

На правах рукописи

Давыдова Альбина Николаевна

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ И ПУТИ ИХ
КОРРЕКЦИИ**

14.00.09 – педиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Волгоград, 2008

Работа выполнена в Волгоградском государственном медицинском
университете

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Гавриков Леонид Константинович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Настаушева Татьяна Леонидовна

доктор медицинских наук, профессор Волчанский Евгений Игнатьевич

Ведущая организация:

Саратовский государственный медицинский университет

Защита состоится «15» декабря 2008 г. в ___ часов на заседании
диссертационного Совета Д 208.008.05 при Волгоградском государственном
медицинском университете (400131, г.Волгоград, пл.Павших Борцов, 1)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Волгоградского
государственного медицинского университета

Автореферат разослан «___» _____ 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета
доктор медицинских наук, доцент

М.С.Селихова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

По данным Минздрава Российской Федерации (2006), число поражений пищеварительной системы у детей и подростков превышает 14 000 случаев на сто тысяч детского населения, причем, подавляющее большинство больных, страдающих поражениями органов желудочно-кишечного тракта – дети препубертатного и пубертатного возраста.

В структуре заболеваний органов пищеварения у детей доминирует патология верхних отделов пищеварительного тракта (Баранов А.А., Климанская Е.В., Римарчук Г.В., 2002). При этом по данным П.Л. Щербакова (2007), более чем у 50% детей она носит сочетанный характер. Изолированные поражения отдельных органов встречаются значительно реже. Пик распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни приходится на подростковый возраст (Запруднов А.М. с соавт., 2003; Бельмер С.В. с соавт., 2003): для мальчиков это период – 13-17 лет, и для девочек – 12-16 лет. Это, безусловно, связано с тем, что «подростковый возраст является качественно новым периодом жизни, в котором болезни приобретают совершенно иной характер». (А.М. Запруднов, 1995)

Нейроэндокринная перестройка организма подростков обуславливает уровень здоровья и качество жизни и, в немалой степени, определяет риск развития многих заболеваний (Левина Л.И., Медведев В.П., 1999; Баранов А.А., 2002). Нестабильность вегетативной и эндокринной регуляций приводят к формированию морфофункциональных изменений пищеварительного тракта, в том числе – верхних его отделов. Помимо регуляторного дисбаланса, у многих современных подростков в связи с малоподвижным образом жизни развивается гипокинетический синдром, в генезе которого лежат выраженные гомеостатические нарушения, возникающие вследствие дисфункций центральных и местных механизмов регуляции; наряду с уменьшением двигательной и мышечной активности, эти

процессы ведут к дисбалансу деятельности других органов и систем, в том числе, органов пищеварения (Денисов М.Ю., 2004; G.Chelimsky, J.T.Boyle, 2001). Более того, морфофункциональные нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта во многом являются следствием перинатальных поражений ЦНС, дезадаптационного синдрома, что в дальнейшем увеличивает риск развития хронических заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в 4,9 раза (Бельмер С.В., Хавкин А.И., 2003; Урсова Н.И., 2004).

Особого внимания заслуживают диагностика и лечение пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, так как это заболевание чаще всего манифестирует именно у детей в препубертатном и пубертатном возрасте. Ранняя и адекватная коррекция этого заболевания необходимы для профилактики осложнений ГЭРБ: язв и стенозов пищевода, пищевода Барретта, злокачественных новообразований.

Таким образом, достижение длительной ремиссии и профилактика осложнений являются приоритетным направлением в лечении рефлюксной болезни у детей и подростков (Хавкин А.И., Жихарева Н.И. с соав., 2003; Нуман Р.Е., 2004).

Многие гастроэнтерологические заболевания в подростковом возрасте в основе своей имеют психосоматические расстройства (Горемыкин В.И., 1999, Смирнова Г.И. с соавт., 2001, Протопопов А.А., 2003, Запруднов А.С. с соавт., 2003, N.Voige, 2001). Ускоренный темп жизни современного ребенка, и особенно подростка, социальная адаптация, а также ряд других причин, вызывают психоэмоциональное напряжение. Это приводит к возникновению психотравмирующих ситуаций, которые, как правило, сопровождаются синдромом вегетативных дисфункций (Г.Селье, 1992, В.И.Петров, Н.И.Латышевская, 1999, J.Segui, L.Salvador-Carulla, L.Garcia, J.Canet, M.Ortiz, J.Farre, 1998). В исследованиях последних лет (М.А.Верник, 1998) показано, что наиболее подвержены психоэмоциональному стрессу лица подросткового возраста. Это обусловлено наличием повышенных нагрузок в

препубертатном и пубертатном периодах жизни, связанных со становлением личности человека, адаптацией к социальным условиям, приводящих к перенапряжению компенсаторных механизмов, переутомлению и возникновению различных функциональных расстройств с провокацией органических изменений (Н.А.Агаджанян,1997, R.Aaslid, K.F.Lindengaard, W.Sorteberg, 1989). В связи с этим, существуют определённые трудности в диагностике и, в большей мере, в лечении таких пациентов (J.Estevao-Costa, M.Campos, 2001), поскольку, кроме основной терапии, им необходима коррекция вегетативных нарушений (Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., 2001).

