

эффективности и рекомендовать МИЛТ для включения в реабилитационную программу больных МВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Капранов Н. И. Муковисцидоз – современное состояние проблемы // Пульмонология. – 2006. – Прил. по муковисцидозу. – С. 3–11.

2. Koch C. Pathogenesis of cystic fibrosis / N. S. Hoiby // Lancet. – 1993. – V. 341. – P. 1065–1069.

3. Warwick W. J. Letter to the Editor / J. Braverman // Chronic respiratory disease. – 2007. – V. 4. – P. 50–51.

Поступила 11.10.2012

Р. В. ШАПОРЕНКО, Н. С. ШАПОРЕНКО, И. Ю. КРИВОШЕЕВА, Е. С. ШАДРИНА

АЛЬГИНАТНЫЙ ТЕСТ В ПЕДИАТРИИ

Детский диагностический центр;

консультативно-поликлиническое отделение № 2

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,

Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8-918-460-3254. E-mail: roman804@mail.ru

Авторами было исследовано 74 пациента подросткового возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), которую верифицировали клинически и подтверждали эндоскопически с использованием pH-метрии. Всем подросткам назначался альгинатсодержащий препарат гевискон в возрастной дозировке на 14 дней. Такой способ лечения высокоэффективен в купировании симптомов заболевания, практически не имеет побочных эффектов, является наиболее безопасным и оптимальным, в полной мере проявляет положительные терапевтические свойства в сочетании с другими вариантами лечения (ингибиторы протонной помпы), что позволяет считать его перспективным в терапии данной достаточно распространенной категории пациентов.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гевискон, подростки, лечение.

R. V. SHAPORENKO, N. S. SHAPORENKO, I. U. KRIVOSHEEVA, E. S. SHADRINA

ALGINATE IN PEDIATRICS

*State budget health care institution «Children's regional clinical hospital» MZ KK consultative polyclinic № 2,
Russia, 350007, Krasnodar, pl. Victory, 1, tel. 8-918-460-3254. E-mail: roman804@mail.ru*

Autoren have researched the adolescent patient 74 with gastroesophageal reflux disease (GERD), who verified clinically and confirmed endoscopically using pH-metering. All adolescents appointed alginate-containing drug geviskon dosage at the age 14 days, this method of treatment is highly effective in knocking the symptoms of the disease, has almost no side effects, is the most secure and best, fully manifesting positive therapeutic properties in combination with other treatment options (proton pump inhibitors), that allows to consider it a promising therapy this quite common categories of patients.

Key words: gastroesophageal reflux disease, geviskon, teenagers, treatment.

Введение

Современное нарастание темпа жизни, урбанизация, резкое ухудшение питания, увеличение стрессовых воздействий, ухудшение экологии прямо сказываются на заболеваемости населения, в том числе детского. Все более заметен рост частоты гастроэнтерологических заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), актуальность, которой обусловлена широкой распространенностью данной патологии среди детей [2, 5].

Наличие большого числа стертых и атипичных клинических форм, отсутствие адекватного понятийного аппарата у детей дошкольного и младшего школьного возраста при описании жалоб затрудняют диагностику ГЭРБ, делают ее несвоевременной и приводят к появлению и прогрессированию осложнений. По данным, среди детей и подростков от 6 до 18 лет с патологией органов пищеварения у трети пациентов выявлена эндоскопически позитивная форма заболевания, которая в 24,8% наблюдений проявлялась в форме катарального и в 5,6% – в форме эрозивно-язвенного рефлюкс-эзофагита [6, 9].

В подходах к терапии ГЭРБ у детей остается много нерешенных вопросов. В частности, нет общепризнанных схем ведения больных, продолжительности терапии, кратности введения препаратов и режимов дозирования. Дети, страдающие гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, нуждаются в индивидуальном подходе к терапии с учетом возраста, выявленных нарушений и продолжительности заболевания [1, 4].

Клинические проявления заболевания во многом зависят от возраста ребенка. Так, у детей первого года жизни преобладают «внепищеводные» проявления в виде респираторных расстройств (кашель, дисфония, приступы удушья), а также синдром рвоты и срыгивания. По мере роста ребенка на передний план выходят «пищеводные» проявления рефлюкса, к которым относятся тупые, ноющие боли в подложечной области и за грудиной, усиливающиеся сразу после принятия пищи и несколько ослабевающие в течение последующих 1,5–2 часов, дисфагия, отрыжка, периодически возникающая икота, тошнота, рвота. Наиболее частой жалобой, которую предъявляют дети с заболеваниями пищевода, является изжога,

клиническую картину которой четко описывают дети старшего возраста [10, 13, 14].

Лечение ГЭРБ включает в себя рекомендации по питанию, изменению образа жизни с устранением факторов, способствующих развитию ГЭРБ, медикаментозную терапию. С целью медикаментозной терапии применяются антацидные, обволакивающие препараты, лекарственные средства, влияющие на моторику желудочно-кишечного тракта (прокинетики) и антисекреторные препараты [7, 11, 12].

