

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
Диссертационный совет Д 14.13.001**

На правах рукописи

УДК 616.33-002.44-053.2-08

КОЖОНАЗАРОВА ГУЛЬСАРА КЕНЖЕБАЕВНА

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

14.01.08 - педиатрия

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор Алымкулов Р.Д.**

Бишкек – 2013

Работа выполнена на базе отделения гастроэнтерологии Национального центра охраны материнства и детства и на базе детского отделения Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Алымкулов Раушанбек Добулбекович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, доцент
Мамырбаева Турсун Турганбаевна

кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник
Саралинова Гюльнара Меровна

Ведущая организация: Международный университет Кыргызстана,
г. Бишкек

Защита состоится « 20 » июня 2013 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.13.001 при Национальном центре охраны материнства и детства МЗ КР (720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НЦОМид Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Автореферат разослан «_____» _____ 2013 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук**

А.С. Эшалиева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Отмечаемый за последние десятилетия рост гастродуоденальной патологии и более тяжелое ее течение выдвигают изучение различных аспектов этой патологии на одно из первых мест среди проблем современной медицины. Медико-социальное значение данной проблемы определяется значительным распространением этих заболеваний, хроническим рецидивирующим их течением, формированием основных видов патологии в наиболее ответственные этапы развития детей.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность хронических гастроэнтерологических болезней у детей в Кыргызской Республике колеблется от 80 до 240 на 1000 детского населения (К.К. Кожоназаров, Э.Ш. Алымбаев 2000). Повышенная распространенность их отмечается в возрасте 6-7 и 12-14 лет, т.е. в периоды интенсивного роста.

В последние годы благодаря внедрению антигеликобактерной терапии достигнуты большие успехи в лечении гастродуоденитов и язвенной болезни. Однако эти успехи пока не решают важнейшей проблемы - возникновение рецидивов заболевания. По данным литературы (Ю.В. Белоусов, 2006; Д.С. Бельмер с соавт., 2003; О.А. Горячева, 2010; А.М. Запруднов с соавт., 2011) у большинства детей, также как и у взрослых, после успешного лечения обострений гастродуоденитов и язвенной болезни возникают рецидивы в ближайшие 2 - 3 года.

В связи с этим актуальны разработка и внедрение в практику новых методов лечения и профилактики, поиск рациональных форм специализированной помощи детям при патологии пищеварительной системы.

Цель исследования. На основании изучения особенностей течения *H. pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологии и оценки эффективности различных методов терапии разработать комплексную программу лечения и реабилитации детей с хроническими гастритами и язвенной болезнью.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-эндоскопические особенности геликобактер-ассоциированных гастродуоденитов и язвенной болезни у детей.

2. Оценить эффективность различных схем антигеликобактерной терапии при лечении гастродуоденитов и язвенной болезни, ассоциированных *Helicobacter pylori*.

3. Изучить влияние синусоидально-модулированных токов с применением грязевой аппликации на течение хронических гастродуоденитов и язвенной болезни в восстановительном периоде.

4. Разработать модель реабилитационной терапии *H. pylori*-ассоциированных заболеваний гастродуоденальной зоны у детей.

Связь темы диссертации с основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научным учреждением

Исследование выполнялось в рамках основного плана НИР Научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения, № гос.регистрации ПМБМ – 05/2010.

Научная новизна исследования

- Подтвержден факт этиологической значимости *Helicobacter pylori* в реализации клинических проявлений гастродуоденитов и язвенной болезни у детей, при этом показано, что их особенностью являются стойкость болевого и диспепсического синдромов, высокая кислотность желудочного сока, выраженные симптомы активного воспалительного процесса при эндоскопическом исследовании.

- На основе анализа различных схем лечения детей с гастродуоденитами и язвенной болезнью доказана клиническая эффективность сочетанного использования с терапевтической целью блокаторов H₂ – рецепторов гистамина третьего поколения, блокаторов протонного насоса и антибактериальных препаратов.

- Доказана целесообразность использования в восстановительном периоде реабилитации детей, больных гастродуоденитами и язвенной болезнью, комплекса физических факторов, включающих грязевые аппликации с синусоидально-модулированными токами и электросон, что подтверждается снижением воспалительных и дистрофических изменений в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, нормализацией ее структуры, уменьшением проявлений вегето-сосудистой дистонии и восстановлением функции желчевыводящей системы.

- Впервые представлено новое решение проблемы лечения хронических гастродуоденитов и язвенной болезни у детей, новизна которого заключается в использовании трехэтапного метода врачебного контроля, отличающегося комплексностью, определенной последовательностью и непрерывностью.

Практическая значимость исследования

Для практического здравоохранения разработана модель реабилитации детей с H_p-ассоциированными гастродуоденитами и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, включающая три последовательных этапа:

1. Стационарное лечение, предполагающее использование комплекса антибактериального лечения.

2. Восстановительный период, включающий стационарное лечение с использованием физических факторов.

3. Диспансерное наблюдение с регулярным контролем за течением заболевания и проведением адекватной терапии.

Предложенный алгоритм реабилитации детей с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки позволит

сократить сроки лечения больных и увеличить число пациентов с безрецидивным течением заболеваний.

Экономическая значимость полученных результатов

Внедрение комплексной трехэтапной схемы лечения детей, больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, включающей стационарный, санаторный и реабилитационный этапы, будет иметь медико-экономическую эффективность за счет сокращения сроков лечения и частоты рецидивов заболевания.

Внедрение результатов исследования

Основные результаты исследования внедрены в практику работы детского отделения КНИИК и ВЛ и отделения гастроэнтерологии НЦОМид. Полученные данные используются в обучении студентов и клинических ординаторов Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. При гистологическом исследовании антрального отдела слизистой оболочки желудка у 90% детей с гастродуоденитом и у 100% язвенной болезнью выявляется *Helicobacter pylori* (Hр).

2. Hр-ассоциированная патология гастродуоденальной зоны у детей проявляется более выраженной клинической симптоматикой.

3. Внедрение трехэтапного восстановительного лечения детей с Hр-ассоциированными гастродуоденитами и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у детей позволяет сократить частоту рецидивов заболеваний и практически решить проблему лечения гастродуоденитов и язвенной болезни, ассоциированных *Helicobacter pylori* (Hр).

Личное участие автора

Участие автора охватывает все разделы планирования и выполнения общеклинических, инструментальных и статистических методов исследования. На основании полученных данных сформулированы выводы и заключения.

Апробация результатов диссертации

Основные положения диссертации доложены на конференции НЦОМид (Бишкек, 2011); заседании общества педиатров Кыргызской Республики (Бишкек, 2012); на конференции КНИИКиВЛ (с. Таш-Тюбе, 2012).

Полнота отражения результатов исследования в публикациях

Результаты исследования опубликованы в 11 печатных работах, в том числе в 10 статьях и 1 методической рекомендации.

Структура диссертации

Диссертация изложена на 105 страницах, состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций. Библиография включает 171 источник. Работа иллюстрирована 13 таблицами и 6 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении диссертации представлены обоснование необходимости и актуальность проведения исследования, новизна, практическая значимость.

В первой главе – в литературном обзоре представлен анализ публикаций по выполненной теме с акцентом на спорных суждениях и на вопросах, требующих дальнейшего изучения.

Во второй главе представлены сведения о материалах и методах исследования.