Современная стратегия лечения ГЭРБ акцентирует направленность на медикаментозную коррекцию местных изменений – уровень кислотопродукции и моторную функцию.

Имеющиеся в настоящее время исследования свидетельствуют о возникновении у детей патологического блока, в котором нарушения вегетативного гомеостаза провоцируют развитие ГЭРБ, а течение этого заболевания усугубляет вегетативный дисбаланс. При этом направленность вегетативного сдвига приводит к формированию определенных типов патологических рефлюксов (кислых или щелочных), лежащих в основе рефлюксной болезни. Однако, пути коррекции подобных нарушений и особенности вегетотропной терапии у детей, страдающих ГЭРБ, еще не изучены в достаточном объеме.

Цель исследования

Улучшить качество диагностики и лечения ГЭРБ у детей школьного возраста путем оценки вегетативного статуса и назначения вегетотропных средств.

Задачи исследования

1. Изучить направленность вегетативных дисфункций у детей школьного возраста, страдающих ГЭРБ различной степени тяжести
2. Разработать подходы к адекватной комплексной коррекции ГЭРБ с учетом вегетативных нарушений, выявленных у пациентов
3. Изучить особенности изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта при различных вариантах патологических рефлюксов
4. Оптимизировать протоколы диагностики рефлюксной болезни различной степени тяжести у детей школьного возраста с учетом направленности вегетативного дисбаланса

Научная новизна исследования

Результаты настоящего исследования доказывают необходимость динамической оценки вегетативного статуса у детей пре- и пубертатного возраста при проведении комплексной терапии ГЭРБ.

С учетом направленности вегетативных нарушений предложено усовершенствовать алгоритм диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, включив оценку вегетативного статуса у детей с ГЭРБ и назначение вегетотропной терапии.

Впервые показано, что адекватная вегетотропная терапия при рефлюксной болезни у детей препубертатного и пубертатного возрастов позволяет не только сократить сроки, но и минимизировать объем базисного лечения и, соответственно, достичь стойкой и более длительной клинико-эндоскопической ремиссии заболевания.

Практическая значимость результатов исследования

Разработана анкета для индивидуального опроса пациентов, страдающих ГЭРБ, с целью динамического наблюдения (выяснение субъективных жалоб, оценка эффективности проведенной ранее терапии).

Впервые предложен расширенный алгоритм комплексной диагностики ГЭРБ с обязательным исследованием вегетативного статуса ребенка для раннего выявления синдрома вегетативной дисфункции, сопровождающего рефлюксную болезнь.

Обоснована эффективность препаратов, гармонизирующих состояние вегетативной нервной системы у детей, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Использование усовершенствованного алгоритма диагностики и лечения рефлюксной болезни позволило улучшить качество лечения моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта, снизить риск рецидивирования и развития осложнений данной патологии у детей школьного возраста.

Положения, выносимые на защиту

1. Динамическая оценка вегетативного статуса пациентов с ГЭРБ необходима как для диагностики, так и для выбора адекватной схемы терапии.
2. Доказана эффективность сочетания стандартной терапии ГЭРБ с вегетотропными препаратами, назначаемыми с учетом типа вегетативной дисфункции.
3. Назначение вегетотропных препаратов на начальных этапах развития ГЭРБ позволяет сократить длительность базисной терапии и предотвратить прогрессирование болезни.

Апробация работы

Результаты исследований, выполненных по теме диссертации представлены на научных конференциях: 62-ая открытая итоговая научная конференция студентов и молодых ученых ВолГМУ «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, апрель 2004); Научная конференция, посвященная 70-летию Сталинградского-

Волгоградского медицинского института-академии-университета (Волгоград, сентябрь 2005); профессорско-преподавательского состава ВолГМУ (Волгоград, 2005).

Результаты исследований докладывались на заседаниях Волгоградской школы детских гастроэнтерологов (Волгоград, 2004-2008).

Апробация диссертации проведена на межкафедральной проблемной комиссии «Педиатрия. Акушерство и гинекология» с участием сотрудников кафедр педиатрии и неонатологии ФУВ, детских инфекционных болезней, детских болезней и пропедевтики, детских болезней педиатрического факультета (октябрь 2008 года).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 5 в центральной печати, 1 учебно-методическое пособие; публикации отражают основное содержание исследований, получены 3 акта о внедрении в практическое здравоохранение.

Объем и структура диссертации

Диссертация написана на 136 страницах машинописного текста и состоит из введения, главы с описанием методов, объема и организации исследований, четырех глав с изложением полученных результатов, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа содержит 13 таблиц, 6 рисунков, 4 приложения. Список литературы включает 96 источников на русском и 74 источника на иностранных языках.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на кафедре педиатрии и неонатологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета на базе МУЗ Клиническая детская больница №8 г.Волгограда.

