

## КВЧ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭРОЗИВНЫМИ И ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Альтман Н. С., Чередниченко А. М.

ГОУ ВПО Уральская медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

Альтман Никита Сергеевич

620134, Екатеринбург, ул. Решетская, д. 51

Тел.: 8 (343) 323 0628, 323 0592

### РЕЗЮМЕ

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

**Материал и методы:** основу работы составляет клинико-инструментальное обследование 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). Изучали анамнез жизни и болезни у обследуемых детей и установили безуспешность ранее проводимой медикаментозной терапии. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) проводили с биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка и определяли *H. pylori* гистобактериоскопическим методом Гимзы. Назначали внутривentricular pH-метрию аппаратом РЕГ, «Гастроскан-24». Исследовали 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 (VC-12). 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 внутривentricular pH-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 с нормальными показателями pH-метрии. 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 pH-метрии. 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. Сделали заключение о целесообразности назначения КВЧ-терапии с предварительной СКЭНАР-диагностикой на этапах реабилитации больных, что позволяет уменьшить лекарственную нагрузку и продлить клинико-эндоскопическую ремиссию при длительном лечении больных ХЭГ и ЯБ.

**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:** case and family histories of 198 patients at the age of 7–10 (15.6%) and 11–15 (78.9%) with chronic gastroduodenitis CEG (128) and ulcer UD (70) were studied. Ineffectiveness of previous medical therapy was established. Gastroduodenoscopy was conducted with the biopsy of antral stomach chamber mucosa coating. *H. pylori* was assessed using histobacterioscopic Gimza method. Intraventricular pH measurements using REG, Gastroscan-24 and ultra sound were administered. The electrodermal resistance in the biologically active points (BAP) of meridians: stomach (e-36), pericardium (MC-6), triple (Tr-5), frontal medium (VS-12) was analyzed. The electrodermal resistance analysis in BAP showed the majority of BAP in patients with CEG and UD (98.4% and 100% respectively) was unprepared for the short wave frequency (SWF) therapy and required adjusting using SCANNER. Eradicative triplex or quadric therapy based on intraatrium pH

measurements and the following SWF therapy were administered to all patients. In 6–8 weeks all patients were discharged from the hospital with clinical endoscopic remission and normal pH ratio. The 1–1,5 year follow-up of 95 patients with CEG and 45 patients with UD showed clinical endoscopic remission, normal pH ration and *H. pylori* absence. The majority of BAP had normal electrodermal resistance indexes. SWF monotherapy was administered to children with morphological features of superficial gastritis. It is reasonable to administer SWF therapy during patients' rehabilitation to reduce drug load in long term patients with CEG and UD.

**Keywords:** children; chronic gastroduodenitis; ulcer; 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%, по итогам 2005–2009 гг. в Екатеринбурге составили 8,5 и 12,6% соответственно [1, 2].

Медико-социальное значение указанной патологии определяется не только значительным ее 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 экономически затратно. Повторное пребывание в стационаре в периоде обострения болезни, пропуски школьных занятий, необходимость применения ограничительных лечебных диет приводят к социальной дезадаптации и ограничивают выбор профессии [3].

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

КВЧ-терапия действует как противовоспалительное средство, уменьшает длительность абдоминальной боли, устраняет клинические проявления астено-невротического синдрома, проявляющегося чувством слабости и недомогания, лабильностью психоэмоционального тонуса и нарушением сна [4].

Цель работы — показать эффективность применения физиопунктуры у больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов пищеварительного тракта.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдали 198 больных, среди которых детей в возрасте от 7 до 10 лет было 15,6%, от 11 до 15 лет — 78,9%, то есть 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 (ХЭГ — 128 детей) и язвенная болезнь (ЯБ — 70 детей), ассоциированных с *H. pylori*, в связи с рецидивирующим течением болезни и безуспешностью ранее проводимой терапии.

Учитывая неблагоприятное течение хронического эрозивного гастродуоденита и язвенной болезни, с 2007 года в Екатеринбурге действует приказ городского управления здравоохранения, согласно которому 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 рН-метрию, и обследование на аппарате «Гастроскан-24», дающее информацию не только о внутрижелудочной рН-метрии, но и о количестве ГЭР (гастроэзофагеальных рефлюксов) за сутки. Назначали УЗИ органов пищеварения, биохимический анализ крови и копрологический анализ. Дополнительно изучали состояние вегетативной нервной системы (методом анализа сердечного ритма с помощью электроэнцефалограф-анализатора «Энцефалан-131-03»). Данный прибор применяется для оценки состояния вегетативной нервной системы.

