

Г.С.Попік, Н.В. Шишкіна

**ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ ПРИ ПОВТОРНОМУ НАДХОДЖЕННІ НА САНАТОРНО-КУРОРТНЕ ЛІКУВАННЯ**

Одеський державний медичний університет

Актуальність, медико-соціальне значення проблеми, її важливість для медицини визначається не лише розповсюдженістю хронічних захворювань гастродуоденальної системи, що завдає значних збитків здоров'ю підростаючого покоління, а й недостатньою ефективністю медикаментозного лікування [4,10, 11].

Погіршення екологічної ситуації, радіонуклідне забруднення багатьох територій країни сприяє більш тяжкому перебігу хронічних захворювань, прилучуванню інфекційної патології, зростанню числа хронічних вогнищ інфекції, спричинює значні зміни з боку внутрішніх органів і систем [1,3,6,7,8,9].

Важлива роль у коригуванні цих розладів належить лікувальним фізичним чинникам, особливо санаторно-курортній терапії. Але якщо застосування з лікувальною метою мінеральної води різного складу вивчено досить широко, то використання інших курортних чинників та апаратної фізіотерапії досліджено ще недостатньо. Більшість вивчених нами робіт стосувалася дослідження динаміки стану кислотоутворюючої функції шлунку, дослідження морфофункціонального стану шлунку і ДПК, а також вивчення адаптаційно-приспосувальних систем організму при ХГД у дітей, для розробки диференційованих патогенетично обґрунтованих лікувальних методик, що було продиктовано потребами курортної педіатрії і взагалі педіатричної практики.

Ефективне лікування є неможливим без урахування комплексу ушкоджень, систем організму, виникаючих впродовж патологічного процесу, особливо це стосується до ускладнюючих перебіг ХГД вегетативних дисфункцій, які знижують адаптивні можливості організму, ускладнюють відновлювання порушених функцій і зумовлюють необхідність використання додаткових лікувальних методів впливу [12,13,14,15].

Мета – опрацювати й обґрунтувати диференційовані методи лікування ХГД залежно від кислотоутворюючої функції шлунку і нейро-вегетативних реакцій організму дітей і провести клінічний контроль за станом дітей за 1 рік та 3 роки після лікування для оцінки його віддалених наслідків.

Ефективність запроваджуваних методів лікування оцінювалася на підставі динаміки клінічних показників: скарг, анамнезу, об'єктивних даних, біохімічних досліджень (рівень пепсину, трипсину, антипепсину, антитрипсину у сироватці крові) за методикою К.И. Веремєєнко(1971). Вивчалася кислотоутворююча функція шлунку за даними комп'ютерної рН-метрії, стан слизової шлунку і дванадцятипалої кишки (ДПК) за даними езофагогастродуоденоскопії (ЕФГДС).

Для оцінки вегетативного гомеостазу виявлялися вегетативні порушення (ВП), вихідний вегетативний тонус (ВВТ), вегетативну реактивність (ВР), обчислювали вегетативний індекс Кердо. ВП оцінювали за допомогою таблиць з урахуванням кількості балів, відповідних кожному ВП. ВВТ оцінювали за допомогою адаптованого до дитячого віку опитувальника А.М. Вейна (1991), наукових комп'ютерних програм "Вегетативний тонус" і "Кардіоритмоінтервалографія" (КІГ). Аналізували наступні показники КІГ: мода (Мо), варіаційний розмах ( X ), амплітуда моди (Амо), індекс напруги Р.М. Баєвського (ІН).

Для оцінки ВР вимірювали КІГ з використанням кліно-ортостатичної проби. Розраховували співвідношення інтегрального показника серцевого ритму ІН в ортоположенні та кліноположенні (ІН2/ІН1)(2,5). При повторному надходженні на санаторно-курортне лікування спостереження здійснювалося за 48 днів віком від 7 до 14 років, хворими на ХГД, які лікувалися у клінічному санаторії ім. В.П.Чкалова. До контрольної групи (n=20) увійшли діти, які отримували традиційне лікування. Основну групу (n=28) становили діти, які на тлі традиційної терапії отримували опрацьований нами відновлювальний комплекс з залученням вакуумультрафонофорезу(ВУФФ) лікарської суміші, електросну та перлих ванн.