Под наблюдением с 2003 по 2007 годы находилось 178 детей в возрасте от 10 до 17 лет (82 девочки (46%) и 96 мальчиков (54%)), имеющих различную гастроэнтерологическую патологию:

- гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь различной степени тяжести;
- язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки;
- хронические гастродуодениты.

Все лечебно-диагностические мероприятия проводились при информированном согласии родителей и детей старше 15 лет, которые используются в стационаре и одобрены Этическим комитетом ВолГМУ в мае 2003 года.

В начале исследования был разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики и лечения ГЭРБ у детей, основанный на инструктивно-методических указаниях НИИ детской гастроэнтерологии (2003г.). В представленном алгоритме была предложена этапная и комплексная диагностика рефлюксной болезни и дальнейшая тактика лечения пациентов в зависимости от выявленных нарушений.

В ходе обследования у всех детей была верифицирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь различной степени тяжести.

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования, больные были распределены на группы в зависимости от проводимой терапии (стандартная или комбинированная), основывавшейся на степени тяжести ГЭРБ (по результатам эндоскопического обследования, от I до IV степени тяжести по классификации Tytgat в модификации В.Ф.Приворотского,

1999г.), характера рефлюктанта (по данным внутриволостной суточной рН-метрии) и состояния вегетативной нервной системы.

Первую – основную группу (115 детей) составили пациенты с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и вегетативными дисфункциями, которые получали вегетотропные препараты на фоне терапии обволакивающими препаратами или антацидами (в зависимости от степени тяжести ГЭРБ и характера рефлюктанта). Во вторую – группу сравнения были включены 63 ребенка с рефлюксной болезнью, получавшие лишь стандартную терапию (антациды или антисекреторные средства, прокинетики).

В основной группе и группе сравнения выделены две подгруппы: подгруппа А – дети в возрасте от 10 до 12 лет, подгруппа В – дети 13-17 лет.

Такая возрастная градация обусловлена особенностями гомеостатических изменений у детей при переходе из препубертатного в пубертатный период жизни.

Количество пациентов в возрасте от 10 до 12 лет составило 73 человека, из них 31 девочка (42,5%) и 42 мальчика (57,5%); от 13 лет и старше - 105 пациентов, из них 38 девочек (36,2%) и 67 мальчиков (63,8%) (таб. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов основной группы и группы сравнения по полу и возрасту

Группы наблюдения	10-12 лет		13-17 лет	
	Мальчики n (%)	Девочки n (%)	Мальчики n (%)	Девочки n (%)
1 группа (основная)	28 (24,3)	17 (14,8)	44 (38,3)	26 (22,6)
2 группа (группа сравнения)	14 (22,2)	14 (22,2)	23 (36,5)	12 (19,04)

Метод индивидуального анкетирования позволил выявить у пациентов обеих групп помимо изжоги, такие симптомы ГЭРБ, как боль за грудиной, кислый или горький вкус во рту, дисфагию, одиофагию, связь этих

симптомов с приёмом пищи, её характером, временем суток, изменением положения тела, эмоциональным напряжением, физическими нагрузками, а также частоту возникновения этих симптомов.

Наряду с общеклиническими методами (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови) всем больным проводилось специализированное гастроэнтерологическое обследование:

- эзофагогастродуоденоскопия;
- ультразвуковое исследование желчного пузыря, печени и поджелудочной железы;
- внутриполостной рН-мониторинг.

Всем детям проводились исследование вегетативного статуса (с использованием опросника для выявления признаков вегетативных изменений А.М.Вейна в модификации Н.А.Белоконь (1985г.) и кардиоинтервалография по Р.М.Баевскому).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведенное комплексное исследование функционального состояния вегетативной нервной системы, эндоскопической картины слизистой оболочки верхних пищеварительного тракта и внутриполостной рН-мониторинг у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью позволили выявить особенности взаимосвязей изучаемых показателей и установить закономерности их изменений на фоне вегетотропной терапии.

В катамнезе, через 3, 6 и 12 месяцев, проводилась сравнительная оценка эффективности коррекции рефлюксной болезни у детей школьного возраста с учетом вегетативного дисбаланса и стандартной терапии, используемой для лечения ГЭРБ.

Клиническая картина ГЭРБ имела определенную зависимость от возраста пациентов. Так дети 10-12 лет чаще жаловались на специфические гастроэзофагеальные проявления – изжогу, тошноту, боль в области мечевидного отростка (независимо от глубины поражения слизистой

оболочки пищевода). Большинство подростков чаще на первое место ставили жалобы на быструю утомляемость, головную боль, непереносимость душных помещений – явные признаки вегетативных дисфункций; затем отмечали диспептические расстройства и болевой синдром. А такой симптом как дисфагия беспокоил всех пациентов только после психоэмоциональных нагрузок (таб.2).