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 (висмута трикалия дицитрат), де-нол, антибиотик (амоксциллин или кларитромицин) и нифурантель (макмирор). В ряде случаев вместо кларитромицина назначали ровамицин.

Больным со значительно повышенной и очень 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 [5; 6].

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

Биорезонансная терапия (БРТ) — метод лечения собственными электромагнитными колебаниями больных или их имитирующими. К последним относятся СКЭНАР-терапию (самоконтролируемая энергонейроадаптивная регуляция). С применением этого метода 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.

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

Если при измерении электро кожного 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 электро кожного сопротивления между состоянием точек «проводников» и «изолятора» называли точкой-полупроводником (условно открытой).

3-й 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.

Математико-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 ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе анамнестических данных было установлено, что наблюдаемые дети имели значительно отягощенный преморбидный фон.

У детей с хроническим эрозивным гастродуоденитом наибольший вклад в развитие заболевания вносили такие факторы, как неблагоприятное течение родов, родовая травма и перинатальное повреждение нервной системы с развитием функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, позднее прикладывание к груди и ранний перевод на искусственное вскармливание, повторные респираторные заболевания на первом году жизни и связанные с этим частые приемы жаропонижающих и антибактериальных средств.

После года для формирования этого заболевания существенное значение имели такие факторы, как часто перенесенные ОРВИ, аденоидит, кариес, энтеробиоз, лямблиоз и сочетанная глистно-паразитарная инвазия, частый прием антибиотиков, а также такие социально значимые факторы, как хронический алкоголизм в семье, материальное неблагополучие, лишаящее детей необходимого для качества здоровья набора продуктов питания и витаминов.

Относительный риск развития заболевания увеличивался при наличии в анамнезе отягощенной наследственности по хроническим заболеваниям гастродуоденальной области, гестоза во время беременности, приема антибиотиков в периоде новорожденности, анемии на первом году жизни, указаний на перенесенные кишечные и пищевые токсикоинфекции [2; 7].

Существенный вклад в развитие заболевания вносило воспитание ребенка по типу «повышенной» моральной ответственности и обучение в специализированной школе. Наличие указанных факторов, подростковый возраст и мужской пол увеличивали 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 явились незатихающая болевая абдоминальная симптоматика, некупируемые диетотерапией и применением лекарственных препаратов, симптомы желудочной



диспепсии в виде тошноты, периодической рвоты, изжоги, отрыжки кислым, нарушения аппетита и стула.

При анализе абдоминальной болевой симптоматики было установлено, что основными жалобами у больных хроническими эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью были боли натошачевого характера — либо ранние, сразу после еды, либо поздние, через 1,5–2 часа после приема пищи (92 и 91,3% соответственно). Боли локализовались в эпигастральной области либо в области пупка (82 и 72,8% соответственно). Во многих наблюдениях для купирования боли были использованы препараты-спазмолитики. При осмотре больных обращали на себя внимание симптомы выраженной эндогенной интоксикации и вегетососудистой дисфункции (сухость или, напротив, избыточная влажность, неравномерное окрашивание кожи с участками гиперпигментации; сухость слизистой оболочки полости рта; сухой обложенный, дурно пахнущим налетом язык; тахикардия или брадикардия; артериальная гипотензия), наличие клинических симптомов вегетососудистой дисфункции, подтвержденное

данными инструментального обследования больных. Во всех наблюдениях определялась болезненность при пальпации эпигастральной области (симптом Менделя) и в пилорoduodenальной 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 — в желудке и двенадцатиперстной кишке (7,1%). Данные гистологического исследования слизистой оболочки антрального отдела желудка у наблюдаемых больных приведены в табл. 1.

