заболеваемости у девочек. В возрастной структуре язвенной болезни преобладают школьники. В последние годы увеличивается частота осложнений, среди которых на первом месте стоят кровотечения. Замечено уменьшение влияния генетического фактора, в то же время наблюдается увеличение влияния окружающей среды. Отмечен патоморфоз язвенной болезни, заключающийся в нивелировании сезонности обострения и нарастании частоты бессимптомного течения рецидивов болезни.

Язвенная болезнь с локализацией язвы в желудке у детей встречается редко. Это, как правило, стероидные язвы или язва желудка на фоне применения нестероидных противовоспалительных препаратов. Язвенная болезнь у детей различается не только по локализации язвы, но и по клинической фазе и эндоскопической стадии.

Выделяется фаза обострения; I стадия – свежая язва – длительность стадии 2-3 недели; II стадия – начало эпителизации язвенного дефекта – длительность стадии 2-3 недели; фаза стихания обострения; III стадия – заживление язвы без образования рубца, рубцово-язвенная деформация.

Фаза стихания обострения может иметь различную продолжительность от нескольких месяцев до

1-2 лет.

Ремиссия клиническая ремиссия соответствует началу эпителизации язвенного дефекта, т.е. II стадии, клинико-эндоскопическая ремиссия соответствует III стадии, т.е. заживлению язвы.

Наиболее ярко клиническая картина выражена в фазе обострения. Ведущим симптомом являются натошачковые и поздние боли с локализацией в эпигастриальной области, появляющиеся через 2-3 часа после приема пищи, а также ночные боли. Типичен "мойнигановский" ритм боли: голод – боль – прием пищи – облегчение боли. Прием пищи улучшает самочувствие больных, но исчезновения боли не наблюдается.

Наряду с жалобами на боли в животе отмечается затруднение при пальпации живота. Активная мышечная защита передней стенки живота; резкая болезненность в пилородуоденальной зоне, положительный симптом Менделя. Диспепсические расстройства представлены симптомами ацидоза – изжога, отрыжка кислым, тошнота, может быть рвота.

По мере лечения клиническая картина обострения затихает. Натошачковые боли становятся менее выраженными, приобретает характер ноющих, тянущих. Улучшается аппетит и общее состояние больных, эмоциональный тонус. Исчезают ночные боли. Менее выражены диспепсические расстройства.

В последние годы в развитии язвенной болезни у детей так же, как и у взрослых, большое значение придается бактериальному фактору, т.е. Н.рулои. У 90-100% больных язвенной болезнью Н.рулои обнаруживается в слизистой оболочке антрального отдела желудка. Намечилась неблагоприятная динамика в течении язвенной болезни. В связи с этим предлагается дополнить классификацию язвенной болезни указанием на тяжесть течения. Тяжесть течения определяется сроками заживления язвы под влиянием лечения [1], наличием или отсутствием осложнений [2], длительностью ремиссии [3] и частотой последующих рецидивов [4].

О легком течении следует говорить если заживление язвы произошло в сроки до одного месяца, ремиссия продолжается в течение года и более, осложнений в течении язвенной болезни нет.

Средняя тяжесть течения – сроки заживления язвы более 2 мес., ремиссия менее года, течение также без осложнений.

Тяжелое течение – длительные сроки заживления 3 и более мес., осложнения наблюдаются, из них наиболее часто – кровотечение, наряду с этим наблюдаются частые рецидивы – 2 и более в течение года.

В настоящее время отмечается преобладание среднетяжелого и тяжелого течения язвенной болезни (у 71% больных).

Среди сопутствующих заболеваний наблюдаются астено-вегетативный синдром, дискинезия желчевыводящих путей, холестит, пороки развития желчного пузыря, панкреатит. Реже встречается колит.

Нарушение функционального состояния желудочной секреции у детей с дуоденальной язвой в 100% наблюдений сопровождается избыточным кислотообразованием. У детей с наследственной отяго-

щенностью по язвенной болезни избыточное кислотообразование выражено как в фазу обострения, так в ремиссии.

Рецидивы язвенной болезни, как указывалось ранее, протекают малосимптомно и атипично. При регулярном диспансерном обследовании рецидивы выявляются у 68% больных, с возрастом частота рецидивов увеличивается. С 14-летнего возраста рецидивы дуоденальной язвы у мальчиков диагностируются в 1,5 раза чаще, чем у девочек [1].

Лечение больных при обострении язвенной болезни [2].

Обязательная госпитализация. Режим щадящий, охранительный.

Лечебный стол, предусматривающий механическое и химическое щажение слизистой оболочки желудка.

Лекарственная терапия в период обострения язвенной болезни включает назначение препаратов висмута (де-нол), антибиотиков (амоксцилин, ровамидин, кларитромицин – один из перечисленных) и препаратов группы, активирующей процессы регенерации слизистой оболочки (метронидазол, трихопол, тинидазол, флагил). Указанный «тройной» комплекс дополняется назначением препаратов спазмолитиков (платифиллин, папаверин, но-шпа), седативной терапией (настойка корня валерианы, пустырника), препаратами, корригирующими дисбиоз кишечника (ацилакт). Длительность лечения колеблется от 7 до 10 дней. После отмены основного терапевтического комплекса больным начинают реабилитационную терапию, в которую входят проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в течение 3-5 лет, медикаментозная противорецидивная терапия 2-3 раза в год с назначением препаратов антацидов, биологически активных препаратов и препаратов ферментов. Широко используется магнито-лазерная терапия, фитотерапия, комплексы витаминов, среди них новый витаминный препарат с лечебным действием «Ветерон».

Больные язвенной болезнью с диспансерного учета не снимаются и передаются в подростковую сеть.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Климанская Е.В., Рязарчук Г.В. Заболевания органов пищеварения у детей. – М., 1996.
2. Лечение и реабилитация детей с различными заболеваниями: Справочник-методические материалы. – Екатеринбург, 1998.