Таблица 2

Клинические проявления ГЭРБ у пациентов основной группы (n=115) и группы сравнения (n=63) в зависимости от возраста

Жалобы	1 группа А (10-12 лет) n (%)	1 группа В (13-17 лет) n (%)	2 группа А (10-12 лет) n (%)	2 группа В (13-17 лет) n (%)
Изжога, горький вкус во рту	32 (27,83%)	70 (60,87%)	26 (41,27%)	33 (52,38%)
Тошнота, отрыжка	3 (2,61%)	39 (33,91%)	2 (3,17%)	15 (23,81%)
Дисфагия	4 (3,48%)	25 (21,73%)	1 (1,59%)	2 (3,17%)
Болевой синдром	42 (36,52%)	47 (40,87%)	15 (23,81%)	21 (33,33%)
Вегетативные проявления	45(39,13%)	70 (60,87%)	28 (44,44%)	35 (55,56%)

Современные подходы к диагностике и лечению таких больных свидетельствуют о том, что диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в большинстве случаев базируется на предъявляемых пациентами специфических жалобах; однако такой подход значительно затрудняет диагностику всего симптомокомплекса, так как ребенок не всегда может изложить весь спектр клинических проявлений. Это отрицательно сказывается на диагностике и построении комплекса лечебных мероприятий. Кроме того, представляет серьезные трудности диагностика ранних форм заболевания, когда слизистая оболочка пищевода повреждена незначительно.

Всем детям проведено эндоскопическое обследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, которое показало, что среди пациентов 10-12 лет в обеих группах чаще встречается ГЭРБ легкой степени тяжести с минимальным повреждением эпителия слизистой оболочки пищевода. Вместе с тем, у пациентов 13-17 лет отмечено более тяжелое течение рефлюксной болезни, что подтверждает гипотезу о том, что адаптивные возможности организма в пубертатном периоде жизни резко ограничены (Левина Л.И., Медведев В.П., 1999) (рис.1).

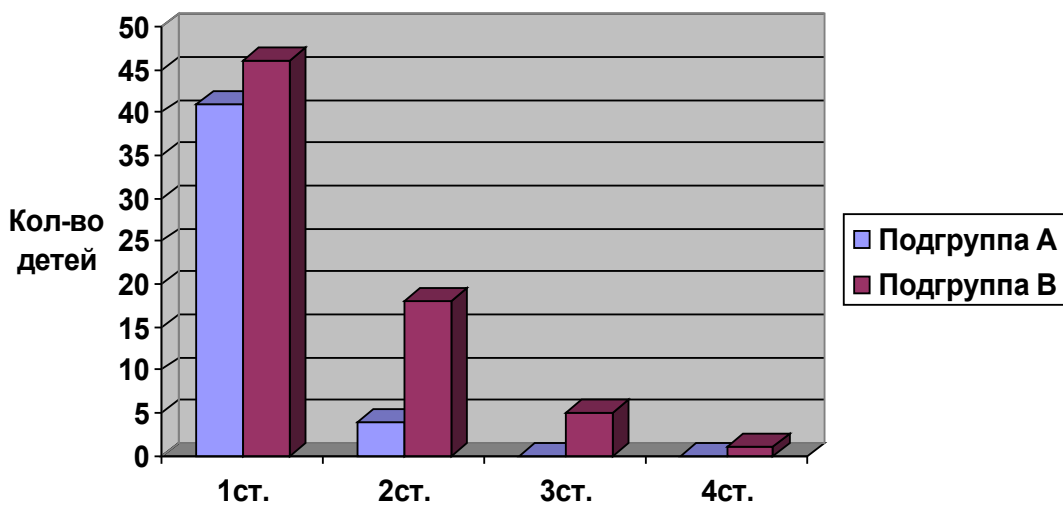


Рис. 1. Распределение пациентов 1 (основной) группы по степени тяжести ГЭРБ до начала лечения.

В группе сравнения при эндоскопическом обследовании были выявлены следующие результаты. Из 28 пациентов подгруппы А ГЭРБ I ст. тяжести диагностирована у 26 детей (41,27%), ГЭРБ II ст. – у 2 (3,17%). В подгруппе В 23 ребенка (36,51%) страдали рефлюксной болезнью легкой степени, больных ГЭРБ II степени было 8 (12,70%), у 4 детей (6,35%) выявлена ГЭРБ III степени тяжести. Больных с осложненным течением рефлюксной болезни в группе сравнения не было (рис.2).