Несмотря на высокую терапевтическую активность, основные группы препаратов, традиционно применяемых для лечения ГЭРБ, имеют определенные побочные эффекты и ограничения в использовании. Следовательно, сохраняет свою актуальность поиск новых способов медикаментозного лечения данного заболевания. В связи с этим своевременным следует признать внедрение в схемы лечения больных ГЭРБ альгинатов – группы препаратов на основе альгиновой кислоты, получаемой из морских бурых водорослей. Альгиновые кислоты и альгинаты обладают рядом замечательных свойств, позволяющих использовать их в медицине: ионообменные свойства, противорадиационное действие, противоаллергические и иммуномодулирующие свойства, способность восстанавливать функциональную активность макрофагов, выраженный регенерационный и цитопротекторный эффект, антирефлюксное действие, высокая сорбционная активность, положительное метаболическое действие, пребиотические свойства, прокинетиическое и обволакивающее действия. На сегодняшний день средством выбора из данной группы является препарат гевискон [8].

Основной антирефлюксный механизм действия гевискона – это формирование механического барьера-плота, который предупреждает заброс содержимого желудка в пищевод. При этом гидрокарбонат калия, являясь источником CO_2 , придает плоту «плаучесть», тогда как карбонат кальция связывает друг с другом длинные молекулы альгината для укрепления образовавшегося защитного барьера. Важно подчеркнуть отсутствие системного действия гевискона, механизм которого имеет физическую природу [3].

Целью исследования являлась разработка современного алгоритма лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей для повышения качества терапии и развития профилактики осложнений.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 74 пациента в возрасте от 6 до 17 лет включительно с 2010 по 2012 год. Все пациенты имели различную длительность заболевания (от 6 месяцев до нескольких лет).

В ходе обследования проводились сбор жалоб, анамнеза заболевания, общий клинический осмотр. Всем больным при первичном обращении проводились УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС. Кислотность желудочного сока оценивалась с помощью рН-метрии. Все пациенты были разделены на две группы. Первая (45 детей) кроме традиционной терапии получала суспензию гевискон в дозе 5–10 мл 3 раза в день через 30–40 минут после приема пищи и на ночь в течение 14 дней. Вторая группа (29 детей) – только «стандартное» лечение.

Окончательный диагноз ставился с учетом выявленной сопутствующей патологии (дисфункция били-

арного тракта, хронический гастродуоденит, хронический запор и т. д.).

Комплекс лечебных мероприятий включал в себя рекомендации по образу жизни, питанию, медикаментозную терапию. После проведения эндоскопического обследования и установления базальной гипер- или нормацидности пациентам всех двух групп назначалась «стандартная» противорефлюксная терапия: ингибитор протонной помпы (ИПП) омепразол двукратно в сутки (утро, вечер) в течение 2 недель; домперидон в возрастной дозировке 3 раза в день (0,25 мг/кг).

Через две недели по результатам повторной суточной внутрижелудочной рН-метрии проводилась оценка жалоб, антисекреторного действия ИПП, и при необходимости корректировалась доза препарата в сторону увеличения.

Результаты исследования

Оценивая результаты лечения, важно отметить значительное, вплоть до полного исчезновения, снижение частоты эпизодов изжоги, которое было зарегистрировано уже на 2-й день лечения, к концу терапии данный симптом был полностью купирован.

Проявления «желчного» рефлюкса также регрессировали к окончанию терапии. Однако отдельно хотелось отметить почти полное купирование эпигастральных болей, которые были у ряда пациентов.

Все пациенты, включенные в исследование, предъявляли жалобы на изжогу. При этом на фоне терапии суспензией гевисконом у пациентов с ГЭРБ отмечалось полное нивелирование изжоги к концу лечения.

Загрудинная пищеводная боль была в 40% случаев, которая на фоне лечения суспензией гевисконом полностью купирована у всех пациентов с ГЭРБ к концу терапии независимо от варианта заболевания. Кроме того, у ряда больных (60%) отмечались боли в эпигастральной области, которые были полностью купированы на фоне терапии.

Что касается такого характерного симптома, как отрыжка кислым, то регрессия данного проявления ГЭРБ наблюдалась у большинства пациентов. В случаях, когда отрыжка сохранялась, отмечалась ее качественная трансформация с сохранением в единичных случаях отрыжки воздухом, тогда как отрыжка кислым полностью регрессировала. При этом темпы регрессии данного симптома (частота и выраженность) ко 2-му дню лечения были соотносимы с темпами регрессии изжоги. Одним из важнейших проявлений дуоденогастроэзофагеального рефлюкса является ощущение горечи во рту. При динамической оценке данного симптома на фоне лечения гевисконом было достигнуто полное его купирование.

При оценке эндоскопической картины у пациентов с ГЭРБ на фоне лечения гевисконом отмечалась положительная динамика, связанная с регрессией как эрозивных (во всех случаях), так и поверхностных воспалительных изменений в пищеводе, а также уменьшением выраженности воспалительных изменений слизистой оболочки желудка.