Исследование проводилось на базе отделения гастроэнтерологии НЦОМид МЗ Кыргызской Республики и детского отделения КНИИ курортологии и восстановительного лечения.

Под наблюдением находилось 130 больных хроническим гастродуоденитом (ХГД) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в возрасте от 9 до 14 лет, в том числе с ХГД - 90 и с язвенной болезнью - 40.

Проводилась оценка клинических, лабораторно-инструментальных данных, поэтапной эффективности лечения.

Больные прошли три этапа лечения:

1. Стационар – отделение гастроэнтерологии НЦОМид.
2. Санаторное лечение – детское отделение КНИИ курортологии и восстановительного лечения.
3. Диспансерное наблюдение.

Анамнестическое исследование проводилось по специально составленной карте, включающей вопросы социального, гигиенического и биологического характера.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) проведена всем 130 больным на трех этапах наблюдения. Во время ЭГДС определялось состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, проводилась прицельная биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка (СОЖ).

Для определения *Helicobacter pylori* проводилась бактериоскопия отпечатков СОЖ, окрашенных по Гимзе.

Кислотообразующая функция желудка определялась портативным рН-метром 40 больным ХГД и 26 больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки трехкратно – до начала лечения, перед выпиской из стационара и перед выпиской после санаторного лечения.

Также всем больным проводилось ультразвуковое исследование.

Статистическая обработка полученных количественных данных осуществлялась методом определения общепризнанных критериев параметрической статистики, с расчетом относительных показателей, средних величин и критерия достоверности различий Стьюдента.

В третьей главе представлены результаты собственных исследований, касающиеся клинической и эндоскопической характеристики обследованных больных.

Под наблюдением находилось 130 больных, в том числе с ХГД - 90, ЯБДПК – 40.

Основной жалобой больных с гастродуоденальной патологией была боль в животе. При хроническом гастродуодените боли носили полиморфный характер, чаще всего имели ноющий, иногда приступообразный характер, в основном были связаны с приемом пищи. Особенно часто боли появлялись после приема острой, жирной пищи, при употреблении пищи «всухомятку». Возникали через 30-40 минут, а иногда через 1 – 1,5 часа после еды. Нередко больные гастродуоденитом предъявляли жалобы на "голодные" и «ночные» боли.

У основной массы больных детей с язвенной болезнью отмечались «голодные» и «ночные» боли. Дети ночью просыпались из-за резких болей в животе, у 2/3 из них боли носили типичный Мойнигановский характер «голод-боль - прием пищи – успокоение».

Таблица 1 - Характеристика болей у больных в зависимости от инфицированности Нр (%)

Нозологическая форма		ХГД Нр (-) n=30	ХГД Нр (+) n=40	ЯБДПК Нр (+) n=40	p
Характер болей	Ноющие	66±5,1	25±4,3	7,5±1,9	
	Коллющие	24±4,0	15±3,4	7,5±2,5	
	Схваткообразные	10±2,8	60±4,6	85±3,4	<0,001
	Умеренные	76±4,0	20±3,8	10±2,8	
	Интенсивные	24±4,0	80±3,8	90±2,8	<0,001
	Кратковременные	32±4,4	12,5±3,1	5±2,0	
	Продолжительные	68±4,4	87,5±3,1	95±2,0	<0,001
Время появления	Через 20 мин после еды	12±3,0	10±2,8	-	
	Через 1-1,5 часа после еды	54±4,7	50±4,7	15±3,4	
	Голодные и ночные	22±3,9	38±4,6	85±3,4	<0,001
	Не связаны с приемом пищи	12±3,0	-	-	

Как видно из таблицы 1, при Нр-ассоциированных гастродуоденитах, у большинства больных имели место схваткообразные (60%), интенсивные

(80%) и поздние ночные (90%) боли.

При язвенной болезни у основной группы больных наблюдались схваткообразные (85%), интенсивные (90%) и продолжительные (95%) боли. У 85% из них боли носили голодный и ночной характер.

Отличительной особенностью болевого синдрома при Нр-ассоциированных заболеваниях являлось упорство, продолжительность и интенсивность. Из диспепсических проявлений при хроническом гастродуодените наблюдались тошнота, временами рвота, снижение аппетита, а у больных язвенной болезнью при удовлетворительном и хорошем аппетите была склонность к запорам. Локализация болей в животе имела значение для диагностики заболевания.

Таблица 2 - Локализация болей в животе у обследованных больных (%)

Нозологическая форма	ХГД Нр (-) n=30	ХГД Нр (+) n=40	ЯБДПК Нр (+) n=40	P
Локализация				
Эпигастральная область	36±4,6	20±3,8	-	<0,001
Пилорoduоденальная область	48±4,7	64±5,7	85±3,4	<0,05
Вокруг пупка	42±4,7	52±4,7	15±3,4	<0,001
Одновременно в 3-х точках	72±4,2	84±3,4	10±2,8	<0,001
По всему животу	16±3,4	12±3,0	-	

Из данных, приведенных в таблице 2, видно, что большинство больных Нр-ассоциированным гастродуоденитом и язвенной болезнью жаловались на боли в пилорoduоденальной области (64 и 85% соответственно), боли вокруг пупка были у 52% больных гастродуоденитом, а у больных язвенной болезнью - только у 15%, одновременная боль в 2-3 точках отмечалась у 84% и 10% больных соответственно.

Жалобы на боли в животе и диспепсические расстройства исчезали в конце первой недели или в начале второй недели заболевания. Некоторые дети предъявляли жалобы на боли в эпигастральной и пилорoduоденальной области даже в период второго этапа - восстановительного лечения. У таких детей боли угасли в процессе проведения восстановительного лечения.

Таким образом, у большинства больных ХГД боли локализовались одновременно в эпигастральной, пилорoduоденальной области и вокруг пупка, а при язвенной болезни резкие схваткообразные боли занимали ограниченное пространство в пилорoduоденальной области.

При пальпации живота у всех больных имела место болезненность различной степени. У больных гастродуоденитом боли в период обострения болезни были резко выраженными при глубокой пальпации. Пальпаторная болезненность оставалась даже в период неполной клинической ремиссии перед выпиской из стационара.

Как видно из таблицы 3, пальпаторные боли в эпигастральной области в основном отмечены у детей с хроническим гастродуоденитом с отрицательным анализом на Нр. Боли в пилорoduоденальной области регистрировались у большинства больных во всех трех группах, особенно при язвенной болезни (90%). Боли в нескольких точках отмечались в основном у больных гастродуоденитом, а у детей с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки - только в 10% случаев.

Резкая болезненность при пальпации имела место в большинстве случаев у больных Нр-ассоциированным гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (75,0% и 85,5% соответственно). Почти у всех больных был отмечен положительный симптом Менделя.

Таблица 3 - Характеристика пальпаторной болезненности у больных (%)

Нозологическая форма / Клинические симптомы	ХГД Нр (-) n=30	ХГД Нр (+) n=40	ЯБДПК Нр (+) n=40	P
Эпигастральная область	46,6±4,7	22,5±3,9	5,0±2,0	<0,001
Правое подреберье	13,3±3,2	12,5±3,2	7,5±2,5	
Пилорoduоденальная область	66,6±4,4	75,0±4,1	90,0±2,8	<0,05
В области пупка	50,0±4,7	77,5±3,9	10,0±2,8	<0,005
В нескольких точках	80,0±3,8	90,0±2,8	12,5±3,2	<0,001
Умеренная болезненность	53,3±4,7	25,0±4,1	12,5±3,2	<0,05
Резкая болезненность	46,7±4,7	75,0±4,1	87,5±3,2	<0,05

Таким образом, у больных Нр-ассоциированным гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки боли в животе при пальпации в период обострения болезни имели идентичные характерные особенности. Пальпаторные боли преимущественно локализовались в пилорoduоденальной области, при глубокой пальпации наблюдалась резкая болезненность.