При оцінці стану кислотоутворюючої функції шлунку 62,5% дітей, які надійшли за 1 рік на повторне санаторно-курортне лікування, реєструвалося її підвищення, тоді як серед дітей з основної групи воно реєструвалося у 10,0% випадків, що є вірогідно нижче, порівняно до дітей, які отримували традиційне лікування (P<0,001). У групі дітей, що надійшли для повторного лікування за 3 роки згодом показники кислотоутворюючої функції шлунку розподілялися наступним чином: у контрольній групі – 66,7%, в основній – 16,7% дітей, що вказує на позитивний ефект застосованого нами лікувального комплексу (P<0,001).

Стан початкового вегетативного тону у дітей, хворих на ХГД, за 1 рік та 3 роки згодом після завершення санаторно-курортного лікування представлено у таблиці 1.

**Таблиця 1**

**Стан початкового вегетативного тону у дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт за 1 рік та 3 роки після санаторно-курортного лікування, М±m**

ПВТ	За 1 рік			За 3 роки		
	контрольна група	основна група	P <sub>1</sub>	контрольна група	основна група	P <sub>2</sub>
Ваготонія	55,0±4,5	17,9±5,3	<0,01	65,0±4,5	25,0±5,3	<0,01
Амфотонія	40,0±4,5	78,6±5,3	<0,01	25,0±4,5	71,4±5,3	<0,001
Симпатикотонія	5,0±4,5	3,6±5,3	>0,05	10,0±4,5	3,6±5,3	>0,05

**Примітка:**

P<sub>1</sub> – вірогідність розбіжностей між показниками пацієнтів контрольної та основних груп за 1 рік після санаторно-курортного лікування;

P<sub>2</sub> – вірогідність розбіжностей між показниками пацієнтів контрольної та основних груп за 3 роки після санаторно-курортного лікування.

Дані таблиці 1. засвідчують, що вірогідно менша кількість ваготоній (P<0,001) й більше амфотоній в основній групі за 1 рік та 3 роки після завершення санаторно-курортного лікування (P<0,01); розбіжностей щодо частоти симпатикотоній не фіксувалося (P>0,05).

Стан вегетативної реактивності у дітей, хворих на ХГД, за 1 рік та 3 роки після санаторно-курортного лікування представлено у таблиці 2. Як засвідчують наведені відомості, через 1 рік після завершення санаторно-курортного лікування кількість дітей з нормальною вегетативною реактивністю виявлялася вірогідно вище ( $P < 0,01$ ), аніж у контрольній групі. Кількість дітей з гіперсимпатикотонічною реактивністю в основній групі була вірогідно нижче ( $P < 0,01$ ), аніж у контрольній. Вірогідних розбіжностей кількості дітей з асимпатикотонічною реактивністю не реєструвалося ( $P > 0,05$ ).

З даних таблиці 2 видно, що за 3 роки після завершення санаторно-курортного лікування число дітей в основній групі з нормальною ВР вірогідно ( $P < 0,01$ ) перевищувало кількість дітей у контрольній групі. Зберігалася вірогідна різниця у кількості дітей з гіперсимпатикотонічною реактивністю у бік її зниження у дітей основної групи ( $P < 0,01$ ).

**Примітки:**

$P_1$  – вірогід+

ність розбіжностей показників в контрольній і основних групах через 1 рік після санаторно-курортного лікування;

$P_2$  – вірогідність розбіжностей показників в контрольній і основних групах через 3 роки після санаторно-курортного лікування.