Из таблицы следует, что, несмотря на повторную проводимую эрадикационную терапию с использованием ингибиторов протонной помпы, у всех

Таблица 1

| РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА У НАБЛЮДАЕМЫХ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ПОВТОРНУЮ ЭРАДИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ С ИНГИБИТОРАМИ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ, В СОПОСТАВЛЕНИИ С КЛИНИЧЕСКИМ ДИАГНОЗАМ |                     |      |                   |      |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------|------|---------------------------------------------|
| Гистологический признак                                                                                                                                                                                                           | Наблюдаемые больные |      |                   |      | Показатель достоверности различий, <i>p</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                   | ХЭГ, <i>n</i> = 98  |      | ЯБ, <i>n</i> = 45 |      |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                   | абс.                |      | абс.              | %    |                                             |
| Степень колонизации <i>H. pylori</i>                                                                                                                                                                                              |                     |      |                   |      |                                             |
| 0 ст.                                                                                                                                                                                                                             | —                   | —    | —                 | —    |                                             |
| I ст., до 20 микробов в поле зрения                                                                                                                                                                                               | 29                  | 29,6 | 1                 | 22,2 |                                             |
| II ст., от 20 до 40 микробов в поле зрения                                                                                                                                                                                        | 69                  | 70,4 | 15                | 33,3 | 2:4 < 0,05                                  |
| III ст., более 40 микробов в поле зрения                                                                                                                                                                                          | —                   | —    | 29                | 64,5 |                                             |
| Степень воспаления                                                                                                                                                                                                                |                     |      |                   |      |                                             |
| I (легкая)                                                                                                                                                                                                                        | —                   | —    | —                 | —    |                                             |
| II (умеренная)                                                                                                                                                                                                                    | 30                  | 30,6 | 12                | 26,7 |                                             |
| III (выраженная)                                                                                                                                                                                                                  | 68                  | 69,4 | 33                | 73,3 |                                             |
| Активность                                                                                                                                                                                                                        |                     |      |                   |      |                                             |
| I стадия                                                                                                                                                                                                                          | —                   | —    | —                 | —    |                                             |
| II стадия                                                                                                                                                                                                                         | 26                  | 26,5 | 3                 | 6,6  | 2:4 < 0,05                                  |
| III стадия                                                                                                                                                                                                                        | 72                  | 73,5 | 42                | 93,4 | 2:4 < 0,05                                  |
| Атрофия                                                                                                                                                                                                                           |                     |      |                   |      |                                             |
| Отсутствует                                                                                                                                                                                                                       | —                   | —    | —                 | —    |                                             |
| Различной степени выраженности                                                                                                                                                                                                    | 98                  | 100  | 45                | 100  |                                             |



больных хроническим эрозивным гастродуоденитом выявлялась колонизация *H. pylori*, у большинства (70,4%) II степени. Наряду с этим сохранялась высокая степень воспаления II–III стадии активности и атрофия слизистой оболочки различной степени выраженности. На дне желудочных ямок были выявлены крипт-абсцессы. У большинства больных язвенной болезнью (64,5%) наблюдались III степень колонизации *H. pylori*, во всех наблюдениях — умеренная и выраженная степень воспаления и, как правило, III стадия активности воспалительного процесса при наличии атрофии слизистой оболочки различной степени выраженности.

Наряду с изучением клинической картины и проведением морфологических исследований были проанализированы показатели электрокожного сопротивления (ЭКС) в биологически активных точках (БАТ) заинтересованных меридианов (1386 БАТ) (табл. 2).

У наблюдаемых детей проанализировано 1386 биологически активных точек. У больных хроническим эрозивным гастродуоденитом из числа проанализированных БАТ (896) только в некоторых из них (14–1,6%) показатели ЭКС были нормальными (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, то есть приведения к нормальным значениям.

У больных язвенной болезнью были проанализированы ЭКС в 490 биологически активных точек, и ни в одном наблюдении нельзя было назначать КВЧ-терапию без предварительной нормализации ЭКС.

Результаты клинко-инструментального обследования мы проанализировали через 6–8 недель после выписки детей из стационара. Все больные были выписаны в состоянии клинко-эндоскопической ремиссии, что подтверждалось отсутствием эрозий и заживлением язвенного дефекта, отсутствием колонизации *H. pylori*. Показатели внутрижелудочной

pH-метрии указывали на нормальную кислотность желудочного сока, на аппарате «Гастроскан-24» были зарегистрированы единичные гастроэзофагеальные 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 клинко-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 pH-метрии. Динамика исследуемых гистологических показателей слизистой оболочки антрального отдела желудка у больных эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта при проспективном наблюдении представлена в табл. 3.