Также на основании жалоб и проведенных объективных и инструментальных методов исследования детей с гастродуоденальной

патологией установлено, что почти у половины больных ХГД и ЯБДПК заболевание протекало с вовлечением в патологический процесс желчевыводящих путей, тонкого и толстого кишечника.

Всем 130 больным проводилась ЭГДС, во время которой определялось состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки до и после лечения. Во время сеанса ЭГДС проводилась прицельная биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка для исследования на Нр.

Из 90 больных ХГД у 25 (27,7%) была выявлена поверхностная, у 56 (62,3%) – гипертрофическая и у 9 (10,0%) - эрозивная формы. Поверхностные и гипертрофические гастродуодениты чаще наблюдались у девочек (68 и 32% соответственно), а эрозивный - у мальчиков (55,5 и 44,4% соответственно).

При поверхностном гастродуодените отмечалась умеренная гиперемия и отек слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, в антральном отделе отмечалась выраженная зернистость, местами покрытая фибрином. Слизистая была легко ранимая, при соприкосновении с аппаратом отмечалось кровотечение.

Слизистая оболочка при гипертрофическом гастродуодените отличалась гиперемией антрального отдела желудка, луковица двенадцатиперстной кишки выглядела грубой, отечной, складки плохо расправлялись. Кроме того она была гипертрофированной с полиповидными элементами типа «булыжной мостовой».

Эрозивный гастродуоденит характеризовался ярко выраженной гиперемией, отеком слизистой оболочки и ее кровоточивостью. Около привратника или в слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки выявлялись эрозии небольших размеров.

При язвенной болезни почти всегда имел место гипертрофический или поверхностный гастродуоденит. Язва в основном локализовалась в двенадцатиперстной кишке. Луковица двенадцатиперстной кишки при наличии язвы была ярко гиперемированной, отечной и легко ранимой. Язва была покрыта фибринозным налетом, вокруг имел место воспалительный отечный вал.

Детям были свойственны небольших размеров, поверхностные язвы. Глубокие и большие язвы наблюдались очень редко. При заживлении в большинстве случаев рубцы были поверхностными, не деформирующими, или даже процесс заканчивался без рубцовых изменений. В двух случаях имела место двойная локализация язвы - в антральном отделе желудка и в луковице двенадцатиперстной кишки.

При проведении ЭГДС у детей с гастродуоденальной патологией с Нр отрицательным и Нр - положительным результатом выявлены различной степени выраженности изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

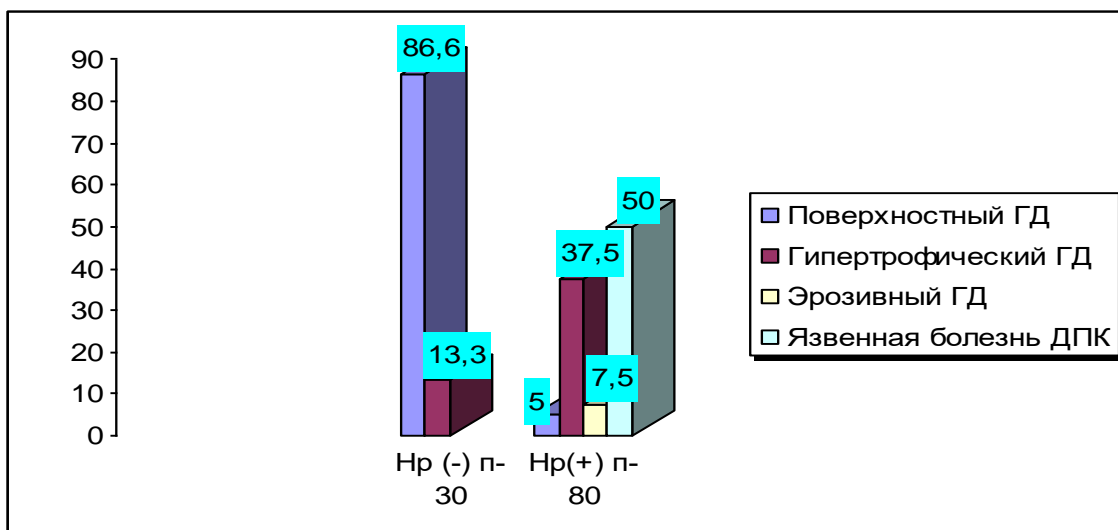


Рис. 1. Результаты ЭГДС исследований в зависимости от наличия *Hr*-инфекции.

Как видно из рис.1, поверхностный гастродуоденит наблюдался в основном у детей, неинфицированных *Hr* (86,6%), а гипертрофический – чаще был у детей с *Hr*-положительной патологией (13,3% и 37,5% соответственно). У всех больных эрозивным гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявлен *Hr* в слизистой оболочке антрального отдела желудка.

При проведении эзофагогастродуоденофиброскопии у *Hr* инфицированных больных наблюдалось наиболее тяжелой степени поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Выявлены признаки активного воспаления - резкая гиперемия, отек, высокая степень ранимости при соприкосновении с аппаратом.

В четвертой главе представлены данные исследования секреторной функции желудка.

Обследовано 66 детей с гастродуоденальной патологией, в том числе 20 – с ХГД с отрицательным анализом на *Hr* (контроль), 20 – с ХГД с положительным анализом на *Hr* и 26 – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, все с *Hr*⁺.

Повторное исследование проводили перед выпиской из стационара 58 больным (17-ХГД *Hr* -, 19 -ХГД с *Hr* + и 22 ЯБДНК с *Hr* +).

Всего сделано 124 исследования на кислотообразующую функцию желудка. Результаты исследования представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, у больных *Hr* ассоциированным гастродуоденитом показатели рН-метрии желудочного сока в период обострения болезни, как в базальной, так и в стимулированной секреции, ниже, чем в контроле. После проведенной антисекреторной терапии (в период ремиссии) показатели рН достоверно повысились.

Таблица 4 - Результаты рН-метрии желудочного сока у обследованных больных (М ± м)

Диагноз	Период болезни	n	РН базальной секреции	РН стимулированной секреции
ХГД Нр (-) (контроль)	Обострение	20	1,70 ± 0,06	1,50 ± 0,06
	Ремиссия	17	2,20 ± 0,08	1,70 ± 0,11
Р			<0,05	<0,05
ХГД Нр (+)	Обострение	20	1,40 ± 0,1	1,11 ± 0,15
	Ремиссия	19	2,15 ± 0,15	1,60 ± 0,2
Р			<0,05	<0,05
ЯБ ДПК Нр (+)	Обострение	26	0,90 ± 0,08	0,71 ± 0,09
	Ремиссия	22	1,84 ± 0,21	1,60 ± 0,12
Р			<0,001	<0,001

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в период обострения болезни еще до лечения, имел место низкий уровень базальной и стимулированной секреции. В конце курса антисекреторной терапии уровень желудочной секреции повысился в два раза, по сравнению с исходным показателем.