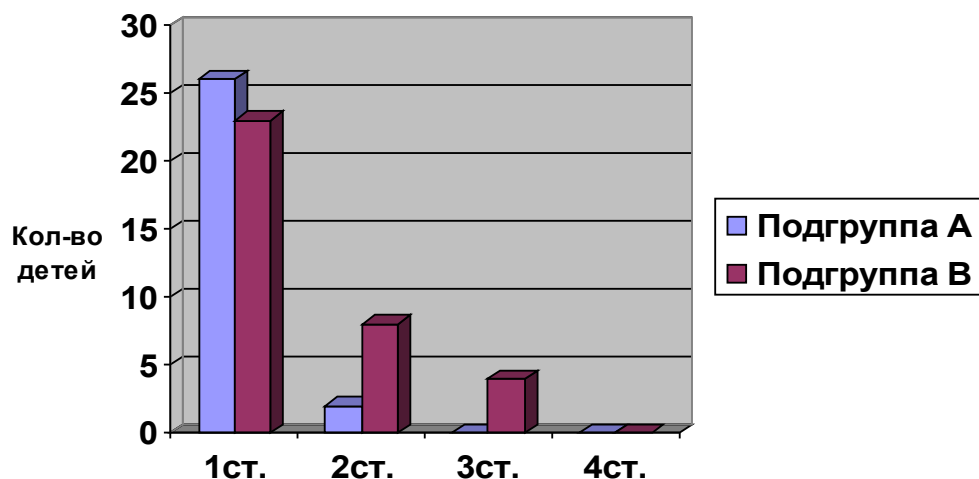


Рис.2. Распределение пациентов 2 группы (сравнения) по степени тяжести ГЭРБ до начала лечения.

Следовательно, выше изложенные данные эндоскопического обследования свидетельствуют о том, что более тяжелое течение рефлюксной болезни достоверно чаще ($p < 0,005$) встречается у пациентов в возрасте 13-17 лет (подгруппа В) в основной группе и группе сравнения, что обусловлено особенностями вегетативного гомеостаза, изменением нейро-гуморальных регуляций, характером питания, свойственных детям в пубертатном периоде.

Для верификации гастроэзофагеальной рефлюксной болезни пациентам выполнялась pH-метрия. Данные pH-мониторинга свидетельствуют о том, что среди детей 10-12 лет кислый рефлюктант встречался у подавляющего большинства обследуемых: 39 детей (33,91%) в основной группе и у 24 пациентов (38,10%) в группе сравнения (рис.3).

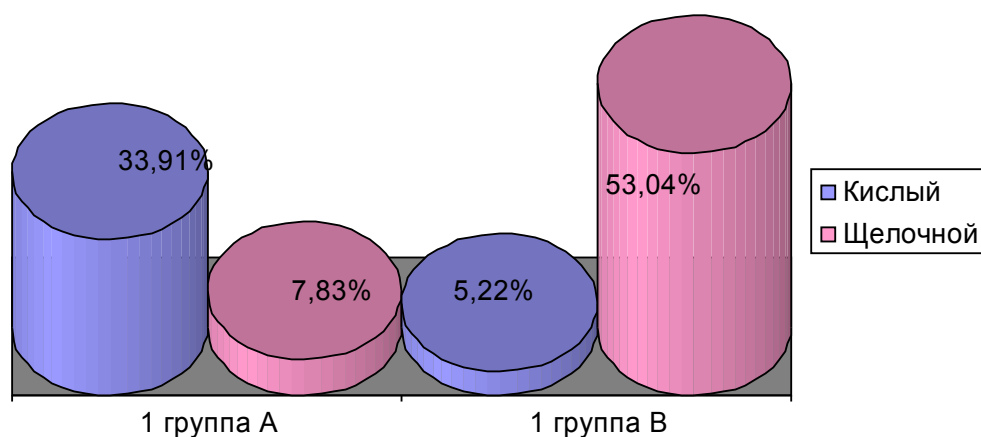


Рис.3. Распределение пациентов 1 (основной) группы по характеру рефлюктанта в зависимости от возраста.

Это связано с тем, что у пациентов этой возрастной категории выявлен изолированный гастроэзофагеальный рефлюкс.

Что касается пациентов 13-17 лет, у них чаще диагностировался щелочной рефлюктант, и это говорит о наличии у таких детей сочетанного дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Преобладание исходной ваготонии должно было бы проявиться формированием кислых рефлюксов у больных ГЭРБ в этой возрастной группе, но наличие вегетативного дисбаланса привело к тому, что изолированный кислый рефлюкс регистрировался только в ночные часы (во время активации *p.vagus*); в дневное же время фиксировались выраженные длительные дуоденогастроэзофагеальные рефлюксы, что и привело к увеличению количества пациентов со щелочными рефлюксами (рис.4).