Приведенные данные проспективного наблюдения указывали на положительный результат комплексной эрадикационной и КВЧ-терапии у больных хроническим эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью. Так, у большинства больных хроническим эрозивным гастродуоденитом колонизация *H. pylori* в биопсийном материале не обнаруживали или она была минимальной. Степень воспаления характеризовалась как легкая или умеренная, при активности воспаления 1-й и 2-й стадии. Что касается атрофических изменений слизистой оболочки, то наряду с сохраняющимися признаками атрофических изменений нередко признаки атрофии слизистой оболочки отсутствовали. У больных язвенной болезнью колонизация *H. pylori* отсутствовали в 1,5 раза чаще, чем у больных хроническим эрозивным гастродуоденитом. В случаях сохранения колонизации *H. pylori* она была минимальной. Преобладала легкая, реже, почти в 2 раза, умеренная степень воспаления, 1-я стадия активности воспалительного процесса — значительно реже, стадия активности трактовалась морфологами как вторая.

Таблица 2

| ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКОЖНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ<br>В БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧКАХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ МЕРИДИАНОВ У БОЛЬНЫХ<br>ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА<br>В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ |                                             |       |                             |       |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|---------------------------------------------------|
| Показатель ЭКС в БАТ аппаратом<br>«СКЭНАР-97»                                                                                                                                                                                                   | Наблюдаемые дети, <i>n</i> = 198 (1386 БАТ) |       |                             |       | Показатель<br>достоверности<br>различий, <i>p</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | ЭГД, <i>n</i> = 128 (896 БАТ)               |       | ЯБ, <i>n</i> = 70 (490 БАТ) |       |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | абс.                                        | %     | абс.                        | %     |                                                   |
| Проводник (открытая) (18–22 у. е.)                                                                                                                                                                                                              | 14                                          | 1,56  | —                           | —     | —                                                 |
| Полупроводник (условно открытая)<br>(22–36)                                                                                                                                                                                                     | 457                                         | 51,0  | 263                         | 53,67 | —                                                 |
| Изолятор (закрытая) (45 < > 12)                                                                                                                                                                                                                 | 425                                         | 47,44 | 227                         | 46,33 | —                                                 |

Таблица 3

| ДИНАМИКА ИССЛЕДУЕМЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ<br>ОБОЛОЧКИ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭРОЗИВНЫМ<br>ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ |                     |      |                   |      |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------|-------------------|------|---------------------------------------------------|
| Гистологический признак                                                                                                                                                                                | Наблюдаемые больные |      |                   |      | Показатель<br>достоверности<br>различий, <i>p</i> |
|                                                                                                                                                                                                        | ХЭГ, <i>n</i> = 95  |      | ЯБ, <i>n</i> = 45 |      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                        | абс.                |      | абс.              | %    |                                                   |
| Степень колонизации <i>H. pylori</i>                                                                                                                                                                   |                     |      |                   |      |                                                   |
| 0 ст.                                                                                                                                                                                                  | 72                  | 75,8 | 26                | 57,8 | 2:4 < 0,05                                        |
| I ст., до 20 микробов в поле зрения                                                                                                                                                                    | 23                  | 24,2 | 19                | 42,2 | 2:4 < 0,05                                        |
| II ст., от 20 до 40 микробов в поле зрения                                                                                                                                                             | —                   | —    | —                 | —    |                                                   |
| III ст., более 40 микробов в поле зрения                                                                                                                                                               | —                   | —    | —                 | —    |                                                   |
| Степень воспаления                                                                                                                                                                                     |                     |      |                   |      |                                                   |
| I (легкая)                                                                                                                                                                                             | 52                  | 54,7 | 28                | 62,2 |                                                   |
| II (умеренная)                                                                                                                                                                                         | 43                  | 45,3 | 17                | 37,8 |                                                   |
| III (выраженная)                                                                                                                                                                                       | —                   | —    | —                 | —    |                                                   |
| Активность                                                                                                                                                                                             |                     |      |                   |      |                                                   |
| I стадия                                                                                                                                                                                               | 74                  | 77,8 | 31                | 68,8 |                                                   |
| II стадия                                                                                                                                                                                              | 21                  | 22,2 | 14                | 31,2 |                                                   |
| III стадия                                                                                                                                                                                             | —                   | —    | —                 | —    |                                                   |
| Атрофия                                                                                                                                                                                                |                     |      |                   |      |                                                   |
| Отсутствует                                                                                                                                                                                            | 40                  | 42,1 | 7                 | 15,6 | 2:4 < 0,05                                        |
| Различной степени выраженности                                                                                                                                                                         | 55                  | 57,9 | 38                | 84,4 | 2:4 < 0,05                                        |