Пятая глава посвящена оценке реабилитационной терапии гастродуоденальной патологии у детей.

Все больные, находившиеся под наблюдением, в зависимости от применяемого метода лечения были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 50 больных ХГД, которые не подверглись обследованию на наличие в слизистой оболочке желудка Нр, в стационаре им применялся ранее общепринятый метод лечения (антациды, спазмолитики, холинолитики, седативные препараты).

Во вторую группу вошли 40 больных, из них 20 - с Нр ассоциированным гастродуоденитом и 20 - с язвенной болезнью, получавшие трехкомпонентную терапию - квамател (фамотидин) по 20 мг 2 раза в день 10 дней, затем 18 дней по 20 мг 1 раз в день + ампициллин или амоксициллин по 0,25 г 3 раза в день 10 дней + метронидазол по 0,25 г 3 раза в день 10 дней.

В третью группу вошли тоже 40 детей (20 - с Нр ассоциированным гастродуоденитом и 20 - с ЯБ ДПК), получавшие омепразол по 20 мг 2 раза в день, 7 дней, затем - по 20 мг 1 раз в день + кларитромицин по 0,25 г 2 раза в день 10 дней + метронидазол по 0,25 г 2 раза в день 10 дней.

Основными критериями эффективности первого этапа лечения служили снижение активности воспалительного процесса, сроки рубцевания язвенного дефекта на ЭГДС, отсутствие Нр в слизистой оболочке антрального отдела желудка, исчезновение или уменьшение болевого и диспепсического

синдромов. Результаты лечения наблюдаемых больных представлены в таблице 5.

Таблица 5 - Результаты различных методов лечения наблюдаемых больных

Показатели эффективности	Традиционная терапия n=50	Квамател+ ампициллин+ трихопол; n=40	Омепразол+ кларитромицин + трихопол n=40	P
Сроки исчезновения в днях				
Абдоминальные боли	13,4 ± 0,5	6,5 ± 0,4	4,6 ± 0,6	<0,05
Диспепсические проявления	12,5 ± 0,6	6,0 ± 0,7	4,8 ± 0,8	<0,05
Болезненность при пальпации	22,8 ± 1,2	16,1 ± 1,1	14,3 ± 0,9	<0,05

Как видно из представленных данных (табл.5), на фоне трехкомпонентной терапии у больных детей второй и третьей групп наблюдалось быстрое улучшение объективной симптоматики, уже на первой неделе от начала лечения. Это проявлялось в виде исчезновения болей в животе и диспепсических проявлений (тошнота, рвота, запоры) у 34 (85%) больных детей третьей группы на 4-5 сутки. В то же время у больных второй группы, принимавших квамател + ампициллин + трихопол, болевой синдром купировался и исчезли диспепсические проявления у 30 (75%) на 6-7 сутки.

Сроки исчезновения болевого синдрома и диспепсических проявлений у больных первой группы были почти в 2-3 раза длительнее, чем у детей второй и третьей групп. Так, абдоминальные боли у 41 (82%) из 50 больных купировались на 12-13 день, а диспепсические проявления - на 12-й день, т.е. в конце второй недели от начала лечения.

Дольше всех объективных симптомов сохранялись пальпаторные боли. У большинства больных первой группы они держались постоянно до перевода на санаторное лечение, а у больных второй и третьей групп – у $16,1 \pm 1,1$ и $14,3 \pm 0,9$ дня соответственно. Довольно длительное время регистрировались пальпаторные боли и у больных ЯБДПК. Даже в период санаторного лечения почти у половины больных отмечалась болезненность при глубокой пальпации живота.

Динамика эндоскопической картины в период стационарного лечения у всех трех групп больных представлена на рисунках 2,3.

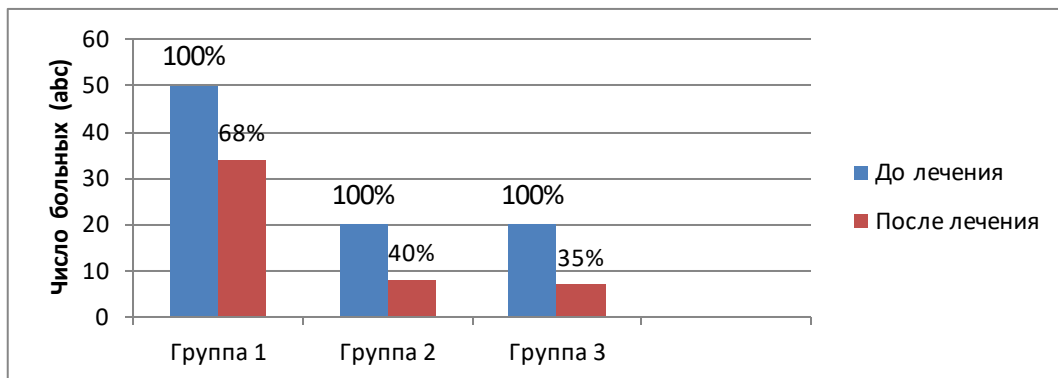


Рис. 2. Эндоскопические показатели в период стационарного лечения.

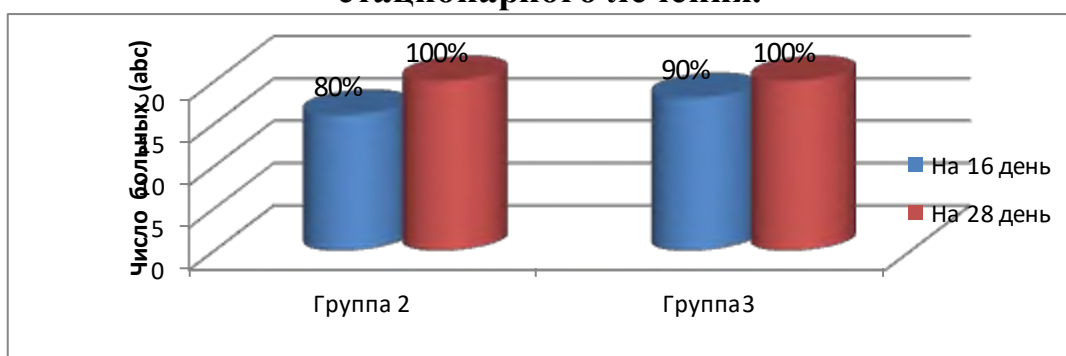


Рис. 3. Сроки рубцевания язвы в период лечения.

Из приведенного (рис. 2,3) ясно, что применение H_2 блокаторов гистамина и блокаторов протонного насоса в комплексе с антибиотиками и антипротозойными препаратами обеспечивало рубцевание язв в течение 3–4 недель у 100% больных. В то же время рубцевание язв не всегда сопровождалось снижением активности воспалительного процесса слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучение их saniрующего эффекта при H_p проведено у больных второй и третьей групп, так как больным первой группы исследование на инфицированность не проводилось.