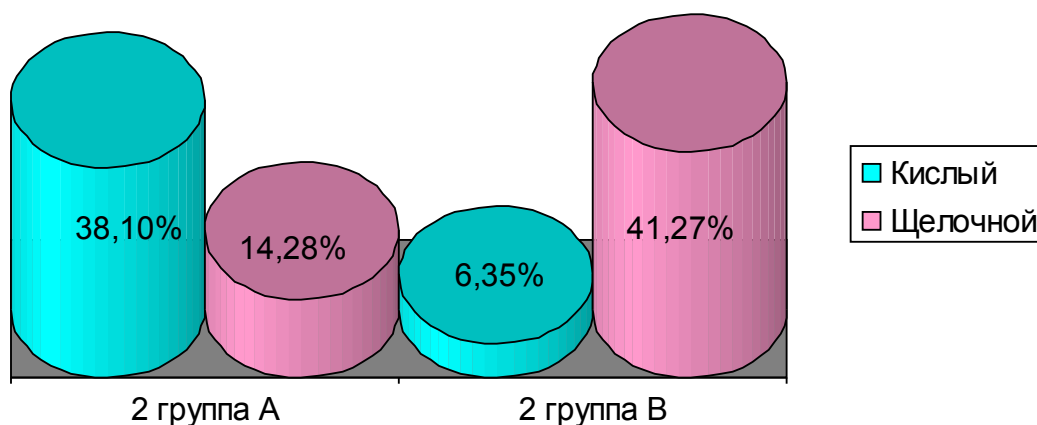


Рис.4. Распределение пациентов 2 группы (сравнения) по результатам рН-мониторинга в зависимости от возраста.

Таким образом, результаты проведенного исследования убедительно доказывают, что вегетативные дисфункции, наиболее ярко проявляющиеся в пубертатном периоде, способствуют выраженным моторно-эвакуаторным нарушениям верхних отделов пищеварительного тракта, которые характеризуются возникновением патологических гастроэзофагеальных и дуоденогастроэзофагеальных рефлюксов.

Вегетативные дисфункции определили и характер сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта у больных, включенных в исследование. Так, у детей 10-12 лет встречались билиарные дисфункции (37,39% в основной группе и 38,09% – в группе сравнения); хронические вторичные гастродуодениты в этой возрастной подгруппе выявлены у 31,30% пациентов в основной группе и у 30,16% – в группе сравнения; синдром раздраженного кишечника у больных препубертатного возраста верифицирован у 6,09% в основной группе и у 1,59% в группе сравнения.

Вместе с тем, у детей из подгруппы В (13-17 лет) диагноз билиарных дисфункций верифицировался значительно чаще (60,87% в основной группе и 53,97% - в контрольной), чем у пациентов 10-12 лет; хронические гастродуодениты и СРК также преобладали именно в этой возрастной подгруппе.

Следовательно, выявленные у подростков более значительные нарушения деятельности вегетативной нервной системы сопровождаются формированием сочетанных повреждений различных органов пищеварения.

Анализ структуры сопутствующих заболеваний органов пищеварения позволяет сделать вывод о том, что наиболее часто встречающиеся в препубертатном и пубертатном возрасте гастродуодениты имеют вторичный характер и формируются в результате патологических рефлюксов и, соответственно, на фоне нарушений вегетативного гомеостаза. Эти выводы подтверждают и данные эндоскопического обследования и внутрисполостного pH-мониторинга, которые выявили наличие у детей гастроэзофагеальных или дуоденогастроэзофагеальных рефлюксов, спровоцировавших развитие воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования убедительно показали доминирующую роль вегетативного дисбаланса в формировании патологических рефлюксов и рефлюксной болезни и обосновали необходимость включения вегетотропной терапии в схемы лечения этого заболевания. Это особенно важно на начальных этапах развития рефлюксной болезни, когда изменения еще носят обратимый характер.

Более того, выявлена закономерность между направленностью изменений вегетативного гомеостаза и тяжестью и длительностью ГЭРБ. Так, детям, у которых диагностировано истощение компенсаторных резервов ВНС (асимпатикотонический тип вегетативной реактивности) потребовалось наиболее длительное лечение вегетотропными препаратами в основной группе и антисекреторными или антацидными средствами в группе сравнения.

В группе сравнения по прошествии 6 месяцев состояние вегетативного дисбаланса практически соответствовало таковому до начала стандартной терапии без включения вегетотропных средств. Через 12 месяцев у пациентов из группы сравнения (особенно у детей 13-17 лет) отмечался рост числа

больных с асимпатикотонической реактивностью, что является свидетельством истощения компенсаторных возможностей организма.

Однако современные стандарты лечения рефлюксной болезни преимущественно базируются на применении большого числа препаратов, снижающих уровень кислотопродукции и восстанавливающих моторно-эвакуаторную функцию верхнего этажа пищеварительного тракта. В частности, в настоящее время имеется широкий спектр лекарственных средств, действие которых направлено на устранение последствий агрессивного воздействия рефлюктанта на слизистую оболочку пищевода (Шептулин А.А., 2003; Freiling T., 2004).

В целом, можно констатировать, что для лечения рефлюксной болезни у детей и подростков используются те же принципы, которые рекомендуются для взрослых пациентов, при этом не учитываются возрастные особенности вегетативного гомеостаза. Хроническое течение, трудности в индивидуальном подборе фармакотерапии определяют необходимость, с одной стороны, изучения направленности вегетативного сдвига, с другой – использование оптимальной вегетотропной терапии.