Таблица 4

| ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКС В БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧКАХ<br>У БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО<br>ТРАКТА ЧЕРЕЗ 1–1,5 ГОДА ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ В ПЕРИОД КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ<br>РЕМИССИИ |                                            |      |                             |      |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------|-----------------------------|------|---------------------------------------------------|
| Показатель ЭКС в БАТ аппаратом<br>«СКЭНАР-97»                                                                                                                                                                                                      | Наблюдаемые дети, <i>n</i> = 140 (980 БАТ) |      |                             |      | Показатель<br>достоверности<br>различий, <i>p</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                                    | ЭГД, <i>n</i> = 95 (665 БАТ)               |      | ЯБ, <i>n</i> = 45 (315 БАТ) |      |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                    | абс.                                       | %    | абс.                        | %    |                                                   |
| Проводник (открытая) (18–22 у. е.)                                                                                                                                                                                                                 | 638                                        | 96,0 | 294                         | 93,3 | —                                                 |
| Полупроводник (условно открытая) (22–36)                                                                                                                                                                                                           | 27                                         | 4,0  | 21                          | 6,7  | —                                                 |
| Изолятор (закрытая) (45 < > 12)                                                                                                                                                                                                                    | —                                          | —    | —                           | —    | —                                                 |

В большинстве препаратов изучаемого биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела желудка были выявлены признаки атрофии слизистой оболочки различной степени выраженности.

Наряду с клиническим обследованием проводились ЭГДС и гистологическое исследование биопсийного материала слизистой оболочки антрального отдела желудка. При проспективном наблюдении

за больными также были определены показатели ЭКС в биологически активных точках изучаемых меридианов (табл. 4).

У детей, лечившихся по поводу хронического эрозивного гастродуоденита, было повторно проанализированы ЭКС в 665 биологически активных точках заинтересованных меридианов. Видно, что большинство биологически активных точек

(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 из них (93,3%) оказались «открытыми», в ряде наблюдений (6,7%) БАТ были условно открытыми.

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

## ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные нами результаты проспективного наблюдения за детьми с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяют сделать следующий вывод.

Использование в педиатрической практике схемы лечения больных с заболеваниями гастродуоденальной локализации, ассоциированных с *H. pylori*, оказываются не всегда эффективными. С нашей точки зрения, лечение больных с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов желудочно-кишечного тракта должно быть направлено не только на эрадикацию *H. pylori*, но и на нормализацию 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 неизвестных в детской гастроэнтерологии, весьма перспективно. Использование этого метода физиотерапии позволяет нормализовать вегетативное обеспечение функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта и получить клинически выраженные положительные результаты лечения, подтвердить их данными рН-метрии и результатами эндоскопического исследования. При проспективном наблюдении за больными положительный эффект сочетанной медикаментозной терапии и физиопунктуры подтверждается не только клинико-эндоскопическими, но и гистологическими исследованиями слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Указанные методы лечения особенно привлекательны в амбулаторно-поликлинических условиях, в дневных стационарах, не требуют пребывания больных в круглосуточном стационаре, не нарушают привычного стереотипа общения детей с родителями и позволяют ограничить лекарственную нагрузку. Последнее особенно важно для улучшения качества здоровья детей с хронической гастродуоденальной патологией, вынужденных получать длительную противорецидивную медикаментозную терапию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов К. Н., Перхов В. И., Балуев Е. Е. // Рос. педиатр. журн. — 2010. — № 1. — С. 7–12.
2. Малямова Л. Н. // Бюлл. сиб. мед. — 2005. — Прил. № 2. — С. 104–105.
3. Чередниченко А. М., Савинова Т. Л., Малямова Л. Н. // Общая врачебная практика. — 2004. — № 2. — С. 18–22.
4. Альтман Н. С., Чередниченко А. М., Гуляев В. Ю. и др. Рофэс-диагностика эрозивно-язвенного поражения верхнего отдела
5. Булатов В. П., Камалова А. А., Удачина Э. И. // Рос. педиатр. журн. — 2009. — № 6. — С. 32–34.
6. Чередниченко А. М., Малямова Л. Н. // Вопр. детской диетол. — 2007. — Т. 5, № 1. — С. 50.
7. Детская гастроэнтерология. Избранные главы/под ред. Баранова А. А., Климанской Е. В., Римарчук Г. В. — М., 2002. — С. 209–252.