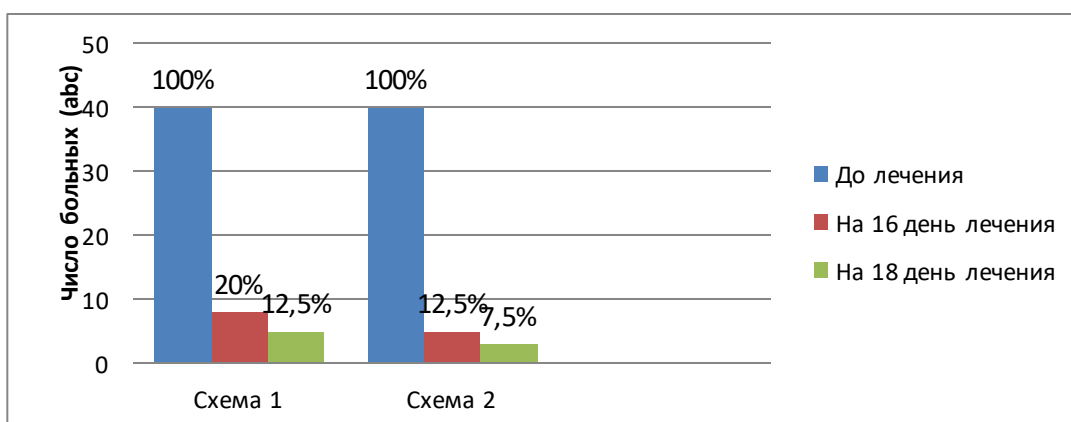


Рис. 4. Результаты антигеликобактерной терапии у наблюдавшихся больных.

Выявляемость Нр у больных, получавших антигеликобактерную терапию, приведена на рисунке 4.

Антигеликобактерная терапия предусматривала обязательное подтверждение наличия обсемененности слизистой оболочки желудка Нр до начала и полноты эрадикации микроорганизмов после завершения курса лечения. Применение трехкомпонентной терапии квамателом предусматривало 4-х недельный курс и 2-х кратное обследование на наличие Нр на 16 и на 28 дни лечения. Курс лечения омепразолом, кларитромицином и трихополом был рассчитан на 14 дней, после чего проводилась повторная эндоскопия с прицельной биопсией.

В обеих группах было по 20 детей с Нр ассоциированным гастродуоденитом и по 20 - с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Из 40 детей, получавших квамател + метронидазол + ампициллин (схема 1), на 16 день лечения оставалось 8 (20%) с Нр положительным результатом, а из получавших омепразол + кларитромицин + метронидазол (схема 2) - 5 (12,5%) больных. Детям первой группы было продолжено лечение квамателом до 28 дней, а 5 детям второй группы был назначен второй курс лечения на 10 дней теми же медикаментами. При повторном обследовании на 28 день лечения среди больных первой группы осталось с Нр положительным тестом 5 (12,5%) детей, а во второй группе - 3 (7,5%).

Таким образом, санация от Нр у детей, получавших квамател + метронидазол + ампициллин, отмечена в 87,5% случаев, а у детей, леченных омепразолом + метронидазолом + кларитромицином, - в 92,5%.

Все 130 больных, выписанных из стационара, в течение первого месяца были направлены в детское отделение КНИИ курортологии и восстановительного лечения для проведения второго этапа реабилитационной терапии.

Из 80 больных с Нр ассоциированным гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки к моменту выписки не наступила эрадикация Нр у 8 (10%) детей. У всех 40 больных ЯБ ДПК имела место полная репарация язвенного дефекта. В то же время у 34 (68%) из 50 детей первой группы, у 16 (40%) второй и у 13 (32,5%) третьей группы при выписке имели место эндоскопические признаки активного гастродуоденита.

Все 130 детей, поступившие на реабилитационную терапию, получали комплекс физических факторов лечения:

1. Электрогрязь на эпигастральную область проводили с использованием синусоидально-модулированных токов (СМТ) аппаратом "Амплипульс". Для этой процедуры использовали камышановскую торфяную грязь. Грязевые аппликации проводились ежедневно, продолжительностью 40-60 минут, всего 10-12 процедур.

Применение электрогрязи с использованием СМТ в комплексной терапии больных гастродуоденитом и язвенной болезнью положительно влияет на клиническое течение и морфологические проявления болезни.

2. Для коррекции расстройств центральной и вегетативной нервной систем использовали импульсные токи низкой частоты (электросон) ежедневно до 10-12 процедур аппаратом "Электросон-5", с частотой 5-10 Гц, с длительностью импульсов 0,5 мс, силой тока 1,5-2 мА (в зависимости от чувствительности). Продолжительность процедуры составляла 20 минут в начале и 30 - в конце курса.

3. Комплекс лечебной физкультуры (ЛФК).

Таблица 5 - Результаты проведенного лечения у обследованных больных

Показатели эффективности	Первая группа		Вторая группа		Третья группа	
	n = 50		n = 40		n = 40	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
При поступлении абдоминальные и диспепсические проявления	46	92,0	26	65,0	13	32,5
Исчезли к концу лечения	44	95,6	26	100,0	13	100,0
Исчезли признаки активного воспаления	50	100,0	40	100,0	40	100,0
Эрадикация Нр	-	-	37	92,5	38	95,0

Как видно из таблицы 5, периодические абдоминальные боли, тошнота, изжога, запоры, имеющие место при поступлении на санаторное лечение, к концу комплексной терапии (СМТ, электросон, ЛФК) исчезли почти у всех больных.

После выписки из санатория больным проводилось контрольное эндоскопическое исследование слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с прицельной биопсией антрального отдела и исследование биоптата на наличие Нр.

У всех больных исчезла эндоскопическая картина активного хронического гастродуоденита (гиперемия, отек, ранимость, зернистость). Структура слизистой оболочки пилорического отдела желудка практически не отличалась от нормы. Эрадикация Нр наблюдалась у 92,5% больных второй группы и у 95% - третьей группы. Хороший терапевтический эффект от комплексного применения физических факторов получен почти у всех больных.

Следовательно, комплекс физических факторов в период восстановительного лечения оказывал благоприятное действие на состояние слизистой оболочки желудка у детей с гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, способствовал снижению воспалительных и дистрофических изменений и относительной нормализации ее структур.

Одной из существенных последствий эрадикации *Нр* было уменьшение базальной и стимулированной секреции. Уменьшение кислотообразования в желудке наступало в конце восстановительного лечения в условиях санатория. На снижение кислотообразования в желудке существенное влияние оказывало лечение блокаторами H_2 -рецепторов гистамина и протонного насоса с последующим применением комплекса физических факторов.

Для оценки эффективности противорецидивного лечения детей с гастродуоденальной патологией проведено наблюдение над 47 детьми первой группы, не подвергавшихся исследованию на обсемененность *Нр* и получивших на первом этапе традиционные методы лечения (антацидные препараты, холинолитики, репаранты), 30 детьми из второй группы (из них 13 с гастродуоденитом и 17 с ЯБ ДПК), принимавших квамател + ампициллин + трихопол и 28 - из третьей группы (12 с гастродуоденитом и 16 с ЯБ ДПК), получавших омепразол + кларитромицин + трихопол. Всего было 105 пациентов.

Все 105 наблюдавшихся детей на третьем амбулаторном этапе в зависимости от метода противорецидивного лечения были разделены на 4 группы.

В 1-ю группу вошли 24 ребенка из 50, которые после санаторного лечения не получали противорецидивной терапии.

Ко 2-й группе отнесены 23 больных, которые находились на общепринятой сезонной противорецидивной терапии ранней весной и поздней осенью. Кроме диеты больным назначались на 4 недели антациды (алмагель или маалокс), М-холинолитики (но-шпа или платифиллин), репаранты (облепиховое масло) и отвары трав.