Ряд исследователей (J.Estevas-Costa, M.Campos, 2001; Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е., 2001) пытались решить проблему ГЭРБ у детей, используя препараты, нормализующие состояние центральных механизмов гомеостатических регуляций.

Вместе с тем, научно обоснованные подходы к лечению детей и подростков, страдающих рефлюксной болезнью вследствие вегетативного дисбаланса, базирующиеся на индивидуальных особенностях вегетативного и психо-эмоционального статуса, в настоящее время практически не разработаны.

Все вышеизложенное явилось побудительным мотивом для разработки и внедрения в практическое здравоохранение алгоритмов оптимальной вегетотропной коррекции пациентов пре- и пубертатного возраста, страдающих рефлюксной болезнью; при этом учитывался возраст ребенка,

исходный вегетативный тонус и тип вегетативной реактивности. Поскольку дети 13-17 лет имели более выраженные сдвиги вегетативного гомеостаза, им назначались более длительные курсы вегетотропных препаратов, которые повторялись через 6 месяцев, после контрольного исследования вегетативного статуса (таб.3).

Таблица 3

Схема вегетотропной терапии пациентов 10-12 лет, страдающих ГЭРБ

Исходный вегетативный тонус			
Эйтония	Ваготония	Симпатикотония	Гиперсимпатикотония
1.С гиперсимпатикотонической ВР -экстракт валерианы 1 месяц	1.С нормальной ВР -фенибут 1 месяц	1.С нормальной ВР -экстракт валерианы 1 месяц	1.С нормальной ВР -экстракт валерианы 2 месяца
2.С асимпатикотонической ВР -адаптогены растительного происхождения 1 месяц -фенибут 1 месяц	2.С гиперсимпатикотонической ВР -фенибут 1 месяц -беллатаминал 1 месяц 3.С асимпатикотонической ВР - адаптогены растительного происхождения 1 месяц -беллатаминал 1 месяц	2.С гиперсимпатикотонической ВР - экстракт валерианы 1 месяц -фенибут 1 месяц 3.С асимпатикотонической ВР - адаптогены растительного происхождения 1 месяц - экстракт валерианы 1 месяц	

У детей в пубертатном периоде отмечались более глубокие нарушения вегетативного гомеостаза, в связи с чем и были определены длительные сроки и большой объем вегетотропной терапии (таб.4).

Схема вегетотропной терапии пациентов 13-17 лет, страдающих ГЭРБ

Исходный вегетативный тонус			
Эйтония	Ваготония	Симпатикотония	Гиперсимпатикотония
1.С гиперсимпатикотонической ВР -экстракт валерианы или персен 2 месяца	1.С нормальной ВР -фенибут 2 месяца	1.С нормальной ВР -экстракт валерианы или персен 2 месяца	1.С нормальной ВР -экстракт валерианы или персен 2 месяца
2.С асимпатикотонической ВР -адаптогены растительного происхождения 1 месяц -фенибут 3 месяца	2.С гиперсимпатикотонической ВР -фенибут 2 месяца -беллатаминал 1 месяц	2.С гиперсимпатикотонической ВР -экстракт валерианы или персен 1 месяц -фенибут 3 месяца	
	3.С асимпатикотонической ВР -адаптогены растительного происхождения 1,5 месяца -беллатаминал 1,5 месяца	3.С асимпатикотонической ВР -адаптогены растительного происхождения 1,5 месяца -экстракт валерианы или персен 1 месяц	

Анализ динамики клинических проявлений заболевания показал, что в основной группе на фоне вегетотропной терапии негативные субъективные ощущения (жалобы на изжогу, боль в подложечной области, горький вкус во рту) наблюдались значительно реже в течение суток уже в первые дни после начала лечения. Через 6 месяцев после проведенной комплексной терапии с использованием вегетотропных препаратов только 16 детей (13,90%) отметили данные симптомы, после 12 месяцев – 39 (33,91%) из 115 пациентов.

Анкетирование, проведенное через 6 и 12 месяцев в основной и контрольной группах, позволило оценить субъективные ощущения пациентов. Изучение данных, полученных путем анкетирования, продемонстрировало, что в основной группе дети независимо от возраста и степени тяжести ГЭРБ отмечали улучшение общего самочувствия в первые

5-7 дней после начала вегетотропной коррекции. Дети из контрольной группы отметили лишь кратковременный эффект от стандартной терапии, которая не включала препараты, гармонизирующие состояние вегетативной нервной системы.

Следовательно, дисфункции вегетативной нервной системы определили формирование тех или иных типов патологических рефлюксов, развитие болезни и характер ее течения.

Таким образом, результаты выполненной работы доказывают необходимость системного подхода к обследованию детей пре- и пубертатного возраста, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне различных нарушений вегетативного гомеостаза; предопределяет необходимость верификации диагноза и выявление сопутствующей патологии, а также разработку стратегии комплексной терапии, направленной на нормализацию деятельности центральных механизмов гомеостатических регуляций..