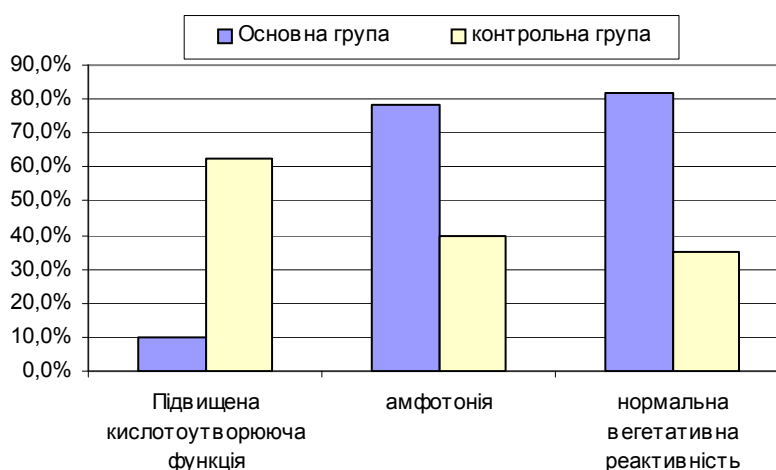
**Таблиця 2**

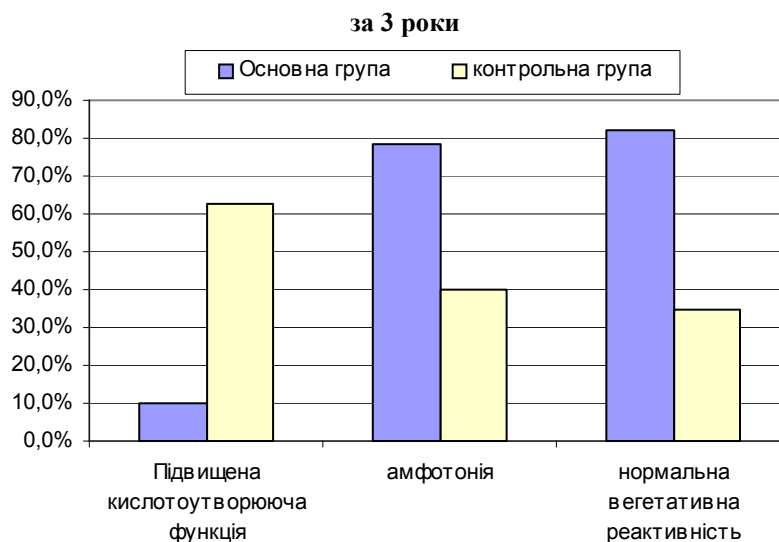
**Стан вегетативної реактивності у дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт за 1 рік та 3 роки після завершення санаторно-курортного лікування,  $M \pm m$**

Вегетативна реактивність	За 1 рік			За 3 роки		
	Контроль-на група	Основна група	$P_1$	Контроль-на група	Основна група	$P_2$
Гіперсимпатикотонічна	60,0±4,5	10,7±5,3	<0,01	60,0±4,5	21,4±5,3	<0,01
Нормосимпатикотонічна	35,0±4,5	82,1±5,3	<0,01	30,0±4,5	75,0±5,3	<0,01
Асимпатикотонічна	5,0±4,5	7,1±5,3	>0,05	10,0±4,5	3,6±5,3	>0,05

Оцінка віддалених наслідків відновлювального лікування за 1 рік та 3 роки підтверджує отримані нами дані стосовно ефективності після завершення санаторно-курортного етапу реабілітації (рис. 3).

**За 1 рік**





**Рис.3. Аналіз віддалених наслідків етапного відновлювального лікування дітей, хворих на хронічний гастродуоденіт з наявністю вегетативних дисфункцій**

Результати клінічного спостереження за дітьми, хворими на ХГД, за 1 рік та 3 роки згодом після завершення санаторно-курортного лікування засвідчували вірогідність зниження кислотоутворюючої функції шлунку ( $P < 0,001$ ), вірогідність зростання кількості дітей з амфотонією ( $P < 0,001$ ) і нормальною вегетативною реактивністю ( $P < 0,001$ ) у основній групі, порівняно до контрольної.

Оцінка клінічного стану дітей з ХГД 3 роки згодом після лікування дозволила констатувати вірогідне зниження кислотоутворюючої функції шлунку ( $P < 0,01$ ), збільшення кількості дітей з амфотонією й нормосимпатикотонією ( $P < 0,01$ ) у групі дітей, які отримували етапне відновлювальне лікування.

Таким чином, опрацьований нами відновлювальний лікувальний комплекс впливу на різні рівні вегетативної регуляції, призвів до нормалізації вегетативної реактивності, початкового вегетативного тону, рівноваги симпатичного й парасимпатичного відділів ВНС та спричинив позитивну дію на перебіг ХГД, нормалізацію кислотоутворюючої функції шлунку, стан активності ферментів та інгібіторів.