В 3-ю группу вошло 30 детей (13 с гастродуоденитом и 17 с ЯБ ДПК), в стационаре они получали квамател + ампициллин + трихопол, после выписки из санатория эрадикация *Нр* наблюдалась у 37 из 40 больных. В качестве противорецидивной терапии им назначались ежеквартально квамател по 20 мг один раз в день на ночь в течение 10 дней + метронидазол по 0,25 г 2 раза в день в течение 7 дней.

4-я группа состояла из 28 больных (12 с гастродуоденитом и 16 с ЯБ ДПК), получавших в стационаре трехкомпонентную терапию из блокаторов протонного насоса, кларитромицина и трихопола.

После выписки из санатория, спустя месяц, им назначались ежеквартально омепразол по 20 мг через день в течение 2-х недель и метронидазол по 0,25 г два раза в день 7 дней.

Дети осматривались гастроэнтерологом один раз в 6 месяцев. Длительность наблюдения составляла 2 года. Больные третьей и четвертой групп один раз в год подвергались эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией для определения Нр.

Интерес представляли частота и сроки возникновения рецидивов хронических гастродуоденитов и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, степень инвазии слизистой оболочки желудка пилорическими геликобактериями в зависимости от методики противорецидивной терапии.

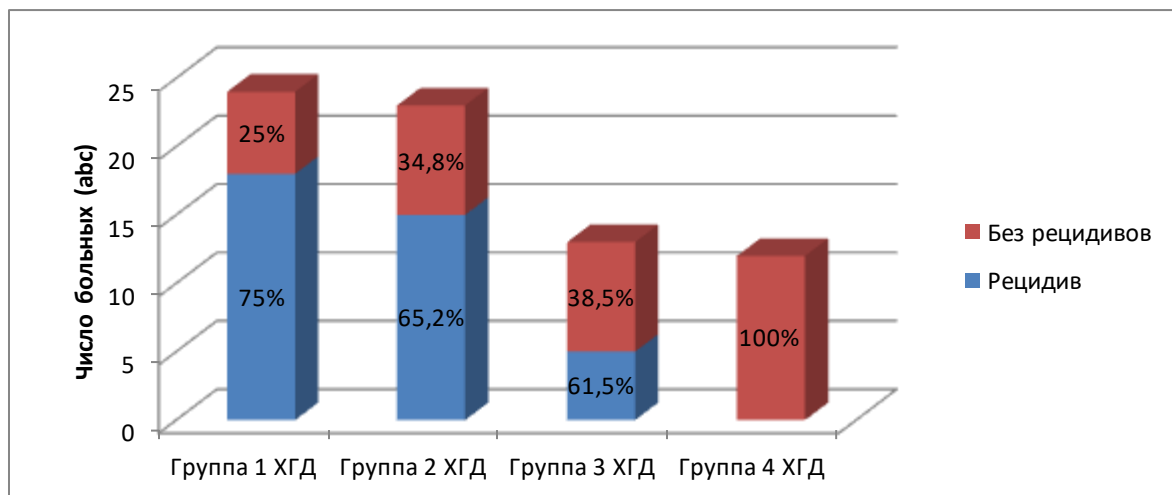


Рис. 5. Эффективность противорецидивного лечения у детей с ХГД.

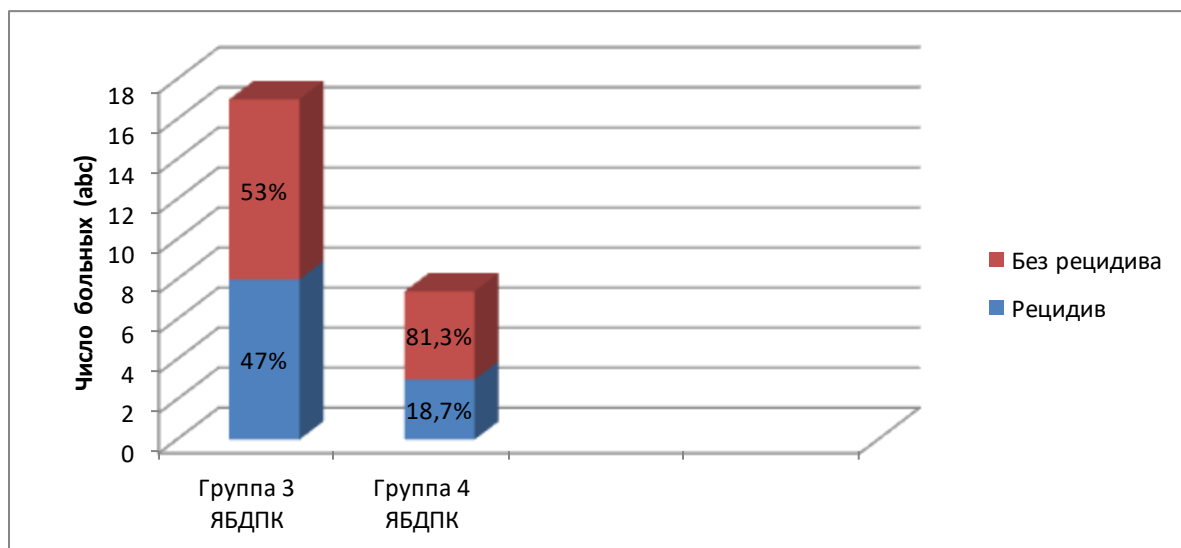


Рис. 6. Эффективность противорецидивного лечения у детей с ЯБДПК.

Как видно из рисунков 5,6, рецидивы были отмечены у 18 из 24 (75%) детей первой группы, не получавших противорецидивной терапии в течение первого года наблюдения. Несколько реже - у 15 из 23 (65,2%) рецидивы возникали у больных второй группы, получавших сезонную противорецидивную терапию антацидами, репарантами и отварами трав.

Динамическое наблюдение за больными детьми в период ремиссии выявило, что в первых двух группах после санаторного лечения рецидивы возникали через 10,5 и 12,5 месяцев.

В течение 2-х лет наблюдения рецидивы не имели место у 6 (25%) больных первой группы и у 8 (34,8%) – второй группы. Основная причина рецидива заболевания по мнению родителей - это нарушение режима, диеты и перенесенные интеркуррентные заболевания. Дети этих групп не были обследованы на инфицированность Нр, поэтому нам не представилось возможным выяснить участие этой инфекции в обострении заболевания.

Среди детей 3-й группы, получавших в качестве противорецидивной терапии квамател и трихопол ежеквартально, первое обострение язвенной болезни наступило только на 10 месяц после выписки из санатория у одного ребенка, к концу года эндоскопически язвы определялись у 5 из 17 детей (29,4%). К концу второго года - у 8 (47%). Средняя продолжительность ремиссии была 14,5 месяцев.

У больных хроническим гастродуоденитом первое обострение у 2-х детей из 13 (15,4%) отмечено к концу года после окончания второго этапа лечения, к концу второго года обострение наступило еще у 3 (23,0%) детей. Средняя продолжительность ремиссии у больных гастродуоденитом составила 16 месяцев, к концу второго года наблюдения не имели рецидивов 8 (61,5%) детей с гастродуоденитом и 9 (53%) детей с язвенной болезнью.