ВЫВОДЫ

1. У детей школьного возраста, страдающих ГЭРБ, выявляются изменения вегетативного статуса (исходного тонуса и/или реактивности). Среди пациентов основной группы 42% имели исходную эйтонию, 27% -ваготонию, 13%-симпатикотонию, 18%-гиперсимпатикотонию. Среди пациентов группы сравнения 38% имели исходную эйтонию, 33% -ваготонию, 14%-симпатикотонию, 15%-гиперсимпатикотонию. Вместе с тем, у детей с исходной эйтонией выявлена гипер- и асимпатикотоническая реактивность.

2. Формирование различных типов патологических рефлюксов верхних отделов пищеварительного тракта происходит на фоне изменений вегетативного гомеостаза. Рефлюксы с преобладанием щелочного компонента чаще диагностированы у пациентов с исходной ваготонией и

гиперсимпатикотонической реактивностью). Кислые рефлюксы чаще выявляются у детей с исходной симпатикотонией и асимпатикотонической реактивностью.

3. У детей, страдающих ГЭРБ, наиболее выраженные изменения слизистой оболочки пищевода, такие как гиперпластические процессы и эрозивные повреждения, выявляемые при эндоскопическом обследовании, возникают вследствие патологических рефлюксов с преобладанием щелочного компонента.

4. Направленность вегетативных нарушений у детей школьного возраста определяет характер и длительность течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. У пациентов с доминирующей активностью парасимпатического отдела ВНС период обострения продолжался, в среднем, $5 \pm 1,2$ недели. Использование вегетотропных препаратов в основной группе позволило сократить этот период до $1,5 \pm 0,7$ недель.

5. У пациентов основной группы, получавших препараты, гармонизирующие состояние вегетативной нервной системы при использовании антацидов, отмечена положительная клиническо-эндоскопическая динамика в течении сопутствующих заболеваний (гастродуоденитов, билиарных дисфункций, синдрома раздраженного кишечника).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Алгоритмы диагностики ГЭРБ у детей необходимо дополнить методами оценки функционального состояния вегетативной нервной системы с целью ранней диагностики вегетативных нарушений.
2. Комплексная терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни должна включать вегетотропные препараты; в качестве базисных рекомендуется назначать лекарственные средства, корригирующие

вегетативный дисбаланс с учетом индивидуальных особенностей пациента.

3. В зависимости от направленности вегетативных изменений, выявленных у пациентов, рекомендовано использовать вегетотропные препараты, в частности, экстракт валерианы, персен, фенибут и адаптогены растительного происхождения.
4. Пациентам, страдающим ГЭРБ, рекомендуется минимальное использование базисных препаратов с учетом характера рефлюктанта и степени повреждения слизистой оболочки пищевода, выявленных при инструментальном обследовании; при кислотном рефлюктанте назначаются антациды (альмагель, фосфалюгель) или ингибиторы протонной помпы (париет или некسيوم) в возрастных дозировках; при преобладании щелочных компонентов в рефлюктанте – маалокс в дозах, соответствующих возрасту ребенка.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Давыдова А.Н. Состояние вегетативной нервной системы при рефлюксной болезни у детей школьного возраста./ Давыдова А.Н.// Сборник трудов ВолГМУ – 2004 – Т.61, вып.1 – С.151.
2. Давыдова А.Н. Формирование патологии пищеварительной системы у детей, перенесших гипоксически-травматическое поражение ЦНС./Прохорова Л.И., Шапошникова Н.Ф., Петренко Л.А., Давыдова А.Н.// Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 14-16 марта 2005 г., Москва, 2005 – С.91-92.
3. Давыдова А.Н. Состояние вегетативной нервной системы у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью./А.Н.Давыдова, Прохорова Л.И.// Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России

«Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 14-16 марта 2005 г., Москва, 2005 – С.157-158.

4. Давыдова А.Н. Состояние пищевода при рефлюксах у детей с гастродуоденитами./Прохорова Л.И., А.Н.Давыдова// Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 14-16 марта 2005 г., Москва, 2005 – С.161.

5. Давыдова А.Н. Значение рН-метрии в диагностике и терапии детей с хроническими гастродуоденитами и рефлюксной болезнью./ Прохорова Л.И., А.Н.Давыдова // Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 21-23 марта 2006 г.– С.180-181.

6. Давыдова А.Н. Состояние пищеварительной системы у детей с неблагоприятным перинатальным анамнезом./ Прохорова Л.И., А.Н.Давыдова, Шапошникова Н.Ф., Петренко Л.А.// Материалы научной конференции «Экология и здоровье – современное состояние проблемы». – Красноярск, февраль 2006 г. – С.415-416.

7. Давыдова А.Н. О соотношении функциональной и органической диспепсии у детей. / Прохорова Л.И., Давыдова А.Н.// Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Москва, 13-15 марта 2007 г.– С.316-317.

8. Давыдова А.Н. Современные подходы к диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. /Давыдова А.Н.//Вестник ВолГМУ, 3 – 2008 г. – С. 56-59.