Динамика оценки суточного рН-мониторирования показала, что гевискон обладает выраженным антирефлюксным эффектом и значительно уменьшает процент времени с интрагастральным рН у большинства пациентов с ГЭРБ.

При анализе изменений качества жизни на фоне лечения также выявлена положительная динамика у лиц, получавших гевискон, по всем показателям как физического, так и психического функционирования. Все больные за время приема препарата отметили хорошую переносимость, нежелательных явлений зарегистрировано не было.

Обсуждение

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью назначение препарата на основе альгината гевискона обеспечивает высокую эффективность в купировании основных симптомов данного заболевания, способствует уменьшению воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода и желудка, оптимизирует показатели рН-метрии, улучшает качество жизни пациентов.

Препарат гевискон, являясь лекарственным средством на основе природных соединений, обладает рядом преимуществ перед традиционными средствами фармакотерапии. К таким преимуществам относятся: соответствие терапии природными соединениями ментальности пациентов, оказание дополнительного лечебного эффекта за счет основных свойств натуральных продуктов, соответствие эволюционно выработанным физиологическим потребностям организма, отсутствие привыкания.

Таким образом, назначение препарата гевискона является новым прогрессивным шагом в лечении детей с ГЭРБ, т. к. он проявляет высокую эффективность в устранении рефлюксов, обеспечивает быстрый и продолжительный эффект, может использоваться в комбинации с антисекреторными препаратами, т. к. они не оказывают существенного влияния на способность гевискона к формированию альгинатного барьера в желудке, и, в свою очередь, гевискон не влияет на основные фармакокинетические параметры антисекреторных препаратов, безопасен в применении, не вызывает побочных эффектов, не кумулируется в организме, не оказывает системного действия и может использоваться в педиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахвердян Ю. Р., Хавкин А. И. Обоснование дифференцированной тактики лечения различных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Детская гастроэнтерология. – 2007. – Т. 4. № 1. – С. 5–7.
2. Бельмер С. В., Хавкина А. И. Гастроэнтерология детского возраста. – М., 2003. – 360 с.
3. Васильев Ю. В. Лекарственная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 1–2.
4. Гнусаев С. Ф., Иванова И. И. Диагностика гастроэзофагеального рефлюкса при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей: Пособие для врачей. – М., 2003. – С. 40.
5. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Красовская Т. В. Желудочно-пищеводный рефлюкс у детей // Болезни органов пищеварения у детей. Питание здорового и больного ребенка. 2-й конгр. педиатров России. – М., 1996. – С. 22.
6. Корниенко Е. А., Щербаков П. Л. Опыт применения париета у детей до 10 лет // Русский мед. ж. – 2004. – Т. 12. № 3. – С. 40–43.
7. Сарычева Е. Г., Голосова Т. Г. Антирефлюксная терапия при рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях у детей // Педиатрия. – 2002. – № 2. – С. 34–37.
8. Успенский Ю. П. Первый опыт применения гевискона в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Русский мед. журн. – 2007. – Т. 15. № 22. – С. 3–4.
9. Хавкин А. И., Жихарева Н. С. Современные представления о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4. № 3. – С. 38–41.
10. Щербаков П. Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей // Лекции по педиатрии. Гастроэнтерология. – М., 2003. – Т. 3. – С. 23–25.
11. Andersson T., Hassall E., Lundborg P. Pharmacokinetics of orally administered omeprazole in children / T. Andersson, E. Hassall, P. Lundborg // *At. j. gastroent.* – 2000. – Vol. 95. – P. 3101–3106.
12. DeMeester T. R. Updated guidelines for diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease // *An. rev. med.* – 1999. – Vol. 50. – P. 469–506.
13. Omari T. I., Miki K., Davidson G. Characterisation of relaxation of the lower oesophageal sphincter in healthy premature infants/ T. I. Omari, K. Miki, G. Davidson // *Gut.* – 1997. – Vol. 40. № 3. – P. 370–375.
14. Orenstein S. R. Gastroesophageal reflux // *J. pediatric. gastrointestinal.* – 1994. – P. 55–88.

Поступила 25.08.2012

Р. В. ШАПОРЕНКО, Н. С. ШАПОРЕНКО, М. М. ТРУБИЛИНА

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЭС-ТЕРАПИИ

Детский диагностический центр ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8-918-460-3254. E-mail: roman804@mail.ru

Авторами было исследовано 67 детей подросткового возраста с хроническими запорами. Полную клиническую ремиссию удалось получить в 89% случаев при применении ТЭС-терапии и у 57% детей, которые получали только традиционную терапию. У больных осмотр проводили перед началом лечения и на 12–14-е сутки терапии. Применение ТЭС-терапии способствует повышению клинической эффективности традиционных способов лечения у больных детей с хроническими запорами, что проявляется улучшением общего состояния, снижением интенсивности болевого синдрома, более быстрой нормализацией стула, исчезновением диспепсических расстройств.

Ключевые слова: хронический запор, транскраниальная электростимуляция, подростки, лечение.

R. V. SHAPORENKO, N. S. SHAPORENKO, M. M. TRUBILINA