Степень инвазии слизистой оболочки желудка пилорическими геликобактериями у больных третьей группы была выше, чем процент обострения болезни. Так, к концу второго года обострение гастродуоденита отмечалось у 38,5% больных, а Нр определялись у 69,2% детей. У больных язвенной болезнью обострение болезни отмечено у 47%, а инвазирование имело место у 76,4% больных. При эндоскопическом исследовании язва двенадцатиперстной кишки обнаруживалась к концу срока наблюдения менее чем у половины больных, а обсемененность слизистой оболочки желудка Нр выявлена у 3/4 из них. Из этого следует, что повторно инфицированные Нр дети не гарантированы от рецидива заболевания.

В 4-й группе детей, принимавших в качестве противорецидивного лечения омепразол по 20 мг через день и трихопол по 0,25 г 2 раза в день ежеквартально, первые рецидивы заболевания отмечены к концу года наблюдения у одного больного язвенной болезнью. У двух больных язва двенадцатиперстной кишки была выявлена к концу срока наблюдения. Средний срок возникновения рецидива язвы составил 18 месяцев. У больных хроническим гастродуоденитом в 4-й группе до конца срока наблюдения обострение болезни не наблюдалось.

Обсемененность Нр у больных 4-й группы в конце срока наблюдения зарегистрирована у 3 больных хроническим гастродуоденитом из 12 (25%) и у 5 (31,2%) больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. У больных

4-й группы, так же как и в третьей, обсемененность Нр не коррелировала с обострением заболевания.

ВЫВОДЫ

1. В этиологии гастродуоденитов и язвенной болезни 12-перстной кишки у детей ведущая роль принадлежит инфекции *Helicobacter pylori*, что подтверждается высокой степенью ее наличия, составляющей 80% и 100% соответственно.

2. Характерной особенностью Нр ассоциированных заболеваний гастродуоденальной сферы у детей является выраженная клиническая симптоматика в виде стойкого болевого и диспепсического синдромов, в сочетании с эндоскопическими симптомами активного воспаления слизистой, высокой кислотностью желудочного содержимого и вовлечением в процесс других органов и систем.

3. Трехкомпонентный метод лечения Нр ассоциированных гастродуоденитов и язвенной болезни антибактериальными и антисекреторными препаратами является наиболее приемлемым в педиатрической практике, так как его эффективность подтверждена эрадикацией Нр, достижением полной клинико-эндоскопической ремиссии воспаления и рубцевания язвенных процессов.

4. В качестве мер восстановительного лечения эффективным является применение аппликаций электрогрязи с помощью синусоидально-модулированных токов в комплексе с другими физическими факторами (электросон, ЛФК), реабилитационное действие которых проявляется в снижении воспалительных и дистрофических изменений слизистой желудка, нормализации ее структуры, а также в снижении симптомов ВСД и восстановлении функции желчевыводящих путей.

5. Ежеквартальное противорецидивное лечение омепразолом в комбинации с антибактериальными препаратами способствует предупреждению рецидивов заболеваний гастродуоденальной системы у большей части больных детей в течение 2-х лет.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Алгоритм медицинского ведения детей, больных Нр ассоциированными гастродуоденитами и язвенной болезнью

І этап

Стационарное лечение – трехкомпонентная терапия с использованием схем:

- квамател + кларитромицин + метронидазол в возрастных дозировках, в течение 10 дней;
- или
- омепразол + кларитромицин + метронидазол, в возрастных дозировках, в течение 10 дней.

Эндоскопический контроль состояния слизистой желудка и исследование на обсемененность Нр до и после лечения.

ІІ этап

Восстановительное лечение в условиях санатория:

- электрогрязь на эпигастральную область с использованием синусоидально-модулированных токов (СМТ), через день, по 40-60 минут, 10-12 процедур;
- электросон с использованием импульсных токов низкой частоты (5-10 Гц, длительностью импульсов 0,5 мс, силой тока 1,5-2 МА), по 20-30 минут, 10-12 процедур;
- комплекс ЛФК с постепенным увеличением нагрузок.

Эндоскопический контроль слизистой желудка и Нр обсемененности после лечения.

ІІІ этап

Диспансерное наблюдение, включающее:

- консультации гастроэнтеролога и ежеквартальное противорецидивное лечение трехкомпонентным составом антибактериальных и антисекреторных препаратов в течение 2 лет.

Эндоскопический контроль слизистой желудка и обсемененности Нр по назначению врача.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. **Кожоназарова Г.К.** Реабилитационная терапия гастродуоденальной патологии у детей [Текст] / Д.А.Алымкулов, Ф.М.Тойчиева, Г.К.Кожоназарова // Материалы научно-практической конференции «Вопросы охраны матери и ребенка в современных условиях». - Бишкек, 1999. – С. 11-15.
2. **Кожоназарова Г.К.** Особенности геликобактер-ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны у детей, проживающих в сельской местности [Текст] / К.К.Кожоназаров, Э.Ш.Алымбаев, Г.К.Кожоназарова // Сборник научных трудов, посвященный 5-летию РДКБ «Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе». – Бишкек, 2000. – С. 181-186.
3. **Кожоназарова Г.К.** Роль *Helicobacter pylori* при гастродуоденальной патологии у детей, проживающих в школах-интернатах [Текст] / К.К.Кожоназаров, Э.Ш.Алымбаев, Г.К.Кожоназарова // Сборник научных трудов, посвященный 5-летию РДКБ «Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе». – Бишкек, 2000. – С. 186-190.
4. **Кожоназарова Г.К.** Значение *Helicobacter pylori* при гастродуоденитах и язвенной болезни у детей, проживающих в сельской местности [Текст] / К.К.Кожоназаров, Х.Р.Ахмедова, Э.Ш.Алымбаев, Г.К.Кожоназарова // Сборник научных трудов, посвященный 5-летию РДКБ «Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе». – Бишкек, 2000. – С. 219-224.
5. **Кожоназарова Г.К.** Современные методы диагностики и лечения *Helicobacter pylori* у детей [Текст] / З.Э.Абдылдаева, Б.И.Абдылдаев, Э.Ш.Алымбаев, Г.К.Кожоназарова // Сборник научных трудов, посвященный 5-летию РДКБ «Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе». – Бишкек, 2000. – С. 246-253.
6. **Кожоназарова Г.К.** Сравнительная характеристика фармакологических препаратов, наиболее часто используемых при гастродуоденальных заболеваниях в детском возрасте [Текст] / К.К.Кожоназаров, Б.И.Абдылдаев, Э.Ш.Алымбаев, Г.К.Кожоназарова // Сборник научных трудов, посвященный 5-летию РДКБ "Актуальные проблемы клинической медицины на современном этапе" – Бишкек, 2000. – С. 274-282.
7. **Кожоназарова Г.К.** Язвенная болезнь у детей (диагностика, современные принципы лечения и профилактика) [Текст] / Г.К.Кожоназарова, А.Э.Эшбаев // Методические рекомендации – Ош, 2003. – 27 с.