Внаслідок досліджень було встановлено необхідність комплексного підходу до санаторно-курортного лікування з формуванням якісно нового рівня реагування серцево-судинної й нервової систем, зменшенню, або зникненню симптомів захворювання, пролонгуванню періоду ремісії.

Література:

1. Антонова Е.В., Белицкая Э.Н. Проблемы медицинской экологии и здоровья детей и подростков // Тез. докл. Респ. науч. практ. конф. - Владивосток, 1991. - С. 5 - 6.
2. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М.: Наука, 1984. - 221 с.
3. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. - Харьков, 2000. - 528 с.
4. Волков А.И., Усанова Е.П. Региональные особенности, эпидемиология и пути снижения гастроэнтерологической патологии у детей // Российский педиатрический журнал. - 2000. - № 2. - С. 61 - 63.
5. Белоконов Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1987. - Т.1. - 480 с.
6. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. - Ростов/Дон: Изд-во Ростовск. ун-та, 1990. - 224 с.

7. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. – М. – Изд. 2-е., 1993 – 409 с.
8. Карпов П.М., Коршунов А.И. Лазеротерапия в реабилитации детей с хроническим гастритом и гастродуоденитом //Вестн. физиотерапии и курортологии. – 1995. - № 4. – С. 28 - 29.
9. Карпова С.С., Волкова Е.А., Беляева А.В. Экология и здоровье: Сб. науч. тр. – М., 1995. – С.181-182.
10. Карсыбекова Л. М., Машкеев А.К., Шарина М.Н. Новые технологии в педиатрии // Материалы Конгресса педиатров России. – М., 1995. – С. 28 - 29.
11. Кильдиярова Л.Р., Баженов Е.Л. Клинико-морфологические сопоставления хронического гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни у детей.//Российский педиатрический журнал. - 2000.- № 2.- С. 15 - 19.
12. Избранные вопросы детской гастроэнтерологии / Под ред. С.С. Казак.- Киев: Ходак, 2003. - 152 с.
13. Савицкий А.С., Бабак О.Я. Фармакологический справочник гастроэнтеролога. Лекарственные препараты: Практическое пособие по гастроэнтерологии.- Киев, 2000. – 422 с.
14. Татарникова М.А., Усанова Е.П. Детская гастроэнтерология // Сб. материалов 6-й конф. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей» - М., 1999.-С.7 - 11.
15. Шабалов Н.П. Детские болезни. - Санкт-Петербург – Москва - Минск-Харьков. - 2000. – Т 2. – 526 с.
16. Зайцева М.Е., Пьянкова А. В. Эффективность тройной антихеликобактерной терапии детей с деструктивными поражениями верхних отделов ЖКТ, ассоциированными Нр- инфекцией //Семейная медицина. - 2005.- № 1.- С. 30 - 33.
17. А.В.Олійниченко, В.З.Свиридюк. Гастрозофагальна рефлюксна хвороба в практиці сімейного лікаря // Семейная медицина. - 2005.- №1. - С. 33 - 37.
18. І.В.Чопей, П.О.Колесник, Ф.М.Яринич. Актуальні питання лікування гелікобактеріозу в родині хворих із патологією гастродуоденальної зони //Семейная медицина. - 2006. - №1 (15). - С. 25 - 27.

**Ключові слова:** діти, хронічний гастродуоденіт, вегетативні дисфункції, вакуумультрафонофорез, електросон, перлисті ванни, реабілітація.

**Summary.** G. Popik, N. Shishkina. Estimation of the Remoted Results of Treatment Efficacy in the Children with Chronic Gastroduodenitis and Infringements of the Vegetative Nervous System at the Recurrent Treatment at a Sanatorium.

They have examined 48 children aged from 7 to 14 years old with chronic gastroduodenitis and having infringements of vegetative nervous system. The efficiency of the complex method of treatment of the pathology under study at a sanatorium stage of treatment in one and three years is discussed. The use of natural and preformed factors is recommended in all stages of adaptive reactions.