8. **Кожоназарова Г.К.** Опыт санаторного лечения детей-горцев с гастродуоденальными заболеваниями, ассоциированными с хеликобактериозом [Текст] / Г.К.Кожоназарова // «Педиатрия». – Москва, 2005. - № 2. – С. 114-115.
9. **Кожоназарова Г.К.** Контроль в комплексной терапии язвенной болезни 12-перстной кишки у детей [Текст] / Г.К.Кожоназарова, А.Э. Эшбаев // «Вестник КРСУ». – Бишкек, 2005.- № 5. - С. 38-42.
10. **Кожоназарова Г.К.** Особенности клинического течения гастродуоденальной патологии, ассоциированной *Helicobacter pylori*, у детей [Текст] / Г.К.Кожоназарова // «Медицина Кыргызстана». – Бишкек, 2012. – № 7. - С. 8-10.
11. **Кожоназарова Г.К.** Трехэтапное лечение детей с гастродуоденальной патологией [Текст] / Г.К.Кожоназарова // «Медицина Кыргызстана». – Бишкек, 2012. – № 7. - С. 11-14.

**Гулсара Кенжебаевна Кожоназарованын 14.01.08 «Педиатриялык» адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаттыгына илимий даражасы үчүн изденүүдөгү «Гастродуоденалдык патологиясы бар балдардын калыбына келтирип дарылоо» темасындагы диссертациясына
КОРУТУНДУ**

Негизги сөздөр: балдар, өнөкөт гастродуоденити, он эки эли ичегинин жарасы, *Helicobacter pylori*, үч этаптуу дарылоо, калыбына келтирип дарылоо, рецидивке каршы дарылоо.

Изилдөөнүн максаты: *Helicobacter pylori* коштогон гастродуоденалдык патологиянын агым өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн негизинде аларды ар-түрдүү ыкмалар менен дарылоонун натыйжалуулугун баалап, балдардын өнөкөт гастритин жана ичеги-карын жарасын комплекстүү дарылоо, калыбына келтирүү программасын иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн объектиси: өнөкөт гастродуоденит жана он эки эли ичегисинде жара менен ооруган 9 дан 14 жашка чейинки 130 бала, ушунун ичинде 90 балада өнөкөт гастродуоденит жана 40 балада он эки эли ичегинин жана карындын жарасы бар.

Изилдөө ыкмалары: жалпы клиникалык: (кандын, зааранын, зандын анализдери, биохимиялык изилдөөлөр) аш-казандын былжыр челинен таамай түз алынган биопсиялык эзофагогастродуоденоскопиясы, биоптатты НРга изилдөө, аш-казандын маңызын рН метрлөө, боорду, өт жолдорун, уйку безин ультра үн менен изилдөө.

Изилдөөнүн жыйынтыктары: Балдардын гастродуодениттеринин жана он эки эли ичеги, аш-казан жарасынын этиологиясында *Helicobacter pylori* негизги рольдо экени тастыкталды. НР ассоцияланган

гастродуоденалдык патологияга мүнөздүү өзгөчөлүктөр, айкын клиникалык симптомдор, эндоскопиялык активдүү сезгенүү симптомдору менен айкалышып, аш-казан кислотасынын жогорулугу жана бул процеске башка органдарды, системаларды камтыгандыгы билинди.

Туруктуу ремиссияга жетишүү жана рецидивти алдын-алуу үчүн, стационарда дарылоо, балдарга диспансердик байкоо жүргүзүүдөн тышкары үч этаптуу дарылоо ыкмасы иштелип чыкты.

Педиатрия практикасында стационардык этапта эң ийкемдүү дарылоо схемасы көрсөтүлдү.

Санатордук дарылоо өзүнө физикалык факторлорду колдонууну камтыйт. (СМТ – баткак менен дарылоо, электр аркылуу уктатуу жана ЛФК). Диспансердик байкоо этабында рецидивке каршы квартал сайын дарылоонун 2 жылдык схемасы көрсөтүлдү.

Колдонуу чөйрөсү: балдарды дарылоо, ооруну алдын алуу мекемелери.

РЕЗЮМЕ

диссертации Кожоназаровой Гульсары Кенжебаевны на тему: «Восстановительное лечение детей с гастродуоденальной патологией» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.08 – педиатрия

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, *Helicobacter pylori*, трехэтапное лечение, восстановительное лечение, противорецидивное лечение.

Цель исследования. На основании изучения особенностей течения *H.pylori*-ассоциированной гастродуоденальной патологии и оценки эффективности различных методов терапии разработать комплексную программу лечения и реабилитации детей с хроническими гастритами и язвенной болезнью.

Объект исследования: 130 больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 9 до 14 лет, в том числе с хроническим гастродуоденитом - 90 и с язвенной болезнью - 40.

Методы исследования: общеклинические (анализы крови, мочи, кала, биохимические исследования), эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка, исследование биоптата на НР, рН-метрия желудочного сока, УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы.

Результаты исследования. Подтверждена ведущая роль *Helicobacter pylori* в этиологии гастродуоденитов и язвенной болезни у детей. Указаны характерные особенности Нр ассоциированной гастродуоденальной патологии, которые проявляются выраженной клинической симптоматикой в сочетании с эндоскопическими симптомами активного воспаления, высокой

кислотностью желудочного содержимого и вовлечением в процесс других органов и систем.

Разработан трехэтапный метод лечения, который помимо стационарного лечения предполагает санаторное лечение и диспансерное наблюдение детей для достижения стойкой ремиссии и предупреждения рецидивов.

На стационарном этапе представлены схемы лечения наиболее приемлемые в педиатрической практике. Санаторное лечение включает в себя применение физических факторов (СМТ-грязелечение, электросон и ЛФК). На этапе диспансерного наблюдения представлены схемы ежеквартального противорецидивного лечения в течение 2-х лет.

Область применения. Детские лечебно-профилактические учреждения.

RESUME

of the dissertation of Gulsara Kenjebaevna Kozhonazarova the theme: "Rehabilitation treatment of children with gastroduodenal pathology" for the degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.08 – Pediatrics

Keywords: children, chronic gastro, duodenal ulcer, Helicobacter pylori, a three-stage treatment, rehabilitation treatment, anti-treatment.

The purpose of the study. Based on the study specific features of H.pylori-associated gastroduodenal pathology and evaluation of the effectiveness of various methods of therapy to develop a comprehensive program of treatment and rehabilitation of children with chronic gastritis and peptic ulcer disease.

Object of study: 130 patients with chronic gastroduodenitis and duodenal ulcer disease between the ages of 9 to 14 years, with chronic non taxablegastroduodenitis - 90 and peptic ulcer - 40. Methods: physical (blood, urine, feces, biochemical studies), esophagogastroduodenoscopy with biopsy of gastric mucosa biopsies for HP, pH-metry of gastric juice, ultrasound of the liver, biliary tract and pancreas.

The results of the study. The leading role in the etiology of Helicobacter pylori gastroduodenitis and peptic ulcer disease in children is confirmed. Characterized features of Hp associated with gastroduodenal disorders which are shown by clinical symptoms in combination with endoscopic signs of active inflammation, high acidity of gastric contents and the involvement in other organs and systems are specified.

Three-step treatment is developed which besides in-patient treatment involves sanatorium treatment and dispensary observation of children to achieve sustained remission and relapse prevention.

The stationary phase is the most appropriate treatment regimen in pediatric patients. Sanatorium treatment includes the use of physical agents (SMT-mud, electric sleep and exercise therapy). There are schemes of the quarterly anti-treatment for 2 years.

The area of application: Children's health care facilities.

Объем 1,5 уч.издл.
Тираж 100 экз. Заказ № _____

Типография ОсОО «Алтын Принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: altyntamga@mail.ru